T.C.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ VE DÜRTÜSELLİĞİN SALDIRGANLIK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Dr. Ali ERKAL

UZMANLIK TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır

SİVAS

2025

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

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ VE DÜRTÜSELLİĞİN SALDIRGANLIK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Dr. Ali ERKAL

UZMANLIK TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. YAVUZ YILMAZ

SİVAS

2025

Bu tez Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 10/02/2010 tarih ve 2010/1-2 sayılı kararı ile kabul edilen ve yürürlüğe giren "Tıpta Uzmanlık Tez Yazım Yönergesi'ne göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve mesleki yaşamım süresince her türlü bilgi, deneyim ve yol göstericiliğiyle paha biçilmez yardımlarını esirgemeyen hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Yavuz Yılmaz'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Mesleğimin başından bu yana her türlü zorlukta bana mentorluk ettiği, deneyimleri ile hekimliğime şekil ve yön verdiği için kendisine ayrıca teşekkür ederim.

Akademik ve mesleki yolculuğum boyunca engin bilgi birikimi, farklı bakış açıları ve yaklaşımlarıyla bana örnek olan anabilimdalı başkanımız Prof. Dr. Nesim Kuğu'ya en içten teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca değerli katkıları ve destekleri için Dr. Öğr. Üyesi Didem Bostan Bendaş ve Dr. Öğr. Üyesi Aslı Enzel Koç'a teşekkür ederim.

Asistanlığımın ilk gününden son gününe kadar dostluklarını ve yoldaşlıklarını hep yanıbaşımda hissettiğim eşkıdemlerim Dr. Ayşe Nur Aslan ve Dr. Merve Şule Yıldırım Sorkulu'ya çok teşekkür ederim. Her zaman dediğim gibi "tüm şansımı size denk gelerek harcadım". En güzel ve en kötü zamanları sizlerle paylaşıp birlikte pişmiş olmak benim için bir ayrıcalıktı. Dostluğumuz ve yoldaşlığımızın daim olacağına inancım tam.

Ayrıca bu süreçte yanımda olup desteklerini sunan psikolog, hemşire, sekreter, personel arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Beni hayata hazırlayan anne babama, bana hayatı ve gerçek değerleri öğreten öğretmenlerim Mehmet Erkal ve Sibel Erkal'a, bana hem abi hem baba hem de arkadaş olan Mehmet Erkal ve Mustafa Erkal'a ve oğlum gibi sevebileceğim kadar güzel bir çocuk olan Halil Deniz'e sonsuz teşekkür ederim.

Ve mutluluğumun en güzel sebebi, can yoldaşım, kıymetli eşim Ayşegül'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım. En büyük armağan senin desteğinin hayatımın her anında arkamda olacağını bilmektir.

Hayatımın herhangi bir yerinde emeği olan herkese teşekkür ederim.

ÖZET

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ VE DÜRTÜSELLİĞİN SALDIRGANLIK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Dr. Ali ERKAL

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Sivas, 2025

Amaç: Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu, bireyin biyopsikososyal işlevselliğini bozan ve sıklıkla saldırganlık davranışlarıyla komplike olan kronik bir beyin hastalığıdır. Bu çalışmanın temel amacı; Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu tanısı almış bireylerde çocukluk çağı travmaları, duygu düzenleme güçlüğü ve dürtüsellik düzeylerini sağlıklı kontrollerle karşılaştırmak ve bu değişkenlerin saldırganlık üzerindeki etkilerini incelemektir. Çalışma, çocukluk çağı travmalarının yetişkinlikteki saldırganlık davranışına dönüşme sürecinde, duygu düzenleme güçlüğü ve dürtüselliğin aracı rollerini belirlemeyi ve saldırganlığın spesifik yordayıcılarını saptamayı hedeflemektedir.

Yöntem: Kesitsel ve ilişkisel tarama modelindeki bu araştırma, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde yürütülmüştür. Çalışmaya, DSM-5 tanı kriterlerine göre AMKB tanısı almış 80 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunmayan 80 sağlıklı birey olmak üzere toplam 160 kişi dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak Sosyodemografik Veri Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Formu, Barratt Dürtüsellik Ölçeği-Kısa Formu ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde t-testi, ANOVA, Pearson korelasyon analizi, Stepwise regresyon analizi ve aracılık etkileri için SPSS Process Macro (Model 6) yöntemi kullanılmıştır.

Bulgular: Yapılan analizler sonucunda, Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu grubunun çocukluk çağı travmaları, duygu düzenleme güçlüğü, dürtüsellik ve saldırganlık toplam ve alt boyut puanlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak

anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Korelasyon analizlerinde tüm değişkenler arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Aracılık analizlerinde, çocukluk çağı travmaları ile saldırganlık arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün tam aracı rol oynadığı tespit edilmiştir. Dürtüsellik tek başına anlamlı bir aracı olmazken, çocukluk çağı travmaları → duygu düzenleme güçlüğü → dürtüsellik → saldırganlık şeklinde kurulan seri aracılık modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Ayrıca saldırganlığın varyansının %54'ünü açıklayan regresyon modelinde; stratejiler alt boyutu, motor dürtüsellik, dürtü alt boyutu ve duygusal istismarın en güçlü yordayıcılar olduğu belirlenmiştir. Sosyodemografik veriler incelendiğinde, düşük gelir düzeyi ve çalışmama durumunun ihmal puanlarıyla ilişkili olduğu; kadın hastalarda cinsel istismar, erkek hastalarda ise fiziksel saldırganlık puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.

Sonuç: Bu çalışma, Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu tanılı bireylerde saldırganlığın sadece bir davranış sorunu olmadığını; travmatik bir zemin üzerinde gelişen duygu düzenleme yetersizliğinin ve buna bağlı tetiklenen dürtüselliğin bir sonucu olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle duygusal istismar ve strateji eksikliğinin saldırganlığı yordaması, klinik müdahalelerin önemini vurgulamaktadır. Elde edilen bulgular ışığında, alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavisinde sadece madde odaklı yaklaşımlar yerine; travma odaklı terapilerin, duygu düzenleme becerilerini geliştirmeyi hedefleyen müdahalelerin ve dürtü kontrol eğitimlerinin tedavi protokollerine entegre edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu, Çocukluk Çağı Travmaları, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Dürtüsellik, Saldırganlık.

ABSTRACT

THE EFFECT OF CHİLDHOOD TRAUMA, EMOTİON REGULATİON DİFFİCULTİES, AND IMPULSİVİTY ON AGGRESSİON İN INDİVİDUALS WİTH ALCOHOL AND SUBSTANCE USE DİSORDER

Dr. Ali ERKAL

Department of Mental Health and Diseases

Sivas, 2025

Objective: Alcohol and Substance Use Disorder is a chronic brain disease that impairs an individual's biopsychosocial functioning and is frequently complicated by aggressive behaviors. The primary aim of this study is to compare the levels of childhood trauma, emotion regulation difficulties, and impulsivity in individuals diagnosed with Alcohol and Substance Use Disorder with healthy controls and to examine the effects of these variables on aggression. The study aims to determine the mediating roles of emotion regulation difficulties and impulsivity in the process of childhood trauma transforming into aggressive behavior in adulthood and to identify specific predictors of aggression.

Method: This cross-sectional and correlational survey study was conducted at the Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Sivas Cumhuriyet University. A total of 160 individuals were included in the study, comprising 80 patients diagnosed with Alcohol and Substance Use Disorder according to DSM-5 diagnostic criteria and 80 healthy individuals with no psychiatric diagnosis, matched for age and gender. The Sociodemographic Data Form, Childhood Trauma Questionnaire, Difficulties in Emotion Regulation Scale-Short Form, Barratt Impulsiveness Scale-Short Form, and Buss-Perry Aggression Questionnaire were used as data collection tools. T-test, ANOVA, Pearson correlation analysis, Stepwise regression analysis, and the SPSS Process Macro (Model 6) method for mediation effects were used in the data analysis.

Results: As a result of the analyses, it was determined that the total and sub-dimension scores of childhood trauma, emotion regulation difficulties, impulsivity, and aggression in the Alcohol and Substance Use Disorder group were statistically

significantly higher than in the control group. Positive and significant relationships were found between all variables in correlation analyses. In mediation analyses, it was determined that emotion regulation difficulties played a full mediator role in the relationship between childhood trauma and aggression. While impulsivity alone was not a significant mediator, the serial mediation model established as childhood trauma → emotion regulation difficulties → Impulsivity → Aggression was found to be statistically significant. Furthermore, in the regression model explaining 54% of the variance in aggression, it was determined that the strategies sub-dimension, motor impulsivity, impulse sub-dimension, and emotional abuse were the strongest predictors. When sociodemographic data were examined, it was observed that low income level and unemployment status were associated with neglect scores; sexual abuse scores were significantly higher in female patients, while physical aggression scores were significantly higher in male patients.

Conclusion: This study revealed that aggression in individuals diagnosed with alcohol and substance use disorder is not merely a behavioral problem but a consequence of emotion regulation insufficiency developing on a traumatic ground and subsequently triggered impulsivity. The fact that emotional abuse and lack of strategies specifically predict aggression emphasizes the importance of clinical interventions. In light of the findings, it is recommended to integrate trauma-informed therapies, interventions aimed at improving emotion regulation skills, and impulse control training into treatment protocols in alcohol and substance use disorder treatment, rather than relying solely on substance-focused approaches.

Keywords: Alcohol and Substance Use Disorder, Childhood Trauma, Emotion Regulation Difficulties, Impulsivity, Aggression.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **iv**

ÖZET ..... **v**

ABSTRACT ..... **vii**

İÇİNDEKİLER ..... **ix**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **xii**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **xiv**

KISALTMALAR DİZİNİ ..... **xv**

1.GİRİŞ **1**

2.GENEL BİLGİLER **4**

2.1.Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğu 4

2.1.1.Alkol ve Madde Kullanımının Tarihçesi 4

2.1.2.Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun Tanım ve Sınıflandırması 4

2.1.3.Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun Nörobiyolojisi 6

2.1.4.Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun Yaygınlığı 7

2.1.5.Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun Nedenleri 7

2.1.6.Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun Yol Açtığı Psikiyatrik Bozukluklar 7

2.1.7.Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun Tedavisi 8

2.2.Çocukluk Çağı Travmaları 9

2.2.1.Çocukluk Çağı Travmasının Tanımı 9

2.2.2.Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri 11

2.2.3.Çocukluk Çağı Travmaları ile Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu İlişkisi…. 12

2.2.4.Çocukluk Çağı Travmaları ve Saldırganlık İlişkisi 12

2.3.Duygu Düzenleme 13
2.3.1.Tanım ve Temel Kavramlar 13
2.3.2.Duygu Düzenleme Gelişimini Etkileyen Faktörler 13
2.3.3.Duygu Düzenleme Stratejileri ve Yöntemleri 14
2.3.4.Duygu Düzenleme Güçlüğü 14
2.3.5.Duygu Düzenleme Güçlüğü ile Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu İlişkisi……..... 15
2.3.6.DDG ve Saldırganlık İlişkisi 15
2.4.Dürtüsellik 16
2.4.1.Tanım ve Temel Kavramlar 16
2.4.2.Dürtüselliğin Nörobiyolojik Temelleri 16
2.4.3.Dürtüsellik ile Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu İlişkisi 16
2.4.4.Dürtüsellik ve Saldırganlık İlişkisi 17
2.5.Saldırganlık 17
2.5.1.Tanım ve Temel Kavramlar 17
2.5.2.Saldırganlık Türleri 18
2.5.3.Saldırganlık Kuramları 19
2.5.4.Saldırganlık ile Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu İlişkisi 19
3.GEREÇ VE YÖNTEM 21
3.1.Çalışma Evreni ve Örneklemi 21
3.2.Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri 22
3.3.Çalışmadan Dışlanma Kriterleri 22
3.4.Etik Kurul Onamı 23
3.5.Veri Toplama Yöntemi 23
3.6.Araştırmada Kullanılan Ölçüm Araçları 24

3.6.1.Sosyodemografik Veri Formu 24
3.6.2.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)..... 24
3.6.3.Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Formu (DDGÖ-16)..... 25
3.6.4.Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BDÖ-11-KF)..... 26
3.6.5.Buss Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) 27
3.7.İstatistiksel Yöntem..... 28
3.7.1.Betimleyici İstatistikler ve Grup Karşılaştırmaları..... 28
3.7.2.İlişkisel ve Yordayıcı Analizler 29
4.BULGULAR 31
5.TARTIŞMA 75
5.1.Sosyodemografik ve Klinik Verilerin Değerlendirilmesi 75
5.2.Deney ve Kontrol Gruplarında ÇÇT, DDG, Dürtüsellik, Saldırganlık Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması 77
5.3.Deney Grubunun Sosyodemografik ve Klinik Verilere Göre Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması 82
5.4.Deney Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi 89
5.5.Deney Grubunda ÇÇT ve Saldırganlık Arasındaki İlişkide DDG ve Dürtüselliğin Aracı Rollerinin Değerlendirilmesi..... 91
5.6.Deney Grubunda Saldırganlığın Spesifik Yordayıcılarının Değerlendirilmesi 94
5.7.Çalışmanın Kısıtlılıkları 96
6.SONUÇ VE ÖNERİLER..... 98
KAYNAKÇA 100

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma Gruplarının Sosyodemografik Yapısı 32

Tablo 2. Deney Grubu İçin Araştırma Ölçek Toplam Puanlarının Betimleyici İstatistiksel Tablosu..... 34

Tablo 3.Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi 36

Tablo 4. Deney Grubundaki Katılımcıların Cinsiyete Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi..... 39

Tablo 5. Deney Grubundaki Katılımcıların Medeni Duruma Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi..... 42

Tablo 6. Deney Grubundaki Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi 45

Tablo 7. Deney Grubundaki Katılımcıların Çalışma Duruma Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi..... 48

Tablo 8. Deney Grubundaki Katılımcıların Maddi Duruma Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi..... 51

Tablo 9. Deney Grubundaki Katılımcıların Bedensel Hastalık Duruma Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi 54

Tablo 10. Deney Grubundaki Katılımcıların Sigara Kullanım Durumuna Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi 57

Tablo 11. Deney Grubundaki Katılımcıların Psikiyatri Servisi Yatış Durumuna Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi 59

Tablo 12. Deney Grubundaki Katılımcıların Adli Suç Öyküsü Durumuna Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi 62

Tablo 13. Deney Grubundaki Katılımcıların Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi 65

Tablo 14.Çocukluk Çağı Travmaları ile Saldırganlık Arasındaki İlişkide Duygu

Düzenleme Güçlüğü ve Dürtüselliğin Aracılık Rollerinin İncelenmesi 69

Tablo 15.Çocukluk Çağı Travmaları ile Saldırganlık Arasındaki İlişkide Aracı Değişkenlerin Etkisinin İncelenmesi..... 72

Tablo 16. Saldırganlığın Yordayıcılarının İncelenmesi 74

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırma Modeli..... 71

KISALTMALAR DİZİNİ

AMKB: Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu

ANOVA: Varyans Analizi

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği

BDÖ-11-KF: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu

BKB: Borderline Kişilik Bozukluğu

BM: Birleşmiş Milletler

BPSÖ: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği

ÇÇT: Çocukluk Çağı Travmaları

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

ÇİM: Çocuk İzlem Merkezleri

DD: Duygu Düzenleme

DDG: Duygu Düzenleme Güçlüğü

DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

DDGÖ-16: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Formu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DSM-5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5

FDA: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi

GTB: Gelişimsel Travma Bozukluğu

HPA: Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal

LSD: En Küçük Anlamlı Fark

OÇD: Olumsuz Çocukluk Deneyimleri

PFK: Prefrontal Korteks

SCID-5: DSM-5 İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNODC: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi

UPPS-P: Urgency, Premeditation, Perseverance, Sensation Seeking, Positive Urgency (Whiteside ve Lynam'ın Dürtüsellik Modeli)

VIF: Varyans Şişirme Faktörü

1. GİRİŞ

Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu (AMKB), yalnızca bireyin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü tehdit etmekle kalmayıp, aynı zamanda sosyal işlevselliği bozan, aile yapısını sarsan ve toplumsal düzeni tehdit eden çok katmanlı küresel bir halk sağlığı krizidir. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin 2024 raporuna göre, dünya genelinde uyuşturucu madde kullanımı son on yılda %20'lik ciddi bir artış göstererek 292 milyon kişiye ulaşmıştır (1). Bu artış, sorunun epidemik boyutlara ulaştığının en somut göstergesidir. Ülkemizde ise durumun ciddiyeti, madde kullanımına bağlı yaklaşık 800 bin denetimli serbestlik dosyası bulunmasıyla gözler önüne serilmektedir. Daha da endişe verici olan, kullanım yaşının 15-24 aralığına kadar düşmesidir; bu durum, üretken genç nüfusun kaybı anlamına gelmekte ve sorunun gelecekte yaratacağı toplumsal ve ekonomik maliyetlerin katlanarak artacağına işaret etmektedir (2). AMKB'nin klinik tablosunda en sık karşılaşılan ve yönetimi en zor olan durumlardan biri saldırganlık davranışıdır. Tedavi uyumunu bozan, sağlık çalışanlarına yönelik risk oluşturan, aile içi şiddeti ve adli suç oranlarını artıran bu komorbidite, sadece tıbbi değil, sosyolojik açıdan da acil ve etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Saldırganlık ile AMKB arasındaki ilişki, tek yönlü bir nedensellikten ziyade, nörobiyolojik ve psikososyal faktörlerin iç içe geçtiği karmaşık bir etkileşime dayanır. Nörobiyolojik açıdan bu süreç, beynin yürütücü işlevlerinden sorumlu olan ve bir nevi fren sistemi görevi gören prefrontal korteksin (PFK), kronik madde kullanımı ve nörotoksisite nedeniyle işlevini yitirmesiyle açıklanır (3). Karar verme, dürtü kontrolü ve sosyal davranışın düzenlenmesinde kilit rol oynayan PFK'nin denetiminin zayıflaması, limbik sistemden kaynaklanan ilkel, dürtüsel ve duygusal tepkilerin filtrelenememesine yol açar (3). Bu durum, bireyi en ufak provokasyonlara karşı bile aşırı duyarlı ve tepkisel hale getirir. Ancak bu nörobiyolojik zafiyetin kökenleri, madde kullanımından çok daha öncesine, sıklıkla çocukluk çağı travmalarına dayanmaktadır. Fiziksel, duygusal veya cinsel istismar ile ihmal gibi Olumsuz Çocukluk Deneyimleri (OÇD), gelişmekte olan beynin stres tepki sistemini kalıcı olarak bozmaktadır (4). Bu bozulma, bireyde kronik bir tetikte olma hali yaratmakta,

hem madde kullanımına (acı veren anılardan kaçış veya kendini tedavi etme çabası) hem de saldırganlığa zemin hazırlayan derin bir gelişimsel hasar bırakmaktadır.

Çocukluk Çağı Travmaları (ÇÇT), bireyin 18 yaşından önce fiziksel veya psikolojik bütünlüğünü tehdit eden her türlü istismar ve ihmal yaşantısını kapsamaktadır (4). Gelişimsel dönemde maruz kalınan bu örseleyici deneyimler, henüz olgunlaşmamış sinir sistemi üzerinde toksik bir stres etkisi yaratarak, beynin duygu ve dürtü kontrolünden sorumlu bölgelerinin sağlıklı yapılanmasını engeller. Literatür, travmatik geçmişe sahip bireylerin, yetişkinlik dönemlerinde stresle baş etme mekanizmalarının zayıf olduğunu ve bu açığı kapatmak için madde kullanımına yönelme risklerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir (5,6).

Duygu Düzenleme Güçlüğü (DDG), bireyin duygusal tepkilerini izleme, değerlendirme ve duruma uygun şekilde değiştirme kapasitesindeki yetersizlik olarak tanımlanır (7). Travma mağduru bireylerde sıkça görülen bu durum, yoğun ve acı verici duyguların sağlıklı yollarla işlenememesine neden olur. Duygularını regüle edemeyen birey, içsel gerilimini azaltmak için maddeyi bir araç olarak kullanır; ancak madde etkisi veya yoksunluğu sırasında yaşanan duygusal dalgalanmalar, kontrolsüz öfke patlamaları ve saldırgan eylemler şeklinde dışa vurulur (8,9).

Dürtüsellik, bireyin içsel veya dışsal uyaranlara karşı, eylemin olası olumsuz sonuçlarını hesaba katmadan ani, plansız ve hızlı tepki verme eğilimi olarak ele alınmaktadır (10). Bilişsel, motor ve planlama dışı olmak üzere çok boyutlu bir yapıya sahip olan dürtüsellik, özellikle PFK işlevlerinin bozulmasıyla ilişkilendirilir (11). Madde kullanan bireylerde artan dürtüsellik, çatışma anlarında inhibisyon yetisini devre dışı bırakarak, sözlü veya fiziksel şiddete başvurma eşiğini tehlikeli ölçüde düşürmektedir (12).

Saldırganlık ise, başka bir canlıya zarar verme veya incitme niyeti taşıyan her türlü davranış olarak tanımlanmaktadır. AMKB popülasyonunda saldırganlık, sadece maddenin farmakolojik etkisiyle ortaya çıkan geçici bir durum değil, travmatik geçmiş, bozulmuş duygu düzenleme becerileri ve yüksek dürtüselliğin etkileşimiyle şekillenen yerleşik bir davranış örüntüsü olarak karşımıza çıkar (13,14). Bu çalışmada

saldırganlık, hem fiziksel hem de sözel boyutlarıyla, bu çoklu etkileşimlerin bir sonucu olarak incelenmektedir.

Mevcut literatürde bu değişkenleri ikili ilişkiler bağlamında ele alan çalışmalar bulunsa da, travma, duygu düzenleme, dürtüsellik ve saldırganlık arasındaki çoklu ve dinamik ilişkileri bütüncül bir modelde inceleyen araştırmalar, özellikle Türkiye örnekleminde oldukça sınırlıdır.

Bu araştırmanın temel amacı, alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış bireylerde çocukluk çağı travmaları, duygu düzenleme güçlükleri, dürtüsellik ve saldırganlık arasındaki karmaşık ilişkiler ağını incelemektir. Bu genel amaç doğrultusunda; çocukluk çağı travmalarının saldırganlık düzeyleri üzerindeki doğrudan etkisinin yanı sıra, duygu düzenleme güçlüğü ve dürtüsellik ile olan ilişkisi araştırılacaktır. Çalışmada ayrıca, duygu düzenleme güçlükleri ve dürtüselliğin, travma öyküsünden bağımsız olarak saldırganlık düzeylerini yordama gücü değerlendirilecektir. Araştırmanın nihai hedefi ise; çocukluk çağı travmaları ile saldırganlık arasındaki ilişkide, duygu düzenleme güçlükleri ve dürtüselliğin aracı rolünü ortaya koyarak, bu değişkenlerin saldırgan davranışların gelişimindeki mekanizmasını açıklamaktır.

Elde edilecek bulguların, saldırganlık gösteren hastalara yönelik yaklaşımı değiştirmesi; tek başına farmakolojik tedaviler yerine, travma odaklı, duygu düzenleme becerilerini ve dürtü kontrolünü geliştirmeyi hedefleyen kapsayıcı psikoterapötik müdahalelerin geliştirilmesine güçlü bir bilimsel zemin oluşturması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğu

Alkol ve madde kullanım bozuklukları (AMKB), psikoaktif bir maddenin tekrarlayan ve sorunlu kullanımına bağlı gelişen, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtilerle karakterize, karmaşık, kronik ve tekrarlayıcı psikiyatrik bir rahatsızlıktır.

2.1.1. Alkol ve Madde Kullanımının Tarihçesi

Psikoaktif madde kullanımı, insanlık tarihiyle yaşıt bir olgudur. Başlangıçta kültürel, dini ve tıbbi amaçlarla kullanılan bu maddelerin yarattığı toplumsal etki, teknolojik gelişmelerle değişmiştir (15,16). 7. yüzyılda damıtma tekniğinin keşfi, alkol konsantrasyonu yüksek içkileri ortaya çıkarmıştır (17,18). 19. yüzyılda morfinin izole edilmesi ve şırınganın icadı, asker hastalığı olarak bilinen ilk iyatrojenik opioid salgınına neden olmuştur (16). Bağımlılık kavramı da zamanla evrilmiştir. Dr. Benjamin Rush ve Dr. Thomas Trotter gibi hekimlerin öncülüğünde, kronik sarhoşluğun bir hastalık olduğunu öne süren tıbbi model gelişmiştir. Magnus Huss'un 1849'da alkolizm terimini kullanması ve Amerikan Tabipler Birliği'nin 1956'da alkolizmi bir hastalık olarak tanımasıyla bu tıbbileştirme süreci kurumsallaşmıştır (19,20). Türkiye'de ise Uyuşturucu maddelere yönelik yasal düzenlemeler 1930'larda başlamıştır. Halk sağlığı alanında ise 1920'de kurulan Yeşilay, toplumu bilinçlendirme görevini üstlenmiştir (21).

2.1.2. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun Tanım ve Sınıflandırması

Alkol Kullanım Bozukluğu DSM-5-TR Tanı Kriterleri:

On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir alkol kullanım örüntüsü:

1) Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alkol alınır.
2) Alkol kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.

3) Alkol elde etmek, alkol kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman aynlır.
4) Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5) İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici alkol kullanımı.
6) Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın alkol kullanımını sürdürme.
7) Alkol kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8) Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanma.
9) Büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın alkol kullanımı sürdürülür.
10) Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:
    a) Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde alkol kullanma gereksinimi.
    b) Aynı ölçüde alkol kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.
11) Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:
    a) Alkole özgü yoksunluk sendromu
    b) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için alkol (ya da benzodiazepin gibi yakından ilişkili bir madde) alınır.

DSM-4'teki kötüye kullanım ve bağımlılık şeklindeki kategorik ayrım, DSM-5 ile terk edilmiştir. DSM-5, bu iki durumu Madde Kullanım Bozukluğu adı altında tek bir spektrumda birleştirerek boyutsal bir yaklaşıma geçmiştir (22).

Madde Kullanım Bozukluğu DSM-5-TR Tanı Kriterleri: Madde Kullanım Bozukluğu tanısı, 12 aylık bir sürede 11 kriterden en az ikisinin varlığı ile konur. Bu kriterler dört ana kümede toplanır: Bozulmuş Kontrol, Sosyal Bozulma, Riskli Kullanım ve Farmakolojik Kriterler (23,24).

1) Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak madde alınır
2) Madde kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyençabalar vardır
3) Madde elde etmek madde kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır
4) Madde kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme
5) İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici madde kullanımı
6) Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsalya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın madde kullanımını sürdürme
7) Madde kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya daeğlenme dinlenmeetkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması
8) Yineleyici bir biçimde tehlikeli olabilecek durumlarda madde kullanma9. Büyük bir olasılıkla maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya daruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın madde kullanımı sürdürülür
9) Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması
    a) Esrikliği (entoksikasyonu) ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde madde kullanma gereksinimi
    b) Aynı ölçüde madde kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması
10) Aşağıdakilerden biriyle tanımlanması üzere, yoksunluk gelişmiş olması
    a) Kullanılan maddeye özgü yoksunluk sendromu
    b) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için madde ya da yakından ilişkili başka bir madde alır

2.1.3. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun Nörobiyolojisi

Bağımlılık, ödül, motivasyon ve yürütücü işlevlerde meydana gelen nöroadaptif değişimlerle karakterize bir beyin hastalığı olup üç aşamalı döngüsel model ile açıklanmaktadır. Süreç, maddelerin mezolimbik dopamin yolunu ele geçirerek hoşlanmadan ziyade kompulsif bir istemeye yol açtığı aşırı kullanım

evresiyle başlar; ardından dopamin reseptörlerinin azalması ve stres sistemlerinin aktivasyonuyla motivasyonun haz aramaktan acıdan kaçınmaya dönüştüğü yoksunluk evresi gelir. Son olarak, PFK'deki dürtü kontrol mekanizmasının zayıfladığı ve madde ipuçlarına karşı duyarlılığın arttığı meşguliyet evresi, karar verme yetisini bozarak nüksü tetikler (25).

2.1.4. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun Yaygınlığı

AMKB, küresel bir halk sağlığı sorunudur. DSÖ, 2019'da alkole atfedilebilen 2.6 milyon ölüm olduğunu (tüm ölümlerin %4.7'si) ve bu ölümlerin %13'ünün 20-39 yaş arası gençlerde görüldüğünü bildirmektedir (26). Dünya genelinde yaklaşık 400 milyon insanın alkol (209 milyon) ve madde kullanım bozuklukları ile yaşadığı tahmin edilmektedir. UNODC'ye göre 2023'te 316 milyon kişi (her 18 kişiden biri) uyuşturucu madde kullanmıştır; en yaygını esrardır (244 milyon) (27). Türkiye'deki veriler daha parçalıdır. TÜİK 2022 verilerine göre, 15 yaş üstü nüfusta son 12 ayda alkol kullanma oranı %12.1, her gün tütün kullanma oranı %28.0'dir (28). Akademik çalışmalar, özellikle üniversite öğrencileri arasında alkol (%60.8 yaşam boyu) ve diğer madde (%11.0 yaşam boyu) kullanımının yaygın olduğunu göstermektedir (29).

