

Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olan Hastalarda Öfke ve Depresyonun İlişkisi

Dr. Hakan TÜRKÇAPAR¹, Dr. Olga GÜRİZ², Dr. Aynur ÖZEL², Dr. Banu IŞIK²,
Dr. Sibel DÖNBAK ÖRSEL¹

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada eşlik eden depresyonu olan erkek antisosyal kişilik bozukluğu hastalarında öfke ile depresyon arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Yöntem: Çalışma grubunu askerliğini yapmakta olan, çoğunluğunda madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı bulunan ve DSM-III-R'ye göre yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID) ile antisosyal kişilik bozukluğu tanısı konmuş 72 erkek hasta oluşturdu. Bu 72 kişiden 20'si DSM-IV depresif bozukluk tanılarına uyuyordu. Kontrol grubu olarak aynı yaş ve sosyo-ekonomik özelliklere sahip, yine askerliğini yapmakta olan 40 birey seçildi. Çalışma gruplarında depresyon ve öfke düzeyleri Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak ölçüldü.

Bulgular: SÖÖTÖ puanlarına göre sürekli öfke düzeyi, bastırılmış öfke ve dışa yansıyan öfke düzeyleri hem depresyonu olan hem de depresyonu olmayan antisosyal kişilik bozukluğu hastalarında kontrol grubuna göre yüksekti. Öfkeyi kontrol etme düzeyi ise depresyonu olan antisosyal kişilik bozukluğu hastalarında depresyonu olmayan antisosyal hastalara göre daha yüksek olmakla birlikte kontrollerden farksızdı. Bağıntı analizinde sürekli öfke, içe dönük öfke ve dışa dönük öfke puanlarıyla depresyon puanları arasında istatistik olarak anlamlı düzeyde pozitif bir bağıntı saptandı.

Sonuç: Bulgularımız, depresyonla bastırılmış öfkenin ilişkili olduğu varsayımının antisosyal kişilik bozukluğuna ek olarak depresyonu olan hasta grubunda tam olarak desteklenmediğini göstermiştir. Bu hasta grubunda normal kontrollere göre hem bastırılmış öfke, hem de dışa vurulan öfke düzeyleri yüksek bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Antisosyal kişilik bozukluğu, depresyon, öfke

SUMMARY: Relationship Between Depression and Anger in Patients with Antisocial Personality Disorder

Objective: This study examined the relationship between aggression and depression in male antisocial patients with and without comorbid depression and in normal control subjects.

Method: Seventy-two antisocial patients were evaluated for depression using SCID. The antisocial patients were treatment-seeking soldiers, mostly substance use is recruited from military hospitals. The control group consisted of forty age and sex matched subjects. Twenty of these antisocial patients were diagnosed with depressive disorder (major depression or dysthymia). In order to assess aggression and depression the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anger Scale (STAS) were used.

Results: Antisocial patients with depression and without depression had higher trait anger, anger-in and anger-out scores than the controls. Antisocial patients without comorbid depression had lower scores than the antisocial patients without depression in the anger control subscales of STAS. On the other hand, in this subscale, scores of the antisocial patients with depression did not differ from those of the normal controls. Correlation analysis revealed a significant positive relationship between BDI scores and trait anger, anger-in and anger-out scores.

Conclusion: The result of our study did not fully support the view of depression which assumes that depressive disorder is related to anger and hostility at least in antisocial patients. According to our results higher anger scores and lower anger control scores were related to being antisocial rather than being depressive and also not only suppressed anger but also outwardly expressed anger were increased in depressive antisocial patients.

Key Words: Antisocial personality disorder, depression, anger

¹Doç., ²Uzm., SSK Ankara Eğitim Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Ankara.

GİRİŞ

Bir duygulanım olarak öfke ve bununla bağlantılı saldırganlık davranışının ruhsal hastalıklarla ilgisi ve psikopatolojideki yeriyle ilgili bir çok çalışma yapılmıştır. Öfke ve saldırganlıkla ilişkili olarak üzerinde en çok durulan ruhsal rahatsızlıklardan ikisi antisosyal kişilik bozukluğu ve depresif bozukluktur. Antisosyal kişilik bozukluğunda (AKB) fiziksel kavgalar biçiminde kendini gösterebilen sinirlilik ve saldırganlık belirtisi uzun süreli bir davranışsal örüntüdür ve DSM-IV'de bu kişilik bozukluğunun ölçütleri arasında yer alır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994).

