

Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olan Erkek Bireylerde Subjektif Uyku Kalitesinin Saldırganlık İle İlişkisi

Dr. Ümit Başar SEMİZ¹, Dr. Ayhan ALGÜL², Dr. Cengiz BAŞOĞLU³, Dr. Mehmet Alpay ATEŞ⁴, Dr. Servet EBRİNÇ⁵, Dr. Mesut ÇETİN⁶, Dr. Cengiz GÜNEŞ⁷, Dr. Hüseyin GÜNAY⁸

Özet / Abstract

Amaç: Bu çalışmada, erkek antisosyal kişilik bozukluğu (AKB) olgularında subjektif uyku kalitesinin belirlenmesi ve saldırganlık düzeyi ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri polikliniğine ardışık olarak başvuran rütbesiz askerlerden DSM III-R ölçütlerine göre AKB tanısı konan 125 olgu ile herhangi bir psikiyatrik veya genel tıbbi hastalığı bulunmayan 125 erkek denek çalışmaya alındı. Tüm deneklere sosyodemografik anket formu, Saldırganlık Ölçeği (SÖ) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) uygulanarak karşılaştırmaları yapıldı.

Bulgular: Çalışmanın en önemli bulgusu, AKB olgularının uyku kalitesinin sağlıklı kontrollere göre belirgin olarak bozulmuş olmasıydı. AKB grubunun kontrol grubuna göre düşük subjektif uyku kalitesine, uzamış uykuya dalma süresine, daha kısa uyku süresine, daha düşük alışılmış uyku etkinliğine, daha fazla uyku bozukluğuna, artmış uyku ilacı kullanımına ve daha fazla gündüz işlevsellik kaybına sahip oldukları gözlemlendi. AKB olgularında uyku kalitesinde bozulma ile saldırganlık düzeyleri arasında pozitif bağlantı olduğu saptandı.

Sonuç: Bu çalışma, antisosyal bireylerde uyku bozukluğu ve saldırganlık arasındaki ilişkiyi kanıtlamaya çalışan çalışmalara bir ölçüde katkı sağlamaktadır. Saldırganlık davranışı olan bireylerin önemli bir bölümünü oluşturan AKB olgularında uyku bozukluğunun anlaşılması, bu konuda daha etkili tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesini sağlayabilir.

Anahtar Sözcükler: Antisosyal kişilik bozukluğu, saldırganlık, şiddet, uyku kalitesi, polisomnografi

SUMMARY: The Relationship Between Subjective Sleep Quality and Aggression in Male Subjects with Antisocial Personality Disorder

Objective: The aim of this study was to evaluate subjective sleep quality and to determine its relationship to aggression in male subjects diagnosed with antisocial personality disorder (APD).

Methods: The study included 125 male soldiers with APD that consecutively presented to the outpatient psychiatric unit of GATA Haydarpaşa Training Hospital. A control group of 125 normal volunteers with no known medical or psychiatric disorders were selected from among male military personnel. The subjects were evaluated with an assessment battery, which included the Pittsburgh Sleep Quality Index and Aggression Questionnaire, during a semi-structured interview.

Results: The main finding was that more of the APD patients suffered from disturbed sleep quality than did the controls. Compared to the matched controls the APD patients had lower subjective sleep quality, longer sleep latency, shorter duration of sleep, less habitual sleep efficiency, more sleep disturbances, more use of sleeping medication, and a higher level of daytime dysfunction. In the APD group, elevated levels of aggression were also significantly correlated with impaired sleep quality.

Conclusions: The present study provides support for a strong link between subjective sleep quality and aggression in APD. Recognition of sleep disturbances in APD patients is also relevant to the management of APD because effective strategies to improve sleep in this patient group might also lead to vast reductions in their aggressive behaviors.

Key Words: Antisocial personality disorder, aggression, violence, sleep quality, polysomnography

Geliş Tarihi: 25.04.2007 - Kabul Tarihi: 04.12.2007

¹Yrd. Doç., ²Yrd. Doç., ³Doç., ⁴Yrd. Doç., ⁵Doç., ⁶Prof., ⁷Asis., GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kl., İstanbul. ⁸Uzm., Etimesgut Asker Hastanesi Psikiyatri Kl., Ankara.
Dr. Ayhan Algül, e-posta: ansalgul@yahoo.com

GİRİŞ

Uyku ile ilgili yaklaşık 80 farklı bozukluk tanımlanmakta ve bu bozukluklar birincil veya ikincil bozukluklar olarak sınıflandırılmaktadır. Nitelik ve nicelik bakımından normal uykunun döngüsünü, süresini, kalitesini bozan ve klinik görünümüne yansıyan uyku bozuklukları, çoğunlukla psikiyatrik bozukluklarla birliktelik göstermektedir. Psikiyatrik bozukluklarda uyku süresinde kısalma, uykuya dalma süresinde artma, sık uyanma ve derin uykuya geçememe gibi subjektif uyku yakınmaları hastalar tarafından çok sık olarak ifade edilmekte ve bu belirtiler polisomnografi (PSG) incelemelerinde de gösterilmektedir (Benca ve ark. 1992, Levy ve ark. 1988, Keshavan ve ark. 1998, Gann ve ark. 2001).