2.1.5. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun Nedenleri

AMKB, %40-60 arası genetik kalıtılabilirlik söz konusudur. Bu, alkol metabolizmasını veya nörotransmitter reseptörlerini etkileyen poligenik bir yatkınlıktır (30,31). Dürtüsellik, yenilik arayışı gibi kişilik özellikleri riski artırır. Depresyon, anksiyete bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi eşlik eden psikiyatrik bozukluklar yaygındır. Kendini tedavi hipotezi, bireylerin bu bozuklukların yarattığı acı verici duygusal durumları hafifletmek için maddelere yöneldiğini öne sürer (9,32). Aile ortamı, özellikle çocukluk çağı travmaları en güçlü çevresel risk faktörlerindendir. Akran etkisi (sosyal öğrenme) ve sosyokültürel faktörler de riski artırır (33,34).

2.1.6. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun Yol Açtığı Psikiyatrik Bozukluklar

Madde ile Tetiklenen Psikotik Bozukluk: Özellikle uyarıcılar ve esrar kullanımıyla tetiklenen halüsinasyon/sanrılarla karakterizedir. Bu tanıyı alan

bireylerin yaklaşık %25'inin ileride şizofreni tanısı alma riski vardır (35,36).

Bununla birlikte özellikle depresanların yoksunluğu veya uyarıcıların çöküş döneminde görülen belirgin depresif duygudurum (37), alkol/sedatif yoksunluğu veya uyarıcı entoksikasyonu sırasında ortaya çıkan belirgin anksiyete görülebilir (37).

Bağımsız Psikiyatrik Bozukluklarla Komorbidite:

Kişilik Bozuklukları: AMKB olanların yaklaşık %60'ında görülür. Özellikle B kümesi kişilik bozuklukları ile güçlü bir ilişki vardır. Bu durum, ortak altta yatan dürtüsellik ve duygusal düzensizlik mekanizmalarından kaynaklanabilir (38).

Duygudurum ve Anksiyete Bozuklukları: Majör depresyon, bipolar bozukluk ve TSSB oranları genel popülasyondan yüksektir. İlişki çift yönlüdür ve intihar riskini artırır (37).

2.1.7. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun Tedavisi

AMKB tedavisi; motivasyonu artırmayı, alkolsüz veya maddesiz bir yaşam tarzını yeniden yapılandırmayı ve relapsı önlemeyi hedefleyen, diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların yönetimine benzeyen çok boyutlu bir süreçtir. Tedavi süreci genel olarak müdahale, detoksifikasyon ve rehabilitasyon olmak üzere üç ana aşamada ele alınır. Müdahale aşamasında, motivasyonel görüşme teknikleri ve kısa müdahaleler kullanılarak hastanın değişim konusundaki kararsızlığı giderilmeye çalışılır ve tedavi uyumu artırılır. Detoksifikasyon aşaması, maddenin kesilmesiyle ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin tıbbi olarak yönetilmesini içerirken, asıl iyileşme süreci olan rehabilitasyon aşaması, hastanın işlevselliğini artırmayı ve relapsı önleyici stratejiler geliştirmeyi amaçlar.

Alkol kullanım bozukluğunun farmakolojik tedavisinde, yoksunluk döneminin yönetimi için genellikle çapraz tolerans gösteren benzodiazepinler kullanılırken, idame tedavisinde nüksetmeyi önleyici FDA onaylı ajanlar tercih edilmektedir. Bu ajanlar arasında; glutamaterjik sistemi modüle ederek uzamış yoksunluk belirtilerini hafifleten Akamprosat, opioid reseptörlerini bloke ederek alkolün ödüllendirici etkisini ve aşermeyi azaltan Naltrekson ve alkol alındığında aversif bir reaksiyon yaratan Disülfiram bulunmaktadır (39). Farmakolojik tedavilerin etkinliği, Bilişsel

Davranışçı Terapi (BDT), nüksetme önleme stratejileri ve kendine yardım gruplarını içeren psikososyal müdahalelerle birleştirildiğinde artmaktadır.

Opioid kullanım bozukluğunun tedavisinde ise agonist idame tedavileri ve antagonist tedaviler ön plana çıkmaktadır. Tam bir opioid agonisti olan Metadon ve kısmi agonist olan Buprenorfin, opioid reseptörlerini aktive ederek yoksunluk belirtilerini ve maddeye duyulan açlığı baskılar, böylece hastanın yasa dışı opioid kullanımını ve buna bağlı riskleri azaltır. Alternatif olarak, tam bir detoksifikasyon sürecinden sonra, opioid reseptörlerini bloke ederek maddenin öforik etkisini engelleyen Naltrekson nüksetmeyi önlemede kullanılmaktadır (40).

Stimülan (kokain, amfetamin) ve esrar kullanım bozukluklarında, psikososyal yaklaşımlar temel taşı oluşturmaktadır. Özellikle, negatif idrar testleri karşılığında ödüllendirme prensibine dayanan edimsel yönetim, BDT ve motivasyonel görüşme tekniklerinin; stimülan ve esrar kullanımını azaltmada ve hastaların tedavide kalma sürelerini artırmada en güçlü kanıta sahip yöntemler olduğu belirtilmektedir (41).

2.2. Çocukluk Çağı Travmaları

2.2.1. Çocukluk Çağı Travmasının Tanımı

Çocukluk çağı travması kavramının anlaşılması, onun tarihsel ve kavramsal evriminin izini sürmeyi gerektirir. Başlangıçta dar bir tıbbi ve hukuki çerçevede ele alınan bu olgu, zamanla psikolojik, gelişimsel ve halk sağlığı boyutlarını da içeren çok katmanlı bir yapıya bürünmüştür.

2.2.1.1. Tarihsel Perspektif ve Kavramsal Evrim

Çocukluk çağı travmasına yönelik bilimsel ilgi, II. Dünya Savaşı sonrası yetim kalan çocuklar üzerindeki gözlemlerle başlamıştır (42). 1860'ta Tardieu konuya dikkat çekse de, modern tıbbi ilgi 1946'da Caffey'nin kemik kırıkları ile istismar arasındaki bağlantıyı kurmasıyla artmıştır (43). 1962'de Kempe'nin hırpalanmış çocuk sendromu tanımı, istismarı teşhis edilebilir bir tıbbi durum haline getirmiştir (43). 1970'lerde Terr, travmanın kalıcı psikolojik etkilerini vurgulamıştır (43). Bu gelişmeler, 1974 ABD Yasa Tasarısı ve 1989 BM Çocuk Hakları Sözleşmesi ile çocuk korumasını evrensel bir insan hakkı ve halk sağlığı sorununa dönüştürmüştür (42).

2.2.1.2. Modern Tanımlar ve Kapsam

Günümüzde çocukluk çağı travması, DSÖ tarafından bir güven veya güç ilişkisi bağlamında çocuğun gelişimine ve onuruna zarar veren her türlü fiziksel/duygusal kötü muamele, ihmal ve sömürü olarak tanımlanır (44,45). OÇD çalışması ise kapsamı genişleterek istismar, ihmal ve hane içi işlev bozukluklarını içerecek şekilde çerçevelemiştir (4). Bu model, kronik çevresel stresörleri de travmatik kabul ederek, madde kullanımı ve saldırganlık gibi davranışların ahlaki kusurlardan ziyade, tehditkar bir çevreye karşı geliştirilen hayatta kalma stratejileri olarak değerlendirilmesini sağlar.

Travmatik yaşantılar, çocuğa aktif zarar veren eylemler ve temel ihtiyaçların karşılanmaması olarak ikiye ayrılır (46). İstismar daha görünürken, ihmal bir yokluk hali olması nedeniyle tespiti zor ancak etkileri bakımından yıkıcıdır (43). Özellikle duygusal ihmal, bakım verenle sağlanan ortak düzenleme desteğinden mahrumiyet yaratarak çocuğun duygu düzenleme kapasitesini bozar. Bu durum, ileriki dönemlerde bireyin içsel gerilimle baş etmek için madde kullanımına (kendini tedavi) veya saldırganlığa yönelme riskini artırır.

Temel Kuramsal Modeller:

OÇD Modeli, Felitti ve Anda'nın (1998) çalışması, travmayı yetişkinlikteki kronik hastalıkların temel yordayıcısı olarak konumlandırarak bir halk sağlığı perspektifi sunmuştur (47). Modelin en temel bulgusu, maruz kalınan olumsuz yaşantı sayısı ile patoloji riski arasındaki doz-yanıt ilişkisidir (47). OÇD skoru 4 ve üzeri olan bireylerde madde kötüye kullanımı, depresyon ve intihar girişimi riskinin 4 ila 12 kat arttığı saptanmıştır (4). Epidemiyolojik veriler, OÇD'nin toplumda yaygın olduğunu ve genellikle bir arada bulunduğunu göstermektedir (48,49).

Gelişimsel Travma Bozukluğu (GTB), Klasik TSSB tanısı, erken yaşta başlayan ve kronikleşen kişilerarası travmaların gelişim üzerindeki yaygın etkilerini kapsamakta yetersiz kalmaktadır (50). Bu bağlamda önerilen GTB, travmanın neden olduğu çoklu disregülasyon alanlarına odaklanır (51). Bu belirti kümeleri, çalışmamızın ana değişkenleri olan duygu düzenleme güçlüğü, dürtüsellik ve saldırganlık ile doğrudan örtüşmektedir.

Bağlanma Kuramı, erken dönem bakım veren ilişkisinin bireyin tüm yaşamını

etkileyen içsel çalışma modellerini şekillendirdiğini öne sürer (52,53). Bakım verenin duyarlılığına bağlı olarak güvenli veya güvensiz bağlanma gelişir (53). Travma açısından en kritik tablo, bakım verenin hem bir sığınak hem de tehdit kaynağı olduğu paradoksal durumlarda gelişen dezorganize bağlanmadır. Çocuğun tutarlı bir başa çıkma stratejisi geliştiremediği bu durum, duygu düzenleme kapasitesini ketler ve ileriki yaşamda şiddet davranışlarının en güçlü yordayıcılarından biri olarak kabul edilir (54).

2.2.2. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri

ÇÇT, evrensel bir sorundur. DSÖ, 5 yaşın altındaki her 10 çocuktan 6'sının düzenli olarak fiziksel cezaya ve/veya psikolojik şiddete maruz kaldığını belirtmektedir (44). Yetişkinlerin kendi bildirimlerine dayalı çalışmalar, her 5 kadından 1'inin ve her 7 erkekten 1'inin çocukken cinsel istismara uğradığını göstermektedir (44). ABD'deki OÇD çalışması, yetişkinlerin yaklaşık %64'ünün en az bir OÇD, %17.3'ünün ise dört veya daha fazla OÇD yaşadığını bildirmiştir (49). Bu yüksek oranlar, travmanın istisnai değil, yaygın bir deneyim olduğunu göstermektedir.

Türkiye'de yapılan çalışmalar da travmanın yaygınlığının küresel verilerle benzer olduğunu göstermektedir. UNICEF (2010), 7-18 yaş arası çocukların %51'inin duygusal, %43'ünün fiziksel ve %3'ünün cinsel istismara maruz kaldığını ortaya koymuştur (55). Adli veriler, özellikle cinsel istismar vakalarında artışa işaret etmektedir. Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM) verileri, cinsel istismar başvurularının ezici çoğunluğunun (%85) kız çocuğu olduğunu göstermektedir (56). Türkiye'deki kültürel faktörler, travmanın algılanmasını ve rapor edilmesini etkileyebilmektedir. Disiplin amaçlı fiziksel şiddetin normalleştirilmesi ve aile içi sorunların gizlenmesi eğilimi, travmanın bildirilmesini zorlaştıran kültürel engeller olarak karşımıza çıkmaktadır (57,58).

Çocukluk çağı travması, tek bir nedene indirgenemez. Risk ve koruyucu faktörler bireyden topluma uzanan iç içe geçmiş sistemler içinde değerlendirilmelidir (59). Travmanın PFK üzerindeki etkileri, bireyin madde kullanma arzusunu bastırma ve dürtülerini kontrol etme yeteneğini zayıflatır (60). Travma sonrası disregüle olmuş Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal (HPA) ekseni, bireyi strese karşı aşırı reaktif hale getirir. Stres, bağımlılık döngüsünün hem başlamasında hem de sürdürülmesinde merkezi bir

rol oynar. Stres hormonları madde arayışını tetikleyebilir (61). Stres, nüks için en önemli tetikleyicilerden biridir (62).

2.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları ile Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu İlişkisi

Çocukluk çağı travmaları, yetişkinlik döneminde gelişen AMKB'nin en güçlü yordayıcılarından biri olarak kabul edilmektedir. Felitti ve arkadaşlarının ortaya koyduğu üzere, maruz kalınan travmatik deneyim sayısı ile madde bağımlılığı riski arasında kümülatif bir doz-yanıt ilişkisi bulunmaktadır (4,47). Bu ilişki, psikolojik düzlemde sıklıkla kendini tedavi hipotezi ile açıklanır (9).

Nörobiyolojik perspektiften bakıldığında ise erken dönem kronik stres, gelişmekte olan beynin mimarisini değiştirerek bağımlılığa zemin hazırlamaktadır. Travma, stres yanıtını düzenleyen HPA ekseninde kalıcı disregülasyona yol açarken; PFK ve amigdala gibi bölgelerde yapısal değişikliklere neden olmaktadır (61). Bu nöroplastik değişimler, bireyin dürtü kontrolünü bozmakta ve ödül sistemini maddeye karşı daha duyarlı hale getirerek bağımlılık döngüsünü hızlandırmaktadır (63).

2.2.4. Çocukluk Çağı Travmaları ve Saldırganlık İlişkisi

ÇÇT ile yetişkinlik dönemindeki saldırganlık arasındaki ilişki, literatürde sıklıkla Widom'ın kavramsallaştırdığı şiddet döngüsü hipotezi çerçevesinde açıklanmaktadır (64). Epidemiyolojik veriler, erken dönemde fiziksel istismar veya ihmale maruz kalan bireylerin, şiddet içeren suçlara karışma ve antisosyal davranışlar sergileme riskinin genel popülasyona kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir. Bu nedensel ilişkinin altında yatan temel mekanizmalardan biri, travmatize bireylerin sosyal bilgi işleme süreçlerinde meydana gelen bozulmalardır. Özellikle düşmanca atıf yanlılığı geliştiren bu bireyler, belirsiz veya nötr sosyal ipuçlarını tehditkar olarak yorumlama eğilimindedirler (65). Nörobiyolojik düzlemde ise kronik travmatik stresin, duygusal düzenlemeden sorumlu PFK ve amigdala arasındaki fonksiyonel bağlantısallığı zayıflatarak özellikle provokasyon karşısında ani ve yoğun tepkilerle karakterize reaktif saldırganlığa zemin hazırladığı belirtilmektedir (66).

2.3. Duygu Düzenleme

2.3.1. Tanım ve Temel Kavramlar

Duygu düzenleme, modern psikiyatri alanında giderek artan bir öneme sahip olan merkezi bir kavramdır. Bireyin mental sağlığı, kişilerarası ilişkileri ve genel yaşam işlevselliği ile yakından ilişkili olan bu karmaşık süreç, psikopatolojilerin etiyolojisi ve sürdürülmesinde kilit bir rol oynamaktadır.

Duygu, bireyin dışsal veya içsel bir uyaranla karşılaştığında verdiği tepkiyi hızlandırmak amacıyla fizyolojik, bilişsel ve davranışsal sistemleri geçici olarak bütünleştiren, evrensel ve işlevsel bir yanıt olarak tanımlanmaktadır (67). Duygular, genellikle belirli bir nedene bağlı, değerli (olumlu veya olumsuz) ve göreceli olarak kısa süreli durumlardır (68).

Duygu düzenleme (DD), bireylerin hangi duyguları, ne zaman, ne yoğunlukta ve nasıl deneyimleyip ifade edeceklerini etkilemek amacıyla bilinçli veya bilinçsiz olarak kullandıkları süreçler bütünüdür (68). Bu tanım, DD'nin yalnızca olumsuz duyguları bastırmak olmadığını, hedeflere bağlı olarak olumlu duyguları artırma veya sürdürme gibi geniş bir yelpazeyi kapsadığını vurgular (68).

Duyguların yönetilmesi fikri yeni olmamakla birlikte, bilimsel bir kavram olarak duygu düzenlemenin kökleri gelişim psikolojisi ve stres-başa çıkma literatüründen doğmuştur (68). DD, sıklıkla ilişkili olduğu başa çıkma, savunma mekanizmaları gibi diğer kavramlardan ayırt edilmelidir (69).

2.3.2. Duygu Düzenleme Gelişimini Etkileyen Faktörler

DD, yaşam boyu gelişim gösteren dinamik bir beceridir. Biyolojik faktörler, genetik yatkınlık ve mizaç, duygusal tepkiselliğin temelini oluşturur. Nörobiyolojik düzeyde, PFK ile amigdala arasındaki yukarıdan-aşağıya kontrol ve modülasyon esastır (70). Gelişimsel faktörler, erken çocukluk dönemi, özellikle bakım verenle kurulan güvenli bağlanma ilişkisi, içsel yatışma mekanizmalarının ve etkili DD becerilerinin gelişiminde kritiktir. Ebeveynlerin duygulara verdiği tepkiler çocuğun strateji repertuvarını doğrudan şekillendirir (67). Sosyokültürel faktörler, kültürel normlar, hangi duyguların nasıl ifade edileceğini ve dolayısıyla hangi stratejilerin tercih edileceğini etkiler (67).

2.3.3. Duygu Düzenleme Stratejileri ve Yöntemleri

Bireylerin duygularını yönetmek için kullandıkları spesifik yöntemler, duygu düzenleme stratejileri olarak adlandırılır.

Gross'un Süreç Modeli, DD stratejilerini anlamak için en kapsamlı çerçevelerden biridir. Duygunun zamansal bir süreç (Durum → Dikkat → Değerlendirme → Tepki) içinde ortaya çıktığını ve bu sürecin farklı aşamalarına müdahale edilebileceğini varsayar (68). Model, müdahale zamanlamasına göre stratejileri, duygusal tepki oluşmadan önce devreye giren öncül odaklı stratejiler ve tepki oluştuktan sonra devreye giren tepki odaklı stratejiler olarak iki ana kategoriye ayırır (71). Öncül odaklı stratejiler grubunda; durum seçimi, durum değiştirme, dikkat yöneltme, ruminasyon, bilişsel değişim bulunur. Tepki odaklı stratejiler grubunda tepki modülasyon, duygusal bastırma bulunur (72).

Stratejiler genellikle ruhsal sağlık üzerindeki etkilerine göre adaptif ve maladaptif olarak ayrılır. Adaptif stratejiler, bilişsel yeniden değerlendirme, kabul ve problem çözmedir, genellikle ruhsal iyilik hali ile ilişkilendirilir (69). Maladaptif stratejiler, ruminasyon, kaçınma, kendini suçlama ve duygusal bastırmadır, psikopatolojilerle daha güçlü ilişkilidir (73).

Stratejileri katı bir şekilde iyi veya kötü olarak etiketlemek yerine, modern araştırmalar strateji-durum uyumu hipotezini vurgular (74). Psikolojik olarak sağlıklı olan, durumsal taleplere en uygun stratejiyi esnek bir şekilde seçip uygulayabilmektir (75). Psikopatoloji ise, genellikle dar bir strateji repertuvarı ve belirli maladaptif stratejilerin katı bir şekilde tekrar tekrar kullanılmasıyla karakterizedir (76).

2.3.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü

Duygu düzenleme süreçlerindeki bozulmalar, duygu düzenleme güçlüğü veya emosyonel disregülasyon olarak kavramsallaştırılır ve çok sayıda psikiyatrik bozukluğun merkezinde yer alan transdiagnostik bir yapı olarak kabul edilmektedir.

DDG, bireyin duygusal tepkilerini hedeflerine ulaşacak şekilde esnek bir biçimde yönetme ve uygun yanıtlar verme becerisindeki genel bir eksikliktir. Gratz ve Roemer'in modeline göre DDG'nin temel bileşenleri; duygusal farkındalık ve anlama eksikliği, duygusal tepkileri kabul etmeme, dürtü kontrol güçlükleri, hedefe yönelik

davranışlarda güçlük, etkili duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim şeklindedir. DDG, belirli bir bozukluğa özgü olmayıp; depresyon, anksiyete bozuklukları, TSSB, Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve AMKB gibi çok sayıda tanının temelinde yatan ortak bir mekanizmadır (77,78).

2.3.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü ile Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu İlişkisi

Yapılan araştırmalarda, AMKB olan bireylerin, sağlıklı kontrollere kıyasla Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'nde (DDGÖ) belirgin düzeyde daha yüksek puanlar aldığını tutarlı bir şekilde göstermektedir (78). Bu, DDG'nin AMKB'nin temel bir özelliği olduğunu düşündürmektedir. Farklılıkların en belirgin olduğu alt boyutlar (78), stratejilere sınırlı erişim ve dürtü kontrol güçlüğü olarak tespit edilmiştir. Ayrıca, AMKB olan bireyler bilişsel yeniden değerlendirme gibi adaptif stratejileri daha az, duygusal bastırma gibi maladaptif stratejileri daha fazla kullanma eğilimindedir (78).

Kendini tedavi hipotezine göre, DDG yaşayan bireyler, başa çıkamadıkları yoğun ve acı verici olumsuz duygusal durumlardan kaçmak veya bu duyguları düzenlemek için birincil araç olarak alkol veya madde kullanımına başvururlar (9). Bu perspektifte madde kullanımı, maladaptif bir tepki modülasyonu stratejisidir. Maddenin farmakolojik etkileri kısa vadede rahatlama sağlasa da uzun vadede bir kısır döngü yaratır. Kronik madde kullanımı, PFK ve limbik sistem devrelerini bozarak bireyin doğal DD kapasitesini daha da zayıflatır ve bu durum olumsuz duygularla başa çıkmak için maddeye olan bağımlılığı pekiştirir. Bu döngü, madde bağımlılığının bir duygu düzenleme bozukluğu olarak da kavramsallaştırılabileceğini gösterir.

2.3.6. DDG ve Saldırganlık İlişkisi

DDG, özellikle dürtüsel ve reaktif saldırganlığın en güçlü yordayıcılarından biridir. Reaktif saldırganlık, algılanan bir provokasyona karşı verilen, planlanmamış ve yoğun duygusal bir tepkidir (79). Bu ilişkiyi açıklayan kilit mekanizmalardan biri, yoğun olumsuz duygular yaşarken düşünmeden, aceleci davranma eğilimi olan olumsuz sıkışıklık kavramıdır (80). Bu çerçevede, DDG, yoğun bir olumsuz duygusal tepkiye yol açar. Bu yoğun duygu, yüksek olumsuz sıkışıklığa sahip bireyde, bu duygudan kurtulmak için acil bir eylem dürtüsü yaratır. Bu model, reaktif saldırganlığı ahlaki bir kusurdan ziyade, temelinde nörobiyolojik bir yatkınlık ve regülasyon

başarısızlığı olarak kavramsallaştırır.

2.4. Dürtüsellik

2.4.1. Tanım ve Temel Kavramlar

Dürtüsellik, popüler irade zayıflığı veya ahlaki kusur tanımlamalarının ötesinde, modern psikiyatride biyopsikososyal bir çerçevede ele alınmaktadır. En yaygın kabul gören tanımlardan birine göre dürtüsellik, bireyin kendisine veya başkalarına yönelik olumsuz sonuçlarını dikkate almaksızın, içsel veya dışsal uyaranlara karşı hızlı, planlanmamış tepkiler verme yatkınlığıdır (81). Bu tanım üç unsuru vurgular; yatkınlık (tekrarlayan örüntü), hızlı ve planlanmamış eylem, sonuçlara kayıtsızlık (81).

Dürtüsellik tek bir yapı değildir; farklı alt bileşenlerden oluşur. Barratt'ın üç faktörlü modeli, Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ) bu yapıya dayanır (82). Bu alt bileşenler, motor dürtüsellik, dikkat dürtüselliği, planlamama dürtüselliğidir.

Whiteside ve Lynam'ın UPPS-P Modeli dürtüselliği farklı kişilik eğilimleri üzerinden tanımlar ve özellikle duygusal durumların rolünü vurgular. Bu modelin alt bileşenlerini, Olumsuz Sıkışıklık, Olumlu Sıkışıklık, Tasarlama Eksikliği, Sebatsızlık, Heyecan Arayışı oluşturur (83).

2.4.2. Dürtüselliğin Nörobiyolojik Temelleri

Dürtüsellik, PFK'nın sağladığı bilişsel kontrol ile subkortikal limbik ve striatal sistemlerin ürettiği motivasyonel dürtüler arasındaki bir dengesizlik olarak ortaya çıkmaktadır. Bu süreçte PFK alt bölgeleri motor inhibisyon sağlayarak fren işlevi görürken (84), ventral striatum ve amigdala sırasıyla anlık haz arayışı ve duygusal tepkiselliği tetiklemektedir (85). Bu denge; dürtüleri bastıran serotonerjik sistemin etkinliğine, haz arayışını ve bilişsel kontrolü yöneten dopaminerjik sistemin modülasyonuna ve PFK'de inhibitör kontrolü destekleyen noradrenerjik aktiviteye dayanmaktadır (86).

2.4.3. Dürtüsellik ile Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu İlişkisi

Dürtüsellik ile AMKB arasındaki ilişki, iki yönlü bir kısır döngüdür. Dürtüsellik, AMKB için hem kalıtsal bir risk faktörü hem de kronik madde

kullanımının PFK'de yarattığı nörotoksisitenin bir sonucudur. Madde kullanımı, PFK'nin kontrolünü zayıflatırken, ödül sistemini madde ipuçlarına karşı duyarlılaştırır. Bu döngüde, dürtüselliğin farklı boyutları spesifik roller üstlenir. Heyecan arayışı maddeye başlamayla, tasarlama eksikliği tedaviye uyumsuzlukla ilişkiliyken; özellikle travma ve DDG ile bağlantılı olan olumsuz sıkışıklık, bağımlılığın sürdürülmesi ve nüksler için en kritik yordayıcıdır (87).

2.4.4. Dürtüsellik ve Saldırganlık İlişkisi

Dürtüsellik, saldırgan davranışların etiyolojisinde, özellikle reaktif saldırganlık türünün en güçlü yordayıcılarından biri olarak kabul edilmektedir. Literatürde saldırganlık genellikle proaktif ve reaktif olarak ikiye ayrılmakta; dürtüsellik ise özgül olarak, algılanan bir tehdit veya provokasyon karşısında ortaya çıkan, denetlenemeyen ani öfke patlamalarıyla karakterize edilen reaktif saldırganlığın temelinde yatan bilişsel eksiklik olarak tarif edilmektedir (81). Bu ilişkide PFK'nin limbik sistem üzerindeki inhibitör kontrol işlevindeki yetersizlikle açıklanmaktadır (84). Birey, dürtüselliğin getirdiği eylemi durduramama ve sonuçları öngörememe özellikleri nedeniyle, duygusal uyarılma anında agresif yanıtı inhibe edememekte ve sosyal açıdan uyumsuz bir saldırganlık sergilemektedir. Ayrıca, serotonin sistemindeki hipofonksiyonun, hem dürtü denetimini bozduğu hem de saldırganlık eşiğini düşürdüğü nörobiyolojik çalışmalarla kanıtlanmış olup, bu durum iki kavramın ortak bir genetik ve nörobiyolojik zemini paylaştığını göstermektedir (86).

2.5. Saldırganlık

2.5.1. Tanım ve Temel Kavramlar

Bilimsel literatürde saldırganlık, temel amacı başka bir canlıya zarar vermek veya onu incitmek olan ve hedefin bu tür bir muameleden kaçınma motivasyonuna sahip olduğu her türlü davranış olarak tanımlanmaktadır (88). Bu tanım iki kritik unsuru barındırır; niyet ve davranış.

Saldırganlık bir duygu değil, gözlenebilir bir davranıştır; bu yönüyle, ona sıklıkla eşlik eden ancak aynı anlama gelmeyen öfke veya düşmanlık kavramlarından ayrılır (89). Dolayısıyla öfke, saldırganlığın potansiyel bir tetikleyicisi iken, düşmanlık bu tetikleyicilere karşı sürekli bir bilişsel yatkınlık zeminidir. Davranışın saldırgan

olarak nitelenmesi için temel kriter, kazara meydana gelen zararlardan farklı olarak, eylemin arkasında zarar verme amacı bulunmasıdır (88). Bu niyet unsuru, özellikle adli ve klinik değerlendirmelerde, bir eylemin dürtüsel bir tepki mi (reaktif) yoksa planlı bir araç mı (proaktif) olduğunu anlamada temel bir ayrım noktası sağlar. Şiddet, saldırganlığın bir alt kümesidir ve hedefi yaralanma veya ölüm gibi aşırı düzeyde fiziksel zarar vermek olan saldırganlık eylemlerini ifade eder. Tüm şiddet eylemleri saldırgancadır, ancak tüm saldırgan eylemler şiddet değildir (88).

2.5.2. Saldırganlık Türleri

Saldırganlık, dışavurum şekline ve altında yatan motivasyona göre sınıflandırılır.