Depresyon ile saldırganlık ve öfke arasındaki ilişkiye en geniş biçimde psikanalitik kuramda değinilmiştir. Klasik psikanalitik görüşe göre içe dönük öfke, depresyonun ruhsal etiolojisinde rol oynayan bir etkidir. Freud yas ve melankoliyi gerçek veya simgesel kayıpların tetiklediğini öne sürerek, depresif hastalardaki suçlanma ve intihar düşüncelerini kaybedilen nesneye karşı duyulan öfkenin, kendine zarar verme isteği şeklinde kişinin kendisine yöneltmesiyle açıklamıştır (Gabbard 1995). Klein, depresyonu olan hastaların kendi yıkıcılıkları sonucunda sevilen iyi nesneleri yok edecekleriyle ilgili umutsuzca kaygılandıklarını ileri sürmüştür (Gabbard 1994).

Depresyonun ruhsal nedenlerine dönük bu kuramsal açıklamaların yanı sıra öfke ve sinirliliğin depresif belirti kümesinin bir parçası olabileceği de ileri sürülmüştür. Depresyonu olan hastaların yaklaşık %30-40'ında öfke atakları görüldüğü, bu oranın anksiyete bozukluğu olan hastalara göre iki kat fazla olduğu ve öfke atakları olan anksiyete bozukluğu hastalarının daha çökkün olduğu bildirilmektedir (Fava ve Rosenbaum 1999). Moreno ve arkadaşları, öfkenin depresyon için olduğu kadar intihar için de belirgin bir tanısal işaret olduğunu saptamışlardır (Moreno ve ark. 1993).

Dışa yansıyan öfkenin yanı sıra bastırılmış öfke ile depresyon arasında da anlamlı ilişkiler olduğu öne sürülmüştür. Baş ağrısı yakınmasıyla başvuran hastalarda özellikle içe yönelmiş öfke ile depresyon arasında güçlü bir ilişki bildirilmiştir (Tschannen ve ark. 1992). Tedlow ve arkadaşlarının (1999) depresif hasta grubunda gerçekleştirdikleri bir çalışmada depresyon şiddeti öfke atakları olan grupta, olmayanlara göre küçük

ama anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada öfke atakları olan hastalarda bağımlı, kaçınan, narsisistik, borderline ve antisosyal kişilik bozukluğu ektanısını anlamlı olarak yüksek saptamışlardır. Ancak bu çalışmalarda depresyona eşlik edebilecek kişilik bozukluklarının etiolojideki yeri üzerinde fazla durulmamıştır.

Bizim çalışmamızın amacı, depresif bozukluğu olan antisosyal hastaların, öfke ve saldırganlık düzeyi ve türleri açısından depresif bozukluğu olmayan antisosyaller ve normal kontrollerden farklı olup olmadığının incelenmesidir. Bu amaca dönük olarak antisosyal kişilik bozukluğu olan ve depresyon ektanısı alan grup, eşlik eden depresyonu olmayan antisosyaller ve normal kontrollerle sürekli öfke düzeyi, öfke kontrolü, dışa yansıyan öfke ve bastırılmış öfke açısından karşılaştırılmıştır. Araştırmanın çalışma varsayımı literatürün getirdiği açıklamalara dayalı olarak depresif bozukluğu olan antisosyal hastalarda depresif bozukluğu olmayan antisosyaller ve normal kontrollere göre sürekli öfke düzeyi, içe dönük öfke düzeyi ve öfke kontrolünün daha yüksek olacağıdır.

