Silah Ruhsatı Almak İçin Başvuranlarda Depresyon, Öfke, Aleksitimi ve Kişilik Özellikleri

Dr. Fuat Torun,[1] Dr. Sebahat Dilek Torun,[2] Dr. Ejder Akgün Yıldırım[3]

[1] Psikiyatri Uzmanı, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul
[2] Halk Sağlığı Uzmanı, Assist. Rehberlik ve Müşteri Hizmetleri A.Ş.
[3] Psikiyatri Uzmanı, Bakırköy Mahzar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul

ÖZET

Amaç: Bu kontrollü vaka çalışmasında, silah ruhsatı (SR) almak için sağlık kurulu muayenesine başvuran kişilerde (N=92) öfke, aleksitimi, depresyon ve kişilik bozukluğunu araştırmayı amaçladık. Araştırmada kontrol grubu olarak işe giriş sağlık raporu almak amacıyla sağlık kuruluna başvuran sağlıklı kişiler (N=60) alınmıştır.

Materyal ve Metod: Her iki gruba da Toronto Aleksitimi Ölçeği, Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve DSM III-R ye göre Yapılandırılmış Eksen II Kişilik Bozuklukları Envanteri uygulanmıştır.

Bulgular: SR grubunda sürekli öfke ve öfke dışa skorları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Öfke içte skoru iki grup arasında farklılık göstermemiştir. Diğer taraftan öfke kontrol skoru kontrol grubunda daha yüksek olarak hesaplanmıştır ($p<0,05$). Beck Depresyon Ölçeği skoru ise iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Kontrol grubunda aleksitimi skorları SR grubuna göre daha yüksektir ($p<0,05$). Eksen II Kişilik Bozuklukları yönünden karşılaştırıldığında SR grubunda A kümesi ve C kümesi kişilik bozuklukları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç: SR almak isteyenlerde öfke puanlarının yüksek olması ve daha yüksek oranda kişilik bozukluğu bulunmasından hareketle, bu kişilerin muayenesi yapılırken daha kapsamlı muayene ve psikometrik değerlendirmeler yapılması gerekir.

Anahtar Kelimeler: Silah, aleksitimi, öfke, kişilik bozukluğu. **Nobel Med 2011; 7(1): 61-67**

DEPRESSION, ANGER, ALEXITHYMIA AND PERSONALITY CHARACTERISTICS IN PEOPLE APPLYING FOR GUN LICENCE

ABSTRACT

Objective: *This case-control study was undertaken to evaluate the styles of anger expression, alexithymia levels, depression and the frequency of personality disorders in persons with an application for a gun license (GL) (N=92). The control group was selected from peoples who applicate for certificate of health in order to take an employment (N=60).*

Material and Method: *The groups were evaluated by using the Toronto Alexithymia Scale, State-Trait Anger Expression Inventroy, Beck Depression Inventory and Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis II Personality Disorders.*

Results: *The trait anger score and anger-out scores were higher in GL group compared to control group (p<0.05). Anger-in score was statistically similar in both groups. On the other hand anger control scores was higher in control group than GL group (p<0.05). The Beck Depression Inventory score was statistically similar in both groups.*

The control group members had higher alexithymia scores than GL group (p<0.05). The GL group members also had significantly more Axis II disorders than those in the control group The GL group demonstrated higher rates of Cluster A and C personality disorders compared to control group (p<0.05).

Conclusion: *Because of the higher anger scores and higher personality disorders in SR group, detailed psychiatric examination and psychometric assessment should be done.*

Key Words: *Gun, alexithymia, anger, personality disorder.* ***Nobel Med 2011; 7(1): 61-67***

GİRİŞ

Ateşli silahlar bir çok ülkede yaralanma ve ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almakta, mortalite ve morbidite açısından önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır.[1] ABD'de 15-34 yaş arası ölüm nedenlerinde ateşli silahlara bağlı ölümler ikinci sıradadır.[2] Türkiye'de de ateşli silahlara bağlı ölümler Avrupa ülkelerine nazaran daha fazladır. Türkiye'de cinayetlerin yarısında suç aleti olarak ateşli silahlar kullanılmaktadır.[3] Hukuk mevzuatımızda silah, 'uzaktan veya yakından canlıları öldürebilen, yaralayan, etkisiz bırakan, canlı organizmaları hasta eden, cansızları parçalayan veya yok eden araç ve aletlerin tümü' biçiminde tanımlanmaktadır.[4] Türkiye toplumunun genel olarak ateşli silahlara karşı eğilimi olduğu bilinmekte ve özellikle son yıllarda hızlı bir silahlanma artışı dikkati çekmektedir. Türkiye'de silah taşımak veya bulundurmak isteyen her vatandaş silah ruhsatı (SR) almak zorundadır.[5] Ülkemizde ruhsatsız silah bulundurmanın ruhsatlı silaha göre daha yaygın olduğu bildirilmiştir.[6] Emniyet Genel Müdürlüğü verilerine 2005 yılında 668.889, 2006 yılında ise 612.891 adet SR verilmiştir.[7] Türkiye'de toplam sekiz milyon civarında silah olduğu bunların üçte birinin ruhsatlı, diğerlerinin ise kaçak veya ruhsatsız olduğu tahmin edilmektedir.[6]

