

165283

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLI TIP ENSTİTÜSÜ
SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI
Danışman : Doç. Dr. İlhan Yargıç**

**PSİKOPATİ VE ANTİSOSYAL KİŞİLİK
BOZUKLUĞU**

DOKTORA TEZİ

**Psikolog
Alper Engeler**

İstanbul-2005

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2. 1. Makyavelizm	3
2. 2. Empati	10
2. 3. Psikopati	13
2. 3. 1. Psikopatinin karakteristikleri, faktör yapısı ve ölçümü	13
2. 3. 2. AKB ile Psikopati arasındaki farklılıklar	25
2. 3. 3. PCL-R'nin sınırlılıkları ve başarılı psikopatlar	29
2. 3. 4. Şiddetten Arındırılmış Psikopati Ölçeklerinin Gelişimi ve LSRP	33
2. 3. 5. Psikopati araştırmaları ve Psikopatinin geçerliliği	37
2. 3. 5. 1. Psikopati ve diğer kişilik bozuklukları	38
2. 3. 5. 2. Psikopati ve Suç	39
2. 3. 5. 3. Psikopati ve Saldırđanlık	42
2. 3. 5. 4. Psikopati ve alkol-madde kullanımı	43
2. 3. 5. 5. Psikopati ve Anksiyete-Nörotisizm	43
2. 3. 5. 6. Psikopati ve Makyavelizm	47
2. 3. 5. 7. Psikopati ve Empati	48
2. 3. 5. 8. Psikopati ve Kahramanlık	49
2. 3. 5. 9. Psikopati ve demografik karakteristikler	50

3. 2. 2. 5. Kişiler arası Tepkisellik İndeksi (IRI).....	73
3. 2. 3. Prosedür	74
4. BULGULAR	76
4. 1. Birinci çalışmanın bulguları	76
4. 1. 1. MACH-IV Ölçeğinin Güvenilirliği	76
4. 1. 1. 1. Pilot Çalışma Sonuçları.....	76
4. 1. 1. 2. MACH-IV'ün psikometrik nitelikleri ve test-tekrar test güvenilirliği.....	77
4. 1. 2. Kişiler arası tepkisellik İndeksi (IRI)'nin güvenilirliği	80
4. 1. 2. 1. Pilot Çalışma Sonuçları.....	80
4. 1. 2. 2. IRI' nin psikometrik nitelikleri.....	83
4. 1. 2. 3. Test-tekrar test güvenilirliği.....	87
4. 1. 3. Levenson Psikopati Ölçeği (LSRP)'nin Güvenilirliği	88
4. 1. 3. 1. Pilot Çalışma Sonuçları.....	88
4. 1. 3. 2. LSRP' nin psikometrik nitelikleri.....	89
4. 1. 3. 3. Test-Tekrar test Güvenilirliği.....	92
4. 1. 4. Antisosyal Eylem Ölçeği (AAS)	93
4. 1. 4. 1. Pilot çalışma sonuçları.....	93
4. 1. 4. 2. AAS' nin psikometrik nitelikleri ve test-tekrar test güvenilirliği.....	93

4. 1. 5. Makyavelizm, Empati ve Psikopati	
(LSRP geçerlilik çalışması)	94
4. 1. 5. 1. Çok değişkenli istatistik varsayımları açısından	
data incelemesi	94
4. 1. 5. 2. Tanımlayıcı ve iki değişkenli (bivariate) istatistik sonuçları	97
4. 1. 5. 3. Çok değişkenli istatistik sonuçları	102
4. 2. İkinci çalışmanın bulguları	105
4. 2. 1. AKB'nun karakteristikleri ve eşlik eden rahatsızlıklar	105
4. 2. 2. Psikopati, empati ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu	109
4. 2. 2. 1. Çok değişkenli istatistik varsayımları açısından data	
incelemesi	109
4. 2. 2. 2. Tanımlayıcı ve iki değişkenli (bivariate) istatistik sonuçları	110
4. 2. 2. 3. Grup farklılıklarının çok değişkenli analizi	112
5. TARTIŞMA	117
5.1. Birinci çalışma	117
5.1.1. MACH-IV Ölçeğinin Güvenilirliği ve	
psikometrik nitelikleri	117
5.1.2. Kişiler arası tepkisellik İndeksi (IRI)'nin güvenilirliği	
ve psikometrik nitelikleri	118
5.1.3. Levenson Psikopati ölçeği (LSRP)'nin Güvenilirliği	
ve psikometrik nitelikleri	123
5.1.4. Makyavelizm, Empati ve Psikopati	126

5.2. İkinci çalışma	142
5.2.1. AKB olan bireylerde yapılandırılmış görüşme	
çizelgelerinin kullanımı ve AKB'na eşlik eden bozukluklar	142
5.2.2. Psikopati, Empati ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu	147
ÖZET	162
ABSTRACT	165
KAYNAKLAR	168
EKLER	182



TABLoların LİSTESİ:

Tablo 1. Pilot çalışmalarında MACH ölçeğinin güvenilirliği.....	77
Tablo 2. MACH-IV ölçeği madde analizi sonuçları.....	78
Tablo 3. MACH-IV ölçeğinin güvenilirliği.....	80
Tablo 4. Pilot çalışmalarında Fantezi ölçeği (FS)'nin güvenilirliği	81
Tablo 5. Pilot çalışmalarında Perspektif alma ölçeği (PT)'nin güvenilirliği.....	81
Tablo 6. Pilot çalışmalarında Empatik Düşünce (EC)'nin güvenilirliği.....	82
Tablo 7. Pilot çalışmalarında Kişisel rahatsızlık (PD)'nin güvenilirliği.....	82
Tablo 8. Fantezi ölçeği madde analizi sonuçları.....	83
Tablo 9. Perspektif alma ölçeği madde analizi sonuçları.....	84
Tablo10. Empatik Düşünce ölçeği madde analizi sonuçları.....	84
Tablo 11. Kişisel Rahatsızlık ölçeği madde analizi sonuçları.....	85
Tablo 12. IRI alt ölçeklerinin güvenilirliği.....	86
Tablo 13. IRI ölçeklerinin interkorelasyonları.....	87
Tablo 14. Pilot çalışmalarında Birincil Psikopati ölçeğinin güvenilirliği.....	88
Tablo 15. Pilot çalışmalarında İkincil Psikopati ölçeğinin güvenilirliği.....	89
Tablo 16. Birincil Psikopati madde analizi sonuçları.....	90
Tablo 17. İkincil Psikopati madde analizi sonuçları.....	91
Tablo 18. LSRP ölçeğinin güvenilirliği.....	92
Tablo 19. Batılı popülasyonlarla karşılaştırmalı olarak örneklemin ortalama skorları.....	98
Tablo 20. Ölçekler arası korelasyon matrisi.....	99
Tablo 21. Cinsiyet farklarını gösteren MANOVA.....	103

Tablo 22. Geriye doğru eleme stepwise regresyon ile	
Antisosyal Eylemin (AAS) prediktörleri	104
Tablo 23. AKB grubu ve toplum örnekleminde Axis I bozuklukları	107
Tablo 24. Ölçekler arası korelasyon matrisi	110
Tablo 25. Ölçekler üzerinde grup farklılıklarını gösteren MANOVA	112
Tablo 26. Ölçekler üzerinde grup farklılıklarını gösteren MANCOVA	114
Tablo 27. Diskriminant Analiz Sonuçları	115
Tablo 28. Diskriminant analizinin sınıflandırma sonuçları	116



TEŞEKKÜR

Bu çalışmada pek çok kişi bana yardımcı oldu ve emeği geçti. Her şeyden önce Dr. Michael R. Levenson'a bana psikopati ölçeğini verdiği ve gerek ölçeğin geri tercümesinde gerekse çalışmanın başından sonuna kadar hemen her konuda önerileri ve ilgisi için teşekkür etmek isterim. Dr. Levenson'un yardımları sayılamayacak kadar uzun bir liste haline geldi. Ayrıca Dr. Mark Davis'e Kişiler arası tepkisellik ölçeğini gönderdiği, ölçeğin tercümesi için izin verdiği ve önerileri için, Dr. David V. Sheehan ve Dr. Juris Janavs'a MINI çizelgelerini çevirme iznini bana verdikleri ve Türkiye'ye gelerek M.I.N.I. ile ilgili eğitim seminerini verdikleri için, Glaxo Smith Kline'a M.I.N.I. eğitim seminerinin gerçekleştirilebilmesi konusunda sponsor olduğu için, Dr. Hamit Coşkun'a pilot çalışmalar ve güvenilirlik ile ilgili istatistiklerdeki yardımları için, Dr. Asiye Kumru'ya temin etmiş olduğu kitaplar (gerçekten çok yardımcı oldu) ve ölçeklerin çevirisindeki önerileri için, Dr. Kaan Kora'ya tez izleme komitesine katılarak verdiği öneriler için, yine enstitü müdürümüz Dr. Sevil Atasoy'a tez izleme komitesindeki önerileri ve enstitümüzde kendimi tez çalışmalarına tam kapasite ile verebilmemi sağlayan özgür ve yaratıcı ortamı sağladığı için, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, AİBÜ Rektörlüğü, Adalet Bakanlığı-Ceza ve Tevkif Evleri Genel. Müd.'ne sağladıkları araştırma izni için ve bu çalışmaya çeşitli aşamalarda katılmayı kabul eden yaklaşık 500 katılımcıya anlayışları için teşekkür ederim. Hepsine gerçekten müteşekkirim. Son olarak danışmanım Dr. İlhan Yargıç'a anlayışı, bana olan güveni, burada sayılamayacak kadar uzun bir liste haline gelen yardımları ve her hafta saatler boyunca bulgularımı dinlediği için minnettarım. Böyle insanların hala var olduğunu görmek güzel şey...

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bu çalışma iki alt çalışmadan oluşmaktadır. Birinci çalışmada kullanılacak ölçeklerin klinik olmayan bir populasyonda güvenilirlik ve geçerliliği gösterilmiştir. Ölçeklerin psikometrik özellikleri gösterildikten sonra, çalışmanın ikinci kısmına geçilmiş ve bu ölçekler klinik popülasyona uygulanmıştır. İkinci çalışma DSM-IV'e göre (*American Psychiatric Association*, 4. baskı, 1994) Antisosyal Kişilik Bozukluğu (AKB) teşhisi almış bireyler ve kontrol grubu (toplum örnekleme) üzerinde yapılmıştır.

Birinci çalışma toplam dört ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasından oluşmaktadır. Bunlar Makyavelizm (MACH-IV; *Christie & Geis*, 1970), Kişiler arası tepkisellik Ölçeği (Interpersonal Reactivity Index- IRI; *Davis*, 1980, 1983) ve Levenson Psikopati Ölçeğidir (Levenson Self-Report Psychopathy Scale-LSRP; *Levenson, Kiehl, & Fitzpatrick*, 1995). Ayrıca LSRP'nin geçerliliğini göstermek amacıyla yine *Levenson ve ark.* (1995) tarafından geliştirilen Antisosyal Eylem Ölçeği (Antisocial Action Scale-AAS) de çalışılmıştır.

Makyavelizm ölçeği Türkiye'de yapılan çalışmalarda kullanılmasına rağmen (*Bakır, Yılmaz & Yavaş*, 1996; *Bakır ve ark.* 2003) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri yayınlanmamıştır. Bu nedenle ölçeğin psikometrik özellikleri bu çalışmada gösterilmiştir. Türkiye'de başka empati ölçekleri çalışılmıştır (*Akkoyun*, 1987), ancak empatiyi çok boyutlu olarak ölçen bir empati ölçeği yoktur. IRI'nin bu nedenle Türkçe uyarlamasının güvenilirliği gösterildi. LSRP ise dilimizdeki ilk psikopati ölçeğidir.

Çalışmanın ikinci kısmında ölçekler AKB teşhisi almış kişilere uygulandı ve toplum örneklemiyle (kontrol grubu) karşılaştırıldı. AKB ve toplum örneklemi (kontrol grubu) eşlik eden rahatsızlıklar, kendine zarar verme davranışı ve ölçek skorları açısından karşılaştırıldı. Böylece LSRP'nin daha ileri geçerliliği klinik gruba uygulanarak gösterilmiş ve AKB'nun psikopati ile olan ilişkisi değerlendirilmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

Makyavelizm, empati ve psikopati klinik ve sosyal psikoloji alanında pek çok çalışmaya konu olmuştur. Psikopati özellikle son 20 yılda içindeki en popüler konulardan biridir. Hem klinik ve kriminal hem de klinik ve kriminal olmayan popülasyonlarda çalışılmaktadır. İlk önce ölçeklerin ölçtüğü kavramlar literatür temelli olarak değerlendirilmiştir. Daha sonra AKB'nun ne olduğu ve bu diagnostik kategorinin kavramsal çerçevesi tartışılmıştır.

2. 1. Makyavelizm

Makyavelizm, *Christie ve Geis* tarafından 1970'lerde ortaya atılmış ve ayrıntılı çalışmaları yine adı geçen araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Araştırmacılar kişiliğin bu boyutunu güvenilir bir şekilde ölçen ölçeği de geliştirmişlerdir (*Christie & Geis*, 1970). Geliştirilen bu ölçeğin maddeleriyle aynı fikirde olan kişilerin laboratuarda ve gerçek dünyada soğuk ve manipülatif olarak davrandıkları görülmüştür.

Christie ve Geis (1970) güç stratejileri ile ilgili teorilerini geliştirmeye çalışırken ortaya çıkardıkları MACH bireysel farklılıklarla ilgili bir yapıydı ve teorik temelleri 1950'lerde Davranış Bilimleri Yüksek Araştırmalar Merkezi'nde ortaya çıkmıştı. *Christie ve Geis* 16. yüzyılda yaşamış ünlü İtalyan yazarı *Niccolo Machiavelli*'nin (1513/1999) *Prens* isimli kitabında iktidar sahibi olan kişilerin gerektiğinde manipülasyon, aldatma ve hileye başvurmalarının doğal olduğu ve bu konuda tereddüt etmemeleri gerektiği şeklindeki açıklamalarından esinlenerek bu kişilik karakteristiğine Makyavelizm adını vermişlerdir. *Christie ve Geis*'in

açıklamalarına göre Makyavelist olan bir kişi veya MACH ölçeğinde yüksek skor alanlar, kabaca dört niteliği taşımaktadır: kişiler arası ilişkilerde görelilik olarak duygu yoksunluğu (yüksek MACH'lar diğerlerine duygusuz ve empatisiz yaklaşırlar, başkaları analitik bakış açısından değerlendirilir ve manipüle edilecek objeler olarak görülür), geleneksel ahlaki endişelerin yokluğu (yüksek MACH'lar arasında yalan söyleme, hile, aldatmanın diğer şekilleri yaygındır), büyük bir psikopatolojinin yokluğu (yüksek MACH'lar rasyonel bir bakış açısına sahiptirler, buna göre nörotisizm ve psikotizm gibi patolojileri yoktur), düşük ideolojik bağlılık ve daha geniş kavramlardan ziyade kendi gündemlerine bağlı kalma (manipülatörler pek çok ideolojik grupta bulunmalarına rağmen nihai idealistik amaçlardan ziyade ne yapıldığı ve ne elde edildiği ile ilgilenirler). Yine *Christie ve Geis*'e göre yüksek MACH'lar daha fazla manipülasyon yaparlar, daha çok kazanırlar, daha az ikna olur, daha çok ikna ederler ve idare etme olanağının ve kişisel etkinin bulunduğu durumlarda daha etkili iken yapılandırılmış ortamlarda bu "yeteneklerini" daha az kullanabilirler. Yüksek MACH'lar genellikle geleneksel olmayan toplumlarda veya geçiş dönemindeki toplumlarda daha fazla bulunurlar. Düşük MACH'lar ise geleneksel toplumlarda daha fazla karşımıza çıkmaktadır.

Makyavelizm *Christie ve Geis*'in (1970) öncülük eden çalışmalarından sonra psikoloji ve sosyal psikoloji alanında yüzlerce çalışmaya konu olmuştur (*Nelson & Gilbertson*, 1991) ve diğer kişilik karakteristikleri ile ilişkisi incelenmiştir. Makyavelizm genellikle klinik altı (Subclinical) ve klinik olmayan (nonclinical) popülasyonlarda çalışılmıştır.

Makyavelizm ile cinsel davranışlar arasında ilişki bulunmuştur (*McHoskey, 2001b*). Makyavelizm rast gele cinsel ilişkide bulunma, cinsel düşmanlık, cinsel merak ve cinsel deneyimlerini üçüncü kişilere anlatma eğilimi ile pozitif korelasyon göstermekteydi. Cinsel bastırma, cinsel tatmin ve cinsel sansürtü onaylama ile negatif korelasyon vermektedir. Aynı çalışmada MACH'ın çıplak poz verme isteği, cinsel partnerlerin sayısı, mastürbasyon ve aldatmaya yönelik pek çok cinsel taktiklerle (aldatma, aşıkmiş rolü yapma, potansiyel partnerin sarhoş edilmesi gibi), başka kimse üzerinde zorlamaya dayalı cinsel ilişki ile pozitif korelasyon verdiği bulundu. Ancak korelasyonlar kadınlar ve erkekler için önemli farklılıklar göstermekteydi. Ayrıca *McHoskey* hiyerarşik regresyon analizi ile kadın ve erkeklerin bazı açılardan farklılaştığını buldu. Erkekler için MACH skorlarını en iyi predikte eden rast gele cinsellik ve cinsel düşmanlık karakteristikleriydi. Kadınlar için ise aşıkmiş gibi davranma, mastürbasyon ve cinsel suçluluk prediktör olarak tespit ediliyordu ve MACH skorları erkeklerin cinsel davranışlarını açıklamakta daha başarılıydı (*McHoskey, 2001b*). Özetle MACH skorları narsisistik, manipülatif, ve düşmanca cinsel tutumlarla ilişkiliydi.

Linton ve Wiener (2001) 106 genç erkek üzerinde yaptıkları çalışmada *Péruşe* 'un (1993) formülünü kullanarak hamilelikle sonuçlanması muhtemel cinsel ilişki sayısı ile (Potansiyel dölleme sayısı-NPC) bir dizi kişilik karakteristiği arasındaki ilişkiyi incelediler. NPC ile orijinal MACH ölçeğinden alınan 10 maddelik kısa MACH ölçeği skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon buldular. Ancak bu korelasyon bekar erkekler için geçerliydi, monogamik ilişki sürdüren erkekler için MACH ve NPC arasında anlamlı korelasyon yoktu. *Linton ve*

Wiener'in sonuçları *McHoskey*' in (2001b) bulgularını desteklemektedir. Çünkü NPC partner sayısının artmasıyla yükselmektedir.

Makyavelizmin amaçlarla ve davranışın motivasyonel orijini ile de alakalı olduğu görülmektedir. Makyavelizm finansal başarı gibi dışsal amaçlarla ilişkili iken, toplumsal ve ailevi gibi içsel amaçlarla negatif olarak ilişkilidir (*McHoskey*, 1999). Parasal başarıya önem veren kişilerin MACH skoru, parasal başarılarla önem vermeyenlerden anlamlı olarak daha yüksektir. Bu bulgu yüksek MACH' ların emosyonel olarak bağlarının zayıf olduğunu ve pragmatik bir tutumlarının olduğunu göstermektedir. *McHoskey* aynı çalışmada makyavelizmin yabancılaşma ile pozitif korelasyon gösterdiğini de bulmuştur. *McHoskey* bu tip motivasyonel yapılanmanın uzun vadede uyumsuzluğa götüreceğini ifade etmiştir.

Yüksek MACH' ların finansal başarıya önem verdikleri bulunmuştur, fakat *Corzine, Buntzman & Busch* (1999) 700 amerikan bankacı üzerinde yapmış olduğu çalışmada MACH ile alınan maaş arasında bir korelasyon bulunmamıştır. Makyavelizm uyumsuzluğa götüren bir karakteristik olduğu için böyle bir sonuç ortaya çıkmış olabilir, ancak bunun nedeni araştırmacıların da belirttiği gibi bankacılık sektörünün aşırı yapılandırılmış bir ortam olması da olabilir. Çalışmanın belli bir meslek grubu üzerinde yapılması nedeniyle maaşın belli limitler içinde olması, yani popülasyonun maaş değişkeni için sınırlandırılmış (truncated) yapıda olması korelasyonun düşük çıkmasına yol açmış olabilir.

Makyavelist karakteristikleri yüksek olan kişiler diğer kişiler tarafından uzun vadeli ilişkilerde tercih edilmeme eğiliminde olabilirler. *Wilson, Near & Miller* (1998) çalışmalarında 56 katılımcıya belli bir konu ile ilgili bir hikaye

yazmalarını istediler ve MACH ölçeği uyguladılar. En düşük ve en yüksek skoru alan beşer kişinin hikayelerini 66 kişiye verdiler ve değerlendirmelerini istediler. Değerlendirme sonunda erkek okuyucular düşük MACH erkekleri, yüksek MACH erkeklerden daha güvenilir, iyi arkadaşlık yapabilecek kapasitede, işbirliği yapan, ve yardımsever olarak değerlendirdiler. Yüksek MACH erkekleri ise bencil, duyarsız, yargılayıcı, baskıcı, güvenilmez, saldırgan, şüpheli ve güvenilmez olarak değerlendirdiler. Kadın okuyucuların kadınlar için verdiği değerlendirmeler daha zayıf olmakla birlikte benzerdi. Ayrıca bu kişilerin hikayelerdeki ana karakter ile kişisel ilişkiye girmek isteyip istemedikleri sorgulandığında, erkek değerlendiriciler düşük MACH yazarların kahramanlarına kıyasla yüksek MACH yazarların hikayelerindeki ana karakterle kişisel ilişkiye girmek konusunda isteksiz olduklarını belirtmişlerdi. Kadın değerlendiriciler de daha zayıf olmakla beraber benzer sonuçlar bildirmişti. Özetle düşük ve yüksek MACH' lar yazdıkları bir hikaye sonunda ayırt edilebilmektedir ve genellikle yakın kişisel ilişkilerde tercih edilmeme eğilimindedirler. Araştırmanın metodolojisi kendine özgü sınırlılıklara sahip olmakla beraber, fantezilerin aktüel davranışlardan kimi zaman daha fazla bilgi sağlayabilmesi nedeniyle alternatif bir yaklaşım sağlamaktadır.

Makyavelizmin ile yüksek seviyeli kişilik karakteristikleri arasındaki ilişki literatürde gösterilmiştir. *Paulhus ve Williams (1999)* çalışmalarında normal bir populasyon üzerinde makyavelizm ile büyük beşli arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Makyavelizmin Büyük Beşli ölçeğinin Bilinçlilik ve Hoşluk boyutlarıyla orta dereceli negatif korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Büyük beşli

ile MACH arasında benzer korelasyonlar *Lee ve Ashton (2005)* tarafından da gösterilmiştir.

Patolojik olmayan kişilik yapıları arasında Makyavelizm, klinik düzeyin altında (subclinical) narsisizm ve klinik düzeyin altında psikopati en çok çalışılanlardır (*Paulhus & Williams, 1999*). Makyavelizm kişilik bozuklukları ile de ilişkili olabilir. Makyavelizm normal kişilikte çeşitli derecelerde bulunan bir özellik olmasına rağmen aşırı durumlarda kişilikte disfonksiyona işaret edebilir (*McHoskey, 2001a*). Makyavelizm narsisizm ile pozitif korelasyon göstermektedir (*McHoskey, Worzel & Szyarto, 1998; Paulhus & Williams, 1999*). *Lee ve Ashton (2005)* makyavelizm ile narsisizm arasında pozitif ancak zayıf bir korelasyon bulmuşlardır.

McHoskey (2001a) klinik olmayan deneklerle yaptığı çalışmada kişilik bozukluklarının Makyavelizm ile olan ilişkisini incelemiştir. *McHoskey* bu çalışmayı kişilik bozukluklarının taksonomik olmaktan ziyade boyutsal değişkenler olduğu ana fikri ile yaptığını ifade etmektedir. Çalışma 287 lisans öğrencisi üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre MACH skorları kişilik bozuklukları toplam skoru, A kümesi, B kümesi ve C kümesi kişilik bozuklukları toplam skorları ile pozitif korelasyon göstermektedir. En yüksek korelasyon dramatik, heyecanlı ve tutarsız olan kümede (B) iken en düşük korelasyon endişeli ve korkulu kümededir (C). MACH-IV skorları tüm kişilik bozuklukları alt ölçekleri ile pozitif korelasyona sahipti. Makyavelizm ile en yüksek korelasyonu borderline (sınırdaki kişilik) ölçeği vermekteydi. Bunu dürtüsellik, negativistik kişilik, paranoid kişilik ve antisosyal kişilik takip ediyordu. Diğer kişilik ölçekleri de MACH-IV

ile pozitif korelasyon vermektedir. Regresyon analizi yapıldığında borderline, paranoid, negativistik ve antisosyal kişilik bozukluklarının MACH ilişkili olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak klinik olmayan bir grup üzerindeki bu çalışma MACH ile uyumsuzluk arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada ($n = 198$) çocuk-MACH ölçeği ile kişilik boyutlarından psikotizm ve nörotisizm arasında anlamlı pozitif korelasyonlar bulunmuştur, dışadönüklük ile makyavelizm arasında ise anlamlı korelasyon yoktu (*Sutton & Keogh, 2000, 2001*).

McHoskey (1999), Levenson ve ark. tarafından (1995) hazırlanmış AAS ölçeğindeki antisosyal eylemlerle MACH arasında pozitif, olumlu sosyal davranışlarla negatif korelasyon olduğunu tespit etti. Makyavelizmin iş tatmini ile (Bakır ve ark., 2003; Corzine ve ark., 1999) negatif olarak, depresyon ile (Bakır ve ark., 1996) pozitif olarak ilişkili olduğu bulunmuştur.

Makyavelizm ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği literatürdeki pek çok çalışma ile ayrıntılı olarak test edilmiştir (*Christie & Geis, 1970*). MACH ölçeğinin çocuklar için olan versiyonu yine *Christie ve Geis* tarafından hazırlanmıştır. Bu ölçeğin faktör yapısı ve güvenilirliği *Sutton ve Keogh (2001)* tarafından gösterilmiştir. Araştırmacılar çocuklara yönelik MACH ölçeğinin üç faktörlü çözümünü önermişlerdir. Bu faktörleri “insan doğasına inançsızlık” “güvensizlik” ve “dürüst olmama olarak” açıklamışlardır. Ölçeğin bütünü için Cronbach alfa değeri bu çalışmada .63 olarak bulunmuştur.

Kadınlar ve erkekler makyavelizm skorları açısından birbirinden farklılaşmaktadır. Erkekler daha yüksek MACH skoru almaktadır (*McHoskey, 2001a, 2001b; Paulhus & Williams, 2002*). Çocuklar üzerinde yapılan çalışmalarda

da erkekler kızlardan yüksek skor almıştır (*Sutton & Keogh, 2001*). Ancak anlamlı fark bulmayan çalışmalarda vardır (*Bakır ve ark. 2003; Corzine ve ark., 1999*).

Özetle *Christie ve Geis (1970)* makyavelistlerin önemli bir psikopatolojiye sahip olmadığını iddia etmişse de literatürdeki özellikle son zamanlardaki çalışmalar makyavelizmin disfonksiyonel bir yapıyla ilişkili olabileceğini göstermektedir. Makyavelizmin psikopati, antisosyal davranışlar, paranoid ve borderline kişilik eğilimleri, ve narsisizm ile ilişkili olduğu görülmektedir. Diğer bir deyimle makyavelizm psikopatoloji ve uyumsuzluğa götüren bir yapı ile alakalı gibi görünmektedir (ancak farklı görüşler de bulunmaktadır; Makyavelizmin olumlu ve olumsuz varyantları konusunda konusundaki tartışma için bkz. *Nelson & Gilbertson, 1991*). Makyavelizmin psikopati ile olan ilişkisi ilgili bölümde tartışıldığından burada ayrıca verilmemiştir. Ancak buraya özetlenen araştırma sonuçları (Yüksek MACH'ların materyalizmi, empati eksikliği, uzun vadeli insan ilişkilerinde tercih edilmeme eğilimleri, nörotisizm ile orta dereceli ilişkisi, partner sayısının çokluğu ve zayıf şekilde entegre edilmiş cinsel yaşam) makyavelizm ile psikopati arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir.

2. 2. Empati

Empati diğer insanları anlayabilme ve kendini onların yerine koyabilme yeteneğidir. Empati "...en geniş tanımlaması ile bir kimsenin, başka birinin gözlemlenen deneyimlerine olan tepkilerine işaret eder." (*Davis, 1983, s. 113*). Empatik kişiler diğer insanlardan bazı davranışları ile farklılaşırlar. Empatik kişiler diğer insanlar tarafından daha hoş olarak algılanırlar, daha duygusaldırlar, daha

kolay ağlayabilirler, fizyolojik tepkileri daha çok ifade ederler, diğer insanların yüz ifadelerine tepkileri daha fazladır, çocukları ile daha çok vakit geçirir, onlara daha fazla sevgi gösterirler (inceleme için bkz *Mehrabian, Young, & Sato, 1988*).

Yüksek empati, yardımlaşma davranışı ile ve olumlu sosyal davranışlarla pozitif korelasyon gösterirken saldırganlık ile negatif korelasyon gösterir. Empati ile ahlaki gelişim arasında da pozitif bir ilişki vardır (*Mehrabian ve ark., 1988*).

Empati kadınlarda erkeklerden daha yüksek çıkmaktadır (*Davis, 1980, 1983*; ayrıca inceleme için bkz. *Mehrabian ve ark., 1988*). Empati saldırganlık ve şiddet ölçekleri ile negatif korelasyonlar göstermektedir (*Mehrabian, 1997*).

Paranoid şizofrenlerle yapılan çalışmada şiddet eğiliminin diğerlerine karşı düşmanlıkla ve düşük empati düzeyi ile alakalı olduğu bulunmuştur (*Abu-Akel & Abushua'leh, 2004*). Klinik olmayan bir popülasyonda yapılan çalışmaya göre cinsel saldırganlık ile empati arasında negatif ilişki vardır (*Wheeler, George, & Dahl, 2003*). Empati ile nörotisizm arasında pozitif ilişki olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (*Mehrabian ve ark., 1988*).

Empatiyi ölçmek üzere tasarlanmış ölçekler tek boyutludur ve genel bir empati skorunun elde edilmesine olanak tanır. Ancak *Davis'* in (1980) Kişiler Arası Tepkisellik İndeksi (IRI) hem bilişsel hem de duygusal (emosyonel) empatiyi ölçmeye izin vermektedir. Bu ölçek dört faktörlüdür ve empatinin farklı yönlerini ölçmek üzere dört ayrı alt ölçeğe ayrılmaktadır. Fantezi ölçeği (FS) kişinin filmlerde, oyunlarda veya romanlardaki karakterin yerine kendini ne derece koyabildiğini ve anlayabildiğini, Perspektif alma (PT) kişinin perspektifini ne şekilde değiştirebildiğini ve başkalarının bakış açısından bakabildiğini ölçmektedir.

Geriye kalan iki alt ölçek genel olarak başkalarındaki duyguların gözlemlenmesinden sonra duyulan duygularla alakalıdır. Empatik Düşünce (EC) ölçeği kişinin bir başkası için duyduğu sıcaklık, alaka, yakınlık gibi hisleri, Kişisel rahatsızlık (PD) ölçeği ise başkalarının olumsuz deneyimlerine şahit olduğunda duyulan korku, rahatsızlık, sıkıntı gibi duyguları ölçmektedir (Davis, 1980, 1983). Bu yapı temel olarak alt ölçeklerin empatinin farklı boyutlarını ölçtüklerini göstermektedir. Alt ölçekler diğer empati ölçekleriyle de korelasyon göstermektedir (Davis, 1983). PT ölçeği bilişsel empatiye, EC ölçeği ise emosyonel empatiye karşılık gelmektedir. PT ölçeği bilişsel empati ile ilişkili iken FS, EC ve PD emosyonel empati ile ilişkilidir ve pozitif korelasyon göstermektedir. Ancak PD ölçeği bilişsel empati ile negatif korelasyon vermektedir. PD ölçeği minör bir anomali göstermektedir. Ölçeğin dört faktörlü yapısı ve güvenilirliği (Davis, 1980) ve geçerliliği literatürde gösterilmiştir (Davis, 1983).

Empati suçlu gruplarda genellikle daha düşük çıkmaktadır. Jolliffe ve Farrington (2004), empati ve suçluluk arasındaki ilişkiyle ilgili literatürün ayrıntılı inceleme ve meta analizinde bu ikisi arasında negatif bir ilişki olduğunu rapor etmişlerdir. Bu ilişki, bilişsel empati için emosyonel empatiden daha kuvvetlidir. Bununla beraber, empati ve suçluluk arasındaki bu ilişki sosyoekonomik seviye kontrol edildiğinde ortadan kalkmaktaydı. Benzer şekilde cinsel suçlular ile suçlu olmayanlar arasındaki fark da zeka kontrol edildiğinde ortadan kalkmaktaydı. Cinsel suçlular ile karışık grup suçlular arasında da anlamlı bir fark bulunmamaktaydı. Ancak şiddet suçluları ile şiddete dayalı olmayan suç işleyenler

karşılaştırıldığında, şiddet suçlularının daha az empatik olduğu meta analiz sonucunda görülmüştü.

Ancak suçlu gruplar bazı çalışmalarda normal popülasyondan empatik özellikler açısından farklılaşmamaktadır. Empati ölçeklerinin çeşitli nedenlerle grupları birbirinden ayırt etmede başarısız olduğu görülmektedir. Yine çeşitli suçlu grupları arasında empati açısından fark bulunmamaktadır. Mesela *Fernandez ve Marshall (2003)* tecavüzcüler için hazırlamış oldukları empati ölçeği açısından cinsel suçluların ve diğer suçluların birbirinden farklılaşmadığını bulmuştu.

Empati ölçeklerinin sayıca az olduğu ve bu ölçeklerin genellikle eski ölçekler oldukları göz önünde tutulmalıdır. Ayrıca kognitif empati-emosyonel empati ayırımı da çeşitli çalışmalarda araştırmacıların farklı sonuçlar almasına neden olmaktadır.

2. 3. Psikopati

2. 3. 1. Psikopatinin karakteristikleri, faktör yapısı ve ölçümü

Psikopati hakkındaki ilk tanımlama Pinel tarafından 200 yıl önce yapılmıştı. Psikopati kavramı uzun bir tarihe sahip olmakla beraber son yıllarda giderek artan şekilde çalışılmaya başlandı. Psikopati son yıllarda psikiyatri ve psikoloji literatüründe en çok çalışılan konulardan biri olmuştur. Suç ve şiddet ile olan ilişkisi düşünüldüğünde psikopati, adli psikolojideki en önemli psikolojik yapılardan biridir (*Hare, Clark, Grann, & Thornton, 2000; Porter ve ark., 2000*). Bir psikopat genel olarak çabuk öfkelenen, saldırganlık gösteren, katı kalpli, dürtüsel, sorumsuz, bencil, duygusal açıdan bir derinliği olmayan, vicdan, aşk,

empati, endişe ve pişmanlığı yaşamayan bir kimsedir. Bu nitelikler göz önünde tutulduğunda psikopatlar suç işlemeye yatkın kimselerdir (*Elwood, Poythress, & Douglas, 2004*). Bu kişiler, sömürücü kişiler arası ilişkileriyle ve çeşitli antisosyal davranışlarla kendilerini gösterirler.

Psikopati ile ilgili çalışmalar ve bunların sonuçları ayrıntılı olarak verilecektir. Ancak bir psikopatın ne gibi karakteristiklere sahip olduğu, psikopatinin karakteristiklerinin ne olduğu genel olarak özetlenmelidir. *Robert Hare*' e (1994, 1995) göre psikopatlar her kültürde, her ırkta, her toplumda hep bulunan kimselerdir. *Hare* (1994) herkesin bu kişilerle karşılaştığını belirtmektedir.

Bu kimselerin bir çoğu hapisanelerde zaman geçirmiş olabilir, ancak bir çoğu hapisanelere hiç girmemiştir. Bu nedenle bir çok psikopat suçlu iken bir çoğu da cazibe ve bukaletmunvari karakteristikleri nedeniyle hapisane dışında kalmayı başarmakta (bkz. *Kirkman, 2002*) ve arkalarında mahvolmuş hayatlar bırakmaktadırlar. Psikopatinin teşhis kriterleri veya anahtar semptomları aşağıda bir liste olarak verilmiştir:

Psikopatinin semptomları*

Emosyonel/Kişiler arası:

- Yüzeysel ve tatlı dilli
- Egosentrik (ben merkezli) olma ve kendini büyük görme
- Suçluluk veya vicdan yokluğu
- Empati yokluğu
- Aldatıcı ve manipülatif
- Yüzeysel, derinliği olmayan duygular

Sosyal sapma

- Dürtüsel (impulsif)
- Zayıf davranış kontrolü
- Uyarım ve heyecan arama
- Sorumluluk yokluğu
- Erken davranış problemleri
- Yetişkin antisosyal davranışı

(*) Hare (1994)

Hare 'in (1994) belirttiği gibi psikopatlar tatlı dilli ve yüzeysel insanlardır.

Sözel olarak yetenekli ve konuşkandırlar. Neşeli ve eğlendirici konuşmalar yaparlar, hazırcvaptırlar ve genellikle kendilerini olduklarından daha iyi gösterirler. Sıklıkla olması mümkün olmayan ancak ikna edici hikayeler anlatırlar. Bu nitelikleri ile insanları kolaylıkla kandırabilir ve onlarla ilişki kurabilirler. Psikopatlar kendilerinin şaşkırtıcı derecede çok önemli olduğuna inanan kimselerdir ve narsisistik bir yapıları vardır; ben merkezli, kendilerini evrenin merkezi olarak

gören ve bu nedenle de kendi kurallarına göre yaşamaya hakları olduğunu düşünen kimselerdir. Vicdan ve suçluluk yokluğu dikkat çeker (Hare, 1994, 1995).

Psikopatlar davranışlarının sonuçları ne dereceye kadar başkasına zararlı olursa olsun her hangi bir üzüntü veya sıkıntı duymazlar. Kendilerine sorulduğu zaman açık bir şekilde ve sakince bir pişmanlık duymadıklarını söylerler. Bu pişmanlık veya vicdan yokluğu onların davranışlarını akla uygun hale getirme çabasıyla da yakından ilişkilidir. Genellikle el altında tuttukları ve davranışlarını açıklayabilecek bir mazeretleri vardır ve kişisel sorumluluklarından kolaylıkla sıyrılır veya kimi durumlarda olan biteni top yekun inkar ederler.

Empati eksikliği yine pek çok çalışmayla aydınlatılmış bir karakteristiktir. Psikopatlar empati konusunda yetersizlik gösterirler (inceleme için bkz. Kirkman, 2002). Diğer insanların duyguları, acıları, üzüntü ve sıkıntıları onları çok fazla ilgilendirmez. Başkalarını entelektüel perspektif haricinde anlayamazlar (Hare, 1994, 1995). Eğer bir takım bağları muhafaza edebilirlerse bu o kimseleri kendi malı gibi görmelerindedir. Yoksa aile üyelerinin veya yabancıların hakları, acıları ve duygularına karşı tamamen ilgisizdirler.

Psikopatlar aldatıcı ve manipülatiftirler. Kendileri ve olaylar hakkında sık sık yalan söylerler. Yakalandıklarında da nadiren şaşkınlık veya utanç yaşarlar, sadece hikayelerini değiştirir ve yeni bir yalan söylerler veya olayları yeniden işleyerek yalanları ile tutarlı hale getirirler. Birbiriyle çelişen ifadelerin uzayıp giden listesi dinleyicinin kafasının tamamen karışmasına neden olur. Pek çok durumda yalan söylemek veya aldatmaktan utanmak bir yana, gurur duydukları ve hatta övündükleri görülür. Bunun dışında psikopatlar gelip geçici, anlık heyecanlar

yaşarlar, yani duygularının bir derinliği yoktur. Aslında bir tür duygusal bir yoksulluk hali gösterirler. Bu nedenle bir açıdan bakıldıklarında duygusuz ve soğuk kimseler olarak görülürler; bir diğer açıdan da dramatik, yüzeysel, derinliği olmayan ve kısa süreli duygular sergileyen kişilerdir. Bu duygular sanki rol oynadıkları ve o duyguları gerçekten hissetmedikleri izlenimini uyandırır (Hare, 1994).

Psikopatlar davranışlarının sonuçlarına da aldırış etmezler ve uzun uzadıya muhtemel sonuçlarını düşünmeksizin eylemde bulunurlar. “Canım öyle istedi” veya “Canım istediği için yaptım” gibi cevaplar oldukça yaygındır. Bu nedenle psikopatların anlık dürtülerle hareket ettikleri görülür. Bu dürtüsellik (impulsivite) ‘nin nedeni isteklerin, ihtiyaçların, veya hazzın anlık ve derhal tatmini veya sıkıntıdan derhal kurtulmak ihtiyacıdır. Psikopatlar işlerini, ikametgahlarını, ilişkilerini derhal ve aşikar bir neden olmaksızın bırakır ve çekip giderler. İşler bırakılır, ilişkiler bitirilir, planlar değiştirilir, evler alt üst edilir, insanlar incitilir. Bir psikopatın hayatında bu olayları tekrar tekrar görmek mümkündür (Hare, 1994).

Psikopatların zayıf davranış kontrolü, yani küçük uyarımlara ve algılanan hakaret ve belirsiz imalara şiddetli reaksiyonda bulunmaları onları daha da tehlikeli kılar. Özetle psikopatlar çabuk öfkelenen, kafası çabuk kızan kimselerdir. Eleştiri, engellenme, başarısızlık, ani bir şiddet, tehdit veya sözel istismara yol açar. Bu tepkiler son derece şiddetli olmasına rağmen kısa sürelidir ve olayın sonrasında psikopatlar sanki alışılmışın dışında bir şey olmamış gibi davranırlar. Psikopatlar uyarım veya heyecan arama ihtiyacı içindedirler. Bu özellikleri nedeniyle kanunu da ihlal etmeye eğilimlidirler. Pek çok psikopat “sırf zevk olsun diye” suç işler. Bu

karakteristiklerinin bir diğer vechesi de rutin, sıkıcı, konsantrasyon gerektiren işleri yapamamaları ve çabuk sıkılmalarıdır. Sorumluluk duygusunun olmaması bir diğer karakteristiktir. Zorunluluklar ve görevler onlar için hiçbir mana ifade etmez.

Düzeleceklerine dair söz verseler bile davranışları aynen devam eder. Genel bir güvenilmezlik, ödenmeyen krediler, azar azar alınan borçlar, işyerindeki kaynakların istismar edilmesi, hastalık bahanesi veya başka nedenlerle devamsızlıklar, düşük ve düzensiz performans yaygındır (Hare, 1994).

Bir çok psikopat erken yaşta davranış problemleri gösterir. Çalma, yalan söyleme, kundaklama, mala mülke zarar verme, madde kullanımı, erken cinsel ilişki görülür. Dezavantajlı çevrelerden gelen çocuklarda da benzer davranışlar görülebilmekle beraber, psikopatların hayat hikayeleri daha yoğun ve ciddi antisosyal davranışlara işaret eder. Psikopatlar bu davranışlarını yetişkin hayatta da sürdürürler ve elverişsiz veya mantıkdışı bulduklarından toplumsal kurallara uyamazlar. Bu antisosyal eylemler soruşturmalar geçirmelerine ve tutuklanmalarına neden olur. Kriminallik psikopatların diğer suçlulardan daha fazla sayıda ve daha yaygın suçlar işledikleri bilinmektedir. Bu nedenle hemen hemen her suç türünü denedikleri görülür. Ancak her psikopatın hapse gireceğini veya kabare suç dosyasının bulunacağını varsaymak doğru değildir. Birçoğu hapse girmez, yasaların boşluklarından faydalanır veya bir şekilde soruşturmalardan ya da yargulamalardan kurtulurlar. Şüpheli işler, çocuğun veya eşin istismarı gibi antisosyal eylemler gizli kalır. Bazıları da suç sayılabilecek eylemlerde bulunmazlar, ancak başkalarına zarar verecek veya ahlaksız, etik olmayan davranışlarda bulunurlar (Hare, 1994).

Psikopatların bu özellikleri akla iki soruyu getirmektedir: Bazı insanlar neden böyledir ve bu insanlar için ne yapılabilir? Psikopatinin nedeni yüz yıllık çalışmaların ardından hala çok net izah edilememektedir. Kuvvetli genetik etkenler ve kötü sosyal çevre kabaca üzerinde durulan iki teoridir. *Hare* (1994) ise biyolojik ve sosyal koşulların tam olarak anlaşılammış ve kompleks etkileşimi üzerinde durmaktadır.

Bu insanlar için ne yapılabilir sorusuna verilebilecek yanıt da kolay değildir. Psikoterapi psikopatik kişiler için elverişli değildir. Çünkü psikopatlar kendilerinde değiştirilmesi gereken duygusal veya psikolojik problem olduğunu göremezler; değişmek konusundaki motivasyon eksikliği, güvenilmez oluşları, psikoterapi için onları elverişsiz kılar. Psikopatlar tedavi esnasında daha ziyade psikolojik ve psikiyatrik jargonu öğrenirler ve bunu terapistleri, danışmanları, şartlı tahliye komitelerini hatırı sayılır ilerlemeler kaydettikleri konusunda ikna etmek için kullanırlar. Terapi süreci diğerlerini daha iyi aldatma ve kandırma yöntemlerini öğrenmelerinden başka bir şeye yaramaz (*Hare*, 1995). Aslında değişmek için değil, hapisneden erken tahliye olmasının önkoşulu olarak mahkeme istediği için terapiye girerler. Bununla beraber bu kişileri değiştirebilmek önem taşıdığından Kanada hükümeti psikopatlarla ilgili olarak deneysel bir program yürütmektedir (*Hare*, 1995).

Robert Hare (1994) erken müdahalenin önemini vurgulamaktadır. Erken müdahalenin alternatifi ise psikopatlar toplum aleyhine suçlar işledikten sonra muazzam ve çok daha fazla bir kaynağın adli soruşturmalar, hapisaneler ve psikopatların süpervizyonu için harcanması ve tabii mağdurların haklarının ve içine

düştükleri durumun da görmezden gelinmesidir (*Hare, 1994*). Psikopatları dışarıya bırakmak ise daha büyük riskler içerir (*Hare, 1995*). Psikopatinin bozucu toplumsal etkileri diğer herhangi bir hastalıktan hatta onların toplamının verdiği zarardan fazladır. Buna rağmen görece olarak daha az çalışılmıştır.

Psikopatinin kavramsal tanımlamasının yapılmasında *Karpman*'ın çalışmaları büyük önem taşımaktadır (*Karpman, 1948; Levenson, ve ark., 1995*'ten naklen). Birincil ve ikincil psikopati ayrımı ilk önce *Karpman* tarafından ortaya atılmıştır. Birincil psikopatlar katı kalpli-acımasız, manipülatif, ağır bir şekilde bencil ve rutin olarak güvenilmez kişilerdir. İkincil psikopatlar ise emosyonel bir bozukluk etkisi ile yoğun bir dürtüsellik gösterir ve antisosyal eylemlere girerler, bu nedenle nörotik psikopatlar olarak da tanımlanırlar. Saf olarak bu iki tipten birinin bulunması durumu nadir olsa bile, saf birincil psikopatların emosyonel bir rahatsızlığının olduğuna bir kanıt yoktur. *Karpman*'ın görüşüne göre sadece birincil psikopatlar gerçek psikopat olarak değerlendirilmelidir. Ancak ikincil psikopatlar veya kuvvetli ikincil psikopatik karakteristikleri taşıyanlar, tedavi ile ilgili ortamlarda veya kriminal ortamlarda daha sık görülürler. Klinik ortamların dışında birincil ve ikincil psikopatinin karışık olarak ve devamlılık gösteren bir yapıda olması beklenebilir (*Levenson, ve ark., 1995*).

Psikopatinin çok çalışılmasında *Hare*'in öncülük edici çalışmalarının rolü çok büyüktür. Yukarıda tanımlanan anlamda psikopatiyi ilk ölçen ölçek *Robert Hare*'in Psikopati Kontrol Listesi (Psychopathy Checklist Revised-PCL-R ve PCL) olarak bilinen diagnostik mülakatıdır (*Hare, Hart & Harpur, 1991*). Belli bir kesme puanının üzerinde kalanlar psikopat olarak tanımlanmaktadır. Bu yarı

yapılandırılmış görüşme tekniği mahkum popülasyonları üzerinde geliştirilmiştir ve iki faktörlü yapısı gösterilmiştir (*Harpur, Hakstian & Hare, 1988; Harpur, Hare & Hakstian, 1989*). Toplam 22 maddeden oluşan PCL' de ve gözden geçirilmiş versiyonu olan PCL-R'de Faktör 1, başkalarının bencilce, duygusuzca ve zalimce kullanımına işaret eder ve tatlı dilli olma/yüzeysel cazibe, ben merkezlilik/ abartılı şekilde kendinin değerli olduğu duygusu, patolojik yalan söyleme ve hilekarlık, düzenbazlık/içtenlik yoksunluğu, suçluluk veya pişmanlık duygusunun olmaması, duygusal derinliğin olmaması ve heyecansızlık, zalimlik (veya katı kalplilik)/empati yoksunluğu, kendi eylemlerinden ötürü sorumluluk kabul etmeme ve antisosyal davranışların doğrudan nedeni olmayan alkol ve madde kötüye kullanımı gibi karakteristiklerle ilişkilidir. Bu faktör görüldüğü gibi birincil psikopati ile örtüşen kişilik karakteristiklerine işaret etmektedir. Bunlar psikopatiye (ya da birincil psikopatiye) atfedilen ana karakteristiklerdir.

Faktör 2 ise kronik olarak stabil olmayan ve antisosyal yaşam stili olarak isimlendirilmiştir ve can sıkıntısına eğilimli olma/engellenmeye toleransın düşük olması, çabuk öfkelenme/zayıf davranış kontrolü, parazitsel hayat stili, erken davranış problemleri, uzun süreli gerçekçi planların olmaması, dürtüsellik, ebeveyn olarak sorumsuz olma, ergenlik döneminde suçluluk, şartlı tahliye döneminde kötü performans, birçok evlilik, bir çok suç tipi gibi karakteristiklere işaret etmektedir. Bu karakteristikler erken başlayan ve stabil olmayan antisosyal bir hayat stilini, yani kriminal davranışları ve amaçsız, kestirilemez, asalaksı bir hayat stilini göstermektedir. Faktör 2 görüleceği gibi ikincil psikopati veya nörotik psikopati varyantını tanımlamaktadır. (*Harpur, ve ark, 1988; Harpur ve ark., 1989; ayrıca*

Faktör 1 ve Faktör 2'nin tanımlamalarıyla psikopatinin farklı varyantlarının ayrıntılı gözden geçirilmesi için bkz. *Skeem, Poythress, Edens, Lilienfeld, & Cale, 2003*).

McHoskey ve ark. (1998) Faktör 1'i birincil psikopati, Faktör 2'yi ikincil psikopati ve antisosyal davranış olarak isimlendirmeyi önermişlerdi. Birincil psikopati kişilik temelli, ikincil psikopati davranış temelli karakteristik olarak da tanımlanmaktadır.

PCL ve PCL-R'ın iki faktörlü yapısı (*Harpur ve ark., 1988; Harpur ve ark., 1989*), erkek mahkumlar üzerinde gösterilmişti. Kadınlarda psikopatinin ne şekilde olduğu konusunda daha az çalışma yapılmıştır. Yakın zamanlarda *Jackson, Rogers, Neumann & Lambert (2002)* PCL-R'ın kadın mahkumlar üzerinde üç faktörlü yapısını göstermişlerdir. PCL-R kadın mahkumlar üzerinde de geçerli ve güvenilir olmasına rağmen faktör yapısının kadınlarda farklı olabileceği, yani maddelerin farklı faktörlere yüklenebileceği literatürde tartışılmıştır (*Vitale & Newman, 2001*). Bir ölçeğin maddelerinin farklı faktörlere yüklenmeye başlaması ölçeğin kadınlarda bire bir olarak erkeklerdeki ile aynı kavramı ölçmediğini göstermektedir; ancak kadınlar üzerindeki çalışmaların sınırlı olması yorum yapmayı güçleştirmektedir (*Vitale & Newman, 2001*).

PCL-R'ın güvenilirliği, eş zamanlı, ayırt edici ve prediktif geçerliliği (*Hare ve ark., 1991*) ve kültürler arası geçerliliği literatürde ayrıntılı olarak tartışılmıştır (*Hare ve ark. 2000*). Genel olarak batılı popülasyonlar için çalışmalar yapılmıştır. Psikopati konusunda yapılan araştırmalar Kanada ve ABD'de gerçekleştirilmiştir. Daha yakın zamanlarda Avrupalı popülasyonlar üzerinde de psikopati çalışmaları yapılmıştır. Başka ülkelere ait herhangi bir veri yoktur. Avrupa'da yapılan çalışmalarda genellikle örneklem gruplarının daha küçük olduğu

ve psikopati teşhisi için kesme noktasının daha düşük olduğu görülmektedir. Kanadalı ve Kuzey Amerikalı mahkumlar için 30 puan kesme noktası kabul edilmişken, Avrupalı mahkumlar için 25-26 puan daha uygundur (*Hare ve ark.* 2000).

Psikopatinin bir takson (sınıf) olup olmadığı önemli bir sorudur. Bazı araştırmacılar psikopatiyi boyutsal olarak kabul ederler, ancak psikopatinin bir takson olması olasılığı da vardır. Bir takson popülasyonu dikotomik olarak ikiye ayırır ve tespit edilebilir etiolojik bir nedene dayanır. Bu nedenler spesifik çevresel koşullar bütünü, majör etkisi olan bir gen, ya da hep veya hiç sistemine göre çalışan bir fizyolojik sistem olabilir. (*Meehl, 1995; Lilienfeld, 1998*). PCL-R hem kategorik hem de boyutsal tanımlama yapma imkanı sağlar. Belli kesme noktasının kullanılması dikotomik sınıflamaya, skorların devamlılık gösteren şekilde kullanılması ise boyutsal yapıya işaret eder (*Skeem ve ark., 2003*).

Psikopatinin boyutsal olup olmadığı sorusu sadece bir çalışmada incelenmiştir. *Harris, Rice ve Quinsey* (1994) 653 suçlu üzerinde çeşitli taksometrik teknikleri kullanarak psikopatinin bir takson olduğunu buldular. Analizleri mükerrer suç işleme, yetişkin ve çocukluk antisosyal davranışı değişkenlerini ve PCL-R skorlarını içermektedir. Ancak takson Faktör 2 skorları için geçerliydi, Faktör 1 için bir takson tespit edemediler. *Harris ve ark.*'ın (1994) bulguları *Lilienfeld* (1998) tarafından eleştirilmiştir. Her şeyden önce sadece Faktör 2 için bir takson bulunmuş olması psikopatinin takson olduğunu göstermemektedir. *Harris ve ark.* PCL-R skorlarını mülakat temelli olarak değil, dosya bilgisi temelli olarak hesaplamışlardı. Eğer mülakat datası olmuş olsaydı,

Faktör 1 için de takson bulunabilirdi. Ayrıca araştırmacıların datası ruhsal bozukluğu olan suçluları da içermekteydi. Bu nedenle çalışma sonuçlarının şizotipal taksonun varlığı olasılığından ne kadar etkilendiği cevaplanması gereken bir soru olarak durmaktadır (*Lilienfeld, 1998*).

Bunun dışında taksometrik analizler takson yokluğunda yanlış pozitif sonuçlar verebilmektedir (*Miller, 1996*; ayrıca tartışma için *Lilienfeld, 1998*). *Meehl* (1995) DSM kriterleri gözden geçirilirken komiteleri sübjektif olabilecekleri nedeniyle eleştirmiş ve yapısal geçerlilik için taksometrik analizlere vurgu yapmış olsa da, taksometrik analizler her zaman uygun değildir. Taksometrik analizler ancak tek bir taksonun olduğu durumlarda işe yarayabilir. Ayrıca örneklem grubunun yapısından, kullanılan ölçeğin yapısından, birden çok taksonun var olmasından, kullanılan değişkenlerin hangisi olduğundan önemli ölçüde etkilenebileceğinden taksometrik analizlerin önemi abartılmamalıdır (*Garb, 1996*).

Psikopatinin ergenlerde ölçülmesi mümkündür. Bununla beraber psikopatik karakteristiklerin ergenlerde ölçülmesinde bazı sorunlar olduğu gibi (bazı karakteristiklerin ergenlere uygulanamaması, mesela asalaksı yaşam stili) bu karakteristiklerin çocukluktan yetişkinliğe değişmez şekilde devam ettiğini de çıkarsamak zordur. Bu nedenle ergenlerde psikopati konusu çalışılabilmesine rağmen, teşhise yönelik değerlendirmeler için yeterli deneysel veri yoktur ve etik sorunlar vardır (*Edens, Skeem, Cruise & Cauffman, 2001*). Değişik psikopati ölçekleri, bunların ergenlerde kullanımı ve sınırlılıkları, konuyla ilgili etik ve adli sorunlar literatürde tartışılmıştır (*Edens ve ark., 2001; Petrila & Skeem, 2003*).