YÖNTEM

Denekler

Araştırma grubunu, çoğunluğunda (%96,8) madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olan tedavi için askeri hastanelerden ya da birliklerinden, 400 yataklı merkezi bir askeri hastane psikiyatri polikliniğine ruhsal sorunları nedeniyle sevk edilmiş ve değerlendirme sonucunda SCID'le antisosyal kişilik bozukluk tanısı konmuş 72 erkek hasta (yaş ortalaması 22,8±1,9) ve 40 normal sağlıklı kontrol grubu (yaş ortalaması 22,1±2,4) oluşturdu. Kontrol grubu aynı birliklerde o dönemde askerlik yapmakta olan ve araştırma grubuyla aynı yaş ve sosyo-demografik özelliklere sahip geçmişte ya da değerlendirme anında ruhsal rahatsızlık ya da tedavi öyküsü olmayan gönüllü askerlerden seçildi. Kontrol grubunun ayrıca geçmişte ya da değerlendirme anında herhangi bir ruhsal rahatsızlık öyküsü ya da belirtisi açısından birinci araştırmacı tarafından DSM-IV ölçütlerine göre değerlendirilerek, psikiyatrik rahatsızlıkları olmadığı doğrulandı. Antisosyal hasta grubunda, 20 hastada depresif bozukluk (13 majör depresyon, 7 distimi) saptandı. SCID'le depresyon dışı diğer ek ruhsal patoloji

TABLO 1. Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri (tek yönlü ANOVA ve ki-kare testi ile).

	AKB(N=46)	AKB+Depresyon(N=20)	Kontrol (N=40)	
Yaş (Ortalama $\pm$ S.D.)	22,9 $\pm$ 2,0	23,1 $\pm$ 1,9	22,1 $\pm$ 2,4	F=2,2 df=2 p=0,11
Eğitim süresi (Ortalama $\pm$ S.D.)	6,7 $\pm$ 2,5	6,4 $\pm$ 2,1	8,8 $\pm$ 3,5	F=6,908 df=2 p=0,0015
Medeni Durum				
Bekar	%87	%6,2	%89,7	X ² =7,26
Evli	%13	%36,8	%10,3	p=0,026
Meslek				
İşsiz	%45,7	%30	%5,1	X ² =17,4
Çalışan	%54,3	%70	%94,9	P<0,001

saptanan ve madde kullanım bozukluğu olmayan 6 hasta tanınasal birliği bozmaması açısından araştırmadan çıkarıldı ve grupları birbiriyle karşılaştırılan analizler toplam 66 antisosyal hasta üzerinden yapıldı.

İşlem

Psikiyatri polikliniğine diğer askeri hastanelerden ya da birliklerinden ruhsal sorunları nedeniyle gönderilen bütün hastalar, antisosyal belirti tarama formu ile taranarak antisosyal belirtileri olan hastalara SCID-I ve II (Sorias 1990, Çorapçıoğlu 1999) uygulanarak psikiyatrik tanıları kondu. Görüşme öncesi her hastaya ayrıntılı bir kişisel, ailesel ve tıbbi öyküyle ilgili sorular içeren sosyo-demografik bir anket doldurtuldu ve araştırmanın kapsam ve amacı açıklanarak izin alındı ardından araştırmada kullanılan diğer ölçekler (SÖÖTÖ ve BDÖ) hastalara verildi.

Ölçüm Araçları

Sosyo-demografik özellikler anketi: Çalışmanın amacına dönük olarak deneklerin sosyodemografik özellikleri ve yaşam öykülerine ilişkin soruları içeren, birinci araştırmacı tarafından geliştirilen bir form kullanılmıştır.

SCID I ve SCID II: Hastaların tanı görüşmelerinde DSM-IV ölçütlerine göre geliştirilen SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV) kullanıldı. SCID I, DSM-IV ölçütlerine uygun klinik psikiyatrik tanıları (First 1996, Çorapçıoğlu 1999), SCID II ise kişilik bozukluğu tanılarını koymayı sağlayan yapılandırılmış bir görüşmedir (Spitzer ve ark. 1989, Sorias 1990).

SCID'in Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Sorias ve Çorapçıoğlu tarafından yapılmıştır (Sorias 1990, Çorapçıoğlu 1999).