Dışavurum Şekline Göre Sınıflandırma

Fiziksel Saldırganlık: İtme, vurma, silah kullanma gibi bedensel zarar vermeyi içeren davranışlar, genellikle en görünür ve yasal sonuçları en ağır olan türdür(88,90).

Sözel Saldırganlık: Hakaret etme, aşağılama, tehdit etme gibi dil yoluyla psikolojik ve duygusal zarar vermeyi amaçlayan davranışlar (88).

İlişkisel/Sosyal Saldırganlık: Dedikodu yayma, sosyal olarak dışlama veya bir kişinin sosyal ilişkilerine kasıtlı olarak zarar verme davranışlarıdır. Fiziksel saldırganlık kadar açıkça gözlemlenebilir olmasa da, ilişkisel saldırganlığın kurbanlar üzerinde yarattığı psikolojik etki son derece yıkıcı olabilir(88,90).

İşlev ve Motivasyona Göre Sınıflandırma

Reaktif Saldırganlık: Dürtüsel veya duygusal saldırganlık olarak da bilinir. Algılanan bir tehdit, kışkırtma veya engellenmeye karşı verilen savunmacı ve plansız bir tepkidir (88). Yoğun bir olumsuz duygu ile tetiklenir. Bu tür saldırganlığı sergileyen bireyler, belirsiz durumları kasıtlı ve düşmanca yorumlama eğilimindedir (düşmanca atıf yanlılığı) (65).

Proaktif Saldırganlık: Araçsal saldırganlık olarak da bilinir. Belirli bir amaca ulaşmak için kullanılan planlı ve kasıtlı bir davranıştır (88). Bir kışkırtma gerektirmez; saldırganlığın hedefe ulaşmada etkili bir araç olduğu inancına (olumlu sonuç beklentisi) dayanır. Bu tür, bir duygu düzenleme probleminden çok, öğrenilmiş bir davranışsal strateji ve ahlaki bir kayıtsızlık olarak kavramsallaştırılır (65).

2.5.3. Saldırganlık Kuramları

Saldırganlığı açıklamak üzere geçmişte sunulan ve biriken enerjinin boşalmasını temel alan hidrolik modeller, güncel ampirik bulgularla desteklenmemekte olup yerini öğrenme, bilişsel ve biyolojik faktörlere bırakmıştır (91,92). Albert Bandura'nın sosyal öğrenme kuramı, saldırganlığın doğuştan gelen bir dürtüden ziyade gözlem ve pekiştirme yoluyla öğrenilen bir davranış olduğunu savunurken (93,94); Berkowitz tarafından revize edilen engellenme-saldırganlık ve bilişsel çağrışım modelleri, saldırganlığın merkezine engellenmeden doğan olumsuz duygulanımı yerleştirir (95,96). Bu yaklaşım, DDG yaşayan bireylerin kronik olumsuz duygulanım nedeniyle saldırganlık ağlarının sürekli aktif kalmasını ve nahoş olaylara aşırı reaksiyon vermelerini açıklar (96).

Bilişsel süreçlere odaklanan sosyal bilgi işleme kuramı, özellikle reaktif saldırganlığı, sosyal ipuçlarının yorumlanmasında yapılan sistematik hatalara ve nötr uyaranların tehdit olarak algılandığı düşmanca atıf yanlılığına dayandırır (97). Bu model, çocukluk çağı travmalarının yarattığı hipervijilansın nasıl kalıcı bir bilişsel yanlılığa dönüştüğünü aydınlatır. Biyolojik kuram ise bu süreçlerin nörobiyolojik karşılığı olarak, duygusal dürtüleri üreten limbik sistemin hiperaktivitesi ile bu dürtüleri frenlemesi gereken PFK'nin yetersizliği arasındaki dengesizliğe işaret eder (98). Bu kontrol kaybı; travma, DDG ve madde kullanımının saldırganlık üzerindeki etkilerini açıklayan ortak bir transdiagnostik mekanizma sunar (98).

2.5.4. Saldırganlık ile Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu İlişkisi

Alkol ve madde kullanım bozuklukları ile saldırganlık arasındaki güçlü ilişki iyi belgelenmiştir (99).

Disinhibisyon Hipotezi: Alkol ve diğer merkezi sinir sistemi depresanları, PFK aktivitesini baskılar. Bu baskılama, normalde kontrol altında tutulan, özellikle sosyal normlar ve ceza beklentisiyle ketlenen dürtüsel ve saldırgan eğilimlerin davranışa dökülmesini kolaylaştırır (100).

Bilişsel Bozulma ve Alkol Miyopisi: Alkol, bireyin dikkat alanını daraltır. Kişi, o anki en belirgin ve kışkırtıcı ipuçlarına odaklanırken, durumun bütününü, hafifletici faktörleri veya davranışlarının sonuçlarını göz ardı eder (101). Bu bilişsel daralma, nötr durumların düşmanca algılanmasına ve saldırgan tepki olasılığının artmasına

neden olur. Bireyin tepkisi yalnızca o anki provokasyona kilitlenir ve durumu yatıştırıcı bağlamsal bilgileri işleme kapasitesi ortadan kalkar (101).

Ortak Nöral Devreler: Saldırganlık ve bağımlılık, prefrontal-limbik devreleri paylaşır. Kronik madde kullanımı, dürtü kontrol kapasitesini kalıcı olarak aşındırır. Bu durum, bireyi hem bağımlılığın sürmesine hem de dürtüsel saldırganlığa karşı daha savunmasız hale getirir (98).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tüm veri toplama prosedürleri, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınan onay ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan alınan kurum izni sonrasında, Helsinki Deklarasyonu prensiplerine (WMA, 2013) tam bağlılıkla yürütülmüştür.

3.1.Çalışma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın teorik evrenini, Sivas il sınırları içerisinde yaşayan, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne araştırmanın yürütüldüğü süre zarfında başvuran ve alkol veya madde kullanım bozukluğu tanısı almış 18-65 yaş arası 80 birey oluşturmuştur. Kontrol grubu, bilinen herhangi bir psikiyatrik bozukluğu bulunmayan ve çalışma grubuyla yaş, cinsiyet ve sosyodemografik özellikler açısından eşleştirilmiş, toplumdan rastgele örneklem yöntemi ile seçilen 80 sağlıklı bireyden oluşturulmuştur.

Örneklem seçiminde, non-probabilistik (olasılıklı olmayan) örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme ve uygun örnekleme teknikleri bir arada kullanılmıştır. Psikiyatri kliniklerinde yürütülen araştırmalarda, spesifik tanı gruplarına sahip bireylere ulaşmada probabilistik (olasılıklı) yöntemlerin kullanılması, tanısal heterojenite ve erişim kısıtlılıkları nedeniyle sıklıkla mümkün olmamaktadır. Araştırmacı, polikliniğe başvuran hastalar arasından, araştırmanın hipotezlerini test etmek amacıyla spesifik olarak belirlenmiş dahil etme ve dışlama kriterlerini karşılayan, yani alkol/madde kullanım bozukluğu tanısı doğrulanmış bireyleri aktif olarak seçilerek amaçlı örnekleme stratejisini uygulanmıştır. Bu hibrit metodoloji, hem araştırmanın pragmatik gerekliliklerini karşılamış hem de örneklemin araştırma sorularına teorik olarak uygunluğunu maksimize etmiştir.

Çalışmaya, 01.02.2025–01.08.2025 tarihleri arasında kliniğin tedavi birimlerinde izlenen ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 80 hasta dahil edilmiştir. Tüm katılımcılardan çalışma öncesinde sözlü ve yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır.

3.2.Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

Çalışma grubuna dahil edilecek hastanın araştırmaya katılımı için aşağıdaki dahil edilme kriterleri belirlenmiştir:

1. DSM-5 tanı kriterlerine göre Alkol Kullanım Bozukluğu veya Madde Kullanım Bozukluğu tanısı almış olmak.
2. 18 ila 65 yaş aralığında olmak.
3. Uygulanacak ölçekleri anlayıp yanıtlayabilecek düzeyde okur-yazar olmak.
4. Aydınlatılmış bilgilendirme sonrası yazılı onam vermiş olmak.

Kontrol grubuna dahil edilecek gönüllülerin araştırmaya katılımı için aşağıdaki dahil edilme kriterleri belirlenmiştir:

1. 18 ila 65 yaş aralığında olmak.
2. Uygulanacak ölçekleri anlayıp yanıtlayabilecek düzeyde okur-yazar olmak.
3. Alkol veya madde kullanım bozukluğu tanısı bulunmaması.
4. Bilinen herhangi bir psikiyatrik bozukluk öyküsü bulunmaması.

3.3. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

Örneklemin homojenliğini artırmak, potansiyel karıştırıcı değişkenleri kontrol altına almak ve elde edilen verilerin güvenilirliğini sağlamak amacıyla;

Aşağıdaki durumlara sahip hastalar çalışma grubu kapsamı dışında bırakılmıştır:

1. 18 yaşından küçük veya 65 yaşından büyük olmak.
2. Araştırmaya katılım hakkında bilgilendirme yapılmasına rağmen çalışmaya katılmaya onam vermemek.
3. Okur-yazar olmamak.
4. Uygulanan değerlendirme araçlarını eksik ya da geçersiz şekilde tamamlamak.
5. DSM-5 tanı kriterlerine göre aktif olarak ek ağır psikiyatrik bozukluk tanısına sahip olmak; özellikle şizofreni veya diğer psikotik bozuklukların alevlenme dönemi, bipolar bozukluk manik epizodu.
6. Ölçekleri yanıtlamayı engelleyecek ya da yanıtların geçerliliğini şüpheye düşürecek düzeyde bilişsel zorluk yaşamak. Klinik değerlendirme veya dosya kayıtlarına göre tanı konmuş zekâ geriliği, demans, organik mental bozukluk veya zihinsel süreçleri doğrudan etkileyebilecek ağır nörolojik hastalığa sahip olmak.

Aşağıdaki durumlara sahip gönüllüler kontrol grubu kapsamı dışında bırakılmıştır:

1. 18 yaşından küçük veya 65 yaşından büyük olmak.
2. Araştırmaya katılım hakkında bilgilendirme yapılmasına rağmen çalışmaya katılmaya onam vermemek.
3. Okur-yazar olmamak.
4. Uygulanan değerlendirme araçlarını eksik ya da geçersiz şekilde tamamlamak.
5. Alkol veya madde kullanım bozukluğu tanısı bulunması.
6. Bilinen herhangi bir psikiyatrik bozukluk öyküsü bulunması.
7. Ölçekleri yanıtlamayı engelleyecek ya da yanıtların geçerliliğini şüpheye düşürecek düzeyde bilişsel zorluk yaşamak. Klinik değerlendirme veya dosya kayıtlarına göre tanı konmuş zekâ geriliği, demans, organik mental bozukluk veya zihinsel süreçleri doğrudan etkileyebilecek ağır nörolojik hastalığa sahip olmak.

3.4. Etik Kurul Onamı

Bu çalışma için, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 19.12.2024 tarihli ve 2024-12/55 sayılı karar ile etik kurul onayı alınmıştır. Çalışma, Helsinki Bildirgesi'nin etik ilkelerine uygun olarak yürütülmüş ve tüm katılımcılardan sözlü ve yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın veri toplama süreci 6 aylık süre boyunca Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde gerçekleştirilmiştir. Veri toplama prosedürü, Helsinki Deklarasyonu prensiplerine bağlı kalınarak yürütülmüştür.

Bu çalışma, kliniğe Alkol ve Madde kullanım bozukluğu tanı ve tedavi süreçleri için başvuran hastalardan elde edilen veriler kullanılarak uzmanlık tezi kapsamında yürütülmüştür. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5) ile tanıları doğrulanan hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubuna çeşitli değerlendirme araçları uygulanmıştır. Katılımcıların demografik bilgileri Sosyodemografik Veri Formu ile kaydedilmiştir. Psikometrik değerlendirmeler için Çocukluk Çağı

Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Formu (DDGÖ-16), Barratt Dürtüsellik Ölçeği-Kısa formu (BDÖ-11-KF), Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) kullanılmıştır.

3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçüm Araçları

Araştırmada, katılımcıların demografik ve klinik özelliklerini belirlemek, ayrıca araştırmanın temel hipotezlerini test etmek amacıyla bağımlı ve bağımsız değişkenleri (çocukluk çağı travmaları, duygu düzenleme güçlükleri, dürtüsellik ve saldırganlık) ölçmek için bir sosyodemografik veri formu ve dört adet standartlaştırılmış, Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış öz-bildirim ölçeği kullanılmıştır.

3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcıların demografik özelliklerini ve madde kullanımına ilişkin klinik değişkenlerini saptamak amacıyla, araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek bir Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu oluşturulmuştur. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde sosyodemografik risklerin önemli bir rol oynadığı göz önünde bulundurularak form iki ana bölümden yapılandırılmıştır:

Demografik Veriler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mevcut mesleki durum ve algılanan sosyoekonomik düzey (gelir durumu).

Klinik Veriler: Bedensel hastalık durumu, sigara kullanımı durumu, adli olay öyküsü, hastaneye yatış sayısı.

3.6.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Bernstein ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiş, 28 maddelik, retrospektif bir öz-bildirim ölçeğidir.

Bu ölçeğin seçilmesinin temel metodolojik gerekçesi, Bernstein ve arkadaşlarının ölçeği geliştirirken hedeflediği amaçtır. O dönemde mevcut olan değerlendirme araçlarının sınırlı geçerliliği ve güvenilirliği gibi sorunları aşmayı ve özellikle o güne dek araştırmalarda sıklıkla göz ardı edilen duygusal ve fiziksel ihmal boyutlarını da istismar boyutlarıyla birlikte kapsayacak şekilde kapsamlı bir ölçüm yapmayı hedeflemişlerdir (102). Bu araştırma, travmanın bu genişletilmiş tanımına

dayandığı için ÇÇTÖ'nün kullanımı, araştırma hipotezleri için güçlü bir teorik zemin sağlamıştır.

Ölçek, çocukluk ve ergenlik dönemindeki travmatik yaşantıları beş temel boyutta değerlendirmektedir:

Duygusal İstismar (5 madde)

Fiziksel İstismar (5 madde)

Cinsel İstismar (5 madde)

Duygusal İhmal (5 madde)

Fiziksel İhmal (5 madde)

Maddeler, "hiçbir zaman" (1) ile "çok sık" (5) arasında değişen 5'li Likert tipi bir skalada puanlanmaktadır. Ölçekte yer alan bazı olumlu ifadeler puanlama sırasında ters çevrilerek kodlanmıştır. Ölçekten beş alt boyut puanı (5-25 arası) ve bir toplam travma puanı (25-125 arası) elde edilmiştir (102).

Ölçeğin psikometrik gücünü artıran bir özellik olarak, travmayı inkar etme veya küçümseme (minimizasyon) eğilimini ölçen 3 madde (madde 10, 16, 22) içermektedir. Bu maddeler toplam puana etki etmemekte, ancak katılımcının yanıtlarının geçerliliğini değerlendirmek için bir tür iç geçerlilik göstergesi olarak kullanılmıştır (102).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şar, Öztürk ve İkikardeş (2012) tarafından yapılmıştır. Bu çalışma, ölçeğin Türk örnekleminde çocukluk çağı travmalarını ölçmek için yüksek iç tutarlılığa ve yapı geçerliliğine sahip olduğunu doğrulamıştır (103).

3.6.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Formu (DDGÖ-16)

Araştırmada, duygu düzenleme güçlüklerini ölçmek amacıyla, orijinal formu Gratz ve Roemer (2004) tarafından geliştirilen DDGÖ'nün kısa formu kullanılmıştır.

Orijinal DDGÖ, duygu düzenlemeyi tek bir olgu olarak değil, çok boyutlu bir yetkinlik modeli olarak kavramsallaştıran güçlü bir teorik temele dayanır. Gratz ve

Roemer, duygu düzenleme yetkinliğini; 1) duyguların farkında olma ve anlama, 2) duyguları (özellikle olumsuz olanları) kabul etme, 3) olumsuz duygular yaşarken dürtüsel davranışları kontrol edebilme ve amaca yönelik davranabilme ve 4) duruma uygun esnek regülasyon stratejilerini kullanabilme becerilerinin bir bütünü olarak tanımlamıştır (104). Araştırmadaki DDG değişkeni, bu çok boyutlu model üzerinden ele alınmıştır.

Araştırmada, Bjureberg ve arkadaşları (2016) tarafından geliştirilen 16 maddelik kısa form (DDGÖ-16) tercih edilmiştir.

DDGÖ-16, toplam 16 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır (105):

Açıklık (Clarity): 1. ve 2. maddeler.

Amaçlar (Goals): 3., 7. ve 15. maddeler.

Dürtü (Impulse): 4., 8. ve 11. maddeler.

Stratejiler (Strategies): 5., 6., 12., 14. ve 16. maddeler.

Kabul Etmeme (Non-acceptance): 9., 10. ve 13. maddeler.

Katılımcılardan maddeleri 5'li Likert tipi (1: Hemen hemen hiç, 5: Hemen hemen her zaman) bir skala üzerinde yanıtlamaları istenmiştir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği, duygu düzenleme alanında yaşanan güçlüklerin de yüksek olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Yiğit ve Guzey (2020) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa) 0.94 bulunmuş (106), bu da ölçeğin Türk örnekleminde güvenilir bir ölçüm yaptığını teyit etmiştir.

3.6.4. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BDÖ-11-KF)

Dürtüsellik düzeyini değerlendirmek amacıyla, Barratt (1959) tarafından geliştirilen ve alanda en yaygın kullanılan öz-bildirim araçlarından biri olan, Spinella (2007) tarafından geliştirilen 15 maddelik kısa formu (BDÖ-11-KF) tercih edilmiştir.

Bu ölçeğin bu çalışma için seçilme nedeni, dürtüselliği tek boyutlu bir yapı olarak değil, üç temel bileşeni olan çok boyutlu bir yapı olarak ölçmesidir. Bu

yaklaşım, dürtüselliğin farklı yönlerinin saldırganlıkla nasıl bir ilişki içinde olduğunu daha nüanslı bir şekilde inceleme fırsatı sunmuştur. Ölçeğin üç alt boyutu şunlardır (11):

Dikkatsizlik / Bilişsel Dürtüsellik

Motor Dürtüsellik

Plan Yapamama / Bilişsel Karmaşa

Ölçek, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı olan klinik popülasyonlarda dürtüselliği ölçmek için sıklıkla kullanılmış ve geçerli bulunmuştur. 15 maddeden oluşan ölçek, 4'lü Likert (1: Nadiren/Hiçbir zaman, 4: Hemen Her Zaman) tipindedir. Puanlama sonucunda üç alt boyut puanı ve bir toplam dürtüsellik puanı elde edilmiştir. Toplam puanın yükselmesi, bireyin dürtüsellik düzeyinin de yüksek olduğunu göstermektedir (11).

BDÖ-11-KF'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Tamam, Güleç ve Karataş (2013) tarafından yapılmıştır (11). Bu çalışma, ölçeğin Türk popülasyonunda dürtüselliğin çok boyutlu yapısını ölçmek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu doğrulamıştır.

3.6.5. Buss Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ)

Araştırmanın temel bağımlı değişkeni olan saldırganlık, Buss ve Perry (1992) tarafından geliştirilen Agresyon Ölçeği ile ölçülmüştür. Bu ölçek, alandaki klasik envanterlerden biri olan Buss-Durkee Düşmanlık Envanteri'nden (Buss & Durkee, 1957) türetilerek modernize edilmiştir (107).

BPSÖ'nün bu araştırma için tercih edilmesindeki temel metodolojik üstünlük, saldırganlığı tek bir skor olarak değil, dört farklı ancak birbiriyle ilişkili boyutta ele almasıdır. Bu çok boyutlu yapı, saldırganlığın farklı bileşenlerini ayrıştırmaya olanak tanımıştır (107):

Fiziksel Saldırganlık

Sözel Saldırganlık

Öfke

Düşmanlık

Ölçek, 29 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar, 5 dereceli Likert tipi (1: Kesinlikle katılmıyorum, 5: Tamamen katılıyorum) bir skala üzerinde verilmiştir. Toplamda 29 ila 145 arasında bir puan alınabilmektedir. Toplam puan ve alt boyut puanlarının yüksekliği, o boyuta ilişkin agresyon düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (107).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2012 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada, alt boyutların iç tutarlılık (Cronbach Alfa) katsayıları Fiziksel Saldırganlık için 0.78, Düşmanlık için 0.71 ve Öfke için 0.76 olarak bulunmuş ve bu boyutlar güvenilir kabul edilmiştir (107).

Ancak, aynı çalışmada sözel saldırganlık alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı α=0.48 olarak saptanmıştır. Bu değer, genellikle kabul edilen α=0.70 sınırının oldukça altında olup, bu alt boyutun Türk örneklemindeki psikometrik zayıflığına işaret etmektedir(107). Bu metodolojik kısıtlılık nedeniyle, bu araştırma kapsamında sözel saldırganlık alt boyutuna ilişkin elde edilen bulgular, analizlere dahil edilmiş ancak yorumlanırken bu kısıtlılık göz önünde bulundurularak ele alınmıştır.

3.7. İstatistiksel Yöntem

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi, IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versiyon 26.0 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bulguların değerlendirilmesinde betimleyici istatistiksel yöntemlerin yanı sıra gruplar arası karşılaştırmalar, ilişkisel analizler ve yordayıcı modellemeler kullanılmıştır. Tüm istatistiksel testlerde yanılma düzeyi (anlamlılık seviyesi) $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7.1. Betimleyici İstatistikler ve Grup Karşılaştırmaları

Araştırma gruplarının sosyodemografik yapısını tanımlamak amacıyla betimleyici istatistiksel yöntemler [sayı (n), yüzde (%), ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (ss), minimum (Min) ve maksimum (Max) değerler] kullanılmıştır. Veri setinin normal dağılıp dağılmadığı çarpıklık ve basıklık değerleri incelenerek değerlendirilmiştir.

Gruplar arasındaki farkları incelemek amacıyla aşağıdaki çıkarımsal testler uygulanmıştır:

Kategorik Değişkenler: Deney ve kontrol gruplarının demografik özellikleri farkların incelenmesinde Ki-Kare Testi kullanılmıştır. 2x2'lik matrislerde Fisher düzeltmesi yapılmıştır.

Sürekli Değişkenler (İki Grup): İki grup arasındaki sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Bağımsız Örnek t-Testi kullanılmıştır. Bu test, hem deney ve kontrol gruplarının ölçek puanlarını karşılaştırmada hem de deney grubu içindeki cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, maddi durum, bedensel hastalık, sigara kullanımı, psikiyatri yatışı ve adli suç öyküsü gibi ikili grupların analizinde uygulanmıştır.

Sürekli Değişkenler (İkiden Fazla Grup): Eğitim durumu gibi ikiden fazla kategoriye sahip değişkenlerin ölçek puanlarını karşılaştırmak için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. ANOVA sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğunda, bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla LSD (Post Hoc) çoklu karşılaştırma testi uygulanmıştır.

3.7.2. İlişkisel ve Yordayıcı Analizler

Araştırmanın hipotezlerini test etmek amacıyla değişkenler arası ilişkiler ve yordayıcı modeller incelenmiştir:

Korelasyon Analizi: Araştırma ölçek ve alt boyut toplam puanları arasındaki ilişkilerin yönünü ve gücünü incelemek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır.

Aracılık Analizi: ÇÇT ile saldırganlık arasındaki ilişkide DDG ve dürtüselliğin aracı rollerini test etmek amacıyla regresyon temelli bir analiz yapılmıştır. Bu analiz için SPSS Macro PROCESS (by Andrew F. Hayes) uzantısı kullanılmıştır. Kurulan modelde Hayes tarafından önerilen Model 6 tahmin edilmiştir. Bu modelde saldırganlık bağımlı değişken, ÇÇT bağımsız değişken, DDG birinci aracı ve dürtüsellik ikinci aracı değişken olarak belirlenmiştir.

Yordayıcı Analizi: Saldırganlığın yordayıcılarını araştırma ölçek alt boyutları özelinde belirlemek amacıyla Adımsal Regresyon Analizi uygulanmıştır.

Kurulan regresyon modelinin varsayımları da kontrol edilmiştir. Çoklu doğrusal bağıntının olmadığı Tolerans ve VIF değerleri ile, otokorelasyonun olmadığı Durbin-Watson katsayısı ile ve modelin yansız ölçüm yaptığı artık (residual) değerlerin ortalamasının 0 olması ile doğrulanmıştır.

4.BULGULAR

Yapılan çalışmaya deney grubunda 19-65 yaş aralığında, yaş ortalaması 34,92±11,19 olan 80 kişi ve kontrol grubunda 19-55 yaş aralığında, yaş ortalaması 34,45±9,03 olan 80 kişi olmak üzere toplam 160 kişi katılmıştır. Yapılan Bağımsız Örnek *t*-Testi sonucunda, araştırma gruplarının yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($t_{(158)}$=0,295; p>0,05). Araştırma gruplarının demografik özellikleri arasındaki farkların incelenmesinde Ki-Kare Testi uygulanmıştır. Yapılan analizlerde 2*2'lik matrislerde Fisher düzeltmesi yapılmıştır. Cinsiyetin araştırma gruplarına göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (χ^2=0,000; p>0,05). Deney grubunda 70 erkek ve 10 kadın varken kontrol grubunda da benzer şekilde 70 erkek ve 10 kadın bulunmaktadır. Medeni durumun araştırma gruplarına göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (χ^2=3,620; p>0,05). Deney grubundaki katılımcıların 49'u bekar ve 31'i evliyken kontrol grubundaki katılımcıların 37'si bekar ve 43'ü evlidir. Eğitim durumunun araştırma gruplarına göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (χ^2=2,121; p>0,05). Deney grubundaki katılımcıların 23'ü ilköğretim mezunu, 34'ü lise mezunu ve 23'ü üniversite mezunuyken kontrol grubundaki katılımcıların 16'sı ilköğretim mezunu, 42'si lise mezunu ve 22'si üniversite mezunudur.

Çalışma durumunun araştırma gruplarına göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (χ^2=3,029; p>0,05). Deney grubundaki katılımcıların 36'sı çalışıyor ve 44'ü çalışmıyorken kontrol grubundaki katılımcıların 47'si çalışıyor ve 33'ü çalışmamaktadır. Gelir durumunun araştırma gruplarına göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (χ^2=12,101; p<0,01). Deney grubundaki katılımcıların 26'sının ekonomik durumu düşük ve 54'ünün ekonomik durumu ortayken kontrol grubundaki katılımcıların 8'inin ekonomik durumu düşük ve 72'sinin ekonomik durumu ortadır. Bedensel hastalık durumunun araştırma gruplarına göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (χ^2=11,123; p<0,01). Deney grubundaki katılımcıların 15'inin bedensel hastalığı var ve 65'inin bedensel hastalığı yokken kontrol grubundaki katılımcıların 2'sinin bedensel hastalığı varken 78'inin bedensel hastalığı yoktur.

Sigara kullanım durumunun araştırma gruplarına göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (χ^2=44,744; p<0,001). Deney grubundaki katılımcıların 75'i sigara kullanırken 5'i sigara kullanmıyor ve kontrol grubundaki katılımcıların 36'sı sigara kullanırken 44'ü sigara kullanmamaktadır. Psikiyatri servisine yatış durumunun araştırma gruplarına göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (χ^2=58,803; p<0,001). Deney grubundaki katılımcıların 43'ünün servis yatışı varken 37'sinin yoktur ve kontrol grubundaki katılımcıların tamamının psikiyatri servis yatışı bulunmamaktadır. Adli suç öyküsü durumunun araştırma gruplarına göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (χ^2=43,175; p<0,001). Deney grubundaki katılımcıların 34'ünün adli suç öyküsü varken 46'sının yoktur ve kontrol grubundaki katılımcıların tamamının adli suç öyküsü bulunmamaktadır. Bu veriler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Araştırma Gruplarının Sosyodemografik Yapısı

Değişken		**Deney Grubu**		**Kontrol Grubu**		**$t_{(158)}$**	**p**
		Min -Max	**$\bar{x} \pm ss$**	**Min - Max**	**$\bar{x} \pm ss$**		
Yaş		19-65	34,92±11,19	19-55	34,45±9,03	0,295	0,768
Değişken	**Kategori**	**n**	**%**	**n**	**%**	**χ^2**	**p**
Cinsiyet	Erkek	70	87,5	70	87,5	0,000	1,000
	Kadın	10	12,5	10	12,5		
Medeni durum	Bekar	49	61,3	37	46,3	3,620	0,081
	Evli	31	38,8	43	53,8		

Tablo 1.(Devam). Araştırma Gruplarının Sosyodemografik Yapısı

Eğitim durumu	İlköğretim	23	28,8	16	20,0	2,121	0,346
	Lise	34	42,5	42	52,5		
	Üniversite	23	28,8	22	27,5		
Çalışma durumu	Çalışıyor	36	45,0	47	58,8	3,029	0,113
	Çalışmıyor	44	55,0	33	41,3		
Gelir durumu	Düşük	26	32,5	8	10,0	12,101	0,001
	Orta	54	67,5	72	90,0		
Bedensel hastalık	Evet	15	18,8	2	2,5	11,123	0,001
	Hayır	65	81,3	78	97,5		
Sigara kullanımı	Evet	75	93,8	36	45,0	44,744	0,000
	Hayır	5	6,3	44	55,0		
Psikiyatri yatış	Evet	43	53,8	0	0,0	58,803	0,000
	Hayır	37	56,3	80	10,00		
Adli suç öyküsü	Evet	34	42,5	0	0,0	43,175	0,000
	Hayır	46	57,5	80	100,0		

Deney grubundaki (n=80) katılımcıların ÇÇTÖ, DDGÖ, BDÖ, BPSÖ ve bu ölçeklerin alt boyutlarından aldıkları toplam puanlara ilişkin betimleyici istatistikler (minimum, maksimum, ortalama ($\bar{x}$) ve standart sapma (ss)) Tablo 2'de sunulmuştur.