Kişilik bozuklukları ve uyku ile ilgili bugüne dek az sayıda çalışma yapılmıştır. Bilgilerimize göre, ülkemizde de bu konuyu inceleyen bir çalışma yoktur. Bununla birlikte, son yıllarda kişilik bozukluğu olan bireylerin uyku yapısına yönelik ilgi giderek artmaktadır. Yapılan çalışmaların daha çok sınır kişilik bozukluğu (SKB) üzerinde yoğunlaştığı dikkati çekmektedir. Bu çalışmalarda, subjektif uyku kalitesinin bozulduğu, toplam uyku süresinin, REM latansının ve özellikle 4. evrede belirgin olmak üzere non-REM uykusunun daha kısa olduğu, gece boyunca daha sık uyandıkları ve PSG sonuçlarının da bu yakınmalarla uyumlu olduğu bildirilmiştir (Asaad ve ark. 2002, Benson ve ark. 1990, Battaglia ve ark. 1993). Antisosyal kişilik bozukluğu (AKB) olgularında uyku ile ilgili sorunları değerlendiren çok az çalışma vardır. Lindberg ve arkadaşlarının (2004) yakın zamanda yaptıkları bir çalışmada, birçok defa şiddet içerikli suç işleyen AKB olgularında, uyku yapısındaki anormalliğin çocukluk çağı dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. Aynı ekibin başka bir çalışmasında (Lindberg ve ark. 2006), cinayet işleyen kadın AKB olguları sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmış, kadınlardaki şiddetli saldırganlığın uyku yapısındaki değişikliklerle ilişkili olduğu ve uyku biyolojisi ile şiddet içeren dürtüsel davranışlar arasındaki ilişkinin her iki cinsiyette benzer olduğu bildirilmiştir.

Sözlü, fiziksel ya da dolaylı olarak kendisine ya da bir başkasına zarar vermeyi amaçlayan herhangi bir hareket olarak tanımlanan saldırganlık (Eron 1982), birçok psikiyatrik bozuklukta görülen bir belirti olmakla birlikte (Moeller ve ark. 2001), başta AKB olmak üzere, kişilik bozukluklarında daha siktir (Eronen ve ark. 1996, Goodman ve ark. 2000). Bu nedenle, AKB olan bireylerin sıklıkla suç işlemeleri ve cezaevlerinde AKB yaygınlı-

ğının yüksek olması beklenen bir durumdur (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). Araştırmalarda erkek hükümlülerin %50-80'inde AKB olduğu bildirilmiştir (Hare 2003, Fazel ve Danesh 2002). Saldırganlık, olumsuz toplumsal ve sosyal sonuçları yanında, sağlık hizmetlerine de önemli bir yük getirmektedir (Scott ve ark. 2001). Gerek farmakolojik tedavilerin, gerekse davranışçı tedavilerin saldırganlığın tedavisinde yeterince etkili olamaması, bu sorunun ekonomik ve sosyal yükünü önemli oranda artırmaktadır (Malone ve ark. 2000).

Son yıllarda uyku bozuklukları ile davranım sorunları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sayısı giderek artmaktadır. Hem klinik hem de hayvan çalışmalarında uykusuzluğun saldırganlık ve dürtüsellikte artışa yol açtığı bildirilmiştir. Sıçanlarda yapılan bir çalışmada, uykusuzluğun saldırganlık ve savunma amaçlı savaşma davranışını arttırdığı gözlenmiştir (De Paula ve Hoshino 2002). Benzer şekilde, başlangıçta uysal olan hayvanların uykusuz bırakıldıktan sonra daha huzursuz ve saldırgan oldukları bildirilmiştir (Marks ve Wayner 2005). Schubert (1977), saldırganlık ve uyku dönemlerinin süresi ve sıklığı arasında ilişki olduğunu rapor etmiştir. Bir gece uykusuz bırakılan sağlıklı bireylerde, huzursuzluk ve duygusal oynaklık gözlemlendi (Roth ve ark. 1976) ve saldırganlık düzeyinde artış olduğu ileri sürmüştür (Cutler ve Cohen 1979). Çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalarda da, saldırganlığın uyku yoksunluğu ile ilişkili olduğu (Chervin ve ark. 2003), uyku bozukluğunun tedavi edilmesi ile davranım sorunlarında iyileşme olduğu bildirilmiştir (Ali ve ark. 1996, Dahl ve ark. 1991).

Uyku ve saldırgan davranış arasında güçlü bir ilişki olduğunu gösteren çok sayıda kanıt olmasına rağmen, AKB olgularında subjektif uyku kalitesi ile saldırganlık düzeyi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar oldukça sınırlıdır. Ayrıca, uyku bozukluklarıyla ilgili çalışmalarda, bugüne dek subjektif yakınmaları değerlendiren geçerli ölçeklere yeterince yer verilmediği dikkati çekmektedir. Uyku çalışmalarında PSG altın standart olarak kabul görse de, ekipman, maliyet ve ilk gece etkisi gibi dezavantajları mevcuttur. Uyku bozukluklarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçeklerin, objektif ölçümlerle benzer sonuçlar verdiği ve yüksek oranda güvenilir oldukları gösterilmiştir (Harvey ve ark. 2003). Araştırmacılar uyku kalitesinin yapısal özelliklerle ilişkili subjektif bir ölçü olduğunu ve PSG ile ölçülemeyen faktörleri de kapsayabileceğini ileri sürmektedirler (Engdahl ve ark. 2000). Ayrıca, PSG yalnızca çalışma yapılan geceyi değerlendirirken, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) geçmiş bir aylık uyku kalitesini yansıtmaktadır. Bu çalışmanın

TABLO 1. Deneklerin Sosyodemografik Özellikleri.