Antisosyal belirti tarama formu: SCID II Anket formunda antisosyal kişilik bozukluğu kısmında yer alan 12 soru belirti tarama amacıyla kullanılmıştır. Bu ankete verdikleri cevaplara göre antisosyal kişilik bozukluğu tanısı için gerekli olan çocukluk çağında davranım bozukluğu saptanan hastalar SCID görüşmesine alındı.

Süreklî Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ): SÖÖTÖ Spielberger tarafından geliştirilmiş The State-Trait Anger Scale (STAS) Türkçe formunun çevirisi ve geçerlilik çalışması A. Kadir Özer tarafından yapılmıştır (Özer 1994, Savaşır ve Şahin 1997). Ölçek, Süreklî Öfke, Öfke-İçte, Öfke-Dışa ve Öfke Kontrol alt ölçeklerinden oluşur. Bireylerin kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri bir ölçektir. Verilen tümcelerin kişiyi ne kadar tanımladığı sorusuna "1" hiç tanımlamıyor, "2" biraz tanımlıyor, "3" oldukça tanımlıyor ve "4" tümüyle tanımlıyor şeklinde yanıtlar verilmektedir. Bu ölçek ergen ve yetişkinlere uygulanabilir ve zaman kısıtlaması yoktur. Süreklî Öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfke düzeyinin yüksek olduğunu, Öfke Kontrol alt ölçeğindeki yüksek puanlar yüksek öfke kontrol düzeyini, Öfke-Dışa alt ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kolayca ifade edilir olduğunu ve Öfke-İçte alt ölçeğindeki yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): BDÖ Türkçeye Nesrin Hisli tarafından uyarlanmış, 21 belir-

TABLO 2. Antisosyaller ve Kontrol Grubu Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) Puanları Karşılaştırması.

SÖÖTÖ Alt Ölçekleri	AKB (N=66) (Ort.±S.D.)	Kontrol (N= 40) (Ort.±S.D.)	t	P
Sürekli Öfke	32,2±5,6	19,7±5,1	-9,76	<0,0001
Öfke-İçte	21,4±4,4	16,6±4,4	-4,64	<0,0001
Öfke-Dışa	23,4±5,1	14,5±3,1	-9,84	<0,0001
Öfke Kontrol	17,5±8,7	23,3±3,7	4,33	<0,0001

ti kategorisini içeren, kişilerin kendi kendilerine yanıtlayacakları bir ölçektir. Her madde 0 ile 3 arasında puanlanır. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon şiddetinin yüksek olduğunu gösterir (Savaşır ve Şahin 1997) .

İstatistiksel Yöntem

İstatistiksel analizde gruplar arası farklara ikili karşılaştırmalarda sürekli değişkenler için bağımsız örneklem (independent sample) t-testi, kategorik değişkenler için ki-kare testi ile bakıldı; üçlü karşılaştırmalarda tek yönlü ANOVA testi kullanıldı. Değişkenler arası bağıntılar Pearsons bivariate bağıntı analizi ile incelendi. Anlamlılık düzeyi olarak $\alpha=0,05$ olarak kabul edildi. İstatistiksel analizde SPSS for Windows 10.0 istatistik paket programı kullanıldı.

BULGULAR

Tablo 1'de görüldüğü gibi gruplar arasında yaş ortalamaları bakımından anlamlı farklılık bulunmadı. Depresyonu olan grupta evli oranı daha fazlaydı ($X^2=7,26$ $p=0,026$). Kontrol grubuna kıyasla AKB olan hastaların eğitim süreleri kısaydı ($p<0,005$) ve işsizlik oranları da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kontrol grubundan daha yüksekti ($X^2=17,4$, $p<0,0001$).

Antisosyal Kişilik Bozukluğu olan hastaları ektanı olarak depresyon bulunup bulunmamasına bakmaksızın tek bir grup olarak aldığımızda yapılan bağımsız örneklem t-testine göre sürekli öfke ($t=-9,76$, $p<0.0001$), öfke içte ($t=-4,64$, $p<0.0001$) ve öfke dışa alt ölçekleri ($t=-9,84$ $p<0.0001$) puanları kontrollerden daha yüksek, Öfke Kontrol alt ölçeği puanları ise kontrollerden daha düşüktü ($t=4,33$, $p<0.0001$).