2. 3. 2. AKB ile Psikopati arasındaki farklılıklar

AKB ile psikopati arasında önemli farklar vardır. Bu iki terim sıklıkla profesyoneller tarafından bile birbirine karıştırılmaktadır (*Hare, 1995, 1996*). AKB diagnostik kriterleri daha ziyade davranışsal çıktılara odaklanmaktadır (*Edens ve ark., 2001; Hare, 1995*). Bunun nedeni davranışlar üzerinde karara varmanın, davranışların altta yatan nedenlerini belirlemekten daha kolay olmasıdır. Sonuç olarak güvenilirliği yüksek, ama geçerliliği şüpheli ve psikopati ile çok alakalı olmayan bir diagnostik kategori ortaya çıktı (*Hare, 1996*). AKB ve psikopati önemli şekilde birbirinden farklılaşmaktaydı. AKB diagnostik kategorisi PCL-R (ve PCL)'daki Faktör 1'den ziyade Faktör 2 ile daha yüksek point biserial korelasyon göstermektedir. Psikopatinin global değerlendirmesi ise Faktör 2'den çok Faktör 1 ile korelasyon göstermektedir (*Harpur ve ark., 1988; Harpur ve ark., 1989*). Psikopati ile antisosyal kişilik arasındaki ilişki bunların farklı yapılar olduğunu göstermektedir. Mesela psikopati ölçekleri antisosyal karakteristikler ile orta dereceli korelasyonlara sahiptirler (*Lilienfeld & Andrews, 1996*). Kriminal popülasyonlarda da AKB ve psikopatinin birebir örtüşmediği ve farklı kavramlar olduğu gösterilmiştir (*Stålenheim & von Knorring, 1996, ayrıca inceleme için bkz. Hare, 1996; Martens, 2000*).

PCL-R ile belirlenen psikopati DSM-IV (1994) AKB diagnostik kategorisi ile farklılık gösterirken, Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Uluslar arası Sınıflandırması'nın onuncu revizyonundaki (ICD-10; *World Health Organization, 1992*) Dissosyal Kişilik Bozukluğu'ndan çok farklılaşmamaktadır. ICD-10

Dissosyal Kişilik Bozukluğu kriterlerinin genel olarak psikopatiye daha benzer bir diagnostik kategori olduğu kabul edilmektedir (*Hare ve ark., 2000*).

AKB kategorisi davranışlara ve suç sayılan eylemlere odaklanmış olduğu için kriminal populasyonlarda çok yaygındır (*Correctional service of Canada, 1990; Teplin, 1994; Widiger ve ark. 1996*). Aslında AKB kategorisi suçluların çoğuna uygulanabilir durumdadır. Buna karşılık mahkumların yaklaşık % 30'una psikopat olarak teşhis konulabilmektedir (*Widiger ve ark. 1996; Porter ve ark., 2000*; ayrıca inceleme için bkz. *Cuningham & Reidy, 1998; Hare, 1996*). Bu durum psikopati ile AKB'nun asimetric bir ilişkiye sahip olduğunu göstermektedir (*Hare ve ark., 2000*). Çoğu psikopat AKB için diagnostik kriterleri karşılarlar (adli sistemlerden bir şekilde kaçmayı başaranlar hariç, çünkü bunlar AKB kategorisinin de dışında kalabilmektedir), ancak çoğu AKB teşhisi alan birey psikopat değildir (*Hare, 1996; Hare ve ark., 2000*).

AKB diagnostik kategorisinin yapısı ile ilgili itirazlar yükseldi ve sınırlılıklarından ötürü Psikopatik Kişilik Bozukluğu diagnostik kategorisi önerildi (*Hare ve ark., 1991*). AKB diagnostik kategorisi heterojen bir grup yaratmaktaydı. Diğer bir deyişle diagnostik kategori içine düşen AKB olan bireyler birbirlerinden kişilik, tutumlar ve suç işleme motivasyonları açısından büyük ölçüde farklılaşmaktaydılar (*Cuningham & Reidy, 1998; Hare, 1996*).

DSM-IV literatür incelemesi AKB kategorisinde psikopati kavramı ile ilgili karakteristiklerin eksikliğine odaklanmış (*Widiger, Frances, Pincus, Davis, & First, 1991*) ve bu nedenle DSM-IV alan çalışması gerçekleştirilmiştir (*Widiger ve ark., 1996*). Bu çalışmanın durumu düzeltileceğine inanılıyordu. Çalışmada AKB

ve Psikopatik Kişilik Bozukluğu teşhis kriterleri karşılaştırıldı. *Widiger ve ark.* bu çalışmada psikopatik kişilik kriterlerinin DSM AKB kriterleri kadar güvenilir olduğunu buldu. Böylece AKB kategorisinin içerik geçerliliği, güvenilirliği azaltılmadan yükseltilebiliyordu ve kişilik karakteristiklerinin güvenilirliği daha az olacağı için davranışsal çıktılara odaklanmanın mantığı da ortadan kalkıyordu (*Hare, 1996*). Ancak *Widiger ve ark.* psikopatik kişiliğe atfedilen karakteristiklerin günlük klinik uygulamalarda güvenilir bir şekilde tespit edilemeyeceği düşündü ve davranışların daha yüksek diagnostik değer taşıdığına karar verdi. DSM-IV AKB diagnostik kriterleri deneysel olarak değil, mantıksal olarak oluşturulmuştu. Bu nedenle DSM-IV kriterleriyle ilgili olarak da eleştiriler devam etti. Muhtemel semptom varyasyonlarının çokluğu nedeniyle ayrı klinik yapı olarak teşhis olasılığının azalması, semptomlara eşit ağırlık verilmesi nedeniyle diagnostik geçerliliğin şüpheli hale gelmesi, belli bir kişi için AKB teşhisinin zaman içinde değişmez olduğunun araştırma ile gösterilememiş olması, diagnostik kategorinin zaman içinde değişkenlik göstermesi, madde kullanımına ilişkin bozukluklarla örtüşen semptomların olması nedeniyle hangisinin bir diğerine yol açtığı belirlenememesi, önemli sorunlar olarak görülmüyordu (*Cuningham & Reidy, 1998*).

Sonuç olarak AKB diagnostik kategorisi DSM-IV'te de psikopatik kişilikten farklı bir yapı arz etmeye devam etti. Hatta durum daha karmaşık bir hal almıştı. DSM-IV' ün (1994) AKB kategorisinin eşlik eden özellikleri incelenecek olursa (empati yoksunluğu, dikkat çekici ve şişkin tarzda kendini yüceltme, yüzeysel cazibe, konuşkan olma, kendinden emin ve küstah, kendi bildiğini okuyan, cinsel ilişkilerinde sömürücü ve sorumsuz olma) bunların aslında psikopatik

kişiliğin karakteristikleri olduğu görülmüştür. Bu durumda DSM-IV'e göre AKB'nin gerçekte ne olduğu konusunda fikir yürütmek zorlaşmaktadır. *Hare* (1996) teşhis kriterlerine göre AKB olan bir kimsenin "eşlik eden karakteristiklere" göre değerlendirildiğinde AKB olarak çıkmayabileceğini iddia etmişti.

Psikopatik karakteristikleri gösteren kişilerin zorunlu olarak suçlu olması ya da tekrarlayan antisosyal eylemlere girişmesi zorunlu değildi (*Widom*, 1977).

Diğer bir ifadeyle diagnostik kategori içine girmesi gereken pek çok kişi de (kriminal olmayanlar gibi) bu kategorinin dışında kalmaktaydı. AKB kategorisinin daha ziyade davranışsal çıktılarına odaklanmasının yaratmış olduğu sorunlar

Lilienfeld (1998) tarafından tartışılmıştır. *Lilienfeld*, AKB diagnostik kategorisini psikolojik geçerlilik açısından değerlendiriyor diagnostik kategorinin yapı geçerliliğinin tartışmalı olduğunu belirtiyordu. *Messick* (1995) yapı geçerliliğini tehdit eden iki büyük tehlike olduğunu ifade etmiştir. Birincisi *yapının yeteri kadar temsil edilememesi*, yani değerlendirmenin çok dar kapsamlı olması nedeniyle yapının önemli boyutlarını içermemesi, ikincisi *yapı ile alakasız varyans*, yani değerlendirmenin çok geniş olması ve başka yapılara ait boyutları içermesiydi.

Lilienfeld her iki sorunun da AKB kategorisinde mevcut olduğunu belirtmiştir. AKB diagnostik kategorisi sorunludur ve temel olarak iki yanlış varsayıma dayanmaktadır. Birincisi "aynı kişilik karakteristikleri aynı davranışa yol açmaktadır" varsayımıdır (aslında belli kişilik karakteristikleri bir ortamda suçta yöneltirken aynı kişilik karakteristikleri bir başka ortamda zorunlu olarak suçta yöneltmeyebilir). İkincisi "aynı davranışlar aynı kişilik karakteristiklerinden

kaynaklanmaktadır” varsayımıdır (bu da doğru değildir çünkü mesela suç işlemek gibi bir davranış farklı karakteristiklerden kaynaklanabilir).

Özetle AKB diagnostik kategorisi geçerliliği şüpheli, daha ziyade kriminal popülasyonlarda sık görülen, psikopati ile ilişkili, ama ondan farklı bir yapıdır. Psikopati suçluların daha azına uygulanmakta ve antisosyal semptomlarla orta dereceli korelasyon göstermektedir. AKB diagnostik kategorisi, birincil ve ikincil psikopatik karakteristikleri bu iki grubun davranışlarındaki benzerliğe dayanarak kendi başlığı altında toplamıştır (*McHoskey ve ark.*, 1998). Genel olarak AKB-Psikopati arasındaki bağlantı düşünülürken bunların yakından ilişkili, ama farklı kavramlar oldukları göz önünde tutulmalıdır.

2. 3. 3. PCL-R’ın sınırlılıkları ve başarılı psikopatlar

PCL-R psikopatiyi güvenilir bir şekilde ölçmekteydi ve bu ölçek geliştirildikten sonra psikopati ile ilgili olarak pek çok çalışma yapılmıştı. Ancak PCL-R’ın iki önemli sınırlılığı vardı. Birincisi PCL-R hapisane dışındaki psikopatlar konusunda çok bilgi sağlamıyordu (Diğer bir ifadeyle AKB’nun sahip olduğu sınırlılık kısmen PCL-R için de geçerliydi). İkincisi PCL-R görüşme tarzındaydı ve görüşmelerin çok uzun zaman alması nedeniyle hızlı data toplanmasına izin vermiyordu.

PCL ve PCL-R mahkum popülasyonları üzerinde geliştirilmişti (*Harpur ve ark.*, 1988; *Harpur ve ark.*, 1989). Bu popülasyonlar bize kriminal psikopatlar hakkında bilgi vermektedir, kriminal olmayan psikopatlar konusunda bilgi sağlamamaktadır. Bu çeşit bir örneklem stratejisi psikopati çalışmalarını yalnızca

kriminal psikopatlarla sınırlamaktadır (*Lilienfeld & Andrews, 1996; Brinkley, Schmitt, Smith, & Newman, 2001; Widom, 1977*). Bu popülasyonlar erişilebilir, daha yaşlı, detaylı hayat hikayesi kayıtları tutulmuş olan kişileri ve psikopati skoru yüksek olması muhtemel kişileri içermektedir. (*Lynam, Whiteside & Jones, 1999*).

Mahkum popülasyonları üzerinde yapılan çalışmalar toplum içinde yaşayan, suç işlememiş veya “başarılı psikopatlar” olarak bilinen kişiler konusunda bir bilgi temin etmemektedir. Aslında psikopati normal popülasyonlarda da görülmektedir ve zorunlu olarak kriminal faaliyet ile bir arada bulunması gerekmez. Bu nedenlerle ve psikopati kavramını tam olarak kavrayabilmek için herhangi bir kurumda bulunmayan (kriminal olmayan) popülasyonlarda da çalışma yapmak gerekmektedir (*Brinkley ve ark., 2001*).

Widom (1977) toplum içinde yaşayan psikopatlarla ilgili olarak ilginç bir metodoloji önermişti. *Widom (1977)* çalışmasında psikopatik kişiliğe sahip kişilerin karakteristiklerine uygun bir gazete ilanı hazırladı. Bu ilan şu şekildeydi:

Maceracı mısınız? Bir psikolog atılgan, heyecanlı hayatlar süren maceracı ve umursamaz insanlar üzerinde bir çalışma yapmaktadır. Sırf meydan okumak için hemen hemen her şeyi yapabilecek bir insansanız ve ödemeli bir deneye katılmak isterseniz, isminizi, telefon numaranızı, adresinizi ve ne kadar ilginç bir insan olduğunuzu kanıtlayan kısa biyografinizi gönderiniz...(s. 675)

Widom daha sonra bir ilan daha yayımladı: “Sorumsuz, ama insanları idare etmesini iyi bilen ve kendi rahatını düşünen, çekici, saldırgan, umursamaz kişiler aranıyor. Adresinizi telefonunuzu gönderiniz...” (*Widom, 1977, s. 675*).

Sonuçta bir şekilde hapis cezalarından kendini büyük ölçüde kurtarmayı başarmış, ama hayat stili ile antisosyal karakteristikler taşıyan bir gruba ulaştı ve bunlara test bataryaları uyguladı. Bu kişilerin kişilik karakteristikleri açısından hapisanedeki kopyalarına oldukça benzediğini buldu. Bu metodoloji gerçekten toplum içinde yaşayan psikopatlarla ulaşmak konusunda bir alternatif sağlamaktadır.

Toplum içinde yaşayan psikopatlarla pek çok kere dikkat çekilmiştir. Gerçekten psikopatlar sadece kriminal popülasyonda değil, toplumun her katmanında, her sosyoekonomik seviyede bulunabilirler (*Hare*, 1994, 1995).

Hare'in (1995) saptamaları çok çarpıcıdır:

...bu bozukluk uyuşturucu madde satıcıları, eş ve çocuk istismarcıları, dolandırıcılar ve düzenbazlar, ikna gücü yüksek pazarlamacılar ve borsa spekülâtörleri, çete üyeleri, paralı askerler, ahlaksız politikacılar, etik kurallara uymayan doktorlar ve avukatlar, teröristler, kült liderleri, ve karaborsacılar arasında yaygındır. Kaotik çöküntünün eşliğindeki toplumlarda (günümüzde, örneğin Rwanda, eski Yugoslavya ve Sovyetler birliği), psikopatlar sıklıkla “vatanseverler” ve “kurtarıcılar” olarak ortaya çıkarlar. Bayrağa sarılmış halde, zalimce kültürel veya ırksal gerginlikleri ve çatışmaları sömürerek kendi ceplerini doldururlar (s. 4).

Toplum içinde yaşayan psikopatlar, psikopatik karakteristikleri gösterirler; ancak genellikle daha düşük antisosyal davranış sergilerler. Psikopatinin saldırgan olmayan varyantı olarak tanımlanan bu grubu yeterli sayıda bulup çalışmak güç olsa da (*Lilienfeld*, 1998), teorik ve klinik kavramların ışığı altında bazı ön deneysel çalışmalar ortaya çıkmıştır (*Skeem ve ark.*, 2003). Bu kimseler klinik açıdan çekici

ve cezp edici bireyler olarak ortaya çıkarlar, “Karizmatik Psikopat” veya “başarılı psikopat” terimleri bu grup için uygun bir terimdir. İkna kabiliyetleri ve sözel maharetleri bu kişilerin azılı düzenbazlar ve dolandırıcılar olmalarını sağlar. Bunlar aşık şekilde saldırgan olmaktan ziyade güveni ve ümitleri istismar etmek suretiyle insanları dolandırır veya sömürürler. Karizmalarına ek olarak kişiler arası becerileri gayet iyidir ve hemen hemen hiç sosyal anksiyete hissetmezler ve düşünmeden hareket eden kimseler olmaktan ziyade iyi plan yapabilen kimselerdir. Toplum içinde yaşayan psikopatların tespiti ve fark edilmesi çok kolay değildir. Bu kimseler normal kimseler tarafından arzulanan kişilik karakteristiklerine fazlasıyla sahiptirler. Psikopatların karşıt cins üzerindeki manyetik çekim gücü diğer kişilere neredeyse doğa üstü bir ayrıcalık, kendilerine olan güvenleri gerçekleşmesi mümkün olmayan bir rüya gibi görünür (*Ray & Ray, 1982*). Tüm bu karakteristikler daha ziyade birincil psikopati (Faktör 1) ile ilişkilidir (detaylı literatür incelemesi ve tartışma için bkz. *Hare, 1996, Lilienfeld, 1998, Skeem ve ark. 2003, ayrıca Widom, 1977*). Kriminal olmayan populasyonlar ve toplum içinde şu veya bu şekilde yaşamakta olan psikopatlar üzerinde çalışma yapmak önemliydi (*Kirkman, 2002*). Araştırmacılar giderek artan şekilde hapisane duvarları dışına çıkarak psikopatinin farklı varyantlarını incelemek istiyorlardı.

Psikopatinin farklı varyantlarını araştırma isteğine ek olarak büyük örneklem gruplarında çalışma isteği de kendini göstermekteydi. PCL-R’ın bir görüşme olması ve çok zaman alması buna engel olmaktaydı. Bu nedenle daha kısa görüşme çizelgeleri geliştirildi. Ancak bunların da görüşme çizelgesi olması ve vakit alması, büyük örneklem grupları üzerinde data toplanmasını

güçleştirmektedir. Bu nedenle daha kısa ve hızlı data toplanmasına olanak sağlayan ölçeklere gereksinim vardı. Öz bildirim şeklindeki ölçeklere olan ihtiyaç bu noktada kendisini gösterdi. Kişinin kendisinin dolduracağı tarzda ölçekler büyük örneklem grupları üzerinde hızlı bir şekilde data toplanmasına olanak tanımaktadır (*Lynam ve ark., 1999*). Bununla beraber eskiden beri mevcut olan ölçekler (MMPI gibi) aslında psikopatolojiyi ölçmemektedir. Bu ölçekler AKB ile ilişkili karakteristikleri ölçmektedir ve daha ziyade psikopati ölçeklerinin antisosyal hayat stili veya sosyal sapma bileşeni ile yani ikincil psikopati ile alakalıdır (*Harpur ve ark., 1989*). Hatta bu ölçeklerin AKB olan kişileri diğer mahkumlardan ayırt etmede pratik açıdan kullanılabilirliği yoktu ve zaman içinde değişkenlik göstermekteydiler (*Cunnigham & Reidy, 1998*). Klinik altı psikopatinin ölçümü veya kriminal olmayan populasyonlarda psikopati çalışmaları yapmada kullanılacak ölçek sorunu kendini hissettirmektedir (*Ray & Ray, 1982*). Bu sorun ancak başka ölçeklerin geliştirilmesiyle çözülebilirdi.

2. 3. 4. Şiddetten Arındırılmış Psikopati Ölçeklerinin Gelişimi ve LSRP

Psikopatolojiyi güvenilir bir şekilde saptayacak yeni öz bildirim tarzında ölçeklere ihtiyaç vardı. PCL-R temel olarak kriminal populasyonlar üzerinde çalışıldığından, kriminal olmayan populasyonlar için iki faktörlü ve kısa bir ölçeğe duyulan ihtiyaç nedeniyle LSRP geliştirildi (*Levenson, ve ark., 1995*). Bunu *Lilienfeld ve Andrews*'un (1996) sekiz faktörlü Psikopatik Kişilik Envanteri (PPI) izledi. Kişinin kendisinin dolduracağı (self report) ve "şiddetten arınmış" ölçeklerin

gelişimi çok önemlidir ve *Levenson & ark.* ve *Lilienfeld & Andrews* tarafından geliştirilen bu tip psikopati ölçekleri en çok gelecek vaat edenleridir (*Skeem ve ark.*, 2003). Bu ölçekler kendisinden önceki öz bildirim tarzındaki ölçeklerden farklı olarak hastalık taklidi yapma veya sosyal açıdan arzulanan cevapları verme sorununu da kısmen ortadan kaldırmaktadırlar. Çünkü bu ölçekler, onaylanmayacak tarzdaki antisosyal eylemleri sorgulamamaktadır ve bu nedenle kişiler bu maddeleri kabullenmekte mahzur görmeyebilirler (*Levenson, ve ark.*, 1995; *Lilienfeld ve Andrews*, 1996; *Skeem ve ark.*, 2003). PPI 187 maddeden oluşmaktaydı ve faktör yapısı da iki faktörlü PCL-R ile uyum içinde değildi.

Gelecek vadeden bir ölçek olmasına rağmen sekiz faktörlü yapısı ve uzun oluşu çalışma yapılmasını LSRP'ye göre güçleştirmektedir. Yirmi altı maddelik ve iki faktörlü LSRP bu psikopati çalışmalarında iyi bir alternatif sağlamaktadır.

LSRP' yi geliştiren araştırmacıların hipotezine göre, psikopati devamlılık gösteren bir karakteristik ise normal popülasyonlarda da ölçülebilmelidir. Nitekim son zamanlarda adli veya klinik olmayan popülasyonlarda psikopati çalışmaları yapılmıştır (*Lee & Ashton*, 2005; *Levenson, ve ark.*, 1995; *Lilienfeld & Andrews*, 1996; *Lynam ve ark.* 1999; *McHoskey ve ark.*, 1998; *Paulhus & Williams*, 2002; *Williams & Paulhus*, 2004). *Levenson ve ark.*, tutuklanmaya götürecek kadar ciddi olmayan antisosyal davranışların klinik olmayan popülasyonda değişkenlik göstereceğini ve gözlemlenebileceğini düşündüler. Bu nedenle öğrenci popülasyonlarındaki ahlaki olmayan ve kabahat olarak tanımlanabilecek davranışları belirlemek amacıyla AAS isimli bir ölçek de bu araştırmacılar tarafından geliştirildi. *Levenson ve ark.* LSRP'nin geçerliliğini zarardan kaçınma,

stres tepkisi, sıkıntıya tahammülsüzlük, macera arama gibi çeşitli öz bildirim ölçekleriyle olan korelasyonlarını değerlendirerek ve yüksek psikopati skorlarının antisosyal eylemleri tespit edip etmediğine bakarak gösterdiler. Bunun gösterilebilmesi sonuçların kriminal olmayan bir popülasyonda mahkumlardan elde edilenlere paralellik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak ölçeğin iyi bir güvenilirliğe ve geçerliliğe sahip olduğu ve iki oblik faktörden oluştuğu bulundu. Ölçeğin güvenilirliği ile bilgiler materyal bölümünde verilmiştir. Birincil ve ikincil psikopati anksiyete (stres tepkisi) karakteristiği ile birbirinden farklılaşmaktaydı. Birincil psikopati anksiyete ile yüksek bir korelasyon vermezken, ikincil psikopati pozitif korelasyon vermekteydi. Birincil ve ikincil psikopati diğer ölçeklerle de beklenen yönde ve büyüklükte korelasyona sahipti.

Yapılan regresyon analizinde de antisosyal eylemleri kestirmede Zuckerman Uyarım arama Envanterinin (SSS) alt ölçeği olan disinhibisyon (sosyal açıdan inhibisyonun olmaması kastedilmektedir), birincil psikopati, cinsiyet, ikincil psikopati, heyecan ve macera arama (SSS'nin alt ölçeği) karakteristikleri en önemli prediktörler (yordayıcılar) olarak bulunmuştur. Birincil psikopatinin en önemli ikinci prediktör, ikincil psikopatinin ise en önemli dördüncü prediktör olduğu görülmektedir. Özetle klinik olmayan bir popülasyon üzerinde yapılan bu çalışmada antisosyal davranışlar ve etik olmayan eylemlerle birincil ve ikincil psikopati arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

LSRP'nin güvenilirliği ve geçerliliği başka çalışmalarda da gösterildi. *Lynam ve ark., (1999)* AAS yerine daha ciddi ve tutuklanmaya götürece kadar ciddi suçlarla LSRP arasındaki ilişkiyi klinik olmayan bir popülasyonda incelediler.

Sonuçlar gerçekten ilginçtir: LSRP total, Birincil ve ikincil psikopati ile ciddi antisosyal eylemler arasında anlamlı ve pozitif korelasyonlar vardı. Mesela hem geçen 12 ay zarfında hem de yaşamında esrar, kokain ve halusinojen kullanımı ile, geçen yılda alkol kullanımı ile, ciddi antisosyal eylemlerle (araba çalma, birini hastanelik edecek kadar dövme, meskene tecavüz gibi) ve yaşamında tutuklanma ile LSRP total, birincil ve ikincil psikopati arasında anlamlı korelasyonlar vardı. Korelasyonlar orta dereceli ve hemen hemen aynı seviyedeydi.

LSRP'nin onaylayıcı faktör analizi ($n = 1852$) iki faktörlü yapıyı başarılı bir şekilde ortaya koymuştur (*Lynam ve ark., 1999*). Ölçeklerin iç tutarlılığı ve test tekrar test korelasyonları da yüksekti. Ayrıca araştırmacılar ölçeğin geçerliliğini başka ölçeklerle test etmişlerdir. Araştırmacılar ölçeğin geçerliliğini gösterdikten sonra ikinci bir çalışma daha düzenlediler. 70 katılımcıdan oluşan bu grup üzerinde yapmış oldukları şartlanma deneyinde psikopati skorları ile yapılan hatalar arasında pozitif korelasyon bulmuşlardır. Bu deney psikopati skoru olanların cezadan fazla etkilenmediğini göstermektedir. Görüldüğü üzere bu sonuçlar kişinin kendisinin yanıtlayacağı ölçeklere olan geleneksel güvensizliği haksız çıkarmaktadır (*Lynam ve ark., 1999*). Benzer şekilde *Brinkley ve ark. (2001)* mahkum popülasyonları üzerinde LSRP'nin onaylayıcı faktör analizini yapmışlar ve başarılı bir şekilde iki faktörlü yapıyı göstermişlerdir.

LSRP diğer psikopati ölçekleri ile de pozitif korelasyon vermektedir. *Hare'in Öz bildirim Psikopati Ölçeği (Hare Self-report Psychopathy Scale-HSRP)*, LSRP total, birincil ve ikincil psikopati ile yüksek pozitif korelasyonlar vermiştir (*Lynam ve ark., 1999*). Ancak LSRP ile orta dereceli korelasyon gösteren psikopati

ölçekleri de vardır. *Elwood ve ark., (2004)* LSRP'nin birincil ve ikincil psikopati skorları ile Hare P-SCAN'ın alt ölçekleri arasında orta dereceli pozitif korelasyonlar bulmuşlardı. Buna göre son ölçekle LSRP'nin arasında anlamlı ilişki olmakla beraber, iki ölçeğin aynı yapıyı ölçtüğünü iddia etmek güçtür. Benzer bir şekilde *Brinkley ve ark. (2001)* LSRP'nin adli psikolojide psikopati için "altın standart" olarak kullanılan PCL-R ile olan korelasyonunu kriminal popülasyonda gösterdiler. Korelasyonlar pozitif ve anlamlı, ancak orta derecelidir. LSRP'nin her iki faktörle de korelasyon göstermesi psikopatiyi ölçtüğünü göstermektedir, ancak korelasyonların daha yüksek olması beklenirdi. Bunun dışında araştırmacılar LSRP'nin PCL-R ile dışsal geçerliliğinin iyi olduğunu göstermişlerdir. LSRP PCL-R'a benzer sonuçlar vermektedir. Kriminal popülasyonlarda dahi LSRP'nin iyi sonuçlar verdiği görülmektedir. LSRP'nin öz bildirim oluşu nedeniyle "iyi veya kötü taklidi yapma" nedeniyle tepki tarafsızlığına açık olması şüphesiz bir sorun olabilir; ancak kısalığı, daha az kaynak gerektirmesi, diğer ölçeklerle olan tutarlılığı göz önünde tutulduğunda kriminal popülasyonlarda da potansiyel olarak faydalıdır (*Brinkley ve ark., 2001*).

2. 3. 5. Psikopati araştırmaları ve Psikopatinin geçerliliği

Psikopati alanında pek çok çalışma yapılmış ve psikopatinin karakteristikleri, eşlik eden özellikler, ayırt edici, eş zamanlı ve prediktif geçerliliği gösterilmiştir. Aşağıda hem kriminal-klinik hem de klinik olmayan popülasyonlarda çeşitli psikopati ölçekleri ile yapılmış çalışmaların bulguları verilmiştir.

2. 3. 5. 1. Psikopati ve diğer kişilik bozuklukları

Psikopatinin en yakından ilişkili olduğu kişilik bozukluğu şüphesiz AKB' dur (*Hildebrand & de Ruiter, 2004; Widiger ve ark. , 1996; Harpur ve ark., 1989*). Klinik-kriminal popülasyonlarda yapılan çalışmalar psikopati ile başka kişilik bozuklukları arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Psikopati borderline karakteristiklerle kriminal popülasyonda anlamlı orta dereceli pozitif korelasyona sahiptir (*Sandoval, Hancock, Poythress, Edens, & Lilienfeld, 2000*). Narsisizm, Psikopati ile orta dereceli korelasyon göstermektedir ve Faktör 1 ile olan korelasyonu Faktör 2 ile olan korelasyondan daha yüksektir (*Harpur ve ark., 1989*). *Stålenheim & von Knorring, (1996)* AKB teşhisi konulmuş 20 katılımcıdan 12'sinin yüksek psikopati skoru aldığını bulmuşlardı. Bazı AKB teşhisi konulmuş katılımcılar ise orta derecede psikopati skoru almış, sadece bir AKB teşhisi konulmuş katılımcı PCL-R'dan düşük psikopati skoru almıştı. Bu bulgu psikopatinin AKB ile ilişkili olduğunu göstermekle beraber farklı diagnostik kategoriler olduğu görüşüne de destek vermektedir. *Hildebrand & de Ruiter, (2004)* Hollanda'da adli psikiyatri hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada psikopati ile paranoid kişilik arasında ilişki bulmuşlardı. Psikopati teşhisi ile Borderline Kişilik Bozukluğu teşhisi arasında da pozitif bir ilişki olmasına rağmen anlamlı seviyeye varmamıştı.

Psikopati klinik olmayan popülasyonlarda narsisistik kişilik karakteristikleriyle önemli pozitif korelasyon göstermektedir (*Lee & Ashton, 2005; Lilienfeld & Andrews, 1996; McHoskey ve ark., 1998; Paulhus & Williams, 2002;*

Reise & Oliver, 1994; Reise & Wink, 1995; Williams & Paulhus, 2004)¹.

Psikopatinin Borderline kişilik bozukluğu karakteristikleri ile pozitif korelasyonu vardır (*Lilienfeld & Andrews, 1996*). Antisosyal kişilik bozukluğu semptomlarıyla yine anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur (*Lilienfeld & Andrews, 1996; Reise & Oliver, 1995*). *Reise ve Oliver (1994)* Psikopati Q-sortu geliştirdikten sonra psikopati ile histerik prototipler arasındaki korelasyonu hesapladılar. Korelasyon pozitif yönde ancak düşük seviyede idi. *Reise ve Wink (1995)* psikopatinin diğer kişilik bozukluklarıyla olan ilişkisini değerlendirdiler ve histrionik kişilik ile psikopati arasında pozitif ve orta dereceli korelasyon buldular. Ayrıca ilginç olarak psikopati kaçınan ve şizoid kişilik semptomları ile negatif korelasyon göstermekteydi. Korelasyonların büyüklüğü ve ilişkilerin derecesi yorum yapma imkanı sağlamaktadır. Buna göre psikopati, AKB, borderline ve narsisistik kişilik bozukluğu ile ilişkili olmasına rağmen bunlardan farklı bir yapıdır.

2. 3. 5. 2. Psikopati ve Suç

Psikopatinin kriminal faaliyet ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Psikopatlar hapisane duvarları dışında da bulunabilirler. Ancak karakteristikleri nedeniyle çoğu zaman adli makamlarla karşı karşıya geldikleri görülmektedir. *Widiger ve ark. (1996)* klinik ortamlarda psikopatinin prevalansını % 28 olarak belirlediler. Ayrıca psikopati hem şiddet suçları hem şiddete dayalı olmayan suçlarla anlamlı korelasyon vermektedir. Bu bulgu birincil ve ikincil psikopati ve psikopati toplam için geçerlidir (*Brinkley ve ark., 2001; ayrıca inceleme için Bkz.*

¹ *Lee & Ashton (2005)* ve *McHoskey ve ark., (1998)* LSRP'yi kullanmışlardır.

Edens ve ark, 2001). Psikopatinin şiddetle, mükerrer suçla ve kurum içi şiddetle olan ilişkisi ayrıntılı olarak *Cunningham ve Reidy* (1998) tarafından tartışılmıştır. Yakın zamanlarda yapılmış bir meta analiz tekrar suç işlemede Faktör 2'nin Faktör 1'den daha yüksek prediktif değerinin olduğunu ortaya koymuştur (*Walters*, 2003).

Edens, Poythress ve Lilienfeld (1999) hapisane içindeki şiddetin psikopati ile orta dereceli korelasyon gösterdiğini saptadılar. Araştırmacılar psikopati ile hapisane içinde gerçekleşen sözel + fiziksel saldırganlık arasında orta dereceli anlamlı korelasyonlar bulmuşlardı. *Murrie, Cornell, Kaplan, McCorville, & Levy-Elkon* (2004) ergen suçlularda çeşitli psikopati ölçekleri ile şiddete dayalı suçlar, hapisteyken gösterilen şiddet, silahla saldırı, kurbanın tıbbi yardım almasını gerektirecek kadar şiddet uygulama gibi şiddet tipleri arasındaki ilişkiyi point biserial korelasyonlarla ve ROC analizi ile incelediler. Daha yüksek derecedeki psikopatik karakteristiklere sahip genç suçluların, adliyeye yansıyan ve yansımayan şiddet içeren davranışları gösterme, silah kullanmayı içeren suçları işleme ve tıbbi yardım gerektirecek kadar birini yaralama olasılığının daha yüksek olduğunu buldular. Buna karşılık *Stålenheim & von Knorring* (1996) 61 İsveçli adli psikiyatri vakaları üzerinde yaptıkları bir çalışmada şiddet suçu işlemiş katılımcılarla diğer suçları işlemiş katılımcılar arasında PCL-R Faktör 1, Faktör 2 ve toplam skorlar açısından bir fark bulamadılar. Ancak araştırmacılar önceden suç işlemiş olan katılımcıların Faktör 2 daha büyük olmak üzere her iki faktör açısından da daha yüksek skor aldıklarını buldular. Norveç'te yapılmış bir çalışmada bildirilen suçlarla psikopati skorları arasında korelasyon bulunmuş ve psikopatların

psikopat olmayan suçlulardan daha fazla suç işlediği görülmüştür (*Rasmussen, Storsæter, & Levander, 1999*).

Harpur ve ark. (1989) hapisane içinde işlenen suçların hem Faktör 1 ile hem de Faktör 2 ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Faktör 2 ile olan korelasyon daha büyüktü. *Harpur ve ark.* şartlı tahliyenin kurallarının ihlali ile Faktör 1 ve 2 arasındaki point biserial korelasyonları da hesaplamışlardı. Faktör 2 için daha yüksek olmak üzere her iki faktör için anlamlı pozitif korelasyonlar vardı.

Fernandez ve Marshall (2003) cinsel suçluların diğer suçlulardan toplam psikopati ve Faktör 2 açısından daha düşük skor aldığını belirlediler. Ancak önceki suçlar kovaryant olarak girildiğinde psikopati toplam puan için fark ortadan kalkmakta, fakat Faktör 2 anlamlı olmaya devam etmekteydi. Bu bulgular cinsel suçluların antisosyal hayat stilini daha az gösterdiğini ortaya koymakla beraber *Fernandez ve Marshall*'ın çalışmasında, önceki çalışmalarla (*Porter ve ark., 2000*) çelişkili olarak cinsel suçlular arasında psikopatinin prevalansını çok düşük olarak buldukları göz önünde tutulmalıdır. *Porter ve ark.* Kanadalı mahkumlar üzerinde yaptıkları çalışmada suçluların ve tecavüzcülerin yaklaşık üçte birinin, hem istismarcı hem de tecavüzcü cinsel suçluların % 64'ünün psikopat olduğunu buldular.

Öz bildirim psikopati ölçekleri ile yapılan çalışmalar da bu bulguları desteklemektedir. Kriminal olmayan popülasyonlarda antisosyal eylemler, majör ve minör suçlarla psikopati arasında pozitif ilişki olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir. *Elwood ve ark., (2004)* psikopati ile AAS skorları arasında orta dereceli pozitif ilişki bulmuştur. *Williams ve Paulhus, (2004)* kabadayılık-gözdağı verme, ciddi suçlar, minör suçlar, madde kullanımı, otoriteye karşı gelme ve toplam

suçluluk puanı ile psikopati arasında anlamlı pozitif korelasyonlar buldular. İkincil psikopati tüm antisosyal eylemlerle birincil psikopatiye kıyasla daha yüksek korelasyon vermektedir. Birincil psikopati ise sadece kabadayılık, madde kullanımı ve toplam suçluluk ile pozitif korelasyon vermektedir ve korelasyonlar ikincil psikopati ile karşılaştırıldığında biraz daha düşüktü. Yukarıda belirtildiği gibi LSRP skorları kriminal olmayan populasyonlarda minör ve majör antisosyal eylemleri predikte etmede başarılıdır ve antisosyal eylemlerle pozitif yönde ilişkilidir (*Levenson ve ark., 1995; Lynam ve ark., 1999; McHoskey ve ark., 1998*). LSRP kriminal populasyonlarda şiddete dayalı kriminal faaliyetlerle pozitif korelasyon verirken, şiddete dayalı olmayan suçlarla bir anlamlı korelasyon göstermemiştir (*Brinkley ve ark., 2001*).

2. 3. 5. 3. Psikopati ve Saldırganlık

Psikopatinin saldırganlıkla olan ilişkisi gösterilmiştir. LSRP ikincil psikopati saldırganlık-düşmanlık ile orta dereceli pozitif korelasyona sahiptir (*McHoskey ve ark., 1998*). Ancak *McHoskey ve ark.* karşıt değişken kontrollü kısmi korelasyonları hesapladıklarında saldırganlık ile psikopati alt ölçekleri arasındaki korelasyon ortadan kalmaktaydı. PPI saldırganlıkla orta dereceli ve pozitif korelasyona sahiptir (*Lilienfeld & Andrews, 1996*). Kriminal populasyonlarda da PPI toplam puanı ve tüm PPI alt ölçekleri saldırganlıkla pozitif korelasyon göstermektedir. (*Sandoval ve ark., 2000*).

2. 3. 5. 4. Psikopati ve alkol-madde kullanımı

Psikopati alkol-madde kullanımı ve bağımlılığı ile de yakından ilişkilidir. Psikopati alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı semptomlarıyla (*Lilienfeld & Andrews, 1996*), madde bağımlılığına eğilim ile (*Levenson, 1990*) pozitif yönde korelasyona sahiptir. Kriminall olmayan popülasyonlarda LSRP'nin alkol-madde kullanımı ile pozitif ilişkiye sahip olduğu gösterilmiştir (*Lynam ve ark., 1999*). Kriminall popülasyonlarda daha ziyade psikopati toplam (hem PCL-R hem de LSRP ile ölçülmüştür) ve ikincil psikopati alkol kullanımı ile ilişkilidir, birincil psikopati ise alkol kullanımı semptomları ile korelasyon göstermemekteydi (*Brinkley ve ark., 2001*). PCL-R kullanılarak yapılan çalışmalarda psikopati teşhisi ile madde ve alkol bağımlılığının anlamlı şekilde bir arada görüldüğü bulunmuştur (*Hildebrand & de Ruiter, 2004; Stålenheim & von Knorring, 1996*).

2. 3. 5. 5. Psikopati ve Anksiyete-Nörotisizm

Psikopati ile anksiyete-nörotisizm arasındaki ilişki, kullanılan psikopati, anksiyete ve nörotisizm ölçeklerine bağlı olarak ve bir popülasyondan diğerine değişkenlik göstermektedir. Genel olarak psikopatların endişesiz ve nörotik olmayan kişiler olması beklenir. Ancak ikincil psikopatinin (Faktör 2) nörotisizm-anksiyete ile pozitif korelasyon göstermesi ikincil psikopatinin tanımı gereği yine beklenen bir durumdur. Birincil psikopati (Faktör 1) ise anksiyete-nörotisizm ile negatif korelasyon vermelidir. Bununla beraber literatür çelişkilidir. Burada anksiyete ve nörotisizm kavramlarının literatürde sıklıkla birbirinin yerine kullanıldığını belirtmek gereklidir. Bu çalışmada ise anksiyetenin geleneksel

kavramsal tanımlaması, yani anksiyete ve nörotisizmin birbiriyle kuvvetli bir şekilde ilişkili, ancak bire bir aynı kavramlar olmadığı yaklaşımı kabul edilmiştir.

Klinik olmayan populasyonlarda öz bildirim tarzındaki ölçeklerle yapılan çalışmalarda bulunan sonuçlar dikkatle yorumlamayı gerektirmektedir. LSRP ile anksiyete arasındaki ilişkiden LSRP'nin geçerliliğinin anlatıldığı bölümde kısaca bahsedilmiştir. *Levenson ve ark.*, (1995) LSRP-birincil psikopatinin anksiyete ile zayıf bir şekilde pozitif korelasyon gösterdiğini, ancak ikincil psikopatinin anksiyete ile anlamlı pozitif korelasyona sahip olduğunu gösterdiler. Buna göre birincil ve ikincil psikopati birbirinden anksiyete ile olan korelasyonu açısından farklılaşmaktaydılar. Ancak anksiyete ile negatif korelasyon vermesi gereken birincil psikopati bu korelasyonu vermemiş, hatta düşük de olsa pozitif korelasyon vermişti. *McHoskey ve ark.* (1998) bu durumun nedeninin karşıt değişkenin kontrol edilmemesinden kaynaklandığını belirttiler ve *Levenson ve ark.* verilerini yeniden incelediler. İkincil psikopati kontrol edilerek anksiyete-birincil psikopati korelasyonu hesaplandığında korelasyonun yönü negatife dönmüştü. Ayrıca *McHoskey ve ark.* LSRP birincil ve ikincil psikopati ile anksiyete-nörotisizm arasındaki ilişkiyi hem karşıt değişkeni kontrol ederek (kısmi korelasyonlar) hem de etkisiz hesapladılar. Zero-order korelasyonlar *Levenson ve ark.* bulgularını teyit etmekteydi. Birincil psikopati anksiyete-nörotisizm ile korelasyon göstermemekteydi, ikincil psikopati ise pozitif korelasyona sahipti. Karşıt değişken kontrollü kısmi korelasyonlar teori ile daha uyumlu sonuçlar elde edilmesini sağlamıştı: anksiyete-nörotisizm ikincil psikopati ile pozitif, birincil psikopati ile negatif korelasyon göstermekteydi. Benzer şekilde *Lynam ve ark.*(1999) LSRP

birincil psikopatinin nörotisizm ile ilişkisiz olduğunu ancak ikincil psikopatinin anlamlı olarak pozitif yönde korelasyon gösterdiğini buldular. Araştırmacılar bunun LSRP birincil psikopati ölçeğinin sınırlılıklarından biri olarak değerlendirmişlerdi. *Lynam ve ark.* karşıt değişken kontrollü kısmi korelasyonları vermediklerinden birincil psikopati-nörotisizm ilişkisi net şekilde değerlendirilememektedir. Aynı çalışmada LSRP toplam puanı nörotisizm ile düşük ancak pozitif korelasyon vermekteydi.

LSRP dışındaki psikopati ölçekleri de kriminal olmayan populasyonlarda çalışılmıştır. Psikopati toplam puanı nörotisizm ile negatif korelasyon göstermektedir (*Paulhus & Williams, 2002; Williams & Paulhus, 2004*). PPI ile belirlenen psikopati sosyal ve fiziksel korku ile negatif korelasyona sahiptir (*Lilienfeld & Andrews, 1996*).

Kriminal populasyonlarda da anksiyete ve nörotisizm psikopati ile negatif korelasyon göstermektedir veya ilişkisizdir. *Harpur ve arkadaşlarının (1989)* yaptığı çalışmaya göre PCL-R Faktör 1 (birincil psikopati) hem anksiyete ve hem de nörotisizm ile negatif korelasyon gösterirken, Faktör 2 (ikincil psikopati) nörotisizm ile pozitif korelasyona sahiptir. Bu çalışmadaki anksiyete ile ikincil psikopati arasındaki ilişkinin yorumu daha güçtür. Bazı anksiyete ölçekleri ikincil psikopati ile pozitif, diğerleri negatif korelasyon göstermektedir. Ancak tüm bu korelasyonlar düşük ve anlamsızdır. Aynı çalışmada psikopatik suçluların psikopat olmayan suçlulara göre emosyonel değer taşıyan kelimelere tepkide bulunma sürelerinin anlamlı olarak yavaş olduğu gösterilmiştir. Tepkide bulunma ile PCL faktörleri arasındaki negatif korelasyon Faktör 1 için daha büyüktü ve sadece bu

korelasyon anlamlı seviyeye varmıştı. *Widom* (1977) toplum içinde yaşayan psikopatların nörotisizm açısından üniversite popülasyonundan elde edilen normlardan farklı olmadığını bulmuştu.

Özetle literatür anksiyete-nörotisizmin ikincil psikopati ile pozitif, birincil psikopati ile negatif korelasyon gösterdiğini net bir şekilde ortaya koyamamaktadır. Psikopati toplam puanı ile anksiyete-nörotisizm arasındaki ilişki konusunda da literatür çok tutarlı değildir. *Schmitt ve Newman* (1999) anksiyete-nörotisizm ile psikopati arasındaki ilişkiyi daha ayrıntılı incelemek amacıyla 217 mahkum üzerinde PCL-R'ı kullanarak bir çalışma yaptılar. Toplam dokuz anksiyete, nörotisizm ve korku ölçeğini kullandılar; böylece çeşitli öz bildirim ölçekleri ile psikopati arasındaki ilişkiyi gözlemleyebileceklerdi. Araştırmacılar ayrıca hem zero-order, ikincil psikopati kontrollü yarı kısmi, hem de psikopatik- psikopatik olmayan mahkumlar için olmak üzere point biserial korelasyonları hesapladılar (beyazlar ve Afrikalı-Amerikalılar için ayrı ayrı olmak üzere). Faktör 1 ve Faktör 2 için korelasyonları da ayrı ayrı rapor ettiler. Maalesef, araştırmacıların bulguları teori ile uygunluk içinde değildi. PCL-R toplam, Faktör 1 ve Faktör 2 ile anksiyete, nörotisizm ve korku ölçekleri arasında hem beyazlar hem de Afrikalı-Amerikalılar için anlamlı korelasyon bulunmamaktaydı. Sadece siyahi mahkumlar için bir anksiyete ölçeği ile Faktör 2 arasında pozitif korelasyon vardı. Benzer şekilde point biserial ve ikincil psikopati kontrollü yarı kısmi korelasyonlar da anlamlı seviyeye varmamıştı. Özetle psikopati ile anksiyete-nörotisizm-korku arasındaki ilişki her çalışmada gösterilememekte ve çoğu zaman zayıf bir ilişki gösterilmektedir.

2. 3. 5. 6. Psikopati ve Makyavelizm

Psikopatinin Makyavelizm ile olan ilişkisine literatürde dikkat çekilmiştir (*McHoskey ve ark.*, 1998; inceleme için bkz. *Lilienfeld*, 1998). LSRP'nin birincil ve ikincil psikopati ölçekleri Makyavelizm ile yüksek pozitif korelasyon vermektedir (*McHoskey ve ark.*, 1998). Bu derece yüksek bir korelasyon ölçeklerin aynı kavramı ölçtüklerini göstermektedir. *McHoskey ve ark.* düşüncesine göre MACH-IV ölçeği psikopatinin global bir ölçüm aracıdır. Psikologlar 25 yıldır makyavelizm adı altında psikopati çalışmaları yapmaktadırlar. MACH-IV daha ziyade üniversite popülasyonları üzerinde çalışıldığından bu ölçekten yüksek skor alanların bir çoğu başarılı psikopat tanımlamasına uymaktadır. Yüksek MACH'lar görece olarak başarılı, fakat aslında antisosyal olan kimselerdir. Ancak daha düşük korelasyon saptayan ve bu nedenle bu iki kavramın ayrı ayrı ölçülmesi gerektiğini iddia eden araştırmacılar da vardır (*Paulhus & Williams*, 2002; *Williams & Paulhus*, 2004). Benzer bir şekilde *Widom* (1977) toplum içinde yaşayan psikopatların daha yüksek Makyavelizm skoru almadığını bulmuştu. *Ray & Ray* (1982) toplumsal örneklem üzerinde psikopati ile makyavelizm arasında pozitif korelasyon bulmuştu. Ancak bu araştırmacıların, psikopati ölçeği olarak MMPI psikopatik sapma alt ölçeğini kullandıkları göz önünde tutulmalıdır. Bu nedenle *Ray & Ray* aslında antisosyal kişilik ile MACH-IV arasındaki ilişkiyi göstermişlerdi.

Makyavelizm DSM-IV alan çalışmasında (*Widiger ve ark.*, 1996), psikopatik kriterler ile pozitif korelasyon göstermekteydi, AKB ile olan korelasyonu

biraz daha düşüktü. Son zamanlarda yapılan bir çalışma (*Lee & Ashton, 2005*) LSRP birincil psikopati ile MACH arasında yine çok yüksek bir korelasyon olduğunu gösterdi. Maalesef araştırmacılar ikincil psikopati ölçeğini çalışmaya dahil etmemişlerdi. Ancak birincil psikopati ve MACH arasındaki ilişkiyi teyit eden bu çalışma makyavelizmin psikopati ile (en azından *Levenson ve ark., 1995* tarafından tanımlandığı şekliyle) izomorfik olduğu hipotezini kuvvetli şekilde desteklemektedir (bkz. *Lilienfeld, 1998*).

2. 3. 5. 7. Psikopati ve Empati

Psikopati empati eksikliği veya empati yoksunluğu ile tanımlanan bir kişilik karakteristiğidir. Empati eksikliği psikopatinin anahtar karakteristiklerindedir (*Harpur ve ark., 1988*). Empati-psikopati ilişkisi literatürde çeşitli popülasyonlar üzerinde çalışılmış ancak çelişkili ve tutarsız sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalarda psikopatların empati seviyesi düşük çıkmıştır (*Widom, 1977*). AKB olan kimselerin, cesaret madalyası almış ve dağcılardan daha düşük empati skoruna sahip olduğu ve psikopatinin empati ile negatif korelasyon verdiği bulunmuştur (*Levenson, 1990*). Psikopati kriminal popülasyonlarda emosyonel empati ile negatif korelasyon göstermektedir (*Sandoval ve ark., 2000*). Bir fark bulamayan çalışmalar da vardır. Mesela, *Book ve Quinsey* (2004) psikopatik suçluların toplum örneklemini ve psikopat olmayan suçlulardan empati açısından farklılaşmadığını buldular. *Williams ve Paulhus* (2004) üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada IRI'ni kullandılar. Birincil psikopati sadece FS ve PD ile negatif korelasyon vermekteydi. Yine toplam psikopati PD ile

orta dereceli anlamlı negatif bir korelasyon göstermekteydi. Birincil, ikincil ve toplam psikopati ile başka hiç bir korelasyon anlamlı bulunmamıştı. Diğer bir ifadeyle, emosyonel ve kognitif empati ile psikopati arasında beklenen negatif korelasyon gösterilememişti. DSM-IV alan çalışmasında ise psikopati kriterleri hem emosyonel hem de kognitif empati ile orta dereceli negatif korelasyonlar göstermekteydi. Daha ziyade ikincil psikopati ile ilişkili olduğu bilinen AKB diagnostik kategorisi benzer korelasyonlara sahipti, ancak bunların büyüklüğü daha azdı (*Widiger ve ark., 1996*). Psikopati Q-sort kullanılarak yapılan bir çalışmada ise şaşırtıcı bir şekilde empati ile psikopati arasında pozitif korelasyon bulunmuştu (*Reise & Wink, 1995*). Empatinin “iyi rolü yapma” nedeniyle suçlularda geçerli olmadığı veya suçlu ve normal popülasyonların empati açısından farklılaşmadığı literatürde tartışılmıştır (*Mehrabian ve ark., 1988*).

Bununla beraber, birincil ve ikincil psikopati, empati söz konusu olduğunda birbirinden farklılaşmaktadır (*Skeem ve ark., 2003*). Birincil psikopatinin empati yetersizliği ile ilişkili olduğu kesin gibidir, fakat ikincil psikopatların empati gösterebileceği düşünülmektedir (*Skeem ve ark., 2003*). Psikopati-empati ilişkisi konusunda literatürün tutarsız olma nedenlerinden biri de bu olabilir.

2. 3. 5. 8. Psikopati ve Kahramanlık

Psikopatların karakteristikleri göz önünde tutulduğunda (anksiyete ve korku eksikliği, risk alma, şiddet eğilimi) bunların zaman zaman kahramanlık yapabileceğini ve bu nedenle kahramanların bir kısmının aslında psikopat olduğu

düşünülmüştü. Ancak *Levenson* (1990) ağır suçlar işlemiş antisosyal kişileri, madalyalı polis ve itfaiyeciler (kahramanlar) ve yüksek risk alma eğilimindeki dağcılarla (yüksek risk alanlar) karşılaştırdı. Uyguladığı bir dizi ölçeğe göre grupları karşılaştırdı ve ayırt edici fonksiyon analizi ile grupların farklı kişilik profili gösterip göstermediğine baktı. Sonuç olarak grupların anlamlı ölçüde birbirinden farklılaştığını ve bu üç grubun farklı kişilik yapısına sahip olduğunu buldu. Buna göre kahramanlık ve antisosyal açıdan risk alma farklı kişilik yapılarına işaret etmektedir. *Sandoval ve ark.* (2000) *Levenson*'un bulgularının yorumlanmasının zor olduğunu düşünerek psikopati ile kahramanlık arasındaki ilişkiyi kriminal popülasyonda gözlemlemek istediler. Ancak bu araştırmacılar da psikopati ile kahramanlık arasında bir ilişki bulamadılar.

2. 3. 5. 9. Psikopati ve demografik karakteristikler

PCL toplam skorları sosyal sınıf, aile hayatının kalitesi, eğitimsel başarı ve sözel IQ ile ters olarak ilişkilidir. Ancak psikopati ile bu demografik değişkenlerin negatif korelasyon göstermesinin nedeni Faktör 2 (ikincil psikopati)' dir (*Harpur ve ark.*, 1989). Faktör 1 ile bu değişkenlerin bir ilişkisi yoktur. Demografik değişkenler ikincil psikopati ile negatif yönde ilişkilidir ve sadece olumsuz çevre koşulları olduğunda, Faktör 1 karakteristiklerinin Faktör 2 ile bir arada bulunduğunu göstermektedir (ayrıca inceleme için bkz. *Lilienfeld*, 1998).

Psikopatların konuşurken konuşmanın içeriği ile alakasız el hareketlerini daha fazla kullandıkları bulunmuştur. El hareketleri ile Faktörler arasındaki korelasyon her iki Faktör için yüksekti (*Harpur ve ark.*, 1989).

Cinsiyet farklılıkları ile ilgili çalışmaların çoğu kriminal olmayan popülasyonlarda öz bildirim şeklindeki ölçeklerle belirlenmiştir. Psikopati skorları erkeklerde biraz daha yüksek olarak tespit edilmektedir (*Levenson, ve ark. 1995*). LSRP'yi kullandıkları çalışmada erkekler kadınlardan hem birincil hem de ikincil psikopati açısından daha yüksek skorlar almışlardır. Diğer psikopati ölçekleri ile yapılan çalışmalarda yine kadınlar ve erkekler arasında anlamlı farklar bulunmaktadır (*Paulhus & Williams, 2002; Williams & Paulhus, 2004*).

2. 4. Antisosyal Kişilik Bozukluğu (AKB)

Kişilik Bozuklukları düşünme, hissetme, algılama ve davranışta patolojik paterne işaret eden, insanlar arası ilişkilerde ısrarlı, uyumsuzluğa götüren ve esnek olmayan etkileşimle kendini gösteren işlevsel bozukluklardır. Kişilik bozukluklarının belirtileri ergenlik ve çocukluk dönemine kadar uzanır. Kişilik bozuklukları kişiler arası ilişkilerde bozukluğa veya sübjektif rahatsızlık hissine yol açarlar. Kişinin kültüründeki beklentilerden önemli ölçüde sapan içsel yaşantı veya davranışlarda ısrarlı bir paternin olması ve kişiler arası işlevsellik, duygulanım, bilişsel veya dürtü kontrol alanlarından en az ikisinde bu paternin görülmesi kişilik bozukluğuna işaret eder. Bu patern insanlar arası ilişkilerde veya sosyal ortamlarda esneklikten yoksun ve değişmez bir şekilde kendini gösterir. Paternin nedeni tıbbi bir neden veya bir madde kullanımının doğrudan fiziksel etkileri olmamalı ve başka bir ruhsal rahatsızlıkla daha iyi açıklanamamalı veya onun sonucu olmamalıdır (DSM-IV, 1994).