Yasal olarak, silahların bazı koşullarda bulundurulması veya taşınmasına izin verilmektedir. 21 yaşını dolduran her yurttaş, silah bulundurma ruhsatı alabilmektedir. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğünün 15.05.1997 tarih ve 1159-109 sayılı genelgesi ile SR alacak her birey sağlık kurulu muayenesinden geçmek zorundadır. Türkiye'de psikiyatri branşı ile ilgili olarak SR alınmasında engel oluşturan durumlar şu şekilde belirtilmiştir: "Psikiyatrik hastalığı olanlar, kişilik bozukluğu olanlar, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı olanlar, dürtü kontrol bozukluğu olanlar".[8]

SR muayenesi için başvuran kişilerin ruhsal muayenesi ile ilgili belirli standartlar bulunmamaktadır ve klinisyenler tarafından yeterli ve gerektiği ölçüde muayene edilip değerlendirilememektedir.[9] Yeterli değerlendirme yapamamanın birçok nedeni bulunmaktadır. Bunlar arasında, zaman kısıtlılığı, iş yükü fazlalığı, kesitsel ve uzun dönemli takip ve gözlem içermeyen ruhsal değerlendirmenin yetersizliği, hastanelerdeki psikoloji laboratuarlarının gerek personel gerekse de donanım açısından eksikliği, çıkacak olumsuz bir rapor karşısında kişilerden gelebilecek tehditler başlıca nedenler olarak sıralanabilir.

Kişilik bozukluğu olan veya ciddi ruhsal sorunları olan bireylerin silah bulundurma/taşıma ruhsatı almaları sakıncalı olup, yaralama, öldürme, silahla intihar etme gibi istenmeyen sonuçlar doğurabilmektedir.[10-12]

Kişilik bozukluklarının toplumdaki yaygınlığı %9-14,3 dolayındadır.[13] Diğer taraftan bir rapor amacı ile başvurmuş ve DSM IV TR'ye göre belirgin eksen 1 tanısı olmayan bireylerde kişilik bozuklukları tanısı koymak güç olacaktır. Kişilik, kişinin günlük yaşamdaki karakteristik duygusal ve davranışsal özelliklerinin tümü olarak tanımlanır. Bir başka deyişle, çok çeşitli toplumsal ve kişisel ortamlarda sergilenen, bireyin kendisini ve çevresini algılaması, ilişki kurma biçimi ve düşünceleri ile ilgili süre giden bir örüntüdür. Kişilik özellikleri uyumsal değilse, esneklikten yoksunsa, işlevsel bozukluğa ve öz →

nel rahatsızlığa yol açıyorsa kişilik bozukluğundan söz edilir.[13] Kendine ya da bir başkasına zarar verici eylem gerçekleştiren bireylerde agresyona eğilimi saptamada kişilik örüntüsü önemli bir değişkendir. Kişinin sağlıklı iletişim kurmasında duygularını ifade edebilme, öfkelenme düzeyi ve öfkeyi kontrol becerisi diğer önemli faktörlerdir.[14]

Aleksitimi duygularını fark etme, tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğü olarak tanımlanmaktadır.[15] Başlangıçta bir tür kişilik özelliği olarak tanımlanmıştır.[15,16] Aleksitimi ruh sağlığı alanında psikosomatik bir durumu ve belirtiyi anlatmak amacıyla ortaya atılmışken zaman içinde aleksitiminin sağlıklı bireylerde de sıkça görüldüğü fark edilmiştir.[17]Aleksitiminin bir çok psikiyatrik bozukluk için risk faktörü olabileceği belirtilmektedir.[16] Bazı çalışmalarda sağlıklı kontroller ve psikopatolojisi olanlarda aleksitimi düzeyleri arasında farklılığın olmadığı da bildirilmiştir. Aleksitiminin ortaya çıkmasında sosyokültürel faktörlerin etkisi de önemli yer tutar.