Özellik	AKB (N= 125)	Kontrol (N= 125)	Analizler	p
Yaş (yıl)	22.0±2.4	21.7±4.1	t=0.7	0.5
Medeni durum (n /%)				
Evli	44 (%35)	31 (%25)	$\chi^2=3.2$	0.7
Bekar	81 (%65)	94 (%75)		
Eğitim (yıl)	5.5±2.6	9.1±3.1	t=-9.4	<0.001
Gelir düzeyi (n /%)				
Düşük	75 (%60)	51 (%41)	$\chi^2=9.2$	0.01
Orta	42 (%34)	62 (%50)		
Yüksek	8 (%6)	12 (%10)		
İş durumu (n/%)				
Çalışıyor	55 (%44)	117 (%94)	$\chi^2=71.6$	<0.001
Çalışmıyor	70 (%56)	8 (%6)		

χ^2 : ki-kare testi, t: Student t-testi, AKB: Antisozyal Kişilik Bozukluğu.

amacı, AKB olgularında öz bildirime dayalı ölçekler ile subjektif uyku kalitesi ve saldırganlık düzeylerini sapta-yarak sağlıklı kontrollerle karşılaştırmak ve saldırganlık düzeyi ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

YÖNTEM

Denekler

Mart 2006-Mart 2007 dönemleri arasında, uyumsuz-luk ya da suç davranışları (kavga, üste saygısızlık, disiplin kurallarına uymama, hırsızlık, vb.) sebebiyle psikiyatrik muayene için sevk edilen veya kendine zarar verme ve sü-rekli çevresiyle çatışma yaşama gibi şikayetlerle kendi iste-ğiyle muayene için GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran rütbesiz askerlerden, ‘antisosyal belirti tarama formu’ ve klinik görüşme sonu-cu AKB tanısı alan 176 erkek çalışmaya alındı. İki olgu eğitim ve dil sorunları nedeniyle çalışma formlarını dol-duramadığı için, bir tanesi de katılmayı reddettiği için çalışma dışında bırakıldı. Çalışmaya katılan denekler SCID II’nin (Spitzer ve ark. 1985) Türkçe uyarlaması (Sorias ve ark. 1990, Coşkunol ve ark. 1994) ile değ-erlendirilerek DSM III-R ölçütlerine göre AKB tanısı doğ-rulandı. AKB dışındaki diğer eksen II tanılarını alan 12 denek çalışmadan çıkarıldı. Ayrıca deneklere SCID-I’nin (First ve ark. 1997) Türkçe uyarlaması (Çorapçıoğlu ve ark. 1999) uygulanarak uykuyu olumsuz etkileme ola-sılığı bulunan eksen I bozukluğu olan (özellikle majör depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, organik ruh-sal bozukluk ve her türlü psikotik bozukluklar) 36 denek çalışma dışı bırakıldı. Madde kötüye kullanımı ve dürtü

kontrol bozukluğu eş tanıları AKB olgularında çok sık bulunduğundan, çalışmadan çıkarılma nedeni olarak sa-yılmadı. Tüm deneklerde alkol ve/veya madde kullanımı öyküsü vardı, ancak değerlendirme sırasında tüm denek-ler en az iki aydır madde veya herhangi bir psikotrop ilaç kullanmamışlardı. Böylece çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan 125 olgu çalışma grubunu oluşturdu. Kontrol grubu olarak, askerlik hizmetine yeni başlayan ve rutin olarak ilk değerlendirme için GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği bünyesindeki Rehberlik ve Danışmanlık Merkezine gönderilen askerlerden, yaş ve medeni durum bakımından benzer, klinik görüşme son-rası herhangi bir somatik, psikiyatrik ve nörolojik hasta-lık öyküsü bulunmayan 125 sağlıklı denek alındı.

Tüm anket ve testler tutarlılığı korumak amacıyla aynı araştırmacı tarafından (ÜBS) ve katılımcı ismi belir-tilmeden uygulandı. Çalışmanın kapsam ve amacı açık-landıktan sonra bütün deneklerin yazılı izinleri alındı.

Araçlar

Çalışmaya alınan tüm deneklere bir sosyodemografik anket formunun ardından araştırmada kullanılan diğer ölçekler verildi:

Saldırganlık Ölçeği (SÖ): Buss-Durkee Düşmanlık Ölçeğinin (1957) güncellenmiş formudur. Buss ve Warren (2000) tarafından öfke ve saldırganlığı değ-erlendirmek için geliştirilmiş, beşli Likert tipi yanıtlar içeren ve beş alt ölçekten oluşan 34 maddelik bir testtir. Alt ölçekler fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, öfke, düşmanlık ve dolaylı saldırganlığı değerlendirir. Ölçeğin

TABLO 2. AKB ve Kontrol Gruplarına Ait Saldırganlık Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Puanları.

Ölçekler	AKB (N=125)	Kontrol (N=125)	t	p
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi				
Subjektif uyku kalitesi	1.8±0.8	1.2±0.8	5.2	<0.001
Uykuya dalma süresi	2.4±0.8	1.8±0.8	6.8	<0.001
Uyku süresi	1.9±1.2	1.0±0.9	7.1	<0.001
Alışılmış uyku etkinliği	1.4±1.2	0.8±0.8	4.4	<0.001
Uyku bozuklukları	2.1±0.7	1.3±0.5	9.2	<0.001
Uyku ilacı kullanımı	1.5±1.3	0.0±0.0	13.0	<0.001
Gündüz işlevsellik kaybı	1.3±0.9	0.8±0.6	5.6	<0.001
PUKİ toplam puanı	12.5±4.5	6.8±2.7	12.0	<0.001
Saldırganlık Ölçeği				
Fiziksel saldırganlık	22.1±8.9	4.6±4.4	19.4	<0.001
Sözel saldırganlık	11.5±4.6	6.3±2.6	11.1	<0.001
Öfke	18.2±6.8	6.7±4.4	13.2	<0.001
Düşmanlık	18.2±6.8	5.6±3.3	18.5	<0.001
Dolaylı saldırganlık	9.6±5.4	4.2±2.3	10.3	<0.001
Toplam puan	78.5±29.3	27.4±11.7	18.1	<0.001

t: Student t-testi, AKB: Antisosyal Kişilik Bozukluğu.