Ölçek ve alt boyutlara ait puanların normal dağılıma uygunluğu çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri ile incelenmiştir. Hesaplanan çarpıklık-basıklık değerlerinin ±2 aralığında olmasının veri setinin normal dağıldığını göstermesi kapsamında, analizlerde parametrik testlerin kullanılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.

Tablo 2. Deney Grubu İçin Araştırma Ölçek Toplam Puanlarının Betimleyici İstatistiksel Tablosu

	Min	**Max**	**x̄**	**ss**	**Çarpıklık**	**Basıklık**
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam Puan	25	89	50,24	14,22	0,58	0,18
Duygusal İstismar	5	25	10,84	4,66	0,72	0,12
Fiziksel İstismar	5	25	8,54	4,83	1,72	1,79
Duygusal İhmal	5	25	14,40	4,85	0,03	-0,52
Fiziksel İhmal	5	24	10,23	3,98	1,23	1,88
Cinsel İstismar	5	25	6,50	3,47	1,07	2,00
Duygu Düzenleme Güçlüğü Toplam Puan	16	79	46,63	14,57	0,03	-0,52
Açıklık	2	10	5,37	2,19	0,43	-0,77
Amaçlar	3	15	9,72	3,13	-0,19	-0,60
Dürtü	3	15	9,74	3,87	-0,28	-1,12
Strateji	5	25	14,12	5,13	0,18	-0,72
Kabul Etmeme	3	15	7,66	3,11	0,69	-0,25
Barratt Dürtüsellik Toplam Puan	20	57	36,07	9,09	0,25	-0,72
Plan Yapmama	5	20	12,36	3,49	0,11	-0,64
Motor Dürtüsellik	5	21	12,19	3,72	0,23	-0,72
Dikkatte Dürtüsellik	5	20	11,65	3,78	0,34	-0,70
Buss Perry Saldırganlık Toplam Puan	43	143	90,31	21,56	0,23	-0,10

Tablo 2.(Devam). Deney Grubu İçin Araştırma Ölçek Toplam Puanlarının Betimleyici İstatistiksel Tablosu

Fiziksel Saldırganlık	11	45	26,89	8,33	0,34	-0,49
Sözel Saldırganlık	5	25	15,28	4,25	0,00	-0,01
Öfke	9	34	22,94	6,41	-0,08	-0,59
Düşmanlık	12	40	25,21	6,57	-0,02	-0,68

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların araştırma ölçekleri ve bu ölçeklerin alt boyutlarından aldıkları toplam puanlar arasındaki farkın incelenmesi amacıyla Bağımsız Örnek t-Testi (Independent Samples t-Test) uygulanmıştır.

Yapılan analiz sonucunda, deney ve kontrol grupları arasında incelenen tüm ölçek ve alt boyutların toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Bulgular şu şekildedir:

ÇÇTÖ: Deney ve kontrol grupları arasında toplam puanda ($t_{(158)}$=10,466; p<0,001) ve alt boyutları olan duygusal istismar (p<0,001), fiziksel istismar (p<0,001), duygusal ihmal (p<0,001), fiziksel ihmal (p<0,001) ve cinsel istismar (p<0,01) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

DDGÖ: Gruplar arasında toplam puanda ($t_{(158)}$=8,063; p<0,001) ve alt boyutları olan açıklık (p<0,001), amaçlar (p<0,001), dürtü (p<0,001), strateji (p<0,001) ve kabul etmeme (p<0,001) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

BDÖ: Toplam puanda ($t_{(158)}$=8,478; p<0,001) ve alt boyutları olan plan yapmama (p<0,001), motor dürtüsellik (p<0,001) ve dikkatte dürtüsellik (p<0,001) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

BPSÖ: Toplam puanda ($t_{(158)}$=7,285; p<0,001) ve alt boyutları olan fiziksel saldırganlık (p<0,001) , sözel saldırganlık (p<0,001) , öfke (p<0,001) ve düşmanlık (p<0,001) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Genel olarak tablo incelendiğinde, deney grubundaki katılımcıların tüm bu ölçek ve alt boyutlara ait toplam puan ortalamalarının, kontrol grubundaki katılımcıların ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu veriler Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Değişken	**Kategori**	**n**	**x̄**	**ss**	**$t_{(158)}$**	**p**
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam Puan	Deney	80	50,24	14,22	10,466	0,000
	Kontrol	80	32,58	5,06		
Duygusal İstismar	Deney	80	10,84	4,66	8,683	0,000
	Kontrol	80	6,09	1,48		
Fiziksel İstismar	Deney	80	8,54	4,83	5,633	0,000
	Kontrol	80	5,41	1,15		
Duygusal İhmal	Deney	80	14,40	4,85	8,893	0,000
	Kontrol	80	8,85	2,77		
Fiziksel İhmal	Deney	80	10,23	3,98	6,379	0,000
	Kontrol	80	7,05	1,99		
Cinsel İstismar	Deney	80	6,50	3,47	3,299	0,001
	Kontrol	80	5,18	0,94		
Duygu Düzenleme Güçlüğü Toplam Puan	Deney	80	46,63	14,57	8,063	0,000
	Kontrol	80	29,83	11,63		
Açıklık	Deney	80	5,38	2,19	4,352	0,000
	Kontrol	80	3,96	1,91		

Tablo 3.(Devam). Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Amaçlar	Deney	80	9,73	3,13	5,464	0,000
	Kontrol	80	7,04	3,09		
Dürtü	Deney	80	9,74	3,87	10,084	0,000
	Kontrol	80	4,79	2,08		
Strateji	Deney	80	14,13	5,13	7,481	0,000
	Kontrol	80	8,65	4,07		
Kabul Etmeme	Deney	80	7,66	3,11	4,657	0,000
	Kontrol	79	5,46	2,85		
Barratt Dürtüsellik Toplam Puan	Deney	80	36,08	9,09	8,478	0,000
	Kontrol	80	25,11	7,15		
Plan Yapmama	Deney	80	12,36	3,49	6,387	0,000
	Kontrol	80	8,94	3,29		
Motor Dürtüsellik	Deney	80	12,19	3,72	7,966	0,000
	Kontrol	80	8,21	2,47		
Dikkatte Dürtüsellik	Deney	80	11,65	3,78	7,058	0,000
	Kontrol	80	7,96	2,75		
Buss Perry Saldırganlık Toplam Puan	Deney	80	90,31	21,56	7,285	0,000
	Kontrol	80	66,03	20,60		
Fiziksel Saldırganlık	Deney	80	26,89	8,33	7,278	0,000
	Kontrol	80	18,14	6,81		

Tablo 3.(Devam). Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Sözel Saldırganlık	Deney	80	15,28	4,25	4,771	0,000
	Kontrol	80	12,40	3,31		
Öfke	Deney	80	22,94	6,41	7,663	0,000
	Kontrol	80	15,33	6,16		
Düşmanlık	Deney	80	25,21	6,57	4,394	0,000
	Kontrol	80	20,16	7,91		

Deney grubundaki katılımcıların araştırma ölçek ve alt boyut toplam puanlarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla Bağımsız Örnek t-Testi uygulanmıştır.

Yapılan analiz sonucunda, deney grubundaki kadın ve erkek katılımcıların puan ortalamaları arasında iki alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır:

Cinsel İstismar Alt Boyutu: Kadın ve erkek katılımcıların cinsel istismar puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t_{(78)}$=-4,312; p<0,001). Tablo incelendiğinde, kadın katılımcıların cinsel istismar puan ortalamalarının ($\bar{x}$=10,50) erkek katılımcıların ortalamalarından ($\bar{x}$=5,93) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Fiziksel Saldırganlık Alt Boyutu: Cinsiyete göre fiziksel saldırganlık puanları arasında da anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($t_{(78)}$=3,412; p<0,01). Bu bulguya göre, erkek katılımcıların fiziksel saldırganlık puan ortalamaları ($\bar{x}$=28,01), kadın katılımcıların ortalamalarından ($\bar{x}$=19,00) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 4'te yer alan diğer ölçek ve alt boyutların puan ortalamaları arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Bu veriler Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Deney Grubundaki Katılımcıların Cinsiyete Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Değişken	Kategori	n	$\bar{x}$	ss	$t_{(78)}$	p
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam Puan	Erkek	70	50,03	14,59	-0,346	0,730
	Kadın	10	51,70	11,85		
Duygusal İstismar	Erkek	70	10,83	4,85	-0,045	0,964
	Kadın	10	10,90	3,31		
Fiziksel İstismar	Erkek	70	8,69	5,01	0,725	0,471
	Kadın	10	7,50	3,27		
Duygusal İhmal	Erkek	70	14,54	4,94	0,695	0,489
	Kadın	10	13,40	4,27		
Fiziksel İhmal	Erkek	70	10,34	4,07	0,698	0,487
	Kadın	10	9,40	3,34		
Cinsel İstismar	Erkek	70	5,93	2,17	-4,312	0,000
	Kadın	10	10,50	7,01		
Duygu Düzenleme Güçlüğü Toplam Puan	Erkek	70	47,20	14,90	0,933	0,353
	Kadın	10	42,60	11,84		
Açıklık	Erkek	70	5,39	2,21	0,115	0,909
	Kadın	10	5,30	2,16		
Amaçlar	Erkek	70	9,84	3,18	0,889	0,377
	Kadın	10	8,90	2,77		
Dürtü	Erkek	70	9,84	3,91	0,642	0,523
	Kadın	10	9,00	3,62		

Tablo 4.(Devam). Deney Grubundaki Katılımcıların Cinsiyete Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Strateji	Erkek	70	14,26	5,22	0,607	0,546
	Kadın	10	13,20	4,54		
Kabul Etmeme	Erkek	70	7,87	3,24	1,604	0,113
	Kadın	10	6,20	1,32		
Barratt Dürtüsellik Toplam Puan	Erkek	70	36,06	9,29	-0,046	0,963
	Kadın	10	36,20	8,00		
Plan Yapmama	Erkek	70	12,41	3,55	0,349	0,728
	Kadın	10	12,00	3,20		
Motor Dürtüsellik	Erkek	70	12,21	3,84	0,169	0,866
	Kadın	10	12,00	2,91		
Dikkatte Dürtüsellik	Erkek	70	11,57	3,77	-0,490	0,625
	Kadın	10	12,20	3,99		
Buss Perry Saldırganlık Toplam Puan	Erkek	70	91,59	22,32	1,406	0,164
	Kadın	10	81,40	12,60		
Fiziksel Saldırganlık	Erkek	70	28,01	8,17	3,412	0,001
	Kadın	10	19,00	4,27		
Sözel Saldırganlık	Erkek	70	15,23	4,29	-0,257	0,798
	Kadın	10	15,60	4,20		

Tablo 4.(Devam). Deney Grubundaki Katılımcıların Cinsiyete Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Öfke	Erkek	70	23,06	6,65	0,440	0,661
	Kadın	10	22,10	4,48		
Düşmanlık	Erkek	70	25,29	6,46	0,262	0,794
	Kadın	10	24,70	7,60		

Deney grubundaki katılımcıların medeni durumlarına (bekar veya evli) göre araştırma ölçekleri ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında fark olup olmadığını incelemek amacıyla Bağımsız Örnek t-Testi yapılmıştır.

Analiz sonuçlarına göre, deney grubundaki bekar ve evli katılımcılar arasında iki alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur:

Cinsel İstismar Alt Boyutu: Bekar katılımcıların cinsel istismar puan ortalamaları ($\bar{x}$=7,14), evli katılımcıların ortalamalarından ($\bar{x}$=5,48) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t_{(78)}$=2,131; $p<0,05$).

Sözel Saldırganlık Alt Boyutu: Bekar katılımcıların sözel saldırganlık puan ortalamaları ($\bar{x}$=16,10), evli katılımcıların ortalamalarından ($\bar{x}$=13,97) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t_{(78)}$=2,243; $p<0,05$).

İncelenen diğer tüm ölçek ve alt boyut puanlarında medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu veriler Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Deney Grubundaki Katılımcıların Medeni Duruma Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Değişken	Kategori	n	$\bar{x}$	ss	$t_{(78)}$	p
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam Puan	Bekar	49	49,92	13,71	-0,251	0,803
	Evli	31	50,74	15,21		
Duygusal İstismar	Bekar	49	10,78	4,51	-0,149	0,882
	Evli	31	10,94	4,97		
Fiziksel İstismar	Bekar	49	8,20	4,23	-0,775	0,441
	Evli	31	9,06	5,68		
Duygusal İhmal	Bekar	49	13,98	4,55	-0,975	0,333
	Evli	31	15,06	5,29		
Fiziksel İhmal	Bekar	49	10,24	4,03	0,056	0,956
	Evli	31	10,19	3,97		
Cinsel İstismar	Bekar	49	7,14	4,21	2,131	0,036
	Evli	31	5,48	1,23		
Duygu Düzenleme Güçlüğü Toplam Puan	Bekar	49	46,18	14,66	-0,339	0,736
	Evli	31	47,32	14,63		
Açıklık	Bekar	49	5,37	2,21	-0,039	0,969
	Evli	31	5,39	2,19		
Amaçlar	Bekar	49	9,69	3,29	-0,111	0,912
	Evli	31	9,77	2,93		
Dürtü	Bekar	49	9,41	3,85	-0,957	0,341
	Evli	31	10,26	3,91		

Tablo 5.(Devam). Deney Grubundaki Katılımcıların Medeni Duruma Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Strateji	Bekar	49	14,24	4,98	0,261	0,795
	Evli	31	13,94	5,43		
Kabul Etmeme	Bekar	49	7,47	2,91	-0,695	0,489
	Evli	31	7,97	3,44		
Barratt Dürtüsellik Toplam Puan	Bekar	49	36,29	8,60	0,259	0,796
	Evli	31	35,74	9,95		
Plan Yapmama	Bekar	49	12,65	3,19	0,934	0,353
	Evli	31	11,90	3,94		
Motor Dürtüsellik	Bekar	49	12,31	3,65	0,357	0,722
	Evli	31	12,00	3,87		
Dikkatte Dürtüsellik	Bekar	49	11,53	3,58	-0,354	0,725
	Evli	31	11,84	4,12		
Buss Perry Saldırganlık Toplam Puan	Bekar	49	92,61	20,88	1,203	0,233
	Evli	31	86,68	22,45		
Fiziksel Saldırganlık	Bekar	49	26,63	8,67	-0,342	0,733
	Evli	31	27,29	7,87		
Sözel Saldırganlık	Bekar	49	16,10	3,74	2,243	0,028
	Evli	31	13,97	4,73		

Tablo 5.(Devam). Deney Grubundaki Katılımcıların Medeni Duruma Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Öfke	Bekar	49	23,55	6,40	1,078	0,284
	Evli	31	21,97	6,40		
Düşmanlık	Bekar	49	26,33	6,59	1,941	0,056
	Evli	31	23,45	6,23		

Deney grubundaki katılımcıların eğitim durumlarına (ilköğretim, lise ve üniversite) göre araştırma ölçekleri ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, katılımcıların eğitim durumlarına göre motor dürtüsellik alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F_{(2,77)}$=3,227; p<0,05).

Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan LSD (Post Hoc) çoklu karşılaştırma testi, temel farklılığın ilköğretim ve lise mezunu katılımcılar arasında olduğunu göstermiştir. Tablo incelendiğinde, lise mezunu katılımcıların motor dürtüsellik puan ortalamalarının ($\bar{x}$=13,18) anlamlı şekilde en yüksek olduğu, ilköğretim mezunu katılımcıların puan ortalamalarının ($\bar{x}$=10,70) ise anlamlı şekilde en düşük olduğu saptanmıştır. İncelenen diğer tüm ölçek ve alt boyut puanları arasında katılımcıların eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05). Bu veriler Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Deney Grubundaki Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Değişken	Kategori	n	$\bar{x}$	ss	$F_{(2,77)}$	p
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam Puan	İlköğretim	23	52,83	14,86	0,655	0,522
	Lise	34	49,97	13,83		
	Üniversite	23	48,04	14,36		
Duygusal İstismar	İlköğretim	23	11,22	5,99	0,122	0,885
	Lise	34	10,59	4,08		
	Üniversite	23	10,83	4,13		
Fiziksel İstismar	İlköğretim	23	9,83	5,92	1,911	0,155
	Lise	34	8,65	4,59		
	Üniversite	23	7,09	3,62		
Duygusal İhmal	İlköğretim	23	15,39	4,99	0,694	0,503
	Lise	34	14,12	4,97		
	Üniversite	23	13,83	4,59		
Fiziksel İhmal	İlköğretim	23	11,74	4,45	2,415	0,096
	Lise	34	9,62	3,92		
	Üniversite	23	9,61	3,29		
Cinsel İstismar	İlköğretim	23	5,57	1,31	1,233	0,297
	Lise	34	7,00	3,55		
	Üniversite	23	6,70	4,61		
Duygu Düzenleme Güçlüğü Toplam Puan	İlköğretim	23	47,13	17,30	0,038	0,963
	Lise	34	46,74	13,01		
	Üniversite	23	45,96	14,42		

Tablo 6.(Devam). Deney Grubundaki Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Açıklık	İlköğretim	23	6,13	2,42	1,971	0,146
	Lise	34	5,09	2,05		
	Üniversite	23	5,04	2,06		
Amaçlar	İlköğretim	23	9,35	3,37	0,354	0,703
	Lise	34	9,71	2,93		
	Üniversite	23	10,13	3,28		
Dürtü	İlköğretim	23	10,30	4,02	0,359	0,700
	Lise	34	9,59	3,66		
	Üniversite	23	9,39	4,12		
Strateji	İlköğretim	23	13,57	5,77	0,301	0,741
	Lise	34	14,62	4,79		
	Üniversite	23	13,96	5,09		
Kabul Etmeme	İlköğretim	23	7,78	4,06	0,086	0,918
	Lise	34	7,74	2,69		
	Üniversite	23	7,43	2,73		
Barratt Dürtüsellik Toplam Puan	İlköğretim	23	34,52	10,40	0,541	0,584
	Lise	34	37,09	9,44		
	Üniversite	23	36,13	7,14		
Plan Yapmama	İlköğretim	23	12,61	4,41	0,150	0,861
	Lise	34	12,12	3,44		
	Üniversite	23	12,48	2,54		

Tablo 6.(Devam). Deney Grubundaki Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Motor Dürtüsellik	İlköğretim	23	10,70	3,30	3,227	0,045
	Lise	34	13,18	4,14		
	Üniversite	23	12,22	3,04		
Dikkatte Dürtüsellik	İlköğretim	23	11,22	4,77	0,411	0,664
	Lise	34	12,09	3,50		
	Üniversite	23	11,43	3,09		
Buss Perry Saldırganlık Toplam Puan	İlköğretim	23	87,13	23,95	0,388	0,680
	Lise	34	90,91	20,80		
	Üniversite	23	92,61	20,74		
Fiziksel Saldırganlık	İlköğretim	23	27,78	8,33	0,335	0,717
	Lise	34	27,03	8,10		
	Üniversite	23	25,78	8,89		
Sözel Saldırganlık	İlköğretim	23	14,09	4,96	1,646	0,199
	Lise	34	16,15	3,96		
	Üniversite	23	15,17	3,75		
Öfke	İlköğretim	23	21,52	6,31	0,944	0,394
	Lise	34	23,12	6,71		
	Üniversite	23	24,09	6,04		
Düşmanlık	İlköğretim	23	23,74	6,28	2,266	0,111
	Lise	34	24,62	6,60		
	Üniversite	23	27,57	6,44		

Deney grubundaki katılımcıların çalışma durumlarına (çalışan ve çalışmayan) göre araştırma ölçekleri ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında fark olup olmadığını incelemek amacıyla Bağımsız Örnek t-Testi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, iki grup arasında yalnızca Duygusal İhmal alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t_{(78)}$=-2,355; p<0,05).

Tablo geneli incelendiğinde, çalışmayan katılımcıların duygusal ihmal puan ortalamalarının ($\bar{x}$=15,52), çalışan katılımcıların puan ortalamalarından ($\bar{x}$=13,03) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer tüm ölçek ve alt boyut puanlarında çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (p>0,05). Bu veriler Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7.Deney Grubundaki Katılımcıların Çalışma Duruma Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Değişken	Kategori	n	$\bar{x}$	ss	$t_{(78)}$	p
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam Puan	Çalışıyor	36	48,50	12,89	-0,988	0,326
	Çalışmıyor	44	51,66	15,22		
Duygusal İstismar	Çalışıyor	36	11,25	4,78	0,713	0,478
	Çalışmıyor	44	10,50	4,59		
Fiziksel İstismar	Çalışıyor	36	7,78	3,24	-1,279	0,205
	Çalışmıyor	44	9,16	5,77		
Duygusal İhmal	Çalışıyor	36	13,03	4,49	-2,355	0,021
	Çalışmıyor	44	15,52	4,89		
Fiziksel İhmal	Çalışıyor	36	9,28	3,29	-1,958	0,054
	Çalışmıyor	44	11,00	4,36		
Cinsel İstismar	Çalışıyor	36	7,17	4,51	1,570	0,121
	Çalışmıyor	44	5,95	2,21		

Tablo 7.(Devam). Deney Grubundaki Katılımcıların Çalışma Duruma Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Duygu Düzenleme Güçlüğü Toplam Puan	Çalışıyor	36	46,53	11,22	-0,054	0,957
	Çalışmıyor	44	46,70	16,95		
Açıklık	Çalışıyor	36	5,36	2,09	-0,051	0,959
	Çalışmıyor	44	5,39	2,29		
Amaçlar	Çalışıyor	36	9,53	2,59	-0,507	0,614
	Çalışmıyor	44	9,89	3,54		
Dürtü	Çalışıyor	36	10,03	3,59	0,605	0,547
	Çalışmıyor	44	9,50	4,11		
Strateji	Çalışıyor	36	13,61	4,26	-0,809	0,421
	Çalışmıyor	44	14,55	5,76		
Kabul Etmeme	Çalışıyor	36	8,00	2,68	0,876	0,384
	Çalışmıyor	44	7,39	3,43		
Barratt Dürtüsellik Toplam Puan	Çalışıyor	36	35,75	7,62	-0,288	0,774
	Çalışmıyor	44	36,34	10,21		
Plan Yapmama	Çalışıyor	36	12,58	3,15	0,509	0,612
	Çalışmıyor	44	12,18	3,78		
Motor Dürtüsellik	Çalışıyor	36	12,39	3,64	0,436	0,664
	Çalışmıyor	44	12,02	3,82		
Dikkatte Dürtüsellik	Çalışıyor	36	11,06	3,46	-1,279	0,205
	Çalışmıyor	44	12,14	3,99		

Tablo 7(Devam). Deney Grubundaki Katılımcıların Çalışma Duruma Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Buss Perry Saldırganlık Toplam Puan	Çalışıyor	36	91,44	20,87	0,423	0,674
	Çalışmıyor	44	89,39	22,30		
Fiziksel Saldırganlık	Çalışıyor	36	27,22	8,10	0,323	0,747
	Çalışmıyor	44	26,61	8,59		
Sözel Saldırganlık	Çalışıyor	36	14,42	4,44	-1,651	0,103
	Çalışmıyor	44	15,98	4,00		
Öfke	Çalışıyor	36	23,56	5,85	0,779	0,439
	Çalışmıyor	44	22,43	6,86		
Düşmanlık	Çalışıyor	36	26,25	5,80	1,284	0,203
	Çalışmıyor	44	24,36	7,08		

Deney grubundaki katılımcıların maddi durumlarına (düşük ve orta) göre araştırma ölçekleri ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında fark olup olmadığını incelemek amacıyla Bağımsız Örnek t-Testi kullanılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda, maddi durumu düşük ve orta olan katılımcılar arasında iki alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır:

Duygusal İhmal Alt Boyutu: Maddi durumu düşük olan katılımcıların puan ortalamaları ($\bar{x}$=16,65), orta olanların ortalamalarından ($\bar{x}$=13,31) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t_{(78)}$=3,031; $p<0,01$).

Fiziksel İhmal Alt Boyutu: Maddi durumu düşük olan katılımcıların puan ortalamaları ($\bar{x}$=12,12), orta olanların ortalamalarından ($\bar{x}$=9,31) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t_{(78)}$=3,101; $p<0,01$).

Bu bulgular, maddi durumu düşük olan katılımcıların, maddi durumu orta olanlara göre duygusal ve fiziksel ihmal düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu göstermektedir. İncelenen diğer ölçek ve alt boyut puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05). Bu veriler Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Deney Grubundaki Katılımcıların Maddi Duruma Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Değişken	Kategori	n	$\bar{x}$	ss	$t_{(78)}$	p
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam Puan	Düşük	26	54,65	15,74	1,962	0,053
	Orta	54	48,11	13,05		
Duygusal İstismar	Düşük	26	11,15	5,16	0,419	0,677
	Orta	54	10,69	4,45		
Fiziksel İstismar	Düşük	26	9,88	5,95	1,755	0,083
	Orta	54	7,89	4,09		
Duygusal İhmal	Düşük	26	16,65	4,72	3,031	0,003
	Orta	54	13,31	4,56		
Fiziksel İhmal	Düşük	26	12,12	4,33	3,101	0,003
	Orta	54	9,31	3,50		
Cinsel İstismar	Düşük	26	5,65	1,41	-1,527	0,131
	Orta	54	6,91	4,06		
Duygu Düzenleme Güçlüğü Toplam Puan	Düşük	26	48,23	17,73	0,682	0,497
	Orta	54	45,85	12,88		
Açıklık	Düşük	26	5,81	2,45	1,230	0,222
	Orta	54	5,17	2,04		

Tablo 8 (Devam). Deney Grubundaki Katılımcıların Maddi Duruma Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Amaçlar	Düşük	26	10,42	3,58	1,391	0,168
	Orta	54	9,39	2,87		
Dürtü	Düşük	26	9,65	4,56	-0,133	0,894
	Orta	54	9,78	3,53		
Strateji	Düşük	26	14,69	6,34	0,684	0,496
	Orta	54	13,85	4,48		
Kabul Etmeme	Düşük	26	7,65	3,87	-0,017	0,986
	Orta	54	7,67	2,72		
Barratt Dürtüsellik Toplam Puan	Düşük	26	35,96	10,33	-0,077	0,939
	Orta	54	36,13	8,53		
Plan Yapmama	Düşük	26	12,38	4,06	0,039	0,969
	Orta	54	12,35	3,23		
Motor Dürtüsellik	Düşük	26	11,85	3,56	-0,567	0,572
	Orta	54	12,35	3,81		
Dikkatte Dürtüsellik	Düşük	26	11,73	4,37	0,132	0,895
	Orta	54	11,61	3,50		
Buss Perry Saldırganlık Toplam Puan	Düşük	26	89,73	27,15	-0,166	0,868
	Orta	54	90,59	18,58		
Fiziksel Saldırganlık	Düşük	26	27,73	9,52	0,626	0,533
	Orta	54	26,48	7,75		

Tablo 8 (Devam). Deney Grubundaki Katılımcıların Maddi Duruma Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Sözel Saldırganlık	Düşük	26	14,81	5,41	-0,680	0,499
	Orta	54	15,50	3,60		
Öfke	Düşük	26	22,04	7,91	-0,870	0,387
	Orta	54	23,37	5,57		
Düşmanlık	Düşük	26	25,15	7,36	-0,055	0,956
	Orta	54	25,24	6,22		

Deney grubundaki katılımcıların bedensel bir hastalığa sahip olma durumlarına (var/yok) göre araştırma ölçekleri ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında fark olup olmadığını incelemek amacıyla Bağımsız Örnek t-Testi yapılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda, bedensel hastalığı olan ve olmayan katılımcılar arasında birçok ölçek ve alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bu farklılıklar şunlardır:

ÇÇT toplam puanı ($t_{(78)}$=2,261; p<0,05)

Fiziksel İstismar alt boyutu ($t_{(78)}$=2,643; p<0,05)

Duygusal İhmal alt boyutu ($t_{(78)}$=2,305; p<0,05)

Fiziksel İhmal alt boyutu ($t_{(78)}$=2,258; p<0,05)

DDG toplam puanı ($t_{(78)}$=2,123; p<0,05)

Amaçlar alt boyutu (DDG alt boyutu) ($t_{(78)}$=2,063; p<0,05)

Strateji alt boyutu (DDG alt boyutu) ($t_{(78)}$=2,240; p<0,05)

Tablo geneli incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bulunan tüm bu ölçek ve alt boyutlarda, bedensel hastalığı olan katılımcıların puan ortalamalarının, bedensel hastalığı olmayan katılımcılardan anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Analizde yer alan diğer ölçek ve alt boyut puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Bu veriler Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Deney Grubundaki Katılımcıların Bedensel Hastalık Duruma Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Değişken	**Kategori**	**n**	**$\bar{x}$**	**ss**	**$t_{(78)}$**	**p**
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam Puan	Var	15	57,53	15,99	2,261	0,027
	Yok	65	48,55	13,35		
Duygusal İstismar	Var	15	11,27	4,25	0,393	0,695
	Yok	65	10,74	4,78		
Fiziksel İstismar	Var	15	11,40	7,32	2,643	0,010
	Yok	65	7,88	3,83		
Duygusal İhmal	Var	15	16,93	5,13	2,305	0,024
	Yok	65	13,82	4,63		
Fiziksel İhmal	Var	15	12,27	4,70	2,258	0,027
	Yok	65	9,75	3,68		
Cinsel İstismar	Var	15	5,67	1,45	-1,033	0,305
	Yok	65	6,69	3,77		
Duygu Düzenleme Güçlüğü Toplam Puan	Var	15	53,67	14,71	2,123	0,037
	Yok	65	45,00	14,15		

Tablo 9.(Devam). Deney Grubundaki Katılımcıların Bedensel Hastalık Duruma Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Açıklık	Var	15	6,00	2,30	1,230	0,222
	Yok	65	5,23	2,16		
Amaçlar	Var	15	11,20	2,83	2,063	0,042
	Yok	65	9,38	3,12		
Dürtü	Var	15	10,93	4,32	1,335	0,186
	Yok	65	9,46	3,74		
Strateji	Var	15	16,73	4,88	2,240	0,028
	Yok	65	13,52	5,03		
Kabul Etmeme	Var	15	8,80	4,14	1,585	0,117
	Yok	65	7,40	2,80		
Barratt Dürtüsellik Toplam Puan	Var	15	39,33	10,36	1,554	0,124
	Yok	65	35,32	8,69		
Plan Yapmama	Var	15	12,73	4,48	0,454	0,651
	Yok	65	12,28	3,26		
Motor Dürtüsellik	Var	15	13,40	3,27	1,410	0,163
	Yok	65	11,91	3,78		
Dikkatte Dürtüsellik	Var	15	13,20	4,51	1,788	0,078
	Yok	65	11,29	3,53		
Buss Perry Saldırganlık Toplam Puan	Var	15	93,53	21,95	0,639	0,524
	Yok	65	89,57	21,57		

Tablo 9.(Devam). Deney Grubundaki Katılımcıların Bedensel Hastalık Duruma Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Fiziksel Saldırganlık	Var	15	29,40	7,15	1,302	0,197
	Yok	65	26,31	8,52		
Sözel Saldırganlık	Var	15	14,20	4,78	-1,088	0,280
	Yok	65	15,52	4,12		
Öfke	Var	15	23,53	6,16	0,397	0,692
	Yok	65	22,80	6,50		
Düşmanlık	Var	15	26,40	7,62	0,775	0,441
	Yok	65	24,94	6,33		

Deney grubundaki katılımcıların sigara kullanım durumlarına (içen ve içmeyen) göre araştırma ölçekleri ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında fark olup olmadığını incelemek amacıyla Bağımsız Örnek t-Testi yapılmıştır.