Kişilik bozuklukları şiddetlerine göre değerlendirilebilir. Hafif durumlarda bireye teşhis konulabilir; sosyal ve mesleki fonksiyonlar bozulmuştur ancak şiddetli değildir. Ağır kişilik bozukluklarında kişinin kendini algılaması kaotiktir ve gerçeklik değerlendirmesi bozulmuştur (*Kraus & Reynolds, 2001*).

Antisosyal Kişilik Bozukluğu (AKB) B kümesi Kişilik bozukluklarındandır. Kodu 301.7'dir. Bu hastalığın teşhis kriterleri ve eşlik eden özellikleri DSM-IV'te (1994) ayrıntılı olarak verilmiştir. AKB DSM-IV (1994) teşhis kriterleri şu şekildedir (s. 645-650):

A. Aşağıdakilerden en az üç tanesi ile belirlenen, 15 yaşından beri başkalarının haklarının ihlali veya tanınmaması konusunda ısrarlı patern olması:

1. Tekrarlı olarak tutuklanmaya zemin hazırlayacak davranışlarda bulunmayla belirlenen, kanuna uygun davranışlarla ilgili olarak sosyal normlara uymakta başarısızlık (yakalansın veya yakalanmasın kanunu ihlal edici davranışları tekrarlayan bir şekilde gösterme)

2. Tekrar tekrar yalan söyleme, sahte isim kullanma, veya başkalarını kişisel çıkar ya da kazanç için kandırma ile kendini gösteren hilebazlık (Cinsellik, para veya güç kazanmak gibi kişisel çıkarlar için sürekli manipülatif ve hilebaz tutum; sürekli yalan söyleme, hastalık taklidi yapma, takma isim kullanma ve başkalarını dolandırma-kandırma)

3. Geleceği planlamada başarısızlık veya dürtüsellik (Anlık kararlarla harekete geçme, sonuçlarını düşünmeden ve bir ön düşünce olmaksızın karar verme; ani olarak ev, iş veya ilişkilerin değiştirilmesi sonucunu doğurmaktadır)

4. Tekrarlayan kavga ve saldırılarla kendini gösteren, sinirlilik veya saldırganlık (çocuk ve eş dövme de dahil olmak üzere, kavgacılık, saldırganlık, şiddet eğilimi)

5. Kendisinin veya başkalarının güvenliğini pervasızca umursamama (bu davranışlar araba kullanırken, alkollü araba kullanma, hız yapma veya birden çok kazaya karışma şeklinde görülür. Riskli cinsel birleşme veya madde kullanımı olabilir, çocuklarını tehlikeye atacak şekilde ihmal ederler)

6. Düzenli çalışma hayatını sürdürmekte veya finansal sorumlulukları yerine getirmede başarısızlıkla belirlenen sürekli sorumsuzluk (iş imkanı olmasına rağmen anlamlı işsizlik dönemleri, başka bir iş bulmak için gerçekçi bir plan olmadan bir çok kereler işten çıkmalar, hastalıkla açıklanamayan tekrarlı olarak işe gitmeme paterni; finansal sorumlulukları yerine getirememe, borçlarını ödememe, sürekli olarak bakımı kendine ait olan kişilerin geçimini sağlayamama şeklinde görülebilir)

7. Kendisine kötü davranılmış, zarar görmüş, ya da hırsızlık kurbanı olmuş kişilere karşı kayıtsız olma ya da rasyonalizasyon şeklinde belirlenen, pişmanlık eksikliği (Kurbanları aptallıkla, kaderlerini hak etmeyle suçlama, kendi davranışlarını zararlı etkilerini minimize etme, veya tam anlamıyla kayıtsızlık gösterme şeklinde, rasyonalizasyon ile meseleyi görmezden gelme şeklinde olabilir)

B. Kişi en azından 18 yaşında olmalıdır.

C. 15 yaşından önce başlayan Davranım Bozukluğunun bazı semptomlarının olduğuna dair bir özgeçmiş olmalıdır.

D. Antisosyal davranışlar birebir olarak şizofreni veya Manik Episod esnasında olmamalıdır.

AKB diğer kişilik bozukluklarından daha sık görülür. AKB'nun genel populasyon içindeki prevalansı erkeklerde % 3, kadınlarda %1 iken (DSM-IV, 1994; Moran, 1999), hapisane ve cezaevi gibi adli ortamlarda istisna olmaktan ziyade bir kuraldır. Adli ortamlarda AKB'nun prevalansı % 50- % 75'lere kadar çıkmaktadır (*Correctional Service of Canada, 1990, Teplin, 1994, Widiger ve ark., 1996; inceleme için Moran, 1999*). Kısaca AKB suç ve suçluluk ile yakından ilişkili bir kişilik bozukluğudur.

Psikopatik, Dissosyal, sosyopatik kişilik terimleri de AKB yerine kullanılmıştır. DSM-IV AKB diagnostik kategorisine göre AKB olarak sınıflandırılan bireyler "Psikopatik tip"i de kapsamaktadır. Diğer iki alt tip ise "impulsif tip" ve "psikopatik psikotik tip" olarak tanımlanabilir. AKB olan bireylerin çoğu impulsif tipe uyar. Psikopatik psikotik tip çok daha seyrekdir. Bu grupta kendine zarar verme ve halüsinasyonlar sonucu eylemde bulunma görülebilir (*Kraus & Reynolds, 2001*). Özetle AKB diagnostik kategorisi psikopatların önemli bir kısmını kapsar. DSM-IV AKB diagnostik kategorisi benzer şekilde ICD-10 Dissosyal Kişilik Bozukluğu kategorisinden de farklılaşır. Dissosyal Kişilik Bozukluğu Psikopatik kişilik ile daha yakından ilişkilidir. ICD-10 (1992) Dissosyal Kişilik Bozukluğu teşhis kriterleri aşağıda verilmiştir (s. 193-194):

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

a) başkalarının hissettiklerine karşı katı bir aldırmaçlık;

- b) toplumsal değerler, kurallar ve zorunluluklara karşı inatçı bir tanımazlık ve sorumsuzluk
- c) ilişki kurmakta bir güçlük olmamasına karşın ilişkileri uzun süre sürdürememe
- d) engellenme eşiğinin ve şiddeti de içeren saldırganlığın dışı vurulmasında eşiğin çok düşük olması;
- e) suçluluk duyamama ve deneyimlerden, özellikle cezadan yararlı ders alamama;
- f) başkalarını suçlamaya ve toplumla çatışan davranışları için akla uygun gerekçeler kullanmaya yatkınlık.

Ek bir belirti olarak sürekli öfkeli olma hali bulunabilir. Her zaman bulunmamakla birlikte, öyküde çocuklukta ve delikanlılık çağında davranım bozukluğunun olması tanıyı destekler.

Görüldüğü gibi ICD-10 kriterleri, psikopatik kişilik ile DSM-IV AKB kriterlerine kıyasla daha çok benzeşmektedir. ICD-10 kriterleri davranışsal çıktılar kadar kişilik karakteristiklerine de atıfta bulunmaktadır.

AKB olan kişilerin kişilik karakteristikleri üzerinde pek çok çalışma yapılmıştır. Bu kişilik bozukluğunun karakteristikleri arasında impuls kontrol sorunu, empati eksikliği, aldatıcılık, yalancılık ve manipülatiflik, vicdan eksikliği sayılabilir. Monogamik ilişkileri de sürdürmekte zorlanırlar ve kendilerinin ve başkalarının güvenliğini tehlikeye atma eğiliminde olduklarından yukarıda belirtildiği gibi tehlikeli uyuşturucu-uyarıcı maddeleri kullanmaya eğilimleri vardır

(DSM-IV, 1994). Ayrıca bu özellikleri ve madde kullanımı nedeniyle HIV için de yüksek risk altında olabilirler (DSM-IV, 1994; *Ladd & Petry*, 2003).

AKB olan bireylerde 15 yaşından önce davranım bozukluğunun bulunmasını gerektirir. Ancak son zamanlarda sadece çocukluk çağında antisosyal davranışların olmamasına bakarak teşhisi dışlamanın ne derece doğru olduğunun tartışmaya açık olduğu belirtilmektedir (*Kraus & Reynolds*, 2001).

AKB başta madde ile ilgili bozukluklar olmak üzere diğer ruhsal bozukluklarla ilişkilidir. Genel popülasyona kıyasla AKB olan hastalarda başka Axis I bozuklukları bulunur. Bunlar Majör depresyon, Bipolar bozukluk, post-travmatik stres bozukluğu, yetersiz dikkat eksikliği bozukluğu veya madde kullanımına ilişkin bozukluklar olabilir (inceleme için bkz. *Kraus & Reynolds*, 2001). AKB madde ile ilişkili sorunları olan popülasyonlarda daha yüksek bir oranda görülmektedir (DSM-IV, 1994). AKB çok sayıda madde bağımlılığı sorunu olan popülasyonlarda (*Brown & Nixon*, 1997), alkolizm sorunu olanlarda (*Liskow, Powell, Nickel, Penick*, 1990), kokain bağımlılarında (*Carroll, Ball, & Rounsaville*, 1993) normal popülasyonlarda olduğundan daha yüksek çıkmaktadır. Üstelik AKB madde kullanımının daha ciddi formuyla ilişkilidir. AKB olan kokain istismarcıları daha erken yaşta madde kullanımı, psikososyal açıdan daha fazla sorun ve diğer hastalıklar için de daha yüksek oranlar göstermektedirler (*Carroll, ve ark.*, 1993). Kokain kötüye kullanımı sorunu olanlar arasında yapılan bir çalışmada (*Luthar, Glick, Zigler, & Rounsaville*, 1993) kokain kötüye kullanımına ek olarak AKB teşhisi alanların, sosyal yeterlilik açısından depresif kokain istismarcılarından ve komorbid (bir hastalıkla diğer hastalığın bir arada görülmesi) teşhisi olmayan

kokain istismarcılarında daha düşük skorlar aldıkları ve daha çok uyumsuz davranış sergiledikleri görülmüştür. Madde kullanımına ilişkin sorunları olan AKB vakaları bir başka çalışmada incelenmiştir (*Alterman & Cacciola, 1991*).

AKB' unda nörolojik yetersizliklerin olabileceğine dair bulgular vardır (*Kumari ve ark., 2005*). Cinayet suçu işlemiş AKB vakalarında hafif nörolojik semptomlar sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek çıkmış, ancak şizofreniklerden anlamlı şekilde farklılaşmamıştı (*Lindberg ve ark., 2004*). AKB'nin nedenleri arasında genetik yatkınlık, çocukluk travmaları ve istismar, nörolojik yetersizlikler, bozuk aile-sosyo-kültürel gelişimsel yapı, yanlış öğrenme sayılabilir. Son zamanlarda çevresel koşulların (düşük sosyo-ekonomik seviye, antisosyal ebeveyn, suçun yoğun olduğu çevrede yaşama vs.) biyolojik nedenlerden (nörolojik belirtiler, testosteron seviyesi, limbik sistem uyarımı) daha önemli olduğu düşünülmektedir. (inceleme için bkz. *Kraus & Reynolds, 2001; Cunnigham & Reidy, 1998*).

AKB 40 yaşından sonra semptomatolojisi hafifleyen bir bozukluktur (DSM-IV, 1994). Ancak AKB'nun gidişatı genellikle iyileşmez olarak kabul edilir. Bireysel terapi ümit verici değildir (psikopatik kişilik yapısında olanlar için durum daha da ümitsizdir). Terapi için elverişsiz adaylardır, AKB olan bireyler terapisti tehdit eder, para talep eder veya ilaç yazılmasını isterler. Ancak erken müdahale önemlidir. Başarı daha ziyade hastanın karakteristiklerine bağlıdır (*Kraus & Reynolds, 2001*). Grup terapi de benzer şekilde sorunludur ve AKB olan kişiler bu tip terapiye uygun değildir (*Yalom, 1995*). Çeşitli ilaçlar bazı semptomları hafifletmek için (duygulanımdaki değişiklikler, saldırganlık, dürtüsellik) denenmekle beraber AKB'nu tedavi edecek bir ilaç olduğu konusunda data yoktur.

Ayrıca AKB olan hastalarda ilaç istismarı, bağımlılık, ilaçların amaç dışı kullanımı (mesela satılması) gibi durumların sık görülmesi ilaç reçete edilmesini de güçleştirir (Kraus & Reynolds, 2001).

Sonuç olarak AKB bir çok nitelik açısından psikopati ile benzerlikler göstermektedir. AKB ile psikopati arasındaki farklılıklar ve bu iki kavramın ilişkisi önceki bölümde anlatılmıştır. AKB diagnostik kategorisi psikopatların anlamlı bir kısmını içerdiğinden bu populasyon üzerinde yapılan çalışmalar psikopatik suçlular üzerinde yapılan çalışmaların sonuçlarına büyük benzerlik göstermektedir. AKB ile madde bağımlılığı, suç, şiddet, saldırganlık, makyavelizm, empati, işsizlik, sosyo-demografik karakteristikler, diğer kişilik bozuklukları, daha yüksek seviyeli kişilik taksonomileri, terapiye olan yanıt vs. psikopati ile bu değişkenlerin ilişkisine benzer sonuçlar vermektedir. Ancak bazı önemli farklılıklar da vardır. AKB daha ziyade ikincil psikopatik karakteristiklerle ilişkili olduğundan, AKB ile çeşitli değişkenlerin ilişkisi daha ziyade Faktör 2 ile bu değişkenlerin ilişkisine benzemektedir. Bunun dışında psikopati ve AKB birbirlerinden narsisistik karakteristikler, empati, anksiyete-nörotisizm ve sosyo demografik karakteristikler açısından farklılaşabilir. Genel olarak psikopati daha homojen, sınırları daha belirgin, geçerliliği daha yüksek bir yapı olduğundan çeşitli değişkenlerle olan ilişkisi AKB' nun sahip olduğu ilişkilerin derecesinden daha yüksektir.

2. 5. Hipotezler

Psikopatinin farklı kültürlerde çalışılması çok önem taşımaktadır. Bu konuda Türk populasyonları üzerinde çalışma yapılmamış olması bir eksikliktir. Bu çalışmanın amacı bir psikopati ölçeğini Türkçe'ye kazandırmak ve gelecekteki çalışmalar için temel hazırlamaktır. Benzer çalışmalar yabancı literatürde vardır, ancak bu çalışmadaki ölçek kombinasyonu daha önce test edilmemiştir.

Çalışmanın birinci bölümünde (birinci çalışma) LSRP'nin güvenilirliği ve geçerliliği gösterilmiştir. LSRP'nin geçerliliğini göstermek için kullanılacak ölçeklerin Türkçe versiyonlarının olmaması nedeniyle bu ölçeklerin de psikometrik özelliklerini göstermek gerekmektedir. Bu nedenle MACH-IV, IRI ve AAS ölçeklerinin güvenilirlikleri gösterilmiştir. IRI dört alt ölçekten oluştuğundan kadınlar ve erkekler ayrı ayrı olmak üzere alt ölçeklerin interkorelasyonları ve cinsiyet farklılıkları bu ölçeğin ön geçerliliğinin gösterilmesini sağlamıştır. LSRP için güvenilirlik değerleri psikometrik çalışma ile ve geçerliliği de cinsiyet farklılıkları, diğer ölçeklerle olan interkorelasyonlar ve minör suçları predikte edebilme gücü ile belirlenmiştir. Birincil ve ikincil psikopati mantıksal olarak negatif korelasyon vermesi gereken ölçeklerle negatif, yüksek derecede ilişkili olduğu değişkenlerle pozitif korelasyon vermelidir. Literatür temelli olarak hipotezler şunlardır:

1. Tüm ölçeklerin (MACH-IV, IRI, LSRP ve AAS) psikometrik niteliklerinin kabul edilebilir seviyede olması beklenmektedir (Standart madde alfa, test-tekrar test, madde analizi, maddeler arası korelasyon ortalaması).

2. Erkekler kadınlardan Psikopati toplam, Birincil ve İkincil Psikopati ve Antisosyal Eylem (AAS) ölçeklerinde daha yüksek skorlar alacaktır.
3. *Davis* (1980)'in belirttiği gibi IRI' nin tüm alt ölçeklerinde kadınlar erkeklerden daha yüksek skorlar alacaklardır.
4. Erkeklerin MACH skorunun kadınların skorundan yüksek olacağı beklenmektedir.
5. Empati ölçeklerinin interkorelasyonları *Davis* (1980, 1983) ile benzer olacaktır. Pozitif PT-EC korelasyonuna ek olarak negatif PT-PD korelasyonu beklenmektedir. FS, EC ile pozitif korelasyon gösterecektir. Diğer empati alt ölçeklerinin birbiriyle ilişkisiz olması beklenmektedir.
6. Birincil ve ikincil psikopati birbiriyle korelasyon göstermelidir. Bu ölçeklerin yine AAS ile pozitif korelasyona sahip olacağı beklenmektedir. Psikopati ölçekleri yapısal geçerliliğe sahipse empati alt ölçekleri ile negatif (FS hariç), MACH-IV ile pozitif korelasyon göstermelidir. Birincil psikopatinin MACH-IV ile olan korelasyonunun .50'den yüksek olması beklenmektedir.
7. MACH ve AAS, empati alt ölçekleri (FS hariç) ile negatif korelasyon gösterecektir.
8. AAS ile MACH arasında pozitif korelasyon beklenmektedir.
9. Psikopati alt ölçekleri, cinsiyet ve MACH, Antisosyal eylemlerin prediktörleri olarak çıkacaktır.

Çalışmanın ikinci kısmı AKB teşhisi almış klinik bir grup üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın birkaç amacı vardır. Her şeyden önce klinik

olmayan popülasyonda elde edilen sonuçların klinik grup için de geçerli olup olmadığını test etmek gerekmektedir. Ayrıca Türk popülasyonunda AKB olan katılımcılar üzerinde böyle bir çalışma tarafımızdan bilinmemektedir. Bu nedenle AKB'nun psikopati, empati ve makyavelizm ile olan ilişkisini göstermek ve Türk popülasyonunda elde edilen sonuçların batılı popülasyonlardaki sonuçlarla ne derece benzeştiğini göstermek gerekmektedir. Bu çalışmanın bir diğer faydası gelecekteki çalışmalar için bir referans oluşturmaktır. Klinik olmayan popülasyondan elde edilen sonuçlar tek başına yeterli değildir. Özellikle gruplanmamış data üzerinde gelecekte yapılacak çalışmalarda (mesela madde bağımlıları ya da çeşitli suçlu grupları) karşılaştırma için klinik olmayan bir popülasyonun yanı sıra, klinik-kriminal bir popülasyondan elde edilen sonuçların bulunması çok önem taşımaktadır. Son olarak LSRP kriminal ya da psikopatik popülasyonlara uygulanmakla beraber, AKB olan katılımcılar üzerinde test edilmemiştir. Bu nedenle bu çalışmanın yapılması LSRP'nin daha ileri geçerliliğini gösterecektir. İkinci çalışmanın hipotezleri aşağıdadır:

1. AKB ile bir arada bulunan Axis I rahatsızlıkları belirlenecektir. Madde ve alkol ile ilişkili bozukluklar AKB grubunda daha fazla olacaktır.
2. Anket çalışması sonucu AKB için Türk popülasyonuna özgü demografik bilgiler elde edilecektir. Kendine zarar verme davranışı, tatuaj, kriminal özgeçmiş incelenecektir (AKB grubunda daha yüksek oranda kendine zarar verme ve tatuaj beklenmektedir).
3. Birincil ve ikincil psikopatinin birbiriyle ve MACH ile anlamlı pozitif korelasyonlar ve bu değişkenlerin emosyonel ve kognitif empati ile negatif

korelasyonlar göstermesi beklenmektedir. FS ile anlamlı bir korelasyon beklenmemektedir. Ayrıca Birincil ve ikincil psikopati empati ile olan ilişkisi açısından birbirinden farklılaşacaktır.

4. PD'nin ikincil psikopati ile pozitif korelasyon göstermesi beklenmektedir. Birincil psikopati ile bu korelasyon düşük veya negatif yönde olacaktır.
5. Empati alt ölçekleri söz konusu olduğunda PD ve FS hariç diğer alt ölçeklerde AKB grubunun daha düşük skor alacağı beklenmektedir (AKB grubu daha düşük emosyonel ve kognitif empati gösterecektir).
6. AKB grubu toplum örnekleminde (kontrol grubu) kişilik karakteristikleri açısından farklılaşacaktır. AKB grubunun toplum örnekleminde (kontrol grubu) daha yüksek MACH, birincil psikopati ve ikincil psikopati skoru olması beklenmektedir. AKB grubunda ikincil karakteristiklerin daha yaygın olması beklendiğinden en büyük farklılık ikincil psikopatide olacaktır.

3. MATERYAL VE METOD

3. 1. Birinci çalışma

Bu çalışmada ölçeklerin psikometrik özellikleri gösterilmiştir. LSRP, MACH-IV ve IRI ölçeklerinin Türkçe versiyonları oluşturulmuş ve klinik olmayan bir popülasyonda psikopatik, makyavelist ve empatik karakteristiklerin birbirleriyle olan ilişkisi değerlendirilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

3. 1. 1. Katılımcılar

Abant İzzet Baysal Üniversitesi'nde çeşitli bölümlere ve İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesine kayıtlı lisans öğrencileri araştırmanın örneklem grubunu oluşturmaktadır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmadan önce bir dizi pilot çalışma yapılmıştır. Tüm pilot çalışmalar, asıl çalışma ve test-tekrar test daha önce çalışmaya katılmamış ayrı bir örneklem grubu üzerinde yapılmıştır.

3. 1. 1. 1. Pilot çalışmalar

Ölçeklerin hepsi için dört ayrı pilot yapıldı ve ayrıca MACH ölçeği için ayrı bir pilot daha gerçekleştirildi. Tüm pilot çalışmalar Abant İzzet Baysal Üniversitesi'ne kayıtlı lisans öğrencileri üzerinde yapılmıştır. Pilot çalışmalara toplam 192 kişi katılmıştır (115 kadın, 70 erkek, 7 kişi cinsiyetini belirtmemiştir).²

² LSRP ve IRI için pilot çalışma sonuçları XIII. Ulusal Psikoloji kongresinde (İstanbul) poster olarak sunulmuştur (Engeler & Yargıç, 2004a; Engeler & Yargıç, 2004b).

3. 1. 1. 2. Güvenilirlik-Geçerlilik çalışması

Pilot çalışmalar sonrasında asıl çalışmaya geçildi ve ölçekler 219 katılımcıya uygulandı. Beş katılımcı lisansüstü öğrenci olması nedeniyle çalışmaya dahil edilmedi. Analizler 214 lisans öğrencisi üzerinde yapıldı (95 erkek, 116 kadın, 3 katılımcı cinsiyetini belirtmemişti). Öğrencilerin çoğu bekarı (% 98.1). Yaşları 18 ve 27 arasındaydı ($M = 20.96$, $SD = 1.52$). Ölçeklerin N değerleri eksik data nedeniyle bir parça farklılaşmaktadır.

3. 1. 1. 3. Test-Tekrar test çalışması

Test-tekrar test için 46 katılımcıdan oluşan bir alt gruba ölçekler iki kere olmak üzere verildi. Test-tekrar test çalışmasında beş katılımcı çeşitli alt ölçeklerdeki eksik data nedeniyle ve bir kişi de yönergeyi anlamadığından çıkarıldı. Toplam 40 katılımcı üzerinde test tekrar test güvenilirliği gösterildi (17 erkek, 22 kadın 1 belirtmeyen). Yaşları 18-29 arasındadır ($M = 21.51$, $SD = 2.00$). Katılımcıların hepsi bekar, Eğitim Bilimleri Fakültesi 2 ve 3. sınıf öğrencisiydi. Test-tekrar test aralığı 20-24 gündür.

3. 1. 2. Ölçekler

3. 1. 2. 1. Makyavelizm (MACH-IV)

MACH-IV (*Christie & Geis, 1970*) ölçeği insana güvensizliği, yalancılık ve hesaplı pohpohlayıcı tutum gibi kişiler arası manipülasyonu içeren davranışları saptamayı amaçlayan 20 maddelik ve 5 dereceli Likert tipi bir ölçektir (Mesela

“İnsanları idare etmenin en iyi yolu onlara duymak istediklerini söylemektir” 1 = Aynı fikirde değilim, 5 = aynı fikirdeyim). Bu ölçekte yüksek skor alanlar deneysel ortamlarda manipülatifler. Psikoloji literatüründe bu ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. *Christie ve Geis* ölçeğin “görüşler” ve “taktikler” olmak üzere iki faktörlü olduğunu belirtmişlerdir. MACH-IV ölçeğinin kullanıldığı çalışmalarda ölçeğin iyi iç tutarlılığa sahip olduğu görülmüştür. MACH ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda *Cronbach α* değeri .62-.79 arasında bulunmuştur (*Corzine ve ark., 1999; McHoskey, 1999, 2001a, 2001b; Paulhus & Williams 2002*).

3. 1. 2. 2. Levenson Öz Bildirim Psikopati Ölçeği (LSRP)

Levenson Öz Bildirim Psikopati Ölçeği (LSRP) 26 maddeden oluşmaktadır. Bunlardan 16 madde Birincil psikopatiyi, 10 madde İkincil psikopatiyi ölçmektedir. LSRP Likert tipi bir ölçektir (“Başkalarının duygularıyla oynamaktan hoşlanırım” , 1 = Kesinlikle katılmıyorum, 4 = kesinlikle katılıyorum). Ölçeğin güvenilirliği ve geçerliliği ayrıntılı olarak literatürde gösterilmiştir (*Brinkley ve ark., 2001, Levenson, ve ark., 1995, Lynam ve ark. 1999*). Birincil psikopatinin çok iyi bir iç tutarlılığı vardır ($\alpha = .82$). *Levenson, ve ark* İkincil psikopatinin alfa değeri daha düşük olmakla birlikte (.63) 10 maddelik bir ölçek için kabul edilebilir seviyede olduğunu ifade etmişlerdir. Faktör yapısı ve ölçeğin kriter bağımlı geçerliliği de aynı çalışmada gösterilmiştir. Buna göre ölçeğin iki faktörlü olduğu bulunmuştur. Birincil psikopati acımasız-duygusuz, manipülatif, yoğun bir şekilde bencil, ve daimi olarak güvenilirmez olma eğilimine işaret ederken, ikincil psikopati veya nörotik psikopati had safhadaki impulsiviteye (dürtüsellik) işaret

etmektedir. İkincil psikopatlar duygusal bir bozukluğun etkisi altında antisosyal davranışlara girerler ve madde bağımlılığı olan ve klinik popülasyonlarında daha yaygın olması muhtemeldir. Bu faktörler büyük ölçüde PCL-R 'ın iki faktörü ile örtüşmektedir. Ölçeğin AAS ile korelasyonu yüksektir ($r = .44$ Birincil psikopati, $r = .29$ İkincil psikopati için).

3. 1. 2. 3. Kişiler arası Tepkisellik İndeksi (IRI)

Davis'in (1980) Kişiler arası Tepkisellik İndeksi bilişsel ve emosyonel empatiyi ölçmektedir. Bu ölçek 28 maddeden oluşmaktadır. Kişilerin kendilerinin doldurabileceği beşli Likert tipi bir ölçektir ("Başka kimselerin problemleri olduğunda onlar için fazla üzülmem" 0 = Beni iyi bir şekilde tanımlamıyor, 4 = Beni çok iyi tanımlıyor). Bu ölçek her biri 7 maddelik 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Her bir alt ölçek empatinin farklı veçhelerini ölçmektedir. "Perspektif alma", "Empatik düşünce", "Kişisel rahatsızlık" ve "Fantezi" isimli alt ölçekler empatinin çok boyutlu olarak incelenmesine olanak tanımaktadır. Alt ölçeklerin iç tutarlılığı (alfa değerleri) .71'den .77'ye kadardır, test-tekrar test değerleri .62-.71 arasındadır (*Davis*, 1980). Perspektif alma (PT) diğerlerinin psikolojik açıdan bakış açısını kişinin kabullenebilme derecesini, fantezi alt ölçeği (FS) yanıtlayan kişilerin kitaplarda, filmlerde, oyunlardaki hayali karakterlerin duygu ve eylemlerinin yerine kendilerini düşünsel olarak koyabilme eğilimini belirlemektedir. Diğer iki alt ölçek tipik duygusal reaksiyonları belirlemektedir. Empatik düşünce (EC), kişinin diğer kişilere karşı sıcaklık, yakınlık, alaka, gibi duyguları ve talihsizlik yaşayanlara karşı duyulan alakayı belirlemektedir ve Kişisel rahatsızlık (PD) alt ölçeği gergin

ortamlarda veya kişisel ilişkilerin olduğu durumlarda kişinin endişe veya rahatsızlık derecesini ölçmektedir. Ölçeğin eş zamanlı ve ayırt edici geçerliliği ayrıntılı olarak gösterilmiştir (Davis, 1983).

3. 1. 2. 4. Antisosyal Eylem Ölçeği (AAS)

Levenson, ve ark. (1995) tarafından geliştirilen bu ölçek, öğrenci popülasyonunda etik olmayan davranışları ölçmektedir (Örn. “Başkalarının yazılarından paragraflar aşırımdı- intihal gibi”). Ölçek ters yönde puanlanan olumlu sosyal davranışları da ölçmektedir (zor durumdaki öğrencilere derslerinde yardımcı olmak vs.). Olumlu sosyal davranışı değerlendiren maddeler geri olarak kodlanmaktadır. Ölçek dörtlü Likert tipidir. LSRP'nin geçerliliğini test etmek üzere geliştirilmiştir. Aynı amaçla bu ölçek de Türkçe'ye tercüme edilmiştir. Bu ölçek sadece LSRP'nin yapısal geçerliliği için kullanılmıştır. *Levenson, ve ark.* makul bir iç tutarlılık bildirmişlerdir ($\alpha = .70$). Ölçek Türkçe versiyonunda da 24 maddeden oluşmaktadır, ancak pilot çalışmalardan sonra, kültürel açıdan yüklü olan maddeler değiştirildiğinden *Levenson ve ark. (1995)* tarafından oluşturulan AAS'nın bire bir aynısı değildir. Geri kodlanan madde sayısı azalmıştır. Eklenen maddeler minör antisosyal eylemleri ölçmek için uygun maddelerdir. Bunlar fiziksel kavgalar, başkasına isim takma, başkasının işini sabote etme, dedikodular yayma, sözleri tutmama gibi davranışlarla ilişkilidir. Ölçeğin orijinalindeki pek çok madde muhafaza edilmiştir: hayvanlara zarar verme, gelişigüzel cinsel birliktelik, mala mülke zarar verme vs.

3. 1. 2. 5. Kısa Demografik Anket

Ayrıca katılımcılara pilot çalışmalar hariç, kısa demografik anket de verilmiştir. Bu anket yaş, cinsiyet, not ortalaması, geçmiş iş deneyimi ve medeni durum ile ilgili soruların yanı sıra cinsel partner sayısı, ebeveyn yaşı, sigara içme davranışı gibi sorulardan oluşmaktadır.

3. 1. 3. Prosedür

Ölçekler tercüme edilmiş ve bir başka akademisyen tarafından geri tercüme yapılmıştır. İki akademisyen tarafından kontrol edilmiş ve son düzeltmeler yapıldıktan sonra pilot çalışmalara geçilmiştir. Pilot çalışmalar sonunda elde edilen formlar ana çalışmada ve test-tekrar test çalışmasında kullanılmıştır.

Katılımcılara araştırma ve yanıtlanacak ölçekler konusunda talimat verildi ve katılıp katılmamak konusunda serbest oldukları bildirildi. Katılımcıların dürüstlüğü artırarak amacıyla bilgilerin kesinlikle gizli tutulacağı ve tüm kayıtların anonim olarak kaydedileceği data toplanmazdan önce vurgulanmıştır. Bilgilendirilmiş rıza formu sözlü olarak okunup açıklandı ve yazılı olarak dağıtıldı. Tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş rıza formu alındı. (örnek için bkz. *Sternberg, 1995*). Bu çalışma *American Psychological Association* 'un (APA) psikologlar belirttiği etik kurallara uygun olarak yapılmış (*American Psychological Association, 1992*) ve *European Science Foundation (EFS)* 'ın belirttiği bilimsel ve etik kurallar izlenmiştir (*EFS, Aralık 2000*). Araştırmanın genel protokolü,

kullanılacak ölçekler ve prosedür Adli Tıp Enstitüsü, Etik komite tarafından onaylanmıştır. Çalışmanın yapılacağı kurumlardan yazılı olarak izin alınmıştır.

Güvenilirlik-geçerlilik çalışması pilot çalışmalar, psikometrik analiz ve yapı geçerliliği çalışması ve test-tekrar test çalışmasından oluşmaktadır. Pilot çalışmaların yapılma nedeni ölçeklerin psikometrik özelliklerini bütün olarak ve madde bazında gözlemlemek ve gerekli değişiklikleri yaparak iç tutarlılığı ve madde-toplam korelasyon değerlerini geliştirmektir. Amacımız mümkün olan en az sayıda madde kaybı ile çalışmayı tamamlamak olduğundan, zayıf psikometrik özellikler gösteren maddeler anlamı değiştirilmeksizin tekrar yazılmış ve bir sonraki pilotta tekrar test edilerek değişim incelenmiştir. Kabul edilebilir seviyede alfa değerine ulaşıldığında ve çoğu maddenin yeterli derecede çalıştığı görüldüğünde asıl çalışmaya geçildi. MACH ölçeği bazı pilotlarda yetersiz iç tutarlılık gösterdiğinden sadece bu ölçeğin kullanıldığı bir başka pilot çalışma daha yapıldı. Diğer dört pilot çalışmada tüm ölçekler birlikte verilmiştir. Pilot çalışmalar, test-tekrar test ve ana çalışmada tüm ölçekler grup olarak ve tek oturumda uygulandı.

3. 2. İkinci çalışma

3. 2. 1. Katılımcılar

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde tedavi görmekte veya müşahede altında olan ya da daha önce tedavi veya gözlem amacı ile bu hastaneye gönderilmiş ve AKB teşhisi almış vakalar belirlenmiştir. Dosya kayıtlarına göre AKB teşhisi almış olan 23 vaka tespit edildi (bundan sonra AKB grubu olarak geçecektir). Bu vakalar, Bakırköy Ruh ve Sinir hastalıkları hastanesi, Adli

psikiyatri servisi, Adli Psikiyatri tutukevi, Amatem ve İstanbul Kapalı cezaevinde lokalize edildi ve çalışmaya davet edildi. Psikotik hastalar, mental geriliği olanlar ve nörolojik hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Yaş, eğitim ve doktor kontrolünde ilaç kullanımı dışlama nedeni olarak kabul edilmemiştir. İki katılımcı katılmayı ret etmiştir. Bir katılımcı da test bataryasını tamamlayamadığından çalışmadan çıkarılmıştır. Geriye 20 AKB teşhisi konulmuş katılımcı kalmıştır.

Katılımcılar çok çeşitli suçlardan dolayı yargılanmaktaydı; cinayet, cinsel suçlar, hırsızlık, yaralama, uyuşturucu madde bulundurma, adli mercileri yanıltma, ruhsatsız silah bulundurma, cinayete teşebbüs, silahlı gasp, gasp, silahlı tehdit, çıkar amaçlı çete kurmak, kalpazanlık gibi suçlardan yargılanmakta olan AKB teşhisi konulmuş katılımcıların çoğu daha önce yargılanmış ve değişen derecelerde hapiste kalmışlardı. Bu grubun yaş ortalaması 30.45 ($SD = 7.08$) idi (aralık 19-42). Eğitim seviyeleri ortalama olarak ilkokul seviyesinin üzerindeydi ($M = 5.45$, $SD = 3.28$). %50'si bekar, % 20'si boşanmış, %30'u evli ya da birlikte yaşıyordu.

Kontrol grubu İstanbul'da bir semtte çeşitli işlerde çalışmakta olan kimseler arasından seçilmiştir (Bundan sonra toplum örneklemini olarak geçecektir). Bu örneklem seçimi stratejisi kontrol grubu olarak hastane çalışanlarının seçiminden daha iyidir, çünkü bu grup meslek, sosyo-ekonomik seviye ve doğum yeri açısından heterojen bir yapı göstermeleri nedeniyle toplumun genelini daha iyi yansıtmaktadır. Toplam 22 kişi gönüllü olarak çalışmaya katılmıştır. İki katılımcı daha sonra belirtilecek nedenlerden ötürü çalışmadan çıkarılmıştır. Toplam 20 katılımcıdan oluşan toplum örnekleminin yaş ortalaması AKB grubunun yaş ortalamasından farklılaşmamaktadır [$M = 31.15$, $SD = 7.71$; $t(38) = .30$, $p > .05$,

aralık 18-44]. Toplum örneklemini ortalama olarak daha yüksek eğitim seviyesine sahipti [$M = 8.4$, $SD = 2.47$; $t(38) = 2.48$, $p < .01$]. Toplum örnekleminin % 50'si bekar % 50'si evliydi. Örneklemler büyüklükleri küçük olmakla beraber antisosyal kişilik (Levenson, 1990, Lindberg ve ark., 2004, Kumari ve ark., 2005) veya psikopati (Habel, Kühn, Salloum, Devos, & Schneider, 2002; Hervé, Hayes, & Hare, 2003) konusunda yapılan çalışmalarla karşılaştırılabilir durumdadır.

3. 2. 2. Ölçekler

3. 2. 2. 1. Kısa Klinik Görüşme

Klinik görüşme çizelgesi demografik data toplamak ve antisosyal yaşam stilini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Boll (1994) tarafından hazırlanmış yarı yapılandırılmış klinik görüşme formu temel alınarak araştırmacı tarafından hazırlanan bu soru çizelgesi demografik bilgiler, hastalık öyküsü, iş, askerlik, eğitim, finansal durum, tıbbi özgeçmiş gibi çeşitli alanlarda bilgi toplanmasına imkan tanımaktadır. Adli hikaye, cinsel hayat hikayesi, kendine zarar verme davranışı daha ayrıntılı olarak ve spesifik sorularla sorgulanmıştır.

3. 2. 2. 2. Mini Uluslar arası Nöropsikiyatrik Mülakat ve

M.I.N.I. Tarama

M.I.N.I. Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'daki klinisyenler ve psikiyatristler tarafından ortaklaşa hazırlanmış olan yapılandırılmış bir mülakattır (Sheehan ve ark., 1998). 17 Axis I bozukluğunu, intihar riskiyle ilgili bir modüllü ve bir Axis II modülünü (Antisosyal Kişilik Bozukluğu) içermektedir. MINI

Tarama ise MINI' deki ilişkili modüllerin tarama sorularından oluşmaktadır. Sadece AKB ve Psikotik Bozukluklar modülleri bir bütün olarak uygulanmak zorunda olduğundan tarama soruları mevcut değildir. AKB modülünün MINI'ye dahil edilmesinin nedeni (Sheehan ve ark. 2004a, 2004b) zaman içinde değişmez olması ve çalışmalar arasında tutarlılık göstermesi ve klinik kararlar ve prognoz üzerinde anlamlı etkisinin olmasıdır (Sheehan ve ark., 1998).

Psikiyatrik hastalar üzerinde diğer yarı yapılandırılmış mülakatlar kullanılarak uyumluluğu incelenmiştir (Amorim, Lecrubier, Weiller, Hergueta, & Sheehan, 1998). Buna göre MINI'nin diğer yapılandırılmış mülakatlarla uyumlu olduğu, ve geçerli DSM-III-R/IV teşhisleri verdiği bulunmuştur. (bkz. Amorim, ve ark., 1998; değerlendiriciler arası ve test tekrar test güvenilirliği ve uyumluluğu için bkz. Lecrubier ve ark. 1997; Sheehan ve ark., 1997; MINI ailesindeki diğer yapılandırılmış çizelgeler ve diğer dillerdeki versiyonlar için Sheehan ve ark., 1998). MINI 40 yabancı dile çevrilmiş, ICD-10 ve DSM-IV uyumlu, yüksek derecede güvenilir, geçerli ve diğer yapılandırılmış görüşmelerden daha az zaman alan bir görüşme çizelgesidir. MINI klinisyenin hızlı bir şekilde ve tutarlı olarak data toplamasına izin verir. Bu yapılandırılmış görüşmenin en son versiyonu (Temmuz 2004) araştırmacı tarafından Türkçe'ye tüm diğer MINI ölçekleriyle birlikte tercüme edilmiştir.³ MINI çizelgelerinin kullanımı özel eğitim gerektirdiğinden, araştırmacı Dr. David V. Sheehan ve Dr. Juris Janavs tarafından

³ MINI, MINI PLUS, MINI Tarama, MINI İzleme, MINI Çocuk, MINI Çocuk (ebeveyn versiyonu) ve MINI Çocuk Tarama olmak üzere tüm MINI çizelgeleri araştırmacı (A. Engeler) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir.

verilen kapsamlı MINI eğitimini İstanbul ve Ankara'da verilen birer günlük eğitim seminerlerinde almıştır (Nisan, 2004).⁴

3. 2. 2. 3. Makyavelizm (MACH-IV)

MACH-IV ölçeği konusunda ayrıntılı bilgi yukarıda verilmiştir. MACH ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda Cronbach α değeri .62-.79 arasında bulunmuştur (Corzine ve ark., 1999; McHoskey, 1999, 2001a, 2001b; Paulhus & Williams 2002). Ölçeğin Türkçe versiyonunun iç tutarlılığı .60, kısa süreli test-tekrar test korelasyonu .73'tür (ayrıca $n = 168$ için bkz., Engeler & Yargıç, 2004c).

3. 2. 2. 4. Levenson Öz Bildirim Psikopati Ölçeği (LSRP)

Ayrıntılı bilgi birinci çalışmada verilmiştir. Birincil psikopatinin alfa değeri .82, ikincil psikopatinin alfa değeri .63'tür. Ölçeğin Türkçe versiyonunun güvenilirliği iyidir. Birincil psikopati için standart madde alfa değeri .76, test-tekrar test korelasyonu .77'dir İkincil psikopatinin güvenilirliği .51, test-tekrar test korelasyonu .68'dir (ayrıca $n = 168$ için bkz., Engeler & Yargıç, 2004e). Türkçe versiyonun geçerliliği de gösterilmiştir (Engeler & Yargıç, 2004f).

3. 2. 2. 5. Kişiler arası Tepkisellik İndeksi (IRI)

Ölçek hakkında ayrıntılı bilgi birinci çalışmada verilmiştir. Alt ölçeklerin iç tutarlılığı (alfa değerleri) .71'den .77'ye kadardır, test-tekrar test değerleri .62-

⁴ Dr. David V. Sheehan, Dr. Juris Janavs, & Alper Engeler. MINI Eğitimi. İstanbul. 12 Nisan 2004, Ankara 19 Nisan 2004.

.71 arasındadır (Davis, 1980). Ölçeğin yapısal geçerliliği gösterilmiştir (Davis, 1983). Ölçeğin Türkçe versiyonunun güvenilirliği gösterilmiştir. Alt ölçeklerin standart alfa değerleri .60-.76 arasında, test-tekrar test değerleri .66-.80 arasındadır (ayrıca $n = 168$ için bkz., Engeler & Yargıç, 2004d).

3. 2. 3. Prosedür

Muhtemel katılımcılara katılmak konusunda özgür oldukları bildirilmiş ve katılmamalarının araştırma açısından komplikasyonları kendilerine izah edilmiştir. Kayıtların tamamıyla gizli tutulacağı konusunda katılımcılara güvence verilmiştir. Ayrıca tüm katılımcılara bu çalışmanın onların sürmekte olan davaları ile bir ilgisi olmadığı, hastanedeki tedavi veya hapisanedeki gözetim ile bir ilişkisi olmadığı, bu çalışmanın şimdi ya da gelecekte, herhangi bir kurumdaki (hapisane veya hastane) durumlarını olumlu veya olumsuz olarak etkilemeyeceği katılımcıların içtenliğini artırmak amacıyla kendilerine bildirilmiştir. Tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş rıza formu alınmıştır (örnek için bkz. Sternberg, 1995). Bu çalışma *American Psychological Association*' un (APA) psikologlar için belirttiği etik kurallara uygun olarak yapılmış (*American Psychological Association*, 1992) ve *European Science Foundation* (EFS)' in belirttiği bilimsel ve etik kurallar izlenmiştir (EFS, Aralık 2000). Araştırmanın genel protokolü Adli Tıp Enstitüsü, Etik komite tarafından onaylanmış ve çalışmanın yapılacağı kurumlardan yazılı olarak izin alınmıştır.

Araştırmanın bu aşamasında ölçekler tek oturumda ve bireysel olarak verilmiştir (bir katılımcı için iki oturum düzenlendi). Katılımcılar teker teker

görüşmeye alındı ve sırasıyla klinik görüşme, yapılandırılmış diagnostik görüşme (MINI tarama + MINI) ve ölçek bataryası (MACH-IV, LSRP ve IRI), uygulandı. MINI, MINI tarama ile birlikte kullanıldı. MINI tarama MINI' deki tarama sorularından oluşmaktadır. Herhangi bir MINI tarama sorusu onaylandığında hastaya ilişkili MINI modülü verilmiştir. AKB modülünün tarama sorusu olmadığından tüm katılımcılara uygulanmıştır. Dosya teşhisine göre psikotik olanlar çalışmaya dahil edilmediğinden psikotik bozukluklar modülü uygulanmamıştır. Toplum örnekleminde iki katılımcı MINI ile AKB teşhis kriterlerini karşıladığından çalışmadan çıkarılmıştır.

Ölçek bataryası katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Görüşmeler esnasında ölçeklerin soruları araştırmacı tarafından yüksek sesle okunmuş ve anlamadıkları zaman açıklama istemeleri konusunda kendilerine izin verilmiştir. AKB grubunda iki katılımcının yeterli okuma yeteneğine sahip olmaması nedeniyle bu katılımcıların tepkileri araştırmacı tarafından kaydedilmiştir.

Görüşmeler AKB grubunda semptomların çokluğu ve eşlik eden rahatsızlıklar, uzun kriminal özgeçmişleri, ve iş hikayeleri gibi nedenlerden ötürü toplum örneklemine göre daha fazla zaman almıştır. Görüşmelerin süresi AKB grubunda 1.5-2.5 saat, toplum örnekleminde 1-1.5 saattir.

4. BULGULAR

4. 1. Birinci çalışmanın bulguları

4. 1. 1. MACH-IV Ölçeğinin Güvenilirliği

4. 1. 1. 1. Pilot Çalışma Sonuçları

Pilot çalışmalarda ölçeklerin *Cronbach α* değerleri (*Cronbach, 1951*) ve düzeltilmiş madde-toplam korelasyon (CITC) değerleri hesaplanmıştır. Bunların ortalama değerleri (MCITC) ve maddelerin interkorelasyon değerleri ortalaması (MIC) ve α değerleri her bir ölçek için ayrı ayrı hesaplanmıştır.

MACH ölçeğinin bazı pilotlarda yetersiz *Cronbach α* değerine sahip olduğu görülmüştür. Üstelik negatif CITC değerine sahip maddeler de bulunmaktaydı. Sadece MACH ölçeğinin verildiği bir başka pilot çalışma daha yapıldı. Bu pilot çalışmada iç tutarlılık orta düzeyde olmakla beraber tüm maddeler pozitif CITC değerine sahipti. Ana çalışmada bu versiyon temel alınmıştır (Pilot V). Aşağıdaki tabloda yapılan pilot çalışmalarda MACH ölçeğinin temel psikometrik özellikleri verilmiştir.⁵ En yüksek alfa değeri kalın harflerle verilmiştir.

⁵ Her bir Pilot çalışmada elde edilen CITC değerleri, interkorelasyon matrisi, ölçeklerin interkorelasyonu, kadınlar ve erkekler için α değerleri, *M* ve *SD* değerleri hesaplanmıştır.

Tablo 1.

Pilot çalışmalarda MACH ölçeğinin güvenilirliği

	MIC	MCITC	CITC Min.	CITC Maks.	Alfa	N
Pilot I	.07	.21	-.23	.60	.62	46
Pilot II	.05	.15	-.11	.35	.46	31
Pilot III	.07	.20	-.25	.44	.57	40
Pilot IV	.03	.11	-.28	.40	.39	38
Pilot V	.08	.22	.02	.62	.61	36

MIC = maddeler arası korelasyon ortalaması; MCITC = düzeltilmiş madde-toplam korelasyon ortalaması

En iyi psikometrik özellikleri Pilot V vermiştir. En yüksek CITC değeri veren şekliyle maddeler seçilerek asıl çalışmaya geçildi.

4. 1. 1. 2. MACH-IV'ün psikometrik nitelikleri ve test-tekrar test güvenilirliği

Tablo 2. MACH-IV ölçeği için düzeltilmiş madde toplam korelasyonlarını ve maddenin çıkarılması durumunda alfa değerini vermektedir (madde analizi).

Tablo 2.

MACH-IV ölçeği madde analizi sonuçları

MADDE	CITC	Madde çıkarıldığında alfa
1. Yararlı olmadıkça asla kimseye yaptığınız bir şeyin gerçek nedenini söylemeyiniz.	.10	.5917
2. İnsanları idare etmenin en iyi yolu onlara duymak istediklerini söylemektir.	.23	.5714
3. Bir kimse, sadece ve sadece bir şeyin, ahlaki açıdan doğruluğundan emin olduğunda eylemde bulunmalıdır. (R)	.16	.5827
4. Aslında, insanların çoğu temel olarak hoş ve iyi kalplidir. (R)	.20	.5763
5. Her insanın kötü bir yanı olduğunu ve fırsat verilirse bunun ortaya çıkacağını var saymak en güvenli yoldur.	.29	.5639
6. Dürüstlük her durumda en iyi politikadır. (R)	.29	.5648
7. Birisine yalan söylemenin hiç bir mazereti yoktur. (R)	.11	.5902
8. Genel olarak konuşursak, insanlar çalışmaya zorlanmadıkça çok çalışmazlar.	.07	.5945
9. Her şey göz önünde tutulduğunda, alçakgönüllü ve dürüst olmak, önemli ve güvenilmez olmaktan iyidir. (R)	.24	.5738
10. Birinden sizin için bir şey yapmasını istediğinizde, etkileyici nedenler öne sürmek yerine, onu istemenizin gerçek nedenlerini belirtmek en iyisidir. (R)	.15	.5825
11. Dünyada başarılı olan insanların çoğu temiz ve ahlaklı hayatlar sürerler. (R)	.30	.5618
12. Başkasına çok güvenen birisi başını belaya sokar.	.16	.5819
13. Çoğu suçluyla diğer insanlar arasındaki en büyük fark, suçluların yakalanacak kadar aptal olmasıdır.	.23	.5718
14. İnsanların çoğu cesaret sahibidir. (R)	.10	.5884
15. Önemli kişileri pohpohlamak akıllıcadır.	.27	.5671
16. Tüm yönleriyle iyi olmak mümkündür. (R)	.29	.5624
17. Her dakika bir enayinin doğduğu iddiası yanlıştır. (R)	.28	.5657
18. Zaman zaman kestirme yoldan gitmeden hayatta ilerlemek zordur.	.24	.5706
19. Tedavisi mümkün olmayan hastalığı olan insanların, acısız bir şekilde ölebilmeye seçeneği olmalıdır.	.26	.5654
20. Çoğu insan babasının ölümünü mal-mülk kaybından daha kolay unuttur.	.09	.5953

(R) : Ters olarak kodlanan maddeler, CITC: Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu

Görülebileceği gibi 1, 7, 8 ve 20 düşük CITC değeri vermektedir (sırasıyla, .10, .11, .07, ve .09). Madde 1 pilot çalışmalarda da stabil olmayan bir yapı göstermişti. En yüksek CITC değeri Pilot 1 ve 5'te elde edilmişti. Maddenin bu şekli asıl çalışmada kullanıldı. Ancak görece olarak düşük CITC değeri ve diğer maddelerle zayıf korelasyon gösterdiği görüldü; sekiz madde ile negatif korelasyon vermektedir (Aralık: -.112'den -.001'e) diğer yedi madde ile maddeler arası korelasyonu .10'un altındaydı. Bununla beraber, görece olarak çok madde sayısı nedeniyle bu maddenin çıkarılması alfa değerini anlamlı ölçüde artırmamaktadır (.589'dan .592'ye).

Madde 7 pilot 2 hariç tüm pilotlarda yüksek CITC değeri vermişti. Ancak güvenilirlik çalışmasında sekiz madde ile negatif korelasyon verdi (-.150'den -.007'ye) ve diğer dört madde ile maddeler arası korelasyonu .10'un altında kaldı. Bu maddenin de çıkarılması alfa değerini yine anlamlı ölçüde artırmamaktaydı (.589'dan .590'a).

Madde 8 Pilot 2, 4 ve 5'te düşük CITC değeri ile stabil olmayan bir yapı göstermekteydi. Güvenilirlik çalışmasında altı madde ile negatif (-.213'ten -.0001'e), 11 madde ile .10'un altında korelasyon verdi. Çıkarılması durumunda alfa değeri yükselmekteydi (.589'dan .600'e).

Madde 20, Pilot 3, 4 ve 5'te düşük CITC değeri vermişti. Güvenilirlik çalışmasında altı madde ile negatif (-.055'ten -.001'e), 10 madde ile de .10'un altında korelasyon gösterdi. Çıkarılması alfa değerini artırmaktaydı (.589'dan .595'e).

Bu dört maddenin hepsinin çıkarılması durumunda alfa değeri .63'e yükselmekteydi. Ancak konservatif yaklaşım gereği maddeler çıkarılmamıştır.

Tablo 3. MACH-IV ölçeğinin test-tekrar test güvenilirliğini ve psikometrik özelliklerini vermektedir.

Tablo 3.

MACH-IV ölçeğinin güvenilirliği

Ölçek	MIC	MCITC	CITC Min.	CITC Maks.	Alfa	Tekrar test r
MACH-IV	.07	.20	.07	.30	.60	.73

MIC = maddeler arası korelasyon ortalaması, MCITC = düzeltilmiş madde-toplam korelasyon ortalaması, CITC = düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu

Ölçeğin standart madde alfa değeri kabul edilebilir seviyededir.

Türkiye'de yapılan çalışmalarla da karşılaştırılabilir durumdadır (Bakır, 1996, 2003, yayımlanmamış data). Ancak MIC seviyesi soruna işaret etmektedir ve MCITC soru sayısı düşünüldüğünde çok yeterli değildir. Ölçeğin kısa süreli test-tekrar test değeri iyidir.

4. 1. 2. Kişiler arası tepkisellik İndeksi (IRI)'nin güvenilirliği

4. 1. 2. 1. Pilot Çalışma Sonuçları

Ölçeğin her bir alt ölçeği için ayrı ayrı α değerleri hesaplandı, her madde için CITC değerleri incelendi. Ölçeklerin ilk pilottan itibaren çok iyi psikometrik özelliklere sahip olduğu görülmüştür. Dördüncü pilot çalışmada ölçekler kuvvetli

psikometrik özellikler vermekteydi. Aşağıdaki tablolarda FS, PT, EC ve PD için pilot çalışmalarda elde edilen güvenilirlik değerleri verilmiştir.

Tablo 4.

Pilot çalışmalarda Fantezi ölçeği (FS)'nin güvenilirliği

	MIC	MCITC	CITC Min.	CITC Maks.	Alfa	N
Pilot I	.29	.46	.21	.60	.74	47
Pilot II	.29	.46	.11	.61	.74	31
Pilot III	.32	.50	.24	.72	.77	40
Pilot IV	.39	.57	.09	.72	.83	38

MIC = maddeler arası korelasyon ortalaması; MCITC = düzeltilmiş madde-toplam korelasyon ortalaması

Tablo 5.

Pilot çalışmalarda Perspektif alma ölçeği (PT)'nin güvenilirliği

	MIC	MCITC	CITC Min.	CITC Maks.	Alfa	N
Pilot I	.22	.36	-.15	.57	.61	45
Pilot II	.25	.41	.12	.68	.67	31
Pilot III	.22	.38	.07	.66	.64	40
Pilot IV	.37	.54	.10	.76	.79	38

MIC = maddeler arası korelasyon ortalaması; MCITC = düzeltilmiş madde-toplam korelasyon ortalaması

Tablo 6.

Pilot çalışmalarda Empatik Düşünce (EC)'nin güvenilirliği

	MIC	MCITC	CITC Min.	CITC Maks.	Alfa	N
Pilot I	.33	.50	.27	.63	.77	46
Pilot II	.11	.23	.04	.50	.49	30
Pilot III	.29	.45	.32	.61	.74	40
Pilot IV	.25	.41	.21	.56	.69	38

MIC = maddeler arası korelasyon ortalaması; MCITC = düzeltilmiş madde-toplam korelasyon ortalaması

Tablo 7.

Pilot çalışmalarda Kişisel rahatsızlık (PD)'nin güvenilirliği

	MIC	MCITC	CITC Min.	CITC Maks.	Alfa	N
Pilot I	.21	.37	.21	.57	.66	47
Pilot II	.16	.30	.11	.57	.57	31
Pilot III	.18	.32	.01	.50	.60	40
Pilot IV	.31	.48	.28	.70	.76	38

MIC = maddeler arası korelasyon ortalaması; MCITC = düzeltilmiş madde-toplam korelasyon ortalaması

4. 1. 2. 2. IRI' nin psikometrik nitelikleri

Ölçekler en iyi psikometrik özellikleri son pilot çalışmada göstermiştir.