Aleksitimisi olan bireylerin günlük yaşamda düşünebilen, anlatabilen, ilişkiler kurabilen kimseler olmalarına rağmen duygu ve düşünceleri arasında bağ kurup ayırt etmekte ve bunları ifade etmekte sorunlar yaşadıkları bildirilmiştir.[18] Ülkemizde sağlıklı popülasyonda Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) ile yapılan çalışmada yüksek puan alanların oranı %16,7 olarak bulunmuştur.[19]

Bir toplumda ateşli silah sahibi olanların sayısı arttıkça ateşli silaha bağlı ölüm oranları da artmaktadır.[20] Benzer şekilde evlerde ulaşılabilir silah olması homisid ve suisid oranlarını artırmaktadır.[21] Bu durum ateşli silahlar ile ilgili kısıtlayıcı yasal düzenlemelerin önemini artırmaktadır. Silah ile ilgili yasal kısıtlamaların artmasının ateşli silahların neden olduğu ölüm oranlarını azalttığı bildirilmiştir.[22] SR için başvuran kişilerde daha detaylı inceleme yapılması, başvuranlarda klinik ya da subklinik psikopatolojilerin saptanmasında seçici davranılması ateşli silaha bağlı olası ölüm ve yaralanma olaylarında azalma sağlayabilir. Psikiyatrik muayeneler sırasında kısa süreli bir değerlendirmede gözden kaçabilecek diğer taraftan şiddete eğilime neden olabilecek durumlar ile ilgili öngörü oluşabilmesi için SR için başvuranların profilinin bilinmesi faydalı olacaktır.

Bu çalışmanın amacı, bir eğitim ve araştırma hastanesi sağlık kuruluna SR almak amacı ile başvuran kişilerin, sosyodemografik özelliklerini, kişilik bozukluğu sıklıklarını, öfke ifade tarzlarını, aleksitimi düzeylerini saptamak ve bilgi sahibi olmaktır.

MATERYAL ve METOD

Çalışmaya Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlık kuruluna 2008 yılı içerisinde SR almak veya silahlı özel güvenlik görevlisi olmak için muayene amacıyla başvuran tüm kişiler dahil edildi. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; 18-60 yaş arasında olmak, en az ilkokul mezunu olmak, uygulanan testleri cevaplayabilecek durumda olmaktı. Çalışmaya bu kriterleri karşılayan toplam 92 kişi alındı. Kontrol grubu, sağlık kuruluna işe giriş için sağlık kurulu raporu almak amacıyla başvuran 60 sağlıklı bireyden oluşturuldu. Başvuranlardan araştırmaya katıldıklarına dair yazılı bilgilendirilmiş onay alındı.

Tablo 1: Silah ruhsatı ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri

	Silah ruhsatı (N= 92)	Kontrol (N= 60)	P değeri
Cinsiyet			
Erkek	79 (85,9)	50 (83.39)	>0,05
Kadın	13 (14,1)	10 (16.7)	
Yaş (yıl)			
≤30	19 (20,7)	12 (20,0)	>0,05
31-40	32 (34,8)	28 (46,7)	
41-50	29 (31,5)	11 (18,3)	
>50	12 (13,0)	9 (15,0)	
Eğitim			
İlkokul	41 (44,6)	9 (15,0)	0,000
Ortaokul ve altı	9 (9,8)	15 (25,0)	
Lise	26 (28,3)	15 (25,0)	
Üniversite	16 (17,4)	21(35,0)	
Yakın akrabada silah varlığı	71 (77,2)	31 (51,7)	0,001
Alkol (ara sıra)	45 (49,5)	27 (45,0)	>0,05

Değerlendirme araçları

Sosyodemografik Form: Araştırmacılar tarafından bu çalışma için oluşturulmuş ve araştırmaya katılan grupların sosyodemografik özelliklerinin sorgulandığı yarı-yapılandırılmış form.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Ruh sağlığı taramalarında veya depresyonla ilgili araştırmalarda en sık kullanılan ölçeklerden biridir. Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Toplam 21 maddeden oluşmaktadır ve hastanın kendisi tarafından doldurulmaktadır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Hisli tarafından yapılmış ve kesme noktası olarak 17 ve üstü puan önerilmiştir.[23]

Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ): SÖÖTÖ Spielberger tarafından geliştirilmiştir sürekli öfke ve öfkenin ifade biçimini değerlendiren bir ölçektir. Bu ölçeğin Türkçe formunun çevirisi ve geçerlilik çalışması Özer tarafından yapılmıştır.[24,25] Ölçek sürekli →

Tablo 2: Silah ruhsatı ve kontrol grubunun BDÖ, SÖÖTÖ ve TAÖ puanları				
	Silah ruhsatı (N=92)	**Kontrol (n=60)**	**P**	**%95 GA**
	Ortalama ss	**Ortalama ss**		
Sürekli Öfke	13,53±1,83	11,23±1,65	<0,0001	1,72-2,87
Öfke İçte	17,70±1,87	16,38±1,93	<0,0001	0,69-1,93
Öfke Dışa	16,09±2,02	13,43±2,03	<0,0001	1,98-3,31
Öfke Kontrolü	23,96±1,84	26,83±2,05	<0,0001	(-3,51)-(-2,24)
TAÖ	8,40±3,69	11,85±4,23	<0,0001	(-3,71)- (-1,47)
BDÖ	12,92±4,90	11,85±4,23	p>0,005	(-0,45)-(2,60)
p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.				