Analiz sonuçlarına göre, sigara içen ve içmeyen katılımcılar arasında iki alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur:

Cinsel İstismar Alt Boyutu: Sigara içmeyen katılımcıların cinsel istismar puan ortalamaları ($\bar{x}$=9,60), sigara içen katılımcıların ortalamalarından ($\bar{x}$=6,29) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t_{(78)}$=-2,109; $p<0,05$).

Fiziksel Saldırganlık Alt Boyutu: Sigara içen katılımcıların fiziksel saldırganlık puan ortalamaları ($\bar{x}$=27,36), sigara içmeyen katılımcıların ortalamalarından ($\bar{x}$=19,80) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t_{(78)}$=2,003; $p<0,05$).

İncelenen diğer tüm ölçek ve alt boyut puanları açısından sigara kullanım durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Bu veriler Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Deney Grubundaki Katılımcıların Sigara Kullanım Durumuna Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Değişken	**Kategori**	**n**	**x̄**	**ss**	**$t_{(78)}$**	**p**
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam Puan	İçen	75	50,05	14,40	-0,446	0,657
	İçmeyen	5	53,00	12,17		
Duygusal İstismar	İçen	75	10,83	4,75	-0,080	0,936
	İçmeyen	5	11,00	3,54		
Fiziksel İstismar	İçen	75	8,59	4,90	0,351	0,727
	İçmeyen	5	7,80	3,90		
Duygusal İhmal	İçen	75	14,47	4,92	0,474	0,637
	İçmeyen	5	13,40	3,85		
Fiziksel İhmal	İçen	75	10,16	4,08	-0,563	0,575
	İçmeyen	5	11,20	2,17		
Cinsel İstismar	İçen	75	6,29	3,16	-2,109	0,038
	İçmeyen	5	9,60	6,31		
Duygu Düzenleme Güçlüğü Toplam Puan	İçen	75	46,71	14,79	0,193	0,847
	İçmeyen	5	45,40	11,97		
Açıklık	İçen	75	5,36	2,23	-0,236	0,814
	İçmeyen	5	5,60	1,52		

Tablo 10.(Devam). Deney Grubundaki Katılımcıların Sigara Kullanım Durumuna Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Amaçlar	İçen	75	9,68	3,17	-0,495	0,622
	İçmeyen	5	10,40	2,70		
Dürtü	İçen	75	9,79	3,89	0,438	0,662
	İçmeyen	5	9,00	3,74		
Strateji	İçen	75	14,11	5,18	-0,123	0,902
	İçmeyen	5	14,40	4,77		
Kabul Etmeme	İçen	75	7,77	3,17	1,237	0,220
	İçmeyen	5	6,00	1,22		
Barratt Dürtüsellik Toplam Puan	İçen	75	36,01	8,99	-0,234	0,816
	İçmeyen	5	37,00	11,66		
Plan Yapmama	İçen	75	12,37	3,52	0,107	0,915
	İçmeyen	5	12,20	3,42		
Motor Dürtüsellik	İçen	75	12,16	3,75	-0,255	0,800
	İçmeyen	5	12,60	3,65		
Dikkatte Dürtüsellik	İçen	75	11,61	3,68	-0,335	0,739
	İçmeyen	5	12,20	5,59		
Buss Perry Saldırganlık Toplam Puan	İçen	75	90,33	22,04	0,033	0,974
	İçmeyen	5	90,00	13,86		
Fiziksel Saldırganlık	İçen	75	27,36	8,23	2,003	0,049
	İçmeyen	5	19,80	6,94		

Tablo 10.(Devam). Deney Grubundaki Katılımcıların Sigara Kullanım Durumuna Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Sözel Saldırganlık	İçen	75	15,28	4,38	0,040	0,968
	İçmeyen	5	15,20	1,64		
Öfke	İçen	75	22,81	6,51	-0,669	0,505
	İçmeyen	5	24,80	4,76		
Düşmanlık	İçen	75	24,88	6,59	-1,778	0,079
	İçmeyen	5	30,20	3,83		

Deney grubundaki katılımcıların psikiyatri servisine yatış durumlarına (yatışı olan ve olmayan) göre araştırma ölçekleri ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında fark olup olmadığını incelemek amacıyla Bağımsız Örnek t-Testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, deney grubundaki psikiyatri servisi yatışı olan ve olmayan katılımcıların araştırma ölçek ve alt boyut toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu veriler Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Deney Grubundaki Katılımcıların Psikiyatri Servisi Yatış Durumuna Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Değişken	**Kategori**	**n**	**$\bar{x}$**	**ss**	**$t_{(78)}$**	**p**
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam Puan	Var	43	52,23	12,47	1,360	0,178
	Yok	37	47,92	15,88		
Duygusal İstismar	Var	43	11,12	4,57	0,574	0,568
	Yok	37	10,51	4,81		
Fiziksel İstismar	Var	43	9,05	4,79	1,017	0,312
	Yok	37	7,95	4,86		

Tablo 11.(Devam). Deney Grubundaki Katılımcıların Psikiyatri Servisi Yatış Durumuna Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Duygusal İhmal	Var	43	15,00	4,31	1,196	0,235
	Yok	37	13,70	5,38		
Fiziksel İhmal	Var	43	10,53	3,74	0,748	0,457
	Yok	37	9,86	4,27		
Cinsel İstismar	Var	43	6,53	3,86	0,096	0,923
	Yok	37	6,46	3,00		
Duygu Düzenleme Güçlüğü Toplam Puan	Var	43	47,37	14,17	0,492	0,624
	Yok	37	45,76	15,16		
Açıklık	Var	43	5,65	2,28	1,220	0,226
	Yok	37	5,05	2,07		
Amaçlar	Var	43	9,37	2,96	-1,087	0,280
	Yok	37	10,14	3,32		
Dürtü	Var	43	10,12	3,54	0,944	0,348
	Yok	37	9,30	4,22		
Strateji	Var	43	14,02	4,97	-0,190	0,850
	Yok	37	14,24	5,38		
Kabul Etmeme	Var	43	8,21	3,28	1,714	0,091
	Yok	37	7,03	2,82		
Barratt Dürtüsellik Toplam Puan	Var	43	35,47	8,33	-0,645	0,521
	Yok	37	36,78	9,97		

Tablo 11.(Devam). Deney Grubundaki Katılımcıların Psikiyatri Servisi Yatış Durumuna Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Plan Yapmama	Var	43	12,40	3,10	0,090	0,928
	Yok	37	12,32	3,94		
Motor Dürtüsellik	Var	43	11,72	3,60	-1,214	0,229
	Yok	37	12,73	3,83		
Dikkatte Dürtüsellik	Var	43	11,35	3,79	-0,767	0,445
	Yok	37	12,00	3,78		
Buss Perry Saldırganlık Toplam Puan	Var	43	87,07	20,21	-1,461	0,148
	Yok	37	94,08	22,73		
Fiziksel Saldırganlık	Var	43	26,35	7,79	-0,621	0,536
	Yok	37	27,51	8,98		
Sözel Saldırganlık	Var	43	14,67	4,42	-1,370	0,175
	Yok	37	15,97	4,00		
Öfke	Var	43	22,05	5,99	-1,348	0,182
	Yok	37	23,97	6,79		
Düşmanlık	Var	43	24,00	5,91	-1,806	0,075
	Yok	37	26,62	7,07		

Deney grubundaki katılımcıların adli suç öyküsü olma durumuna göre araştırma ölçekleri ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında fark olup olmadığını incelemek amacıyla Bağımsız Örnek t-Testi yapılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda, adli suç öyküsü olan ve olmayan katılımcılar arasında birçok ölçek ve alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bu farklılıklar şunlardır:

ÇÇT toplam puanı ($t_{(78)}$=2,856; p<0,05)

Duygusal İstismar alt boyutu ($t_{(78)}$=2,106; p<0,05)

Fiziksel İstismar alt boyutu ($t_{(78)}$=2,296; p<0,05)

Fiziksel İhmal alt boyutu ($t_{(78)}$=2,356; p<0,05)

DDG toplam puanı ($t_{(78)}$=2,022; p<0,05)

Açıklık alt boyutu ($t_{(78)}$=2,949; p<0,01)

Dürtü alt boyutu ($t_{(78)}$=2,469; p<0,05)

Tablo geneli incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bulunan tüm bu ölçek ve alt boyutlarda, adli suç öyküsü olan katılımcıların puan ortalamalarının, adli suç öyküsü olmayan katılımcılardan anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. İncelenen diğer ölçek ve alt boyut puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Bu veriler Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Deney Grubundaki Katılımcıların Adli Suç Öyküsü Durumuna Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Değişken	**Kategori**	**n**	**$\bar{x}$**	**ss**	**$t_{(78)}$**	**p**
Çocukluk Çağı Travmaları Toplam Puan	Var	34	55,29	15,39	2,856	0,006
	Yok	46	46,50	12,16		
Duygusal İstismar	Var	34	12,09	5,18	2,106	0,038
	Yok	46	9,91	4,06		

Tablo 12 (Devam). Deney Grubundaki Katılımcıların Adli Suç Öyküsü Durumuna Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Fiziksel İstismar	Var	34	9,94	6,15	2,296	0,024
	Yok	46	7,50	3,24		
Duygusal İhmal	Var	34	15,44	5,27	1,670	0,099
	Yok	46	13,63	4,41		
Fiziksel İhmal	Var	34	11,41	4,77	2,356	0,021
	Yok	46	9,35	3,05		
Cinsel İstismar	Var	34	7,03	4,34	1,177	0,243
	Yok	46	6,11	2,63		
Duygu Düzenleme Güçlüğü Toplam Puan	Var	34	50,38	14,82	2,022	0,047
	Yok	46	43,85	13,89		
Açıklık	Var	34	6,18	2,46	2,949	0,004
	Yok	46	4,78	1,78		
Amaçlar	Var	34	10,32	3,20	1,480	0,143
	Yok	46	9,28	3,05		
Dürtü	Var	34	10,94	3,63	2,469	0,016
	Yok	46	8,85	3,83		
Strateji	Var	34	15,24	5,34	1,684	0,096
	Yok	46	13,30	4,87		
Kabul Etmeme	Var	34	7,71	3,47	0,106	0,915
	Yok	46	7,63	2,86		

Tablo 12 (Devam). Deney Grubundaki Katılımcıların Adli Suç Öyküsü Durumuna Göre Araştırma Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Barratt Dürtüsellik Toplam Puan	Var	34	36,91	9,80	0,706	0,483
	Yok	46	35,46	8,59		
Plan Yapmama	Var	34	12,91	3,72	1,212	0,229
	Yok	46	11,96	3,30		
Motor Dürtüsellik	Var	34	12,29	4,22	0,219	0,827
	Yok	46	12,11	3,35		
Dikkatte Dürtüsellik	Var	34	12,00	4,11	0,711	0,479
	Yok	46	11,39	3,53		
Buss Perry Saldırganlık Toplam Puan	Var	34	93,94	24,64	1,300	0,197
	Yok	46	87,63	18,80		
Fiziksel Saldırganlık	Var	34	29,00	8,85	1,987	0,051
	Yok	46	25,33	7,64		
Sözel Saldırganlık	Var	34	15,00	4,63	-0,495	0,622
	Yok	46	15,48	3,99		
Öfke	Var	34	23,24	6,87	0,355	0,723
	Yok	46	22,72	6,11		
Düşmanlık	Var	34	26,71	7,28	1,773	0,080
	Yok	46	24,11	5,82		

Tablo 13. Deney Grubundaki Katılımcıların Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**
1. Çocukluk Çağı Travmaları Toplam Puan	1																			
2. Duygusal İstismar	,790**	1																		
3. Fiziksel İstismar	,759**	,491**	1																	
4. Duygusal İhmal	,692**	,533**	,319**	1																
5. Fiziksel İhmal	,756**	,503**	,550**	,536**	1															
6. Cinsel İstismar	,242*	,119	,116	-,231*	-,035	1														
7. Duygu Düzenleme Güçlüğü Toplam Puan	,476**	,378**	,463**	,353**	,321**	,073	1													
8. Açıklık	,391**	,296**	,320**	,383**	,253*	,095	,743**	1												
9. Amaçlar	,376**	,327**	,378**	,281*	,322**	-,061	,830**	,486**	1											
10. Dürtü	,473**	,406**	,400**	,315**	,323**	,127	,853**	,611**	,584**	1										
11. Strateji	,453**	,345**	,449**	,311**	,301**	,134	,936**	,614**	,804**	,754**	1									

Tablo 13 (Devam). Deney Grubundaki Katılımcıların Ölçek ve Alt Boyut Toplam Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

12. Kabul Etmeme	,239*	,158	,325**	,194	,103	-,043	,719**	,511**	,485**	,488**	,553**	1								
13. Barratt Dürtüsellik Toplam Puan	,412**	,322**	,348**	,330**	,248*	,171	,708**	,451**	,627**	,608**	,748**	,375**	1							
14. Plan Yapmama	,330**	,218	,204	,411**	,212	,102	,555**	,510**	,458**	,442**	,524**	,366**	,744**	1						
15. Motor Dürtüsellik	,296**	,230*	,252*	,155	,128	,247*	,570**	,305**	,481**	,518**	,647**	,257*	,839**	,415**	1					
16. Dikkatte Dürtüsellik	,441**	,392**	,431**	,279*	,264*	,136	,652**	,368**	,605**	,555**	,690**	,358**	,888**	,532**	,659**	1				
17. Buss Perry Saldırganlık Toplam Puan	,428**	,449**	,269*	,319**	,362**	,077	,624**	,377**	,597**	,623**	,655**	,198	,601**	,416**	,575**	,489**	1			
18. Fiziksel Saldırganlık	,405**	,379**	,346**	,336**	,366**	-,081	,596**	,375**	,520**	,633**	,592**	,243*	,530**	,419**	,448**	,444**	,881**	1		
19. Sözel Saldırganlık	,116	,157	,001	,162	,150	-,030	,333**	,182	,357**	,317**	,372**	,063	,343**	,168	,340**	,309**	,680**	,471**	1	
20. Öfke	,391**	,414**	,269*	,230*	,284*	,143	,609**	,324**	,557**	,629**	,645**	,217	,579**	,382**	,601**	,448**	,923**	,763**	,574**	1
21. Düşmanlık	,435**	,488**	,181	,293**	,351**	,236*	,482**	,328**	,528**	,424**	,531**	,091	,516**	,354**	,514**	,406**	,825**	,577**	,427**	,718**

*p<0,05; **p<0,01

Deney grubundaki (n=80) katılımcıların araştırma ölçekleri ve bu ölçeklerin alt boyutlarından aldıkları toplam puanlar arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda ($p<0,05$ ve $p<0,01$ düzeylerinde) elde edilen temel bulgular şunlardır:

ÇÇT ve DDG: ÇÇTÖ ve alt boyutları ile DDGÖ ve alt boyutları arasında 0,239 ila 0,476 aralığında değişen, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

ÇÇT ve Dürtüsellik: ÇÇTÖ ve alt boyutları ile BDÖ ve alt boyutları arasında 0,293 ila 0,441 aralığında değişen, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

ÇÇT ve Saldırganlık: ÇÇTÖ ve alt boyutları ile BPSÖ ve alt boyutları arasında 0,391 ila 0,435 aralığında değişen, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler görülmüştür.

DDG ve Dürtüsellik: DDGÖ ve alt boyutları ile BDÖ ve alt boyutları arasında 0,257 ila 0,748 aralığında değişen, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

DDG ve Saldırganlık: DDGÖ ve alt boyutları ile BPSÖ ve alt boyutları arasında 0,243 ila 0,655 aralığında değişen, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

Dürtüsellik ve Saldırganlık: BDÖ ve alt boyutları ile BPSÖ ve alt boyutları arasında 0,309 ila 0,601 aralığında değişen, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Bu veriler Tablo 13'te gösterilmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda elde edilen ikili ilişkiler kavramlar arasındaki üçlü ve dörtlü dinamik ilişkilerin incelenmesinde regresyon analizlerini gerekli kılmıştır.

ÇÇT ve saldırganlık arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü ve dürtüselliğin aracı rollerinin incelenmesinde SPSS Macro PROCESS (by Andrew F. Hayes) uzantısı

kullanılmıştır. Bu kapsamda Hayes tarafından önerilen modeller içinden model 6 tahmin edilmiştir. Modelde saldırganlık bağımlı değişken, ÇÇT bağımsız değişken, DDG birinci aracı değişken ve dürtüsellik ikinci aracı değişken olarak tahmin edilmiştir.

Analizin ilk aşamasında ÇÇT'nin duygu düzenlemeyi yordaması için kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{(1,78)}$=22,793; p<0,001). ÇÇT, DDG'yi yordamada istatistiksel olarak anlamlı bir parametredir (t=4,774; p<0,001). DDG varyansının %23'lük kısmı ÇÇT ile açıklanmaktadır. Diğer parametreler sabit tutulduğunda, ÇÇT puanındaki 1 birimlik artış DDG puanını 0,476 birim arttırmaktadır.

Analizin ikinci aşamasında ÇÇT ve duygu düzenlemenin dürtüselliği yordaması için kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{(2,77)}$=39,775; p<0,001). ÇÇT dürtüselliği yordamada anlamlı bir parametre değilken (t=1,080; p>0,05) duygu düzenleme güçlüğü dürtüselliği yordamada istatistiksel olarak anlamlı bir parametredir (t=7,275; p<0,001). Dürtüsellik varyansının %51'lik kısmı ÇÇT ve DDG ile açıklanmaktadır. Diğer parametreler sabit tutulduğunda, ÇÇT puanındaki 1 birimlik artış dürtüsellik puanını 0,098 birim arttırırken DDG puanındaki 1 birimlik artış dürtüsellik puanını 0,661 birim arttırmaktadır.

Analizin üçüncü aşamasında ÇÇT, DDG ve dürtüselliğin saldırganlığı yordaması için kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,76)}$=39,775; p<0,001). ÇÇT saldırganlığı yordamada anlamlı bir parametre değilken (t=1,446; p>0,05) DDG (t=2,762; p<0,01) ve dürtüsellik (t=2,477; p<0,05) saldırganlığı yordamada istatistiksel olarak anlamlı parametrelerdir. Saldırganlık varyansının %46'lık kısmı ÇÇT, DDG ve dürtüsellik ile açıklanmaktadır. Diğer parametreler sabit tutulduğunda, ÇÇT puanındaki 1 birimlik artış saldırganlık puanını 0,140 birim arttırırken DDG puanındaki 1 birimlik artış saldırganlık puanını 0,345 birim arttırmakta ve dürtüsellik puanındaki 1 birimlik artış saldırganlık puanını 0,299 birim arttırmaktadır.

Analizin dördüncü ve son aşamasında ÇÇT'nin saldırganlığı yordaması için kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{(1,78)}$=17,475;

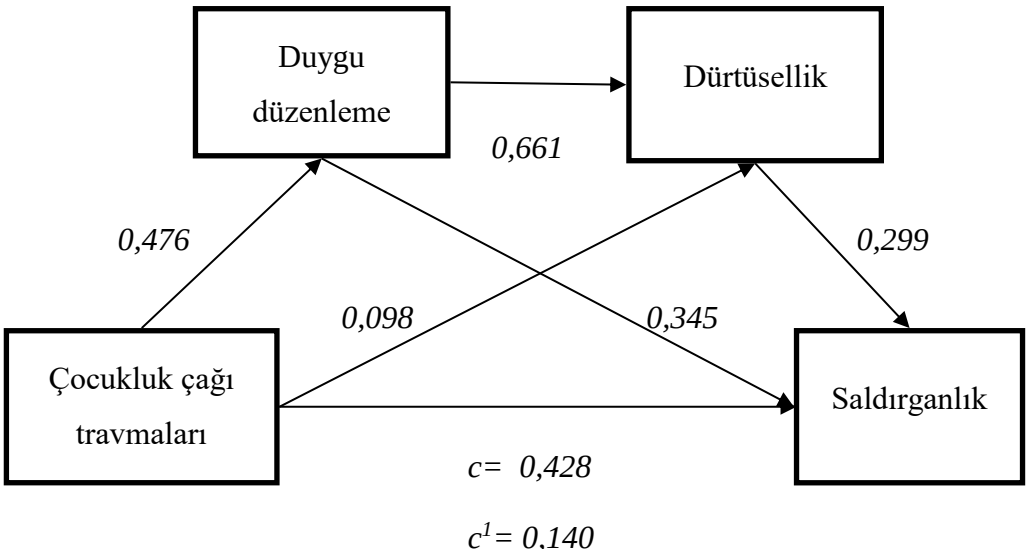
p<0,001). ÇÇT saldırganlığı yordamada istatistiksel olarak anlamlı bir parametredir (t=4,180; p<0,001). Saldırganlık varyansının %18'lik kısmı ÇÇT ile açıklanmaktadır. Diğer parametreler sabit tutulduğunda, ÇÇT puanındaki 1 birimlik artış saldırganlık puanını 0,428 birim arttırmaktadır. Bu veriler Tablo 14'te gösterilmiştir. Araştırmamızın bu 4 değişkeninin aracılık rolleri Beta değerleri ile Şekil 1'de gösterilmiştir.

Tablo 14.Çocukluk Çağı Travmaları ile Saldırganlık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Dürtüselliğin Aracılık Rollerinin İncelenmesi

Bağımlı/Aracı değişken	**Bağımsız değişkenler**	**B(b)**	**SH**	**Beta**	**t**	**p**	**Güven aralığı**	
							Alt sınır	**Üst sınır**
Duygu düzenleme güçlüğü	*Sabit (a)*	22,154	5,325		4,161	0,000	11,554	32,755
	Çocukluk çağı travmaları	0,487	0,102	0,476	4,774	0,000	0,284	0,690
$F_{(1.78)}$=22,793; p=0,000; R^2=0,23								
Dürtüsellik	*Sabit (a)*	13,692	2,947		4,646	0,000	7,824	19,561
	Çocukluk çağı travmaları	0,063	0,058	0,098	1,080	0,283	-0,053	0,178
	Duygu düzenleme güçlüğü	0,412	0,057	0,661	7,275	0,000	0,300	0,525
$F_{(2.77)}$=39,775; p=0,000; R^2=0,51								

Tablo 14 (Devam). Çocukluk Çağı Travmaları ile Saldırganlık Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Dürtüselliğin Aracılık Rollerinin İncelenmesi

Saldırganlık	*Sabit (a)*	30,206	8,380		3,605	0,001	13,517	46,896
	Çocukluk çağı travmaları	0,213	0,147	0,140	1,446	0,152	-0,080	0,505
	Duygu düzenleme güçlüğü	0,511	0,185	0,345	2,762	0,007	0,143	0,880
	Dürtüsellik	0,709	0,286	0,299	2,477	0,015	0,139	1,280
$F_{(3,76)}$=21,166; p=0,000; R^2=0,46								
Saldırganlık	*Sabit (a)*	57,725	8,098		7,128	0,000	41,603	73,847
	Çocukluk çağı travmaları	0,649	0,155	0,428	4,180	0,000	0,340	0,958
$F_{(1.78)}$=17,475; p=0,000; R^2=0,18								



Şekil 1. Araştırma Modeli

Kurulan modeller sonucunda ÇÇT ve saldırganlık arasındaki ilişkide DDG'nin aracı rolünün istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (β= 0,164; SH = 0,068; % 95 CI [0,032/0,298]). Bunun yanında ÇÇT ve saldırganlık arasındaki ilişkide dürtüselliğin aracı rolünün istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (β= 0,029; SH = 0,037; % 95 CI [-0,039/0,114]). Son olarak ÇÇT ve saldırganlık arasındaki ilişkide DDG ve dürtüselliğin birlikte aracı rollerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (β= 0,094; SH = 0,049; % 95 CI [0,010/0,200]). Bu veriler Tablo 15'te gösterilmiştir. ÇÇT'nin saldırganlığı yordama gücünün aracı değişkenlerin dahil olduğu modelde 0,428'den 0,140'a düşmesi ve istatistiksel anlamlılığını yitirmesi değişkenlerin tam aracı rolü olduğunu göstermektedir.

Tablo 15.Çocukluk Çağı Travmaları ile Saldırganlık Arasındaki İlişkide Aracı Değişkenlerin Etkisinin İncelenmesi

Model	β	SH	Güven aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Çocukluk Çağı Travmaları ➔ Duygu Düzenleme Güçlüğü ➔ Saldırganlık	0,164	0,068	0,032	0,298
Çocukluk Çağı Travmaları ➔ Dürtüsellik ➔ Saldırganlık	0,029	0,037	-0,039	0,114
Çocukluk Çağı Travmaları ➔ Duygu Düzenleme Güçlüğü ➔ Dürtüsellik ➔ Saldırganlık	0,094	0,046	0,010	0,200

Saldırganlığın yordayıcılarının araştırma ölçek alt boyutları özelinde incelenmesinde adımsal regresyon analizi kullanılmıştır. Bu amaçla saldırganlık ile korelasyon katsayılarına göre ilk adıma DDG alt boyut toplam puanları, ikinci adıma dürtüsellik alt boyut toplam puanları ve üçüncü adıma da ÇÇT alt boyut toplam puanları atanmıştır. Kurulan modelde "stepwise" metodu tercih edilmiş ve sadece istatistiksel olarak anlamlı parametreler dahil edilmiştir.

Kurulan modelin dördüncü adımda doygunluğa ulaştığı görülmüştür. Son adımda kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F_{(4,75)}$=22,155; p<0,001). Strateji boyutu (t=1,970; p<0,05), dürtü boyutu (t=1,895; p<0,05), motor dürtüsellik boyutu (t=2,402; p<0,05) ve duygusal istismar boyutu (t=2,525; p<0,05) saldırganlığı yordamada istatistiksel olarak anlamlı parametreler olarak bulunmuştur. Saldırganlık varyansının %43'lük kısmı strateji puanı ile, %4'lük kısmı dürtü puanı ile, %3'lük kısmı motor dürtüsellik puanı ile ve %4'lük kısmı duygusal istismar puanı ile açıklanmaktadır. Dört değişken birlikte saldırganlık varyansının %54'lük kısmını açıklamaktadır. Diğer parametreler sabit tutulduğunda, saldırganlık puanını strateji puanındaki 1 birimlik artış

0,264 birim; dürtü puanındaki 1 birimlik artış 0,208 birim; motor dürtüsellik puanındaki 1 birimlik artış 0,247 birim ve duygusal istismar puanındaki 1 birimlik artış 0,216 birim arttırmaktadır. Bu veriler Tablo 16'da gösterilmiştir.