Tüm alt ölçekler için sonuçlar mükemmel olduğundan son pilot çalışmadaki şekliyle asıl çalışmaya geçildi. Madde analizi sonuçları her bir alt ölçek için Tablo 8, 9, 10 ve 11'de verilmiştir. Göreli olarak zayıf madde toplam korelasyonu veren maddeler kalın harflerle gösterilmiştir.

Tablo 8.

Fantezi ölçeği madde analizi sonuçları

MADDE	CITC	Madde çıkarıldığında alfa
1. Başıma gelebilecek olan şeyler hakkında, zaman zaman hayaller ve fanteziler kurarım.	.30	.7704
5. Bir romandaki karakterlerin duygularını gerçekten içimde hissederim.	.50	.7354
7. Bir piyes veya film izlerken genellikle tarafsızımdır ve sıklıkla kendimi ona tamamen kaptırmam. (R)	.42	.7505
12. İyi bir kitaba veya filme son derece kapılmak benim için bir parça nadir bir durumdur. (R)	.45	.7437
16. Bir piyes veya filmi gördükten sonra, karakterlerden biriymişim gibi hissetmişimdir.	.65	.6977
23. İyi bir film seyrettiğimde, kendimi çok kolaylıkla baş karakterin yerine koyabilirim.	.57	.7172
26. İlginç bir hikaye veya roman okuduğumda, hikayedeki olaylar benim başıma gelse neler hissedeceğimi gözümde canlandırırım.	.51	.7311

(R) : Ters olarak kodlanan maddeler, CITC: Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu

Tablo 9.

Perspektif alma ölçeği madde analizi sonuçları

MADDE	CITC	Madde çıkarıldığında alfa
3. Olayları “bir başka kişinin” bakış açısından görmeyi zor bulurum. (R)	.49	.6646
8. Bir karara varmadan önce diğerlerinin anlayamadığı yönlerden olaya bakmaya çalışırım.	.32	.7051
11. Arkadaşlarımla bakış açısından olayların nasıl göründüğünü gözümde canlandırarak onları daha iyi anlamaya gayret ederim.	.47	.6737
15. Bir şeyde haklı olduğumdan eminsem, başkalarının fikirlerini dinleyerek fazla zaman harcamam. (R)	.22	.7462
21. Her sorunun iki yönü olduğuna inanırım ve her iki yönden de bakmaya çalışırım.	.46	.6735
25. Birine kızdığımda, genellikle bir süre için kendimi onun yerine koymaya çalışırım.	.50	.6604
28. Birilerini eleştirmeden önce, onların yerinde olsam nasıl hissedeceğimi gözümün önünde canlandırmaya çalışırım.	.60	.6392

(R) : Ters olarak kodlanan maddeler, CITC: Düzeltilmiş madde toplam korelasyon.

Tablo10.

Empatik Düşünce ölçeği madde analizi sonuçları

MADDE	CITC	Madde çıkarıldığında alfa
2. Benden daha talihsiz insanlar için genellikle merhametli, alakalı hisler duyarım.	.40	.6202
4. Başka kimselerin problemleri olduğunda, onlar için fazla üzülmem. (R)	.30	.6473
9. Birinden yararlandığımı gördüğümde, ona karşı koruyucu olduğumu hissedirim.	.38	.6267
14. Başka kimselerin talihsizlikleri genellikle beni büyük ölçüde rahatsız etmez. (R)	.38	.6262
18. Birine haksız davrandığımı gördüğümde, onlar için bazen çok fazla acıma hissetmem. (R)	.49	.5919
20. Gördüğüm şeyler bana oldukça dokunur.	.38	.6249
22. Kendimi oldukça yumuşak kalpli bir kişi olarak tanımlarım.	.27	.6552

(R) : Ters olarak kodlanan maddeler, CITC: Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu

Tablo 11.

Kişisel Rahatsızlık Ölçeği madde analizi sonuçları

MADDE	CITC	Madde çıkarıldığında alfa
6. Acil durumlarda, vesveseli ve rahatsız hissederim.	.45	.5048
10. Çok heyecanlı bir durumun içinde olduğumda çaresizlik hissederim.	.33	.5533
13. Birinin incindiğini gördüğümde, sakin kalma eğilimindeyimdir. (R)	.16	.6153
17. Gergin duyguların olduğu bir ortamda olmak beni korkutur.	.30	.5658
19. Genellikle acil durumların üstesinden gelmede çok becerikliyimdir. (R)	.33	.5553
24. Acil durumlarda kontrolü kaybetmeye eğilimliyimdir.	.44	.5152
27. Acil bir durumda çok yardıma ihtiyacı olan birini gördüğümde, param parça olurum.	.21	.5916

(R) : Ters olarak kodlanan maddeler, CITC: Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu

Tablolarda görüldüğü gibi FS ölçeğinde bir madde görel olarak zayıf şekilde çalışmaktaydı (Madde 1). Bu madde tüm pilot çalışmalarda zayıf performans sergilemişti. Ancak güvenilirlik çalışmasında maddenin CITC değeri yüksekti (.30) ve çıkarılması alfa değerini anlamlı ölçüde artırmamaktaydı (.765'den .770'e). Madde 1 hiçbir madde ile negatif korelasyon vermemekteydi. Sadece Madde 7 ile olan korelasyonu düşüktü (.10). Yüksek CITC değeri, az sayıdaki maddeye rağmen çıkarılmasının alfa değerini anlamlı derecede artırmaması ve hiçbir maddeyle negatif korelasyon göstermemesi maddenin çıkarılmasına gerek olmadığını göstermektedir.

Perspektif alma ölçeğinde ise ters olarak kodlanan Madde 15 zayıf bir şekilde çalışmaktaydı. Madde 15 birinci pilotta negatif CITC değeri vermişti. Maddenin kelime yapısının değiştirilmesi psikometrik özelliklerini düzeltmesine

rağmen madde zayıf bir şekilde çalışmaya devam etti. Pilot II hariç çıkarılması alfa değerini artırmaktaydı. Güvenilirlik çalışmasında kabul edilebilir seviyede CITC (.22) vermesine rağmen çıkarılması alfa değerini anlamlı ölçüde artırmaktaydı (.714'den .746'ya). Madde 15 bir madde ile negatif korelasyon (-.003), bir madde ile de düşük (.05) korelasyon vermektedir.

Empatik düşünce ölçeğinde hiçbir maddenin çıkarılması alfa değerini artırmamaktaydı. Tüm maddeler çalışmaktadır.

Kişisel rahatsızlık ölçeğinde Madde 13 görel olarak düşük madde-toplam korelasyonu göstermekteydi. Bu madde hiçbir madde ile negatif korelasyon vermemekteydi, ancak üç madde ile düşük korelasyonu vardı (<.10). Madde 13 Pilot 2 ve 3'te zayıf şekilde çalışmaktaydı. Maddenin çıkarılması alfa değerini artırmaktaydı (.597'den .615'e).

Ölçeklerin standart alfa değerleri ve psikometrik nitelikleri hesaplanmıştır. IRI alt ölçeklerinin psikometrik özellikleri 214 katılımcı için Tablo 12'de verilmiştir. Ölçeklerin interkorelasyonları kadınlar ve erkekler için ayrı olarak Tablo 13'tedir.

Tablo 12.

IRI alt ölçeklerinin güvenilirliği

Ölçekler	MIC	MCITC	CITC Min.	CITC Maks.	Alfa	r_{tt}
Fantezi ölçeği	.32	.49	.30	.65	.76	.70
Empatik düşünce	.22	.37	.27	.49	.66	.80
Perspektif alma	.28	.44	.22	.60	.73	.66
Kişisel Rahatsızlık	.17	.32	.16	.45	.60	.66

MIC = maddeler arası korelasyon ortalaması, MCITC = düzeltilmiş madde-toplam korelasyon ortalaması, CITC = düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu.

Tablo 13.

IRI ölçeklerinin interkorelasyonları

Ölçekler	Kadınlar				Erkekler			
	FS	EC	PT	PD	FS	EC	PT	PD
FS	-	.30***	-.02	.09	-	.23*	.16	.14
EC		-	.22*	.15		-	.32**	.33***
PT			-	-.07			-	-.12
PD				-				-

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$, iki uçlu (two tailed), $N = 90-92$ erkekler, 110-113 kadınlar.

FS = Fantezi ölçeği, EC = Empatik düşünce, PT = Perspektif alma, PD = Kişisel Rahatsızlık

FS ölçeği hem kadınlar hem de erkeklerde EC ile anlamlı pozitif korelasyon göstermektedir. EC ve PT beklendiği gibi birbiriyle pozitif korelasyon vermektedir. Ayrıca EC ve PD sadece erkeklerde anlamlı seviyede pozitif korelasyon göstermektedir. PD ölçeği PT ile hem kadınlarda hem de erkeklerde negatif korelasyon vermekle birlikte anlamlı seviyeye varmamıştır. Özetle erkeklerdeki pozitif EC-PD korelasyonu hariç Hipotez 5 desteklenmektedir. Ölçeklerin interkorelasyonları ölçeğin ön geçerliliği olduğunu göstermektedir.

4. 1. 2. 3. Test-tekrar test güvenilirliği

Ölçekleri kısa süreli test-tekrar test güvenilirlikleri iki uygulama arasındaki korelasyonun hesaplanması ile ve eşleşmiş t testi (paired t test) ile gösterilmiştir. Ölçeklerin Test-tekrar test korelasyonları .66-.80 arasındadır (Tablo12). Eşleşmiş t

testi sonuçları birinci ve ikinci uygulama arasında FS, EC, PT ve PD alt ölçekleri için hiçbir ortalama farklılığı göstermemiştir. ($p > .05$).

4. 1. 3. Levenson Psikopati Ölçeği (LSRP)'nin Güvenilirliği

4. 1. 3. 1. Pilot Çalışma Sonuçları

LSRP için dört ayrı pilot yapıldı ve maddelerin psikometrik özellikleri geliştirilmeye çalışıldı. Birincil ve İkincil Psikopatinin Pilot çalışmalarındaki psikometrik nitelikleri Tablo 14 ve 15'te verilmiştir.

Tablo 14.

Pilot çalışmalarda Birincil Psikopati Ölçeğinin güvenilirliği

	MIC	MCITC	CITC Min.	CITC Maks.	Alfa	N
Pilot I	.16	.35	.06	.67	.75	44
Pilot II	.20	.39	.18	.52	.78	29
Pilot III	.21	.41	.11	.58	.80	39
Pilot IV	.20	.40	-.01	.66	.80	38

MIC = maddeler arası korelasyon ortalaması; MCITC = düzeltilmiş madde-toplam

korelasyon ortalaması

Tablo 15.

Pilot çalışmalarda İkincil Psikopati ölçeğinin güvenilirliği

	MIC	MCITC	CITC Min.	CITC Maks.	Alfa	N
Pilot I	.06	.14	-.01	.33	.37	43
Pilot II	.08	.18	-.17	.45	.42	30
Pilot III	.13	.27	-.16	.43	.56	40
Pilot IV	.09	.21	-.08	.54	.47	37

MIC = maddeler arası korelasyon ortalaması; MCITC = düzeltilmiş madde-toplam

korelasyon ortalaması

Tablolardan da görüleceği gibi Birincil psikopatinin psikometrik nitelikleri güçlüdür. İkincil psikopati ise daha kararsız bir yapı göstermektedir. En yüksek alfa değeri Pilot III' te elde edildi.

4. 1. 3. 2. LSRP'nin psikometrik nitelikleri

Her iki alt ölçek için madde analizi yapıldı ve düzeltilmiş madde toplam korelasyonları hesaplandı. Tablo 16 ve 17 Birincil ve İkincil Psikopati için madde analizi sonuçlarını vermektedir.

Tablo 16.

Birincil Psikopati madde analizi sonuçları

MADDE	CITC	Madde çıkarıldığında alfa
2. Günümüzde, yakamı sıyrabildikten sonra, başarı için herhangi bir şeyi yapmanın doğru olduğunu düşünüyorum.	.27	.7581
4. Hayattaki başlıca amacım, elde edebildiğim kadar çok sayıda lüks ve pahalı şeyler elde etmektir.	.40	.7457
7. Bir şeyi beğendirmek için çok uğraşsam bile, onun hakkında yalan söylemezdim. (R)	.32	.7518
9. Başka kimselerin duygularıyla oynamaktan hoşlanırım.	.20	.7601
11. Kendimi düşünmek benim başlıca önceliğimdir.	.41	.7433
12. İstedğim şeyleri yapmaları için, başkalarına duymak istedikleri şeyleri söylerim.	.43	.7423
13. Başkalarına haksızlık olacağı için hile yapmak doğru değildir. (R)	.33	.7512
15. Benim başarıım başka birinin zararı pahasına elde edilecek olursa rahatsız olurum. (R)	.37	.7482
17. Benim için, yakamı sıyrabildikten sonra herhangi bir şeyin yapılması uygundur.	.43	.7420
19. Başarı en güçlü olanların hayatta kalması esasına dayanır; mağluplara aldırış etmem.	.35	.7489
21. Sözlerim veya davranışlarım başkasının duygusal olarak acı hissetmesine yol açarsa, kendimi kötü hissederim. (R)	.29	.7548
22. Çok para kazanmak benim en önemli amacımdır.	.37	.7470
23. Bırakın başkaları yüksek değerler üzerinde tasalansın; ben günlük çıkarıma bakarım.	.34	.7504
24. Gerçekten akıllıca bir üçkağıda çoğu kez hayranlık duyarım.	.42	.7421
25. Aldatılacak kadar aptal insanlar genellikle bunu hak ederler.	.37	.7473
26. Amaçlarımı gerçekleştirirken başkalarına zarar vermeye gayret ederim. (R)	.37	.7481

(R) : Ters olarak kodlanan maddeler, CITC: Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu

Tablo 17.

İkincil Psikopati madde analizi sonuçları

MADDE	CITC	Madde çıkarıldığında alfa
1. Sık sık canım sıkılır.	.29	.4495
3. Bir şeyi yapmadan önce, ortaya çıkabilecek sonuçları ayrıntılı bir şekilde gözden geçiririm. (R)	.18	.4828
5. Başladığım işlere olan ilgimi çabucak kaybederim.	.32	.4340
6. Başka kimselerle bir çok ağız kavgası yapmışımdır.	.13	.4972
8. Zaman zaman kendimi aynı tür dertlerin içinde bulurum.	.30	.4478
10. Tek bir amacın peşine uzun bir süre için düşebileceğimi fark ediyorum. (R)	.04	.5206
14. Aşk gereğinden fazla önemsenmektedir.	.11	.5111
16. Hayal kırıklığına uğradığımda, kendimi kaybedercesine öfkeyle patlarım.	.20	.4762
18. Problemlerimin birçoğu, insanların beni tam olarak anlamamasından kaynaklanır.	.32	.4338
20. Başlangıçta, herhangi bir şeyin çok ilerisini planlamam.	.23	.4665

(R) : Ters olarak kodlanan maddeler, CITC: Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu

Tablolardan görüleceği gibi Birincil Psikopati ölçeğinde hiçbir maddenin çıkarılması alfa değerini artırmayacaktı. Tüm maddeler iyi bir şekilde çalışmaktaydı. İkincil Psikopati ölçeğinde ise iki madde zayıf şekilde çalışmaktaydı. Ters olarak kodlanan Madde 10 görece olarak düşük madde toplam korelasyonu vermektedir. Altı madde ile negatif (-.141'den -.016'ya) korelasyon gösteren bu maddenin çıkarılması alfa değerini anlamlı olarak artırmaktaydı (.500'den .521'e). Bu madde pilot çalışmalarda da zayıf bir performans göstermiş ve farklı ifadelerin kullanılması daha iyi bir sonuca götürmemiştir. Madde 14 yalnızca iki madde ile negatif maddeler arası korelasyon göstermekle birlikte diğer sekiz madde ile düşük

korelasyon ($<.10$) vermekteydi. Çıkarılması alfa değerini anlamlı ölçüde artırmaktaydı ($.500'$ den $.511'e$). Bu madde pilot çalışmalarda farklı şekilde sorulduğunda negatif madde toplam korelasyonu göstermişti. Madde düzeltildikten sonra pilot çalışmalarda iyi performans göstermekle beraber, ana çalışmada zayıf nitelikler sergilemiştir. Ölçeğin psikometrik özellikleri Birincil psikopati, İkincil Psikopati ve Total Psikopati için Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 18.

LSRP ölçeğinin güvenilirliği

Ölçekler	MIC	MCITC	CITC Min.	CITC Mak.	Alfa
Psikopati Total	.10	.27	.04	.43	.74
Birincil Psikopati	.17	.35	.20	.43	.76
İkincil Psikopati	.09	.21	.04	.32	.51

MIC = maddeler arası korelasyon ortalaması; MCITC = düzeltilmiş madde-toplam korelasyon ortalaması, CITC = düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu.

Psikometrik özellikler ve standart madde alfa değerleri ölçeğin bütünlü ve Birincil Psikopati için tatmin edicidir. İkincil Psikopati için ise biraz daha düşük standart madde alfa değeri ve psikometrik nitelikler elde edildi.

4. 1. 3. 3. Test-Tekrar test Güvenilirliği

Ölçeklerin kısa süreli test tekrar test güvenilirliği iyidir. Birincil Psikopati için test-tekrar test $r = .77$, İkincil Psikopati için $r = .68$ ve ölçeğin tamamı için $r = .68'$ dir. Birinci ve ikinci uygulamalar arasında anlamlı fark olup olmadığı eşlenmiş

t testi ile incelendi. Birincil Psikopati, İkincil Psikopati ve ölçeğin tamamı için iki uygulamanın ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > .05$).

4. 1. 4. Antisosyal Eylem Ölçeği (AAS)

4. 1. 4. 1. Pilot çalışma sonuçları

Bu ölçekte pek çok madde Amerikan kültürüne özgüydü. Kültürel olarak yüklü olan maddelerin yerine yenileri oluşturuldu. Ancak ilk üç çalışmada ölçeğin iç tutarlılığı çok iyi çıkmadığından (sırasıyla $\alpha = .36, .64$ ve $.51$ idi) son pilot çalışmada ölçek yeniden yapılandırıldı. Amerikan kültürüne uygun maddelerin yerine yenileri yazıldı, geriye kalanlar orijinalinden tercüme edildi ve altı yeni madde eklendi. Son pilot çalışma sonunda bu yeni AAS'nın iyi iç tutarlılığı olduğu görüldü ($\alpha = .74$). Düşük madde-toplam korelasyonu olan 5 madde çıkarıldıktan sonra alfa değeri $.79$ ' a yükseldi. Ana çalışmada bu 25 maddelik versiyon kullanılmıştır.

4. 1. 4. 2. AAS' nin psikometrik nitelikleri ve test-tekrar test güvenilirliği

25 maddelik versiyon güvenilirlik çalışmasında madde analizi ile incelendiğinde bir maddenin çalışmadığı ve negatif düzeltilmiş madde korelasyonu verdiği görüldü. Bu madde çıkarıldı ve ölçeğin son halinde orijinalindeki gibi 24 madde kaldı. Bu ölçeğin *Levenson ve ark. (1995)* tarafından hazırlanan ölçeğe benzemekle beraber, tıpkısı olmadığına dikkat edilmelidir. Dört madde ters olarak kodlanan maddelerdi. Ölçeğin psikometrik özellikleri iyidir. Maddeler arası

korelasyon ortalaması .12, düzeltilmiş madde-toplam korelasyon ortalaması .30'dur. Ölçeğin standart madde alfa değeri yüksektir (.77); kısa süreli test tekrar test korelasyonu .87'dir ve birinci ve ikinci uygulamalar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p > .05$). Sonuç olarak tüm ölçeklerin iyi psikometrik özelliklere sahip olduğu, güvenilirliklerinin kabul edilebilir seviyede olduğu bulunmuştur (Hipotez 1).

4. 1. 5. Makyavelizm, Empati ve Psikopati (LSRP geçerlilik çalışması)

4. 1. 5. 1. Çok değişkenli istatistik varsayımları açısından data incelemesi

Majör istatistiklerden önce data incelemesi yapılmıştır. Birincil psikopati, ikincil psikopati, total psikopati, makyavelizm, empatik düşünce, fantezi ölçeği, perspektif alma, kişisel rahatsızlık, ve antisosyal eylem değişkenleri için data girişinin doğruluğu, eksik data, dağılımların uyumu ve çok değişkenli analiz varsayımları açısından değerlendirilmiştir. Eksik datanın incelenmesi sonucunda herhangi özel bir patern saptanamadı. Eksik olan data değişkenler ve maddeler için random dağılım göstermekteydi. Sadece Total psikopati skoru için % 5.1 eksik data belirlendi. Total psikopati skoru tanımlayıcı istatistiklerde inceleme amaçlı olarak verilmiştir. Singularity sorununa neden olmaması için majör istatistiklerde bu değişken incelenmemiştir.

Eksik data ortalama veya regresyon ile tahmin edilmedi ve bir işlem yapılmadan bırakıldı. Saçılım diyagram incelemesi değişkenler arasında doğrusal olmayan bir ilişkinin varlığını göstermemektedir.

Tek değişkenli (univariate), çift değişkenli (bivariate), ve çok değişkenli (multivariate) uç vakalar (outliers) olup olmadığı incelendi. Çift değişkenli uç vakalar için saçılım diyagramları (scatter diagram) incelendi. Multivariate uç vakaların saptanması için *Mahalanobis* ve *Cook* uzaklıklarına bakıldı. Uç vakalar kadınlar ve erkekler arasında ayrı ayrı incelendi. Uç vakaların belirlenmesinde .001 seviyesi anlamlı olarak kabul edilmiştir (Bkz. *Tabachnick & Fidell*, 1996).

Erkekler arasında bir katılımcı Birincil Psikopati değişkeni için univariate ($z = 3.84, p < .001$), saçılım diyagramlarında bivariate ve multivariate (Mahalanobis uzaklığı, $\chi^2 = 30.91, df = 8, p < .001$) uç vaka olarak tespit edildi. Kadınlar arasında bir katılımcı Empatik Düşünce değişkeni için univariate ($z = -4.69, p < .001$), saçılım diyagramlarında bivariate ve multivariate (Mahalanobis uzaklığı, $\chi^2 = 43.87, df = 8, p < .001$) uç vaka olarak tespit edildi. Bu iki katılımcı istatistiklerden çıkarıldı ve analizler 212 katılımcı üzerinde yapıldı. Bu iki katılımcı istatistiklerden çıkarıldıktan sonra Mahalanobis uzaklıkları χ^2 istatistiği için 8 serbestlik derecesi (df) ile 0.001 anlamlılık seviyesinde normal değerler içindeydi. Ayrıca Cook uzaklık değerleri 1'den düşüktü. Bu sonuçlar hiçbir bireysel katılımcının nihai sonuç üzerinde yoğun bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Bu çalışmada tüm değişkenler (makyavelist eğilimler, empati, ve psikopati) dikotomik olmaktan ziyade süreklilik gösteren değişkenler olarak kabul edildi. Datanın incelenmesi tüm değişkenlerin normal dağılım gösterdiğini ortaya koymaktadır. Tüm değişkenler için histogramlar ve box plot grafikleri görsel olarak incelendi. Normal dağılımdan farklılaşan bir değişken tespit edilemedi. Sadece AAS için pozitif yönde sapma görülmekteydi. Skewness ve kurtosis değerleri

hesaplandığında ölçek skorlarının normal dağılım gösterdiği görüldü. Birincil ve ikincil psikopati ölçekleri normal dağılım göstermektedir (sırasıyla skewness = .48 ve .07; kurtosis = -.23 ve -.09). Benzer şekilde total psikopati skoru, MACH, empati alt ölçek skorları normal dağılıma işaret etmektedir (bu değişkenler için skewness .33 ile -.45 arasında, kurtosis .48 ile -.67 arasındadır). Sadece AAS ölçeği skorları az ölçüde pozitif yönde sapma göstermekteydi (skewness = .81, kurtosis = .38). AAS ölçeğinde katılımcılar düşük skor alma eğilimindeydiler. Ancak bu değer istatistik sonuçlarını etkileyecek kadar yüksek değildir. Ayrıca skewness ve kurtosis kadınlar ve erkekler için ayrı ayrı hesaplandığında da tüm değişkenler için normal dağılımın ihlal edilmediği görüldü. Bu sonuçlar makyavelizm, psikopati ve empati için dikotomik bir yapı yerine sürekli bir yapının olduğunu ortaya koymaktadır.

Çoğu psikopati maddesi için katılma şekli “kesinlikle katılıyorum” ‘dan ziyade “genellikle katılıyorum” şeklindeydi. Karşılaştırılabilir olması için *Levenson ve ark. (1995)*’nın verdiği örnekler ve diğer birkaç madde örnek olarak verilmiştir. Birincil psikopati için örnekler: “Benim başarım başka birinin zararı pahasına elde edilecek olursa rahatsız olurdum” (% 6 genellikle katılmıyorum, % 2 kesinlikle katılmıyorum); “Benim için yakamı sıyrabildikten sonra herhangi bir şeyin yapılması uygundur” (% 18 genellikle katılıyorum, % 2 kesinlikle katılıyorum); “Bırakın başkaları yüksek değerler üzerinde tasalansın, ben günlük çıkarıma bakarım.” (% 10 genellikle katılıyorum, % 1 kesinlikle katılıyorum); “Başarı en güçlü olanların hayatta kalması esasına dayanır, mağluplara aldırış etmem” (% 11 genellikle katılıyorum, % 2 kesinlikle katılıyorum); “Bir şeyi

beğendirmek için çok uğraşsam bile, onun hakkında yalan söylemezdim.” (% 15 genellikle katılmıyorum, % 4 kesinlikle katılmıyorum); “Kendimi düşünmek benim başlıca önceliğimdir” (% 36 genellikle katılıyorum, % 10 kesinlikle katılıyorum); “Çok para kazanmak benim en önemli amacımdır” (%25 genellikle katılıyorum, %2 kesinlikle katılıyorum).

İkincil psikopati için örnekler ve katılma yüzdeleri: “Zaman zaman kendimi aynı tür dertlerin içinde bulurum” (%52 genellikle katılıyorum, %29 kesinlikle katılıyorum); “Sık sık canım sıkılır” (% 49 genellikle katılıyorum, %16 kesinlikle katılıyorum); “Tek bir amacın peşine uzun bir süre için düşebileceğimi fark ediyorum” (% 25 genellikle katılmıyorum, % 4 kesinlikle katılmıyorum). “Başka kimselerle bir çok ağız kavgası yapmışımdır” (% 25 genellikle katılıyorum, % 8 kesinlikle katılıyorum). Bu değerler üniversite popülasyonunda katılma oranlarının özellikle birincil psikopati için düşük olduğunu ve bu karakteristiklerin pek sık görülmediğini ortaya koymaktadır. Ancak üniversite popülasyonu psikopati için sınırlandırılmış (truncated) olmasına rağmen yeterli miktarda katılma oranı olduğu da görülmektedir.

4. 1. 5. 2. Tanımlayıcı ve iki değişkenli (bivariate) istatistik sonuçları

Ölçeklerin Türk popülasyonu için ($N = 212$) tanımlayıcı istatistik sonuçları, iç tutarlılık değerleri (standart madde alfa) ile birlikte Tablo 19’da yabancı popülasyonların normları ile birlikte verilmiştir (N değerleri eksik data nedeniyle az ölçüde farklılaşmaktadır). Bunun dışında ölçeklerin

interkorelasyonları hesaplandı. Ölçekler arası korelasyon matrisi Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 19.

Batılı popülasyonlarla karşılaştırmalı olarak örneklemin ortalama skorları

Ölçek	M	SD	Güvenilirlik	Batılı popülasyonlar için tanımlayıcı istatistik sonuçları	
				M	SD
Birincil Psikopati	26.93	5.80	.76	29.13	6.86 ^a
İkincil Psikopati	24.21	3.69	.51	19.32	4.06 ^a
Psikopati Total	51.20	7.56	.74	-	-
Antisosyal Eylem	34.05	5.46	.77	32.24	4.70 ^a
Makyavelizm	55.46	7.30	.60	54.90	9.30 ^b
Empatik Düşünce	21.95	3.73	.66	19.00	3.71 ^c
Perspektif alma	18.64	4.81	.73	17.81	4.70 ^c
Fantezi Ölçeği	17.95	5.48	.76	15.67	4.44 ^c
Kişisel Rahatsızlık	15.29	4.57	.60	10.03	4.58 ^c

^a Amerikan lisans öğrencileri, Kaliforniya, $N = 487$ (Levenson ve ark., 1995).

^b Amerikan lisans öğrencileri, $N = 159$, (McHoskey, 2001b). ^c Kanada lisans öğrencileri, $N = 36$ (Book & Quinsey, 2004).

Birincil psikopati için Türk öğrencilerin ortalama değerleri amerikan popülasyonundan elde edilen değerlerden biraz daha düşük, İkincil Psikopati ortalaması ise daha yüksektir. Makyavelizmde bir fark yoktur. AAS skorları yine Türk popülasyonunda daha yüksektir. Empati skorları Kanada popülasyonunda elde edilen ortalamadan daha yüksektir.

Tablo 20.

Ölçekler arası korelasyon matrisi

Ölçekler	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Birincil Psikopati	-	.23**	.56**	-.40**	-.26**	.08	-.06	.48**
2. İkincil Psikopati		-	.25**	-.09	-.37**	.05	.33**	.25**
3. Makyavelizm			-	-.30**	-.32**	-.10	.03	.36**
4. Empatik Düşünce				-	.24**	.27**	.27**	-.32**
5. Perspektif alma					-	.05	-.11	-.20*
6. Fantezi Ölçeği						-	.11	.19*
7. Kişisel Rahatsızlık							-	.02
8. Antisosyal Eylem								-

* $p \leq .01$, ** $p \leq .001$, iki kuyruklu (two tailed), $N = 191-207$.

28 korelasyondan 18'i (% 64'ü) anlamlıdır. Hipotezlerde de belirtildiği gibi birincil ve ikincil psikopati birbiriyle pozitif olarak korelasyon göstermekte ve her iki psikopati ölçeği makyavelizm ile anlamlı pozitif korelasyon vermektedir. MACH skorları ile birincil psikopati arasındaki korelasyon ikincil psikopati-MACH korelasyonundan çok daha yüksektir. Birincil ve ikincil psikopati ile empati arasında önemli korelasyonlar vardır. Birincil psikopati hem kognitif empati (PT) hem de emosyonel empati (EC) ile negatif korelasyon vermektedir ve emosyonel empati ile olan negatif korelasyon daha yüksektir. İkincil psikopati ise PT ile yüksek derecede anlamlı negatif korelasyon vermekle beraber EC ile olan negatif korelasyon anlamlı seviyeye varmamıştır. Hem birincil hem de ikincil psikopati

fantezi ölçeği ile bir korelasyon göstermemektedir. Birincil psikopati PD ile bir korelasyon vermemektedir, ancak ikincil psikopati anlamlı pozitif korelasyon vermektedir. Hem birincil Psikopati hem de ikincil psikopati yine hipotezlerde belirtildiği gibi antisosyal eylemlerle pozitif korelasyon göstermektedir. Pozitif ikincil psikopati-PD korelasyonu hariç korelasyonlar beklenen yöndedir (Hipotez 6).

MACH ölçeği hem EC (emosyonel empati) hem de PT (kognitif empati) ile negatif olarak ilişkilidir. MACH skorları antisosyal eylemlerle de pozitif yönde korelasyon göstermektedir (Hipotez 8). Antisosyal eylemlerle EC ve PT arasında negatif korelasyon vardır. PD ölçeği ile antisosyal eylemler arasında da bir ilişki saptanamadı. Fakat FS ölçeği AAS ile anlamlı pozitif korelasyona sahiptir. Bu son korelasyonun anlamsız olması beklenirdi (Hipotez 7). Empati alt ölçeklerinin korelasyonu literatürle uygunluk içindedir: EC diğer tüm empati alt ölçekleri ile (PT, FS, ve PD) anlamlı pozitif korelasyon göstermektedir. EC-PD korelasyonu hariç sonuçlar hipotezi desteklemektedir (Hipotez 5). Ayrıca pozitif EC-PT ilişkisine ek olarak negatif PT-PD korelasyonu görülmektedir. Ancak PT-PD korelasyonu anlamlı değildir. FS, PD ve PT ile beklendiği gibi ilişkili değildir.

İnceleme amaçlı olarak Psikopati total skoru da istatistiklere dahil edilmiştir. Bu şekilde bir bütün olarak psikopati ile diğer değişkenler arasındaki ilişki gösterildi. Psikopati (toplam puan) Makyavelizm ile yüksek pozitif korelasyon göstermektedir ($r = .56$). Antisosyal eylemlerle de anlamlı pozitif korelasyona sahiptir ($r = .49$). Ayrıca hem emosyonel (EC) hem de kognitif (PT) ile anlamlı negatif korelasyonu vardır (sırasıyla $r = -.35$ ve $r = -.39$). PD ile pozitif

yönde, ancak anlamsız bir korelasyon göstermektedir ($r = .12$). FS ve PD ile olan korelasyonlar hariç tüm korelasyonlar $p < .001$ seviyesinde anlamlıdır.

Bunun dışında cinsiyet ile değişkenlerin ne şekilde korelasyon gösterdiklerini saptamak üzere Point biserial korelasyonlar hesaplandı ve ilgili değişkenlerle cinsiyet arasındaki ilişki saçılım diyagramları ile incelendi. Cinsiyet dikotomik yapı gösteren bir değişken olduğundan yapay kodlanmış değişken olarak girildi (dummy coded variable; kadınlar = 0, erkekler = 1). Cinsiyet birincil ve ikincil psikopati ile anlamlı pozitif korelasyonlar (sırasıyla $r_{pb} = .24$ $p \leq .001$ ve $r_{pb} = .16$ $p < .05$) göstermektedir. Yine Total Psikopati skoru ile cinsiyet arasında pozitif korelasyon bulundu ($r_{pb} = .26$, $p < .001$). Benzer şekilde antisosyal eylemler de cinsiyet ile pozitif korelasyon vermektedir ($r_{pb} = .27$, $p < .001$). Bu sonuçlar erkeklerin antisosyal eylemler, birincil, ikincil ve total psikopati ölçeklerinde daha yüksek skorlar aldığını göstermektedir. Empati ölçeklerinden EC negatif anlamlı korelasyon vermektedir ($r_{pb} = -.20$, $p < .01$). PD ile cinsiyet arasında sınırda anlamlı point biserial korelasyon vardı ($r_{pb} = -.14$, $p < .05$). Diğer empati ölçekleri ve MACH anlamlı point biserial korelasyonlar vermemektedir.

Kadınlara erkekler arasında fark olması nedeniyle cinsiyet kontrol edilerek kısmi korelasyonlar hesaplandı. Kısa tutmak amacıyla sonuçlar burada verilmemiştir. Kısmi korelasyonlar Pearson bivariate korelasyonlarıyla karşılaştırıldı. Korelasyonların hepsi aynı yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı olmaya devam etmiştir. Korelasyonların büyüklüklerinde önemli sayılabilecek bir değişiklik yoktu. En önemli değişiklik birincil ve ikincil psikopati arasında olmuştu. Bu korelasyonun büyüklüğü biraz azalmıştı. Benzer şekilde EC-PD

korelasyonunun büyüklüğü azalmıştı. Ancak korelasyonlar aynı yönde ve anlamlıydı.

4. 1. 5. 3. Çok değişkenli istatistik sonuçları

Ölçekler arasındaki cinsiyet farklılıklarını test etmek üzere MANOVA uygulanmıştır. Kadınlar ve erkekler arasında yaş açısından bir fark olmadığından [Kadınlar, $M = 20.79$, $SD = 1.48$; erkekler, $M = 21.13$, $SD = 1.55$; $t(200) = -1.583$, $p > .05$] yaşın sonuçlar üzerine bir etkisi yoktur. Yaşın kovaryant olarak girilmesi kadın-erkek farklılıklarının yaşa atfedilemeyeceğini göstermektedir [Wilks $\lambda = .92$, $F(8, 154) = 1.64$, $p > .05$]. Örneklem gruplarının büyüklüğü 30'dan büyük olduğundan ve örneklem büyüklükleri aşağı yukarı eşit olduğundan merkezi limit teoremine göre varyans farklarının önemi yoktur. Ayrıca Box'ın M testi varyans-kovaryans matrisinin homojenliğini ortaya koymaktadır ($M = 45.69$, $p = .19$). Univariate F değerleri rapor edilirken çoklu testler için Bonferroni düzeltmesinin mahzurlarından (Perneger, 1998, 1999) ötürü Bonferroni düzeltmesi kullanılmamıştır. MANOVA sonuçları Tablo 21'dedir. Buradaki sonuçlar hiçbir ölçekte eksik datası olmayan katılımcılara aittir.

Tablo 21.

Cinsiyet farklarını gösteren MANOVA

Ölçek	ERKEKLER (N = 80)		KADINLAR (N = 91)		Univariate F	Kısmi η^2	p
	M	SD	M	SD			
Birincil Psikopati	28.48	5.89	26.08	5.72	7.30	.041	.008
İkincil Psikopati	25.10	2.99	23.77	4.03	5.89	.034	.016
Makyavelizm	55.66	7.75	55.82	6.97	.02	.000	n.s.
Antisosyal Eylem	35.50	5.81	32.92	4.80	10.08	.056	.002
Empatik Düşünce	21.15	3.81	22.56	3.53	6.30	.036	.013
Perspektif alma	18.75	4.52	18.54	4.83	.09	.001	n.s.
Fantezi Ölçeği	18.03	4.91	18.03	5.99	.00	.000	n.s.
Kişisel Rahatsızlık	14.66	4.74	15.98	4.20	3.70	.021	n.s.

Not: Wilks lambda = .83, $F(8, 162) = 4.04$, $p < .001$

Beklediği gibi erkekler kadınlardan birincil psikopati ve antisosyal eylemlerde daha yüksek ortalamaya sahiptiler. Erkekler ikincil psikopatide daha yüksek skor almışlardı ancak bu fark daha düşüktü (Hipotez 2). Erkekler ve kadınlar MACH açısından farklılaşmamaktaydılar. Bu nedenle Hipotez 4 gösterilememiştir. Empati için kadınlarla erkekler arasında sadece EC için beklenen yönde anlamlı farklılık bulundu. Kadınlar erkeklerden daha yüksek EC skoru almışlardı. Ancak PT ve FS açısından herhangi bir farklılık bulunamamıştı. PD arasında da bir fark olmakla birlikte anlamlı değildir, bir eğilimi ifade etmektedir ($p < .06$). Kadınların PD skoru erkeklerden biraz daha yüksekti (Hipotez 3).

Antisosyal eylemler için prediktörleri tespit etmek amacıyla Geriye doğru eleme metodu ile stepwise regresyon analizi yapılmıştır.⁶ Bağımsız değişkenler: cinsiyet, birincil ve ikincil psikopati, makyavelizm, empatik düşünce, perspektif alma, fantezi ve kişisel rahatsızlıktır. Cinsiyet yine yapay değişken (dummy coded variable, kadınlar = 0, erkekler = 1) olarak girilmiştir. Hiçbir uç vaka (outlier) yoktu (mahalanobis uzaklığı $p < .001$, Cook uzaklığı < 1 ve standardize residual < 3.3 , $p < .001$ ile belirlendi). Residual P-P plot ve standart residual histogram incelemesi tamamen normal dağılıma işaret etmekteydi. Bağımsız değişkenler arasında multicollinearity sorununa işaret eden hiçbir değişken yoktu (collinearity diagnostics istatistikinde tüm değişkenlerin VIF (variance inflation factors) değerleri 2'den küçüktü). Tüm değişkenler doğrusal ilişki göstermekteydi. Bu değerler regresyon analizi için tüm varsayımların karşılandığını göstermektedir. Regresyon analizi sonuçları Tablo 22'de verilmiştir.

Tablo 22.

Geriye doğru eleme stepwise regresyon ile Antisosyal Eylemin (AAS) prediktörleri

Prediktör	<i>b</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Cinsiyet	1.710	.726	.157	2.355	.02
Birincil psikopati	.214	.078	.232	2.742	.007
Makyavelizm	.158	.058	.212	2.726	.007
Empatik düşünce	-.270	.108	-.185	-2.494	.014
Fantezi Ölçeği	.208	.67	.211	3.123	.002

Not.: $R^2 = .319$, $F(5,165) = 15.45$, $p < .001$

⁶ Stepwise metodu ile regresyon önemli bir farka işaret etmemektedir ($R^2 = .319$, $F(5,165) = 15.45$, $p < .001$)

Antisosyal eylemler için anlamlı beş prediktör (yordayıcı) bulunmuştur.

Beta değerlerine göre bunlar: birincil psikopati, makyavelizm, fantezi, empatik düşünce (negatif olarak) ve cinsiyettir (erkek olma). Hepsi birlikte varyansın %32'sini açıklamaktadır (Hipotez 9). Ölçeklerde cinsiyete göre farklılıklar olduğundan kadınlar ve erkekler için ayrı ayrı geriye doğru eleme stepwise regresyon yapıldı. Kadınlarda antisosyal eylemler için sadece MACH ve FS prediktör olarak kaldı ve ikisi birlikte varyansın % 21'ini açıklamaktaydılar. MACH için beta değeri .386'ya FS için beta değeri .247'ye yükselmişti. Erkekler için ise birincil psikopati, empatik düşünce (negatif olarak), FS prediktör olarak kalmış ve ikincil psikopati eklenmişti. Birincil psikopati ve empatik düşüncenin beta değerleri artmıştı (sırasıyla $\beta = .421, p < .001, \beta = -.249, p < .05$). FS ve ikincil psikopati için *t* değeri, azalan örneklem büyüklüğü nedeniyle sadece bir eğilime işaret etmekteydi ($p < .07$). Hepsi birlikte varyansın % 39'unu açıklamaktaydı. Görüldüğü gibi ölçekler erkeklerin davranışlarını kadınlara göre açıklamakta daha başarılıydı.

4. 2. İkinci çalışmanın bulguları

4. 2. 1. AKB'nun karakteristikleri ve eşlik eden rahatsızlıklar

Tüm katılımcılara MINI uygulanmış ve kısa klinik görüşme ile çeşitli demografik ve klinik bilgiler toplanmıştır. MINI'nin uygulanmasının birkaç nedeni vardır. Birincisi dosya teşhisini onaylamak ve bu çalışmanın sonuçlarının başka çalışmalarla karşılaştırılabilir olmasını sağlamaktır. İkincisi AKB'na eşlik eden rahatsızlıkların tespit edilmesidir. Üçüncüsü toplum örnekleminde AKB olduğu

tespit edilenlerin çalışma dışında bırakılarak kontaminasyonun önlenmesidir.

Nitekim toplum örnekleminde iki katılımcı MINI ile AKB olarak tanımlandığından istatistiklere dahil edilmemiştir. Bu iki katılımcı kriminal özgeçmiş, bireysel test skorları ve diğer karakteristikler açısından da AKB grubundaki katılımcılara benzemektedir. Toplum örnekleminde antisosyal semptomları eşik değerin altında kalan katılımcılar muhafaza edilmiştir.

15 yaşından önceki davranışlar çeşitli kaynaklardan elde edilen ayrıntılı bilgiyi ve yapılandırılmış bir çizelgeden daha ayrıntılı görüşmeyi gerektirdiğinden (Soloff, 1994) 15 yaşından bu yana olan davranışlar AKB teşhisi için kriter olarak alınmıştır. AKB grubunda iki katılımcı MINI AKB teşhis kriterlerini karşılamamıştır. 15 yaşından önceki davranışlar da dikkate alındığında beş katılımcının MINI ile AKB olarak belirlenemediği görülmektedir. Görüldüğü gibi yanlış negatiflerin oranı çok yüksek değildir. *Cohen kappa* her iki durumda da yüksektir (sırasıyla *Cohen κ* = .90 ve .75, *N* = 40). Yanlış negatifler eşik altında kalmakla beraber antisosyal semptomatoloji göstermekteydiler, ayrıca bu katılımcıların eşlik eden karakteristikleri de AKB ile uyum içindedir. Bu nedenle dosya teşhisine göre AKB olduğu bilinen tüm katılımcılar çalışmada muhafaza edilmiştir.

AKB grubunun Axis I bozuklukları için dosya teşhisleri bir çok vakada kaydedilmemiştir (hastane dosyasında Axis I. teşhisleri eksikti). Bu nedenle burada sadece MINI ile elde edilen sonuçlar verilmiştir. Toplum örnekleminde üç kişinin herhangi bir Axis I teşhisi vardı, AKB grubunda ise Axis I bozukluğu olmayan kişi sayısı üçtü. Yani AKB grubunda herhangi bir Axis I bozukluğu olanların oranı %

85'ti. Alkol de dahil olmak üzere herhangi bir madde kullanımına ilişkin bozukluğu (kötüye kullanım ve bağımlılık) olanlar toplum örnekleminde %5, AKB grubunda % 75'ti (Hipotez 1). Tablo 23. AKB grubunun ve toplum örnekleminin Axis I teşhislerini karşılaştırmalı olarak vermektedir.

Tablo 23.

AKB grubu ve toplum örnekleminde Axis I bozuklukları

Axis I Bozuklukları ¹	AKB grubu	Toplum Örneklemi
Alkol Kötüye kullanımı	% 5	-
Esrar Kötüye kullanımı	% 10	-
Alkol Bağımlılığı	% 15	% 5
Esrar Bağımlılığı	% 10	-
Kokain Bağımlılığı	% 10	-
Eroin Bağımlılığı	% 5	-
Halusinojen bağımlılığı	% 5	-
Çok Sayıda Madde bağımlılığı	% 35	-
Post-travmatik Stres Bozukluğu	% 15	-
Agorafobi	% 5	-
Sınırlı Panik Atak semptomları	% 15	-
Panik Bozukluk	% 5	-
Bipolar I	% 5	-
Majör Depresif Episod (MDE)	%20	% 10
Melankolik karakteristiklerle MDE	% 5	-
Teşhis Yok	% 15	% 85

Not: AKB grubunda bir kişinin birden fazla Axis I bozukluğu olduğundan toplam % 100'ü geçmektedir.

(1) Data MINI ile toplanmıştır.

Axis I bozukluklarının yanı sıra katılımcılara geçmişte herhangi bir illegal madde kullanıp kullanmadıkları soruldu. Geçmişteki madde kullanımı kötüye kullanım, bağımlılık veya rekreasyonel kullanım şeklinde olabilir. Burada sadece maddeyi kullanıp kullanmadıkları sorgulandı. Toplum örneğinde katılımcıların % 15'i, AKB grubunda ise katılımcıların % 100'ü geçmişte madde kullandıklarını ifade etmişlerdi.

Bunun dışında kendine zarar verme davranışı incelenmiştir. Zarar verme davranışı ile kastedilen jiletle kesme veya kendini yakma tarzında görece olarak daha ciddi sayılabilecek davranışlardır. Toplum örneğinde katılımcıların hiç birinde bu derece kendine zarar verme davranışı yoktu. AKB grubunda ise % 55 gibi önemli bir oranda bu davranışlar tespit edilmiştir. Ayrıca kalıcı tatuajın varlığı da incelenmiştir. Toplum örneğinde hiçbir katılımcı kalıcı tatuaj bildirmezken, AKB grubunda katılımcıların %45'inde tatuaj bulunmaktaydı, bir katılımcının bu karakteristik için datası eksikti. %50'si ise herhangi bir tatuaj rapor etmemişti (Hipotez 2). Katılımcıların askerlik hizmetini yapıp yapmadıkları ve ne şekilde bitirdikleri sorgulandı. Askerlik hizmetini yapmamış olanlar toplum örneğinde % 15, AKB grubunda % 20 idi. Ancak toplum örneğinde % 85'i normal şekilde terhis olurken, AKB grubunda % 35'i normal terhis olmuş, % 45'i ise askerlik hizmetini tamamlamadan ayrılmıştı. Bir çok vakanın AKB veya "ağır kişilik bozukluğu" teşhisi içeren raporla prematüre olarak ordudan ayrıldığı tespit edildi.

4. 2. 2. Psikopati, empati ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu

4. 2. 2. 1. Çok değişkenli istatistik varsayımları açısından data incelemesi

Majör istatistiklerden önce data incelemesi yapılmıştır. Birincil psikopati, ikincil psikopati, makyavelizm, empatik düşünce, fantezi ölçeği, perspektif alma, kişisel rahatsızlık eğitim ve yaş değişkenleri için data girişinin doğruluğu, eksik data, varyansların homojenliği ve normal dağılım gibi çok değişkenli analiz önkoşulları açısından değerlendirilmiştir.

Tek, çift ve çok değişkenli uç vaka (outlier) analizi yapıldı. Tek değişkenli uç vakalar z skoru ile, çift değişkenli uç vakalar saçılım diyagramları ile, çok değişkenli uç vakalar *Mahalanobis* ve *Cook* uzaklığı ile belirlendi.

İnceleme sonunda AKB grubunda MACH skoru için bir katılımcının çok değişkenli uç vaka (*Cook uzaklığı* = 1.04) ve muhtemel tek değişkenli uç vaka olması ($z > 3.00$), MACH skorlarının normal dağılım göstermemesi ve yetersiz iç tutarlılığı nedeniyle Makyavelizm değişkeni çok değişkenli analizlere dahil edilmemiştir. Birincil psikopati ve ikincil psikopati ve IRI alt ölçekleri için (FS, EC, PT ve PD), data her iki grupta ve tüm örneklem için normal dağılım göstermektedir (skewness oranı < 2 , kurtosis oranı < 2).

Bu değişkenler için hiçbir tek değişkenli veya çok değişkenli uç vaka tespit edilemedi (*Mahalanobis*: $\chi^2(6)$, $p > .001$ ve *Cook uzaklığı* < 1). Bireysel ölçeklerde eksik data yoktur. Saçılım diyagramları tüm ilişkilerin doğrusal olduğunu göstermektedir. Varyans farklılıkları hücre büyüklüğü ve hücre eşitliği göz önünde tutulduğunda önemli değildir (varyans homojenliği ilgili istatistiklerde

ayrıca test edilmiştir). Bu nedenle çok değişkenli istatistikleri tehdit eden herhangi bir durum yoktur. Univariate F değerleri rapor edilirken çoklu testler için Bonferroni düzeltmesinin mahzurlarından (*Perneger, 1998, 1999*) ötürü bireysel ölçek farklılıklarında Bonferroni düzeltmesi kullanılmamıştır. Ölçeklerin iç tutarlılıkları psikopati toplam için .79, birincil psikopati için .78, ikincil psikopati için .71'dir. Empati alt ölçekleri için .46-.62 arasındadır.

4. 2. 2. 2. Tanımlayıcı ve iki değişkenli (bivariate) istatistik

sonuçları

Ölçeklerin interkorelasyon matrisi Tablo 24'te verilmiştir. Örneklem grubunun büyüklüğü nedeniyle bazı korelasyonlar anlamlı seviyeye varmamaktadır.

Tablo 24.

Ölçekler arası korelasyon matrisi

Ölçekler	1	2	3	4	5	6
1. Birincil Psikopati	-	.22	-.66**	-.41**	-.07	-.03
2. İkincil Psikopati		-	.15	-.05	.42**	.14
3. Empatik Düşünce			-	.30	.41**	-.04
4. Perspektif alma				-	-.08	.20
5. Kişisel Rahatsızlık					-	.07
6. Fantezi ölçeği						

** $p \leq .01$, iki kuyruklu (two tailed), $N = 40$.

Örneklem büyüklüğünün küçük olması nedeniyle korelasyonların anlamlı olup olmamasından ziyade, korelasyon büyüklüklerinin mutlak değerlerini göz önünde tutmak daha uygun olacaktır. Görüldüğü gibi birincil psikopati tüm empati alt ölçekleri ile negatif korelasyon göstermektedir. Ancak bu korelasyon sadece emosyonel empati ile ve kognitif empati ile anlamlı seviyededir. FS ve PD için anlamlı değildir. İkincil psikopati FS ve emosyonel empati ile düşük ve anlamlı seviyeye varmayan pozitif korelasyon göstermiştir. Kognitif empati ile de düşük ve anlamsız negatif korelasyonu vardır. Birincil ve ikincil psikopati arasındaki korelasyon beklendiği gibi pozitif ve orta derecelidir, ancak anlamlı seviyeye varmamıştır (Hipotez 3). İkincil psikopati ile PD arasında anlamlı pozitif korelasyon vardır (Hipotez 4). Emosyonel empati (EC) PT ve PD ile pozitif korelasyon gösterirken (EC-PT korelasyonu anlamlı seviyeye varmamıştır), FS ile ilişkisizdir. PT-PD korelasyonu beklendiği gibi negatif yönde, ancak düşük ve anlamsızdır. PT, FS ile pozitif orta dereceli korelasyon vermekle beraber anlamlı değildir. PD, FS ile düşük pozitif korelasyon göstermiştir ve anlamlı değildir.

AKB diagnostik kategorisinin bireysel ölçek skorları ile ne şekilde değişim gösterdiğini incelemek üzere point biserial korelasyonlar hesaplandı. Deneysel grup yapay değişken olarak (dummy coded variable) kodlandı (Toplum örnekleme = 0, AKB = 1). Birincil ve ikincil psikopati anlamlı şekilde ($p \leq .001$) AKB ile pozitif korelasyon göstermekteydi (sırasıyla $r_{pb} = .49$ ve $r_{pb} = .54$). Toplam psikopati puanı AKB kategorisi ile yine yüksek korelasyon göstermekteydi ($r_{pb} = .65, p < .001$). Empati alt ölçeklerinden hiçbiri anlamlı korelasyon vermemekteydi. Ancak EC ve PT için korelasyonlar negatif yöndeydi ve PT için daha yüksekti

(sırasıyla $r_{pb} = -.11$ ve $r_{pb} = -.17$, $p > .05$). PD ve FS için düşük ve pozitif korelasyonlar vardı (sırasıyla $r_{pb} = .15$ ve $r_{pb} = .15$, $p > .05$).

4. 2. 2. 3. Grup farklılıklarının çok değişkenli analizi

Bireysel ölçeklerin AKB ile olan ilişkisi incelenmiştir. Grupların ölçeklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek üzere çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) yapıldı. Bağımlı değişkenler birincil ve ikincil psikopati, emosyonel empati (EC), kognitif empati (PT), Kişisel rahatsızlık (PD) ve fantezi (FS)'dir. Box M testi varyans-kovaryans matrislerinin homojen olduğunu ortaya koymaktadır ($M = 28.13$, $p = .33$). Hücre büyüklükleri de eşit olduğundan homojen varyans varsayımı karşılanmaktadır. Tablo 25. çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) sonuçlarını tanımlayıcı istatistik sonuçlarıyla birlikte vermektedir.

Tablo 25.

Ölçekler üzerinde grup farklılıklarını gösteren MANOVA

Ölçek	AKB grubu ($N = 20$)		Toplum örnekleme ($N = 20$)		Univariate F	Kısmi η^2
	M	SD	M	SD		
Birincil Psikopati	34.45	7.41	26.65	6.96	11.75*	.236
İkincil Psikopati	28.55	4.95	22.30	4.95	15.94*	.296
Empatik Düşünce	20.60	6.12	21.70	3.96	.456	.012
Perspektif alma	15.75	5.91	17.65	5.06	1.193	.030
Kişisel Rahatsızlık	15.50	7.11	13.75	4.20	.896	.023
Fantezi Ölçeği	13.15	6.49	11.60	3.39	.896	.023

Not: Wilks lambda = .53, $F(6, 33) = 4.83$, $p = .001$, * $p \leq .001$

Eğitim gruplar arasında anlamlı olarak farklılaştığından kovaryant olarak girildi ve çok değişkenli kovaryant analizi yapıldı (MANCOVA). Eğitim için çok değişkenli test anlamlı değildi (*Wilks* $\lambda = .89$, $F(6, 32) = .64$, $p > .05$, kısmi $\eta^2 = .11$). Buna göre gruplar arasındaki bağımlı değişkenler açısından farklılıklar eğitime atfedilemez. Grup farklılıkları eğitim kontrol edildikten sonra anlamlı olmaya devam etmiştir. Eğitimin kontrol edildiği kovaryant analizi (MANCOVA) bireysel ölçek skorları üzerinde eğitimin etkisinin anlamlı olmadığını ortaya koymakla beraber (tüm değişkenler için $p > .10$), ikincil psikopati [$F(1, 37) = 2.49$, $p > .10$, kısmi $\eta^2 = .063$], EC [$F(1, 37) = 1.44$, $p > .10$, kısmi $\eta^2 = .043$] ve PD [$F(1, 37) = 1.09$, $p > .10$, kısmi $\eta^2 = .029$] skorları üzerinde etkisinin bir dereceye kadar olduğu görülmektedir.⁷ Diğer ölçek skorları üzerinde eğitimin hiçbir etkisi yoktur. MANCOVA eğitim kontrol edildikten sonra da anlamlı grup farklılıkları olduğunu göstermektedir. Bireysel ölçekler üzerinde grup farklılıklarını gösteren Univariante F değerlerinin anlamlılık seviyeleri eğitim kontrol edildikten sonra da çok değişmemiştir. Eğitim kontrollü MANCOVA sonuçları Tablo 26'dadır.