AKB; AKB ve depresyon ektanlı ve kontroller olarak üç grubu birbiriyle karşılaştırdığımızda; Sürekli Öfke, Öfke-İçte ve Öfke Dışa alt ölçeklerinde hem depresyonu olan, hem de olmayan antisosyal bireylerin puanları istatistiksel

olarak anlamlı biçimde kontrol grubundan daha yüksekti. Öfke Kontrol alt ölçeğinde ise depresyonu olan antisosyallerin puanları depresif olmayan antisosyallerden daha yüksek olmakla birlikte kontrollerden farksızdı (Tablo 3).

Antisosyal hasta grubunda BDÖ puanı ile SÖÖTÖ alt ölçekleri puanları arasındaki bağıntılara baktığımızda Öfke İçte ile Öfke Dışa ve Sürekli Öfke alt ölçeklerinde anlamlı düzeyde pozitif bir bağıntı; öfke kontrol alt ölçeğinde ise istatistiksel olarak anlamlı olmayan negatif bir bağıntı saptandı. Ayrıca Ölçeğin kendi içindeki bağıntılara baktığımızda Öfke kontrol dışındaki bütün alt ölçekler arasında pozitif bağıntı, Öfke Kontrol alt ölçeği ile diğerleri arasında ise negatif yönde bir bağıntı saptandı.

TARTIŞMA

Araştırma için değerlendirilen 72 antisosyal hastadan 20'sinde depresif bozukluk saptanması (% 27) oldukça yüksek bir orandır. Hastaların askerlik yapmakta olmaları bu oranda etkili olabilir. Antisosyal kişilik bozukluğunda en sık rastlanan ek tanılar madde kullanım bozuklukları, depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır (Martens 2000). Ülkemizde çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışmada davranım bozukluğunun, depresyonla %18.9 oranında birliktelik gösterdiği saptanmıştır (Yavaş 1999). Analize alınan hastaların tamamında madde kullanım bozukluğu olması ve saptanan depresyon oranı literatürde bildirilen yukarıdaki özelliklerle uyumludur.

Araştırmamızın çalışma varsayımı ile ilgili ilk bulgusu bütün bir grup olarak ele alındığında AKB'li hastaların sürekli öfke, dışa vurulan öfke ve bastırılan öfke düzeylerinin kontrollerden yüksek; öfke kontrolünün ise daha az olduğudur. Antisosyal hastaların özellikleri düşünüldüğünde bu, beklediğimiz bir bulgudur. Moeller ve arkadaşlarının (2001) antisosyal kişilik, saldırganlık ve madde kullanımıyla ilgili yaptığı bir gözden geçirmede AKB olan hastalarda maddeyle bağlantı-

TABLO 3. Depresif Antisosyaller, Depresyonu Olmayan Antisosyaller ve Kontrol Grubunun Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) Alt Ölçek Puanları Karşılaştırması (Tek Yönlü ANOVA).

SÖÖTÖ Alt Ölçekleri	AKB (N=46) (Ort.±S.D.)	AKB + Depresyon (N=20) Ort.±S.D.)	Kontrol (N=40) (Ort.±S.D.)	F (df=2)	P
Sürekli Öfke*	31,8±5,8	33,6±5,4	19,7±5,1	48,14	<0,00001
Öfke-İçte	21,1±5,1	21,7±3,4	16,6±4,4	10,8	<0,0001
Öfke-Dışa	23,5±5,2	23,2±5,2	14,5±3,1	37,33	<0,00001
Öfke Kontrol	15,4±6,6	21,6±13,3	23,3±3,7	11,19	<0,0001

lı saldırganlığın diğer madde kullanıcılarına göre daha sık görüldüğünü belirtmiştir.