Kurulan model için bazı regresyon varsayımlarının karşılanması gerekmektedir. Hesaplanan Tolerans değerlerinin 0,10'dan yüksek olması ve 1'e yakın olması bunun yanında hesaplanan VIF değerlerinin 1-5 aralığında olması bağımsız değişkenler arasında çoklu doğrusal bağıntının olmadığını göstermektedir. Otokorelasyon varsayımı doğrultusunda, hesaplanan 2,143'lük Durbin Watson katsayı da otokorelasyon olmadığına işaret etmektedir. Son olarak modelin yansız ve doğru ölçüm yapıyor olduğunun kanıtı, artık olarak bilinen gerçek değer ve tahmini değer arasındaki farkların ortalamasının 0 bulunması da son varsayımın karşılandığını göstermektedir.

Tablo 16. Saldırganlığın Yordayıcılarının İncelenmesi

Model		B	SH	Beta	t	p	Tolerans	VIF
1	*Sabit (a)*	51,412	5,399		9,523	0,000		
	Strateji	2,754	0,360	0,655	7,660	0,000	1,000	1,000
$F_{(1.78)}$=58,681; p=0,000; R^2=0,43								
2	*Sabit (a)*	48,569	5,384		9,021	0,000		
	Strateji	1,808	0,532	0,430	3,399	0,001	0,432	2,317
	Dürtü	1,664	0,706	0,298	2,358	0,021	0,432	2,317
$F_{(2,77)}$=33,837; p=0,000; R^2=0,47								
3	*Sabit (a)*	40,818	6,222		6,560	0,000		
	Strateji	1,195	0,582	0,284	2,055	0,043	0,342	2,927
	Dürtü	1,567	0,688	0,281	2,279	0,025	0,430	2,326
	Motor dürtüsellik	1,423	0,616	0,245	2,309	0,024	0,579	1,727
$F_{(3,76)}$=25,604; p=0,000; R^2=0,50								
4	*Sabit (a)*	35,067	6,430		5,454	0,000		
	Strateji	1,110	0,563	0,264	1,970	0,042	0,340	2,937
	Dürtü	1,159	0,684	0,208	1,895	0,044	0,406	2,464
	Motor dürtüsellik	1,431	0,596	0,247	2,402	0,019	0,579	1,727
	Duygusal istismar	1,000	0,396	0,216	2,525	0,014	0,832	1,203
$F_{(4,75)}$=22,155; p=0,000; R^2=0,54; Durbin Watson=2,143								

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde yürütülen, AMKB tanısı almış bireylerde ÇÇT, DDG ve dürtüselliğin saldırganlık üzerindeki karmaşık etkileşimlerini ve aracı rollerini incelenmiş ve kapsamlı biçimde karşılaştırılmıştır. Çalışma, saldırganlığın yalnızca biyolojik bir dürtü veya ahlaki bir sapma olmadığını; aksine ÇÇT, DDG ve dürtüsellik gibi nörogelişimsel ve psikiyatrik süreçlerin karmaşık etkileşimi sonucu ortaya çıkan bir regülasyon bozukluğu olduğunu öne süren bütüncül bir model üzerinden kurgulanmıştır. Elde edilen bulgular, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde yürütülen kesitsel bir alan araştırmasının verilerine dayanmakta olup, literatürdeki nörobiyolojik, gelişimsel ve psikososyal kuramlar ışığında yorumlanmış; sosyodemografik özelliklerin klinik görünüm üzerindeki etkileri, gruplar arası farklılıklar, değişkenler arası korelasyonlar ve kurulan yapısal eşitlik/aracılık modelleri tartışılmıştır.

5.1. Sosyodemografik ve Klinik Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmamızda deney ve kontrol grupları yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş olup, bu değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak diğer sosyodemografik veriler incelendiğinde, deney grubunun sosyal işlevsellik ve ekonomik düzey açısından belirgin dezavantajlara sahip olduğu görülmektedir.

Deney grubundaki katılımcıların eğitim düzeylerinin kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (istatistiksel olarak anlamlı olmasa da oransal dağılımda farklılıklar mevcuttur). Literatürde, erken yaşta madde kullanımına başlamanın akademik başarıyı olumsuz etkilediği ve eğitim hayatının yarıda kalmasına neden olduğu sıklıkla bildirilmektedir (108). Bu durum, madde kullanımının bilişsel fonksiyonlar üzerindeki bozucu etkisi ve okul devamsızlığına yol açan davranışsal sorunlarla ilişkilendirilebilir.

Ekonomik durum açısından deney grubunun, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük gelir seviyesine sahip olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, AMKB ile yoksulluk arasındaki döngüsel nedensellik ilişkisine işaret etmektedir. Bir yandan düşük sosyoekonomik düzey, stres faktörlerinin yoğunluğu ve alternatif başa çıkma kaynaklarının sınırlılığı nedeniyle madde kullanımına zemin hazırlayan bir risk faktörüdür. Diğer yandan, kronik madde kullanımı, bireyin bilişsel ve mesleki işlevselliğini bozarak iş kaybına, ekonomik üretkenliğin düşmesine ve sosyal statü kaybına yol açmaktadır (99). Çalışmamızda deney grubunda işsizlik oranının (%55) kontrol grubuna (%41,3) göre daha yüksek olması da bu sosyal sürüklenme ve sosyal nedensellik hipotezlerini desteklemektedir.

Klinik özellikler açısından, deney grubunun %93,8 oranla sigara kullandığı saptanmıştır. Bu oran, kontrol grubunun (%45) iki katından fazladır ve genel popülasyon ortalamalarının çok üzerindedir. Bu durum, nikotin ve diğer psikoaktif maddeler arasındaki çapraz tolerans ve ortak ödül yolağı aktivasyonu ile açıklanabilir. Dopaminerjik sistemdeki (Ventral Tegmental Alan- Nucleus Accumbens yolağı) hassasiyet, bireyi her türlü ödül verici uyarana karşı savunmasız bırakmaktadır. Ayrıca, sigara kullanımı, diğer maddelere geçişte bir kapı işlevi görebileceği gibi, madde yoksunluğu dönemlerinde anksiyeteyi yatıştırmak için kullanılan ikincil bir başa çıkma stratejisi olarak da yorumlanabilir.

Adli suç öyküsü (%42,5) kontrol grubuna kıyasla dramatik düzeyde yüksek bulunmuştur. Adli suç öyküsünün yüksekliği, madde kullanımı ve temininin yasadışı doğası ve maddenin neden olduğu davranışsal disinhibisyon ile doğrudan ilişkilidir. UNODC 2024 raporunda belirtildiği üzere, madde kullanımı ile suç davranışı arasında güçlü bir korelasyon bulunmaktadır ve bu durum çalışmamızın örnekleminde de doğrulanmıştır (1,2).

Araştırma bulguları değerlendirildiğinde, AMKB olan bireylerin oluşturduğu deney grubunda psikiyatri kliniğine yatış öyküsünün (%53,8), sağlıklı kontrollerden oluşan gruba kıyasla yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, AMKB'nin yalnızca madde kullanımıyla sınırlı kalmayan, aynı zamanda ciddi psikiyatrik komorbiditeler, işlevsellik

kaybı ve kriz durumları ile seyreden karmaşık ve ağır bir klinik tablo olduğu gerçeği ile örtüşmektedir. Literatürde de sıkça vurgulandığı üzere, AMKB tanılı bireylerde majör depresyon, bipolar bozukluk ve anksiyete bozuklukları gibi eş zamanlı psikiyatrik tanıların yaygınlığı genel popülasyondan oldukça yüksektir (109). Ayrıca, özellikle B kümesi kişilik bozuklukları ile AMKB arasındaki güçlü ilişki ve maddenin kronik kullanımına bağlı gelişebilen madde kaynaklı psikotik veya depresif bozukluklar, tedavi sürecini karmaşıklaştırarak ayaktan takibi zorlaştırmakta ve yatarak tedaviyi zorunlu kılmaktadır (110). Buna ek olarak, madde kullanımının nörobiyolojik olarak dürtü kontrolünü bozması ve intihar riskini artırması, bu hasta grubunda acil psikiyatrik müdahale ve güvenli bir ortamda yatış gerektiren krizlerin sık yaşanmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla çalışmamızdaki yüksek yatış oranları, örneklemin klinik şiddetini yansıtmakta ve AMKB'nin bireyin hayatında yarattığı psikososyal ve tıbbi tahribatın, yoğun ve yapılandırılmış hastane bakımını gerektirecek boyutta olduğunu doğrulamaktadır.

5.2. Deney ve Kontrol Gruplarında ÇÇT, DDG, Dürtüsellik, Saldırganlık Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Araştırmamızın temel bulgularından biri, AMKB grubunun ÇÇT, DDG, dürtüsellik ve saldırganlık düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek olmasıdır.

Çocukluk Çağı Travmaları:

AMKB tanılı bireylerin, kontrol grubuna göre çocukluk çağında fiziksel, duygusal ve cinsel istismar ile fiziksel ve duygusal ihmale daha fazla maruz kaldıkları saptanmıştır. Bu bulgu, OÇD çalışmasının ortaya koyduğu doz-yanıt ilişkisi ile tam bir uyum içindedir (47). Çocuklukta maruz kalınan travmatik stresörlerin sayısı ve şiddeti arttıkça, yetişkinlikte psikopatoloji ve bağımlılık gelişme riski katlanarak artmaktadır. Literatürde travmatik yaşantıların, bireyin stres yanıt sistemlerini bozarak ve güvenli bağlanma

gelişimini engelleyerek, ilerideki yaşamda madde kullanımına zemin hazırladığı belirtilmektedir (4,5). Kendini tedavi etme hipotezi bağlamında, katılımcıların çocukluk dönemindeki travmatik yaşantıların yarattığı psikolojik acıyı dindirmek amacıyla maddeye yönelmiş olabilecekleri düşünülmektedir (9).

Özellikle ihmal boyutlarının (hem fiziksel hem duygusal) deney grubunda yüksek çıkması, travmanın sadece kötü muamele değil, aynı zamanda yoksunluk boyutuyla da bağımlılık etiyolojisinde kritik bir rol oynadığını göstermektedir. İhmal, çocuğun temel fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması, yani bir yoksunluk halidir. İstismar beyinde korku ve tehdit devrelerini aşırı aktive ederken; ihmal, beynin ödül, bağlanma ve duygu düzenleme devrelerinin gelişimi için gerekli olan girdinin sağlanamamasına neden olur (111). Bağlanma kuramı perspektifinden bakıldığında, duygusal ihmale maruz kalan bireyler, güvenli bir üsten yoksun büyürler. Bakım veren tarafından duyguları aynalanmayan, yatıştırılmayan çocuk, kendi içsel durumlarını düzenlemeyi öğrenemez (112). Bu regülasyon boşluğu, yetişkinlikte kronik bir boşluk hissine, anhedoniye ve disforiye yol açar. Madde kullanımı, bu bireyler için tam olarak bu eksik olanı yerine koyma çabasıdır (9). Çalışmamızda ihmal puanlarının yüksekliği, AMKB hastalarının sadece travmatize edilmediğini, aynı zamanda duygusal olarak eksik bırakıldığını göstermektedir.

Duygu Düzenleme Güçlüğü:

Deney grubu, DDGÖ'nün tüm alt boyutlarında (stratejilere sınırlı erişim, dürtü kontrol güçlüğü, amaçlar, açıklık, kabul etmeme) kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek puanlar almıştır. Bu durum, AMKB hastalarının duygularını tanıma, anlama ve yönetme konusunda ciddi yetersizlikler yaşadığını göstermektedir. Gratz ve Roemer'in modeline göre, bu bireyler olumsuz duygularla başa çıkmak için sağlıklı stratejiler geliştirememişlerdir (7). Literatürde, madde kullanımının aslında bir duygu düzenleme stratejisi olarak kullanıldığı vurgulanmaktadır (78). Bulgularımız, DDG'nin AMKB için transdiagnostik bir risk faktörü olduğunu ve bağımlılığın temelinde yatan psikopatolojik mekanizmaların merkezinde yer aldığını vurgulayan geniş literatür bilgisiyle tutarlıdır

(113,114). Özellikle kendini tedavi hipotezi bağlamında değerlendirildiğinde, bu yüksek DDG düzeyleri, bireylerin başa çıkamadıkları, anlamlandıramadıkları veya kabul edemedikleri yoğun olumsuz duygusal durumları yönetebilmek adına madde kullanımına, bir tür dışsal düzenleyici veya kaçınma stratejisi olarak başvurduklarını düşündürmektedir (9).

Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde, deney grubunun sadece toplam puanda değil; stratejilere sınırlı erişim, dürtü kontrol güçlüğü, duygusal açıklık eksikliği, amaçlara yönelik davranışta güçlük ve duygusal kabul etmeme olmak üzere beş alt boyutun tamamında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Özellikle strateji ve dürtü alt boyutlarındaki belirgin farklar klinik açıdan dikkat çekicidir. Strateji alt boyutundaki yükseklik, AMKB'li bireylerin olumsuz bir duygu yaşadıklarında durumu iyileştirecek adaptif başa çıkma yöntemlerine sahip olmadıklarına dair inançlarını yansıtmaktadır. Bu çaresizlik hissi, maddeyi algılanan tek çözüm haline getirebilmektedir. Dürtü alt boyutundaki yükseklik ise, literatürde olumsuz sıkışıklık olarak tanımlanan, yoğun olumsuz duygular altındayken davranışsal kontrolü kaybetme eğilimini doğrulamaktadır (80). Bu durum, nörobiyolojik olarak PFK'nin, amigdala üzerindeki denetiminin zayıflamasıyla açıklanan regülasyon başarısızlığının davranışsal bir yansıması olarak yorumlanabilir (115).

Ayrıca, açıklık ve kabul etmeme alt boyutlarındaki anlamlı yükseklikler, deney grubundaki bireylerin kendi içsel dünyalarına dair farkındalıklarının düşük olduğunu ve hissettikleri duyguları yargılayarak bastırmaya çalıştıklarını göstermektedir (116). Duyguların kötü veya tehlikeli olarak etiketlenip kabul edilmemesi, paradoksal olarak bu duyguların şiddetini artırarak madde kullanımına yönelimi pekiştiren bir kısır döngü yaratmaktadır (114). Sonuç olarak, AMKB grubunda gözlenen bu çok boyutlu duygu düzenleme bozukluğu, madde kullanımının sadece bir haz arayışı olmadığını; aksine, düzenlenemeyen kaotik bir duygusal sisteme karşı geliştirilmiş maladaptif bir hayatta kalma çabası olduğunu ortaya koymaktadır (117). Ayrıca, kronik madde kullanımının

PFK üzerindeki nörotoksik etkilerinin (115), var olan duygu düzenleme kapasitesini daha da bozarak kısır döngüyü güçlendirdiği söylenebilir.

Dürtüsellik:

Araştırmamızın dürtüsellik boyutuna ilişkin bulguları, AMKB tanılı bireylerin, sağlıklı kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek dürtüsellik düzeylerine sahip olduğunu göstermektedir. Deney grubunun BDÖ toplam puan ortalaması, kontrol grubunun ortalamasının oldukça üzerindedir. Bu bulgu, dürtüselliği AMKB'nin hem gelişiminde hem de sürdürülmesinde merkezi bir rol oynayan temel bir psikopatolojik özellik olarak tanımlayan literatürle tam bir uyum içindedir (10). Nörobiyolojik açıdan bu tablo, kronik madde kullanımının PFK'deki inhibitör kontrol mekanizmalarını zayıflatarak, bireyin limbik sistemden kaynaklanan dürtüleri frenleme kapasitesini aşındırmasıyla açıklanabilir. Dolayısıyla, örneklemimizdeki yüksek dürtüsellik, hem bağımlılığa yatkınlık sağlayan bir risk faktörü hem de maddenin nörotoksik etkilerinin bir sonucu olan kısır döngünün bir yansıması olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda farklılığın sadece toplam puanda değil, Barratt modelinin üç alt boyutunda da deney grubu aleyhine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanması, dürtüselliğin bu popülasyondaki çok boyutlu ve yaygın doğasını ortaya koymaktadır (118). Motor dürtüsellik puanlarındaki yükseklik, AMKB'li bireylerin düşünmeden harekete geçme ve anlık tepkiler verme eğilimini yansıtırken; plan yapamama alt boyutundaki belirgin yükseklik, bu bireylerin eylemlerin uzun vadeli olumsuz sonuçlarını göz ardı ederek anlık hazza odaklanma eğiliminde olduklarını doğrulamaktadır (119). Bu durum, tedavi süreçlerinde nüks riskini artıran en önemli faktörlerden biri olarak değerlendirilebilir (81). Dikkatte dürtüsellik düzeyindeki artış ise, odaklanma güçlüklerine işaret ederek, bu bireylerin tedavi süreçlerinde bilişsel kontrolü sürdürmekte ve maddeyle ilişkili ipuçlarını görmezden gelmekte neden zorlandıklarını açıklamaktadır (120). Sonuç olarak, AMKB grubunda gözlenen bu profil, beynin karar verme ve davranışsal inhibisyon mekanizmalarındaki derin bozulmayı işaret etmekte ve dürtüselliğin sadece bir kişilik özelliği değil, tedavi hedefleri arasında öncelikli olarak ele

alınması gereken bir nörobilişsel eksiklik olduğunu göstermektedir.

Saldırganlık:

Saldırganlık ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının deney grubunda anlamlı düzeyde yüksek olması, AMKB ile saldırganlık arasındaki güçlü ilişkiyi bir kez daha teyit etmiştir. Bu bulgu, AMKB'li bireylerde şiddet uygulama riskinin genel popülasyona göre katbekat arttığını belirten epidemiyolojik verilerle örtüşmektedir (121). Bu tablonun nörobiyolojik temeli, disinhibisyon hipotezi ile açıklanabilir; kronik madde kullanımı, PFK'nin işlevlerini baskılayarak, bireyin sosyal normlara uyma ve saldırgan dürtülerini kontrol etme kapasitesini zayıflatmaktadır (86,115). Dolayısıyla, deney grubundaki bu yüksek saldırganlık, iradi bir tercihten ziyade, nörobiyolojik bir kontrol kaybının davranışsal dışavurumu olarak değerlendirilebilir.

Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde, farkın sadece genel saldırganlıkta değil; fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, öfke ve düşmanlık olmak üzere dört boyutun tamamında deney grubu aleyhine anlamlı olduğu görülmüştür. Özellikle fiziksel saldırganlık boyutundaki belirgin yükseklik, AMKB grubunun çatışma durumlarında sözlü veya pasif yöntemler yerine doğrudan bedensel zarar vermeye yönelme riskinin yüksekliğini göstermektedir. Öfke alt boyutundaki yükseklik, bu bireylerin duygusal/reaktif bir saldırganlık profili çizdiğini ve engellenme karşısında yoğun bir olumsuz duygulanım yaşadıklarını doğrulamaktadır. Düşmanlık puanlarındaki anlamlı fark ise, literatürde düşmanca atıf yanlılığı ve alkol miyopisi olarak tanımlanan bilişsel çarpıtmalarla ilişkilendirilebilir (65). Bu durum, AMKB'li bireylerin nötr veya belirsiz sosyal ipuçlarını dahi tehditkar olarak yorumlamaya ve bu algılanan tehdide karşı savunmacı bir saldırganlıkla yanıt vermeye yatkın olduklarını göstermektedir. Sonuç olarak, AMKB grubunda gözlenen bu çok bileşenli yüksek saldırganlık profili, madde kullanımının bireyin sadece davranışlarını değil, dünyayı algılama ve duygularını yönetme biçimini de patolojik bir şekilde değiştirebileceğini ortaya koymaktadır.

5.3. Deney Grubunun Sosyodemografik ve Klinik Verilere Göre Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

AMKB grubunun kendi içindeki varyasyonları incelediğimizde, cinsiyet, medeni durum, sigara kullanımı ve adli öykü gibi değişkenlerin psikopatoloji düzeyini etkilediği görülmüştür.

Cinsiyet:

AMKB tanılı hastaların oluşturduğu deney grubu cinsiyet değişkeni açısından incelendiğinde, örneklemin büyük çoğunluğunun (%87,5) erkeklerden oluştuğu görülmektedir. Bu dağılım, Türkiye'de madde kullanım bozukluğu tedavisinde görülen genel epidemiyolojik profil ile uyumludur (122). Grup içi analizlerde, genel travma yükü, DDG ve dürtüsellik toplam puanlarında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olması, bağımlılık geliştikten sonra nörobiyolojik ve psikolojik yıkımın cinsiyetten bağımsız olarak benzer bir şiddette seyrettiğini düşündürmektedir. Ancak, alt boyutlar incelendiğinde iki kritik farklılık öne çıkmaktadır.

İlk bulgu, kadın hastaların cinsel istismar puan ortalamalarının, erkek hastalara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasıdır. Bu bulgu, çocuk izlem merkezleri verileriyle ve küresel istatistiklerle örtüşmekte olup, kız çocuklarının cinsel istismara maruz kalma riskinin erkeklere göre çok daha yüksek olduğu gerçeğini yansıtmaktadır (123,124). AMKB'li kadınlardaki bu spesifik travma yükü, kadınlarda bağımlılık gelişiminde cinsel travmanın yarattığı suçluluk, utanç ve değersizlik duygularıyla baş etme motivasyonunun erkeklere kıyasla daha belirleyici bir etiyolojik faktör olabileceğini göstermektedir.

İkinci önemli farklılık ise fiziksel saldırganlık alt boyutunda saptanmıştır; erkek hastaların fiziksel saldırganlık puanları, kadın hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu durum, duygu düzenleme güçlüğü ve dürtüsellik düzeyleri benzer olsa bile, ortaya çıkan disregülasyonun davranışsal dışavurumunun toplumsal cinsiyet rolleri ve biyolojik faktörlerle şekillendiğini göstermektedir. Erkekler, içsel gerilimi fiziksel şiddet

yoluyla dışsallaştırmaya daha yatkınken, kadınların benzer gerilimi farklı yollarla ifade ettiği anlaşılmaktadır. Sonuç olarak, AMKB'li kadınlar için cinsel travma odaklı, erkekler için ise şiddet/fiziksel saldırganlık odaklı özelleştirilmiş terapi müdahalelerinin gerekliliği, çalışmamızın cinsiyet analizlerinden çıkan önemli bir klinik çıkarımdır.

Medeni Durum:

Deney grubu medeni durum değişkeni açısından incelendiğinde, genel travma yükü, duygu düzenleme güçlüğü, dürtüsellik ve genel saldırganlık düzeylerinde bekar ve evli katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu durum, bağımlılık patolojisinin şiddetinin ve nörobiyolojik etkilerinin, medeni durumdan bağımsız olarak benzer bir yıkıcılıkta seyrettiğini; evliliğin bu örneklemde akut bir koruyucu tampon etkisi yaratmadığını düşündürmektedir. Ancak, alt boyutlar düzeyinde elde edilen iki spesifik bulgu, travmanın kişilerarası ilişkiler üzerindeki uzun vadeli etkilerine ışık tutmaktadır.

Birinci önemli bulgu, bekar katılımcıların cinsel istismar puan ortalamalarının, evli katılımcılara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasıdır. Literatürde çocukluk çağı cinsel istismarının, yetişkinlikteki bağlanma stillerini (özellikle kaçıngan ve dezorganize bağlanma) en derinden sarsan travma türü olduğu ve yakınlık kurma kapasitesini zedelediği bilinmektedir (125). Cinsel travma mağdurlarının yaşadığı yoğun güven sorunları, bedensel sınır ihlallerine dair hassasiyet ve insanların tehlikeli olduğu yönündeki şemalar, bu bireylerin evlilik gibi uzun süreli ve mahrem bir bağ kurmasını zorlaştırmış olabilir. Dolayısıyla, bekar grubundaki yüksek cinsel istismar puanı, tesadüfi bir dağılımdan ziyade, cinsel travmanın yetişkinlikteki ilişkisel işlevsellik üzerindeki engelleyici rolünün bir göstergesi olarak yorumlanabilir (126).

İkinci anlamlı farklılık ise sözel saldırganlık alt boyutunda görülmüş olup, bekar katılımcıların puanları, evli olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Sözel saldırganlık, kişilerarası çatışmalarda fevri ve yıkıcı bir iletişim tarzına işaret eder. Bekar katılımcılardaki bu yükseklik, öfke ve hayal kırıklığını sözel yollarla dışa vurma

eğiliminin, ilişkilerin sürdürülmesini zorlaştıran bir faktör olabileceğini düşündürmektedir. Evli bireylerde bu puanın daha düşük olması, evlilik kurumunun doğası gereği bir miktar davranışsal otokontrolü zorunlu kılmasıyla veya daha düşük sözel saldırganlık eğilimine sahip bireylerin evliliği sürdürmede daha başarılı olmasıyla açıklanabilir. Sonuç olarak, deney grubunda cinsel travma öyküsü ve sözel saldırganlık eğilimi, bireylerin medeni durumlarını ve sosyal destek sistemlerini şekillendiren, birbirleriyle ilişkili risk faktörleri olarak öne çıkmaktadır.

Eğitim Durumu:

Deney grubu eğitim düzeylerine göre (ilköğretim, lise, üniversite) incelendiğinde; ÇÇT, DDG, genel saldırganlık ve genel dürtüsellik toplam puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu bulgu, çocukluk çağı travmalarının yarattığı nörobiyolojik ve psikolojik tahribatın eğitim düzeyinden bağımsız olduğunu; akademik başarının veya eğitim süresinin uzamasının, bağımlılığın temelinde yatan duygu düzenleme güçlüklerine ve saldırganlık eğilimlerine karşı koruyucu bir tampon işlevi görmediğini düşündürmektedir. Yani, travmatik geçmişe sahip ve bağımlılık döngüsüne girmiş bir birey için eğitim seviyesi, patolojinin şiddetini hafifleten bir faktör olarak öne çıkmamaktadır.

Analizlerde istatistiksel anlamlılığa ulaşan tek değişken, BDÖ'nün motor dürtüsellik alt boyutudur. Lise mezunu katılımcıların motor dürtüsellik puan ortalamalarının, ilköğretim mezunu katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde genellikle eğitim düzeyi arttıkça bilişsel kontrolün artması ve dürtüselliğin azalması beklenirken, çalışmamızda lise mezunlarının en yüksek motor dürtüselliği sergilemesi dikkat çekicidir (127). Bu durum, motor dürtüselliğin, bilişsel/akademik kapasiteden ziyade, mizaci özelliklerle veya risk alma davranışlarıyla daha ilişkili olabileceğini göstermektedir (81). Ayrıca, lise grubundaki bu yüksek motor dürtüsellik seviyesi, bu bireylerin eğitim hayatlarını üniversite düzeyine taşıyamamalarında veya akademik süreçte yaşadıkları uyum sorunlarında, sahip oldukları bu fevri eylem yatkınlığının engelleyici bir rol oynamış olabileceği şeklinde de

yorumlanabilir. Sonuç olarak, AMKB hastalarında eğitim düzeyi genel psikopatolojiyi değiştirmese de, dürtüsel davranışların eyleme dökülme biçimi alt gruplar arasında farklılık gösterebilmektedir.

Maddi Durum ve Çalışma Durumu:

Deney grubu çalışma durumuna göre incelendiğinde; genel travma toplam puanı, DDG, dürtüsellik ve saldırganlık düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu durum, AMKB'nin yarattığı psikopatolojik yükün, dürtü kontrol sorunlarının ve saldırganlık eğiliminin, bireyin aktif bir iş yaşamının olup olmamasından bağımsız olarak benzer şiddette seyrettiğini göstermektedir. Yani, bir işte çalışıyor olmak, bu örneklemde patolojinin davranışsal dışavurumlarını maskeleyen veya hafifleten belirgin bir koruyucu faktör olarak öne çıkmamaktadır.

Ancak, analizlerde istatistiksel anlamlılığa ulaşan tek bulgu, duygusal ihmal alt boyutunda görülmüştür. Çalışmayan katılımcıların duygusal ihmal puan ortalamaları, çalışan katılımcılara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Duygusal ihmal, çocuğun ihtiyaç duyduğu sevgi, ilgi ve aidiyet hissinden mahrum kalması olarak tanımlanır (128) ve bireyin öz-değer algısını, yeterliliğini ve sosyal uyum becerilerini zedeler. Çalışmayan gruptaki bu yüksek ihmal yükü, çocukluk döneminde kurulan yetersiz duygusal bağların, yetişkinlikte iş yaşamının gerektirdiği motivasyonu, sebatı ve kişilerarası ilişkileri sürdürme kapasitesini olumsuz etkilediği şeklinde yorumlanabilir (129). Bu bulgu, fiziksel veya cinsel istismarın aksine, duygusal yoksunluğun, bireyin üretkenliğini ve işlevselliğini baltalayarak onu iş gücünün dışına iten bir risk faktörü olduğunu düşündürmektedir.