kesme noktası bulunmamaktadır. Bununla birlikte elde edilen toplam puana göre saldırganlığın derecesi belirlenir (≤ 29 : çok düşük, 30-39: düşük, 40-44: düşük-orta, 45-55: orta, 56-59: yüksek-orta, 60-69: yüksek ve ≥ 70 : çok yüksek). Toplam puan yüksek ise alt ölçek puanlarının incelenmesi gerekir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Can (2002) tarafından yapılmıştır. İç tutarlılığı yüksek derecede güvenilir olup, Cronbach alfa katsayısı =0.95 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test bağıntısı $r=0.482-0.760$ olup, alt ölçekler açısından fiziksel saldırganlıkta $r=0.847$, sözel saldırganlıkta $r=0.696$, öfkede $r=0.746$, düşmanlıkta $r=0.810$, dolaylı saldırganlıkta $r=0.857$, toplam saldırganlıkta $r=0.857$ olarak tespit edilmiştir.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ): Buysse ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır. PUKİ, geçmiş bir aylık sürede uyku kalitesini ve bozukluğunu değerlendiren, 19 maddelik bir özbeöz bildirim ölçeğidir. Testin her maddesi eşit olarak 0-3 arasında puanlanır. Ölçek subjektif uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği,

uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlevsellik kaybını değerlendiren 7 alt ölçekten oluşur. Alt ölçeklerinin toplanması ile 0-21 arasında değişen toplam PUKİ puanı elde edilir. Toplam PUKİ puanının beşten büyük olması %89.6 duyarlılık ve %86.5 özgünlük ile bireyin uyku kalitesinin yetersiz olduğuna işaret etmekte ve yukarıda belirtilen en az iki alanda ciddi ya da üç alanda orta derecede bozulma olduğunu gösterir.

Verilerin analizi

Veriler yüzde değer veya ortalama $\pm$ standart sapma şeklinde ifade edilmiştir. Gruplara ait değişkenler arasındaki farklar, sürekli değişkenler için Student t testi, kesikli değişkenler için ki-kare testi kullanılarak hesaplanmıştır. Bağıntı analizleri için ise Pearson bağıntı testi kullanılmıştır. Bütün analizler SPSS 10.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmış ve anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alınmıştır.

BULGULAR

Deneklere ait sosyodemografik özellikler Tablo 1'de gösterilmiştir. AKB olgularının yaş ortalaması 22.0 ± 2.4

TABLO 3. Yetersiz Uyuyan ve Verimli Uyuyan AKB Olgularının Saldırganlık Ölçeği Puanları.

Saldırganlık ölçeği	Yetersiz uyuyanlar (N=102)	Verimli uyuyanlar (N=23)	t	p
Fiziksel saldırganlık	23.1±8.2	10.4±9.7	4.6	<0.001
Sözel saldırganlık	11.8±4.3	8.0±6.5	2.6	0.01
Öfke	18.1±7.2	7.6±9.7	4.3	<0.001
Düşmanlık	18.6±6.3	12.8±9.9	2.7	0.01
Dolaylı saldırganlık	9.8±5.1	7.4±7.7	1.4	0.20
Toplam puan	81.3±26.3	46.2±42.7	18.1	<0.001

t: Student t-testi

(aralık: 18-30 yıl) olup, yaklaşık üçte ikisi (%65, N=81) bekarlı. Grubun eğitim düzeyi 5.5±2.6 yıldır, %60'ı (N=75) düşük gelir düzeyine sahipti ve %56'sı (N=70) herhangi bir işte çalışmadığını bildirmişti. AKB ve kontrol grupları arasında yaş ve medeni durum bakımından fark bulunmazken, kontrol grubuna kıyasla AKB grubunda eğitim, çalışma ve gelir düzeyleri anlamlı olarak düşüktü.

AKB ve kontrol grubu subjektif uyku yakınmaları açısından karşılaştırıldığında, PUKİ toplam puanı, AKB olgularında (12.5±4.5) sağlıklı kontrollere (6.8±2.7) kıyasla anlamlı derecede yüksekti (t=12.0, p<0.001). AKB grubunun %81.6'sında (N=102), kontrol grubunun ise %38.4'ünde (N=48) PUKİ toplam puanları yetersiz uyku kalitesine işaret edecek şekilde 5'in üzerinde bulundu. Gruplar alt ölçekler bazında incelendiğinde, AKB grubunun kontrol grubuna göre düşük subjektif uyku kalitesine (t=5.2, p<0.001), uzamış uykuya dalma süresine (t=6.8, p<0.001), azalmış uyku süresine (t=7.1, p<0.001), daha düşük alışılmış uyku etkinliğine (t=4.4, p<0.001), daha fazla uyku bozukluğuna (t=9.2, p<0.001), artmış uyku ilacı kullanımına (t=13.0, p<0.001) ve daha fazla gündüz işlevsellik kaybına (t=5.6, p<0.001) sahip oldukları gözlemlendi (Tablo 2).

Tablo 2 aynı zamanda, SÖ toplam ve alt ölçek puanlarına ait ortalama değerleri vermektedir. SÖ toplam puanının AKB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulundu (t=18.1, p<0.001). Yine AKB grubunun SÖ'ye ait 5 alt ölçekte de kontrol grubundan daha yüksek puanlar aldığı saptandı: Fiziksel saldırganlık (t=19.4, p<0.001), sözel saldırganlık (t=11.1, p<0.001), öfke (t=13.2, p<0.001), düşmanlık (t=18.5, p<0.001) ve dolaylı saldırganlık (t=10.3, p<0.001).