Antisosyal hastaları depresif bozukluğu olan ve olmayan olarak ayrı iki grup halinde değerlendirdiğimizde sürekli öfke düzeyi, bastırılmış öfke (öfke iç) ve dışa dönük öfke düzeyleri açısından bu iki grup arasında bir fark bulunmadı. Bu boyutlarda hem depresif antisosyaller hem de depresif olmayan antisosyaller kontrol grubundan daha yüksek puanlar aldılar. Öfke kontrolü açısından baktığımızda depresyonu olan antisosyal hastalarda öfke kontrolü depresyonu olmayanlardan daha fazla ancak normal kontrollerle aynı düzeyde idi. Antisosyal hastalarda saptadığımız bu bulgular depresif hastalarda yürütülen diğer çalışmalarda elde edilen sonuçlardan farklılaşmaktadır. Kişilik açısından ayrılmaksızın depresif hastalarda yapılan bir çalışmada depresyonu olan hastaların olmayanlara göre hem eşleriyle hem de diğer insanlarla ilişkilerinde anlamlı olarak daha yüksek öfke düzeyi ve daha fazla öfkelerini bastırma eğilimi olduğu bildirilmiştir (Goldman ve Haaga 1995). Bu çalışmada bizim bulgularımıza benzer şekilde iki grubun öfke dışavurum düzeylerinde bir fark saptanmamıştır. Benzer şekilde Brody ve arkadaşları (1999) depresyon geçirip iyileşen hasta grubunun hiç dep-

resyon geçirmeyenlere oranla öfkelerini daha fazla bastırdıklarını ve öfkelerini dışa vurmaktan daha çok korktuklarını saptamışlardır. Bizim çalışmamızda bastırılmış öfke açısından bir fark saptanmadı. Bu farklı bulgu, çalışma grubumuzun sadece antisosyal hastalardan oluşmasından kaynaklanıyor olabilir.

Diğer yandan çalışmamızda BDÖ puanları ile Sürekli Öfke, Öfke İçte ve Öfke Dışa alt ölçekleri arasında anlamlı bir pozitif bağıntı olması depresif bozuklukla ilişkili bulunmasa da belirtir olarak depresyon düzeyi ile öfke arasında bir bağlantının varlığını düşündürmektedir. Burada dikkati çeken, literatürde bildirilenin tersine sadece bastırılmış öfke değil aynı zamanda dışa yansıtılan öfkenin de depresyon puanlarıyla pozitif bir bağıntı göstermesidir. Yani antisosyal hastalarda bir belirtir olarak depresyonla her tür öfke ifadesi arasında olumlu bir bağıntı söz konusudur. Bu da diğer örneklemelerde yapılan çalışmalardan farklı bir bulgudur. Bir belirtir olarak depresyonla öfkenin ilişkisini üniversite öğrencileriyle yaptıkları bir çalışmada inceleyen Rosal ve arkadaşları (1997) depresyonu olan öğrencilerde öfkeyi bastırma eğilimi gözlemişler ve bu eğilimin kadınlarda artmış depresyon riskiyle birlikte gittiğini saptamışlardır.

TABLO 4. Antisosyal Hastalarda Öfke Düzeyleri ile Depresyon Düzeyi Arasındaki Bağıntı Katsayıları (Pearsons Bivariete Bağıntı Analizi, BDÖTOP: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanı, p: Anlamlılık).

		ÖFKE İÇTE	ÖFKE DIŞA	ÖFKE KONTROL	SÜREKLİ ÖFKE	BDÖTOP
ÖFKE İÇTE		1,000	,553	-,115	,642	,533
	P	,	,000	,296	,000	,002
ÖFKE DIŞA		,553	1,000	-,482	,880	,575
	P	,000	,	,000	,000	,001
ÖFKE KONTROL		-,115	-,482	1,000	-,425	-,353
	P	,296	,000	,	,000	,066
SÜREKLİ ÖFKE		,642	,880	-,425	1,000	,717
	P	,000	,000	,000	,	,000
BDÖ		,533	,575	-,353	,717	1,000
	P	,002	,001	,066	,000	,

Depresyonu olmayan antisosyal hastalarda öfke kontrol düzeyinin normal kontrollere göre düşük olması antisosyal kişilik yapısıyla ilgili olarak açıklanabilir. Öte yandan depresyonu olan antisosyal hastalarda öfke kontrolünün fazla olması diğer antisosyallerden ayrıldıkları bir özelliktir. Bu bulgu hastaların tamamı betimleyici yaklaşımla AKB tanısını almakla birlikte en azından öfkeyi kontrol etme açısından depresyonu olan antisosyal hastaların ayrı özellikler gösterdiklerini düşündürmektedir.