Deney grubu maddi durumlarına göre incelendiğinde; DDG, dürtüsellik ve saldırganlık gibi klinik değişkenlerin toplam puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, bağımlılık patolojisi yerleştikten sonra, bireyin mevcut ekonomik düzeyinin semptom şiddeti üzerinde belirleyici bir faktör

olmadığını; bağımlılığın yıkıcı etkilerinin gelir düzeyinden bağımsız olarak benzer bir seyir izleyebileceğini düşündürmektedir.

Ancak, travma ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde, maddi durumu düşük olan katılımcıların hem duygusal ihmal hem de fiziksel ihmal puan ortalamalarının, orta gelirli katılımcılara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, düşük sosyoekonomik düzeyin özellikle ihmal türü travmalarla güçlü bir ilişki içinde olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürdeki aile stresi modeli ile uyumlu olan bu sonuç (130), ekonomik yoksunluğun ebeveynlerin çocuklarının temel fiziksel ihtiyaçlarını karşılama kapasitesini düşürdüğünü; aynı zamanda ekonomik stresin yarattığı psikolojik yükün, ebeveynlerin çocuklarına yeterli ilgi, sevgi ve duygusal destek sunmasını engellediğini düşündürmektedir. İstismar boyutlarında anlamlı fark görülmezken, farkın sadece ihmal boyutlarında yoğunlaşması, yoksulluğun aktif bir şiddetten ziyade, yoksunluk ve bakım eksikliği üzerinden travmatik bir zemin yarattığını ve bu ihmal ortamının AMKB gelişiminde önemli bir çevresel risk faktörü olduğunu doğrulamaktadır (131).

Bedensel Hastalık:

Deney grubu, eşlik eden bir bedensel hastalığın varlığına göre incelendiğinde, bedensel hastalığı olan grubun hem ÇÇT yükünün hem de DDG'nin, bedensel hastalığı olmayan gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Travma ölçeğinin alt boyutlarına bakıldığında, farkın özellikle fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal boyutlarında yoğunlaşması dikkat çekicidir. Bu bulgu, OÇD çalışmalarının temel hipoteziyle ve nörobiyolojik modellerle örtüşmektedir (132): Erken dönemde maruz kalınan kronik stres ve bedensel bütünlüğe yönelik tehditler, nöro-immünolojik sistemlerde kalıcı bozulmalara yol açarak, yetişkinlikte kronik bedensel hastalıkların gelişimine zemin hazırlamaktadır (133). Dolayısıyla, bu gruptaki yüksek bedensel hastalık oranı, sadece maddenin toksik etkisinin bir sonucu değil, aynı zamanda ağır travmatik geçmişin bedende bıraktığı biyolojik yükün bir yansıması olarak değerlendirilebilir.

Buna paralel olarak, bedensel hastalığı olan grupta DDG toplam puanının ve özellikle stratejiler ile amaçlar alt boyutlarının anlamlı düzeyde yüksek olması, somatizasyon mekanizmalarını akla getirmektedir. Duygusal sıkıntılarını bilişsel stratejilerle işleyemeyen ve amaca yönelik davranışlar geliştiremeyen bireyler, bu stresi bedensel semptomlar üzerinden yaşama eğilimindedir (134). Öte yandan, dürtüsellik ve saldırganlık düzeylerinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamış olması, travma ve duygu düzenleme güçlüğünün bedensel sağlığı doğrudan etkilediğini, ancak bu etkinin dışa dönük davranışsal patolojilerden ziyade, içe dönük fizyolojik yıkımla daha spesifik bir ilişki içinde olduğunu düşündürmektedir.

Sigara Kullanımı:

Deney grubunda sigara içen ve içmeyen katılımcılar karşılaştırıldığında, genel travma yükü, DDG ve dürtüsellik toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, AMKB popülasyonunda sigara kullanımının, belirli bir alt gruba özgü olmaktan ziyade, bozukluğun genel klinik görünümünün yerleşik bir parçası olduğunu düşündürmektedir.

Bununla birlikte, alt boyutlar düzeyinde saptanan iki anlamlı farklılık, grubun heterojenliğine dair önemli ipuçları sunmaktadır. Birincisi, sigara içen katılımcıların fiziksel saldırganlık puan ortalamalarının, içmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasıdır. Literatürde sigara kullanımı, sıklıkla dışsallaştırma bozuklukları spektrumu içinde değerlendirilmekte (135) ve düşük davranışsal inhibisyon ile ilişkilendirilmektedir (136). Sigara içen AMKB'li bireylerdeki bu yüksek fiziksel saldırganlık, nikotinin stimülan etkisinin yanı sıra, bu bireylerin daha şiddetli bir davranışsal disinhibisyon profiline sahip olduklarını ve öfkeyi fiziksel eyleme dökme risklerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

İkinci ve dikkat çekici bulgu ise cinsel istismar alt boyutunda görülmüştür. Beklenenin aksine, sigara içmeyen küçük grubun cinsel istismar puan ortalaması, sigara içen gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu bulgu, cinsel travma mağduru olan

bu spesifik alt grubun, travmatik stresle başa çıkmada sigara dışındaki mekanizmaları kullandığını veya cinsel travmanın yarattığı psikopatolojinin, sigara kullanımının sıkça eşlik ettiği dışa dönük saldırganlıktan ziyade, farklı bir içselleştirme örüntüsü izlediğini düşündürebilir. Ancak sigara içmeyen grubun sayısal azlığı (n=5) göz önüne alındığında, bu bulgunun genellenebilirliği sınırlıdır ve daha geniş örneklemlerle teyit edilmeye ihtiyacı vardır.

Adli Suç Öyküsü:

Deney grubu, adli suç öyküsünün varlığına göre incelendiğinde; adli kaydı bulunan grubun, bulunmayan gruba kıyasla hem ÇÇT yükünün hem de DDG'nin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Travma ölçeği alt boyutlarında farkın özellikle fiziksel istismar ve fiziksel ihmal ile duygusal istismar boyutlarında belirginleşmesi, kriminolojik literatürdeki şiddet döngüsü hipotezini destekler niteliktedir (64). Bu hipoteze göre, çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalan veya temel ihtiyaçları ihmal edilen bireyler, şiddeti bir sorun çözme yöntemi olarak içselleştirmekte ve yetişkinlikte antisosyal davranışlar sergileme riskleri artmaktadır (137). Çalışmamızdaki bulgular, AMKB popülasyonu içinde suça karışan veya yasal sorunlar yaşayan alt grubun, daha ağır ve çok boyutlu bir travmatik geçmişe sahip olduğunu; dolayısıyla suç davranışının sadece maddenin farmakolojik etkisiyle değil, erken dönemdeki şiddet yaşantılarının bıraktığı davranışsal izlerle de ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Bununla birlikte, adli öyküsü olan grupta DDG toplam puanının ve özellikle açıklık ile dürtü alt boyutlarının anlamlı düzeyde yüksek olması, suç davranışının mekanizmasına dair kritik ipuçları sunmaktadır. Açıklık boyutundaki bozulma, bu bireylerin yaşadıkları duyguları tanımlama ve anlamlandırmada ciddi zorluklar yaşadığını; Dürtü boyutundaki yükseklik ise olumsuz duygular yaşadıklarında davranışsal kontrollerini kaybettiklerini göstermektedir. Bu iki bulgu bir arada değerlendirildiğinde, adli öyküsü olan AMKB hastalarının, adlandıramadıkları kaotik duygusal durumları yönetmekte zorlandıkları ve bu içsel gerilimi fevri, yasal sınırları ihlal eden eylemlerle

dışa vurdukları anlaşılmaktadır. Sonuç olarak, bu gruptaki adli olaylar, travmatik kökenli bir duygusal körlük ve davranışsal disinhibisyonun birleşimi olarak değerlendirilebilir.

Psikiyatri Servisi Yatış Öyküsü:

AMKB tanılı hastaların oluşturduğu deney grubu, geçmişte psikiyatri servisine yatış öyküsünün varlığına göre incelendiğinde; ÇÇT, DDG, dürtüsellik ve saldırganlık ölçeklerinin ne toplam puanlarında ne de alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. İlk bakışta, yatarak tedavi gören grubun daha ağır bir psikopatolojik tablo sergilemesi beklenebilecekken, elde edilen bu bulgu, AMKB popülasyonunda altta yatan temel patolojinin yatış öyküsünden bağımsız olarak homojen ve yüksek bir şiddette seyrettiğini göstermektedir.

Bu durum, AMKB tedavisinde hastaneye yatış endikasyonlarının, genellikle bireyin sahip olduğu travmatik geçmiş veya kişilik özellikleri gibi yapısal faktörlerden ziyade; akut yoksunluk sendromu şiddeti, detoksifikasyon ihtiyacı, tıbbi komorbiditeler veya sosyal destek sisteminin çökmesi gibi durumsal ve fizyolojik krizlere dayandığı gerçeği ile açıklanabilir (138). Yani, bir hastanın ayaktan takip ediliyor olması, onun daha az travmatize olduğu veya öfke kontrolünün daha iyi olduğu anlamına gelmemektedir. Sonuç olarak, ayaktan tedavi gören grubun da en az yatarak tedavi görenler kadar derinleşmiş bir duygu düzenleme ve dürtü kontrol sorunu yaşadığı anlaşılmaktadır. Bu bulgu, klinik pratikte yatış öyküsüne bakılmaksızın, tüm AMKB hastaları için travma odaklı ve duygu düzenleme becerilerini geliştirmeyi hedefleyen yoğun psikoterapötik müdahalelerin standart bir gereklilik olduğunu ortaya koymaktadır.

5.4. Deney Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

Araştırmamızın deney grubu üzerinde gerçekleştirilen korelasyonel analizleri, AMKB patolojisinin temelini oluşturan ÇÇT, DDG, dürtüsellik ve saldırganlık değişkenlerinin, birbirlerinden izole yapılar olmadığını; aksine, birbirini besleyen, pozitif

yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ağı oluşturduklarını ortaya koymaktadır. Bu bulgular, araştırmanın temelini oluşturan ve travmayı başlatıcı faktör, DDG ve dürtüselliği aracı mekanizmalar, saldırganlığı ise nihai davranışsal çıktı olarak konumlandıran bütünleşik modeli istatistiksel olarak doğrulamaktadır.

İlişkisel örüntünün ilk basamağında, ÇÇT toplam puanı ile DDG, dürtüsellik ve saldırganlık arasında saptanan orta düzeyli ve anlamlı ilişkiler yer almaktadır. Bu durum, erken dönemde maruz kalınan kronik stresin ve ihmalin, yetişkinlikte PFK işlevlerini zayıflatarak bireyi davranışsal disregülasyona yatkın hale getirdiğini gösteren nörogelişimsel modellerle örtüşmektedir (111). Travmatik düzey arttıkça, bireyin içsel dünyasını düzenleme kapasitesi azalmakta ve dışa dönük yıkıcı davranış potansiyeli artmaktadır. Özellikle fiziksel ve duygusal istismarın, saldırganlık ile olan ilişkisinin ihmal boyutlarına göre daha güçlü olması, şiddete maruz kalmanın şiddet uygulama eğilimini sosyal öğrenme yoluyla artırdığına işaret etmektedir (93).

DDG ile dürtüsellik arasındaki yüksek düzeyli ilişki dikkat çekicidir. Özellikle DDG ölçeğinin stratejiler alt boyutu ile Barratt toplam puanı arasındaki güçlü korelasyon, olumsuz sıkışıklık fenomenini istatistiksel olarak kanıtlamaktadır (80). Bu bulgu, baş edilemeyen yoğun olumsuz duygulardan kaçınmak veya bu duyguları strateji eksikliği nedeniyle yönetememekten kaynaklanan bir çaresizlik tepkisi olduğunu göstermektedir. Birey, duygusal acıyı dindirecek sağlıklı bir stratejiye erişemediğinde, inhibisyon mekanizması devre dışı kalmakta ve dürtüsellik tetiklenmektedir.

Bağımlı değişkenimiz olan saldırganlık ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, saldırganlığın hem DDG hem de dürtüsellik ile güçlü bir pozitif ilişki içinde olduğu görülmüştür. Alt boyutlar düzeyindeki spesifik ilişkiler ise saldırganlığın doğasına ışık tutmaktadır: Öfke alt boyutu en yüksek korelasyonu DDG ile gösterirken; fiziksel saldırganlık alt boyutu en anlamlı ilişkilerini motor dürtüsellik ve genel dürtüsellik ile sergilemiştir. Bu ayrışma, AMKB hastalarındaki öfkenin temelinde duygusal bir regülasyon yetersizliğinin (139), fiziksel saldırganlığın temelinde ise davranışsal bir inhibisyon yetersizliğinin yattığını teyit etmektedir (140). Sonuç olarak, deney grubu

içindeki bu korelasyonel matris, saldırganlığın tek başına ele alınabilecek bir semptom olmadığını; travmatik zemin üzerinde yükselen, duygu düzenleme ve dürtü kontrol sistemlerinin çöküşüyle karakterize, çok katmanlı bir sürecin sonucu olduğunu ortaya koymaktadır.

5.5. Deney Grubunda ÇÇT ve Saldırganlık Arasındaki İlişkide DDG ve Dürtüselliğin Aracı Rollerinin Değerlendirilmesi

Çalışmanın önemli bulgularından biri, AMKB olan bireylerde ÇÇT'nin saldırganlık üzerindeki etkisinin doğrudan olmaktan ziyade, DDG ve dürtüsellik üzerinden gerçekleşen tam ve seri bir aracılık mekanizmasına dayanmasıdır. Analiz sonuçlarımız, ÇÇT'nin saldırganlığı yordama gücünün, modele DDG ve dürtüsellik eklendiğinde istatistiksel anlamlılığını yitirdiğini (β=0.428'den β=0.140'a düşüş) göstermiştir. Bu durum, travmatik yaşantıların saldırganlık davranışına dönüşmesinde, bireyin duygularını düzenleyememesinin ve buna bağlı gelişen dürtüselliğin kilit birer mekanizma olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda ÇÇT'nin DDG'yi güçlü bir şekilde yordadığı saptanmıştır. Bu bulgu, literatürdeki travmatik stresin nörogelişimsel etkileri ile örtüşmektedir. Erken dönemde ihmal ve istismara maruz kalmak, beynin duygu düzenlemeden sorumlu PFK ile tehdit algısından sorumlu amigdala arasındaki bağlantısallığı bozmaktadır (141).

Literatürde, özellikle bakım veren tarafından oluşturulan güvenli bağlanma zemininden yoksun kalan bireylerin, duygusal yatışmayı içselleştiremedikleri ve yetişkinlikte yoğun olumsuz duygularla başa çıkma kapasitelerinin sınırlı olduğu vurgulanmaktadır (53). AMKB grubundaki hastalarımızda gözlenen bu ilişki, maddenin kendisinin de bir duygu düzenleme aracı olarak kullanıldığı teorisini destekler niteliktedir. Travmatize birey, regüle edemediği duygusal acıyı dindirmek için maddeye yönelmekte (9), ancak madde kullanımı PFK işlevlerini daha da bozarak duygu düzenleme kapasitesini daha da zayıflatmaktadır (115).

Çalışmamızın özgün bulgularından biri, dürtüselliğin tek başına bir aracı olarak anlamlı bulunmaması, ancak duygu düzenleme güçlüğü ile birleştiğinde anlamlı bir seri aracılık (Travma → DDG → Dürtüsellik → Saldırganlık) oluşturmasıdır. Modelimizde ÇÇT, DDG kontrol edildiğinde dürtüselliği doğrudan yordamamaktadır.

Bu bulgu, klinik literatürde olumsuz sıkışıklık kavramıyla açıklanabilir (83). AMKB olan bireylerdeki dürtüsellik, genel bir bilişsel kontrol eksikliğinden ziyade, yoğun ve baş edilemeyen olumsuz duygulara bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır. Birey, yaşadığı yoğun disfori, öfke veya anksiyeteyi yönetemediğinde, bu histen acil olarak kurtulmak için düşünmeden eyleme geçmektedir. Dolayısıyla, bu hasta grubunda dürtüsellik, travmanın doğrudan bir sonucu değil, travmanın yarattığı duygusal kaosun davranışsal bir çıktısıdır. Literatürde de belirtildiği üzere, özellikle madde bağımlılarında dürtüsel davranışlar sıklıkla duygusal disregülasyon bağlamında tetiklenmektedir (78).

Analizlerimizde, hem DDG'nin hem de dürtüselliğin saldırganlığı anlamlı düzeyde yordadığı görülmüştür. Bu tablo, AMKB olan bireylerdeki saldırganlığın büyük ölçüde reaktif saldırganlık doğasında olduğunu düşündürmektedir. Reaktif saldırganlık, algılanan bir tehdide veya engellenmeye karşı verilen, yoğun duygusal uyarılma içeren ve kontrol edilemeyen bir tepkidir (142).

Elde ettiğimiz seri aracılık modeli şu patolojik döngüyü işaret etmektedir:

Travmatik Zemin: ÇÇT bireyi tehditlere karşı aşırı duyarlı ve duygusal olarak kırılgan hale getirir.

Regülasyon Başarısızlığı: Birey yetişkinlikte karşılaştığı stresörler karşısında duygularını düzenleyemez.

Dürtüsel Tepki: Düzenlenemeyen bu yoğun duygusal baskı, sonuçları düşünmeden ani eyleme geçme ihtiyacını doğurur.

Saldırganlık: Bu dürtüsel boşalım, sıklıkla sözel veya fiziksel saldırganlık olarak dışa vurulur.

Bu bulgu, Berkowitz'in bilişsel çağrışım modeli ve Dodge'un sosyal bilgi işleme modeli ile uyumludur (96,97). Travmatize ve madde kullanan beyin, nötr ipuçlarını bile düşmanca yorumlama eğilimindedir. Buna PFK'deki dürtü kontrolü mekanizmasının madde ve travma etkisiyle zayıflaması eklendiğinde, saldırganlık kaçınılmaz bir sonuç haline gelmektedir.

Literatürdeki çalışmalar genellikle bu değişkenleri ikili (travma-madde veya travma-saldırganlık) olarak ele almıştır. Örneğin, Hallowell ve ark. travma ve dürtüsellik arasındaki nöral bağlantıları incelemiş (143), Miu ve ark. ise duygu düzenlemenin psikopatolojideki aracı rolünü meta-analizle göstermiştir (8).

Ancak bizim çalışmamız, Türkiye'deki AMKB örnekleminde bu dört değişkeni bütünleşik bir modelde test ederek, dürtüselliğin duygusal kökenine dikkat çekmesiyle literatüre özgün bir katkı sunmaktadır. Çalışmamız, dürtüselliğin travmanın doğrudan bir sonucu olmadığını; aksine travmatik zemin üzerinde gelişen DDG'nin davranışsal bir çıktısı olduğunu ortaya koyarak, klinik hedeflerin belirlenmesinde kritik bir yol gösterici olmuştur.

Sonuç olarak, AMKB tanılı bireylerde saldırganlığı azaltmak için sadece öfke kontrolü veya davranışsal engellemeye odaklanmak yeterli olmayabilir. Elde edilen tam aracılık bulgusu, saldırganlığın kökenindeki asıl sorunun travmatik yaşantıların bugüne yansıyan gölgesi olan DDG olduğunu düşündürmektedir.

Bu nedenle, klinik uygulamalarda: Travma odaklı terapilerin tedavi protokollerine entegre edilmesi, dürtüleri bastırmaktan ziyade, dürtüye neden olan duyguyu tanıma ve düzenleme becerilerinin geliştirilmesi, duygu düzenleme ve sıkıntı toleransını artıran modüllerin bağımlılık tedavisinde önceliklendirilmesi, bu popülasyondaki hem nüks riskini hem de şiddet davranışlarını azaltmada anahtar rol oynayabilir.

5.6. Deney Grubunda Saldırganlığın Spesifik Yordayıcılarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, AMKB tanılı bireylerde saldırganlık davranışının altında yatan spesifik belirleyicileri saptamak amacıyla yapılan adımsal regresyon analizi, saldırganlığın varyansının %54'ünü açıklayan güçlü bir model ortaya koymuştur. Analiz sonucunda, saldırganlığın en güçlü yordayıcılarının sırasıyla DDG-Stratejiler alt boyutu, Motor Dürtüsellik, DDG-Dürtü alt boyutu ve Duygusal İstismar olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, AMKB'de saldırganlığın tek bir nedene indirgenemeyeceğini; aksine travmatik geçmiş, duygusal düzenleme yetersizliği ve nörobiyolojik frenleme mekanizmalarındaki bozulmanın birleşimiyle ortaya çıkan kümülatif bir patoloji olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda saldırganlığın en güçlü yordayıcısı, DDGÖ'nün stratejiler alt boyutu olarak bulunmuştur. Bu alt boyut, bireyin yoğun olumsuz duygular yaşadığında, bu durumu yatıştıracak etkili başa çıkma yöntemlerine sahip olmadığına dair inancını temsil eder (116).

AMKB olan bireylerin, sağlıklı popülasyona kıyasla adaptif stratejileri daha az kullandığı, bunun yerine bastırma veya kaçınma gibi maladaptif stratejilere yöneldiği bilinmektedir. Literatürde vurgulanan strateji-durum uyumsuzluğu hipoteziyle paralel olarak (74), hastalarımız yaşadıkları öfke veya disfori anında işlevsel bir B planına sahip değildir. Bu çaresizlik hissi, bireyi duygusal acıyı dindirmek için en hızlı ve en iyi bildiği yola, yani madde kullanımına veya duygusal gerilimi boşaltmak için saldırgan davranışlara itmektedir. Bu bulgu, Gross'un süreç modeli bağlamında, bu bireylerin duyguyu henüz oluşmadan düzenleyen öncül odaklı stratejilerden yoksun olduklarını ve kriz anında kontrolü kaybettiklerini düşündürmektedir (68).

Modelimizin dikkat çekici bir bulgusu, saldırganlığın hem duygusal kökenli dürtüsellik hem de davranışsal kökenli motor dürtüsellik tarafından eş zamanlı ve bağımsız olarak yordanmasıdır; bu da sorunun hem duygusal regülasyon hem de motor inhibisyon boyutları olduğunu düşündürmektedir.

Duygusal Dürtüsellik: Dürtü alt boyutunun yordayıcılığı, hastaların sadece dürtüsel olmadıklarını, spesifik olarak üzgün veya öfkeli olduklarında davranışlarını kontrol edemediklerini göstermektedir. Olumsuz sıkışıklık, saldırganlığın proaktif değil, yoğun bir duygu patlamasıyla, reaktif olarak gerçekleştiğini kanıtlar niteliktedir (144).

Motor Dürtüsellik: Motor dürtüsellik alt boyutunun yordayıcılığı, sorunun nörobiyolojik boyutuna işaret eder. Bu boyut, düşünmeden harekete geçmeyi ve eylemi durduramamayı ifade eder. Kronik madde kullanımının PFK'deki inhibitör kontrol mekanizmalarını (özellikle İnferior Frontal Girus) bozduğu ve beynin dürtü kontrolünü zayıflattığı yönündeki nörobiyolojik kanıtlar, bu bulgumuzu desteklemektedir (145).

Sonuç olarak, AMKB hastalarında saldırganlık; bir yandan yoğun duygu anında kontrolü kaybetme, diğer yandan eylemi motor düzeyde durduramama şeklindeki çifte mekanizmayla beslenmektedir.

ÇÇT'nin beş alt boyutu arasından, sadece duygusal istismarın saldırganlığı anlamlı düzeyde yordaması, çalışmamızın önemli ve literatüre katkı sağlayabilecek bulgularından biridir. Fiziksel veya cinsel istismarın aksine, duygusal istismar fiziksel iz bırakmasa da, bireyin kendilik algısını ve dünya görüşünü derinden sarsan travma türüdür.

Bu bulgu, Dodge'un sosyal bilgi işleme kuramı ve düşmanca atıf yanlılığı kavramlarıyla açıklanabilir. Çocukluğunda sürekli eleştirilen, aşağılanan ve duygusal ihtiyaçları görmezden gelinen birey, dünyayı düşmanca ve insanları güvenilmez olarak kodlar (97). Bu şema, yetişkinlikte en ufak bir nötr uyaranı bile aşağılanma veya tehdit olarak algılamasına ve buna bir yaralanma tepkisi olarak şiddetli saldırganlıkla yanıt vermesine neden olabilir. Literatürde de duygusal istismarın, DDG üzerinden psikopatolojiyi yordama gücünün fiziksel istismardan daha yüksek olabileceğine dair kanıtlar mevcuttur (146).

Özetle, AMKB tanılı bireylerde saldırganlık; çocuklukta maruz kalınan duygusal istismarın yarattığı bilişsel çarpıtmalarla başlayan, yetişkinlikte etkili duygu düzenleme

stratejilerinin eksikliğiyle şiddetlenen ve nörobiyolojik bir motor dürtüsellik ile son eyleme dönüşen çok katmanlı bir süreçtir. Bu bulgular, tedavide sadece maddeyi bıraktırmanın ötesinde; duygusal istismarın onarılmasına yönelik travma terapilerinin ve dürtüsel tepkiler yerine alternatif başa çıkma stratejilerinin öğretildiği beceri eğitimlerinin hayati önem taşıdığını ortaya koymaktadır.

5.7. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmanın bulguları, sonuçların genellenebilirliğini ve yorumlanmasını etkileyebilecek çeşitli metodolojik ve teorik sınırlılıklar çerçevesinde değerlendirilmelidir. Araştırmanın en temel metodolojik kısıtlılığı, kesitsel bir desene sahip olmasıdır. Verilerin tek bir zaman noktasında toplanmış olması, değişkenler arasında yalnızca korelasyonel ve yordayıcı ilişkilerin saptanmasına olanak tanımaktadır. İlişkilerin döngüsel doğasını netleştirmek adına boylamsal çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Örneklem özellikleri açısından incelendiğinde, çalışmanın Sivas ilindeki tek bir merkezde ve olasılıklı olmayan örnekleme yöntemiyle yürütülmüş olması, sosyokültürel faktörlerin izole edilmesini zorlaştırmakta ve sonuçların tüm popülasyonuna genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Ayrıca, deney grubunun büyük çoğunluğunun (%87,5) erkek katılımcılardan oluşması ve kadın katılımcı sayısının erkek katılımcı sayısına ulaşamaması, bulguların cinsiyete dayalı analizlerini ve kadın popülasyonuna genellenmesini kısıtlamaktadır.

Veri toplama araçlarına ilişkin sınırlılıklar ele alındığında, çalışmada kullanılan tüm ölçeklerin öz-bildirime dayalı olması, hatırlama ve sosyal istenirlik yanlılığı risklerini beraberinde getirmektedir. Özellikle ÇÇTÖ gibi retrospektif araçlarda, katılımcıların geçmişi hatırlama biçimleri mevcut psikopatolojilerinden etkilenebilmektedir. Benzer şekilde, saldırganlık ve madde kullanımı gibi damgalanmaya açık konularda katılımcıların semptomlarını minimize etme eğilimi verilerin güvenilirliğini etkileyebilecek bir faktördür.

Son olarak, çalışmanın iç geçerliliğini korumak adına aktif psikotik bozukluk veya ağır nörolojik hasarı olan hastaların dışlanması, sonuçların karmaşık klinik vakalara uygulanabilirliğini kısmen sınırlandırmıştır. Benzer şekilde, katılımcıların tedavi sürecinin hangi aşamasında oldukları ve kullandıkları psikotrop ilaçların saldırganlık üzerindeki olası sedatif etkileri analizlerde kontrol değişkeni olarak ele alınmamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, AMKB tanılı bireylerde ÇÇT, DDG, dürtüsellik ve saldırganlık arasındaki çok boyutlu etkileşimler incelenmiştir. Elde edilen bulgular, AMKB tanılı bireylerin sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek ÇÇT yüküne, DDG'ye, dürtüsel eğilimlere ve saldırganlık düzeylerine sahip olduğunu göstermiştir. Özellikle fiziksel ve duygusal ihmal oranlarının yüksekliği, bu popülasyonda yoksunluk temelli travmaların etiyolojik önemini ortaya koymaktadır.

Araştırmanın en önemli sonucu, ÇÇT'nin saldırganlık üzerindeki etkisinin doğrudan olmaktan ziyade, DDG ve dürtüsellik üzerinden gerçekleşen tam ve seri bir aracılık mekanizmasına dayanmasıdır. Bulgularımıza göre, ÇÇT bireyin duygu düzenleme kapasitesini bozmakta; bu yetersizlik, yoğun olumsuz duygular karşısında inhibisyon mekanizmasını devre dışı bırakarak dürtüselliği tetiklemekte ve nihai çıktı olarak saldırganlığa yol açmaktadır. Bu bağlamda saldırganlık, sadece bir davranış sorunu değil, travmatik zemin üzerinde yükselen bir duygu düzenleme patolojisinin dışavurumu olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca, saldırganlığın en güçlü yordayıcılarının DDG-stratejiler alt boyutu ve duygusal istismar olması, sorunun kökeninde baş etme mekanizmalarının yokluğunun ve erken dönem duygusal yaralanmaların yattığını kanıtlamaktadır. Cinsiyet ve sosyodemografik veriler incelendiğinde ise kadın hastalarda cinsel istismar öyküsünün, erkek hastalarda fiziksel saldırganlığın daha belirgin olduğu; düşük sosyoekonomik düzeyin ise ihmal türü travmalarla güçlü bir ilişki içinde olduğu saptanmıştır.