AKB grubunda uyku kalitesinin yetersiz olduğunu belirtenler (yetersiz uyuyanlar: YU; PUKİ toplam puanı >5; N=102) ile uyku sorunu yaşamadığını bildirenler (verimli uyuyanlar: VU; PUKİ toplam puanı ≤5; N=23) SÖ puanları bakımından karşılaştırıldığında, SÖ toplam puanı YU grubunda VU grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksekti (t=3.8, p<0.001). YU grubunun, SÖ alt ölçeklerinin çoğunda VU grubundan daha yüksek puanlar aldığı saptandı: Fiziksel saldırganlık (t=4.6, p<0.001), sözel saldırganlık (t=2.6, p=0.01), öfke (t=4.3, p<0.001) ve düşmanlık (t=2.7, p=0.01). Dolaylı saldırganlık alt ölçeğinde ise iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 3).

Tablo 4, AKB olgularında PUKİ ile SÖ ilişkisini gösteren Pearson bağıntı katsayılarını göstermektedir. Her iki ölçeğin toplam puanları incelendiğinde subjektif uyku yakınmaları ile saldırganlık arasında anlamlı bir pozitif bağıntı (r=0.597, p<0.001) olduğu ortaya kondu. Dahası, alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, her iki ölçek arasında karşılıklı tüm alt ölçeklerde pozitif bağıntı olduğu bulundu.

TARTIŞMA

Bu çalışmadan iki ana sonuç elde edilmiştir. Birincisi, AKB tanısı alan erkek bireylerdeki subjektif uyku kalitesi ve saldırganlık düzeyleri ile ilgilidir. Saldırganlık düzeyinin AKB olgularında sağlıklı kontrollerden yüksek bulunması beklenen bir durum iken, subjektif uyku yakınmalarının sağlıklı bireylerden belirgin olarak fazla olması bu çalışmanın önemli bir bulgusudur. Çalışmaya katılan AKB olguları, uykuya dalmakta güçlük yaşadıklarını, uyku sürelerinin az ve etkinliğinin düşük olduğunu, uykularının genel olarak bozuk olduğunu, uyku ilacı kullanma ihtiyaçlarının ve gündüz işlevsellik

TABLO 4. AKB Olgularında Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi İle Saldırganlık Ölçeği İlişkisini Gösteren Pearson Bağintı Katsayıları.

Ölçekler		Saldırganlık Ölçeği (SÖ)					
		Fiziksel saldırganlık	Sözel saldırganlık	Öfke	Düşmanlık	Dolaylı saldırganlık	SÖ toplam puanı
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	Subjektif uyku kalitesi	0.381***	0.295***	0.315***	0.247***	0.182**	0.328***
	Uykuya dalma süresi	0.432***	0.323***	0.388***	0.364***	0.268***	0.406***
	Uyku süresi	0.392***	0.348***	0.383***	0.409***	0.322***	0.419***
	Alışılmış uyku etkinliği	0.265***	0.259***	0.245***	0.288***	0.148*	0.274***
	Uyku bozukluğu	0.516***	0.445***	0.452***	0.472***	0.340***	0.501***
	Uyku ilacı kullanımı	0.590***	0.456***	0.497***	0.575***	0.404***	0.576***
	Gündüz işlevsellik kaybı	0.358***	0.314***	0.302***	0.269***	0.232***	0.331***
	Toplam puan	0.615***	0.511***	0.542***	0.558***	0.401***	0.597***

*, p<0.05, **, p<0.005, ***, p<0.001

kaybının fazla olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızın bulguları, antisosyal bireylerde uykunun hem objektif hem de subjektif parametrelerinin bozulduğunu bildiren önceki çalışmalar (Lindberg ve ark. 2003a, Lindberg ve ark. 2003b) ile uyumludur. Lindberg ve arkadaşlarının (2003a) uyku kalitesini PSG ile değerlendiren bir araştırmasında, AKB tanısı olanların gece boyunca daha sık uyanıklık dönemleri yaşadıkları, buna bağlı olarak uyku etkinliğinin düşük olduğu ve özellikle 4. dönemde olmak üzere non-REM uykusunun arttığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada orijinal adı 'Basic Nordic Sleep Questionnaire' olan anket ile değerlendirilen subjektif uyku kalitesinde de bozulma olduğu, antisosyallerin normal kontrollere göre uykuya dalmada güçlük çekme, gece boyunca daha sık uyanma ve sabahları daha çok uykulu hissetme yakınmaları bildirdikleri ifade edilmiştir. Ayrıca, çocukluk döneminde davranım bozukluğu öyküsü olan ve testosteron düzeyi yüksek bulunan AKB olgularında evre 4 süresi ile delta ve teta aktivitesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Lindberg ve ark. 2003b).

Çalışmamızın ikinci ve daha dikkat çekici bulgusu, AKB tanısı alan deneklerde uyku sorunları ve saldırganlık düzeyinin ileri derecede ilişkili olduğunun saptanmasıdır. Uyku bozukluğunun derecesi, saldırganlık şiddeti ile paralellik göstermektedir. Antisosyal bireylerde yetersiz uyku ile özellikle doğrudan saldırganlık arasında bağlantı bulunması dikkat çekicidir. Bu sonuçlar, saldırganlık ve uyku bozukluğu arasında ilişki olduğunu ileri süren önceki çalışmaları (Ireland ve Culpin 2006, Lindberg ve ark. 2003a, Lindberg ve ark. 2003b) destekler nitelikte-

dir. Yakın dönemde, suç işleyen bireylerde uyku sorunlarını ve saldırganlığı subjektif testlerle değerlendiren bir çalışmada (Ireland ve Culpin 2006), uyku miktarı ve kalitesinin saldırganlık düzeyi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada yazarlar, saldırganlık testinde özellikle düşmanlık alt ölçeği puanındaki artışın, uyku kalitesinde bozulma ve uyku miktarındaki azalmanın öngörülmesinde değerli olduğunu belirtmişlerdir. Ireland ve Culpin'in çalışmasında, denekler hapishanede bulunan genç ve ergenlerden oluşmaktadır ve deneklerin işlemiş oldukları suçlar belirtilmesine karşın, kişilik bazında tanısal değerlendirme yapılmamıştır. Lindberg ve arkadaşlarının çalışmasında (2003b), saldırgan davranışları olan AKB tanısı almış denekler incelenmiş ve uyku yapısı, PSG ve aktigrafisi ile değerlendirilmiş, ancak deneklerin saldırganlık düzeyleri belirlenmemiştir. Çalışmamız, hem deneklerin tümünün AKB tanısı alması, hem de saldırganlık düzeylerinin değerlendirilmiş olması açısından farklılık oluşturmaktadır.