SONUÇ

Çalışmamızın sonuçlarını daha önce yapılan araştırmalar ışığında değerlendirdiğimizde bulgu-

larımızın bir kısmı literatürü desteklerken bir kısmı uymamaktadır. Bizim çalışma grubumuzda sürekli öfke, öfkeyi bastırma düzeyi ve öfkeyi dışa vurma düzeyleri açısından depresif olan ve olmayan hastalar arasında fark saptamadık. Bu durum öfke ile depresyon arasındaki ilişkilerin literatürde geçtiği şekilde çok yalın olamayacağı kişilik yapısına göre öfke düzeyinin depresyonla ilişkisinin değişebileceğini düşündürmektedir. Öfke alt ölçekleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde bastırılmış öfkenin hem dışa vurulan öfkeyle hem de genel öfke düzeyi ile bağıntılı olması öfkeyi bastırma, kontrol etme ve dışarı vurma ile ilgili, depresif hastalarda öne sürülen bazı varsayımların en azından AKB'li bireylerde geçerli olmadığını düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. Ed.: E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Brody CL, Haaga DAF, Kirk L ve ark. (1999) Experiences of anger in people who have recovered from depression and never-depressed people. *J Nerv Ment Dis*, 187: 400-405.

Fava M, Rosenbaum JF. (1999) Anger attacks in patients with depression. *J Clin Psychiatry*, 60: 21-24.

Çorapçıoğlu A (1999), SCID-I Klinik versiyon, Hekimler Yayın Birliği Matbaası Ankara.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV. Biometrics Research Department New York State Psychiatric Institute, New York, 1996.

Gabbard GO (1994) Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. American Psychiatric Press. 2. baskı, Washington DC. s. 224.

Gabbard GO (1995) Mood disorders: Psychodynamic etiology Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI Editors: HI Kaplan, BJ Sadock Williams&Wilkins, New York, s. 116-1123.

Goldman L, Haaga DAF (1995) Depression and the experience and expression of anger in marital and other relationships. *J Nerv Ment Dis*, 183: 505-509.

Martens WHJ (2000) Antisocial and psychopathic personality disorders: Causes, course and remission-A review article. *Int J Offend Therapy and Comp Crim*, 44:406-430.

Moreno JK, Fuhrman A, Selby MJ (1993) Measurement of hostility, anger and depression in depressed and nondepressed subjects. *J Pers Asses*, 61:511-523.

Moeller FG, Dougherty DM (2001) Antisocial personality disorder, alcohol, and aggression. *Alcohol Res Health*, 25:5-11.

Özer AK (1994) Sürekli Öfke (SL-ÖFKE) ve Öfke İfade Tarzı (ÖFKE-TARZ) ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 31:26-35.

Rosal MC, Ockene IS, Ockene JK ve ark. (1997) A longitudinal study of students' depression at one medical school. *Acad Med*, 72: 542-546.

Savaşır I, Şahin NH (1997) Bilişsel ve Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler: Türk Psikologlar Derneği Yayınları Ankara.

Sorias S (1990) DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe versiyonu (SCID) Ege Üniversitesi-Bornova, 1990.

Sorias S (1990) DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe versiyonu (SCID-II) Ege Üniversitesi-Bornova, 1990.

Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M (1990) Structured Clinical Interview for DSM-III-R. American Psychiatric Press, Washington, D.C.

Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M (1989) Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department, New York.

Tedlow J, Leslie V, Keefe BR ve ark. (1999) Axis I and Axis II disorder comorbidity in unipolar depression with anger attacks. *J Affect Dis*, 52: 217-223.

Tschannen TA, Duckrao PN, Margolis RB ve ark. (1992) The relationship of anger, depression, and perceived disability among headache patients. *Headache*, 32:501-503.

Yavaş İ (1999) Çocuk ve Gençlerde Davranım Bozukluğu İle Birlikte Görülen Depresyon: 95 Olguyu İçeren Bir Çalışma. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 7: 40-49.