öfke, öfke-içte, öfke-dışa ve öfke kontrol alt ölçeklerinden oluşur. Bireylerin kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri bir ölçektir. Verilen cümlelerin kişiyi ne kadar tanımladığı sorusuna "1" hiç tanımlamıyor, "2" biraz tanımlıyor, "3" oldukça tanımlıyor ve "4" tümüyle tanımlıyor şeklinde yanıtlar verilmektedir. Bu ölçek ergen ve yetişkinlere uygulanabilir ve zaman kısıtlaması yoktur. Ölçekteki ilk 10 madde, sürekli öfke alt ölçeğinin maddeleridir.

Sürekli öfke bölümünden alınan yüksek puanlar, öfke düzeyinin yüksek olduğunu; kontrol öfke ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini; öfke-dışa alt ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kolayca ifade ediliyor olduğunu ve öfke-içte ölçeğindeki yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir.

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ): TAÖ, Taylor ve Bagby tarafından geliştirilen, kişilikte bir boyut olarak kabul edilen aleksitiminin derecesini ölçen, 26 soruluk öz-bildirim ölçeğidir. TAÖ'nün Türkçe uygulamasının puanlama yöntemi orijinalinden faklıdır; orijinali 5'li Likert tipi olmasına karşın, Türkçe formunda zorunlu seçme yanıtlama sistemi kullanılmıştır. Kişilerdeki aleksitimi düzeyini ölçmeye yarayan ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenirliği Dereboy tarafından yapılmıştır. "Doğru" ve "Yanlış" şeklinde yanıtlanan, kendini değerlendirme şeklinde bir ölçektir. Kesme puanı 11 olarak bulunmuştur. Buna göre "11 ve üstü puan alanlar" aleksitimik, "11'den aşağı puan alanlar" ise aleksitimik değildirler.[26]

DSM III-R'ye göre kişilik bozukluklar için yapılandırılmış kilinik görüşme formu (SCID II): 120 sorudan ve davranım bozukluğu ek bölümünden oluşan DSM-III-R'a göre yapılandırılmış kişilik bozukluğu tarama testidir. Spitzer ve Williams tarafından geliştirilmiştir. Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Sorias ve arkadaşları tarafından 1990 senesinde yapılmıştır. Soru formunda yer alan 120 soruya kişinin evet ya da hayır şeklinde cevap vermesi istenir. [27,28]

İstatistiksel analiz

Verilerin analizinde SPSS 10,0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Gruplar arasındaki karşılaştırmalarda sürekli değişkenler için t testi, kategorik değişkenlerin analizinde Ki-kare ve Fisher kesin Ki-kare testleri uygulanmıştır. İstatistik anlamlılık değeri olarak p<0,05 kabul edilmiştir.

BULGULAR

SR almak için başvuran 92 katılımcının 79'u erkek (%85,9), 13'ü kadındı (%14,1). SR grubunda yaş ortalaması 39,08±9,84, kontrol grubunda ise 38,75± 927 idi (p=0,837).

İki grubun yaş ve cinsiyet dağılımı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Medeni durumları karşılaştırıldığında SR grubunun %88,0'ı evli iken bu oran kontrol grubunda %66,0 idi (p=0,000). Eğitim düzeyi açısından karşılaştırıldığında kontrol grubunun eğitim düzeyi, SR grubundan daha yüksekti (p=0,000). (Tablo 1)

Mesleklerine bakıldığında, SR grubunun %28,2'si esnaf-ticaret ile uğraşıyor, %20,6'sı işçi-memur, %15,2'si işsiz olarak önde gelen gruplardı. Doğum yerlerine bakıldığında SR grubunun %55,4'ü Karadeniz, %21,7 Doğu-Güneydoğu Anadolu, %9'u Marmara-Ege, %9'u İç Anadolu, %9'u Akdeniz bölgesi kökenli idi. Kontrol grubunun ise, %55,0'ı Karadeniz, %16,7'si Doğu-Güneydoğu Anadolu , %16,7'si Marmara-Ege, %3,3'ü İç Anadolu, %8,3'ü Akdeniz bölgesi kökenli idi.

%58,7'si ilk kez SR için başvuru yaptığını söylerken, %41,3'ü SR'nin 5 yıllık süresi dolduğu için ruhsat süresini uzatmak amacıyla başvurduğunu belirtmektedir. %15,2'si taşıma ruhsatı, %79,3'ü bulundurma ruhsatı ve %5,4'ü ise av tüfeği ruhsatı almak istediğini belirtti.