Antisosyal ve saldırgan davranış ile uykunun biyolojik temellerini araştıran incelemeler, saldırgan davranış ve uykunun düzenlenmesinde birçok ortak mekanizma ortaya koymuşlardır (Lewis 1991, Gatzke-Kopp ve ark. 2001). Lindberg ve arkadaşları (2005), cinayet işleyen AKB olgularının uyanıklık EEG'lerinde alfa aktivitesinde azalma ve oksipital loblarda delta ve teta aktivitesinde artma olduğunu, bu bireylerin gündüz normal uyanıklık halini sürdürmedeki zorluklarının, non-REM dönemindeki sorun ile ilişkili olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Uyku ve uyanıklık döngüsünde, merkezi sinir sisteminde

bulunan birçok ajan rol oynamakla birlikte, serotonerjik sistemin en önemli nörotransmitter olduğu ileri sürülmüştür (Portas ve ark. 2000, Adrien 2002). Ağargün ve arkadaşları (1997) depresyonda intihar davranışı ile uyku kalitesindeki bozulma arasında ilişki bulunduğunu ve serotoninin bu ilişkide anahtar rol oynadığını ileri sürmüşlerdir. Prefrontal korteksin (PFK), hem öfke ve şiddet davranışının düzenlenmesinde (Halasz ve ark. 2006), hem de uyanıklığın sürdürülmesinde (Dahl 1997) anahtar rol oynadığı ve AKB ile PFK'deki yapısal ve fonksiyonel anormallikler arasında da ilişki bulunduğu belirtilmektedir (Halasz ve ark. 2006).

Çalışmamızda AKB olan bireylerde saldırganlık düzeyi ile uyku bozukluğu arasında saptanan ilişki, bu kişilerin beyin işlevlerindeki ortak bir bozukluğa bağlı olabilir ve diğer sosyal ve psikolojik etkenlerle birlikte uyku bozukluğu, bu kişilerin günlük yaşamlarındaki saldırgan davranışlara katkıda bulunabilir (Lindberg ve ark. 2003b). Bu bulgular ışığında, uyku bozukluğunun tedavi edilmesine paralel olarak, saldırgan davranışlarda da düzelme olabileceği ileri sürülebilir (Haynes ve ark. 2006). Bununla birlikte, bugünkü bilgilerimizle uyku ve saldırganlık arasında doğrudan bir ilişki olduğunu söylemek mümkün değildir. Bu ilişkinin ortaya konabilmesi için konuyla ilgili daha ileri çalışmalara gerek vardır.

Bu çalışmada, uyku bozukluğunun subjektif olarak değerlendirilmiş olması çalışmanın en önemli kısıtlılığıdır. Uyku bozukluğu yalnızca öz bildirim ölçeği ile değerlendirildiğinde, deneklerin önceki aydaki uykuları ile ilgili sorunları hatırlamakta güçlük çekmesi veya yanıtların tutarsız olması, sonuçları etkileyebilir. Aktigrafi veya PSG gibi objektif yöntemlerle farklı sonuçlar elde edilebilir. Örneğin depresyonu olmayan SKB olgularında, PUKİ gibi subjektif uyku kalitesi ölçümleri uyku süresinde ve etkinliğinde azalma, uyku kalitesinde bozulma, uykunun dinlendirici etkisinde azalma, akşama doğru yorgunluk ve duygudurumda çökkünlük gibi sorunları gösterirken, elektrofizyolojik ölçümler ile yalnızca REM uykusunda depresyona benzeyen anormallikler saptandığı bildirilmiştir (Philipsen ve ark. 2005). Bununla birlikte subjektif testlerin objektif ölçümlerle benzer sonuçlar verdiği çalışmalar da mevcuttur (Harvey ve ark. 2003). Nitekim, Lindberg ve arkadaşları (2003a) AKB olgularında subjektif uyku kalitesinin kontrollere göre bozuk olduğunu, bu bireylerin özellikle uykuya dalmada daha fazla zorlandığını, gece boyunca daha fazla uyandıklarını ve gündüz daha fazla uykulu hissettiklerini bildirmiştir. Aynı çalışmada, aktigrafi ile yapılan uyku incelemesi