⁷ Tamamlanılan eğitim yılları (eğitim) ikincil psikopati ile anlamlı negatif korelasyon göstermektedir ($r = -.44$). Diğer tüm değişkenlerin eğitimle olan korelasyonu anlamsızdır. İkincil psikopatinin kısmi η^2 değeri eğitim için MANCOVA anlamlı olmasa da eğitim-ikincil psikopati arasındaki negatif ilişkiye işaret etmektedir.

Tablo 26.

Ölçekler üzerinde grup farklılıklarını gösteren MANCOVA

Ölçek	Univariate F	df	Kısmi η^2
Birincil Psikopati	9.28*	1/37	.201
İkincil Psikopati	8.31*	1/37	.183
Empatik Düşünce	1.45	1/37	.037
Perspektif alma	.976	1/37	.026
Kişisel Rahatsızlık	.128	1/37	.003
Fantezi Ölçeği	.584	1/37	.016

Not: Wilks $\lambda = .64$, $F(6, 32) = 3.00$, $p < .05$, * $p < .01$

Görüldüğü gibi AKB grubu toplum örneklemiyle karşılaştırıldığında daha yüksek birincil ve ikincil psikopati skoru almıştı (Tablo 25). Beklendiği gibi ikincil psikopati için fark daha da büyüktü (Hipotez 6). Empati alt ölçekleri söz konusu olduğunda anlamlı grup farklılıkları bulunamamakla beraber, AKB grubu toplum örnekleminden hem emosyonel hem de kognitif empati açısından daha düşük skor almışlardı ve kognitif empati konusunda fark daha büyüktü. Kişisel rahatsızlık ve fantezi skorlarında ise AKB grubu daha yüksek ortalama değerlere sahipti (Hipotez 5 için farklar anlamlı seviyeye varmamıştır).

Gruplar arasında anlamlı farklılıklar olduğu bulunduğundan sonra, test skorlarının grup üyeliğini ne şekilde belirlediğini incelemek üzere Enter metodu ile ayırt edici fonksiyon analiz yapılmıştır (Discriminant Function analysis). Birincil ve ikincil psikopati, ve dört empati alt ölçeği (FS, EC, PT, PD) bağımsız değişken olarak girildi. Gruplar yine AKB grubu ve toplum örneklemi gruplarıydı. Tek bir ayırt edici fonksiyon (bu fonksiyona antisosyal kişilik adını verdik) bulundu.

Antisosyal kişilik fonksiyonu .88 Eigen değerine (Eigenvalue) ve .68 kanonik korelasyona sahipti gruplar ile prediktörler arasında güvenilir bir ilişki olduğunu göstermekteydi (Wilks $\lambda = .53$, $\chi^2 (6, N = 40) = 22.05$, $p = .001$). Prediktörler ile ayırt edici fonksiyon arasındaki korelasyonları gösteren fonksiyon yapı matrisi Tablo 27’de verilmiştir. Değişkenler “antisosyal kişilik” fonksiyonunu en iyi açıklayandan en düşüğe doğru sıralanmıştır (Univariate F değerleri ve anlamlılık seviyeleri için MANOVA tablosuna bakınız).

Tablo 27.

Diskriminant Analiz Sonuçları

Fonksiyon Yapı Matrisi	Fonksiyon 1: Antisosyal kişilik
İkincil Psikopati	.69
Birincil Psikopati	.59
Perspektif alma	-.19
Kişisel Rahatsızlık	.16
Fantezi Ölçeği	.16
Empatik Düşünce	-.12

İki grubu birbirinden ayırt eden antisosyal kişilik fonksiyonu en iyi şekilde ikincil psikopati ve hemen arkasından birincil psikopati ile tanımlanmaktaydı. Bundan sonra sırasıyla negatif yönde kognitif empati (PT), pozitif yönde kişisel rahatsızlık ve fantezi, yine negatif olarak emosyonel empati (EC) gelmekteydi. Emosyonel ve kognitif empati için yükler beklenen yöndedir. Ancak tüm empati alt

ölçekleri için yüklerin zayıf olduğuna dikkat edilmelidir. Özetle antisosyal kişilik yüksek ikincil psikopati, yüksek birincil psikopati ve düşük kognitif empati ile karakterizedir.

Araştırmada bulunan fonksiyon grup üyelerinin % 85'ini doğru bir şekilde sınıflandırmaktadır. Rastlantısal sınıflamanın % 35 daha geliştirildiği görülmektedir. Sınıflandırma sonuçları Tablo 28'de verilmiştir.

Tablo 28

Diskriminant analizinin sınıflandırma sonuçları

Gerçek grup	Vaka Sayısı	Öngörülen grup üyeliği			
		AKB		Toplum	
		<i>M</i>	%	<i>M</i>	%
1. AKB grubu	20	17	85	3	15
2. Toplum örnekleme	20	3	15	17	85

Not: Doğru şekilde sınıflanan vakaların oranı % 85'tir.

Tabloda belirtildiği gibi üç AKB teşhisi almış katılımcı yanlış bir şekilde antisosyal olmayan toplum örnekleme üyesi olarak sınıflandırıldı. Toplum örnekleminde de üç katılımcı yanlış olarak AKB olarak sınıflandırıldı. "Antisosyal kişilik" fonksiyonu her iki grupta da vakaların % 85'ini doğru olarak sınıflandırmıştır.

5. TARTIŞMA

5.1. Birinci çalışma

5.1.1. MACH-IV Ölçeğinin Güvenilirliği ve psikometrik

nitelikleri

Makyavelizm (MACH-IV) ölçeğinde zayıf şekilde çalışmakta olan dört madde bulundu. Değişik alternatifler pilot çalışmalarda test edildiğinden bu maddelerin niteliklerini geliştirmek için çok fazla yapılacak bir şey bulunmamaktadır. MACH-IV ölçeğinin kararsız bir yapı gösterdiğini ve değişik çalışmalarda değişik maddelerin zayıf şekilde çalışma eğiliminde olduğunu göz önünde tutmak gerekir. Bu maddelerin çıkarılması alfa değerini büyük ölçüde artırmamaktaydı. Bu nedenle maddeler çıkarılmamıştır.

MACH-IV ölçeğinin güvenilirliği kabul edilebilir ve test-tekrar test güvenilirliği iyidir (bkz. Tablo 3). Standart madde alfa değeri 20 maddelik bir ölçek için sınırda olmakla beraber batılı kültürlerde yapılan bazı çalışmalarda buna yakın değerler elde ettiği görülmektedir (*Corzine ve ark.*, 1999). Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise zaten bu çalışmada elde edilen değere çok yakın alfa değerleri bulunmuştur. (*Bakır*, 1996, 2003). Bununla beraber, iç tutarlılığı ümit verici olan ölçeğin, maddeler arası korelasyon ortalaması (MIC) düşüktür. Bu nitelik ölçeğin rafine edilmesine ihtiyaç olduğunu göstermektedir. MACH-IV ölçeğinin güvenilirliği gelecekteki çalışmalarda geliştirilebilir. MACH-IV ölçeğini yeniden çalışmak veya *Christie ve Geis* (1970)’in ölçeğin yapılandırılmasında kullandıkları madde havuzu kullanılarak orijinal MACH-IV ile bire bir aynı olmayan, ancak

kültürümüze ve dilimize daha uygun 20 maddelik yeni bir MACH ölçeği oluşturmak iyi bir alternatif olabilir.

Makyavelizm için kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Erkeklerin daha yüksek MACH skoru alması beklenirdi. Genel olarak erkekler daha yüksek MACH skoru almaktadırlar (*McHoskey, 2001a, 2001b; Paulhus & Williams, 2002*). Ancak bu fark her çalışmada gösterilememektedir (*Bakır ve ark. 2003; Corzine ve ark., 1999*).

5.1.2. Kişiler arası tepkisellik İndeksi (IRI)'nin güvenilirliği ve psikometrik nitelikleri

IRI'nin tüm alt ölçeklerinin psikometrik özellikleri iyidir. FS ölçeğinde Madde 1'in çıkarılması alfa değerini artırmaktaydı. Ancak bu maddenin başka hiçbir madde ile negatif korelasyon vermemesi, yüksek CIRC değeri, çıkarılması durumunda alfa değerindeki artışın anlamlı olmaması maddenin değiştirilmesi veya çıkarılmasına gerek olmadığını göstermektedir. EC ölçeğinde tüm maddeler çalışmaktaydı. PT ölçeğinde ise yine bir madde (Madde 15) görece olarak düşük CIRC değeri verdi. Zayıf şekilde çalışan bu maddenin çıkarılması alfa değerini artırmaktaydı. Bu maddenin kültürel faktörlerden ötürü çalışmadığı kesin gibidir. Pilot çalışmalarda maddenin modifikasyonu sınırlı bir başarıya götürmüştür. Maddenin anlamı açıktır. Konservatif bir strateji uygulandığından bu maddenin muhafazasına karar verilmiştir. Ancak gelecekteki çalışmalarda muhtemelen kültürel nedenlerden ötürü çalışmayan bu madde gerekli görülürse çıkarılabilir. PD ölçeğinde bir madde zayıf şekilde çalışmaktaydı. Madde 13 hiçbir madde ile

negatif korelasyon vermemekteydi ve CITC değeri kabul edilebilir seviyedeydi (bkz. Tablo 8, 9, 10, 11).

FS ölçeğinin standart alfa değeri ve test tekrar test güvenilirliği ölçeğin İngilizce uyarlamasının güvenilirlik değerlerine yakındır (Bkz. Tablo 12.). *Davis* (1980) erkekler için alfa değerini .78 kadınlar için .75 olarak bulmuştur. Uzun süreli test-tekrar test güvenilirliği ise ölçeğin orijinalinde daha yüksektir (erkekler için .79, kadınlar için .81). EC ölçeğinin güvenilirliği ve iç tutarlılığı iyidir. Ölçeğin orijinalinin iç tutarlılığı daha yüksekti (erkekler için standart alfa değeri .72, kadınlar için .70). Test tekrar test güvenilirliği ise bu çalışmadakinden daha düşüktür (erkekler için .72, kadınlar için .70; ancak bu korelasyonlar uzun vadeli test-tekrar test korelasyonlarıdır). PT ölçeğinin Türkçe uyarlamasının iç tutarlılığı benzer şekilde İngilizce orijinalinin değerleriyle paralellik göstermektedir (erkekler için .75, kadınlar için .78; *Davis*, 1980). Ölçeğin Türkçe uyarlaması için test-tekrar test korelasyonu orijinali ile karşılaştırılabilir sonuç vermiştir (erkekler için $r_n = .61$, kadınlar için $r_n = .62$). PD ölçeğinin iç tutarlılığı diğer alt ölçeklerle karşılaştırıldığında biraz daha düşük ancak kabul edilebilir seviyededir. İngilizce orijinalinin güvenilirliği daha yüksektir (hem kadınlar hem de erkekler için $\alpha = .78$). Türkçe uyarlamanın test tekrar test güvenilirliği *Davis*'in elde ettiği değerlerden çok farklı değildir (erkekler için $r_n = .68$, kadınlar için $r_n = .76$).

Ölçeklerin interkorelasyonları kadınlar ve erkekler için ayrı ayrı hesaplandı ve *Davis* (1980, 1983) 'in bulgularıyla karşılaştırıldı (Bkz. Tablo 13). *Davis*'in çalışmasının çok daha büyük bir örneklem üzerinde yapıldığını göz önünde tutmak gerekmektedir. Kadınlarda EC ile FS arasında anlamlı pozitif korelasyon bulundu.

Bu değer *Davis* 'in verdiği değere oldukça yakındır ($r = .31$). Aynı korelasyon erkekler için de anlamlı ve pozitiftir. Bu sonuç da *Davis*'in bulgularıyla karşılaştırılabilir durumdadır ($r = .30$). EC ve PT arasında erkekler ve kadınlar için anlamlı pozitif korelasyonlar vardı. Ölçeğin İngilizce uyarlamasında EC-PT arasında hem erkekler hem de kadınlar için biraz daha yüksek olmakla beraber benzer şekilde, orta dereceli ve anlamlı pozitif korelasyon vardır (sırasıyla $r = .33$ ve $r = .30$). EC ve PT arasındaki bu korelasyon önemlidir, çünkü perspektif alma yeteneğine sahip olma eğilimi ile başka insanları düşünme eğiliminin ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca *Davis* (1980) pozitif PT-EC ilişkisinin yanı sıra negatif PT-PD ilişkisinin olduğunu belirtmiş ve bunu gelişimsel basamaklar ile açıklamıştı. *Davis*'in pozitif PT-EC ve negatif PT-PD ilişkisi *Hoffman*'ın gelişimsel paternine dayanmaktaydı. *Hoffman* (2000) empatik gelişimin ilk basamaklarında çocuğun kendisi ile başkalarını ayırt edemediğini ve bu nedenle başkasının içinde bulunduğu rahatsızlığa sanki kendi rahatsızlığı imiş gibi tepkide bulunduğunu, ancak gelişim devam ettikçe çocuğun ben merkezli "empatik rahatsızlığı" nın değişim göstererek "perspektif alma" ve "başkalarını düşünmeye" dönüştüğünü ifade etmiştir. *Davis* (1980) gerçekten pozitif EC-PT ilişkisine ek olarak negatif PT-PD korelasyonu bulmuştu (erkekler için $r = -.16$, kadınlar için $r = -.29$). Bu bulgu perspektif alma eğilimi arttıkça daha az kişisel rahatsızlık hissetme anlamına gelmektedir. Bu çalışmada da büyüklükleri daha az olmakla beraber, benzer şekilde PT-PD arasında negatif korelasyonlar bulunmuştur.

FS-PD arasında erkekler için zayıf bir korelasyon vardı. Bu korelasyon *Davis*'in (1980) güvenilirlik çalışmasındaki değere çok yakındır ($r = .16$). Kadınlar

için FS-PD arasındaki bu çalışmada bulunan düşük korelasyon, *Davis*'in çalışmasıyla uyum içindedir ($r = .04$). *Davis*'in çalışmasında FS-PT korelasyonu hem erkekler hem de kadınlar için pozitif yönde ancak zayıf, esas itibarıyla ilişkisiz bir yapı göstermektedir (sırasıyla $r = .10$ ve $r = .12$). Bu çalışmada da benzer bir sonuç bulundu, ancak erkekler için korelasyon daha yüksekti, kadınlar için ise iki ölçeğin tamamen ilişkisiz olduğu görülmüyordu. *Davis*'in çalışmasında yine EC ile PD'nin hem kadınlar hem de erkekler için birbiriyle ilişkili olmadığı bulunmuştur. Kadınlar için EC ve PD arasında bir korelasyon yoktu ($r = .01$). Şimdiki çalışmada ise kadınlar için pozitif yönde, fakat anlamlı olmayan ve düşük bir korelasyon bulunmuştur. Ancak erkekler söz konusu olduğunda orijinal çalışmadan farklı bir sonuç elde edildi. EC ve PD arasındaki korelasyon erkekler için *Davis*'in çalışmasında .10'du. Ancak bu çalışmada erkekler için bu korelasyon daha yüksek ve pozitif yöndeydi. Kadın-erkek bir arada korelasyon hesaplandığında yine pozitif EC-PD korelasyonu elde edilmekteydi (Bkz. Tablo 20). PD ölçeğinin batılı popülasyonlarda EC ile ilişkisiz olduğu tespit edilmesine rağmen Türk popülasyonunda özellikle erkekler için pozitif korelasyon bulunmuştur. Ancak PD ölçeğinin görece olarak düşük iç tutarlılık seviyesi ve bu ölçeğin orijinalinin de hafif bir anomali gösterdiği göz önünde tutulmalıdır (*Davis*, 1983).

IRI ile yapılan çalışmalar tüm alt ölçeklerde kadınların erkeklerden daha yüksek skorlar aldıklarını ortaya koymuştur. Şimdiki çalışma iki bulguyu ortaya koymuştur. Birincisi Türk popülasyonunun empati skorları genel olarak batılı popülasyonlardaki skordardan yüksektir. İkinci olarak kadın-erkek farklılıkları Türk popülasyonunda daha küçüktür. FS ölçeği söz konusu olduğunda kadınlar ve

erkekler tam olarak aynı ortalamaya sahiptirler. EC için kadınlarla erkekler arasında anlamlı ve beklenen yönde farklılık bulunmuştur. Kadınlar daha yüksek emosyonel empati göstermektedir. Bu bulgu literatürle uygunluk içindedir (Davis, 1980; 1983). PT ölçeği söz konusu olduğunda ise literatür bu kadar tutarlı değildir. Nitekim Davis (1980)'in çalışmasında anlamlı fark bulunmasına rağmen bu farkın boyutu diğer alt ölçeklerle kıyaslandığında daha küçüktü. Bu çalışmada PT için kadın erkek farklılıkları anlamlı değildir. PD için kadınlar ve erkekler arasında bir puandan fazla bir fark vardı. Bu anlamlı seviyeye yaklaşmıştır ($p < .06$) ve bir eğilimi ifade etmektedir (bkz. Tablo. 19, 21).

Sonuç olarak IRI ölçeğinin Türkçe versiyonunun İngilizce orijinaline benzer sonuçlar verdiği bulunmuştur. Her şeyden önce tüm alt ölçekler mükemmel psikometrik özellikler sergilemekteydi (bkz. Tablo 12). Madde çıkarılmasına gerek yoktur, sadece iki madde orta dereceli olarak çalışmaktadır. Test-tekrar test ve iç tutarlıklar iyi ya da kabul edilebilir seviyededir. Maddeler arası korelasyonlar ortalaması alt ölçeklerin homojen yapılar olduğunu ortaya koymaktadır. Kadın erkek farklılıkları EC ve PD için beklenen yöndedir. Ancak EC hariç hiçbir empati alt ölçeği açısından anlamlı cinsiyet farkı yoktur.

Ölçeklerin interkorelasyonu literatürle ve teorik yaklaşımla uygunluk içindedir (Davis, 1980, 1983; teori için bkz. Hoffman, 2000). IRI'nin mükemmel psikometrik özelliklere sahip olduğu bulunduğu ve ön geçerliliği gösterildiğinden gelecekteki çalışmalarda faktör analizi ve daha ileri eş zamanlı ve ayırt edici geçerliliği yapılmalıdır. Çok boyutlu olarak empatiyi ölçmeye olanak

sağlayan IRI'nin Türkçe versiyonu başarılı bir şekilde çalışmaktadır ve empatik eğilimlerin farklı boyutlarını çalışmak isteyen araştırmacılar için yararlı bir araçtır.

5.1.3. Levenson Psikopati Ölçeği (LSRP)'nin Güvenilirliği ve psikometrik nitelikleri

LSRP'nin psikometrik özellikleri gösterilmiştir ve değerler tatmin edicidir. Ölçekler iki faktör ayrı ayrı incelendiğinde yine tatmin edici değerler elde edilmektedir. Birincil psikopatinin iç tutarlılığı *Levenson ve ark. (1995)* tarafından bulunan değerden (.82) daha düşüktür ancak oldukça iyidir. Üstelik 40-50 katılımcıdan oluşan pilot çalışmalarda dahi .75'ten daha düşük *Cronbach* alfa değeri vermemiştir ve pilot çalışmalar .80 civarında bir iç tutarlılık vermektedir. Hiçbir maddenin çıkarılması alfa değerini artırmamaktaydı ve tüm maddeler iyi bir şekilde çalışmaktaydı (bkz Tablo 14, 16).

İkincil psikopati biraz daha zayıf psikometrik değerler vermekteydi (bkz. Tablo 18). Her şeyden önce bu ölçeğin 10 maddeden oluştuğunu ve orijinal ölçeğin de alfa değerinin biraz düşük olduğunu göz önünde tutmak gereklidir (.63). Bu çalışmada elde edilen iç tutarlılık orta dereceli bir güvenilirliğe işaret etmektedir. İkincil psikopatinin bu görece olarak düşük iç tutarlılığı başka çalışmalarda da gösterilmiştir (*Brinkley ve ark., 2001; Lynam ve ark., 1999*). Bu çalışmalarda bulunan alfa değerleri şimdiki çalışmanınkinden daha yüksek olmasına rağmen *Brinkley ve ark., (2001)* daha homojen bir yapı oluşturmak için LSRP Faktör 2'nin gözden geçirilmesini istemişlerdir. Ölçeğin orijinalinin buna yakın iç tutarlılık gösterdiği çalışmalar da vardır ($\alpha = .53$; *McHoskey ve ark., 1998*).

Madde analizi yapıldığında iki maddenin zayıf şekilde çalıştığı görüldü (bkz. Tablo 17). Bu maddelerin çıkarılması alfa değerini de artırmaktaydı. Madde 14 zayıf şekilde çalışan maddelerden biriydi. Madde 14'ün ("Aşk gereğinden fazla önemsenmektedir") neden zayıf özellikler gösterdiği tartışılmalıdır. Bu madde hazırlandığında Faktör 1'e yükleneceği düşünülmüştü, ancak marjinal olarak Faktör 2'ye yüklenmişti (*Michael R. Levenson*, kişisel iletişim, 23 Nisan, 2004). Ölçeğin orijinalinde de bu madde bazı sınırlılıklara işaret etmektedir. Mesela *Lynam ve ark.*'nin (1999) yaptığı bir çalışmada bu madde her iki faktöre de zayıf bir şekilde yüklenmişti. Araştırmacıların önerisi bu maddenin gelecekte ölçekten çıkarılmasıdır. Gerçekten bu çalışmada da bu madde düşük CITC değeri vermiştir, ayrıca bu madde birincil psikopatinin bir maddesi gibiymiş gibi madde analizi tekrar yapıldığında CITC değeri yükselmişti (.16). Bu durumda Madde 14 altında Faktör 1 altında daha iyi çalışmaktadır. Bu maddenin faktöryel yapısı tartışılmalıdır. Ölçeğin orijinalinden çıkarılması durumunda Türkçe versiyonundan da atılabilir. Çünkü çıkarılması alfa değerini artırmaktadır (Bu madde çıkarıldığında ve buna göre ikincil psikopati skoru hesaplandığında majör istatistik sonuçlarının önemli ölçüde farklılaşmadığının belirtilmesi gerekir).

Zayıf şekilde çalışan bir diğer madde ise Madde 10'du ("Tek bir amacın peşine uzun bir süre için düşebileceğimi fark ediyorum. (R)."). Bu maddenin CITC değeri daha düşüktü ve çıkarılması alfa değerini artırmaktaydı. Türkçe versiyonunda zayıf çalışan bu madde gelecekte ölçekten atılabilir veya geliştirilebilir. Maddenin zayıf şekilde çalışmasının yorumlanması güçtür. Bu madde orijinal dildeki çalışmalarında diğer maddelere oranla daha düşük faktör

yükü vermesinin dışında bir soruna işaret etmemektedir. Madde çevirisi zor olan bir madde olabilir, ancak farklı pilot çalışmalarda farklı cümle yapıları ile değişik alternatifler tekrar tekrar denenmiştir. Bu nedenle kültürel nedenlerden ötürü çalışmadığını düşünmek daha doğrudur. Basitçe bazı maddeler bazı kültürlerde çalışmayabilir.

Kültürel ve toplumsal koşullar Türk toplumunda uzun vadeli planlar yapılmasına izin vermemektedir. Yapılandırılmamış veya kaotik yapıdaki sürekli değişken toplumlarda uzun vadeli planlar yapmak realist bir yaklaşım olmayacaktır. Bu nedenle ancak stabil, her an her şeyin değişmediği ve objektif kriterlerin ön planda olduğu, yapılandırılmış toplumlarda, uzun vadeli amaçlarla ilgili bir madde ölçüm kabiliyetine sahip bir değişken vasfı taşıyabilir. Yine de bu maddenin semantik veya linguistik nedenlerden ötürü çalışmadığı düşünülebilir. Bu durumda sadece bu maddede kısmi bir değişiklik yazarından izin almak koşuluyla yapılabilir. *Levenson* (1990) yapmış olduğu bir çalışmada LSRP'nin öncülü sayılabilecek bir ölçek geliştirmişti. Bu ölçek daha kısa ve doğru-yanlış şeklinde bir ölçektir. Maddeler LSRP' deki maddelere benzerlik göstermektedir. Bu nedenle ölçtükleri değişkenlerin aynı değişkenler oldukları düşünülebilir. Mesela madde 10'un eşdeğeri olan madde şu şekildedir "Bir kimsenin nasıl olup da uzun bir süre için tek bir amacın peşine düşebildiğini hiç anlayamamışımdır". Madde 10'un bu madde ile değiştirilmesi daha iyi sonuçlar verebilir. Ancak sorunun aynen ya da artmış şekilde devam etmesi riski de mevcuttur. Üstelik madde tersine kodlanan madde olmaktan da çıkmaktadır.

Ölçeklerin test tekrar test korelasyonları yüksektir. Birinci ve ikinci uygulamalar arasında hiçbir anlamlı fark bulunmamaktadır. Özetle ölçeğin güvenilirliğinin iyi olduğu, biri ölçeğin orijinalinde de problematik olan iki madde haricinde tüm maddelerin iyi çalıştığı bulunmuştur. LSRP çok iyi psikometrik nitelikler sergilemiş ve mükemmel yakın bir geçerliliği olduğunu göstermiştir. Çalışmayan iki maddenin başka popülasyonlarda da çalışmaması üzerine, ölçeğin bütününe katkıda bulunmayan bu maddelerin daha iyi çalışan maddelerle değiştirilmesi önerimizdir. Böylece ikincil psikopati ölçeğinin psikometrik nitelikleri geliştirilebilir. Büyük hapisane popülasyonları ölçeğin kullanılabileceği potansiyel alanlardan biridir. Ölçeğin faktör yapısı sonraki çalışmalarda gösterilebilir. Son olarak Antisosyal eylem ölçeğinin de iyi iç tutarlılık ve yüksek test tekrar test korelasyonu ile yüksek güvenilirliğe sahip olduğu bulunmuştur.

5.1.4. Makyavelizm, Empati ve Psikopati

LSRP'nin geçerlilik çalışması literatürle uyum içinde anlamlı sonuçlar vermiştir. İnterkorelasyonlar, kadın erkek farklılıkları ve antisosyal eylemleri açıklamadaki başarısı LSRP'nin ümit verici bir araç olduğunu göstermektedir. Birincil ve ikincil psikopati birbiriyle ilişkilidir. Bulunan bu korelasyon batılı popülasyonlardakinden daha düşüktür ancak aynı yöndedir (*Levenson ve ark.*, 1995; $r = .40$). Başka bir psikopati ölçeği ile yapılan bir çalışmada (*Williams & Paulhus*, 2004) davranışsal faktör ve kişilik faktörü arasındaki bu korelasyonu daha düşük olarak bulmuşlardır ($r = .16$).

Birincil ve ikincil psikopati antisosyal eylemlerle pozitif korelasyona sahiptir. Birincil psikopati ile antisosyal eylemler arasındaki bu ilişki dikkat çekicidir ve önceki çalışmalarda elde edilen değerlerle neredeyse aynıdır. İkincil psikopati de AAS ile pozitif yönde ve anlamlı korelasyon göstermiştir. Bu korelasyonlar batılı populasyonlarda elde edilen korelasyonlarla büyük benzerlik göstermektedir. *Levenson ve ark. (1995)* LSRP ile AAS arasında anlamlı korelasyonlar göstermişlerdir ($r = .44$ birincil, $r = .29$ ikincil psikopati için; ayrıca bkz. *McHoskey ve ark., 1998*). *Lynam ve ark., (1999)* daha ciddi suçlar, tutuklanma ve madde kullanımı gibi antisosyal davranışlarla LSRP toplam, birincil ve ikincil psikopati arasında anlamlı ilişkiler buldular. Başka psikopati ölçekleri de AAS ile (*Elwood ve ark., 2004*) ve önemli antisosyal davranışlar ile (*Williams & Paulhus, 2004*) anlamlı pozitif korelasyonlar göstermektedir.

Birincil Psikopati yine beklendiği gibi Makyavelizm ile yüksek korelasyon vermektedir (bkz. Tablo 20). İkincil psikopati ise MACH-IV ile beklenenden biraz daha düşük olmakla birlikte yine pozitif bir korelasyon vermiştir. İnceleme amaçlı olarak total psikopati ile MACH skorları arasındaki korelasyona (bazı çalışmalar total psikopati ile Makyavelizm arasındaki korelasyonu rapor ettiklerinden) bakıldığında yüksek pozitif korelasyon bulundu ($r = .56$). Cinsiyet kontrollü kısmı korelasyon hesaplandığında korelasyon daha da yükselmekteydi ($r = .57$). Özetle MACH ile psikopati arasındaki ilişki bu çalışmada da teyit edilmiştir ve bulgular literatürle uygunluk içindedir (*Lee & Ashton, 2005; McHoskey ve ark., 1998*). Bu çalışma *McHoskey ve arkadaşlarının* bulgularına orta dereceli bir destek vermektedir. Bunu daha ileri düzeyde gözlemek amacıyla MACH-IV ile LSRP

tek bir ölçek birleştirerek gibi iç tutarlılıklarını hesapladık. Toplam ölçek (46 madde) .79, birincil psikopati ve MACH birlikte (36 madde) yine .79, ikincil psikopati ve MACH birlikte (30 madde) .64 standart madde alfa değeri vermişti. Madde sayısındaki artışa oranla iç tutarlılıktaki bu yükselmeler olumlu, ancak yeterli değildir. Buna rağmen psikopati toplam ve birincil psikopati ile makyavelizmin arasındaki $r = .50$ 'nin üzerindeki bu korelasyon, bu iki ölçeğin çok yakından ilişkili ve aynı kavramsal çerçeveden gelen kavramlar olduğunu göstermektedir.

Literatürde MACH ile psikopati arasında bu kadar yüksek fark bulamayan çalışmalar da vardır, mesela *Paulhus & Williams (2002)* ve *Williams & Paulhus, (2004)* MACH ve psikopati arasında orta dereceli korelasyon bulmuşlardır (sırasıyla $r = .31$ ve $r = .34$). *Williams & Paulhus*'un çalışması daha ayrıntılı incelendiğinde birincil (kişilik faktörü) ve ikincil (davranış faktörü) psikopati ile MACH arasındaki ilişkinin literatür ile bir dereceye kadar uyumsuz olduğu görülmektedir. *Williams ve Paulhus (2004)* tarafından yapılan bu çalışmada MACH ile birincil psikopati arasında ilişki bulunamamış, ancak ikincil psikopati ile MACH arasında orta dereceli korelasyon bulunmuştur ($r = .32$). Özetle MACH ve birincil psikopati arasındaki yüksek ilişki araştırmacılar tarafından gösterilememiştir ve şimdiki araştırma ile de sonuçları uygunluk içinde değildir. İkincil psikopati söz konusu olduğunda araştırmacıların bulguları literatür ile bir dereceye kadar uyum içindedir. Bu çalışmada ikincil psikopati ve MACH arasındaki ilişki, *Williams ve Paulhus*'un çalışmasındaki değere oldukça yakındır. Klinik gruplar üzerinde yapılan çalışmalar çelişkilidir. Toplum içinde yaşayan psikopatlarda MACH skorlarının daha yüksek

olmadığını (*Widom, 1977*) ve MACH skorlarının hem AKB diagnostik kriterleri ile hem de psikopati kriterleri ile orta dereceli korelasyonlar gösterdiğini rapor eden çalışmalar vardır (sırasıyla $r = .13$ ve $r = .22$; *Widiger ve ark., 1996*). Yakın zamanlarda yapılan bir çalışma ise çalışma LSRP birincil psikopati ile MACH arasındaki yüksek korelasyonu ($r = .66$) yine onaylamış bulunmaktadır (*Lee & Ashton, 2005*).

Psikopati alt ölçekleri ile empati arasındaki ilişki de incelenmiştir. Birincil psikopati FS ve PD ile ilişkisizdi, ancak hem EC hem de PT ile anlamlı negatif bir ilişkiye sahipti (bkz Tablo 20). İkincil psikopati ise FS ile bir korelasyona sahip değildi, ancak EC ve PT ile negatif (EC korelasyonu anlamlı seviyede değildi) ve PD ile anlamlı pozitif korelasyona sahipti. Diğer bir deyişle birincil psikopati hem emosyonel empati hem de kognitif empati ile negatif yönde ilişkiliydi, kişisel rahatsızlık ve FS ile bir korelasyon vermemekteydi (kişisel rahatsızlık çok düşük olmakla beraber korelasyonun yönünün negatif olduğu dikkate alınmalıdır). İkincil psikopati ise sadece kognitif empati ile negatif yönde ilişkiliydi ve kişisel rahatsızlık ile pozitif yönde korelasyon veriyordu. Ayrıca emosyonel empati ve ikincil psikopati arasında düşük ve anlamlı seviyeye varmayan negatif bir korelasyon vardı.

LSRP'nin farklı faktörleri ile empatinin farklı boyutları arasındaki bu ilişki özel olarak ilginçtir, çünkü literatürdeki bazı tutarsızlıklara da ışık tutmaktadır. Birincil psikopati empatinin tipi ne olursa olsun negatif bir ilişki göstermektedir. Yüksek bir birincil psikopati kognitif empati yetersizliği ile ve daha yüksek emosyonel empati yetersizliği ile alakalıdır. İkincil psikopati ise daha çok kognitif

empati yetersizliğine ve işaret etmektedir. Diğer bir deyişle birincil ve ikincil psikopatinin empatiyle ilişkisi bir ölçüde birbirinden farklıdır. Birincil psikopati genel bir empati eksikliğine ikincil psikopati ise daha ziyade kognitif empati eksikliğine işaret etmektedir.⁸ PPI (*Lilienfeld & Andrews, 1996*) toplam skoru, kriminal popülasyonda emosyonel empati ile anlamlı negatif korelasyon göstermekteydi (*Sandoval ve ark., 2000*). Ancak PPI' in daha ziyade birincil psikopatik karakteristiklerle örtüştüğünü göz önünde tutmak gerekir.

Empati ve psikopati arasındaki negatif korelasyon başka çalışmalarda da gösterilmiştir (*Levenson, 1990*). Bununla beraber, literatürde empati ile psikopati arasında bir ilişki bulamamış çalışmalar da vardır. *Williams ve Paulhus (2004)* IRI alt ölçekleri ile bir başka psikopati ölçeği olan HSRP arasındaki ilişkiyi kriminal olmayan popülasyonda incelediler. Buna göre HSRP birincil ve ikincil faktörün ne PT ile ne de EC ile anlamlı korelasyon gösterdiğini buldular. Ayrıca toplam psikopati puanı ile yine emosyonel empati ve kognitif empati arasında olması gereken negatif korelasyonu bulamadılar. HSRP'nin LSRP ile yüksek korelasyon

⁸ *McHoskey ve ark.'ın (1998)* önerdiği gibi Birincil psikopatinin interkorelasyonları hesaplanırken ikincil psikopati, ikincil psikopatinin interkorelasyonu hesaplanırken birincil psikopati kontrol altında tutularak kısmi korelasyonlar hesaplandığında, alt ölçeklerin farklılıkları daha belirgin olarak görülebiliyordu: İkincil psikopatinin EC ile olan negatif korelasyonu daha da düşüyor ve EC ile ikincil psikopatinin ilişkisiz olduğunu ortaya koyuyordu. Birincil psikopatinin PT ile olan korelasyonu küçülüyor, ancak anlamlı olmaya devam ediyordu. Özetle Birincil psikopati, emosyonel empati daha büyük olmak üzere genel bir empati eksikliğiyle, ikincil psikopati ise kognitif empati eksikliğiyle ilişkilidir. *McHoskey ve ark. (1998)* iki faktörün incelenmesinde karşıt değişken kontrol edilmediğinde, değişkenlerin birbiri üzerindeki baskılayıcı etkisi nedeniyle ortaya çıkan komplikasyonlara dikkat çekmekte ve karşıt değişkeni kontrol etmenin standart bir uygulama olmasını istemektedirler. Bu nedenle çalışmamızda Zero-order ve karşıt değişken kontrollü kısmi korelasyonlar hesaplanarak karşılaştırılmıştır. Bu metodoloji faydalı olmakla beraber, bu çalışmada iki korelasyon şekli arasındaki farklılıklar çok büyük olmadığından sonuçlar ayrıntılı olarak verilmemiştir. Farklılıkların çok büyük olmamasının nedeni birincil ve ikincil psikopati arasındaki görece düşük korelasyon nedeniyle karşıt değişkenin baskılayıcı etkisinin az olmasıdır.

göstermesi (*Lynam ve ark., 1999*) bu iki ölçeğin aynı karakteristiği ölçtüğü anlamına geldiğinden *Williams ve Paulhus*'un bu çalışması teori ile ve şimdiki çalışmanın sonuçları ile uyum içinde değildir. Klinik popülasyonlarda yapılan çalışmalar da çelişkilidir. *Widiger ve ark. (1996)* hem AKB hem de psikopati diagnostik kriterleri ile emosyonel ve kognitif empati arasında negatif korelasyonlar bulmuşlardı. Korelasyonlar emosyonel empati için biraz daha büyüktü. Ancak *Book ve Quinsey (2004)* psikopatik suçlular ile psikopatik olmayan suçlular, toplum örneklemleri ve üniversite popülasyonu arasında anlamlı bir fark bulamadılar. Şimdiki çalışmanın bulguları klinik olmayan popülasyonda negatif psikopati-empati ilişkisini ortaya koymaktadır.

Birincil ve ikincil psikopatinin kişisel rahatsızlık olan ilişkisi de üzerinde durulması gereken bir diğer noktadır. Birincil psikopati kişisel rahatsızlık ile alakasızdır. Ancak ikincil psikopati kişisel rahatsızlık ile anlamlı pozitif korelasyon vermektedir. Bilindiği gibi ikincil psikopati nörotik komponente sahiptir ve nörotik psikopati olarak da adlandırılmaktadır. Nitekim LSRP'nin ikincil psikopati ölçeği nörotisizm ile ($r = .37$, *Lynam ve ark., 1999*; $r = .23$, *McHoskey ve ark., 1998*) ve anksiyete ile ($r = .41$) pozitif korelasyon vermektedir (*Levenson ve ark., 1995*).

Anksiyete ve rahatsızlık hisleri kişinin mükafatlandırıcı sosyal ilişkiler kurmasının ve sürdürmesinin önüne geçmektedir (*Davis, 1983*) ve PD ölçeği anksiyete ile pozitif yönde ilişkili olduğundan sosyal fonksiyonda bulunma ile negatif korelasyon vermektedir. Gerçekten *Davis (1983)* çalışmasında yüksek kişisel rahatsızlık ile yüksek sosyal disfonksiyon ve düşük sosyal yeterlilik arasında bir ilişki bulmuştu. Kişisel rahatsızlık ile sosyal anksiyete ($r = .43$) dinleyici

anksiyetesi, ($r = .37$), utangaçlık ($r = .59$) arasında pozitif korelasyonlar vardı. PD skorları dışadönüklük ile de orta dereceli negatif korelasyon vermektedir. Yüksek kişisel rahatsızlık gösteren kişilerin göstermeyenlerden daha utangaç, sosyal anksiyete gösteren ve daha içe dönük oldukları görülmektedir. Yine kişisel rahatsızlık düşük öz güven ile de alakalıdır. *Davis*'in (1983) bulgularına göre kişisel rahatsızlık emosyonel duyarlılık ve kronik olarak korkulu olma eğilimine işaret etmektedir.

LSRP'nin ikincil psikopati ölçeğinin nörotisizm ve anksiyete ile pozitif korelasyon gösterdiği göz önünde tutulduğunda, ikincil psikopati ile PD arasındaki bu pozitif korelasyon anlaşılmalıdır. Pozitif ikincil psikopati-Kişisel rahatsızlık (PD) ilişkisi, PD ölçeğinin sosyal fonksiyonda bulunma ile negatif ve anksiyete ile pozitif korelasyonuna bağlıdır. Bu çalışmada elde edilen PD-ikincil psikopati ilişkisinin büyüklüğü ikincil psikopati ile anksiyete ve nörotisizm arasındaki ve PD ile sosyal anksiyete arasındaki korelasyonun büyüklüğüne yakındır.

PD basit bir şekilde anksiyetenin veya nörotisizmin bire bir eşdeğeri olarak değerlendirilemez. Bununla beraber PD-anksiyete korelasyonu orta dereceli ve pozitifdir (*Davis*, 1983). Bu yüzden birincil psikopati- PD arasındaki negatif korelasyonun daha büyük olması beklenirdi. Ancak LSRP birincil psikopati ve nörotisizm-anksiyete ilişkisi literatürde çok net şekilde gösterilememiştir. LSRP birincil psikopati ölçeği nörotisizm ile (*Lynam ve ark.*, 1999; *McHoskey ve ark.*, 1998) ve anksiyete ile (*Levenson ve ark.*, 1995) neredeyse alakasızdır (sırasıyla $r = -.05$, $r = -.04$ ve $r = .09$). Bu çalışmada elde edilen birincil psikopati-PD arasındaki ilişki buna çok yakın bir değerdir ve negatif yönde olmakla birlikte, esas itibarıyla

alakasız oldukları görülmektedir. Buna göre acil durumlarda duyulan sıkıntı ve rahatsızlık hisleri ile birincil psikopatinin ilişkisinin olmadığı görülmektedir (Bkz Tablo 20).⁹

Literatürde farklı sonuç bulan çalışmalardan yine *Williams ve Paulhus*'un (2004) çalışmasından bahsetmek gereklidir. Araştırmacılar ikincil psikopati ile PD arasında bu çalışmada bulunan pozitif korelasyonu gösterememişlerdir. Bununla beraber ikincil psikopati nörotik bir yapıya işaret ettiğinden ve PD anksiyete ile ilişkili olduğundan pozitif yönde bir korelasyon beklenebilirdi. Birincil psikopatinin ise PD ile anlamlı negatif korelasyon verdiği bulunmuştur ($r = -.39$).

Birincil psikopati soğukkanlılık ile ilişkili olduğundan ve anksiyete ile negatif korelasyon vermesi beklendiğinden araştırmacıların bu bulgusu teori ile uyum içindedir. Yine toplam psikopati söz konusu olduğunda psikopati PD ile negatif korelasyon ($r = -.17$) verirken, şimdiki çalışmada LSRP total puan ile PD arasında düşük pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = .12$). Ancak *Williams ve Paulhus*'un kullandığı psikopati ölçeğinin iki faktörlü yapısını göstermekte çok başarılı olmadıkları görülmektedir. Ayrıca toplam psikopati-PD arasındaki ilişki

⁹ Tablo 20.'de görüldüğü gibi Birincil psikopati-PD korelasyonu literatürdeki Birincil psikopati-anksiyete korelasyonuna oldukça yakın bir değerdir ($r = -.06$). LSRP'nin ilk çalışmasında (*Levenson ve ark.*, 1995) pozitif korelasyon ($r = .09$) bulunması nedeniyle araştırmacılar ikincil psikopatinin anksiyete ile yüksek derecede anlamlı korelasyon gösterdiğini ve birincil psikopati ile düşük ancak pozitif korelasyon gösterdiğini belirtmişlerdi. *McHoskey ve ark.* (1998) bu sonuçları karşıt değişkenin baskılayıcı etkisinin kontrol edilememesine bağlamışlardı. *Levenson ve ark.*'in datasını, ikincil psikopatiyi kontrol ederek yeniden interkorelasyonlar için analiz ettiklerinde, korelasyonun tersine döndüğünü buldular ($r = -.08$). Benzer şekilde bu çalışmada ikincil psikopatiyi kontrol ederek birincil psikopati-PD korelasyonu hesaplandığında, korelasyonun büyüklüğünün arttığı görülmektedir ($r = -.14$). Kısmi korelasyonlar teoriyle daha uyumlu sonuç elde etmemizi sağlamıştır. Hala anlamlı olmamakla birlikte, anlamlı seviyeye yaklaşarak bir eğilimi göstermekteydi ($p = .07$). Özetle ikincil psikopati kişisel rahatsızlık ile pozitif yönde ilişkili iken birincil psikopatide tersine doğru bir eğilim vardır. (ayrıca bkz. Dipnot 8).

muhtemelen LSRP'ye özgü bir durumdur. LSRP toplam puanı ile nörotisizm arasında düşük ama pozitif korelasyon vardır ($r = .12$; *Lynam ve ark., 1999*), ancak HSRP ile nörotisizm arasında negatif korelasyon bulunmaktadır ($r = -.34$; *Paulhus & Williams, 2002*). Bu sonuçlar muhtemelen *Williams ve Paulhus*'un çalışmasında niçin negatif psikopati-PD ilişkisi bulunurken bu çalışmada pozitif psikopati-PD ilişkisi bulunduğunu açıklamaktadır. LSRP toplam puanı nörotisizm ile düşük pozitif korelasyon vermekte ise (*Lynam ve ark., 1999*), LSRP toplam puanının PD ile de düşük ama pozitif korelasyon vermesi beklenebilir. HSRP nörotisizm ile negatif korelasyon verdiği için (*Paulhus & Williams, 2002*) PD ile de negatif korelasyon vermesi (*Williams & Paulhus, 2004*) yine beklenen bir durumdur.

İnterkorelasyonlar bir bütün olarak değerlendirildiğinde birincil ve ikincil psikopatinin gerçekten bazı önemli açılardan farklılaştığı görülmektedir. Genellikle birleşik bir kavram olarak düşünülen psikopati farklı varyantları içerebilir. Birincil ve ikincil psikopatinin birbiriyle ilişkili olduğu bulunmakla beraber bazı açılardan önemli farklılıklar vardır. Birincil psikopati hem emosyonel empati hem de kognitif empati olmak üzere genel bir empati eksikliğine işaret etmektedir. Yani birincil psikopati katı kalplilik ve başkalarının fikirlerine önem vermeme ile alakalıdır. Yine birincil psikopatide yüksek skorlar alanlar empati eksikliğinin yanı sıra yüksek ölçüde makyavelist, etik olmayan ve antisosyal eylemlere girişme eğilimde olan kişilerdir. İkincil psikopatide yüksek skor alan kişiler emosyonel empatide büyük bir yetersizlik göstermemesine rağmen kognitif empati açısından yetersizlik gösteren, belli bir dereceye kadar makyavelist, etik olmayan ve antisosyal eylemlere görece olarak daha az eğilimli ve acil durumlarda endişe,

rahatsızlık ve korku duyabilen kişilerdir. Buna göre ikincil psikopatide yüksek skor alanlar katı kalpli olmaktan çok başkalarını anlayamayan ve kendilerini onların bakış açısına adapte edemeyen kişilerdir. PT ölçeğinin sosyal disfonksiyonla negatif yönde ilişkili olduğu bulunduğu (Davis, 1983), ikincil psikopatinin birincil psikopatiyle kıyaslandığında daha fazla sosyal disfonksiyonla ilişkili olabileceği düşünülebilir. Gerçekten ikincil psikopati antisosyal hayat stili ile ilişkilidir (Harpur ve ark., 1988), birincil psikopati ise Levenson ve ark. (1995)'ın belirttiği gibi daha ziyade genel toplum içinde görülmektedir.

Araştırmacılar “saf birincil ve ikincil tipler nadir olmasına rağmen ve bu iki yapının ayrı bir şekilde ölçülmesinin önemine...” işaret etmektedir (pp. 155). Lynam ve ark. (1999) yine birincil ve ikincil psikopatinin önemli çizgilerle birbirinden ayrıldığını belirtmektedirler. Bu çalışmada literatürle ve teori ile uygunluk içinde olarak birincil ve ikincil psikopati yapılarının PD açısından birbirinden farklılaştığı görülmektedir. Daha önemli olarak birincil ve ikincil psikopati birbirinden farklı empati tipleri ile olan ilişkisi açısından da farklılaşmaktaydılar.

Makyavelizm ölçeğinin interkorelasyonları tutarlı sonuçlar vermektedir. Psikopati ölçekleriyle olan pozitif ilişkisine ek olarak MACH skorları hem emosyonel empati, hem de kognitif empati ile negatif olarak ilişkiliydi. Fantezi ölçeği ile negatif ve kişisel rahatsızlık ile pozitif yöndeki korelasyonlar ise anlamlı seviyede değildi. Bu bulgu makyavelist kişilerin diğer insanlara duygusuz ve empatisiz yaklaştığı, onları mekanik bir bakış açısı ile değerlendirdikleri yönündeki açıklamalarla uyum içindedir. Ayrıca MACH skorları antisosyal eylemlerle de belli bir korelasyon vermekteydi. Yüksek MACH'ların etik olmayan eylemlere girişme

eğiliminde olmaları da beklenen bir durumdur. Buna göre yüksek MACH'lar hem emosyonel hem de kognitif empati açısından bir yetersizlik gösteren kişilerdir ve etik olmayan eylemlere girişmeye eğilimlidirler. MACH-IV ve AAS arasındaki bu ilişki *McHoskey ve ark., (1998)* tarafından da gösterilmiştir.

Empati ile etik olmayan ve antisosyal eylemler arasında da bir ilişki vardır. Empati alt ölçeklerinden PD antisosyal eylemlerle anlamlı korelasyon göstermemektedir. Ancak EC ve PT yine önemli değişkenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Düşük emosyonel ve kognitif empati daha fazla etik olmayan davranışa götürmektedir. Başkalarını düşünmeyen ve anlamayan insanların toplumsal kuralları ihlal etmeleri ve etik davranmamaları beklenen bir durumdur.

IRI alt ölçeklerinin interkorelasyonu kadın ve erkek ayrı ayrı olmak üzere daha önce değerlendirilmiştir. Kadın-erkek bir arada değerlendirildiğinde sonuçların literatürdeki çalışmalarla tutarlı olduğu görülmektedir. PT, EC ile pozitif korelasyon göstermekteydi ve anlamlı olmamakla birlikte PD ile negatif korelasyona sahipti. EC ve FS birbiriyle anlamlı korelasyon göstermekteydi. Bu bulgu iki ölçeğin benzer ama tamamıyla aynı olmayan karakteristikleri ölçüklerini göstermektedir (*Davis, 1983*). FS-PD ve FS-PT korelasyonları pozitif ama oldukça düşüktü, *Davis'in (1983)* bulgularıyla uyum içindeydi. Empati alt ölçekleri interkorelasyonlarında sadece EC-PD korelasyonu beklentilerin üzerinde anlamlı ve pozitif korelasyon vermişti.

Geriye doğru eleme regresyon analizi yine beklendiği yönde sonuç vermiştir (bkz. Tablo 22). En kuvvetliden başlamak üzere prediktörler, birincil psikopati, makyavelizm, fantezi değişkeni, negatif olarak emosyonel empati (EC)

ve cinsiyettir (erkek olma). Üniversite populasyonunda etik olmayan ve antisosyal eylemlerin en çok birincil psikopatik ve makyavelist karakteristikler tarafından belirlendiği bulunmuştur ki, bu oldukça anlamlıdır. Bunlar dışında fantezi, düşük emosyonel empatiye sahip olma ve erkek olma antisosyal eylemlerde anlamlı katkısı olan diğer değişkenlerdir. Buna göre düşük emosyonel empati ve erkek olma antisosyal eylemleri artırmaktadır. Ayrıca yüksek fantezi eğilimi de antisosyal eylemlere katkıda bulunmaktadır. Fantezi eğilimi hayali olan durumlarda, roman, hikaye ve filmlerdeki karakterlerin duygularını anlayabilme eğilimine işaret etmektedir. Bu ölçek emosyonel empati ile beklendiği gibi korelasyon göstermekteydi (FS genellikle emosyonel empati ile ilişkilidir; Davis, 1983). Bunun dışında başka hiçbir ölçekle korelasyonu olmayan FS antisosyal eylemlerle de pozitif ve orta dereceli korelasyona sahipti. FS' nin antisosyal eylemlerle ve etik olmayan davranışlarla neden korelasyon gösterdiğini ve prediktör olarak çıktığını yorumlamak güçtür. Ancak antisosyal eylemlerle ilişkili olduğu görülmektedir.

Kadınlar ve erkekler ayrı ayrı regresyon yapıldığında da FS önemli bir değişken olarak ortaya çıkmaktaydı. Kadınlarda Makyavelizm ve FS antisosyal eylemlerin prediktörleri olarak çıkmıştı. Erkeklerde ise antisosyal eylemlerin prediktörleri değişti. Erkeklerde birincil ve ikincil psikopatik karakteristikler, düşük empati ve yine yüksek fantezi eğilimi antisosyal davranışları belirlemektedir. Buna göre kadınlarda ve erkeklerde FS eğilimi antisosyal eylemlerle ilişkilidir.

Davis'in (1983) çalışmasında yüksek fantezi eğilimine sahip kişilerle ilgili olarak ortaya koyduğu tipoloji, antisosyal eylemlerde bulunan kişi tanımlamasından

bir hayli farklıdır ve bu yorumlama yapmayı daha da güçleştirmektedir. *Davis* (1983) yüksek fantezi eğiliminde olan kişilerin diğerlerine daha duyarlı, daha yüksek zekaya sahip ve daha emosyonel kişiler olduğunu belirtmişti. Bu FS' nin etik olmayan davranışlara girişme veya antisosyal eylemlerle tamamen ilişkisiz hatta negatif ilişkili olması gerektiğini düşündürmektedir. Her ne kadar *Davis*'in (1983) bulgularına göre yüksek fantezi eğilimi gösterenler (akıllı, duygusal, sosyal ortamlarda biraz içedönük ve sosyal ortamlarda rahatsızlık duyan) antisosyal eylemlerde bulunan bir kimseden çok farklı bir portreye işaret etse de *Davis* (1983) fantezi oryantasyonu ile kitleleşme arasındaki potansiyel araştırmalara dikkat çekmiştir. Burada fantezi eğilimi kadar, fantezi eğilimine konu olan materyalin içeriği de tartışılmalıdır. Antisosyal eylemlerin tolere edildiği hatta teşvik edildiği materyaller klinik olmayan popülasyonda bu eylemlere girişme olasılığını artırabilir. Özetle yüksek fantezi eğilimi ve antisosyal eylemler arasındaki ilişki, kitle iletişim araçlarında antisosyal eylemlerin ne kadar toleransla karşılandığına bağlı olarak değişiklik gösterecektir. Daha önceki çalışmalarda FS' nin psikopatik suçlular ve toplum örneklemini arasında anlamlı şekilde farklılaşmadığı bulunmuştur (*Book & Quinsey, 2004*). Klinik olmayan bir popülasyonda *Williams ve Paulhus* (2004) FS ile birincil psikopati arasında orta dereceli negatif bir korelasyon bulmuşlardı.

Bunun dışında kadınlarda erkeklerdeki birincil ve ikincil psikopati yerine Makyavelizmin önemli bir prediktör olarak ortaya çıktığı görüldü. Muhtemelen kadınlarda antisosyal eylemleri çalışırken veya kadın suçlular ve kadın mahkumlar üzerinde çalışırken çalışmaya MACH-IV ölçeğini eklemek iyi bir hamle olacaktır.

Özellikle şiddete dayalı olmayan suçlarda (dolandırıcılık, fahişelik) kadın suçluların davranışlarını açıklamada Makyavelist karakteristikler psikopatiden daha iyi bir alternatif olabilir. Gerçekten *McHoskey ve ark. (1998)* dizi çalışmalarını yaptıklarında MACH-IV ve psikopati ölçeklerinin birleştirme zamanının geldiğini iddia etmişlerdi. Ancak çalışmalarında baskın olarak kadın denekler kullanmışlardı. Bu durum araştırmacılar tarafından araştırmanın sınırlılıklarından biri olarak ifade edilmişti. MACH-IV kadın-erkek karışık (daha ziyade toplum veya üniversite örneklemelerinde olduğu gibi) popülasyonlarda daha yüksek prediktif değere sahip olabilir. Erkekler üzerinde yapılan çalışmalarda (klinik veya kriminal popülasyonlar gibi) psikopati ölçekleri daha uygun olacaktır.

İkincil psikopatinin antisosyal eylemler için prediktör olarak çıkmadığı görülmektedir ve literatürdeki çalışmalarla uyumlu değildir. İkincil psikopatinin prediktör olarak çıkmamasının ve birincil psikopati ve Makyavelizm ile beklenenden daha düşük korelasyon vermesinin nedeni bu ölçeğin görece olarak düşük iç tutarlılığı olabilir. Nitekim ölçeğin iç tutarlılığı düştükçe aradaki ilişkiyi net bir şekilde yakalama olasılığı azalacaktır. Ancak erkeklerde ikincil psikopati antisosyal eylemlerin prediktörü olarak ortaya çıkmıştı ve ikincil psikopatinin diğer değişkenlerle olan korelasyonları beklendiği yönde ve anlamlıydı.

Kadınlarla erkekler arasındaki farklılık pek çok değişken için bu çalışmada gösterilmiştir (bkz. Tablo 21). Erkekler kadınlardan birincil psikopati ve antisosyal eylemlerde daha yüksek skorlar almışlardı. Erkeklerin birincil psikopati ve antisosyal eylemleri daha kolay bir şekilde ifade edebilmesinin nedeni *Levenson ve ark.'nın (1995)* belirttiği gibi erkeklerin sosyalleşme süreci içinde bu nitelikleri

daha kolay ifade edebilmesi veya kadınların bu niteliklere sahip olmasına rağmen bunları kabul etmemeleri olabilir. İkincil psikopati ölçeğinde kadınlarla erkekler arasında *Levenson ve ark.* nispeten küçük bir fark bulmuşlardır. Bu çalışmada benzer şekilde erkeklerin kadınlardan daha yüksek ikincil psikopatik karakteristikler gösterdiği bulundu. Kadınlarla erkeklerin psikopati skorları açısından birbirinden farklılaştıkları pek çok çalışmada ortaya konulmuştur (*Levenson ve ark.*, 1995; *Paulhus & Williams*, 2002; *Williams & Paulhus*, 2004). (MACH-IV ve empati ölçeklerinin cinsiyete göre farklılıkları ilgili ölçeklerin başlıkları altında tartışılmıştır).