SR almayı isteme gerekçelerine bakıldığında ise, %45,7'si güvenlik, %30,4'ü merak-gelenek, %23,9'u ise bir yakınından devir nedeniyle aldığını ifade etti. SR almak isteyenlerin %84,8'i hayatları boyunca güvenliklerini tehdit edecek herhangi bir olay yaşamadıklarını belirtti.

SR grubunun %77,2'sinin herhangi bir yakınında silah bulunurken, bu oran kontrol grubunda %51,7 idi (p=0,001)

Her iki grubun BDÖ toplam puanları yönünden karşılaştırması yapıldığında SR grubunda 12,92±4,90, kontrol grubunda ise 11,85±4,23 idi ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p>0,005). →

Her iki grubun SÖÖTÖ alt puanları Tablo 2'de verilmiştir. Sürekli öfke ve öfke dışa puanları SR grubunda daha yüksek iken, öfke kontrolü puanı kontrol grubunda daha yüksek olarak bulundu. Öfke içte puanı iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

TAÖ toplam puanları yönünden karşılaştırma yapıldığında SR grubunda 8,40±3,69, kontrol grubunda ise 11,00±2,73 idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0,000). TAÖ puanları kesme noktası dikkate alınarak 11 üstü puan alan ve almayan hastalar değerlendirildiğinde SR grubunun %29,3'ünün 11 ve üzerinde puan aldıkları, yani aleksitimik oldukları, %70,7'sini 11 puanın altında puan aldıkları yani aleksitimik olmadıkları görüldü. Aynı değerler kontrol grubunda sırasıyla %65 ve %35 olarak saptandı.

Eksen 2 tanıları açısından bakıldığında SR grubunda kişilerin %57,6'sının (n=53), kontrol grubundaki kişilerin ise %25'inin (n=15) SCID-II ile bir veya birden çok eksen 2 tanısı aldığı görüldü (p=0,000). Kişilik bozuklukları A kümesi (paranoid, şizoid, şizotipal), B kümesi (antisosyal, narsisistik, borderline, histriyonik) ve C kümesi (obsesif kompulsif, kaçıngan, bağımlı) olarak sınıflandırıldığında iki grup arasında A ve C kümesi kişilik bozukluklarının SR grubunda görülme sıklığının daha yüksek oranda görüldüğü (p<0,05), B kümesi kişilik bozukluğunun görülme sıklığında ise anlamlı bir farlılık olmadığı görülmüştür (p>0,05). II. Eksen tanılarının dağılımı Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3: Silah ruhsatı ve kontrol grubunun Eksen-II tanılarının kümelere göre dağılımı

	Silah ruhsatı (N=92)		Kontrol (N=60)		p
	Sayı	%	Sayı	%	
İkinci eksen tanıları					
A Kümesi	14	15,2	0	0.0	=0,002
B Kümesi	18	19,6	6	10,0	>0,05
C Kümesi	46	50,0	9	15,0	<0,0001

A kümesi: Paranoid, şizoid, şizotipal kişilik bozukluğu
B kümesi: Antisosyal, narsisistik, borderline, histriyonik kişilik bozukluğu
C kümesi: Obsesif kompulsif, kaçıngan, bağımlı kişilik bozukluğu

TARTIŞMA

Yaptığımız bu çalışmada SR için başvuranların %85,9'u erkek, %14,1'i kadındı. Bu farklılık geleneksel ve kültürel nedenlerle, erkek egemen bir toplum olunmasıyla ve güvenlik arayışının erkeklerde daha fazla olması ile açıklanabilir. Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında SR almak için başvuranların büyük bir çoğunluğunun erkeklerden oluştuğu, kadınların oranının ise daha düşük olduğu bildirilmiştir.[29,30]

SR grubunun yaş ortalaması 39,08±9,84 yıl olarak hesaplanmıştır. Medeni durumlarına bakıldığında SR grubunda, kontrol grubuna oranla daha fazla sayıda evli kişi bulunmaktaydı. Erkeklerin kadınlardan daha fazla suç işledikleri, evli olmakla ruhsatlı silah almak arasında paralellik bulunduğu, eğitim düzeyi arttıkça suç oranının azaldığı ve meslek edinmenin suça itilmeyi düşürdüğü, ruhsatlı silah başvurusu yapanların sosyoekonomik durumlarının orta-düşük seviyede olduğu bildirilmektedir.[31]

SR grubunun eğitim düzeyine bakıldığında %44,6'sının ilkokul mezunu, %28,3'ünün lise mezunu, %17,4'ünün üniversite mezunu ve %9,8'inin ise ortaokul mezunu olduğu görülmektedir. Kontrol grubunun eğitim düzeyi ise daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, kontrol grubuna işe girmek için sağlık kurulu raporu almak için başvuran sağlıklı bireylerin alınması ile açıklanabilir. Genellikle işe alımlarda daha eğitimli daha kalifiye çalışanlar istendiği için bu farklılık ortaya çıkmış olabilir. Ülkemizde SR almak isteyen kişilerin sosyodemografik özellikleri ile ilgili yapılan bir çalışmada SR almak isteyenlerin %45,64'ünün ilkokul mezunu olduğu bildirilmiştir.[29] Bu sonuç bizim çalışmamız ile uyumlu bir sonuçtur.