bulgularında da, AKB olanların uyku süresi kontrollerle aynı olmakla birlikte, bu bireylerin kontrollerden yaklaşık 40 dakika daha geç uykuya daldıkları bildirilmiştir. Bu çalışmada PSG sonuçları ise, AKB olan deneklerin kontrollere oranla gece boyunca daha sık uyandıklarını, buna bağlı olarak uyku etkinliklerinin daha düşük olduğunu ve derin uyku olarak adlandırılan yavaş dalga uykusunun, dönem 2'de ve özellikle en derin uyku dönemi olarak bilinen dönem 4'de belirgin olarak arttığını göstermiştir. Asaad ve arkadaşları da (2002), SKB olanlarda hem PSG ile yapılan ölçümlerde hem de subjektif değerlendirmelerde uyku kalitesinin kontrollere göre bozuk olduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmada uyku üzerine olumsuz etkisi olabilen eksen I eş tanıları dışlamak istediğimiz halde, AKB olanlarda alkol ve madde kullanımı yaygın olduğundan (Robins 1998) bunu sağlamak mümkün olmamıştır. Alkol bağımlılığı olan bireylerde, uykuya dalmada gecikme ve uykunun sürdürülmesinde güçlük olduğu, evre 1 uykusunun arttığı, derin uykunun azaldığı ve REM uykusunda anormallik olduğu bildirilmiştir (Gann ve ark. 2001, Williams ve Rundell 1981, Gillin ve ark. 1990). Mossberg ve arkadaşları (1985), alkol bırakıldıktan 4-8 hafta sonra uyku bozukluğunun düzeldiğini ileri sürmüşlerdir. Bir çalışmada ise, alkol bağımlılığı olanların alkolü tamamen bıraktıktan 1-2 yıl sonra uyku kayıtlarının kısmen normale döndüğü, fakat evre 4 uykusundaki azalmanın devam ettiği belirtilmiştir (Adamson ve Burdick 1973). Çalışmamızda deneklerin tümünde alkol veya madde kullanım öyküsü vardır. Ancak deneklerin hepsi çalışma sırasında askerlik hizmetindedir ve en az iki aydır alkol veya madde almamışlardır. Bununla birlikte subjektif uyku yakınmalarına alkol veya madde kullanımının devam eden etkileri de katkıda bulunmuş olabilir. Çalışmamızın önemli bir eksikliği de kesitsel bir çalışma olmasıdır. Uyku ve saldırganlık arasındaki ilişkinin belirlenmesinde daha kesin sonuçlar elde edebilmek için, yapılacak bir takip çalışmasının sonuçları daha değerli olabilir.

Sonuç olarak bu çalışma, AKB tanısı alan bireylerde uyku bozukluğu ve saldırganlık arasındaki ilişkiyi kanıtlamaya çalışan çalışmalara bir ölçüde katkı sağlamaktadır. Bu konuda daha kapsamlı ve objektif ölçümlerin de yapıldığı ileri çalışmalara gereksinim vardır. Salırgan davranışı olan kişilerin önemli bir bölümünü oluşturan AKB olgularında saldırganlığın nedenlerinin anlaşılması, bu konuda daha etkili tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesini sağlayabilir.