Sonuç olarak tüm ölçeklerin hatırı sayılır ölçüde başarılı olduğu görülmüştür. Ölçeklerin psikometrik özellikleri, test-tekrar test korelasyonları, ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermektedir. IRI'nin ön geçerliliği ve LSRP'nin geçerliliği başarılı şekilde gösterilmiştir. Özellikle LSRP'nin bu aşikar başarısı ölçeğin, güvenilir, geçerli ve tutarlı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar ölçeğin batılı bir kültürde dizayn edildiği ve bu çalışmada oldukça farklı bir kültüre adapte edildiği göz önünde tutulduğunda daha da önem kazanmaktadır.

Psikopatinin üniversite popülasyonunda çalışılması konusunda bazı eleştiriler getirilebilir. Her şeyden önce üniversite popülasyonu psikopatik karakteristikler açısından sınırlandırılmış bir popülasyondur. Bu durumun psikopatiyi yeterli bir şekilde gözleme imkanını ortadan kaldırılabileceği düşünülebilir. Ancak onaylama oranlarının yüksekliği, psikopatik karakteristikler için skorların normal dağılım göstermesi, interkorelasyonların yapısı ve anlamlılığı, psikopatik eğilimlerin kriminal olmayan popülasyonlarda da çalışılabileceğini

göstermektedir. Yine bu popülasyon üzerinde yapılan çalışmaların genellenmesinde sorun olacağı düşünülebilir. Ancak psikopatolojik çalışmaların üniversite örneklemleri üzerinde yapılmasının ne kadar uygun olduğu sorusuna verilecek yanıt ön yargılı olmamalıdır (*Lilienfeld & Andrews, 1996*). Aslında üniversite popülasyonları üzerinde yapılan çalışmaların genellenebilirlik problemi gereğinden fazla eleştirilmiştir. Psikopatik karakteristikler lisans öğrencileri arasında da gözlemlenebilir, üstelik bu örneklem grupları hapisane, hastane gibi kurumların etkilerinden de muafır (*Lilienfeld & Andrews, 1996*). Nitekim psikopati konusunda bu popülasyonlar üzerinde pek çok çalışma yapılmıştır. (*Lee & Ashton, 2005; Levenson, ve ark., 1995; Lilienfeld & Andrews, 1996; Lynam ve ark. 1999; Paulhus & Williams, 2002; Williams & Paulhus, 2004*). Aslında pek çok psikopat üniversite eğitiminden geçmektedir. Bu nedenle belki de üniversite popülasyonları tam tersine daha fazla çalışılmalıdır. Nitekim birincil psikopati büyük ölçüde normal popülasyonda bulunabilen bir karakteristiktir. Üstelik birincil psikopatların hapisane duvarları dışında kalmayı da becerebildikleri görülmektedir. Bu nedenle kriminal olmayan popülasyonlar üzerinde yapılan çalışmalar, kriminal popülasyonlarda yapılanlardan ne metodolojik açıdan daha sorunlu, ne de daha az kıymetlidir.

Muhtemel psikopatların toplum içinde çok saygın pozisyonlara gelebilmeleri, elitist gruplar arasında birincil psikopatik karakteristiklerin yaygınlığı (*Levenson ve ark., 1995*), toplum içinde yaşayan “başarılı psikopatların” varlığı (*Skeem ve ark., 2003*), çalışmaların hapisane ve adli ortamlar dışına da taşınmasına gerek olduğunu ortaya koymaktadır. *Levenson ve ark. 'nın saptaması (1995)*

gerçekten etkileyicidir: "...psikopati ister öğrenilmiş isterse biyolojik bir takson, bazen biri, bazen öbürü, bazen de bunların kombinasyonu olsun, psikopatik olarak kolaylıkla sınıflanabilecek bir çok insan hiç hapse girmemiştir ve hapiste de değildir." (pp.157). Hapishanelerdeki suçlularla, "hapishane duvarları dışındaki suçlular" ın her ikisinin de çalışılması gereklidir. Bunların ortak karakteristikleri kadar ayırt edici karakteristikleri de önemlidir. Bu nedenle ve çalışmanın sonuçlarının genellenebilmesi için daha büyük örneklem gruplarında (hem klinik hem de klinik olmayan) çalışmaların tekrarlanması gerekmektedir. Hapishanedeki suçluların mı, yoksa "hapishane dışındaki suçluların" , yani toplum içinde "başarılı şekilde" yaşamakta olan suçluların mı topluma daha büyük bir zarar verdikleri konusu ise gerçekten önemli bir tartışma ve başka bir çalışmanın konusu olabilir.

5.2. İkinci çalışma

5.2.1. AKB olan bireylerde yapılandırılmış görüşme çizelgelerinin kullanımı ve AKB'na eşlik eden bozukluklar

Çalışmanın sonuçlarını vermeden önce AKB olan popülasyonlarda yapılan çalışmalar, bu popülasyonlarda yapılandırılmış diagnostik mülakatların sınırlığı ve kullanılabilirliği üzerinde kısa bir açıklama yapmak yerinde olacaktır. AKB olan kişiler üzerinde yapılan çalışmalar bu kişilerde bulunan vasıflar göz önünde tutulduğunda diğer popülasyonlarda yapılan çalışmalara kıyasla daha zordur. Özellikle öz bildirim tarzındaki ölçeklerden elde edilen sonuçlar bu kişilerde bulunan aldatma ve kandırma ya da dürüstlük eksikliği nedeniyle şüpheli hale gelmektedir. Yine de pek çok AKB olan birey diagnostik mülakat esnasında

kendilerine gereken şekilde yaklaşıldığında kendilerinden pek çok bilgi alınabilmekte ve araştırma yapılırken gerekli güvenceler kendilerine verilirse, dürüst davranmaları konusunda teşvik edilirse sonuçların güvenilirliği artmaktadır. Bu çalışmada dosya teşhisine ek olarak, Axis I bozukluklarını gözlemek ve AKB teşhisini onaylamak için MINI uygulanmıştır. Her ne kadar MINI bu çalışmada AKB teşhisini başarılı bir şekilde yakalayabilmişse de yapılandırılmış görüşme tekniklerinin AKB olan popülasyonlar üzerinde bazı sınırlılıkları bulunmaktadır.

Yapılandırılmış görüşme tekniklerinin ortaya çıkmasının nedeni, bütün kriterlerin sistematik değerlendirilmesi, değerlendiriciler arası güvenilirliğin artırılarak çalışmaların karşılaştırılabilir hale getirilmesi ve sonuçların sayısal olarak ifade edilmesine olanak tanımalarıdır. Zayıflıkları, kişilik bozukluklarında sıklıkla görülen içtenlik ve dürüstlük eksikliği ya da iç görü yoksunluğuna rağmen hastaların cevaplarına aşırı güvenen bir metodolojiye sahip olmalarıdır (*Soloff*, 1994). Bu gibi sorunlar nedeniyle bu çalışmada MINI'ye ek olarak kısa bir diagnostik görüşme formu da kullanılmış ve MINI'den önce uygulanmıştır.

AKB teşhisi konulmuş katılımcılardan kısa klinik görüşmede teşhise yardımcı olacak pek çok veri elde edilmiştir. Daha sonra bu bilgiler MINI teşhisinin dışında hasta hakkında bir fikir oluşturmaya yardımcı olmuştur. Hastaların konuşmaya ikna edilmesi ve hastalardan öz geçmiş bilgilerinin alınması tek düze ve yaratıcılıktan yoksun bir süreç değildir. Özellikle antisosyal eylemlerin tek düze tarzda sorgulanması, mekanik ve aşırı basite indirgeyen bir yaklaşım olmasının yanı sıra, bu yaklaşım tarzının doğal bir uzantısı olarak geçerlilik

sorununu gündeme getirmektedir. Kişilik bozukluklarının yapılandırılmış diagnostik mülakatlarla tespiti çok zordur. AKB diagnostik kategorisi geçmişteki davranışlara ve özgeçmişle ilgili bilgilere dayalı olsa da, bu hastalardaki rol yapma eğilimi ve çarpıtılmış öz imaj nedeniyle yapılandırılmış görüşmelerin önemli sınırlılıkları bulunmaktadır (Soloff, 1994).

Yapılandırılmış mülakatların AKB teşhisi alabilecek kişilerde kullanımı kabaca iki önemli sorunla karşılaşma riskini içermektedir: Birincisi antisosyal eylemlerin kısmen veya tamamen inkarı (semptomların dissimulasyonu) ve diğer Axis I bozukluğu semptomlarının fabrike edilmesi (semptom simülasyonu veya temaruz). Aslında bu iki sorunun aynı anda gerçekleşmesi diagnostik mülakatta karşılaşılabilecek en kötü senaryoya işaret etmektedir. Bu nedenle yapılandırılmış görüşme teknikleri kişilik bozuklukları olan kişilerde, özel olarak da AKB olan kişilerde kullanılırken dikkatli davranmayı ve önlem almayı gerektirmektedir. MINI'de yer alan soruların doğrudan hastaya okunması yerine ilk önce sorgulayıcı mahiyette soruların sorulması, hastadan belli yanıtlar alındıktan sonra MINI sorularının sorulması daha yerinde olacaktır. Hasta açıklamalarda bulunduktan sonra semptomları ret etmek konusunda daha az dirençli olmaktadır. İkincisi klinisyenin kendi diagnostik değerlendirmesini ve semptomun varlığı konusunda hastanın ne söylediğinden ziyade semptomun var olup olmadığı konusunda kendi görüşünü göz önünde tutması gerekmektedir.

Yapılandırılmış diagnostik görüşme çizelgeleri yukarıda sayılan avantajlarının yanı sıra araştırmalarda ve bazen de kliniklerde hızlı şekilde data toplanmasına olanak tanınması nedeniyle de kullanılması gerekli olan araçlardır. Bu

nedenle doğru şekilde kullanıldıklarında faydaları da bulunmaktadır. Yine de MINI' nin sınırdaki AKB semptomatolojisi gösteren bireylerde ve hapisane ortamları dışında kullanılabilirliği sınırlıdır ve hastaların yanlış-negatif çıkmaları olasılığı bu koşullar altında daha yüksek olabilir. Bu tip görüşme çizelgeleri kullanılacak ise klinisyenin o görüşme çizelgesi için özel eğitim görmüş olması, genel olarak diagnostik mülakat konusunda çok iyi eğitim görmüş olması bir ön koşuldur ve kriminal ya da adli popülasyonlarla ilgili tecrübe son derece faydalıdır. Hastanın ne söylediğinden ziyade nasıl söylediğine dikkat edilmeli, hasta antisosyal eylemleri konusunda yargılanmamalı, antisosyal eylemler konusunda klinisyen tarafından kendisine "izin" verildiğini hissetmelidir (Soloff, 1994).

Nitekim bu görüşmelerin amacı diagnostik bir amaçtır, terapötik değildir. Bu nedenle metod manipülatiftir (Soloff, 1994). AKB olan bireylerle ilgili olarak yapılandırılmış görüşmelerin sınırlılıklarını değerlendirildikten sonra MINI ile ilgili bilgiler ve klinik görüşme sonucunda elde edilen bilgiler değerlendirilebilir.

Çalışmanın ikinci kısmında ilk önce tanımlayıcı istatistik ile gruplar birbiriyle karşılaştırılmış ve AKB grubunda görülen bazı karakteristikler ortaya konulmuştur. Bunlar arasında en önemli görülenleri burada rapor edilmiştir. Sırasıyla gruplar arasında illegal maddeleri kullanma veya deneme eğilimi, eşlik eden Axis I bozuklukları, kendine zarar verme davranışı ve görünür kalıcı tatuajın varlığı tanımlayıcı istatistik ile gösterilmiştir.

AKB grubunda geçmişte illegal madde kullanımı % 100 iken toplum örneğinde bu oran çok düşük kalmaktaydı. AKB grubunda kalıcı tatuajın çok daha yüksek olması dikkat çekicidir. Bunun dışında kendine zarar verme davranışı

incelendiğinde, AKB grubunun yarısından fazlasının ciddi ve tekrarlayıcı tarzda kendine zarar verme davranışı gösterdiği bulunmuştur. AKB olan bireylerde görülen bu kendine zarar verme davranışı, özellikle kriminal AKB olan bireylerde Türk klinisyenleri tarafından sıklıkla gözlemlenen bir durumdur. Bu kişilerin AKB'nun daha kuvvetli formunu göstermeleri olasıdır.

Eşlik eden Axis I bozuklukları değerlendirildiğinde AKB grubunda çok daha fazla sayıda Axis I bozukluğu olan vaka olduğu görüldü. AKB grubunda en çok madde-alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı görülmekteydi. Bunlar arasında çok sayıda madde bağımlılığı % 35 ile ilk sırayı almaktaydı. AKB grubundaki katılımcıların hemen hemen her türlü maddeyi kullanma ve madde kullanımı ile ilgili olarak bir bozukluk geliştirme eğiliminde oldukları görülmekteydi. AKB grubunda alkol dahil madde kullanımı ile ilişkili rahatsızlıkların toplam oranı % 75'ti. Bu oran literatürde bildirilen orana çok yakındır. AKB olan hastalarda % 80 oranında madde kullanımı ile ilgili bozukluklar bulunur (bkz. *Kraus & Reynolds, 2001*).

Madde kullanımı bozuklukları dışında Majör Depresif Episod (MDE) önemli bir bozukluk olarak karşımıza çıkmaktaydı. Bu bulgu madde ile ilişkili bozukluklara kıyasla daha dikkatle yorumlanmalıdır. Çünkü bazı AKB teşhisi almış katılımcılar depresif duygulanım gözlemlenemediği halde depresyon rapor etmekteydiler. Bu nedenle bazı AKB teşhisi almış katılımcıların depresif semptomatolojiyi abartmakta oldukları olasılığı göz önünde tutulmalıdır. AKB grubunun % 25'inde (melankolik karakteristiklerin olduğu bir vaka da dahil edildiğinde) MDE bulunmaktaydı. Diğer pek çok AKB teşhisi almış katılımcı da

eşik altında kalan MDE semptomları rapor etmişlerdi. MDE AKB grubunda toplum örnekleme kıyasla daha fazla gözlemlenen bir bozukluktur ve bu çalışmada bulunan bir arada bulunma oranı literatürde gösterilenlere yakındır. AKB olan hastaların % 30'unda MDE gelişmektedir (bkz. *Kraus & Reynolds, 2001*).

Post-travmatik stres bozukluğu (PTSD) bir diğer bir arada bulunan bozukluk olarak görülmekteydi. Bunu sınırda panik semptomları ve panik bozukluk izlemektedir.

Genel olarak AKB teşhisi almış katılımcılar daha fazla Axis I bozukluğu göstermekteydiler ve madde ile ilişkili bozukluklar ön sıradaydı (bkz. Tablo 23).

AKB'nun madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, majör depresyon, bipolar bozukluk, panik bozukluk ve PTSD ile bir arada bulunduğu literatürde de tartışılmıştır. (*Kraus & Reynolds, 2001*).

5.2.2. Psikopati, Empati ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu

İkinci çalışmada AKB teşhisi almış olan katılımcıların normal toplum örneklemeinden kişilik karakteristikleri açısından farklılaşıp farklılaşmadığı ve bireysel test skorlarından grup üyeliğinin belirlenmesinin mümkün olup olmadığı incelenmiştir. Bu aynı zamanda LSRP gibi şiddetten arındırılmış, klinik olmayan popülasyonlar için geliştirilmiş, öz bildirim tarzındaki bir ölçeğin daha ileri düzeyde geçerliliğinin de gösterilmesi anlamına gelmektedir. Antisosyal kişiliğin psikopatik kişilik ile bire bir örtüşmediği literatürde belirtilmiştir (*Cunningham & Reidy, 1998*). AKB diagnostik kategorisi heterojen bir grup oluşturmaktadır, çünkü daha ziyade davranışsal çıktılara odaklanmakta ve aynı davranışsal çıktılar (tutuklanmaya zemin hazırlayan suç sayılan eylemler gibi), farklı kişilik

karakteristikleri tarafından belirlenebilmektedir (*Hare, 1996*). Bu çalışmada DSM-IV'e göre belirli bir diagnostik kategori içinde (AKB) olan bireylerin psikopatik karakteristikler ve empati açısından normal kişilikten ne şekilde farklılaştığını incelenmiştir.

MACH-IV ölçeği düşük iç tutarlılığından ötürü istatistiklerden çıkarılmıştır. MACH-IV ölçeğinin düşük iç tutarlılığının nedeni bu ölçeğin kriminal popülasyonlara uygun olmaması olabilir. *McHoskey ve ark. (1998)* MACH-IV ölçeğinin daha ziyade görel olarak başarılı, ancak antisosyal olan kişiler üzerinde sıkça çalışıldığını belirtmişti. Klinik gruplar üzerinde yapılan çalışmalar makyavelizm ile psikopati arasındaki ilişkiyi ya bulamamakta (*Widom, 1977*) ya da düşük korelasyon bulmaktadırlar (*Widiger ve ark., 1996*). Ölçeğin daha düşük eğitim seviyesinde olan kişilere göre rafine edilmesi ve psikometrik özelliklerinin geliştirilmesi sorunu ortadan kaldırabilir.

Ölçeklerin interkorelasyonları değerlendirildiğinde üniversite popülasyonunda elde edilen değerlere benzer sonuçlar bulunmuştur (bkz. Tablo 24). Birincil ve ikincil psikopati orta dereceli pozitif korelasyon vermiştir. Bu bulgular literatürle uyum içindedir (*Engeler & Yargıç, 2004f; Levenson ve ark., 1995; Williams & Paulhus, 2004*). Birincil psikopati anlamlı ölçüde kognitif empatiyle, daha büyük olmak üzere emosyonel empatiyle negatif korelasyon göstermiştir. Birincil psikopatının genel bir empati eksikliği ile birlikte bulunduğu bu çalışmada da gösterilmiştir. Psikopati gerçekten empati ile negatif korelasyona sahiptir (*Levenson, 1990; Sandoval ve ark. 2000*). FS ve PD ile olan korelasyonlar birincil psikopatının bu empati alt ölçekleri ile ilişkisiz olduğunu göstermektedir. İkincil

psikopati klinik olmayan popülasyonda olduğu gibi (ayrıca bkz. *Engeler & Yargıç, 2004f*) PD ile pozitif korelasyon göstermiştir. Bu korelasyon ikincil psikopatinin nörotik karakteristikler ve sosyal disfonksiyon ile olan ilişkisini teyit etmektedir. Çünkü PD sosyal anksiyete ile pozitif yönde ilişkilidir (*Davis, 1983*). İkincil psikopatinin empati ile ilişkisi (PD hariç) bu kadar net değildir. Kognitif empati ile ikincil psikopati arasında negatif korelasyon beklenmekteydi. Bu çalışmada kognitif empati-ikincil psikopati korelasyonu negatif olmakla beraber, çok düşüktü ve anlamlı değildi. Yine ikincil psikopati, emosyonel empati ve FS ile anlamsız pozitif korelasyon göstermekteydi. Özetle birincil psikopati genel bir empati eksikliği ile ilişkilirken, ikincil psikopati empati ile anlamlı bir korelasyon göstermemektedir ve nörotik bir yapıya işaret etmektedir.

Empati alt ölçeklerinin korelasyonu makul sonuçlar vermiştir. Pozitif PT-EC korelasyonu negatif PT-PD korelasyonu ile birlikte görülmektedir (örneklem gruplarının küçüklüğü nedeniyle bu ikili korelasyonların anlamsız olduğuna dikkat edilmelidir). FS, PT hariç bir korelasyon vermemektedir. PT ile gösterdiği korelasyon orta dereceli ve anlamsızdır. FS' nin emosyonel empati ile orta dereceli pozitif korelasyona sahip olması gerekirdi (*Davis, 1980, 1983; Engeler & Yargıç, 2004f*). Ancak bu çalışmada pozitif FS-EC ilişkisi bulunamadı. Buradaki interkorelasyonların iki grubun kombine edilmesiyle elde edildiğine ve bu nedenle yapay şekilde şişmiş olabileceğine dikkat etmek gerekir. Literatürde interkorelasyonları bu şekilde rapor eden bir çok çalışma bulunduğu ve sonuçlar birinci çalışmada bulunan korelasyonlarla paralellik gösterdiğinden bu istatistiksel sınırlılığın bir önemi bulunmamaktadır.

Grup farklılıkları MANOVA ve ayırt edici fonksiyon analizi ile değerlendirilmiştir. Her iki istatistiğin sonuçları birlikte tartışılmıştır. Grup farklılıkları incelendiğinde çalışmada kullanılan değişkenler açısından iki grubun anlamlı şekilde birbirinden farklılaştığı bulunmuştur (bkz. Tablo 25). Gruplar birbirlerinden birincil ve ikincil psikopati açısından farklılaşmaktadırlar. Empati alt ölçeklerinde gruplar arasındaki fark anlamlı seviyeye varmamaktadır. Ayırt edici fonksiyon analizi antisosyal kişilik olarak isimlendirdiğimiz bir fonksiyon ile iki grubun ayrıldığını göstermektedir (bkz. Tablo 27). Antisosyal kişilik fonksiyonu en iyi ikincil psikopati ve birincil psikopati tarafından tanımlanmaktaydı. Empati alt ölçeklerinin antisosyal kişilik fonksiyonuna olan yükleri anlamlı değildi.

Bireysel ölçekler söz konusu olduğunda gruplar arasında en büyük ortalama farklılığı ikincil psikopatide görülmektedir. İkincil psikopati ayırt edici fonksiyon analizinde antisosyal kişilik fonksiyonunu en iyi tanımlayan değişkendi. AKB'nun en çok ikincil psikopatik karakteristiklerle ilişkili olduğu göz önünde tutulduğunda bu bulgu literatür ile uygunluk içindedir. Gerçekten AKB daha ziyade ikincil psikopati yani Faktör 2 ile ilişkilidir. AKB diagnostik kategorisi Faktör 2 ile Faktör 1'den daha fazla point biserial korelasyon vermektedir (sırasıyla $r_{pb} = .55$ ve $r_{pb} = .42$; Harpur ve ark., 1988; $r_{pb} = .61$ ve $r_{pb} = .38$; Harpur ve ark., 1989). Şimdiki çalışmada AKB ile ikincil ve birincil psikopati için elde edilen point biserial korelasyonlar buna yakındır (Sırasıyla $r_{pb} = .54$ ve $r_{pb} = .49$). Antisosyal kişilik fonksiyonunun en iyi ikincil psikopati ile tanımlanması ve point biserial korelasyonların benzerliği, LSRP'nin PCL-R ile büyük ölçüde örtüştüğünü

göstermektedir ve psikopati ile AKB arasında asimetrik ilişki olduğu görüşüyle uygunluk içindedir.

AKB grubunun birincil psikopatik karakteristikler açısından da toplum örnekleminde anlamlı olarak ayrıldığı görülmektedir. Ayırt edici fonksiyon analizinde birincil psikopati antisosyal kişilik fonksiyonunu anlamlı olarak tanımlayan ikinci değişkendi. Bu bulgular her ne kadar AKB ikincil psikopati ile ilişkili olsa da, birincil psikopatik karakteristiklerin bu popülasyonda var olduğunu ve antisosyal kişiliği tanımladığını ortaya koymaktadır. Bunun nedeni psikopatların çoğunun esasında AKB teşhis kriterlerini de karşılamasıdır (ancak çoğu AKB almış birey psikopat değildir, tartışma için bkz. *Hare, 1996*). Bu nedenle özellikle kriminal psikopatlar klinik ortamlarda AKB kategorisinin içinde yer almaktadır. Bu bakış açısından değerlendirildiğinde neden ikincil psikopatik karakteristikler ön planda olmak üzere AKB grubunda hem birincil hem de ikincil psikopatik karakteristiklerin olduğu anlaşılmaktadır. Kısmi η^2 değerleri farkların klinik açıdan da anlamlı olduğunu göstermektedir.

Farklılıklar eğitim kontrol edildikten sonra da anlamlı olmaya devam etmişti ve eğitimin grup farklılıkları üzerinde anlamlı bir etkisi yoktu (bkz. Tablo 26). Grup farklılıklarının eğitime atfedilememesi, birincil ve ikincil psikopatinin eğitimin bir fonksiyonu olmadığını bir kanıttır. Ancak bu bulgu eğitimin skorlar üzerinde hiçbir etkisi olmadığını göstermemektedir. Eğitimin en çok etkide bulunduğu değişken ikincil psikopatidir. İkincil psikopati ile eğitim arasındaki korelasyon hesaplandığında anlamlı negatif korelasyon bulunmuştu (bkz Dipnot 7). Birincil psikopati üzerinde eğitimin bir etkisi yoktu. Eğitimin ikincil psikopati ile

olan ilişkisi literatürde gösterilmiştir. Birincil psikopati eğitim ile ilişkisiz iken ikincil psikopati ile negatif yönde korelasyona sahiptir (*Harpur ve ark.*, 1989). Düşük eğitim ve olumsuz çevre koşulları ikincil psikopatik karakteristiklerle ilişkilidir.

Gruplar arasında emosyonel (EC) ve kognitif empati (PT) açısından fark beklenmekteydi. Empatinin psikopatlarla daha düşük olduğu gösterilmiştir (*Widom*, 1977). Yine empati AKB ile (*Widiger ve ark.* 1996), kriminal popülasyonlarda psikopati ile (*Sandoval ve ark.*, 2000) negatif korelasyon göstermektedir. Birincil psikopati ile emosyonel ve kognitif empati arasında negatif korelasyon şimdiki çalışmada bulunmuştur. Ancak beklentilerimize rağmen, AKB teşhis almış katılımcıların ne emosyonel ne de kognitif empati açısından toplum örnekleminde anlamlı olarak farklılaşmadığı ve bu değişkenlerin antisosyal kişilik fonksiyonuna anlamlı olarak yüklenmediği bulundu. Empati alt ölçeklerinin farklılığının gözlemlenememesinin aydınlatılması gerekir. Ölçeklerin interkorelasyonları farkların boyutunun neden düşük olduğunu ve istatistiksel açıdan gözlemlenemediğini kısmen açıklamaktadır. Birincil psikopati, emosyonel ve kognitif empati ile negatif korelasyon göstermekteydi, FS ve PD ile negatif olmakla beraber birbiriyle ilişkisizdi. İkincil psikopati için empati alt ölçekleri ile korelasyonlar PT hariç pozitif yöndeydi ve tüm korelasyonlar düşüktü ve anlamlı seviyede değildi. Gerçekten ikincil psikopatların empatiyi kısmen gösterebildikleri ve bu nedenle birincil psikopatiden ayrıldıkları ve tedaviye de cevap verebilecekleri literatürde tartışılmıştır (inceleme için bkz. *Skeem ve ark.*, 2003). Empati eksikliği Faktör 2'nin değil Faktör 1'in karakteristiğidir (*Harpur ve ark.*, 1988). Yine

AKB'nun daha ziyade ikincil psikopati ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (*Harpur ve ark., 1988; Harpur ve ark., 1989*). Bu çalışma da AKB grubunun toplum örnekleminde daha ziyade ikincil psikopatik karakteristikler açısından ayrıldığını ortaya koymaktaydı. İkincil psikopatik karakteristiklerin yaygın olduğu bir popülasyonda bu nedenlerle empati eksikliğini gözlemek daha güç olacaktır. Nitekim buradaki klinik grubun psikopatik kişilik gösteren bireyler olmadığını ve AKB teşhisi almış bireylerden oluşan bir grup olduğunu göz önünde tutmak gereklidir.

AKB grubunun birincil psikopatik karakteristiklerin eşlik ettiği ikincil psikopatik karakteristikler gösteren bir grup olduğu (muhtemelen birincil psikopati ve ikincil psikopatinin ön planda olmasına göre aslında iki grup) düşünüldüğünde emosyonel ve kognitif empati konusundaki farklılıkların çok anlamlı olmaması anlaşılabilir bir durumdur. Özetle AKB teşhisi almış kişiler kısmen empati gösterebilirler. AKB grubundaki katılımcıların klinik görüşme esnasında bildirdiği anoktedal raporlarda, prososyal (yardım etme davranışı) olarak başlayan fakat antisosyal olarak sonlanan davranışlar azımsanmayacak ölçüde görülmekteydi (mesela zor durumda olan birine yardım etmek ya da hakkını müdafaa etmek için eyleme geçtiklerinde, kurbanı zor durumu düşüren kişiye sıra dışı şiddet uygulanması gibi). Buna göre AKB alan bireyler birincil psikopatiden farklı olarak katı kalplilik, empati eksikliği gibi karakteristikleri göstermemektedirler. AKB olan kişilerde ön planda olan düşünmeden hareket etme, çabuk öfkelenme ve saldırganlıktır.

Psikopatik suçluların kullanıldığı bazı çalışmalarda dahi gruplar arasında empati farklılıkları gösterilememektedir. *Book ve Quinsey, (2004)* psikopatik suçluları toplum örneklemini, lisans öğrencileri ve psikopatik olmayan suçlularla karşılaştırdıklarında gruplar arasında IRI alt ölçeklerine göre hiçbir farklılık bulamamışlardı. Araştırmacılar bu sonucu bu tip araştırmalarda empati türündeki ölçekleri kullanırken tepki tarafgirliğine ve “iyi rolü yapma” (faking good) eğilimine bağlamışlardır. *Book & Quinsey, (2004)* aldatma eğilimine sahip kişilerin aldatma ile ilgili niyetlerini, kendi amaçlarına ulaşabilmek için saklamaları gerektiğini, bu nedenle de daha az empatiye işaret eden şekilde tepkide bulunmadıklarını ifade etmişlerdir.

Empati eksikliğinin çalışmada gösterilememesinin bir nedeni AKB olan kişilerin empati konusunda psikopatik kişilik kadar empati yetersizliği göstermemesi (ikincil psikopati ile AKB arasındaki ilişki düşünüldüğünde), ikinci nedeni “iyi rolü yapma” ve AKB olan ve psikopatik suçlular gibi riskli gruplarda aldatma eğiliminin yaygın olması, bir diğer nedeni de küçük örneklem büyüklüğü nedeniyle artmış olan Tip II hata olasılığıdır.

Farklılıkların yönüne ve büyüklüğüne bakıldığında AKB grubunun toplum örnekleminde kognitif empati daha büyük olmak kaydıyla, emosyonel ve kognitif empati açısından daha düşük skorlar aldığı görülmektedir (ancak farklar anlamlı değildir). AKB grubu ile toplum örneklemini arasında PT ölçeği için iki puanlık, EC ölçeği için bir puandan fazla bir fark bulunmaktadır. EC ve PT antisosyal kişilik fonksiyonuna anlamlı olmamakla beraber negatif olarak yüklenmekteydiler. Kognitif empatinin antisosyal kişilik fonksiyonuna olan yüklenmesi (-.19)

emosyonel empatinin yükünden (-.12) daha yüksekti ve bu değerler *Levenson*'un (1990) çalışmasında "antisosyallik" fonksiyonuna empatinin yüküyle (-.14) karşılaştırılabilir durumdaydı. Özetle emosyonel ve kognitif empati antisosyal kişilik fonksiyonuna zayıf olarak yüklenmekteydi, fakat bu değerler literatürdeki diğer çalışmalarla da karşılaştırılabilir durumdaydı.

Empati alt ölçekleri ile deneysel grup arasındaki point biserial korelasyonlar bir ilişkiye işaret etmektedir. Özellikle PT ölçeğinin AKB ile point biserial korelasyonu DSM-IV alan çalışmasında AKB diagnostik kategorisi ile PT arasındaki korelasyonun aynısıdır ($r = -.17$). Ancak emosyonel empati için bulunan korelasyon şimdiki çalışmada bulunandan daha yüksektir (*Widiger ve ark., 1996*). Buraya kadar olan bulgular AKB'nda özellikle kognitif empatinin düşük olduğuna dikkat çekmektedir ve istatistiksel açıdan anlamlı olmamakla beraber AKB grubunun daha düşük emosyonel ve kognitif empatiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca birincil ve ikincil psikopatiden sonra antisosyal kişilik fonksiyonunu en iyi tanımlayan değişken kognitif empatidir.

Üniversite örnekleminde yapılan çalışma göz önünde tutulduğunda bu bulgular anlamlıdır. Birinci çalışmada birincil psikopati hem emosyonel empati hem de kognitif empati ile negatif korelasyona sahipti. İkincil psikopati ise daha ziyade kognitif empati ile negatif ilişkiye sahipti (bkz. Tablo 20). AKB diagnostik kategorisi ikincil psikopati ile daha yakından ilişkili olduğundan, ikincil psikopatinin birincil psikopatiden antisosyal kişilik fonksiyonunu daha iyi tanımlaması ve yine kognitif empatinin emosyonel empatiden daha yüksek negatif yüke sahip olması beklenen bir durumdur. Bu çalışma Psikopatik Kişilik

yapısındaki kimseler üzerinde yapılmış olsaydı bu durumda muhtemelen yüksek birincil psikopati skoru ve emosyonel empati daha düşük olmak üzere hem emosyonel hem de kognitif empati eksikliği gözlemlenecekti. Çünkü AKB birincil psikopatiden ziyade ikincil psikopati ile ilişkili iken, Psikopatik kişilik daha ziyade birincil psikopati ile ilişkilidir (*Harpur ve ark., 1988*). AKB ile EC ile PT arasındaki bu asimetri birincil psikopatinin emosyonel empati daha ön planda olmak üzere genel empati eksikliği ile ve ikincil psikopatinin kognitif empati eksikliği ile ilişkili olduğu teziyle uyum içindedir. Farklı empati boyutlarının bu iki kişilik kategorisi (birincil psikopati-ikincil psikopati veya AKB-Psikopatik kişilik) arasında farklılaşabileceğini tartışan ve tarafımızdan bilinen bir çalışma yoktur.

Kişisel rahatsızlık (PD) ölçeği için AKB grubunun ortalaması daha fazladır (farkın yine istatistiksel açıdan anlamlı olmadığına dikkat etmek gerekir). Ayrıca PD antisosyal kişilik fonksiyonuna pozitif olarak yüklenmekteydi. Bunun nedeni AKB popülasyonunda ikincil psikopatik karakteristiklerin yaygınlığı ve pozitif PD-ikincil psikopati ilişkisi olabilir. AKB grubunda yine ikincil psikopatinin daha ön planda olduğu göz önünde tutulursa, AKB grubunun neden daha fazla PD skoru aldığı anlaşılmaktadır. İkincil psikopati nörotisizm ile ilişkilidir (*Lynam ve ark., 1999*). Bu nedenle de sosyal anksiyete ile pozitif yönde ilişkili olan PD ölçeği (*Davis, 1983*) ikincil psikopati ile pozitif korelasyon göstermektedir. Bu korelasyon üniversite popülasyonunda da tespit edilmişti (*Engeler & Yargıç, 2004f*). Ancak diğer yandan birincil psikopatik karakteristikler makul bir şekilde PD ile düşük negatif korelasyon göstermektedir. AKB grubunda birincil ve ikincil psikopati olmak üzere her iki karakteristik de görüldüğünden PD ile ilgili olarak bunların

birbirini dengeleyerek ortadan kaldırdığı düşünülebilir. Aradaki büyüklüğü düşük fark da AKB grubunda ikincil psikopatik karakteristiklerin birincil psikopatiye göre daha yaygın olması ile açıklanabilmektedir.

FS ölçeğinde AKB grubu toplum örnekleminde bir puandan fazla puan almıştı. Ancak FS ölçeğinin iç tutarlılığı bu çalışmada düşük çıkmıştır ($\alpha = .46$). Negatif madde toplam korelasyonu olan bir madde (Madde 1) çıkarıldığında iç tutarlılık yükseldi. Bu durumda gruplar arasındaki fark da büyük ölçüde ortadan kalmaktaydı ve antisosyal kişilik fonksiyonuna yükü de düşmekteydi. Özetle gruplar FS açısından beklendiği gibi farklılaşmamaktaydılar.

Sonuç olarak AKB grubu toplum örnekleminde ikincil ve birincil psikopatik karakteristikler açısından farklılaşmaktaydı. Beklendiği gibi FS ve PD açısından iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu. EC ve PT farklılıkları beklenen yöndeydi ancak anlamlı seviyeye varmamıştı. Diğer bir deyimle AKB grubu psikopatik karakteristikleri (özellikle ikincil psikopati) göstermekte, ama empati konusunda istatistiksel açıdan anlamlı bir yetersizlik göstermemekteydi.

Bireysel test skorlarının grup üyeliğini ne şekilde belirlediğine bakıldığında değişkenlerin kombinasyonunun grup üyeliğini belirleme olasılığını anlamlı ölçüde artırdığı görüldü. Antisosyal Kişilik fonksiyonu vakaların % 85'ini doğru bir şekilde sınıflayabilmekteydi (bkz Tablo 28). Burada toplum örnekleminde yanlış şekilde AKB olarak sınıflanan iki katılımcının ya klinik görüşme ile elde edilen (partner sayısı, madde kullanım bozukluğu olmaksızın madde kullanım hikayesi, ve sık iş değiştirme gibi) karakteristikler açısından ya da MINI ile tespit edilen antisosyal semptomlar açısından AKB grubundaki

katılımcılara benzediklerini açıklamak faydalı olacaktır. Diğer bir ifade ile toplum örneklemini içinde de davranışlarla ölçek skorlarının kombinasyonundan elde edilen antisosyal kişilik fonksiyonu arasında bir ilişki bulunmaktaydı. AKB grubunda benzer bir şekilde yanlış olarak toplum örnekleminin üyesi olarak sınıflandırılan üç vaka vardı. Bu katılımcıların AKB olduğu kesin olduğundan (dosya teşhisi, MINI ve klinik görüşme ile belirlendi) neden yanlış sınıflandırıldığını açıklamak güçtür. Ancak bu grup üyelerinin hepsinin yaş ortalamasının kendi grubunun ortalamasından daha yüksek olduğu, klinik görüşme esnasında gözlemlenen “iyi rolü yapma” veya daha düşük seviyeli kriminal özgeçmiş gibi karakteristikleri gösterdikleri belirtilmelidir.

İki grup stepwise ayırt edici fonksiyon analizi ile analiz edildiğinde LSRP'nin iki alt ölçeğinin vakaların % 75'ini tek başına ayırt ettiği bulundu. Sonuçlar psikopatik kişilik karakteristiklerinin antisosyal semptomatolojiyi belirlemede çok başarılı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgu özellikle LSRP'nin öz bildirim tarzında kolaylıkla uygulanan ve kısa bir ölçek olması düşünüldüğünde daha da önem kazanmaktadır. AKB olan popülasyonda LSRP'nin bu derece prediktif güce sahip olması psikopati ile AKB'nin aynı yapıya işaret etmemesi nedeniyle şüpheyle karşılanabilir. Ancak burada AKB olan katılımcıların teşhislerinin DSM-IV temelli olduğunu ve katılımcılara DSM-IV kriterlerine göre yeniden AKB teşhisi konulduğunda psikopati ile AKB arasındaki farklılıkların daha da azaldığının başka çalışmalarda gösterildiğini göz önünde tutmak gereklidir (Stålenheim & von Knorring, 1996).

LSRP ayrıca şiddetten arındırılmış bir test olduğundan AKB ile psikopati arasındaki ilişkiyi gösteren bu çalışmanın bulguları totolojik olmaktan uzaktır. Bu çalışma LSRP'nin daha ileri geçerliliğini ve kriminal-klinik popülasyonlarda kullanılabilirliğini göstermiş bulunmaktadır. LSRP klinik olmayan popülasyonlar için geliştirilmiş bir ölçek olmasına rağmen bu popülasyonların dışında da çalışabildiği görülmektedir. Kolay, çabuk, uygulaması zahmetsiz ve AKB olan popülasyonlara da uygulanabilir durumdadır.

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Mesela çalışma AKB teşhisi konulmamış suçluları içermemektedir. AKB olmayan suçluların kontrol grubu olarak toplum örnekleminde daha iyi bir alternatif olabileceği düşünülebilir. Ancak AKB'nun kriminal popülasyonlarda çok yaygın olarak bulunması çalışmaya böyle bir grubun eklenmesini güçleştirmektedir. Ayrıca kriminal popülasyonlarda AKB olmayan suçluların hiçbir antisosyal belirti göstermediği de iddia edilemez, bu nedenle gruplar arasındaki farklılıkların gözlemlenmesi daha da zor olacaktır. Ayrıca LSRP'nin şiddetten arındırılmış bir ölçek olması böyle bir grubun eklenmesinin majör bir önemi olmadığını ortaya koymaktadır. Nitekim bu çalışmada gruplar saldırganlık, öfke, düşmanlık gibi AKB olan popülasyonlarda yaygın olduğu bilinen karakteristikler açısından karşılaştırılmamıştır.

Çalışmanın ikinci sınırlılığı sosyal açıdan arzulanmayan cevapları verme veya kendini aldatma eğilimini ölçen eğilimini bir ölçeğin çalışmaya dahil edilmemiş olmasıdır. MACH-IV veya birincil psikopati gibi ölçekler tekrarlı bir şekilde sosyal açıdan arzulanmayan karakteristikleri kabullenmeyi gerektirir. Bu yüzden bu ölçeklerin makyavelizmi veya psikopatiyi değil, olumsuz yöndeki kişisel bilgiyi

itiraf etme isteksizliğini ölçtüğü iddia edilebilir (*McHoskey ve ark., 1998*).

Şüphesiz ki sosyal açıdan arzulanan cevapları verme eğilimini tespit eden ölçekler, öz bildirim tarzındaki ölçeklerin kullanıldığı çalışmalarda büyük avantaj sağlamaktadırlar. Bu ölçeklerden herhangi birinin kullanılmamasının iki nedeni vardır. Birincisi bu ölçekleri kullanmadan yapılan pek çok çalışma bulunmaktadır, ikincisi bu ölçeklerden hiç biri dilimizde mevcut değildir ve önce psikometrik çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

Psikopati çalışmalarının farklı kültürlerde de yapılması, psikopatinin uluslar arası perspektiften değerlendirilmesini mümkün kılacaktır. Şu ana kadar psikopati ile ilgili çalışmalar daha ziyade batılı popülasyonlara aittir. Bu karakteristiklerin diğer kültürlerde çalışılması özellikle adli kurumlarda bulunan büyük örneklem gruplarına uygulanarak sonuçların kültürler arasında karşılaştırılması psikopati konusunda bilgilerimizin artmasını temin edecektir (*Levenson ve ark., 1995*).

Bu çalışma psikopati konusunda ülkemizde yapılmış ilk çalışmadır. Bilinen psikopati ölçeklerinin hiç biri ülkemizde mevcut değildir. MMPI gibi bazı ölçeklerle yapılan çalışmalar psikopati ile değil, aslında AKB ile ilgilidir. Çünkü bu testler daha ziyade antisosyal eylemleri ya da antisosyal yaşam stilini ölçmektedirler (*Lilienfeld & Andrews, 1996*). Kriminal popülasyonların yaklaşık olarak % 50- % 75 civarında AKB (*Correctional Service of Canada, 1990, Teplin, 1994, Widiger ve ark., 1996*), % 28 civarında da psikopatik kişilik bozukluğu (*Widiger ve ark., 1996*), madde kullanım sorunu olanların % 50'sinin AKB olan kişilerden oluştuğu düşünüldüğünde bu popülasyonlarda yapılacak çalışmalarda AKB'nu ve Psikopatik

eğilimleri dikkate alınmanın önemi daha iyi anlaşılabilir. Bundan sonraki çalışmalarda, bu çalışmadaki ölçekler (LSRP öncelikli olmak üzere) çeşitli amaçlarla farklı çalışmalarda farklı klinik, kriminal veya klinik olmayan popülasyonlara uygulanabilir. Psikopatiyi çalışmak isteyen araştırmacılar için potansiyel araştırma konularının mevcut olduğu görülmektedir.



ÖZET

Psikopati çalışmaları daha ziyade batılı popülasyonlar üzerinde yapılmıştır ve bunların sonuçları diğer popülasyonlara genellenemez. Türk popülasyonunda psikopatik eğilimlerin ölçülebilmesi amacıyla iki çalışma yapılmıştır. Birinci çalışmada Levenson Öz Bildirim Psikopati Ölçeğinin (LSRP; *Levenson, Kiehl, & Fitzpatrick, 1995*) güvenilirliği ve geçerliliği 214 lisans öğrencisi üzerinde gösterilmiştir. *Levenson ve ark.* tarafından LSRP'nin geçerliliğini göstermek amacıyla geliştirilen Antisosyal Eylem Ölçeği (AAS) de aynı amaçla tercüme edilmiş ve Türk kültürüne uyarlanmıştır. AAS, empatiyi ölçmek için kullanılan Kişiler arası Tepkisellik İndeksi (IRI; *Davis, 1980, 1983*) ve Makyavelizmi belirlemek için kullanılan MACH-IV (*Christie & Geis, 1970*) ölçeklerinin Türkçe versiyonlarının daha önce güvenilirliği gösterilmediğinden bunların psikometrik nitelikleri de rapor edilmiştir. Tüm ölçeklerin kabul edilebilir veya iyi psikometrik niteliklere sahip olduğu bulunmuştur. Birincil psikopati, ikincil psikopati, antisosyal eylemler ve MACH birbiriyle pozitif korelasyon gösterirken bu ölçeklerin hepsi emosyonel ve kognitif empati ile negatif korelasyon göstermekteydi. İkincil psikopatinin emosyonel empati ile olan korelasyonu anlamlı seviyeye varmamıştı. Ayrıca ikincil psikopati kişisel rahatsızlık ile ilişkiliydi. Empati alt ölçeklerinin birbiriyle olan korelasyonu literatürle karşılaştırılabilir durumdaydı. Regresyon analizi antisosyal eylemlerin en kuvvetli prediktörlerinin birincil psikopati, makyavelizm, fantezi eğilimi ve cinsiyet olduğunu, buna karşılık emosyonel empatinin negatif prediktör olduğunu ortaya koydu. Bulgular birincil ve ikincil psikopatinin kişisel rahatsızlık ve empatinin

farklı veçheleri açısından birbirinden farklılaştığını ortaya koymaktadır. Birincil psikopati genel empati eksikliği ile ilişkili ve kişisel rahatsızlıkla ilişkisiz iken, ikincil psikopati kognitif empati eksikliği ile ilişkiliydi ve kişisel rahatsızlıkla pozitif korelasyon göstermekteydi. Üstelik bu bulgular psikopatının süreklilik gösteren bir boyut olduğu görüşü ile uygunluk içindedir.

İkinci çalışmada Antisosyal Kişilik Bozukluğu (AKB) teşhisi almış katılımcılar ($N = 20$) ve toplumsal örneklem grubu ($N = 20$) ile kişilik karakteristikleri açısından karşılaştırılmıştır. Ölçekler birincil ve ikincil psikopati, emosyonel ve kognitif empati, fantezi eğilimi ve kişisel rahatsızlıktı. Grup karşılaştırmaları MANOVA, diskriminant fonksiyon analizi ve point biserial korelasyonlar ile yapılmıştır. Diskriminant fonksiyon analizi örneklemin % 85 'ini doğru bir şekilde sınıflayan Antisosyal Kişilik fonksiyonunu belirlemiştir. Antisosyal Kişilik fonksiyonu en iyi ikincil psikopatik karakteristiklerle tanımlanmaktaydı ve bunu birincil psikopatik karakteristikler izlemekteydi. Emosyonel ve kognitif empatinin yükleri negatif, kişisel rahatsızlık ve fantezi ölçeğinin yükleri pozitifti ama hiçbiri anlamlı seviyeye varmamıştı. AKB grubu toplum örnekleminde birincil ve ikincil psikopati açısından daha yüksek skor almış, ancak beklentilerle çelişkili olarak AKB teşhisi almış katılımcılar hiçbir empati alt ölçeğinde anlamlı olarak düşük skor almamıştı. Point biserial korelasyonlar benzer şekilde AKB' nun ikincil psikopati ile birincil psikopati ile olduğundan daha yüksek korelasyona sahip olduğunu göstermekteydi. AKB emosyonel ve kognitif empati ile zayıf ve anlamsız olmasına rağmen negatif point biserial korelasyonlara sahipti. Tüm örneklem için birincil psikopati hem

emosyonel hem de kognitif empati ile negatif korelasyon gösterirken kişisel rahatsızlıkla ilişkisizdi. Diğer yandan ikincil psikopati kişisel rahatsızlıkla pozitif korelasyona sahipken emosyonel ve kognitif empati ile esas olarak ilişkisizdi. Bu sonuçlar birincil ve ikincil psikopatinin nörotik bileşen ve farklı empati boyutları açısından birbirinden farklılaştığını tekrar ortaya koymaktadır.



ABSTRACT

Psychopathy studies have typically been conducted on Western populations, and their results cannot be generalized to other populations. Two studies were conducted to measure psychopathic dispositions in Turkish population. In the first study, the reliability and validity of Levenson Self-Report Psychopathy Scale (LSRP; *Levenson, Kiehl, & Fitzpatrick, 1995*) were examined using 214 university undergraduates. The Antisocial Action Scale (AAS) which had been developed by *Levenson et. al.* for validation of LSRP was translated with the same purpose and adapted to a new form to reflect Turkish culture. Psychometric properties of Turkish translations of the AAS, Interpersonal Reactivity Index (IRI; *Davis, 1980, 1983*) which measures empathy, and MACH-IV (*Christie & Geis, 1970*) which measures Machiavellianism were reported because the reliabilities of Turkish versions of these scales had not been reported elsewhere. All scales had good or acceptable level of psychometric properties. The primary psychopathy, secondary psychopathy, Machiavellianism, and antisocial actions were correlated with each other and negatively correlated with both emotional and cognitive empathy. The negative correlation between secondary psychopathy and emotional empathy did not reach significant level. In addition, the secondary psychopathy scale was associated with personal distress. Intercorrelations of IRI subscales were comparable with those described in the literature. Multiple regression analysis has revealed that the strongest predictors of antisocial actions were primary psychopathy, Machiavellianism, fantasy scale, and sex, but emotional empathy was a negative predictor. Results demonstrate that primary and secondary scale differ

from each other with regard to personal distress and various aspects of empathy. While primary psychopathy was associated with general empathy deficit and not with personal distress, secondary psychopathy was associated with cognitive empathy deficit and positively associated with personal distress. Moreover, these findings are consistent with the view of that psychopathy is a continuous dimension.

In the second study, participants who had been diagnosed with Antisocial Personality Disorder (APD) ($N = 20$) were compared with the community sample ($N = 20$) with regard to personality characteristics. Measures included primary and secondary psychopathy, emotional and cognitive empathy, personal distress, and fantasy scale. Group comparisons were established on point biserial correlations, MANOVA, and discriminant function analysis. Discriminant function analysis identified an Antisocial Personality function that correctly classified 85 % of the sample. Antisocial personality function is best defined by secondary psychopathic characteristics followed by primary psychopathy. Although loadings of emotional and cognitive empathy were negative, and loadings of personal distress and fantasy scale were positive, none of the loadings reached significant levels. APD group received significantly higher scores than the community sample on both the primary and secondary psychopathy scales. Contrary to expectations, participants who had been diagnosed with APD did not score significantly lower on any of the empathy subscales. Similarly, the point biserial correlations revealed that APD was more strongly correlated with secondary psychopathy than primary psychopathy. APD had negative point biserial correlations with both emotional and cognitive empathy, although associations were weak and not significant. For the whole sample,

primary psychopathy negatively correlated with both emotional and cognitive empathy, but it was not associated with personal distress. In contrast, secondary psychopathy positively was correlated with personal distress, but it was essentially unrelated to either emotional or cognitive empathy. These findings confirm that primary and secondary psychopathy differ from each other with regard to both various aspects of empathy and the neurotic component.

Key words: Psychopathy, Antisocial, Empathy, Machiavellianism, Turkish.



Kaynaklar

Abu-Akel, A. & Abushua'leh, K.(2004). 'Theory of mind' in violent and nonviolent patients with paranoid schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 1, 45-53.

Akkoyun, F. (1987). Empatik eğilim ve ahlaki yargı. *Psikoloji dergisi* 6 (21), 91-97.

Alterman, A. I, & Cacciola, J. S. (1991). The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: Problems and issues. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 401-409.

American Psychiatrical Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed.). Washington, DC: Author.

American Psychological Association (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.

Amorim, P., Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., & Sheehan, D. (1998). DSM-III-R Psychotic Disorders: Procedural validity of Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for disconcordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 13, 26-34.

Bakır, B. (1996). [Relating depressive symptoms to Machiavellianism in a Turkish sample]. Yayımlanmamış data.

Bakır, B. (2003). [Relation between Machiavellianism and job satisfaction in a sample of Turkish physicians]. Yayımlanmamış data.

Bakır, B., Yılmaz, Y. & Yavas, Y. (1996). Relating depressive symptoms to Machiavellianism in a Turkish sample. *Psychological Reports*,; 78, 1011-1014.

Bakır, B., Özer, M., Uçar, M., Güleç, M., Demir, C., & Hasde, M. (2003). Relation between Machiavellianism and job satisfaction in a sample of Turkish physicians. *Psychological Reports, 92*, 1169-1175.

Boll, T.J. (1994). Neurologically impaired patients. In M. Hersen & S. M Turner (Eds.), *Diagnostic Interviewing* (pp. 354-372). New York: Plenum Press.

Book, A. S. & Quinsey, V. L. (2004). Psychopaths: cheaters or warrior hawks? *Personality and Individual Differences, 36*, 33-45.

Brinkley, C. A., Schmitt, W. A., Smith, S. S., & Newman, J. P. (2001). Construct validation of a self-report psychopathy scale: does Levenson's self-report psychopathy scale measure the same construct as Hare's psychopathy checklist-revised? *Personality and Individual Differences, 31*, 1021-1038.

Brown, J. M. & Nixon, J. (1997). Gender and drug differences in antisocial personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 53* (4), 301-305.

Carroll, K. M., Ball, S. A., & Rounsaville, J. B. (1993). A comparison of alternate systems for diagnosing antisocial personality disorder in cocaine abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181*, 436-443.

Christie, R. & Geis, F. L. (1970). *Studies in Machiavellianism*. New York: Academic Press.

Correctional Service of Canada (1990). A mental health profile of federally sentenced offenders. *Forum on Corrections Research, 2* (1), 7-8.

Corzine, J. B., Buntzman, G. F., & Busch, E. T. (1999). Machiavellianism in U.S. bankers. *The International Journal of Organizational Analysis, 7* (1), 72-83.

Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16 (3), 297-334. .

Cunningham, M. D. & Reidy, T. J. (1998). Antisocial personality disorder and psychopathy: Diagnostic dilemmas in classifying patterns of antisocial behavior in sentencing evaluations. *Behavioral Sciences and the Law*, 16, 333-351.

Davis, M. H. (1980). A Multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents*, 10, 85.

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 113-126.

Edens, J. F., Poythress, N. G. & Lilienfeld, S. O. (1999). Identifying inmates at risk for disciplinary infractions: A comparison of two measures of psychopathy. *Behavioral Science and Law*, 17, 435-443.

Edens, J. F., Skeem, J. L., Cruise, K. R., & Cauffman, E. (2001). Assessment of "Juvenile Psychopathy" and its association with violence: A critical review. *Behavioral Science and Law*, 19, 53-80.

Elwood, C. E., Poythress, N. G., & Douglas, K. S. (2004). Evaluation of the Hare P-SCAN in a non-clinical population. *Personality and Individual Differences*, 36, 833-843.

Engeler, A. & Yargıç, İ. (2004a, Eylül). *Levenson psikopati Ölçeği (LSRP)'nin Türkçe uyarlamasının klinik olmayan bir örneklem üzerinde güvenilirlik ve geçerliliği: Pilot çalışmalar* [Reliability and validity of Turkish version of Levenson Self-report Psychopathy Scale (LSRP) in a non-clinical sample: Pilot

studies]. Türk Psikoloji Derneği, 13. Ulusal yıllık kongresinde sunulmuş poster, İstanbul, Türkiye.

Engeler, A. & Yargıç, İ. (2004b, Eylül). *Kişiler arası tepkisellik İndeksi(İRİ) 'nin Türkçe uyarlamasının Üniversite örneklemleri üzerinde güvenilirlik ve geçerlilik çalışması: Pilot çalışmalar* [Reliability and validity study of Turkish version of Interpersonal Reactivity Index (İRİ) in a college sample: Pilot studies]. Türk Psikoloji Derneği, 13. Ulusal yıllık kongresinde sunulmuş poster, İstanbul, Türkiye.

Engeler, A. & Yargıç, İ. (2004c, Ekim). *Makyavellinizm (MACH-IV) Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Güvenilirliği*. [Reliability of Turkish version of Machiavellianism scale (MACH-IV)] Türk Psikiyatri Derneği, 40. Ulusal yıllık kongresinde sunulmuş poster, İzmir, Türkiye.