Doğum yerlerine bakıldığında SR almak isteyenlerin ağırlıklı olarak Karadeniz (%55,4) ve Doğu-Güney Doğu Anadolu (%21,7) Bölgesi doğumlu oldukları görülmektedir. Ruhsat muayenesi için başvuranların doğum yerlerini inceleyen başka çalışmalarda da Karadeniz Bölgesi'nin ilk sırada geldiği görülmektedir.[29,32] Karadeniz insanları'nın geleneksel ve coğrafi olarak silaha meraklı olması, ve araştırma yapılan bölgenin Karadeniz Bölgesi'nden yoğun olarak göç alıyor olmasının bu sonucun ortaya çıkmasında etkisi olduğu söylenebilir.

SR grubunun, %58,7'si ilk kez SR için başvuru yaptığını söylerken, %41,3'ü SR'nin 5 yıllık süresi dolduğu için ruhsat süresini uzatmak amacıyla başvurduğunu belirtmektedir. İlk kez SR almak için başvuranların oranının yüksek olması, ülkemizdeki silahlanma oranındaki artışla paralel bir sonuçtur. SR almak isteyenlerin %15,2'si taşıma ruhsatı, %79,3'ü bulundurma ruhsatı alacağını belirtmektedir. Silah taşıma ruhsatı, yaptıkları iş, sosyal, ekonomik, kültürel ve mesleksel etkinlikleri ya da bulundukları yer ve zaman itibarıyla can güvenliklerinin ciddi ve harici tehdit ve tehlikelere maruz kalacağı kuvvetle muhtemel olduğu anlaşılan kişilere verilmektedir.[5] Silah bulundurma ruhsatının, 21 yaşını dolduran ve ruhsat almaya engel bir sağlık sorunu olmayan her vatandaşın alma hakkının olması ve bizim araştırmamıza dahil edilen kişilerin daha çok küçük esnaf, işçi memur, mühendis-mimar ve işsizlerden oluşuyor olması nedeni ile araştırmamızda →

silah bulundurma ruhsatı alma isteğinin daha yüksek oranda olduğu şeklinde yorumlanabilir. Ruhsatlı silah sahibi olanlarla yapılan çalışmalarda meslek grubu olarak esnaf, emekli ve işçiler ilk sırada gelmektedir.[30] SR almayı isteme gerekçelerine bakıldığında ise, %45,7'si güvenlik, %30,4'ü merak-gelenek, %23,9'u ise bir yakınından devir nedeniyle aldığını ifade etmiştir. Araştırmamızda SR almak isteyenlerin %84,8'i hayatları boyunca güvenliklerini tehdit edecek herhangi bir olay yaşamadıklarını belirtmeleri dikkat çekici bir bulgudur. Araştırmamızın bu bulgusu ile ilgili yapılan başka bir araştırmada da benzer bir sonuç ortaya konmuş ve SR almak için başvuranların yüzde doksanının hırsızlık, soygun, tehdit gibi sorunlarla karşılaşmadıklarını ifade ettiği vurgulanmıştır.

Bu sonuç, silah bulundurma isteğinin temel gereksinimlerden gelmediği şeklinde yorumlanmıştır.[30] Çoğu kez tehdit edilme duygusu ve bunun yol açtığı tepkisel şiddet gerçeklikten değil, insan zihninin bulandırılmasından doğar. Varsayılan bir tehdide inanmaktan dolayı doğan ruhsal sorunlar nedeniyle, kişiler kendilerini savunmak için saldırganlık veya öldürme ve yok etmeye hazır olabilmektedir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre de, ruhsat için başvuranların %30,4'ü iş riski, %29,6'sı evde bulundurmak, %15'i avcılık, %10,5'i hobi, %18,5'i ise diğer nedenlerle başvurduklarını belirtmişlerdir.[33]

Her iki grubun BDÖ toplam puanları yönünden karşılaştırması yapıldığında SR grubunda 12,92±4,90, kontrol grubunda ise 11,85±4,23 idi ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Kesme noktasına göre değerlendirildiğinde iki grubunda depresyonunun olmadığı görülmektedir.