KAYNAKLAR

- Adamson J, Burdick JA (1973) Sleep of dry alcoholics. *Arch Gen Psychiatry*, 28:146-149.
- Adrien J (2002) Neurobiological bases for the relation between sleep and depression. *Sleep Med Rev*, 6:341-351.
- Ağargün MY, Kara H, Solmaz M ve ark. (1997) Subjective sleep quality and suicidality in patients with major depression. *J Psychiatr Res*, 31:377-381.
- Ağargün MY, Kara H, Anlar O ve ark. (1996) Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*, 7:107-111.
- Ali NJ, Pitson D, Stradling JR ve ark. (1996) Sleep disordered breathing effects of adenotonsillectomy on behaviour and psychological functioning. *Eur J Pediatr*, 155: 56-62.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten, çeviri editörü Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1998.
- Asaad T, Okasha T, Okasha A ve ark. (2002) Sleep EEG findings in ICD-10 borderline personality disorder in Egypt. *J Affect Disord*, 71: 11-18.
- Balkin TJ, Braun AR, Wesensten NJ ve ark. (2002) The process of awakening: a PET study of regional brain activity patterns mediating the reestablishment of alertness and consciousness. *Brain*, 125: 2308-2319.
- Battaglia M, Ferini-Strambi L, Smirne S ve ark. (1993) Ambulatory polysomnography of never-depressed borderline subjects: a high-risk approach to rapid eye movement latency. *Biol Psychiatry*, 33: 326-334.
- Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA ve ark. (1992) Sleep and psychiatric disorders. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 49:651-668.
- Benson KL, King R, Gordon D ve ark. (1990) Sleep patterns in borderline personality disorder. *J Affect Disord*, 18: 267-273.
- Buss AH, Durkee A (1957) An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Consult Psychol*, 21:343-9.
- Buss AH, Warren WL (2000) Aggression Questionnaire-Manuel. Western Psychological Services, 1-53.
- Buyse DJ, Reynolds CF, Monk TH ve ark. (1989) The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*, 28:193-213.
- Can S. "Aggression Questionnaire" Adlı Ölçeğin Türk Popülasyonunda Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul 2002.
- Chervin RD, Dillon JE, Archbold KH ve ark. (2003) Conduct problems and symptoms of sleep disorders in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42: 201-208.
- Coccaro EF, Kavoussi RJ, Trestman RL ve ark. (1997) Serotonin function in human subjects: intercorrelations among central 5HT indices and aggressiveness. *Psychiatry Res*, 73: 1-14.
- Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Coşkunol H, Bağdiken İ, Sorias S ve ark. (1994) SCID-II (Türkçe versiyonu) görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9: 26-29.
- Cutler N, Cohen H (1979) The effect of one night's sleep loss on mood and memory in normal subjects. *Compr Psychiatry*, 20: 61-66.
- Dahl RE, Pelham WE, Wiersma M ve ark. (1991) The role of sleep disturbances in attention deficit disorder symptoms a case study. *J Pediatr Psychol*, 16: 229-239.
- Dahl RE (1997) The regulation of sleep and arousal: Development and psychopathology. *Dev Psychopathol*, 8: 3-27.
- De Paula HM, Hoshino K (2002) Correlation between the fighting rates of REM sleep-deprived rats and susceptibility to the 'wild running' of audiogenic seizures. *Brain Res*, 926: 80-85.
- Engdahl BE, Eberly RE, Hurwitz TD ve ark. (2000) Sleep in a community sample of elderly war veterans with and without posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*, 47: 520-525.
- Eron LD (1982) Parent-child interaction, television violence, and aggression of children. *Am Psychol*, 37:197-211.
- Eronen M, Hakola P, Tiihonen J ve ark. (1996) Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry*, 53: 497-501.
- Fazel S, Danesh J (2002) Serious mental disorders is 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359: 545-550.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1997) Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington D.C: American Psychiatric Press.
- Gann H, Feige B, Hohagen F ve ark. (2001) Sleep and the cholinergic rapid eye movement sleep induction test in patients with primary alcohol dependence. *Biol Psychiatry*, 50:383-390.
- Gatzke-Kopp LM, Raine A, Buchsbaum M ve ark. (2001) Temporal lobe deficits in murderers. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 13: 486-491.
- Gillin JC, Smith TL, Irwin M ve ark. (1990) Short REM latency in primary alcoholic patients with secondary depression. *Am J Psychiatry*, 147:106-109.
- Goodman M, New A (2000) Impulsive aggression in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 2: 56-61.
- Halasz J, Toth M, Kallo I ve ark. (2006) The activation of prefrontal cortical neurons in aggression-A double labeling study. *Behav Brain Res*, 175:166-75.
- Hare RD (2003) Manual for the hare psychopathy checklist, 2nd edn, revised. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Harvey AG, Jones C, Schmidt DA ve ark. (2003) Sleep and posttraumatic stress disorder: a review. *Clin Psychol Rev*, 23:377-407.
- Haynes PL, Bootzin RR (2006) Sleep and aggression in substance abusing adolescents results from an integrative, behavioral sleep treatment pilot program. *Sleep*, 29: 512-520.
- Ireland JL, Culpin V (2006) The relationship between sleeping problems and aggression, anger, and impulsivity in a population of juvenile and young offenders. *J Adolesc Health*, 38:649-655.
- Keshavan MS, Reynolds CF, Miewald JM ve ark. (1998) Delta sleep deficits in schizophrenia: Evidence from automated analyses of sleep data. *Arch Gen Psychiatry*, 55:443-448.
- Levy AB, Dixon KN, Schmidt H ve ark. (1998) Sleep architecture in anorexia nervosa and bulimia. *Biol Psychiatry*, 23:99-101.
- Lewis CE (1991) Neurochemical mechanisms of chronic antisocial behavior (psychopathy). A literature review. *J Nerv Ment Dis*, 179:720-7.
- Lindberg N, Tani P, Appelberg B ve ark. (2003a) Sleep among habitually violent offenders with antisocial personality disorder. *Neuropsychobiology*, 47:198-205.
- Lindberg N, Tani P, Appelberg B ve ark. (2003b) Human impulsive aggression: a sleep research perspective. *J Psychiatr Res*, 37:313-324.
- Lindberg N, Tani P, Porkka-Heiskanen T ve ark. (2004) ADHD and sleep in homicidal men with antisocial personality disorder. *Neuropsychobiology*, 50:41-7.
- Lindberg N, Tani P, Sailas E ve ark. (2006) Sleep architecture in homicidal women with antisocial personality disorder-a preliminary study. *Psychiatry Res*, 145:67-73.
- Lindberg N, Tani P, Virkkunen M ve ark. (2005) Quantitative electroencephalographic measures in homicidal men with antisocial personality disorder. *Psychiatry Res*, 136: 7-15.
- Malone RP, Delaney MA, Luebbert JF ve ark. (2000) A double-blind placebo-controlled study of lithium in hospitalized aggressive children and adolescents with conduct disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 57: 649-654.
- Marks CA, Wayner MJ (2005) Effects of sleep disruption on rat dentate granule cell LTP in vivo. *Brain Res Bull*, 66:114-119.

- Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM ve ark. (2001) Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*, 158: 1783-1793.
- Mossberg D, Liljeberg P, Borg S ve ark. (1985) Clinical conditions in alcoholic during long-term abstinence: A descriptive longitudinal treatment study. *Alcohol*, 2: 551-553.
- Philipsen A, Feige B, Al-Shajlawi A ve ark. (2005) Increased delta power and discrepancies in objective and subjective sleep measurements in borderline personality disorder. *J Psychiatr Res*, 39: 489-498.
- Portas CM, Bjorvatn B, Ursin R ve ark. (2000) Serotonin and the sleep/wake cycle: special emphasis on microdialysis studies. *Prog Neurobiol*, 60:13-35.
- Robins LN (1998) The intimate connection between antisocial personality and substance use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33: 393-399.
- Roth T, Kramer M, Lutz T ve ark. (1976) The effects of sleep deprivation on mood, *Psychiatr J Univ Ott*, 1: 136-139.
- Schubert FC (1977) Personality traits and polygraphic sleep parameters. *Waking Sleeping*, 1:165-170.
- Scott S, Knapp M, Henderson J ve ark. (2001) Financial cost of social exclusion: follow-up study of antisocial children into adulthood. *BMJ*, 323: 191-196.
- Sorias S, Saygılı R, Elbi H ve ark. (1990) DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi. Türkçe versiyonu. SCID-II kişilik bozuklukları formu. Bornova, Ege Üniversitesi Basımevi.
- Spitzer RL, Williams J (1985) Structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID II). New York Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Virkkunen M, Eggert M, Rawlings R ve ark. (1996) A prospective follow-up study of alcoholic violent offenders and fire setters. *Arch Gen Psychiatry*, 53: 523-529.
- Williams HL, Rundell OH (1981) Altered sleep physiology in chronic alcoholics: Reversal with abstinence. *Alcohol Clin Exp Res*, 5:318-325.