Engeler, A. & Yargıç, İ. (2004d, Ekim). *Kişiler arası tepkisellik İndeksi(İRİ) 'nin Türkçe uyarlamasının güvenilirliği* [Reliability of Turkish version of Interpersonal Reactivity Index (İRİ)]. Türk Psikiyatri Derneği, 40. Ulusal yıllık kongresinde sunulmuş poster, İzmir, Türkiye.

Engeler, A. & Yargıç, İ. (2004e, Ekim). *Levenson psikopati Ölçeği (LSRP) 'nin Türkçe uyarlamasının güvenilirliği* [Reliability of Turkish version of Levenson Self-report Psychopathy Scale (LSRP)]. Türk Psikiyatri Derneği, 40. Ulusal yıllık kongresinde sunulmuş poster, İzmir, Türkiye.

Engeler, A. & Yargıç, İ. (2004f, Ekim). *Psikopati, makyavelizm ve empati* [Psychopathy, machiavellianism and empathy]. Türk Psikiyatri Derneği, 40. Ulusal yıllık kongresinde sunulmuş poster, İzmir, Türkiye.

European Science Foundation (2000). Good scientific practice in research and scholarship. *European Science Foundation Policy Briefing*.

Fernandez, Y. M. & Marshall, W. L. (2003). Victim empathy, social self-esteem, and psychopathy in rapists. *Sexual Abuse: A Journal Research and Treatment*, 15 (1), 11-26.

Garb, H. N. (1996). Taxometrics and the revision of diagnostic criteria. *American Psychologist*, 51 (5), 553-554.

Habel, U., Kühn, E., Salloum, J. B. Devos, H. & Schneider, F. (2002). Emotional processing in psychopathic personality. *Aggressive Behavior*, 28, 394-400.

Hare, R. D. (1994). Predators: The disturbing world of the psychopaths among us. *Psychology Today*. 27 (1). 54-63.

Hare, R. D. (1995). Psychopaths: New trends in research. *The Harvard Mental Health Letter*, 12, 4-5.

Hare, R. D. (1996). Psychopathy and antisocial personality disorder: A case of diagnostic confusion. *Psychiatric Times*, 13, (2), 39-40.

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

Hare, R. D., Hart, S. D. & Harpur, T. J., (1991). Psychopathy and the DSM-IV criteria for Antisocial Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3), 391-398.

Harpur, T. J., Hakstian, A. R. & Hare R. D. (1988). Factor structure of the Psychopathy Checklist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56* (5), 741-747.

Harpur, T. J., Hare, R. D. & Hakstian, A. R. (1989). Two factor conceptualization of psychopathy: Construct validity and assessment implications. *Psychological Assessment, 1* (1), 6-17.

Harris, G. T., Rice, M. E. & Quinsey, V. L (1994). Psychopathy as a taxon: Evidence that psychopaths are a discrete class. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62* (2), 387-397.

Hervé, H. F., Hayes, J. P. & Hare, R. D. (2003). Psychopathy and sensitivity to the emotional polarity of metaphorical statements. *Personality and Individual Differences, 34*, 1-11.

Hilderbrand, M. & de Ruiter, C. (2004). PCL-R psychopathy and its relation to DSM-IV Axis I and II disorders in a sample of male forensic psychiatric patients in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry, 27* (3), 233-238.

Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and Moral Development: Implications for caring and Justice*. New York: Cambridge University press.

Jackson, R. L., Rogers, R., Neumann, C. S. & Lambert, P. L. (2002). Psychopathy in female offenders. *Criminal Justice and Behavior, 29* (6), 692-704.

Jolliffe, D. & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 9*, 441-476.

Kirkman, C. A. (2002). Non-incarcerated psychopaths: Why we need to know more about the psychopaths who live amongst us. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 155-160.

Kraus G. & Reynolds, D. J. (2001). The “A-B-C’s” of the cluster B’s identifying, understanding, and treating cluster B personality disorders. *Clinical Psychology Review*, 21 (3), 345-373.

Kumari, V., Das, M., Hodgins, S., Zachariah, E., Barkataki, I., Howlett, M., & Sharma, T. (2005). Association between violent behaviour and impaired prepulse inhibition of the startle response in antisocial personality disorder and schizophrenia. *Behavioral Brain Research*, 158, (1), 159-166.

Ladd G. T. & Petry N. M. (2003). Antisocial personality in treatment-seeking cocaine abusers: Psychosocial functioning and HIV risk. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 323–330.

Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett-Sheehan, K., Janavs, J., & Dunbar, G. C. (1997). The Mini international Neuropsychiatric interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12, 224-231.

Lee, K. & Ashton, M. C. (2005). Psychopathy, machiavellianism, and narcissism in the five-factor model and the HEXACO model of personality structure. *Personality and Individual Differences*, 38 (7), 1571-1582.

Levenson, M. R. (1990). Risk taking and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (6), 1073-1080.

Levenson, M. R., Kiehl, K. A., & Fitzpatrick, C. M. (1995). Assessing psychopathic Attributes in a noninstitutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (1), 151-158.

Lilienfeld, S. O. (1998). Methodological advances and developments in the assessment of Psychopathy. *Behaviour research and therapy*, 36, 99-125.

Lilienfeld, S. O. & Andrews, B. P. (1996). Development and preliminary validation of a self-report measure of psychopathic personality traits in noncriminal populations. *Journal of Personality Assessment*, 66 (3), 488-524.

Lindberg, N., Tani, P., Sternberg, J. H., Appelberg, B., Porkka-Heiskanen, T. & Virkkunen, M. (2004). Neurological soft signs in homicidal men with antisocial personality disorder. *European Psychiatry*, 19, 433-437.

Linton, D. K. & Wiener, N. I. (2001). Personality and potential conceptions: mating success in a modern Western male sample. *Personality and Individual Differences*, 31, 675-688.

Liskow, B., Powell, B.J., Nickel, E. J., & Penick, E. (1990). Diagnostic subgroups of antisocial alcoholics: Outcome at 1 year. *Comprehensive Psychiatry*, 31 (6), 549-556.

Luthar, S. S., Glick, M, Zigler, E., & Rounsaville, B. J. (1993). Social competence among cocaine abusers: Moderating effects of comorbid diagnoses and gender. *American Journal of Drug alcohol abuse*, 19 (3), 283-298.

Lynam, D. R., Whiteside, S., & Jones, S. (1999). Self-Reported psychopathy: A validation study. *Journal of Personality Assessment*, 73 (1), 110-132.

Machiavelli, N. (1999). *Prens*. [The Prince]. (Trans. Rekin Teksoy). Oğlak Yayıncılık: İstanbul. (Orijinal çalışma 1513'te yayımlandı).

Martens, W. H. J. (2000). Antisocial and psychopathic personality disorders: causes, course, and remission-A review article. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44 (4), 406-430.

McHoskey, J. W. (1999). Machiavellianism, Intrinsic versus extrinsic goals, and social interest: A self determination theory analysis. *Motivation and Emotion*, 23 (4), 267-283.

McHoskey, J. W. (2001a). Machiavellianism and personality dysfunction. *Personality and Individual Differences*, 31, 791-798.

McHoskey, J. W. (2001b). Machiavellianism and sexuality: on the moderating role of biological sex. *Personality and Individual Differences*, 31, 779-789.

McHoskey, J. W., Worzel, W., & Szyarto, C. (1998). Machiavellianism and psychopathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 192-210.

Meehl, P. E. (1995). Bootstraps taxometrics: Solving the classification problem in psychopathology. *American Psychologist*, 50 (4), 266-275.

Mehrabian, A. (1997). Relations among personality scales of aggression, violence, and empathy: Validation evidence bearing on the risk of eruptive violence scale. *Aggressive Behavior*, 23, 433-445.

Mehrabian, A., Young, A. L., & Sato, S. (1988). Emotional empathy and associated individual differences. *Current Psychology: Research and Reviews*, 7 (3), 221-240.

Messick, S. (1995). Validity of psychological assessment: Validation of inferences from person's responses and performances as scientific inquiry into score meaning. *American Psychologist*, 50, (9), 741-749.

Miller, M. B. (1996). Limitations of Meehl's MAXCOV-HITMAX procedure. *American Psychologist*, 51 (5), 554-556.

Moran, P. (1999). The epidemiology of Antisocial Personality Disorder. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 34, 231-242.

Murrie, D.C., Cornell, D. G., Kaplan, S., McConville, D., & Levy-Elkon, A. (2004). Psychopathy scores and violence among juvenile offenders: A multi-measure study. *Behavioral Science and the Law*, 22, 49-67.

Nelson, G. & Gilbertson, D. (1991). Machiavellianism revisited. *Journal of Business Ethics*, 10, 633-639.

Paulhus, D. L. & Williams, K. M. (2002). The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36, 556-563.

Perneger, T. V. (1998). What's wrong with Bonferroni adjustments. *British Medical Journal*, 316, 1236-1238.

Perneger, T. V. (1999). Adjusting for multiple testing in studies is less important than other concerns. *British Medical Journal*, 318, 1288.

Pérusse, D. (1993). Cultural and reproductive success in industrial societies: Testing the relationship at the proximate and ultimate levels. *Behavioral and Brain Sciences*, 16, 267-322.

Petrla, J. & Skeem, J. F. (2003). An introduction to the special issues on juvenile psychopathy and some reflections on the current debate. *Juvenile psychopathy: The debate. Behavioral Sciences and the Law, 21*, 689-694.

Porter, S., Fairweather, D., Drugge, J., Hervé, H., Birt, A., & Boer, D. P. (2000). Profiles of psychopathy in incarcerated sexual offenders. *Criminal Justice and Behavior, 27* (2), 216-233.

Rasmussen, K., Storsæter, O, & Levander, S. (1999). Personality disorders, psychopathy, and crime in a Norwegian prison population. *International Journal of Law and Psychiatry, 22* (1), 91-97.

Ray, J. J. & Ray, J. A. B. (1982). Some apparent advantages of subclinical psychopathy. *The Journal of Social Psychology, 117*, 135-142.

Reise, S. P. & Oliver, C. J. (1994). Development of a California Q-set indicator of primary psychopathy. *Journal of Personality Assessment, 62* (1), 130-144.

Reise, S. P. & Wink, P. (1995). Psychological implications of the Psychopathy Q-sort. *Journal of Personality Assessment, 65* (2), 300-312.

Sandoval, A. M. R., Hancock, D., Poythress, N., Edens, J. F., & Lilienfeld, S. O. (2000). Construct validity of the psychopathic personality in a correctional sample. *Journal of the Personality Assessment, 74* (2), 262-281.

Schmitt, W. A. & Newman, J. P. (1999). Are all psychopathic individuals low-anxious? *Journal of Abnormal Psychology, 108* (2), 353-358.

Sheehan, D., Janavs, J., Baker, Harnett-Sheehan, K., Knapp, E., Sheehan, M., Lecrubier, Y., Weiller, Hergueta, T., Amorim, P., Bonora L. I., Lépine, J.P.

(2004a). *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), English Version, 5.0.0.*

Sheehan, D., Janavs, J., Baker, Harnett-Sheehan, K., Knapp, E., Sheehan, M., Lecrubier, Y., Weiller, Hergueta, T., Amorim, P., Bonora L. I., Lépine, J.P.

(2004b). *Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme, Türkçe versiyon 5.0.0.*

[*Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), Turkish Version, 5.0.0.*] (A. Engeler, Trans.).

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G.C. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of structured diagnostic interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry, 59* (suppl. 20), 22-33.

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M. F., & Dunbar, G. C. (1997). The validity of the Mini international neuropsychiatric interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry, 12*, 232-241.

Skeem, J. L., Poythress, N., Edens, J. F., Lilienfeld, S. O., & Cale, E. M. (2003). Psychopathic personality or personalities? Exploring potential variants of psychopathy and their implications for risk assessment. *Aggression and Violent Behavior, 8*, 513-546.

Soloff, P. H. (1994). Personality Disorders. In M. Hersen & S. M Turner (Eds.), *Diagnostic Interviewing* (pp. 129-154). New York: Plenum Press.

Stålenheim, E. G. & von Knorring, L. (1996). Psychopathy and Axis I and Axis II psychiatric disorders in a forensic psychiatric population in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 217-223.

Sternberg, R. J. (1995). *The Psychologist's Companion*. (3rd. ed.). New York: Cambridge University Press .

Sutton, J. & Keogh, E. (2000). Social competition in school: Relationships with bullying, Machiavellianism and personality. *British Journal of Educational Psychology*, 70, 443-456.

Sutton, J. & Keogh, E. (2001). Components of Machiavellian beliefs in children: relationships with personality. *Personality and Individual Differences*, 30, 137-148.

Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (1996). *Using Multivariate Statistics* (3.ed.). New York: Harpers Collins College Publishers.

Teplin L. (1994). Psychiatric and substance abuse disorders among male urban jail detainees. *American Journal of Public Health*, 84, 290-293.

Vitale, J. E. & Newman, J. P. (2001). Using the Psychopathy Checklist-revised with female samples: reliability, validity, and implications for clinical utility. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8 (1), 117-132.

Walters, G. D. (2003). Predicting institutional adjustment and recidivism with the Psychopathy Checklist Factor scores: A meta-analysis. *Law and Human Behavior*, 27 (5), 541-588.

Wheeler J. G., George W. H., & Dahl B. J. (2002). Sexually aggressive college males: empathy as a moderator in the “Confluence Model” of sexual aggression. *Personality and Individual Differences*, 33, 759–775.

Widiger, T. A., Frances, A. J., Pincus, H. A., Davis, W. W. & First, M. B. (1991). Toward an empirical classification for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3), 280-288.

Widiger, T. A., Cadoret, R., Hare, R. D., Robins, L., Rutherford, M., Zanarini, M., Alterman, A., Apple, M., Corbitt, E., Forth, A. E., Hart, S. D., Kultermann, J., Woody, G., & Frances, A. (1996). DSM-IV antisocial personality disorder field trial. *Journal of Abnormal Psychology*, 105 (1), 3-16.

Widom, C. S. (1977). A methodology for studying noninstitutionalized psychopaths. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45 (4), 674-683.

Williams K. M. & Paulhus, D. L. (2004). Factor structure of self report psychopathy scale (SRP-II) in non-forensic samples. *Personality and Individual Differences*, 37 (4), 765-778.

Wilson D. S., Near, D. C., & Miller, R. R. (1998). Individual differences in Machiavellianism as a mix of cooperative and exploitative strategies. *Evolution and Human Behavior*, 19, 203-212.

World Health Organization (1992). *International Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th. ed. Author: Geneva.

Yalom, I. D. (1995). *The Theory and Practice of Group psychotherapy*. (4th. ed.) (pp. 219-220). New York: Basic Books.

**ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER VE
GÖRÜŞME ÇİZELGELERİ**

BİRİNCİ ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER

EKA

MACH-IV ÖLÇEĞİ

Kişisel Tepkiler Envanteri

Aşağıda bir dizi ifadeler listesi verilmiştir. Her biri genel olarak bulunan görüşleri ifade etmektedir ve doğru veya yanlış cevap yoktur. Muhtemelen bazı maddelere aynı fikirde değilken diğerleriyle aynı fikirde olacaksınız. Bizler böyle görüşlerle ilgili meselelerle ne derecede aynı fikirde olduğunuz veya olmadığınızı ilgileniyoruz. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz. Ondan sonra aşağıdaki cetveli kullanarak aynı fikirde olduğunuz ve olmadıklarınızın derecesini belirtiniz.

5	4	3	2	1	
Tamamen	Katılıyorum		Nötr	Katılmıyorum	Hiç
Katılıyorum			(Tarafsız)		Katılmıyorum
_____	1.				Yararlı olmadıkça asla kimseye yaptığınız bir şeyin gerçek nedenini söylemeyiniz.
_____	2.				İnsanları idare etmenin en iyi yolu onlara duymak istediklerini söylemektir.
_____	3.				Bir kimse, sadece ve sadece bir şeyin, ahlaki açıdan doğruluğundan emin olduğunda eylemde bulunmalıdır.
_____	4.				Aslında, insanların çoğu temel olarak hoş ve iyi kalplidir.
_____	5.				Her insanın kötü bir yanı olduğunu ve fırsat verilirse bunun ortaya çıkacağını var saymak en güvenli yoldur.
_____	6.				Dürüstlük her durumda en iyi politikadır.
_____	7.				Birisine yalan söylemenin hiç bir mazereti yoktur.
_____	8.				Genel olarak konuşursak, insanlar çalışmaya zorlanmadıkça çok çalışmazlar.
_____	9.				Her şey göz önünde tutulduğunda, alçakgönüllü ve dürüst olmak, önemli ve güvenilir olmaktan iyidir.
_____	10.				Birinden sizin için bir şey yapmasını istediğinizde, etkileyici nedenler öne sürmek yerine, onu istemenizin gerçek nedenlerini belirtmek en iyisidir.
_____	11.				Dünyada başarılı olan insanların çoğu temiz ve ahlaklı hayatlar sürerler.
_____	12.				Başkasına çok güvenen birisi başını belaya sokar.
_____	13.				Çoğu suçluyla diğer insanlar arasındaki en büyük fark, suçluların yakalanacak kadar aptal olmasıdır.
_____	14.				İnsanların çoğu cesaret sahibidir.
_____	15.				Önemli kişileri pohpohlamak akıllıcadır.
_____	16.				Tüm yönleriyle iyi olmak mümkündür.
_____	17.				Her dakika bir enayinin doğduğu iddiası yanlıştır.
_____	18.				Zaman zaman kestirme yoldan gitmeden hayatta ilerlemek zordur.
_____	19.				Tedavisi mümkün olmayan hastalığı olan insanların, acısız bir şekilde ölebileme seçeneği olmalıdır.
_____	20.				Çoğu insan babasının ölümünü mal-mülk kaybından daha kolay unuttur.

EK B

Levenson Öz Bildirim Psikopati Ölçeği (LSRP)

TERCİHLER VE TUTUMLAR

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

1 = Kesinlikle katılmıyorum
2 = Genellikle katılmıyorum

3 = Genellikle katılıyorum
4 = Kesinlikle katılıyorum

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

1 = Kesinlikle katılmıyorum
2 = Genellikle katılmıyorum

3 = Genellikle katılıyorum
4 = Kesinlikle katılıyorum

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

EK C

KİŞİLERARASI TEPKİSELLİK İNDEKSİ

Aşağıdaki ifadeler sizin değişik durumlardaki düşüncelerinizi ve duygularınızı soruşturmaktadır. Her bir maddenin sizi ne kadar iyi tanımladığını sayfanın başındaki cetveldeki uygun harfleri seçerek belirleyiniz: A, B, C, D, veya E. Cevabınız üzerinde karara vardığınızda, soruların hemen altındaki harflerden birini daire içine alınız. **CEVAP VERMEDEN ÖNCE HER BİR MADDEYİ DİKKATLİCE OKUYUNUZ.** Olabildiğiniz kadar dürüstçe cevap verin. Teşekkürler.

CEVAP CETVELİ:

A	B	C	D	E
BENİ				BENİ ÇOK
İYİ BİR ŞEKİLDE				İYİ BİR ŞEKİLDE
TANIMLAMİYOR				TANIMLIYOR

1. Başıma gelebilecek olan şeyler hakkında, zaman zaman hayaller ve fanteziler kurarım.
A B C D E
2. Benden daha talihsiz insanlar için genellikle merhametli, alakalı hisler duyarım.
A B C D E
3. Olayları "bir başka kişinin" bakış açısından görmeyi zor bulurum.
A B C D E
4. Başka kimselerin problemleri olduğunda, onlar için fazla üzülmem.
A B C D E
5. Bir romandaki karakterlerin duygularını gerçekten içimde hissederim.
A B C D E
6. Acil durumlarda, vesveseli ve rahatsız hissederim.
A B C D E
7. Bir piyes veya film izlerken genellikle tarafsızımdır ve sıklıkla kendimi ona tamamen kaptırmam.
A B C D E
8. Bir karara varmadan önce diğerlerinin anlayamadığı yönlerden olaya bakmaya çalışırım.
A B C D E
9. Birinden yararlandığımı gördüğümde, ona karşı koruyucu olduğumu hissederim.
A B C D E
10. Çok heyecanlı bir durumun içinde olduğumda çaresizlik hissederim.
A B C D E
11. Arkadaşlarımın bakış açısından olayların nasıl görüldüğünü gözümde canlandırarak onları daha iyi anlamaya gayret ederim.
A B C D E
12. İyi bir kitaba veya filme son derece kapılmak benim için bir parça nadir bir durumdur.
A B C D E
13. Birinin incindiğini gördüğümde, sakin kalma eğilimindeyimdir.
A B C D E
14. Başka kimselerin talihsizlikleri genellikle beni büyük ölçüde rahatsız etmez.
A B C D E
15. Bir şeyde haklı olduğumdan eminsem, başkalarının fikirlerini dinleyerek fazla zaman harcamam.
A B C D E

CEVAP CETVELİ:

A	B	C	D	E
BENİ				BENİ ÇOK
İYİ BİR ŞEKİLDE				İYİ BİR ŞEKİLDE
TANIMLAMİYOR				TANIMLIYOR

16. Bir piyes veya filmi gördükten sonra, karakterlerden biriymişim gibi hissetmişimdir.
A B C D E
17. Gergin duyguların olduğu bir ortamda olmak beni korkutur.
A B C D E
18. Birine haksız davranıldığını gördüğümde, onlar için bazen çok fazla acıma hissetmem.
A B C D E
19. Genellikle acil durumların üstesinden gelmede çok becerikliyimdir.
A B C D E
20. Gördüğüm şeyler bana oldukça dokunur.
A B C D E
21. Her sorunun iki yönü olduğuna inanırım ve her iki yönden de bakmaya çalışırım.
A B C D E
22. Kendimi oldukça yumuşak kalpli bir kişi olarak tanımlarım.
A B C D E
23. İyi bir film seyrettiğimde, kendimi çok kolaylıkla baş karakterin yerine koyabilirim.
A B C D E
24. Acil durumlarda kontrollü kaybetmeye eğilimliyimdir.
A B C D E
25. Birine kızdığımında, genellikle bir süre için kendimi onun yerine koymaya çalışırım.
A B C D E
26. İlginç bir hikaye veya roman okuduğumda, hikayedeki olaylar benim başıma gelse neler hissedeceğimi gözümde canlandırırım.
A B C D E
27. Acil bir durumda çok yardıma ihtiyacı olan birini gördüğümde, param parça olurum.
A B C D E
28. Birilerini eleştirmeden önce, onların yerinde olsam nasıl hissedeceğimi gözümün önünde canlandırmaya çalışırım.
A B C D E

EK D

Antisosyal Eylem Ölçeği

Öğrenci Davranışı

Aşağıdaki davranışların bir çok üniversite kampüsünde olduğu bilinmektedir. Her bir ifade için sizin için en doğru olan kategorinin numarasını daire içine alınız.

1 = Bunu hiç yapmadım.

2 = Bunu bir veya iki kere yaptım.

3 = Bunu bir çok kere yaptım.

4 = Bunu sıklıkla yaptım.

- | | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1. | Başka öğrencilerin ders notlarından fotokopi çektirmesine izin verdim. | 1 2 3 4 |
| 2. | Çalışkan arkadaşlarıma isimler taktım (onlara "inek" vs. demek gibi) | 1 2 3 4 |
| 3. | Haftada birkaç kez geceleyin sarhoş oldum. | 1 2 3 4 |
| 4. | Sahibinin haberi olmaksızın herhangi bir eşyayı "ödünc aldım" ve ona geri vermedim. | 1 2 3 4 |
| 5. | Sınavlarda gizlice kopya çektim. | 1 2 3 4 |
| 6. | Ödevlerimi baştan sona başkasına yazdırdım. | 1 2 3 4 |
| 7. | Dönem ödevlerinde başkalarının yazılarından "paragraflar aşırımdı" (intihal gibi). | 1 2 3 4 |
| 8. | Cinsel ilişkide koruyucu önlemleri alırım (Cinsel ilişkiniz olmadıysa 4'ü işaretleyin). | 1 2 3 4 |
| 9. | Herhangi bir işim veya sorunun olmadığı halde dersleri kırdım. | 1 2 3 4 |
| 10. | Sınavlardaki başarıyı artırmak için ders programı hakkındaki bilgileri sınıf arkadaşlarımdan sakladım veya onları yanlış yönlendirdim. | 1 2 3 4 |
| 11. | Yanlışlıkla fazla para verildiğinde, o parayı iade ettim. | 1 2 3 4 |
| 12. | Haber vermeden para aldım. | 1 2 3 4 |
| 13. | Başka birinin hazırlamış olduğu ders notlarını çaldım. | 1 2 3 4 |
| 14. | Başkalarının eşyalarına zarar verdim ve bunu onlardan gizledim. | 1 2 3 4 |

Psikopati ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu 190

1 = *Bunu hiç yapmadım.*

2 = *Bunu bir veya iki kere yaptım.*

3 = *Bunu bir çok kere yaptım.*

4 = *Bunu sıklıkla yaptım.*

- | | | | | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 15. | Ne zaman ödünç bir şey alsam sahibine vermeye özen gösterdim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. | Aynı dönemde iki veya daha fazla kişiyle cinsel ilişkim oldu. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. | Sokaktaki hayvanlara zarar verdim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. | Kamu mallarına veya eşyalarına zarar verdim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | Zor durumda kalmış kişilere yardım etmek için çıkarım olmadığı halde çaba gösterdim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | Sözlü veya fiziksel kavgalara giriştim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. | Başkasının bir işini sabote ettim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. | İşime geldiğinde yalan söyledim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. | Başkaları hakkında dedikodular yaydım. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. | Bazı kişileri küçük düşürmek için alay ettim veya dalga geçtim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. | Verdiğim sözleri bir engel olmadığı halde tutmadım. | 1 | 2 | 3 | 4 |

EK D

Kısa Demografik Anket

Lütfen aşağıdaki soruları size en uygun gelen şıkla işaretleyerek yanıtlayınız.

Bölüm:
Sınıf:
Yaş:
Cinsiyet:

1. Medeni durumunuzu aşağıdaki şıklara göre belirtiniz.
 Bekar Dul Boşanmış Ayrılmış Birlikte Yaşıyor Evli
2. Son 12 ay içinde çalışıp çalışmadığınızı şıklara göre belirtiniz.
 Son 12 ay içinde çalıştım Son 12 içinde çalışmadım Öğrenciydim
3. Şimdiye kadar kaç iş yeri değiştirdiniz, belirtiniz.
 Hep aynı işyerinde çalıştım Hep öğrenciydim 2-3 işyeri değiştirdim
 4-7 işyeri değiştirdim 8-10 işyeri değiştirdim 10'dan fazla işyeri değiştirdim
4. En kısa süreli işiniz ne kadar sürdü (Çalışmadıysanız bu soruyu atlayınız)?
 Bir haftadan az Bir aydan az 1-6 ay 7-11 ay 12 ay veya daha fazla
5. Tüm hayatınız boyunca cinsel birlikteliğinizin olduğu partnerlerin sayısı ne kadardır ?
 Cinsel partnerim olmadı Bir cinsel partnerim oldu 1-3 cinsel partnerim oldu
 4-5 cinsel partnerim oldu 6-10 cinsel partnerim oldu 10'dan fazla cinsel partnerim oldu
6. Şimdi bugüne kadarki cinsel partnerlerinizin sayısını düşününüz. Kaç cinsel partnerinizin olduğunu belirtiniz.
.....
7. Ailenizin 12 aylık kazancını aşağıdaki şıklara göre belirtiniz.
 1-2 milyardan az 3-6 milyar 7-9 milyar 10-12 milyar 13-18 milyar 18 milyardan fazla
8. Kendiniz dahil kaç (kız+erkek) kardeş olduğunuzu belirtiniz.
.....
9. Doğum sırasına göre kaçınıcı kardeş olduğunuzu belirtiniz.
.....
10. Annenizin ve babanızın yaşını belirtiniz.
..... Anne yaşı Baba yaşı
11. Sigara içeriyor musunuz?
 Evet Hayır
Evet ise: Adet olarak günde kaç tane, belirtiniz:
12. Annenizin eğitim durumu (Yıl olarak):.....
13. Babanızın eğitim durumu (Yıl olarak):.....
14. Anne ve babanızın mezuniyet derecesi:
Annemizin eğitimi:..... Babanızın Eğitimi:.....
15. Ağırlıklı not ortalamanızı belirtiniz.
.....

**İKİNCİ ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER
VE GÖRÜŞME ÇİZELGELERİ**

EK E

KLİNİK GÖRÜŞME

Hasta no:

Doğum tarihi (Yaş):

Tarih:

Cinsiyet:

Görüşmeci:

Şu anki medeni durumunuz nedir? (Birini Daire içine alınız):

Bekar

Evli

Ayrılmış Boşanmış

Dul

Birlikte yaşıyor

Kaç yıldır(evli, ayrılmış, dul, birlikte yaşıyor)sunuz?

Daha önce evlendiniz mi? Evet ise evvelki eşlerinizi sayınız, her biri ile evli kaldığınız dönemleri belirtiniz ve her bir evlilikten olan çocuk sayısını belirtiniz:

Evinizde sizinle birlikte oturan var mı? Kim olduğunu belirtiniz.:

AİLE: (yaş, eğitim, meslek)

Eş:

Çocuk:

Anne:

Baba:

Kardeşler:

Kardeş sayısı:

Kaçıncı kardeşsiniz (kardeş sırası?):

AİLE İLİŞKİLERİ: (Onlarla nasıl geçindiğinizi anlatınız):

Nerede doğup büyüdünüz?:

EĞİTİM:

Kaçıncı sınıfa kadar okudunuz? (Tamamlanılan en yüksek derece veya sınıf):

Nasıl bir öğrenciydiniz? (genel olarak not ortalamanız vs.):

Hiç sınıfta kaldınız mı veya sınıf tekrar ettiniz mi, ara verdiniz mi? Böyle bir şey olduysa nasıl olduğunu ve o anda bulunduğunuz koşulları anlatınız:

Herhangi bir kurs, eğitim, veya yüksek düzey eğitim(Üniversite ve üstü) gördünüz mü? (Okul ve branşı belirtiniz):

ORDU HİZMETİ:

Askerliğinizi hangi rütbe ile yaptınız ve ne kadar sürdü?:

Askerde herhangi bir suç işlediniz mi(fırar dahil)?:

Ne şekilde terhis oldunuz? (raporla, normal terhis veya henüz bitmedi vs.):

MESLEKİ HİKAYE:

Okulun bitiminden şimdiye kadar olan iş hikayenizi anlatınız; ne iş yaptığınızı, çalıştığınız süreyi (çok kısa olsa bile), çıkma nedeninizi belirtiniz:

Önceki işler:

Şimdiki:

Okulda veya işte karşılaştığınız özel problemler:

İSGÖREMEME DURUMU:

İş yapamayacak durumda olduğunuzu düşünüyor musunuz? Ne dereceye kadar?:

ŞİMDİKİ FİNANSAL DURUM:

Şu anda geçiminizi nasıl temin ediyorsunuz (maaş, gelir, yardım, aile yardımı, işsizlik sigortası):

Sosyal veya özel bir sigortanız var mı? (Bağkur, SSK, emekli sandığı, özel veya devlet tıbbi ve hayat sigortaları):

ŞİMDİKİ PROBLEM:

Şu anki durumunuzu kısaca özetleyin, buraya hangi nedenle geldiğinizi belirtiniz:

Durumunuzu daha iyiye götüren veya kötüleştiren bir şey gördüyor musunuz?:

Başlıca şikayetleriniz nelerdir?:

Hangi ilaçları aldığınızı ne sıklıkla aldığınızı belirtiniz (Doktor kontrolünde):

Not: Hastanın dosyasında kullandığı ilaçlar ve dozajları:

İlaçların yan etkisini gördünüz mü?:

TIBBİ ÖZGEÇMİŞ:

Kazalar, ciddi yaralanmalar, kafa travmaları:

Ameliyatlar, diğer tıbbi işlemler:

Bunların dışında hastaneye başvurma nedenleri:

Bunların dışında tıbbi sorunlar:

CİNSEL HAYAT HİKAYESİ:

Bu güne kadar hayatınızda kaç cinsel partneriniz oldu?:

Geçtiğimiz yıl kaç partneriniz oldu?:

Partnerlerinizin her biriyle olan cinsel birleşme sayınızı mümkün olduğunca gerçeğe yakın olarak verebilir misiniz?:

Hayat boyu:

Geçen yıl:

ADLI ÖZGEÇMİŞ:

Şu an sürmekte olan adli bir dava veya mahkemeniz var mı? Belirtiniz:

Hiçbir suçtan dolayı hapis cezası aldınız mı?:

EVET HAYIR

Evet ise sırasıyla belirtiniz:

Toplam sayı:

Hiçbir suçtan dolayı mahkemeye çıktınız mı? (hapis cezası alınanlar dışında): EVET HAYIR

Evet ise sırasıyla belirtiniz:

Toplam sayı:

Zanlı olarak polis tarafından yakalandınız mı, karakola götürüldünüz mü? (hapis ve mahkemeye çıkarılma ile sonuçlananlar hariç):

EVET HAYIR

Evet ise sırasıyla belirtiniz:

Toplam sayı:

Toplam hapsedilme süresi:

Toplam dava sayısı:

Toplam yakalanma sayısı:

SAĞLIK ALIŞKANLIKLARI:

Egzersiz alışkanlığı:

Beslenme alışkanlığı:

Madde kullanımı (başlama yaşı, miktarı, geçmiş ve şimdiki kullanımı, bırakma tarihleri):

(Not: Bu bölüm dosyadan ve yapılandırılmış görüşmeden tamamlanabilir.)

Tütün kullanımı:

Alkol Kullanımı:

Madde Kullanımı:

EMOSYONEL:

Psikolojik bir tedavi veya danışmanlık gördünüz mü? Evet ise problemini tanımlayınız.

Yapılan tedavi veya müdahale:

Ailenizde herhangi bir kimse psikiyatrik tedavi gördü mü? Evet ise Lütfen tanımlayınız:

Ailenizde hapis cezası alan var mı? Belirtiniz:

Ailenizde alkol madde kullanan var mı? Belirtiniz:

Fiziksel istismara uğradınız mı? 16 yaşından önce bir çok kereler aşırı dayak yemek gibi?

Cinsel istismara uğradınız mı? 16 yaşından önce sizden 5 yaş büyük birisi tarafından size cinsel yaklaşımda bulunuldu mu?

Kendinize veya başkasına bir zarar verdiniz mi?

FİZİKSEL VE KOGNİTİF:

Fiziksel herhangi bir şikayet ya da sorunuz oldu mu?

Hafızanızda veya düşünme kapasitenizde bir değişiklik olduğunu düşündünüz mü veya diğerleri böyle bir şey söyledi mi?

Kendinizi nasıl tanımlarsınız?

Ekleme istediğiniz başka bir şey var mı?

KLİNİSYENİN GÖRÜŞLERİ:

İntihar riski:

Madde kullanımı:

Self mutilasyon:

Tatuaj:

Hapis cezası:

Tutuklanma:

MINI teşhisi:

Dosya teşhisi:

EK G

Levenson Öz Bildirim Psikopati Ölçeği (LSRP)

TERCİHLER VE TUTUMLAR

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

1 = Kesinlikle katılmıyorum
2 = Genellikle katılmıyorum

3 = Genellikle katılıyorum
4 = Kesinlikle katılıyorum

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

1 = Kesinlikle katılmıyorum
2 = Genellikle katılmıyorum

3 = Genellikle katılıyorum
4 = Kesinlikle katılıyorum

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

EK H

KİŞİLERARASI TEPKİSELLİK İNDEKSİ

Aşağıdaki ifadeler sizin değişik durumlardaki düşüncelerinizi ve duygularınızı soruşturmaktadır. Her bir maddenin sizi ne kadar iyi tanımladığını sayfanın başındaki cetveldeki uygun harfleri seçerek belirleyiniz: A, B, C, D, veya E. Cevabınız üzerinde karara vardığınızda, soruların hemen altındaki harflerden birini daire içine alınız. CEVAP VERMEDEN ÖNCE HER BİR MADDEYİ DİKKATLİCE OKUYUNUZ. Olabildiğiniz kadar dürüstçe cevap verin. Teşekkürler.

CEVAP CETVELİ:

A	B	C	D	E
BENİ				BENİ ÇOK
İYİ BİR ŞEKİLDE				İYİ BİR ŞEKİLDE
TANIMLAMİYOR				TANIMLIYOR

1. Başıma gelebilecek olan şeyler hakkında, zaman zaman hayaller ve fanteziler kurarım.
A B C D E
2. Benden daha talihsiz insanlar için genellikle merhametli, alakalı hisler duyarım.
A B C D E
3. Olayları "bir başka kişinin" bakış açısından görmeyi zor bulurum.
A B C D E
4. Başka kimselerin problemleri olduğunda, onlar için fazla üzülmem.
A B C D E
5. Bir romandaki karakterlerin duygularını gerçekten içimde hissedirim.
A B C D E
6. Acil durumlarda, vesveseli ve rahatsız hissedirim.
A B C D E
7. Bir piyes veya film izlerken genellikle tarafsızımdır ve sıklıkla kendimi ona tamamen kaptırmam.
A B C D E
8. Bir karara varmadan önce diğerlerinin anlaşamadığı yönlerden olaya bakmaya çalışırım.
A B C D E
9. Birinden yararlandığımı gördüğümde, ona karşı koruyucu olduğumu hissedirim.
A B C D E
10. Çok heyecanlı bir durumun içinde olduğumda çaresizlik hissedirim.
A B C D E
11. Arkadaşlarımla bakış açısından olayların nasıl görüldüğünü gözümde canlandırarak onları daha iyi anlamaya gayret ederim.
A B C D E
12. İyi bir kitaba veya filme son derece kapılmak benim için bir parça nadir bir durumdur.
A B C D E
13. Birinin incindiğini gördüğümde, sakın kalma eğilimindeyimdir.
A B C D E
14. Başka kimselerin talihsizlikleri genellikle beni büyük ölçüde rahatsız etmez.
A B C D E
15. Bir şeyde haklı olduğumdan eminsem, başkalarının fikirlerini dinleyerek fazla zaman harcamam.
A B C D E

CEVAP CETVELİ:

A	B	C	D	E
BENİ				BENİ ÇOK
İYİ BİR ŞEKİLDE				İYİ BİR ŞEKİLDE
TANIMLAMİYOR				TANIMLIYOR

16. Bir piyes veya filmi gördükten sonra, karakterlerden biriymişim gibi hissetmişimdir.
A B C D E
17. Gergin duyguların olduğu bir ortamda olmak beni korkutur.
A B C D E
19. Birine haksız davranıldığını gördüğümde, onlar için bazen çok fazla acıma hissetmem.
A B C D E
19. Genellikle acil durumların üstesinden gelmede çok becerikliyimdir.
A B C D E
20. Gördüğüm şeyler bana oldukça dokunur.
A B C D E
21. Her sorunun iki yönü olduğuna inanırım ve her iki yönden de bakmaya çalışırım.
A B C D E
22. Kendimi oldukça yumuşak kalpli bir kişi olarak tanımlarım.
A B C D E
23. İyi bir film seyrettiğimde, kendimi çok kolaylıkla baş karakterin yerine koyabilirim.
A B C D E
24. Acil durumlarda kontrolü kaybetmeye eğilimliyimdir.
A B C D E
25. Birine kızdığımda, genellikle bir süre için kendimi onun yerine koymaya çalışırım.
A B C D E
26. İlginç bir hikaye veya roman okuduğumda, hikayedeki olaylar benim başıma gelse neler hissedeceğimi gözümde canlandırırım.
A B C D E
27. Acil bir durumda çok yardıma ihtiyacı olan birini gördüğümde, param parça olurum.
A B C D E
28. Birilerini eleştirmeden önce, onların yerinde olsam nasıl hissedeceğimi gözümün önünde canlandırmaya çalışırım.
A B C D E

MINI TARAMA

İSTANIN ADI:

DOĞUM TARİHİ:

GÖRÜŞMENİN TARİHİ:

EVET ise, ilişkili M.I.N.I. modülüne gidiniz

- Son iki haftadır, günün çoğunda, hemen hemen her gün, devamlı olarak çökkün veya üzgün müsünüz ? HAYIR EVET → A
- Son iki hafta içinde, pek çok şeyle çok daha az ilgilenmekte ve çoğu zaman daha önce zevk aldığınız şeylerden çok daha az mı zevk almaktasınız ? HAYIR EVET → A
- Geçen iki yılın çoğu zamanında üzgün, neşesiz veya çökkün hissettiniz mi ? HAYIR EVET → B
- Geçen ay ölmüş olsaydınız daha iyi olacağını düşündünüz mü veya ölmeyi arzuladınız mı ? HAYIR EVET → C
- Kendinizi hiç 'çok mutlu' veya 'çok neşeli' veya "aşırı coşkulu" ya da enerji ile dolu hissettiğiniz ya da başınızı derde sokacak kadar kendinize güvendiğiniz ya da başkalarının sizin her zamankinden farklı olduğunuzu söylediği bir zaman oldu mu? (Alkol veya madde etkisi altında olduğunuz zamanları dikkate almıyoruz.) HAYIR EVET → D
- Hiç birkaç gün için sürekli olarak ailenizin dışındaki insanlarla tartışmanıza, sözel veya fiziksel kavgalara girişmenize veya bağırmanıza neden olan sınırlılık haliniz oldu mu? Siz veya başkaları, haklı olduğunuzu düşündüğünüz durumlarda dahi diğer insanlarla karşılaştırıldığınızda daha sinirli veya aşırı tepkide bulunduğunuzu fark etti mi? HAYIR EVET → D
- Bir defadan fazla olmak üzere, çoğu kimsenin o şekilde hissetmediği durumlarda dahi, aniden endişeli, korkmuş, rahatsız veya sıkıntılı kriz ya da nöbetleriniz oldu mu? Bu nöbetlerdeki kötüleşme başlangıçtan sonra 10 dakikada mı en üst düzeye geldi? EĞER SADECE NÖBETLERDEKİ KÖTÜLEŞME 10 DAKİKA İÇİNDE EN ÜST DÜZEYE GELMİŞ İSE EVET OLARAK KODLAYINIZ. HAYIR EVET → E
- Panik atak veya panik benzeri belirtileri yaşayabileceğiniz yerlerde veya durumlarda veya yardımın mümkün olmayabileceği ya da kaçmanın zor olduğu yerlerde veya durumlarda endişeli veya sıkıntılı hissediyor musunuz: Kalabalık içinde iken, kuyrukta (sırada) beklerken, evden uzakta iken veya evde tek başına iken, bir köprüyü geçerken, otobüs, tren veya arabada seyahat ederken? HAYIR EVET → F
- Geçen ay içinde, size bakılmasından yada dikkatlerin sizin üzerinizde toplanmasından korktunuz veya utandınız mı veya küçük düşürülmekten korktunuz mu? Bu topluluk içinde konuşma, başkalarıyla birlikte veya topluluk içinde yemek yeme, birisi bakarken yazı yazma veya sosyal ortamlarda bulunma gibi durumları içermektedir. HAYIR EVET → G
- Geçen ay içinde, istenmeyen, tatsız, uygun olmayan, kafanızdan atamadığınız veya rahatsız edici olan tekrarlayıcı düşünceler, dürtüler veya zihinsel imajlar nedeniyle sıkıntı yaşadınız mı? (Örneğin, kirli olduğunuz, mikroplu olduğunuz veya mikrop bulaştığı fikri, veya başkalarına mikrop bulaştırdığınızda dair korku, veya istemediğiniz halde birisine zarar vermek korkusu, veya ani dürtülerle harekete geçeceğinize dair korku, veya sorumlu olduğunuz şeylerin kötü gideceğine dair saçma düşünce veya korku, veya cinsel düşünceler, imajlar, yada dürtülerle ilgili saplantılar, veya biriktirme veya toplama, veya dini saplantılar gibi. HAYIR EVET → H

♣ Sayfaı çeviriniz

- Geçen ay içinde, aşırı şekilde yıkanmak veya temizlenmek, tekrar tekrar bazı şeyleri saymak veya kontrol etmek veya tekrarlamak, veya bazı şeyleri düzenlemek, toplamak veya diğer batıl adetler gibi karşı koyamadığınız, tekrar tekrar yaptığınız bazı şeyler oldu mu ? HAYIR EVET → H
- Hiç ölüm tehlikesi gibi ya da size yakın birinin ciddi yaralanması veya ölümü dahil olmak üzere son derece travmatik olan bir olayı yaşadınız mı, tanık olduğunuz mu veya böyle bir durumla uğraşmak zorunda kaldınız mı ? TRAVMATİK OLAYLARA ÖRNEKLER ŞUNLARI İÇERİR: CİDDİ KAZALAR, CİNSEL VEYA FİZİKSEL SALDIRILAR, TERÖRİST BİR SALDIRI, REHİN ALINMAK, KAÇIRILMAK, YANGIN, CESET BULMAK, SİZE YAKIN BİRİNİN ANİ ÖLÜMÜ, SAVAŞ VEYA DOĞAL FELAKET. HAYIR EVET → I
- Travmaya yoğun bir korku, çaresizlik veya dehşet ile mi tepkide bulundunuz ? HAYIR EVET → I
- Geçen ay içinde, bu olayı rahatsız edici bir şekilde tekrar yaşadınız mı (mesela, rüyalar, yoğun hatırlamalar, olayın ani bir şekilde tekrar yaşanıyor gibi olması veya fiziksel tepkiler gibi) ? HAYIR EVET → I
- Geçen son 12 ay içinde, 3 veya daha fazla alkollü içkiyi, 3 saatlik bir süre içinde içtiniz mi ve bu durum 3 veya daha fazla sayıda oldu mu ? HAYIR EVET → J

- Şimdi size sokakta satılan ilaçları veya maddeleri belirten AŞAĞIDAKİ LİSTEYİ OKUYACAĞIM/göstereceğim. Geçen 12 ay içinde, bu maddelerden herhangi birini kafayı bulmak, kendinizi iyi hissetmek veya ruh halinizi değiştirmek için bir kereden fazla kullandınız mı ? HAYIR EVET → K

Amfetaminler	Speed	Crystal Meth	Dexedrine	Ritalin, Diyet hapları
Kokain	Krek	Freebase		
Eroin	Morfin, metadon	Afyon	Demerol	Kodein, Perkodan, OxyKontin
LSD	Meskalin	PCP	MDMA	Ekstazi
Uçucular	Yapıştırıcı (ball)	Eter	GHB	Steroidler
THC, Marihuana	Esrar, haşış	Ot		Barbitüratlar, Valium, Xanax, Ativan

➤ Boyunuz ne kadar ? cm.

➤ Geçen 3 ay içinde en düşük ağırlığınız ne kadardı ? kg.

HASTANIN KİLOSU BOYU İLE İLİŞKİLİ OLARAK EŞİK DEĞERİNDEN DÜŞÜK MÜ ? AŞAĞIDAKİ TABLOYA BAKINIZ. HAYIR EVET → M

KADINLAR	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170
Kilo(kg)	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47
ERKEKLER	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180
Kilo (kg)	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56

- Geçen son üç ay içinde, aşırı yemek yeme halleri veya 2 saatlik bir süre içinde çok fazla miktarda yemek yediğiniz oldu mu ? HAYIR EVET → N
- Geçen son 3 ay içinde, haftada iki kere olmak üzere aşırı yeme haliniz oldu mu ? HAYIR EVET → N
- Geçen 6 ay boyunca, yoğun bir sıkıntı duyduunuz mu veya birkaç şey hakkında endişelendiniz mi ? HAYIR EVET → O

M.I.N.I.

MİNİ ULUSLARARASI NÖROPSİKİYATRİK GÖRÜŞME

Türkçe Uyarlama 5.0.0

DSM-IV

USA: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa -

FRANCE: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

Türkçeye çeviren: A. Engeler
İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü-İstanbul

Önceki versiyonların çevirmenleri: T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip

© Copyright 1992-2004 Sheehan DV & Lecrubier Y

Tüm hakları saklıdır. Yazarlar olan Dr. Sheehan veya Dr. Lecrubier'nin yazılı izni olmaksızın, bu belgenin hiç bir kısmı herhangi bir şekilde veya herhangi bir vasıtayla fotokopi de dahil olmak üzere elektronik veya mekanik yollarla çoğaltılamaz veya bilgi depolama veya bilgi devşirme sistemlerine iletilemez. Ticari amaç gütmeyen veya kamuya ait yerlerde (üniversiteler, kamu yararına çalışan hastaneler, ve resmi kuruluşlar dahil olmak üzere) çalışan araştırmacılar veya klinisyenler M.I.N.I aracının kendi klinik ve araştırma çalışmalarını için kopyalarını yapabilirler.

M.I.N.I. 5.0.0 (Temmuz 1, 2004)

Yastanın Adı:		Hasta Numarası:	
Doğum Tarihi:		Görüşmenin Başlangıç zamanı:	
Törüşmeci'nin Adı:		Görüşmenin Bitiş Zamanı:	
Törüşmenin tarihi:		Toplam Süre:	

MODÜLLER	ZAMAN ÇERÇEVESİ	ÖLÇÜTÜ		ICD-10
		KARŞILIYOR	DSM-IV	
A MAJÖR DEPRESİF EPİSOD	Şimdi (2 hafta) Tekrarlayan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Tek 296.30-296.36 Tekrarlayan	F32.x F33.x
MELANKOLİK KARAKTERİSTİKLERLE MDE Tercihe bağlı	Şimdi (2 hafta)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Tek 296.30-296.36 Tekrarlayan	F32.x F33.x
B DİSTİMK BOZUKLUK(Duygudurumsal Çökkünlük)	Şimdi (Geçen 2 yıl)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C İNTİHAR RİSKİ	Şimdi (Geçen Ay) Risk: <input type="checkbox"/> Düşük <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Yüksek	<input type="checkbox"/>		
D MANİK EPİSOD (TAŞKINLIK)	Şimdi	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
HİPOMANİK EPİSOD	Geçmişte Şimdi Geçmişte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
E PANİK BOZUKLUK	Şimdi (Geçen Ay) Yaşamında	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
F AGORAFOBİ	Şimdi	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G SOSYAL FOBİ (Sosyal Endişe Bozukluğu)	Şimdi (Geçen Ay)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB)	Şimdi (Geçen Ay)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU Tercihe bağlı	Şimdi (Geçen Ay)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J ALKOL BAĞIMLILIĞI ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI	Geçen 12 ay Geçen 12 ay	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	303.9 305.00	F10.2x F10.1
K MADDE BAĞIMLILIĞI (Alkol Dışı) MADDE KÖTÜYE KULLANIMI (Alkol Dışı)	Geçen 12 ay Geçen 12 ay	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90 304.00-90/305.20-90	F11.1-F19.1 F11.1-F19.1
L PSİKOTİK BOZUKLUKLAR	Yaşamında Şimdi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/ 297.3/293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9	F20.xx-F29
PSİKOTİK BULGULARLA DUYGULANIM Bozukluğu	Yaşamında Şimdiki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	296.24/296.34/296.4	F32.3/F33.3/ F30.2/F31.2/F31.5 F31.8/F31.9/F39
M ANOREKSİA NERVOSA	Şimdi (Geçen 3 ay)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULİMİA NERVOSA	Şimdi (Geçen 3 ay)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREKSİA NERVOSA, AŞIRI YİYEN/BOŞALTAN TİP	Şimdi	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU	Şimdi (Geçen 6 ay)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU Tercihe bağlı	Yaşamında	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

AÇIKLAMA

Bizim amacımız hastaların daha etkili ve doğru bir şekilde değerlendirilmesine ve izlenmesine yardımcı olmaktır. Bu program ile verilen toplanması ve işlenmesi üzerinde herhangi bir eyleme geçilmezden önce lisanslı bir klinisyen tarafından gözden geçirilmeli ve yorumlanmalıdır.

Bu program yeterlilik sahibi lisanslı bir hekim-psikiyatrist tarafından yapılan tam bir tıbbi ve psikiyatrik değerlendirme yerine kullanılmak için tasarlanmamış veya bu amaçla hazırlanmamıştır. Bu program yalnızca eğitilmiş personel tarafından saptanan semptomlara ait doğru verilerin toplanması ve işlenmesine yardımcı olmak ve kolaylaştırmak amacıyla taşınmaktadır.

GENEL TALİMATLAR

M.I.N.I. DSM-IV ve ICD-10'daki ana Eksen I psikiyatrik rahatsızlıkları için düzenlenmiş kısa yapılandırılmış bir mülakattır. İçeriklik ve güvenilirlik çalışmaları M.I.N.I.'nin DSM-III-R için hazırlanmış SCID-P ve CIDI (Dünya Sağlık Teşkilatı tarafından CD-10'u kullanan uzman olmayan görüşmeciler için geliştirilmiş yapılandırılmış bir mülakat) ile karşılaştırılması yapılmıştır. Bu alımların sonuçları M.I.N.I.'nin kabul edilebilir seviyede yüksek güvenilirlik ve geçerlilik skorları olduğunu, ancak yukarıda atfıda ulunulan araçlardan çok daha kısa bir sürede (ortalama 18.7 ± 11.6 dakika, medyan 15 dakika) uygulanabileceğini göstermektedir. İlinisyenler tarafından kısa bir eğitim oturumundan sonra kullanılabilir. Uzman olmayan görüşmecilerin daha yoğun bir eğitime ihtiyaçları vardır.

ÖRÜŞME (MÜLAKAT):

Görüşmeyi mümkün olduğunca kısa tutmak için, hastayı, psikolojik problemler hakkında evet veya hayır cevabını gerektiren çok kesin sorular içeren, alışılmıştan daha yapılandırılmış bir klinik görüşme yapacağınız konusunda bilgilendirin.

GENEL ŞEKİL:

M.I.N.I. Plus her biri diagnostik bir sınıflandırmayla uyumlu, harflerle birbirinden ayrılmış modüllere bölünmüştür.

• Her bir diagnostik modülün başlangıcında (psikotik bozukluklar modülü hariç) bozukluğun ana ölçütleriyle uyumlu tarama soru(ar)ı gri kutu içinde ifade edilmiştir.

• Her bir modülün sonundaki diagnostik kutu(lar), klinisyenin diagnostik ölçütlerin karşılanıp karşılanmadığını belirtmesini mümkün kılmaktadır.

UYGULAMA KURALLARI:

«Normal boyutta» yazılmış cümleler diagnostik ölçütlerin değerlendirilmesini standardize etmek için hastaya aynen yazılı olduğu şekilde okunmalıdır.

«BÜYÜK HARFLERLE» yazılmış cümleler hastaya okunmamalıdır. Bunlar diagnostik algoritmaların skorlanmasında görüşmeciye yardımcı olacak yönergelerdir.

«Kalın» yazılmış cümleler sorgulanan zaman çerçevesini belirtmektedir. Görüşmeci bunları gerekli olduğu sıklıkta okumalıdır. Sadece belirlenen zaman çerçevesi esnasında vuku bulan semptomlar tepkilerin puanlanmasında değerlendirilmelidir.

Üzerinde bir ok (→) işareti bulunan cevaplar teşhis(ler) için gerekli olan ölçütlerden birinin karşılanmadığını belirtir. Bu durumda, görüşmeci modülün sonuna gitmeli ve bütün diagnostik kutularda « HAYIR » seçeneğini daire içine almalı ve bir sonraki modüle geçmelidir.

Cümleler birbirinden yatık çizgi (/) ile ayrıldığında görüşmeci sadece hastada mevcut olduğu bilinen semptomları okumalıdır. (Örneğin, H6 sorusu).

(Parantez) içindeki ifadeler semptomun klinik örnekleridir. Bunlar durumu açıklamak için hastaya okunabilir.

DEĞERLENDİRME YÖNERGELERİ:

Bütün sorular değerlendirilmelidir. Değerlendirme her bir sorunun sağındaki Evet veya Hayır'ın daire içine alınması ile yapılır. Tepkilerin kodlanmasında değerlendirmeciye göre klinik yargı kullanılmalıdır. Değerlendirmeci doğru kodlamayı temin etmek için gerekli olduğunda örnekler istemelidir. Hasta tam anlamıyla açık olmayan sorularda izah istemeye teşvik edilmelidir.

Klinisyen hasta tarafından sorunun her boyutunun göz önünde tutulduğundan emin olmalıdır (örneğin, zaman çerçevesi, sıklık, şiddet, ve/veya alternatifler).

Organik bir neden veya alkol veya madde kullanımı ile daha iyi açıklanabilecek semptomlar M.I.N.I.'de pozitif olarak kodlanmamalıdır. M.I.N.I. Plus'ın bu konuları sorgulamak için soruları vardır.

Sorularınız, önerileriniz, eğitim oturumu için veya M.I.N.I.'nin güncellemeleri hakkında bilgi için lütfen yazarlarla iletişim kurunuz:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.

University of South Florida

Institute for Research in Psychiatry

3515 East Fletcher Avenue

Tampa, FL USA 33613-4788

tel : +1 813 974 4544; fax : +1 813 974 4575

e-mail : dsheehan@hsc.usf.edu

Yves Lecrubier, M.D. / Thierry Hergueta, M.S.