Her iki grubun öfke puanları incelendiğinde sürekli öfke ve öfke dışa puanlarının SR grubunda daha yüksek olduğu, öfke içte puanının her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği, öfke kontrolü puanlarının ise kontrol grubunda SR grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. SR alanların sürekli ve dış öfkelerinin fazla olması ve öfke kontrolünün daha düşük seviyede olması oldukça dikkat çekici bir bulgudur ve bu durum toplum için bir risk oluşturmaktadır. Ruhsatlı silah bulunduran veya taşıyan kişilerde öfke düzeyi ile ilgili yapılan bir çalışmada %39,6'sının sürekli öfke içinde olduğu, %45,6'sının öfkesini içe yansıttığı, %31,0'ının öfkesini dışa yansıttığı, %18,6'sının öfkesini kontrol edemediği; sonuçta silah sahibi her üç kişiden birisinin öfke boyutuna bağlı olarak her an cinayet, yaralama veya intihar etme potansiyelini taşıdığı bulunmuştur.[34] Silahlanma prevalansının artışı ile şiddet hızı[10] hırsızlık ve saldırganlık[12] arasında pozitif bir ilişkinin olduğuna dair kanıtların mevcut olduğu bildirilmektedir.

TAÖ puanlarına bakıldığında kontrol grubunun TAÖ puanlarının, SR grubundan daha yüksek olduğu ve bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Bu durum SR almak isteyenlerin öfke vb duygularını daha çok ifade ettiği ve dışa yansıttığı sonucu ile ilişkili olabilir. TAÖ puanları kesme noktası dikkate alınarak 11 ve üstü puan alan ve almayan hastalar değerlendirildiğinde SR grubunun %29,3'ünün 11 ve üzerinde puan aldıkları, kontrol grubunda bu oranın %65 olduğu saptanmıştır.

Ülkemizde sağlıklı popülasyonda TAÖ ile yapılan çalışmada yüksek puan alanların oranı %16,7 olarak bulunmuştur.[19] Literatürde silah taşıyan veya bulunduran kişilerin aleksitimi düzeyleri ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Duyguları ifade etmek birçok durumda toplum içinde kabul görmeyen bir davranıştır ve çoğu zaman duygunun ifadesi zayıflık olarak görülmektedir. Hatta bazı duygular için kelime yokken, bazı duygular tamamen farklı kelimelerle ya da duyumlarla (yanma, yangı, sızı) ifade edilebilmektedir.[35] Dolayısı ile kültürel bir farklılık nedeni ile aleksitimi ülkemizde yüksek olabilir.

İkinci eksen tanıları açısından bakıldığında SR grubunda kişilerin %57,6'sının (n=53), kontrol grubundaki kişilerin ise %25'inin (n=15) SCID-II ile bir veya birden çok ikinci eksen tanısı aldığı görülmüştür. A ve C kümesi kişilik bozukluklarının SR grubunda görülme sıklığı daha yüksek olarak bulunmuştur. SR grubunun kişilik özelliklerinin incelendiği başka bir çalışmada ise %59,8'inin bir veya birden çok ikinci eksen tanısı aldığı bildirilmiş ve ikinci eksen tanısı alanlarda %31,4'lük bir oranla paranoid kişilik özelliklerinin başı çektiği vurgulanmıştır.[36]

Her iki çalışmada da SR almak isteyenlerin yarısından çoğunda bir veya birden fazla sayıda kişilik bozukluğu bulunması, SR muayenelerinin ve psikometrik değerlendirmelerin ne kadar titizlikle yapılması gerektiğini göstermektedir. Ancak ülkemizde kamuda çalışan psikiyatri hekimlerinin iş yüklerinin fazla olması nedeni ile SR muayenesi yaparken ayrıntılı değerlendirme yapamadıkları görülmektedir. Ayrıntılı değerlendirmeler yapılsa bile, bulunan herhangi bir psikopatolojinin raporlandırılması hekime yönelik bir tehdit veya tehdit algısını beraberinde getirmektedir. Bu noktada psikiyatri hekimini koruyucu herhangi bir mekanizma yoktur. Bu mekanizmalar yaratılamadığı takdirde toplum açısından risk oluşturabilecek herhangi bir psikopatolojisi olan kişilerin SR almasının önüne geçilemeyecektir.

İLETİŞİM İÇİN: Dr. Fuat Torun Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ümraniye, İSTANBUL fuattorun@hotmail.com
GÖNDERDİĞİ TARİH: 22 / 03 / 2010 • **KABUL TARİHİ:** 24 / 05 / 2010