Elde edilen bu sonuçlar ışığında klinik uygulamalara yönelik öneriler bütüncül bir perspektifle ele alınmalıdır. AMKB tedavisinde tek başına madde kullanımını sonlandırmaya odaklanan detoksifikasyon süreçlerinin ötesine geçilerek, travma odaklı terapilerin tedavi protokollerine standart olarak entegre edilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte, saldırganlığı ve nüksü önlemek adına, hastaların olumsuz duygularla baş etme stratejilerini geliştirecek terapi modüllerinin uygulanması elzemdir; zira tedavi hedefi salt öfke kontrolünden ziyade, öfkeyi doğuran duygu regülasyonu olmalıdır. Ayrıca, kadın

hastalarda cinsel travma ve suçluluk duygularına, erkek hastalarda ise fiziksel saldırganlık ve dürtü kontrolüne odaklanan cinsiyete özgü, özelleştirilmiş psikoterapötik müdahalelerin planlanması tedavinin etkinliğini artıracaktır.

Gelecek araştırmalar açısından ise, kesitsel desendeki bu çalışmanın bulgularını desteklemek ve nedensellik ilişkilerini netleştirmek amacıyla, travma ve duygu düzenlemenin tedavi sürecindeki değişimini izleyen boylamsal çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. AMKB çalışmalarında sıklıkla karşılaşılan erkek egemen örneklem sınırlılığını aşmak adına kadın katılımcı sayısının artırılması, cinsiyetler arası nörobiyolojik ve psikososyal farkların daha net anlaşılmasını sağlayacaktır. Son olarak, özbildirim ölçeklerine ek olarak fMRI veya EEG gibi nörogörüntüleme tekniklerinin kullanılması, PFK ve amigdala arasındaki bağlantısallık bozulmalarının klinik bulgularla eşleştirilmesine ve böylece sorunun biyolojik temellerinin daha iyi anlaşılmasına olanak tanıyacaktır.

KAYNAKÇA

1. World Drug Report 2024 [Internet]. [cited 2025 Oct 2].
2. United Nations Office of Drug Control. Key Findings and Conclusions World Drug Report 2024. United Nations. 2024;341–64.
3. Wang C, Zhu L, Zheng W, Peng H, Wang J, Cui Y, et al. Effects of childhood trauma on aggressive behaviors and hippocampal function: the modulation of COMT haplotypes. Psychoradiology [Internet]. 2023 Mar 1 [cited 2025 Oct 3];3:kkad013.
4. Broekhof R, Nordahl HM, Tanum L, Selvik SG. Adverse childhood experiences and their association with substance use disorders in adulthood: A general population study (Young-HUNT). Addictive Behaviors Reports [Internet]. 2023 Jun 1 [cited 2025 Oct 3];17:100488.
5. Leza L, Siria S, López-Goñi JJ, Fernández-Montalvo J. Adverse childhood experiences (ACEs) and substance use disorder (SUD): A scoping review. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2025 Oct 3];221.
6. Grummitt L, Barrett E, Kelly E, Newton N. An Umbrella Review of the Links Between Adverse Childhood Experiences and Substance Misuse: What, Why, and Where Do We Go from Here? Subst Abuse Rehabil [Internet]. 2022 Nov [cited 2025 Oct 3];Volume 13:83–100.
7. Dvir Y, Ford JD, Hill M, Frazier JA. Childhood Maltreatment, Emotional Dysregulation, and Psychiatric Comorbidities. Harv Rev Psychiatry [Internet]. 2014 [cited 2025 Oct 3];22(3):149.
8. Miu AC, Szentágotai-Tătar A, Balázsi R, Nechita D, Bunea I, Pollak SD. Emotion regulation as mediator between childhood adversity and psychopathology: A meta-analysis. Clin Psychol Rev [Internet]. 2022 Apr 1 [cited 2025 Oct 3];93:102141.

9. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. Harv Rev Psychiatry [Internet]. 1997 [cited 2025 Oct 3];4(5):231–44.

10. De Wit H. Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. Addiction biology [Internet]. 2008 Jan [cited 2025 Oct 3];14(1):22.

11. Tamam L, Güleç H, Karataş G. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) Türkçe Uyarlama Çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi. 2013;50:130–4.

12. Loree AM, Lundahl LH, Ledgerwood DM. Impulsivity as a predictor of treatment outcome in substance use disorders: Review and synthesis. Drug Alcohol Rev. 2015 Mar 1;34(2):119–34.

13. Kretschmar JM, Flannery DJ. Substance Use and Violent Behavior. The Cambridge Handbook of Violent Behavior and Aggression [Internet]. 2007 Jun 18 [cited 2025 Oct 3];647–63.

14. Su X, Li W, Hu C, Liu H, Lian R. The longitudinal relationship between executive dysfunction and reactive and proactive aggression in adolescents: impulsivity as a mediator and sex differences. Front Psychiatry. 2024 Dec 20;15:1484340.

15. Nathan PE, Conrad M, Skinstad AH. History of the Concept of Addiction. The Annual Review of Clinical Psychology is online at [Internet]. 2015 [cited 2025 Oct 3];12:29–51.

16. Crocq MA. Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. Dialogues Clin Neurosci [Internet]. 2007 [cited 2025 Oct 3];9(4):355.

17. Gulec G, Kosger F, Essizoglu A. Alcohol and Substance Use Disorders in DSM-5. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry

[Internet]. 2015 [cited 2025 Oct 2];1.

18. Nelson A. A Social History of Problematic Substance Use. Social Work with Substance Users. 2012 Jan 1;5–18.

19. Berridge V, Mold A, Beccaria F, Eisenbach-Stangl I, Herczyńska G, Moskalewicz J, et al. Addiction in Europe, 1860s-1960s: Concepts and Responses in Italy, Poland, Austria and the United Kingdom. [cited 2025 Oct 3];

20. Smith DE. The evolution of addiction medicine as a medical specialty. Virtual Mentor. 2011;13(12):900–5.

21. Çakır G. Türkiye'de Uyuşturucu Maddelere Yönelik Geliştirilen Politikalar. Akademik Tarih ve Araştırmalar Dergisi. 2021;(5):105–37.

22. Substance Use Disorders vs. Substance Abuse and Dependence: DSM-5 changes » Online Graduate Certificate in Addiction and Recovery » College of Medicine » University of Florida [Internet]. [cited 2025 Oct 4].

23. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: Recommendations and rationale. American Journal of Psychiatry [Internet]. 2013 Aug 1 [cited 2025 Oct 4];170(8):834–51.

24. Moore BA, Barnett JE. SUBSTANCE-RELATED DISORDERS. Case Studies in Clinical Psychological Science: Bridging the Gap from Science to Practice [Internet]. 2017 Aug [cited 2025 Oct 4];1–17.

25. Uhl GR, Koob GF, Cable J. The neurobiology of addiction. Ann N Y Acad Sci [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2025 Oct 4];1451(1):5.

26. Over 3 million annual deaths due to alcohol and drug use, majority among men - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. [cited 2025 Oct 4].

27. World Drug Report 2025 Key Findings. [cited 2025 Oct 4]

28. TÜİK Kurumsal [Internet]. [cited 2025 Oct 3].

29. Dayi A, Gulec G, Mutlu F. Prevalence of Tobacco, Alcohol and Substance use Among Eskisehir Osmangazi University Students. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2015;28(4).

30. Deak JD, Johnson EC. Genetics of substance use disorders: a review. Psychol Med [Internet]. 2021 Oct 21 [cited 2025 Oct 4];51(13):2189.

31. Goldman D, Oroszi G, Ducci F. The Genetics of Addictions: Uncovering the Genes.

32. Turner S, Mota N, Bolton J, Sareen J. Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature. Depress Anxiety [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2025 Oct 3];35(9):851.

33. Research I of M (US) C on O in DA. Etiology - Pathways of Addiction - NCBI Bookshelf. 1996 [cited 2025 Oct 4]

34. Smith MA. Social Learning and Addiction. Behavioural brain research [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2025 Oct 4];398:112954.

35. Ricci V, Martinotti G, Maina G. Substance-Induced Psychosis: Diagnostic Challenges and Phenomenological Insights. Psychiatry International 2024, Vol 5, Pages 759-772 [Internet]. 2024 Oct 15 [cited 2025 Oct 4];5(4):759–72.

36. Fiorentini A, Cantù F, Crisanti C, Cereda G, Oldani L, Brambilla P. Substance-Induced Psychoses: An Updated Literature Review. Front Psychiatry. 2021 Dec 23;12.

37. Revadigar N, Gupta V. Substance-Induced Mood Disorders. The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology [Internet]. 2022 Nov 14 [cited 2025 Oct 4]

38. Skodol AE, Oldham JM, Gallaher PE. Axis II comorbidity of substance use

disorders among patients referred for treatment of personality disorders. American Journal of Psychiatry [Internet]. 1999 [cited 2025 Oct 4];156(5):733–8.

39. M.A. Shuckit. Drug and Alcohol Abuse - A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment. Springer Science & Business Media; 2013.

40. Luo SX, Bisaga A. Opioid Use and Related Disorders. 10th ed. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Vol. 1. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry; 2017.

41. R.A. I, R.D. W. Stimulant-Related Disorders. 10th ed. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Vol. 1. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry; 2017.

42. Özgür H, Tez E, Üyesi Ö, Üney R. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ YAŞANTIYA ETKİSİ, DEPRESYON VE YARATICILIK ARASINDAKİ İLİŞKİ PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ.

43. Gül F, Çelik H, Hocaoğlu Ç, Tayyip R, Üniversitesi E, Psikiyatri TF, et al. Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme Childhood Traumas: A Review.

44. World Health Organization: WHO. Child maltreatment [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 4].

45. World Health Organization: WHO. Violence Info – Child maltreatment [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 4].

46. Daley SF, Gonzalez D, Mirabal AB, Afzal M. Child Abuse and Neglect. StatPearls [Internet]. 2025 Apr 11 [cited 2025 Oct 4]

47. Zarse EM, Neff MR, Yoder R, Hulvershorn L, Chambers JE, Chambers RA. The adverse childhood experiences questionnaire: Two decades of research on childhood trauma as a primary cause of adult mental illness, addiction,

and medical diseases. Cogent Med [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2025 Oct 4];6(1):1581447.

48. Morse M, Strompolis M, Srivastav A. The Adverse Childhood Experiences Study: Lessons Learned and Future Directions. 2018 [cited 2025 Oct 4]

49. Swedo EA, Aslam M V., Dahlberg LL, Niolon PH, Guinn AS, Simon TR, et al. Prevalence of Adverse Childhood Experiences Among U.S. Adults — Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2011–2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 2025 Jun 30 [cited 2025 Oct 4];72(26):707–15.

50. van der Kolk BA. Developmental Trauma Disorder-Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. Psychiatr Ann. 2005 May;(35):401–8.

51. Bremness A, Polzin W. Commentary: Developmental Trauma Disorder: A Missed Opportunity in DSM V. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry [Internet]. 2014 [cited 2025 Oct 4];23(2):142.

52. Toof J, Wong J, Devlin JM. Childhood Trauma and Attachment. "Family Journal, The" [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2025 Oct 4];28(2):194–8.

53. Bosmans G, Borelli JL. Attachment and the Development of Psychopathology: Introduction to the Special Issue. Brain Sci [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2025 Oct 4];12(2):174.

54. Lahousen T, Unterrainer HF, Kapfhammer HP. Psychobiology of Attachment and Trauma—Some General Remarks From a Clinical Perspective. Front Psychiatry [Internet]. 2019 Dec 12 [cited 2025 Oct 4];10:914.

55. Çocukluk Çağı Travması, Psikolojik Esneklik ve OKB: Üçlü Bir Perspektif * Childhood Trauma, Psychological Flexibility and OCD: A Triple Perspective Gökhan Can i , Nilgün Onnar ii. [cited 2025 Oct 3]

56. Polat O. TÜRKİYE'DE ÇOCUK İSTİSMARI RAPORU-2 BASIN ÖZETİ.

57. Yüksel M, Elif GÖKÇEARSLAN ÇİFCİ -Doç. YETİŞKİN HÜKÜMLÜLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA DÜZEYİNİN BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ Examining Childhood Trauma Level Of Adult Convicts İn Terms Of Some Variables. 2017;(7):30.

58. Yöyen EG. IJ §ER International Journal of Social Sciences and Education Research Çocukluk çağı travması ve benlik saygısı Childhood trauma and self-respect. 2015 [cited 2025 Oct 4];

59. Austin AE, Lesak AM, Shanahan ME. Risk and protective factors for child maltreatment: A review. Curr Epidemiol Rep [Internet]. 2020 Dec [cited 2025 Oct 4];7(4):334.

60. Adinoff B. Neurobiologic Processes in Drug Reward and Addiction. Harv Rev Psychiatry [Internet]. 2004 Nov [cited 2025 Oct 5];12(6):305.

61. Maria MMMS, McRae-Clark AL, Back SE, DeSantis SM, Baker NL, Spratt EG, et al. Influence of Cocaine Dependence and Early Life Stress on Pituitary-Adrenal Axis Responses to CRH and the Trier Social Stressor. Psychoneuroendocrinology [Internet]. 2010 Nov [cited 2025 Oct 5];35(10):1492.

62. Tofoli SM de C, Baes C von W, Martins CMS, Juruena M. Early life stress, HPA axis, and depression. Psychol Neurosci [Internet]. 2011 [cited 2025 Oct 5];4(2):229–34.

63. Enoch MA. The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. Psychopharmacology (Berl) [Internet]. 2011 Mar 1 [cited 2025 Nov 26];214(1):17–31.

64. Widom CS. The Cycle of Violence. Science (1979) [Internet]. 1989 [cited 2025 Nov 26];244(4901):160–6.

65. Akgün S, Aydın A. Ergenlikte Reaktif Proaktif Saldırganlık Öfke ve Narsisizm İlişkisi [Internet]. 2012 [cited 2025 Oct 25].

66. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP, Kim DM. The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. Neurosci Biobehav Rev [Internet]. 2003 Jan 1 [cited 2025 Nov 26];27(1–2):33–44.

67. Erdem Z, Dilekler Aldemir İ. Araştırma Makalesi/Original Article Genç Yetişkinler ve Bakım Verenlerinin Duygu Düzenleme Strateji Kullanımları: Nitel Bir İnceleme. 2022 [cited 2025 Oct 5];

68. McRae K, Gross JJ. Emotion regulation. Emotion. 2020 Feb 1;20(1):1–9.

69. Martínez-Priego C, García-Noblejas BP, Roca P. Strategies and goals in Emotion Regulation models: a systematic review. Front Psychol. 2024 Oct 2;15:1425465.

70. Chiesa A, Serretti A, Jakobsen JC. Mindfulness: Top–down or bottom–up emotion regulation strategy? Clin Psychol Rev. 2013 Feb 1;33(1):82–96.

71. Kobylińska D, Kusev P. Flexible emotion regulation: How situational demands and individual differences influence the effectiveness of regulatory strategies. Front Psychol [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2025 Oct 16];10(FEB):354525.

72. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. Psychophysiology. 2002;39(3):281–91.

73. Martins EC, Freire M, Ferreira-Santos F. EXAMINATION OF ADAPTIVE AND MALADAPTIVE COGNITIVE EMOTION REGULATION STRATEGIES AS TRANSDIAGNOSTIC PROCESSES: ASSOCIATIONS WITH DIVERSE PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS IN COLLEGE STUDENTS. Stud Psychol (Bratisl). 2016;58:1.

74. Paul S, Pruessner L, Strakosch AM, Miano A, Schulze K, Barnow S. Examining the Strategy-Situation Fit of Emotion Regulation in Everyday Social Contexts. Emotion. 2023 Jan 23;23(7):1971–84.

75. Chen WL, Liao WT. Emotion Regulation in Close Relationships: The Role of Individual Differences and Situational Context. Front Psychol [Internet]. 2021 Jul 28 [cited 2025 Oct 20];12:697901.

76. Gem Z. Duygu farkındalığı ve duygu mitlerine yönelik ölçüm araçlarının ve duygu düzenlemeye yönelik bütünsel bir müdahale programının geliştirilmesi: Bir ön değerlendirme [Internet]. [İzmir]: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018 [cited 2025 Oct 5].

77. Aksu G, Eser MT, Huseynbalayeva S. The Relationship Between Depression And Emotion Dysregulation: A Meta-Analytic Study. Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal. 2023 Dec 1;13(71):494–509.

78. Stellern J, Xiao K Bin, Grennell E, Sanches M, Gowin JL, Sloan ME. Emotion regulation in substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. Addiction. 2023 Jan 1;118(1):30–47.

79. Paulus FW, Ohmann S, Möhler E, Plener P, Popow C. Emotional Dysregulation in Children and Adolescents With Psychiatric Disorders. A Narrative Review. Front Psychiatry [Internet]. 2021 Oct 25 [cited 2025 Oct 21];12:628252.

80. Scott JP, Dilillo D, Maldonado RC, Watkins LE, Scott J, Panuzio ;, et al. Negative Urgency and Emotion Regulation Strategy Use: Associations with Displaced Aggression. 2015 [cited 2025 Oct 21]

81. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. American Journal of Psychiatry [Internet]. 2001 [cited 2025 Oct 21];158(11):1783–93.

82. Güzel Özdemir P, Selvi Y, Aydın ÖZET A. Dürtüsellik ve Tedavisi Impulsivity and Its Treatment. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry [Internet]. 2012 [cited 2025 Oct 21];4(3):293–314.

83. Tekeoğlu U, Çöp E, Avcı H. Çocuklar için UPPS-P Dürtüsel Davranış

Ölçeği: Türkçeye Uyarlama, Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması . Türk Psikiyatri Dergisi [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 21];(36):297–308.

84. Yazıcı K, Yazıcı AE. Dürtüselliğin Nöroanatomik ve Nörokimyasal Temelleri Neuroanatomical and Neurochemical Basis of Impulsivity. PSİKİYATRİDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR/CURRENT APPROACHES IN PSYCHIATRY [Internet]. 2010 [cited 2025 Oct 23];(2):254–80.

85. Rosenbloom MH, Schmahmann JD, Price BH. The functional neuroanatomy of decision-making. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences [Internet]. 2012 [cited 2025 Oct 23];24(3):266–77.

86. Siever LJ. Neurobiology of aggression and violence. American Journal of Psychiatry [Internet]. 2008 Apr [cited 2025 Oct 23];165(4):429–42.

87. Verdejo-García A, Lawrence AJ, Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. Neurosci Biobehav Rev [Internet]. 2008 Jan 1 [cited 2025 Nov 26];32(4):777–810.

88. Jhangiani DrR, Tarry DrH. 9.1 Defining Aggression [Internet]. BCcampus; 2022 [cited 2025 Oct 24].

89. Groves C, Anderson CA. Human Aggression. Oxford Research Encyclopedia of Psychology [Internet]. 2019 Apr 26 [cited 2025 Oct 25]

90. Kaya İ. Investigation of the Relationship of Physical and Relational Aggression of Preschool Children with Temperament Characteristics. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi/Journal of the Human and Social Sciences Researches. 2020;5(9):3361–78.

91. Bushman BJ. Does Venting Anger Feed or Extinguish the Flame? Catharsis, Rumination, Distraction, Anger, and Aggressive Responding. 2002;

92. Freud S. Beyond the Pleasure Principle. The International Psycho-Analytical Press eBooks. 2006;1–83.

93. Aşkın M. Sosyal Öğrenme Kuramı Açısından Olumlu ve Olumsuz Sosyal Davranışlar. Eğitim Fakültesi Dergisi. 1986;1(1):147–53.

94. Khadka C. View of Social Learning Theory and the Development of Aggression. Medha [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 26];1(7):79–92.

95. Karataş Terzi C. Ergenlerde Saldırganlığın Madde Bağımlılığı ve Diğer Değişkenlerle İlişkisi. [Ankara]: GAZİ ÜNİVERSİTESİ; 2009.

96. Berkowitz L, Cochran ST, Embree MC. Cognitive-Neoassociationistic (CNA) Model. J Pers Soc Psychol [Internet]. 1981 [cited 2025 Oct 26];40(4):687–700.

97. Santone E, Crothers LM, Kolbert JB, Miravalle J. Using Social Information Processing Theory to Counsel Aggressive Youth.

98. Abay E, Tuğlu C. Şiddet ve Agresyonun Nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri. 2000;(3):21–6.

99. Üniversitesi K, Devlet Hastanesi Y, Gaziosmanpaşa Üniversitesi T, Bahadır Geniş T, Şahin F, Gürhan N, et al. Alkol/Madde Kullanım Bozukluklarında Şiddet ve İntiharın Nörobiyolojik Temelleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar [Internet]. 2022 Jun 30 [cited 2025 Oct 3];14(2):264–75.

100. Sontate K V., Rahim Kamaluddin M, Naina Mohamed I, Mohamed RMP, Shaikh MF, Kamal H, et al. Alcohol, Aggression, and Violence: From Public Health to Neuroscience. Front Psychol [Internet]. 2021 Dec 20 [cited 2025 Oct 26];12:699726.

101. Heinz AJ, Beck A, Meyer-Lindenberg A, Sterzer P, Heinz A. Cognitive and neurobiological mechanisms of alcohol-related aggression. Nat Rev Neurosci [Internet]. 2011 Jun 2 [cited 2025 Oct 26];12(7):400–13.

102. Delhalle M, Monseur C, Knüppel I, Blavier A. Validation of the Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF) for a French-Speaking Sample. J Child Adolesc Trauma [Internet]. 2024 Sep 1 [cited 2025 Nov

16];17(3):887.

103. Şar V, Öztürk E, Ikikardeş E. Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences [Internet]. 2012 [cited 2025 Nov 16];32(4):1054–63.

104. Zelkowitz RL, Cole DA. Measures of Emotion Reactivity and Emotion Regulation: Convergent and Discriminant Validity. Pers Individ Dif [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2025 Nov 16];102:123.

105. Yiğit İ, Guzey M. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Formunun (DDGÖ-16) Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi [Internet]. 2017 [cited 2025 Nov 16].

106. Yiğit İ, Guzey Yiğit M. Psychometric Properties of Turkish Version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). Current Psychology [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2025 Nov 16];38(6):1503–11.

107. Demirtaş Madran HA. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2013;2(24):124–9.

108. Mete B, Söyiler V, Pehlivan E, Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Ç, İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkanlığı B, Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı İ. Adölesanlarda Sigara İçme ve Madde Kullanma Prevalansı Prevalence of Smoking and Substance Use in Adolescents. Bağımlılık Dergisi-Journal of Dependence |. 2020;21(1):64–71.

109. Grant BF, Saha TD, June Ruan W, Goldstein RB, Patricia Chou S, Jung J, et al. Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions–III. JAMA Psychiatry [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2025 Dec 3];73(1):39.

110. Lai HMX, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid

substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2015 Sep 1 [cited 2025 Dec 3];154:1–13.

111. Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. J Child Psychol Psychiatry [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2025 Dec 3];57(3):241.

112. Schore AN. Infant Mental Health Journal: Infancy and Early Childhood - Wiley Online Library. 2003 [cited 2025 Dec 3]. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health - Schore - 2001 - .

113. Sloan E, Hall K, Moulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. Clin Psychol Rev [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2025 Dec 4];57:141–63.

114. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev [Internet]. 2010 Mar 1 [cited 2025 Dec 4];30(2):217–37.

115. Goldstein RZ, Volkow ND. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. Nat Rev Neurosci [Internet]. 2011 Nov [cited 2025 Oct 4];12(11):652.

116. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale (Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment (2004) 26, (41-54)

117. Sher KJ, Grekin ER. Alcohol and Affect Regulation. Handbook of emotion regulation [Internet]. 2007 [cited 2025 Dec 4];560–80.

118. Factor structure of the barratt impulsiveness scale - Patton - 1995 - Journal of

Clinical Psychology - Wiley Online Library [Internet]. [cited 2025 Dec 4].

119. Bechara A. Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. Nature Neuroscience 2005 8:11 [Internet]. 2005 Oct 26 [cited 2025 Dec 4];8(11):1458–63.

120. Field M, Cox WM. Attentional bias in addictive behaviors: A review of its development, causes, and consequences. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Sep 1 [cited 2025 Dec 4];97(1–2):1–20.

121. Boles SM, Miotto K. Substance abuse and violence: A review of the literature. Aggress Violent Behav [Internet]. 2003 Mar 1 [cited 2025 Dec 4];8(2):155–74.

122. Ögel K. Madde Kullanım Bozukluklarının Yaygınlığı.

123. Child Abuse and Neglect [Internet]. [cited 2025 Dec 4].

124. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, et al. Child abuse in Turkey: An experience in overcoming denial and a description of 50 cases. Child Abuse Negl [Internet]. 2001 [cited 2025 Dec 4];25(2):279–90.

125. Styron T, Janoff-Bulman R. Childhood attachment and abuse: Long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution. Child Abuse Negl [Internet]. 1997 Oct 1 [cited 2025 Dec 4];21(10):1015–23.

126. Colman RA, Widom CS. Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study. Child Abuse Negl [Internet]. 2004 Nov 1 [cited 2025 Dec 4];28(11):1133–51.

127. Vigil-Colet A, Morales-Vives F. How Impulsivity is Related to Intelligence and Academic Achievement. Span J Psychol [Internet]. 2005 [cited 2025 Dec 4];8(2):199–204.

128. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse Negl [Internet]. 2003 Feb 1 [cited 2025

Dec 4];27(2):169–90.

129. Currie J, Widom CS. Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect on Adult Economic Well-Being. Child Maltreat [Internet]. 2010 May [cited 2025 Dec 4];15(2):111.

130. Conger RD, Donnellan MB. An interactionist perspective on the socioeconomic context of human development. Annu Rev Psychol [Internet]. 2007 [cited 2025 Dec 4];58:175–99.

131. McLoyd VC. The impact of economic hardship on black families and children: psychological distress, parenting, and socioemotional development. Child Dev [Internet]. 1990 [cited 2025 Dec 4];61(2):311–46.

132. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. Am J Prev Med [Internet]. 1998 May 1 [cited 2025 Dec 4];14(4):245–58.

133. McEwen BS. Protective and Damaging Effects of Stress Mediators. New England Journal of Medicine [Internet]. 1998 Jan 15 [cited 2025 Dec 4];338(3):171–9.

134. Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. Int Rev Psychiatry [Internet]. 2006 Feb [cited 2025 Dec 4];18(1):13–24.

135. Krueger RF, Markon KE, Patrick CJ, Benning SD, Kramer MD. Linking Antisocial Behavior, Substance Use, and Personality: An Integrative Quantitative Model of the Adult Externalizing Spectrum. J Abnorm Psychol [Internet]. 2007 [cited 2025 Dec 4];116(4):645.

136. Iacono WG, Malone SM, McGue M. Behavioral disinhibition and the development of early-onset addiction: common and specific influences. Annu

Rev Clin Psychol [Internet]. 2008 [cited 2025 Dec 4];4:325–48.

137. Dodge KA, Bates JE, Pettit GS. Mechanisms in the cycle of violence. Science [Internet]. 1990 Dec 21 [cited 2025 Dec 4];250(4988):1678–83

138. Reus VI, Fochtmann LJ, Bukstein O, Eyler AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, et al. The American psychiatric association practice guideline for the pharmacological treatment of patients with alcohol use disorder. American Journal of Psychiatry [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2025 Dec 4];175(1):86–90.

139. Roberton T, Daffern M, Bucks RS. Emotion regulation and aggression. Aggress Violent Behav [Internet]. 2012 Jan [cited 2025 Dec 4];17(1):72–82.

140. Stanford MS, Houston RJ, Mathias CW, Villemarette-Pittman NR, Helfritz LE, Conklin SM. Characterizing aggressive behavior. Assessment [Internet]. 2003 [cited 2025 Dec 4];10(2):183–90.

141. Gee DG, Gabard-Durnam LJ, Flannery J, Goff B, Humphreys KL, Telzer EH, et al. Early developmental emergence of human amygdala-prefrontal connectivity after maternal deprivation. Proc Natl Acad Sci U S A [Internet]. 2013 Sep 24 [cited 2025 Dec 4];110(39):15638–43.

142. Berkowitz L. Frustration-aggression hypothesis: examination and reformulation. Psychol Bull [Internet]. 1989 [cited 2025 Dec 4];106(1):59–73.

143. Hallowell ES, Oshri A, Liebel SW, Liu S, Duda B, Clark US, et al. The Mediating Role of Neural Activity on the Relationship Between Childhood Maltreatment and Impulsivity. Child Maltreat [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2025 Oct 5];24(4):389.

144. Cyders MA, Smith GT. Emotion-based Dispositions to Rash Action: Positive and Negative Urgency. Psychol Bull [Internet]. 2008 Nov [cited 2025 Dec 4];134(6):807.

145. Ersche KD, Jones PS, Williams GB, Turton AJ, Robbins TW, Bullmore ET. Abnormal brain structure implicated in stimulant drug addiction. Science [Internet]. 2012 Feb 3 [cited 2025 Dec 4];335(6068):601–4.

146. Teicher MH, Samson JA, Polcari A, McGreenery CE. Sticks, stones, and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. Am J Psychiatry [Internet]. 2006 [cited 2025 Dec 4];163(6):993–1000.