INSERM U302

Hôpital de la Salpêtrière

47, boulevard de l'Hôpital

F. 75651 PARIS, FRANCE

tel : +33 (0)1 42 16 16 59; fax : +33 (0)1 45 85 28 00

e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

A. MAJÖR DEPRESİF EPİSOD (Durum)

(→ 'NİN ANLAMI : DİAGNOSTİK KUTULARA GİDİNİZ, HAYIR İFADESİNİ BÜTÜN DİAGNOSTİK KUTULARDA İŞARETLEYİNİZ VE BİR SONRAKİ MODULE GEÇİNİZ)

A1	Son iki haftadır, günün çoğunda, hemen hemen her gün, devamlı olarak çökkün veya üzgün müstünüz?	HAYIR EVET
A2	Son iki hafta içinde, pek çok şeyle çok daha az ilgilenmekte ve çoğu zaman daha önce zevk aldığımız şeylerden çok daha az mı zevk almaktasınız?	HAYIR EVET
A1 VEYA A2 EVET OLARAK MI KODLANIYOR?		HAYIR EVET

A3 Geçen son iki hafta içinde kendinizi çökkün veya ilgisiz hissettiğinizde,

- a İştahınız hemen hemen her gün arttı veya azaldı mı? İsteğiniz dışında kilonuz arttı veya azaldı mı (Örn: VÜCUT AĞIRLIĞININ \pm % 5'İ KADAR VEYA 70 KG. OLAN BİRİ İÇİN BİR AYDA \pm 8 LBS. VEYA \pm 3.5 KG.)? İKİSİNDEN BİRİNE EVET İSE, EVET OLARAK KODLAYIN. HAYIR EVET *
- b Hemen hemen her gece uyku sorunuz oldu mu (uykuya dalmada güçlük, geceleri uyanmak, sabah çok erken kalkmak veya çok fazla uyumak)? HAYIR EVET
- c Normale göre konuşmanızda ve hareketlerinizde yavaşlama oldu mu veya neredeyse her gün huzursuz, yerinde duramaz bir halde veya yerinizde kıpırdamadan oturamaz oldunuz mu? HAYIR EVET *
- d Neredeyse her gün, kendinizi yorgun veya enerjisi tükenmiş hissettiniz mi? HAYIR EVET
- e Neredeyse her gün, kendinizi değersiz ve suçlu hissettiniz mi? HAYIR EVET
- f Neredeyse her gün düşüncelerinizi toplamakta veya karar almakta güçlük çektiniz mi? HAYIR EVET
- g Tekrar tekrar kendinize zarar vermeyi, intihar etmeyi düşündünüz mü veya ölmüş olmayı istediniz mi? HAYIR EVET

5 VEYA DAHA FAZLA (A1-A3) YANITI EVET OLARAK KODLANIYOR MU?

HAYIR EVET *

**MAJÖR DEPRESİF
EPİSOD, ŞİMDİKİ**

EĞER HASTANIN ŞİMDİKİ MAJÖR DEPRESİF DURUMU VARSA A4 İLE DEVAM EDİNİZ AKSİ HALDE MODÜL B'YE GEÇİNİZ:

- A4 a Hayatınızda, iki hafta veya daha uzun bir süre için çökkün hissettiğiniz veya çoğu şeye karşı ilgisiz olduğunuz ve şimdi konuştuğumuz sorunların çoğunun olduğu başka dönemleriniz oldu mu? HAYIR EVET

- b Hiç çökkünlü olmaksızın en azından 2 aylık bir aralık oldu mu ve 2 çökkünlü dönemi arasında herhangi bir ilgi kaybınız oldu mu?

HAYIR EVET

**MAJÖR DEPRESİF
EPİSOD,
TEKRARLAYAN**

* Eğer hastanın Şimdiki, Majör Depresif Durumu varsa, sayfa 5'teki ilişkili soruları EVET olarak kodlayınız.

MELANKOLİK BELİRTİLERLE MAJÖR DEPRESİF EPİSOD (İSTEĞE BAĞLI)

(→ 'NİN ANLAMI : DİAGNOSTİK KUTUYA GİDİNİZ, HAYIRI İŞARETLEYİNİZ VE BİR SONRAKİ MODULE GEÇİNİZ)

EĞER HASTANIN ŞİMDİKİ MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK İÇİN KODU POZİTİF İSE (A3 - EVET), AŞAĞIDAKİLERİ ARAŞTIRINIZ:

A5 a	Şimdiki çökkünlük durumunun en şiddetli dönemi esnasında, neredeyse her şeyden zevk alma yeteneğinizi neredeyse tamamen kaybettiniz mi?	HAYIR EVET
b	Şimdiki çökkünlük durumunun en şiddetli dönemi esnasında, sizi daha önce neşelendiren veya zevk veren şeylere tepkide bulunma yeteneğinizi kaybettiniz mi? HAYIR İSE: İyi bir şey olması, geçici olarak bile olsa iyi hissetmenize neden olmaz mı?	HAYIR EVET
A5a VEYA A5b' TEN HERHANGİ BİRİ EVET OLARAK KODLANIYOR MU?		HAYIR EVET

A6 Geçen iki haftalık dönemde çökkün veya ilgisiz hissettiğinizde:

- | | | |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| a | Size yakın birinin ölümünde hissedeceğiniz duygudan farklı şekilde bir çökkünlük hissettiniz mi? | HAYIR EVET |
| b | Hemen hemen her gün, sürekli olarak sabahları mı daha kötü hissediyorsunuz? | HAYIR EVET |
| c | Hemen hemen her gün, alışılmış uyanma saatinden en az 2 saat daha erken uyanıp tekrar uyumakta zorlandınız mı? | HAYIR EVET |
| d | A3c EVET OLARAK KODLANIYOR MU (PSİKOMOTOR RETARDASYON VEYA AJİTASYON)? | HAYIR EVET |
| e | ANOREKSİA VEYA KİLO KAYBI İÇİN A3a EVET OLARAK KODLANIYOR MU? | HAYIR EVET |
| f | Yoğun bir suçluluk veya gerçek durum ile orantısız bir suçluluk hissettiniz mi? | HAYIR EVET |

3 VEYA DAHA FAZLA A6 YANITI EVET OLARAK KODLANIYOR MU?

HAYIR EVET

*Majör Depresif Episod
Melankolik Belirtiler ile,
Şimdiki*

B. DİSTİMİ

(→ 'NİN ANLAMI : DIAGNOSTİK KUTUYA GİRİNİZ, HAYIRI İŞARETLEYİNİZ VE BİR SONRAKİ MODULE GEÇİNİZ)

EĞER HASTANIN BELİRTİLERİ ŞU ANDA (HALİHAZIRDA) MAJÖR DEPRESİF DURUM İÇİN KRİTERLERİ KARŞILIYORSA, BU MODÜLÜ İNCELEMİYİN.

B1	Geçen iki yılın çoğu zamanında üzgün, neşesiz veya çökkün hissettiniz mi?	HAYIR EVET
B2	Bu dönem iki ay veya daha uzun bir süre kendinizi iyi hissettiğiniz dönemle kesintiye uğradı mı?	HAYIR EVET
B3	Çoğu zaman çökkün hissettiğiniz bu dönem esnasında:	
a	İştahınızda belirgin bir değişme oldu mu?	HAYIR EVET
b	Uyumakta sorunuz oldu mu veya aşırı uyudunuz mu?	HAYIR EVET
c	Enerjisiz veya yorgun hissettiniz mi?	HAYIR EVET
d	Kendinize güveninizi kaybettiniz mi?	HAYIR EVET
e	Kafanızı toplamakta veya karar vermede sorunlarınız oldu mu?	HAYIR EVET
f	Ümitsiz hissettiniz mi?	HAYIR EVET
	2 VEYA DAHA FAZLA B3 YANITI EVET OLARAK KODLANIYOR MU?	HAYIR EVET
B4	Çökkünlük belirtileri sizde önemli derecede rahatsızlığa sebep oldu mu veya iş yaşamınızda, sosyal ortamda veya diğer önemli bir alanda işlevde bulunma yeteneğinizi bozdu mu?	HAYIR EVET
	B4 EVET OLARAK KODLANIYOR MU?	

HAYIR EVET

DİSTİMİ

ŞİMDİKİ

C. İNTİHAR EĞİLİMİ

Geçen ay:

		Puanlar
C1	Ölmüş olsaydınız daha iyi olacağımı düşündünüz mü veya ölmeyi arzuladınız mı?	HAYIR EVET 1
C2	Kendinize zarar vermeyi istediniz mi?	HAYIR EVET 2
C3	İntiharı düşündünüz mü?	HAYIR EVET 6
C4	İntihar plan yaptınız mı?	HAYIR EVET 10
C5	İntihara teşebbüs ettiniz mi?	HAYIR EVET 10

Hayatınızda:

C6	Hiç intihar girişiminiz oldu mu?	HAYIR EVET 4
----	----------------------------------	--------------

YUKARIDAKİLERDEN EN AZINDAN 1'İ EVET OLARAK KODLANIYOR MU?

EVET İSE, YANITLARIN (C1-C6) TOPLAM PUANINI HESAPLAYINIZ.
'EVET' İ İŞARETLEYİNİZ VE AŞAĞIDAKİ ŞEKİLDE İNTİHAR RİSKİNİN SEVİYESİNİ BELİRTİNİZ:

HAYIR		EVET
İNTİHAR RİSKİ ŞİMDİKİ		
1-5 puan	Düşük	<input type="checkbox"/>
6-9 puan	Orta	<input type="checkbox"/>
≥ 10 puan	Yüksek	<input type="checkbox"/>

D4 Bu belirtiler en az bir hafta sürdü mü ve evde, işte, okulda önemli sorunlara yol açtı mı veya bu problemler nedeniyle hastaneye yatırıldınız mı?

HAYIR EVET

BU DURUM ... OLARAK İNCELENDİ :



HİPOMANİK
EPİSOD

MANİK
EPİSOD

D4 HAYIR OLARAK KODLANIYOR MU?

DURUMUN GEÇMİŞ Mİ YOKSA ŞİMDİKİ Mİ OLDUĞUNU BELİRTİN.

HAYIR	EVET
HİPOMANİK EPİSOD	
ŞİMDİKİ	<input type="checkbox"/>
GEÇMİŞ	<input type="checkbox"/>

D4 EVET OLARAK KODLANIYOR MU?

DURUMUN GEÇMİŞ Mİ YOKSA ŞİMDİKİ Mİ OLDUĞUNU BELİRTİN.

HAYIR	EVET
MANİK EPİSOD	
ŞİMDİKİ	<input type="checkbox"/>
GEÇMİŞ	<input type="checkbox"/>

E. PANİK BOZUKLUK

(⇒ 'NİN ANLAMı : E5, E6 VE E7 'DE HAYIRI İŞARETLEYİNİZ VE F1'E ATLAYINIZ)

E1	a	Bir defadan fazla olmak üzere, çoğu kimsenin o şekilde hissetmediği durumlarda dahi, aniden endişeli, korkmuş, rahatsız veya sıkıntılı hissettiğiniz kriz ya da nöbetleriniz oldu mu?	HAYIR EVET
	b	Bu nöbetlerdeki kötüleşme başlangıçtan sonra 10 dakikada mı en üst düzeye geldi?	HAYIR EVET
E2		Geçmişte herhangi bir zamanda, bu kriz ya da nöbetlerden herhangi biri, beklenmedik ya da önceden kestirilemez bir şekilde veya durup dururken oldu mu?	HAYIR EVET
E3		Hiç daha önce nöbetin ardından bir ay ya da daha uzun bir süre boyunca bir başka nöbet geçireceğinize dair ısrarlı bir korkunun olduğu veya nöbetin sonuçları hakkında endişelendiğiniz bir nöbetiniz oldu mu?	HAYIR EVET
E4		Hatırlayabildiğiniz en kötü nöbet esnasında :	
	a	Kalbinizin atışı, hızlandı mı, şiddetlendi mi, veya düzensizleşti mi?	HAYIR EVET
	b	Terlediniz mi veya elleriniz ıslak oldu mu?	HAYIR EVET
	c	Titreme ve sarsılmalarınız oldu mu?	HAYIR EVET
	d	Nefesinizin kesildiği veya nefes almakta zorlandığınız oldu mu?	HAYIR EVET
	e	Boğuluyormuş veya boğazınız tıkanıyormuş gibi hissettiniz mi?	HAYIR EVET
	f	Göğsünüzde ağrı, baskı veya sıkışma oldu mu?	HAYIR EVET
	g	Bulantı, mide bozukluğu veya ani ishal oldu mu?	HAYIR EVET
	h	Baş dönmesi, sersemlik, kafa karışıklığı veya baygınlık hissettiniz mi?	HAYIR EVET
	i	Etrafınızdaki şeylerin tuhaf, gerçek dışı, uzak ve yabancı olduğunu veya vücudunuzun tamamından veya bir kısmından ayrı veya dışındaymış gibi hissettiniz mi?	HAYIR EVET
	j	Kontrolünüzü kaybettiğinize veya çıldıracağınıza dair korkunuz oldu mu?	HAYIR EVET
	k	Ölüyormuşsunuz gibi bir korkunuz oldu mu?	HAYIR EVET
	l	Vücudunuzun bazı kısımlarında karıncalanma veya uyuşma oldu mu?	HAYIR EVET
	m	Sıcak basmaları veya ürpertiler oldu mu?	HAYIR EVET
E5		HEM E3, HEM DE 4 VEYA DAHA FAZLA E4 YANITI EVET OLARAK KODLANIYOR MU? E5'E YANIT EVET İSE, E7'YE ATLAYIN.	HAYIR EVET PANİK BOZUKLUK YAŞAMINDA
E6		EĞER E5 = HAYIR İSE, E4 YANITLARINDAN HERHANGİ BİRİ EVET OLARAK KODLANIYOR MU? O ZAMAN F1'E ATLAYINIZ.	HAYIR EVET SINIRLI SEMPTOM NÖBETLERİ YAŞAMINDA
E7		Geçen ay, tekrarlayan şekilde (2 veya daha fazla) ve bir başka nöbet geleceğine dair sürekli korkunun peşi sıra geldiği nöbetleriniz oldu mu?	HAYIR EVET PANİK BOZUKLUK ŞİDİTİ

F. AGORAFOBİ

F1 Az önce konuştuğumuz panik atak veya panik benzeri belirtileri yaşayabileceğiniz yerlerde veya durumlarda veya yardımın mümkün olmayabileceği ya da kaçmanın zor olduğu yerlerde veya durumlarda endişeli veya sıkıntılı hissediyor musunuz. kalabalık içinde iken, kuyrukta (sırada) beklerken, evden uzakta iken veya evde tek başına iken, veya bir köprüyü geçerken, otobüs, tren veya arabada seyahat ederken?

HAYIR EVET

EĞER F1 = HAYIR İSE, F2'DE HAYIRI İŞARETLEYİNİZ.

F2 Bu durumlardan kaçınacak, bu ortamlarda olduğunuzda ıstırap çekecek veya bu ortamlarda olabilmek için yanınızda birinin varlığına ihtiyaç duyacak kadar çok korkuyor musunuz ?

HAYIR EVET
AGORAFOBİ
şimdiki

F2 (ŞİMDİKİ AGORAFOBİ) HAYIR OLARAK

ve

E7 (ŞİMDİKİ PANİK BOZUKLUK) EVET OLARAK KODLANIYOR MU?

HAYIR EVET

PANİK BOZUKLUK
Agorafobi olmaksızın
ŞİMDİKİ

F2 (ŞİMDİKİ AGORAFOBİ) EVET OLARAK

ve

E7 (ŞİMDİKİ PANİK BOZUKLUK) EVET OLARAK KODLANIYOR MU?

HAYIR EVET

PANİK BOZUKLUK
Agorafobi ile
ŞİMDİKİ

F2 (ŞİMDİKİ AGORAFOBİ) EVET OLARAK

ve

E5 (PANİK BOZUKLUK, YAŞAMINDA) HAYIR OLARAK KODLANIYOR MU?

HAYIR EVET

AGORAFOBİ, ŞİMDİKİ
Panik Bozukluk hikayesi
olmaksızın

G. SOSYAL FOBİ (Sosyal Anksiyete Bozukluğu)

(☛ 'NİN ANLAMI : DİAGNOSTİK KUTUYA GİDİNİZ, HAYIRI İŞARETLEYİNİZ VE SONRAKİ MODÜLE GEÇİNİZ)

G1 Geçen ay içinde, size bakılmasından veya dikkatlerin sizin üzerinizde toplanmasından korkunuz veya utanırsınız mı, veya küçük dışarıdan korkunuz mu? Bu topluluk içinde konuşma, başkalarıyla birlikte veya topluluk içinde yemek yeme, birisi bakarken yazı yazma veya sosyal ortamlarda bulunma gibi durumları içermektedir.

➔
HAYIR EVET

G2 Bu korku aşırı düzeyde veya makul olmayan bir korku mudur?

➔
HAYIR EVET

G3 Bu durumlardan kaçınacak veya içinde bulunduğunuzda ıstırap çekecek kadar çok mu korkuyorsunuz?

➔
HAYIR EVET

G4 Bu korku sizin normal işinizi veya sosyal faaliyetlerinizi aksatıyor veya sizde ciddi biçimde rahatsızlığa sebep oluyor mu?

HAYIR EVET

SOSYAL FOBİ
(Sosyal Anksiyete Bozukluğu)
ŞİMDİKİ

H. OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK

(HAYIR'IN ÜZERİNDEKİ →'NİN ANLAMI : DİAGNOSTİK KUTUYA GİDİNİZ, HAYIRI İŞARETLEYİNİZ VE SONRAKİ MODÜLE GEÇİNİZ)

H1 Geçen ay içinde, istenmeyen, tatsız, uygun olmayan, kafanızdan atamadığınız veya rahatsız edici olan tekrarlayan düşünceler, dürtüler veya zihinsel imajlar nedeniyle sıkıntı yaşadınız mı? (Örneğin, kirli olduğunuz, mikroplu olduğunuz veya mikrop bulaştığı fikri, veya diğerlerine mikrop bulaştırdığınıza dair korku, veya istemediğiniz halde birisine zarar vermek korkusu, veya ani dürtülerle harekete geçeceğinize dair korku, veya sorumlu olduğunuz şeylerin kötü gideceğine dair saçma düşünce veya korku, veya cinsel düşünceler, imajlar, veya dürtülerle ilgili saplantılar, veya biriktirme yada toplama, veya dini saplantılar gibi).

HAYIR EVET
→ H4'e

(GERÇEK HAYAT PROBLEMLERİ HAKKINDAKİ OLAĞAN YOĞUN KORKULARI DAHİL ETMEYİNİZ. BESLENME BOZUKLUKLARIYLA, CİNSEL SAPMALARLA, PATOLOJİK KUMAR OYNAMAYLA VEYA ALKOL VE MADDE KÖTÜYE KULLANIMI İLE DOĞRUDAN BAĞLIANTILI SAPLANTILARI DAHİL ETMEYİNİZ. ÇÜNKÜ HASTA BU FAALİYETLERDEN ZEVKE ALMAKTADIR VE SADECE ONLARIN NEGATİF SONUÇLARI NEDENİYLE DİRENMEK İSTEBİLMEMEKTEDİR.)

H2 Görmezden gelmeye veya kafanızdan defetmeye çalışmanıza rağmen bu saplantılar sürekli olarak aklınıza takıldı mı ?

HAYIR EVET
→ H4'e

H3 Bu saplantıların kendi zihninizin ürünü olduğunu ve kafanıza dışarıdan sokulmadığını düşünüyor musunuz?

HAYIR EVET
obsesyonlar

H4 Geçen ay içinde, aşırı şekilde yıkanmak veya temizlenmek, veya tekrar tekrar bazı şeyleri saymak veya kontrol etmek, veya tekrarlamak, veya bazı şeyleri düzenlemek, toplamak, veya diğer batıl adetler gibi karşı koyamadığınız tekrar tekrar yaptığınız bazı şeyler oldu mu?

HAYIR EVET
kompulsiyonlar

H3 VEYA H4 EVET OLARAK KODLANIYOR MU?

→
HAYIR EVET

H5 Bu saplantılı düşüncelerin veya zorlantılı davranışların aşırı olduğunu veya makul olmadığını fark ettiniz mi?

→
HAYIR EVET

H6 Bu saplantı veya zorlantılar sizin normal gündelik işlerinizi, mesleki faaliyetlerinizi, alışılmış sosyal faaliyetlerinizi, veya ilişkilerinizi ciddi biçimde aksattı mı veya günde bir saatten daha fazla zamanınızı aldı mı?

HAYIR EVET

*O.K.B.
şimdiki*

I. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU (Tercihe bağlı)

(→ 'NİN ANLAMI : DİAGNOSTİK KUTUYA GİDİNİZ , HAYIRI İŞARETLEYİNİZ VE BİR SONRAKİ MODÜLE GEÇİNİZ.)

11 Hiç ölüm tehlikesi gibi ya da size yakın birinin ciddi yaralanması veya ölümü dahil olmak üzere son derece travmatik olan bir olayı yaşadınız mı, tanık olduğunuz mu veya böyle bir durumla uğraşmak zorunda kaldınız mı? HA YIR EVET

TRAVMATİK OLAYLARA ÖRNEKLER ŞUNLARI İÇERE BİLİR: CİDDİ KAZALAR, CİNSEL VEYA FİZİKSEL SALDIRILAR, TERÖRİST BİR SALDIRI, REHİN ALINMAK, KAÇIRILMAK, YANGIN, CESET BULMAK, SİZE YAKIN BİRİNİN ANI ÖLÜMÜ, SAVAS VEYA DOĞAL FELAKET.

12 Buna yoğun bir korku, çaresizlik veya dehşet ile mi tepkide bulundunuz? HA YIR EVET

13 Geçen ay içinde, bu olayı rahatsız edici bir şekilde tekrar yaşadınız mı (mesela, rüyalar, yoğun hatırlamalar, olayın anı şeklinde tekrar yaşanıyor gibi olması veya fiziksel tepkiler gibi)? HA YIR EVET

14 GEÇEN AY:

a Bu olay hakkında konuşmaktan veya bu olayı düşünmekten kaçındınız mı? HA YIR EVET

b Bu olayı hatırlatan faaliyetlerden, yerlerden veya kişilerden kaçındınız mı? HA YIR EVET

c Olayın önemli kısımlarında neler olduğunu hatırlamakta zorlandınız mı? HA YIR EVET

d Hoşlandığınız uğraşlarınızla veya sosyal faaliyetlerle daha mı az ilgilenmeye başladınız? HA YIR EVET

e Diğerlerinden kopmuş veya yabancılaşmış gibi hissettiniz mi? HA YIR EVET

f Duyularınızın donuklaştığını hissettiniz mi? HA YIR EVET

g Hayatınızın kısılacağını veya diğer insanlardan daha erken öleceğinizi hissettiniz mi? HA YIR EVET

3 VEYA DAHA FAZLA 14 YANITI EVET OLARAK KODLANIYOR MU?

HA YIR EVET

15 Geçen son ayda:

a Uyumakta güçlük çektiniz mi? HA YIR EVET

b Son derece sinirli miydiniz veya öfke patlamalarınız oldu mu? HA YIR EVET

c Yoğunlaşmakta (kafanızı toplamakta) zorluk çektiniz mi? HA YIR EVET

d Gergin ve strekli olarak tetikte miydiniz? HA YIR EVET

e Kolayca irkiliyor muydunuz? HA YIR EVET

2 VEYA DAHA FAZLA 15 YANITI EVET OLARAK KODLANIYOR MU?

HA YIR EVET

16 Geçtiğimiz ay içinde, bu sorunlar sizin işinizi yapmanızı veya sosyal faaliyetlerinizi aksattı mı veya ciddi biçimde rahatsızlığa yol açtı mı?

HAYIR EVET

**TRAVMA SONRASI
STRES BOZUKLUĞU
ŞİMDİKİ**

J. ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI VE BAĞIMLILIĞI

(→ 'NİN ANLAMI : DİAGNOSTİK KUTUYA GİDİNİZ , HAYIRI İŞARETLEYİNİZ VE BİR SONRAKİ MODÜLE GEÇİNİZ.)

J1 Geçen son 12 ay içinde, 3 veya daha fazla alkollü içkiyi, 3 saatlik bir süre içinde içtiniz mi ve bu durum 3 veya daha fazla sayıda oldu mu? HAYIR EVET

J2 Geçen son 12 ay içinde:

- a İlk içmeye başladığımızdaki etkinin aynısını sağlamak için daha fazla içmeye ihtiyaç hissettiniz mi? HAYIR EVET
- b İçmeyi bıraktığımızda, elleriniz titredi mi, terlediniz mi veya aşırı heyecanlı oldunuz mu? Bu belirtilerden veya akşamdan kalma halinden , mesela "titremeler", terleme ve aşırı heyecanlılıktan kaçınmak için içtiniz mi? İki sorudan birine yanıt EVET ise EVET olarak kodlayın. HAYIR EVET
- c Alkol aldığınız zamanlarda, içmeye başladığımızda planladığımızdan daha fazla mı içtiniz? HAYIR EVET
- d Alkol almayı azaltmayı veya bırakmayı deneyip de başarısızlığa uğradınız mı? HAYIR EVET
- e İçtiğiniz günlerde, alkollü bulmak, içmek veya alkolün etkilerinden kurtulmak için önemli bir süre harcadınız mı? HAYIR EVET
- f İçmeniz yüzünden, çalışmaya, boş zaman uğraşlarımıza (hobi), ve başkalarıyla birlikte olmaya daha az zaman harcadınız mı? HAYIR EVET
- g İçmenin sizde sağlık veya zihinsel sorunlar yarattığını bilmenize rağmen içmeye devam ettiniz mi? HAYIR EVET

3 VEYA DAHA FAZLA J2 YANITI EVET OLARAK KODLANIYOR MU?

* EVET İSE, J3 SORULARINI ATLAYINIZ, KÖTÜYE KULLANIM KUTUSUNDA N/A (UYGULANAMAZ)'I İŞARETLEYİNİZ. BİR SONRAKİ BOZUKLUĞA GEÇİNİZ. BAĞIMLILIK KÖTÜYE KULLANIMI DIŞLATIR.

HAYIR EVET*
ALKOL BAĞIMLILIĞI
ŞİMDİKİ

J3 Geçen son 12 ay içinde:

- a Evde, işte, okulda başka sorumluluklarınız var iken sarhoş veya akşamdan kalma oldunuz mu? Bu sorunlara neden oldu mu? (EĞER SADECE SORUNLARA SEBEP OLMUŞSA EVET OLARAK KODLAYINIZ.) HAYIR EVET
- b Fiziksel olarak risk altında olduğunuz herhangi bir durumda, örneğin araba veya motorsiklet, makine, tekne kullanırken, sarhoş oldunuz mu ve bu durum birden fazla mı oldu? HAYIR EVET
- c İçmeniz yüzünden birden fazla olmak üzere, tutuklanma veya kanunu ihlal edici davranışlar gibi yasal sorunlarınız oldu mu? HAYIR EVET
- d İçmeniz ailenizle veya diğer insanlarla sorunlara neden olmasına rağmen içmeye devam ettiniz mi? HAYIR EVET

1 VEYA DAHA FAZLA J3 YANITI EVET OLARAK KODLANIYOR MU?

HAYIR N/A EVET
ALKOL KÖTÜYE
KULLANIMI
ŞİMDİKİ

K. ALKOL DIŞI PSİKOAKTİF MADDE KULLANIMI BOZUKLUKLARI

(⇒ 'NİN ANLAMI : DIAGNOSTİK KUTULARA GİDİN, HAYIRI BÜTÜN DIAGNOSTİK KUTULARDA İŞARETLEYİN VE BİR SONRAKİ MODÜLE GEÇİNİZ.)

Şimdi size sokakta satılan maddelerin veya hapların bir listesini okuyacağım/göstereceğim.

K1 a Göeyen 12 ayda, bu maddelerden herhangi birini kafayı bulmak, kendinizi iyi hissetmek veya ruh halinizi değiştirmek için kullandınız mı?

HAYIR EVET

ALINAN HER MADDEYİ DAİRE İÇİNE ALINIZ:

Uyarıcılar: amfetaminler, Dexedrin, Ritalin, diyet hapları.

Kokain: Kokain, kok, kreke

Narkotikler: eroine, "beyaz", morfin, Dilaudid, afyon, Demerol, metadon, kodeine, Percodan, Darvon, OxyContin.

Hallüsinojenler: LSD ("asid"), meskalinine, peyote, PCP("melek tozu", "barıŐ hapi"), psilosibine, STP, "mantarlar", ekstazi, eke, MDA, veya MDMA.

Inhalantlar: "tutkal", etil klorid, nitrous oxide ("gölme gazı"), amil veya butil nitrate ("poppers"), bali, tiner

Esrar: haŐiŐ, THC, "ot"

Trankilizanlar: Quaalude, Seconal, Valm, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halcion, barbituratlar, Miltown

Çeşitli: steroidler, reçetesiz uyku veya diyet hapları, GHB. Başka var mı?

EN ÇOK KULLANILAN madde(ler)i belirtiniz: _____

BİR KUTUYU SEÇİNİZ

SADECE BİR MADDE / MADDE SINIFI KULLANILDI

SADECE EN SIK KULLANILAN MADDE SINIFI SORUŐTURULDU.

KULLANILAN HER MADDE AYRI DEğERLENDİRİLDİ (K2 VE K3 'Ü İHTİYAÇ KADAR KOPYALAYIN)

b EğER EŞ ZAMANLI VEYA SIRALI OLARAK ÇOK SAYIDA MADDE KULLANIMI VARSA MÜLAKATTA HANGİ MADDE/MADDE SINIFININ ARAŐTIRILACAęINI AŐAęIYA YAZINIZ: _____

K2 (MADDENİN ADI / SEÇİLEN MADDE SINIFI) göz önünde tutulduğunda son 12 ayda:

a İlk almaya başladığımızdaki etkinin aynısını elde edebilmek için daha fazla (MADDENİN ADI / SEÇİLEN MADDE SINIFI) kullanmaya ihtiyaç hissettiniz mi?

HAYIR EVET

b (MADDENİN ADI / SEÇİLEN MADDE SINIFI)'ı azaltığımızda veya kullanmayı durdurduğumuzda, bırakma belirtileriniz (ağrırlar, titreme, ateŐ, halsizlik, ishal, bulantı, terleme, kalp çarpması, uyumakta güçlük, veya aşırı heyecanlılık, endişe, sinirlilik veya çökkünlük hissetmek) oldu mu? Hasta olmaktan (bırakma belirtileri) kendinizi korumak veya kendinizi daha iyi hissetmek için herhangi bir madde(ler) kullandınız mı?

HAYIR EVET

İKİ SORUDAN BİRİNE YANIT EVET İSE EVET OLARAK KODLAYIN.

c (MADDENİN ADI / SEÇİLEN MADDE SINIFI) kullandığımızda sık sık alacağımızı düşündüğünüzden daha fazla mı aldınız?

HAYIR EVET

d (MADDENİN ADI / SEÇİLEN MADDE SINIFI) 'ı almayı azaltmayı veya durdurmayı düşünüp de başarısızlığa uğradınız mı?

HAYIR EVET

e (MADDENİN ADI / SEÇİLEN MADDE SINIFI)'ı kullandığımız günlerde maddeyi bulmak, kullanmak veya madde(ler)in etkilerinden kurtulmak veya madde(ler)i zihninizden çıkarmak için anlamli bir süre (> 2 saat) harcadınız mı?

HAYIR EVET

f Madde kullanmanız yüzünden çalışmaya, hoşlandığınız alışkanlıklara (hobi), veya arkadaş ya da ailenizle birlikte olmaya daha az zaman harcadınız mı?

HAYIR EVET

g Sizde sağlık veya zihinsel sorunlar yaratmasına rağmen (MADDENİN ADI / SEÇİLEN MADDE SINIFI)'ı kullanmaya devam ettiniz mi?

HAYIR EVET

3 VEYA DAHA FAZLA K2 YANITI EVET OLARAK KODLANIYOR MU?

MADDE(LER)'İ BELİRTİNİZ: _____

* EVET İSE, K3 SORULARINI ATLAYINIZ, KÖTÜYE KULLANIM KUTUSUNDA N/A (UYGULANAMAZ)'I İŞARETLEYİNİZ. BİR SONRAKİ BOZUKLUĞA GEÇİNİZ. BAĞIMLILIK KÖTÜYE KULLANIMI DİŞLATIR.

HAYIR EVET*

MADDE BAĞIMLILIĞI
ŞİMDİKİ

(MADDENİN ADI / SEÇİLEN MADDE SINIFI) göz önünde tutulduğunda son 12 ayda:

K3 a Evde, işte, okulda başka sorumluluklarınız var iken (MADDENİN ADI / SEÇİLEN MADDE SINIFI) nedeniyle kafayı buldunuz mu, kafanız dumanlı veya akşamdan kalma oldunuz mu? Bu sorunlara neden oldu mu?

HAYIR EVET

(EĞER SADECE SORUNLARA SEBEP OLMUŞSA EVET OLARAK KODLAYINIZ.)

b Fiziksel olarak risk altında olduğunuz herhangi bir durumda, örneğin araba veya motosiklet, makine, tekne vs. kullanırken, (MADDENİN ADI / SEÇİLEN MADDE SINIFI) nedeniyle kafanız dumanlı oldu mu veya kafayı buldunuz mu bu durum birden fazla mı oldu?

HAYIR EVET

c Madde kullanımınız yüzünden birden fazla olmak üzere, tutuklanma veya kural dışı davranışlar gibi yasal sorunlarınız oldu mu?

HAYIR EVET

d (MADDENİN ADI / SEÇİLEN MADDE SINIFI) 'ı kullanmaya ailenizle veya diğer insanlarla sorunlara neden olmasına rağmen içmeye devam ettiniz mi?

HAYIR EVET

1 VEYA DAHA FAZLA K3 YANITI EVET OLARAK KODLANIYOR MU?

MADDE(LER)'İ BELİRTİNİZ: _____

HAYIR EVET

MADDE KÖTÜYE
KULLANIMI
ŞİMDİKİ

L. PSİKOTİK BOZUKLUKLAR VE PSİKOTİK KARAKTERİSTİKLERLE DUYGULANIM BOZUKLUĞU

OLUMLU OLARAK YANITLANAN HER BİR SORU İÇİN BİR ÖRNEK İSTİYİNİZ. EĞER SADECE ÖRNEKLER AÇIK BİR ŞEKİLDE DÜŞÜNCE VEYA ALGI BOZUKLUĞUNU GÖSTERİYORSA VEYA KÜLTÜREL OLARAK UYGUN DEĞİLSE EVETİ KODLAYINIZ. KODLAMADAN ÖNCE, HEZBYANLARIN "GARİP" NİTELİKTE OLUP OLMADIĞINI İNCELEYİNİZ.

EĞER HEZBYANLAR ŞU ŞEKİLDE İSE "GARİP" TİRLER: AÇIK BİR ŞEKİLDE İZAH EDİLEMEZ, SAÇMA, ANLAŞILAMAZ, OLAĞAN YAŞAM DENEBYİMLERİNDEN ÇIKARILAMAZ.

EĞER HALÜSİNASYONLAR ŞU ŞEKİLDE İSE "GARİP" OLARAK SKORLANIRLAR: BİR SES KİŞİNİN DÜŞÜNCELERİ VEYA DAVRANIŞI ÜZERİNDE YORUMLARDA BULUNUYOR İSE, VEYA İKİ VEYA DAHA FAZLA SES BİRBİRİYLE KONUŞUYORSA.

Şimdi size bazı kimselerin yaşadığı alışılmadık yaşantılar hakkında sorular soracağım.

		GARİP
L1 a	Hiç insanların sizi gizlice izlediğine veya size karşı entrika çevirdiğine veya size zarar vermeye çalıştığına inandınız mı? NOT: GERÇEKTEN İZLENME DURUMUNU DIŞLAMAK İÇİN ÖRNEK İSTEYİN	HAYIR EVET EVET
b	EVET İSE: Şimdi de bunlara inanıyor musunuz?	HAYIR EVET EVET → L6
L2 a	Herhangi birinin sizin düşüncelerinizi okuduğuna veya düşüncelerinizi işitebileceğine veya sizin herhangi birinin zihnini okuyabileceğinize veya diğer bir kişinin düşüncesini duyabileceğinize hiç inandınız mı ?	HAYIR EVET EVET
b	EVET İSE: Şimdi de bunlara inanıyor musunuz?	HAYIR EVET EVET → L6
L3 a	Sizin dışınızda birinin veya bir gücün size ait olmayan düşünceleri kafanıza soktuğuna veya sizin kendinize özgü olmayan bir şekilde davranmanıza neden olduğuna hiç inandınız mı? Doğatüstü güçler tarafından idare edildiğinizi hiç hissettiniz mi? KLİNİSYEN: ÖRNEKLER İSTEYİNİZ VE PSİKOTİK OLMAYANLARI SAYMAYINIZ.	HAYIR EVET EVET
b	EVET İSE: Şimdi de bunlara inanıyor musunuz?	HAYIR EVET EVET → L6
L4 a	TV, radyo veya gazete yoluyla size özel mesajlar gönderildiğine veya kişisel olarak tanımadığımız bir kişinin sizinle özel olarak ilgilendiğine hiç inandınız mı?	HAYIR EVET EVET
b	EVET İSE: Şimdi de bunlara inanıyor musunuz?	HAYIR EVET EVET → L6
L5 a	Akrabalarınız veya arkadaşlarınız inançlarınızdan herhangi birini alışılmadık veya tuhaf olarak değerlendirdi mi? GÖRÜŞMEÇİ: ÖRNEKLER İSTEYİN. EĞER SADECE ÖRNEKLER AÇIKÇA (L1'DEN L4'E KADAR OLAN SORULARDA İNCELENMEYEN) HEZBYANSAL FİKİRLERSE (ÖRNEĞİN, SOMATİK VEYA DİNİ HEZBYANLAR VEYA BÜYÜKLÜK, KISKANÇLIK, SUÇLULUK, MAHVOLMA VEYA YOKSULLUK, VS.) EVET OLARAK KODLAYIN.	HAYIR EVET EVET
b	EVET İSE: Şimdi de inançlarınızı tuhaf olarak değerlendiriyorlar mı?	HAYIR EVET EVET
L6 a	Sesler gibi, başka insanların işitemediği şeyleri hiç işittiniz mi? HALÜSİNASYONLAR HASTA YALNIZCA AŞAĞIDAKİNE EVET OLARAK YANIT VERİYORSA "GARİP" OLARAK SKORLANABİLİR:	HAYIR EVET EVET
	EVET İSE: Düşünceleriniz veya davranışınızı yorumlayan bir ses veya iki ya da daha fazla sesin birbiriyle konuştuğunu duyduunuz mu?	EVET
b	EVET İSE: Bu şeyleri geçen ay işittiniz mi?	HAYIR EVET EVET

- L7 a Uyanık iken hiç görüntüler gördünüz mü veya diğer insanların göremediği şeyleri gördünüz mü?
KLİNİSYEN: BUNLARIN KÜLTÜREL OLARAK UYGUN OLUP OLMADIĞINI KONTROL EDİN. HAYIR EVET
- b EVET İSE: Bu şeyleri geçen ay gördünüz mü? HAYIR EVET
- KLİNİSYENİN DEĞERLENDİRMESİ**
- L8 b HASTA ŞİMDİKİ HALİNDE ENKOHERANS, TUTARSIZ KONUŞMA, VEYA FARKEDİLİR ÖLÇÜDE ÇAĞRIŞIMLARDA ÇÖZÜLME GÖSTERİYOR MU? HAYIR EVET
- L9 b HASTA ŞİMDİKİ HALİNDE DISORGANİZE VEYA KATATONİK DAVRANIŞ GÖSTERİYOR MU? HAYIR EVET
- L10 b ŞİZOFRENİNİN NEGATİF SEMPTOMLARI, ÖRNEĞİN AFEKTİF DÜZLEŞME, KONUŞMANIN FAKİRLEŞMESİ (ALOGİA), VEYA HEDEFE YÖNELİK DAVRANIŞLARA BAŞLAMA VEYA SÜRDÜRMEDE YETERSİZLİK, MÜLAKAT ESNASINDA FARK EDİLİYOR MU ? HAYIR EVET
- L11 a L1a'DAN L7a'YA KADAR 1 VEYA DAHA FAZLA « a » SORUSU EVET VEYA EVET GARİP OLARAK KODLANIYOR MU VE ŞUNLARDAN BİRİ EVET OLARAK KODLANIYOR MU?:

MAJÖR DEPRESİF EPİSOD, (ŞİMDİKİ VEYA TEKRARLAYAN)
VEYA

MANİK VEYA HİPOMANİK EPİSOD, (ŞİMDİKİ VEYA GEÇMİŞTE) EVET OLARAK? HAYIR EVET

L12

L11 a HAYIR İSE, HER İKİ "PSİKOTİK KARAKTERİSTİKLERLE DUYGULANIM BOZUKLUĞU" DİAGNOSTİK KUTUSUNDA HAYIRI İŞARETLEYİNİZ VE L13'E GEÇİNİZ.

- b Bana daha önce (çokkötün/çok mutlu/ sürekli olarak sinirli) hissettiğiniz dönemleriniz olduğunu söylemişsiniz.

Az önce tanımladığınız inançlar ve deneyimler (L1a'DAN L7a'YA KADAR EVET OLARAK KODLANAN SEMPTOMLAR) sadece çokkötün/çok mutlu/sinirli hissettiğiniz zamanlarla mı sınırlıydı?

EĞER HASTA ÇÖKKÜN/ÇOK MUTLU/SİNİRLİ OLMADIĞINDA BU DENEYİMLERİN VE İNANÇLARIN OLDUĞU EN AZINDAN 2 HAFTALIK BİR DÖNEM GEÇİRMİŞSE, BU BOZUKLUĞU HAYIR OLARAK KODLAYIN.

BU BOZUKLUĞA VERİLEN CEVAP HAYIR İSE, L12'DE DE HAYIRI İŞARETLEYİN VE L13'E GEÇİN.

HAYIR EVET

PSİKOTİK
KARAKTERİSTİKLERLE
DUYGULANIM
BOZUKLUĞU

YAŞAMINDA

- L12 a L1b'DEN L7b'YE KADAR 1 VEYA DAHA FAZLA « b » SORUSU EVET VEYA EVET GARİP OLARAK KODLANIYOR MU VE ŞUNLARDAN BİRİ EVET OLARAK KODLANIYOR MU?

MAJÖR DEPRESİF EPİSOD, (ŞİMDİKİ)

VEYA

MANİK VEYA HİPOMANİK EPİSOD, (ŞİMDİKİ) EVET OLARAK?

BU BOZUKLUĞA YANIT EVET İSE , L13 VE L14'TE HAYIRI İŞARETLEYİN VE BİR SONRAKİ MODÜLE GEÇİN.

HAYIR EVET

PSİKOTİK
KARAKTERİSTİKLERLE
DUYGULANIM
BOZUKLUĞU

ŞİMDİKİ

L13 BİR VEYA DAHA FAZLA « b » SORUSU EVET GARİP OLARAK
KODLANIYOR MU?

VEYA

2 VEYA DAHA FAZLA « b » SORUSU EVET OLARAK (EVET GARİP YERİNE)
KODLANIYOR MU?

HAYIR EVET

**PSİKOTİK BOZUKLUK
ŞİMDİKİ**

L14 L13 EVET OLARAK KODLANIYOR MU

VEYA

1 VEYA DAHA FAZLA « a » SORUSU EVET GARİP OLARAK KODLANIYOR MU?

VEYA

2 VEYA DAHA FAZLA « a » SORUSU EVET (EVET GARİP YERİNE) OLARAK
KODLANIYOR MU?

VE PSİKOTİK SEMPTOMLARIN EN AZINDAN İKİSİ AYNI ZAMAN DİLİMİ
NASINDA MEVCUT MU?

HAYIR EVET

**PSİKOTİK BOZUKLUK
YAŞAMINDA**

M. ANOREKSİA NERVOSA

(NIN ANLAMI : DIAGNOSTİK KUTUYA GİDİNİZ, HAYIRI İŞARETLEYİNİZ, VE BİR SONRAKİ MODÜLE GEÇİNİZ)

41. a. Boyunuzun uzunluğu ne kadar?	<input type="radio"/> ft <input checked="" type="radio"/> in.
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> cm.
b. Son 3 ay içinde en düşük kilonuz ne kadardı?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> lbs.
	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> kgs.
c. HASTANIN KILOSU BOYU İLE İLİŞKİLİ OLARAK EŞİK DEĞERİNDEN DÜŞÜK MÜ? (AŞAĞIDAKİ TABLOYA BAKINIZ)	HAYIR EVET

Geçen son 3 ay içinde:

- M2 Bu düşük kiloya rağmen, kilo almamaya çalıştınız mı? HAYIR EVET
- M3 Düşük kilolu olmanıza rağmen, kilo almaktan veya şişmanlamaktan korktunuz mu? HAYIR EVET
- M4 a Kendinizi şişman veya vücudunuzun bir kısmını fazla yağlı olarak düşündünüz mü? HAYIR EVET
- b Kilonuz ya da vücut biçiminiz kendinizi nasıl hissettiğinizi büyük ölçüde etkiledi mi? HAYIR EVET
- c Şimdiki düşük kilonuzun normal veya fazla olduğunu düşündünüz mü? HAYIR EVET
- M5 M4'TEN 1 VEYA DAHA FAZLA MADDE EVET OLARAK KODLANIYOR MU? HAYIR EVET
- M6 SADECE KADINLAR İÇİN: Geçen son üç ay içinde olmasını beklediğiniz halde (hamile değilken) ay hallerinizin tamamı kesildi mi? HAYIR EVET

KADINLAR İÇİN: M5 VE M6 EVET OLARAK KODLANIYOR MU?

ERKEKLER İÇİN: M5 EVET OLARAK KODLANIYOR MU?

HAYIR EVET
ANOREKSİA NERVOSA
ŞİMDİKİ

BOY / KILO EŞİK TABLOSU (boy-ayakkabısız; kilo-elbisesiz)

Kadın Boy/Kilo														
ft/in	4'9	4'10	4'11	5'0	5'1	5'2	5'3	5'4	5'5	5'6	5'7	5'8	5'9	5'10
lbs.	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112
cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178
kgs	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51

Erkek Boy/Kilo															
ft/in	5'1	5'2	5'3	5'4	5'5	5'6	5'7	5'8	5'9	5'10	5'11	6'0	6'1	6'2	6'3
lbs.	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188	191
kgs	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Yukarıdaki eşik ağırlıklar DSM-IV tarafından belirtilen hastanın boyu ve cinsine göre normal sınırlarının %15 altı hesaplanarak bulunmuştur. Bu tablo Metropolitan hayat sigortası Ağırlık Tablosunda belirtilen Normal dağılımın en düşük kısmından %15 daha düşük kiloları yansıtmaktadır.

N. BULİMİA NERVOSA

→ 'NİN ANLAMI : DİAGNOSTİK KUTULARA GİDİN, BÜTÜN DİAGNOSTİK KUTULARDA HAYIRI İŞARETLEYİN, VE BİR SONRAKİ MODULE GEÇİNİZ)

N1	Geçen 3 ay içinde, aşırı yemek yeme hali veya 2 saatlik bir süre içinde çok fazla miktarda yemek yediğiniz oldu mu?	HAYIR EVET
N2	Geçen son 3 ay içinde, haftada iki kere katar olmak üzere aşırı yeme haliniz oldu mu?	HAYIR EVET

N3	Aşırı yemek yeme hali olduğu sırada, yemenizin kontrolünüzün dışında olduğunu hissettiniz mi?	HAYIR EVET
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------	------------

N4	Yemek yeme haliniz sonunda kilo almayı telafi etmek veya önlemek için kusmak, perhiz yapmak, egzersiz yapmak, veya lavman yapmak, müshil, diüretik (idrar söktürücü) veya diğer ilaçları almak gibi şeyler yaptınız mı?	HAYIR EVET
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

N5	Kilonuz ya da vücut biçiminiz kendinizi nasıl hissettiğinizi büyük ölçüde etkiliyor mu?	HAYIR EVET
----	-----------------------------------------------------------------------------------------	------------

N6	HASTANIN SEMPTOMLARI ANOREKSİA NERVOSA İÇİN KRİTERLERİ KARŞILIYOR MU?	HAYIR EVET ↓ N8'e atlayın
----	-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------

N7	Bu aşırı yemek yeme halleri sadece (____)lbs./kgs.) 'ın altında olduğunuzda mı oluyor? GÖRÜŞMEÇİ: YUKARIDAKİ PARENTEZİ ANOREKSİA NERVOSA MODÜLÜNDEKİ BOY/KİLO TABLOSUNDAKİ HASTANIN BOYUNA GÖRE EŞİK AĞIRLIK DEĞERİNİ YAZINIZ.	HAYIR EVET
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

N8	N5 EVET OLARAK KODLANIYOR MU VE N7 HAYIR OLARAK KODLANIYOR VEYA ATLANIYOR MU?	HAYIR EVET BULİMİA NERVOSA ŞİMDİKİ
----	-------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

N7 EVET OLARAK KODLANIYOR MU?

HAYIR EVET
ANOREKSİA NERVOSA Aşırı Yiyen/Boşaltan Tip ŞİMDİKİ

O. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU

(→ NİN ANLAMI : DİAGNOSTİK KUTUYA GİDİNİZ, HAYIRI İŞARETLEYİNİZ, VE BİR SONRAKİ MODÜLE GEÇİNİZ)

01 a	Geçen 6 ay boyunca yoğun bir sıkıntı duyduunuz mu veya bir kaç şey hakkında endişelendiniz mi?	HAYIR EVET
b	Bu sıkıntılar günlerinizin çoğunda mevcut muydu?	HAYIR EVET
HASTANIN ANKSİYETESİ BU NOKTADAN ÖNCEKİ BİR BAŞKA BOZUKLUKLA DAHA İYİ AÇIKLANABİLİYOR MU VEYA YALNIZCA ÖNUNLA MI SINIRLI?		HAYIR EVET

02 Sıkıntılarınızı kontrol etmekte zorlanıyor musunuz veya yapmakta olduğunuz işe odaklanma yeteneğinizi engelliyor mu? HAYIR EVET

03 AŞAĞIDAKİLERİ, EĞER BELİRTİLER BU NOKTADAN ÖNCE ARAŞTIRILMIŞ HERHANGİ BİR BOZUKLUĞUN ÖZELLİKLERİ İLE SINIRLI İSE HAYIR OLARAK KODLAYIN

Endişeli olduğunuz geçen 6 ay boyunca, çoğu zaman:

- | | | |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| a | Huzursuz, kaygılı veya yerinizde duramaz halde hissediyor muydunuz? | HAYIR EVET |
| b | Gergin hissediyor muydunuz? | HAYIR EVET |
| c | Yorgun, halsiz hissediyor muydunuz veya çabuk yoruluyor muydunuz ? | HAYIR EVET |
| d | Yoğunlaşmakta, kafanızı toplamakta güçlük çekiyor muydunuz veya kafanız bomboşmuş gibi oluyor muydu? | HAYIR EVET |
| e | Sinirli hissediyor muydunuz? | HAYIR EVET |
| f | Uykuda güçlük çekiyor muydunuz (uykuya dalmada güçlük, gecenin ortasında uyanmak, sabah erkenden kalmak veya aşırı uyumak gibi)? | HAYIR EVET |

3 VEYA DAHA FAZLA 03 YANITI EVET OLARAK KODLANIYOR MU?

HAYIR EVET
YAYGIN ANKSİYETE
BOZUKLUĞU
ŞİMDİKİ

P. ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU (Tercihe bağlı)

(⇒ 'NİN ANLAMI : DIAGNOSTİK KUTUYA GİDİNİZ, HAYIRI İŞARETLEYİNİZ)

P1 15 yaşınızdan önce :

- | | | |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| a | tekrar tekrar okulu astınız mı veya evden kaçıp geceyi dışarıda geçirdiniz mi? | HAYIR EVET |
| b | tekrar tekrar yalan söylediniz mi, hile yaptınız mı, “kandırdınız” mı veya çaldınız mı? | HAYIR EVET |
| c | kavga çıkardınız mı, veya başkalarını korkuttunuz, göz dağı verdiniz veya tehdit ettiniz mi? | HAYIR EVET |
| d | kasten mala mülke zarar verdiniz mi veya yangın çıkardınız mı? | HAYIR EVET |
| e | kasten hayvanlara veya insanlara zarar verdiniz mi? | HAYIR EVET |
| f | birini sizinle cinsel ilişkiye zorladınız mı? | HAYIR EVET |
| | 2 VEYA DAHA FAZLA P1 YANITI EVET OLARAK KODLANIYOR MU? | HAYIR EVET |

AŞAĞIDAKİ DAVRANIŞLARI EĞER YALNIZCA POLİTİK VEYA DİNİ GÜDÜLENME SONUCU İŞELER EVET OLARAK KODLAMAYINIZ.

P2 15 yaşınızdan beri:

- | | | |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| a | tekrar tekrar diğerlerinin sorumsuzluk olarak değerlendireceği şekilde davrandınız mı, borçlarınızı ödemekte başarısızlık, kasten saldırganlık göstermek veya hayatınızı kazanmak için kasten çalışmamak gibi? | HAYIR EVET |
| b | yakalanmasanız bile yasadışı şeyler yaptınız mı (örneğin, mala zarar verme, hırsızlık, uyuşturucu madde satmak, dükkandan eşya çalma veya ağır suç işlemek)? | HAYIR EVET |
| c | tekrar tekrar fiziksel kavgalara giriştiniz mi (eşinizi veya çocuklarını dövmek dahil)? | HAYIR EVET |
| d | para kazanmak için veya zevk uğruna sık sık yalan söylediniz mi veya diğer insanları “kandır”dınız mı veya surf zevk için yalan söylediniz mi? | HAYIR EVET |
| e | aldırış etmeden başkalarını tehlikeye attınız mı? | HAYIR EVET |
| f | birini incittikten, kötü davrandıktan, yalan söyledikten, veya diğerlerinden bir şeyler çaldıktan veya mala mülke zarar verdikten sonra hiçbir suçluluk duymama? | HAYIR EVET |

3 VEYA DAHA FAZLA P2 SORUSU EVET OLARAK KODLANIYOR MU?

HAYIR EVET

**ANTİSOSYAL KİŞİLİK
BOZUKLUĞU
YAŞAMINDA**

GÖRÜŞMENİN SONU

KAYNAKLAR

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*. 1997; 2:232-241.

ecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry*. 1997; 12: 224-231.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G: The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J. Clin Psychiatry*, 1998;59(suppl 20):22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D: DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*. 1998; 13:26-34.

Yerlerler

M.I.N.I. 4.4 veva 6nceki versiyonlar

M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0 ve M.I.N.I. Screen 5.0:

Afrikaa R. Emsley
Arapaa
Bengal
Brezilya Portekizcesi P. Amorim
Bulgarca L.G.. Hranov
Çince

Dirvataa
Eekpe
Danimarkaca P. Bech
Hollanda/Flemenk E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere
Ngilizce D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan

Estonyaca
Farsaa K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finca M. Heikkinen, M. Lijestr6m, O. Tuominen
Fransuzca Y. Lecrubier, E. Weiller, L.I. Bonora, P. Amorim, J.P. Lepine
Almanca I. v. Donffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer
Yunanca S. Beratis

Gujarati J. Zohar, Y. Sasson

Hintaa I. Bitter, J. Balazs

İzlandaca
İtalyanaca I. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller

Japonea

Litvanca
Letonyaca V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads
Norveaa G. Pedersen, S. Blomhoff
Polakaa M. Masiak, E. Jasiak
Portekizce P. Amorim

Pencabaa
Romence
Rusaa I. Timotijevic

Sırpaa
Setswana M.Kocmur
Slovenyaca L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier
İspanyolca O. Soto, L. Franco, G. Heinze

İsvaa M. Waern, S. Anderssch, M. Humble

Türkaa T. 6rnek, A. Keskiner, I. Vahip

Urdu

M.I.N.I.'nin geaerlilik aalımları kısmen SmithKline Beecham ve Avrupa Birliğinin sağladığı araştırma yardımları ile sağlanmıştır. Yazarılar Dr. Pauline Powers'a Anoreksia Nervosa ve Bulimia mod6lleri hakkındaki tavsiyeleri iain teşekk6r eder.

W. Maartens
O. Osman, E. Al-Radi
H. Banerjee, A. Banerjee
P. Amorim

L. Carroll, Y-J. Lee, Y-S. Chen, C-C. Chen, C-Y. Liu, C-K. Wu, H-S. Tang, K-D. Juang, Yan-Ping Zheng.
Hazırlanıyor
P. Zvlosky
P. Bech, T. Schltze
I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan
J. Shlik, A.Aluoja, E. Khil

M. Heikkinen, M. Lijestr6m, O. Tuominen
Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
T. Calligas, S. Beratis
M. Patel, B. Patel
R. Barda, I. Levinson, A. Aviv
C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
I. Bitter, J. Balazs
J.G. Stefansson
L. Conti, A. Rossi, P. Donda

T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
A. Bacevicius
V. Janavs, J. Janavs
K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
M. Masiak, E. Jasiak
P. Amorim, T. Guterres
A. Gahunia, S. Gambhir

O. Driga
A. Bysritsky, E. Selivra, M. Bysritsky
I. Timotijevic
K. Ketlogetswe
M. Kocmur
L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-Garcia,

C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
T. 6rnek, A. Keskiner
A. Engeler
A. Taj, S. Gambhir