KAYNAKLAR

1 Krug EG, Powell KE, Dahlberg LL. Firearm-related deaths in the United States and 35 other high- and upper-middle-income countries. Int J Epidemiol 1998; 27: 214-221.
2 http://www.cdc.gov/injury/wisqars/LeadingCauses.html
3 Akgün N. Adli Psikiyatri. Ankara, Taş Yayıncılık, 1987, 82
4 Balcıoğlu İ. Adli psikiyatri ve Silah Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7: 10-17.
5 İlkiz F. Silah ve ruhsatlandırma. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7: 18-27
6 Akcan A. Silahlanma... Diğer ülkelerde neler oluyor? Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7: 5-9
7 http://www.umut.org.tr/public/page.aspx?id=7114
8 T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Silah ruhsatı alacak kişilere verilecek raporlarla ilgili 2004/74 sayılı Genelge, 2004.
9 Özalp E, Soygür H. Silah ruhsatlandırmasında ruh hekiminin rolü. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7: 28-34
10 Cook, PJ, Ludwig J. Litigation as regulation: The case of firearms. In Viscusi, W.K. (ed.), Regulation Through Litigation, Brookings Institution Press, Washington, DC. 2002.
11 Duggan, M. More guns, more crime. J. Political Econ 2002; 109: 1086–1114.
12 Cook, PJ. The effect of gun availability on robbery and robbery murder: A cross section study of fifty cities. In Haveman, R H., and Zellner, B B. (eds.), Policy Studies Review Annual, Vol. 3, Sage, Beverly Hills, CA 1979.
13 Feinstein RE. Personality traits and disorders. In: Blumenfield M, Strain JJ (eds): Psychosomatic Medicine, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins 2006; 843-865
14 Leary MR, Twenge JM, Quinlivan E. Interpersonal rejection as a determinant of anger and aggression. Pers Soc Psychol Rev 2006; 10: 111-132.
15 Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom 1973; 22: 255-262.
16 Taylor GJ. The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. New Trends Exp Clin Psychiatry 1994; 10: 61–74
17 Kocak R. Aleksitimi: Kuramsal çerçeve tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 2002; 35: 1-2
18 Sifneos PE. Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization affect and creativity. Psychiatr Clin North Am 1988; 11: 287-292.
19 Candansayar S ve ark. Genç erişkin sağlıklı gönüllülerde aleksitimi prevalansı. XXIX. Ulusal Psikiyatri Kongresi. Özet Kitabı, Bursa, 29 Eylül-4 Ekim 1993,120
20 Killlas M. International correlations between gun ownership and rates of homidde and suidde. Can Med Assoc J 1993: 148: 1721-1722
21 Dahlberg LL, Ikeda RM, Kresnow MJ. Guns in the home and riskof a violent death in the home: findings from a national study. Am J Epidemiol 2004; 160: 929-936.
22 Caron J. Gun control and suicide: possible impact of Canadian legislation to ensure safe storage of firearms. Arch Suicide Res 2004; 8: 361-374.
23 Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. Psikoloji Dergisi 1989; 7: 3-13
24 Özer AK. Sürekli Öfke (SL-ÖFKE) ve Öfke İfade Tarzı (ÖFKE-TARZ) ölçekleri ön çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 1994; 31: 26-35
25 Spielberger CD, Crane RS, Kearns WD. Anger and anxiety in essential hypertension. Stress and Emotion: Anxiety, Anger and Curiosity 1991; 265–279
26 Dereboy IF. Aleksitimi özbildirim ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerine bir ön çalışma. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1990
27 First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II) Version 2.0. New York: New York State Psychiatric Institute; 1994
28 Sorias S. (çev). SCID II Kişilik bozuklukları formu (DSM III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi. Türkçe versiyonu). Ege Üni. Bornova,1990
29 Beşikci N, Soner Saygın M. Silah ruhsatı almak için başvuranların sosyodemografik özellikleri. XXXII. Ulusal Psikiyatri Kongresi (25-28 Eylül 1996, Ankara), Tam Metin Kitabı, 1996
30 Akcan A, Akcan FE, Samancı A, Balcıoğlu İ, Çamlıca H. Ruhsatlı silah bulunduran ve taşıyan 2518 olguda sosyodemografik özellikler. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya, 2000, 460.
31 Balcıoğlu İ. Adli Psikiyatri'de Silah. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster ve Bildirileri Özet Kitabı,Kuşadası 2004, 146.
32 Kolburan G. Eş Öldürme Olgularında Sosyal, Kültürel ve Psikolojik Faktörler. Yayımlanmamış Doktora Tezi, İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, 1998.
33 Samancı A. Neden bireysel silahlanma? Umut Vakfı, Bireysel Silahsızlanma, İstanbul, Beta Basım, 2002, 15-18.
34 Akcan A, Balcıoğlu İ. Ruhsatlı silah bulunduran veya taşıyan 1650 kişide öfke düzeyi. 9. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Kitabı, Malatya, 2002, 455-460.
35 Baskak B, Cevik A. Somatizasyonun kültürel boyutları. Psychiatry in Türkiye 2007; 9: 50-57
36 Akcan A. Silah ruhsatlandırılmasında psikiyatrik muayene. Hekimler ne kadar içinde veya olmalı? Umut Vakfı, Bireysel Silahsızlanma, İstanbul, Beta Basım, 2002, 146-178.