



AĞIR VE TEHLİKELİ KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Ömer Faruk Demirel¹, Ayşegül Demirel², Alaattin Duran³

¹ Siverek Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye

² Fatih Üniversitesi, Şirinevler Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

³ İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Alındı: 03.10.2012 / Kabul: 10.12.2013

Sorumlu Yazar: Ömer Faruk Demirel

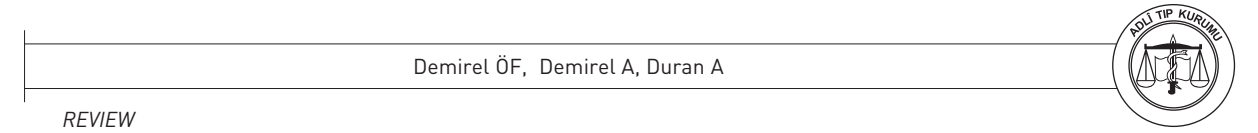
Siverek Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği, Siverek Şanlıurfa - Türkiye, e-posta: ofdmed@yahoo.com

ÖZET

Psikopati suç, agresyon ve şiddetli tekrarlayan suç işleme davranışı ile ilişkilidir. DSM-IV'ten farklı olarak psikopati konsepti hem kişilik hem de davranışla ilgili kriterleri içermektedir. Psikopati kavramı ile ilişkili olan ve yeni bir kavram olan 'Ağır ve Tehlikeli Kişilik Bozukluğu' (ATKB) ilk kez İngiltere'de 1999 yılındaki yasal düzenlemelerle 'Severe and Dangerous Personality Disorder' uygulamaları olarak ortaya çıkmış ve bu terimin ortaya atılmasından sonra İngiltere'de bu kişilere uygun servisler yapılmıştır. ATKB kriterlerinin yaygınlığı üzerine henüz az miktarda literatür kaynağı ve çalışma bulunmaktadır. Fakat kişilik bozukluğu bulunan

suçlularda şiddet içeren suçları işleme eğilimi artmakta, özellikle kişilik bozukluğu psikopatik türde olduğunda daha fazla artış görülmektedir. ATKB politika-sının oluşturulmasındaki amaç ağır psikopatların tekrar suç işlemelerinin önüne geçmek ve toplumun diğer bireylerini korumak olarak belirtilmiştir. Biz bu derlemede ağır ve tehlikeli kişilik bozukluğu kavramı, rehabilitasyonu ve güvenlik uygulamalarını anlatmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: psikopati, kişilik bozukluğu, tekrarlayan suç işleme



SEVERE AND DANGEROUS PERSONALITY DISORDER

Ömer Faruk Demirel¹, Ayşegül Demirel², Alaattin Duran³

¹ Department of Psychiatry, Siverek State Hospital, Sanliurfa, Turkiye

² Department of Psychiatry, Fatih University, Sirinevler Hospital, Istanbul, Turkiye

³ Department of Psychiatry, Cerrahpasa Medical Faculty, Istanbul University, Istanbul, Turkiye

Received: October 3, 2012 / Accepted: December 10, 2013

Correspondence to: Ömer Faruk Demirel

Siverek Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği, Siverek Şanlıurfa - Türkiye, e-posta: ofdmed@yahoo.com

ABSTRACT

Psychopathy is a kind of disease associated with guilt, aggression and recidivism. Other than DSM-IV, psychopathy concerns the criteria that is associated with personality and behaviour. In this concept 'Severe and dangerous personality disorder' concept that is related with psychopathy was first applied in England in the year of 1999. In this new concept, high-security psychiatric services were constructed with new studies. It is thought that scientific literature related with 'severe and dangerous disorder' is still insufficient.

Personality disorder criminals have high ratio of violent crimes

and especially when it is associated with psychopathy, criminal tendency increases where as minimal evidence is present about them. The purpose of 'severe and dangerous personality disorder' policy is specified as preventing recidivism of severe psychopathic criminals and protection of other people in society. In this review our aim was to describe the concept of 'severe and dangerous personality disorder', rehabilitation and taking precautions.

Key words: psychopathy, personality disorder, recidivism

GİRİŞ

Psikopati kavramı ilk kez 19. yüzyılda Fransız Psikiyatrist Philippe Pinel'in "Mania sans delire (Madness without delirium)" kavramı ile ortaya atılmıştır. Pinel bu kavramla, herhangi bir psikotik semptomu bulunmayan ve entelektüel kapasiteleri normal olan bireylerdeki ahlaki değerlerin yoksunluğunu ve kontrolsüz davranışları tanımlamaktadır (1). 20. yüzyılda ise psikopati, Harvey Cleckley'nin "Mask of Sanity" adlı kitabında (1) kişilerarası, affektif ve davranışsal özelliklerin etkileşimi sonucu oluşan bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Hare, bu kavramdan yola çıkarak Hare Psikopati Değerlendirme Ölçeği'ni (PCL-R) geliştirmiştir (2). Psikopati suç, agresyon ve şiddetli tekrarlayan suç işleme davranışı ile ilişkilidir (3). DSM'den farklı olarak psikopati konsepti hem kişilik hem de davranışla ilgili kriterleri içermektedir (4). Antisozyal kişilik bozukluğu (ASKB) tanısı konulan kişiler her zaman psikopati tanısını karşılayacak özellikte olmamalarına karşın psikopati tanısı konulanların ise hemen tamamı ASKB tanısını karşılayabilmektedir (2,5,6).

Psikopatik bireyler, Hare Psikopati Değerlendirme Ölçeği'nin her iki faktöründen de yüksek puan alırken, ASKB tanısı olan bireyler sadece Faktör 2'den yüksek puan almaktadırlar. Hapishanedeki mahkumların %75'i DSM IV'e göre, ASKB tanı kriterlerini karşılarken, bu %75'in

ancak 4'te biri psikopati ölçütlerini karşılamaktadır. Fakat bu oranlar her ülkede farklılık göstermektedir (2,7,8). Toplumda ASKB görülme oranı %3-5 iken, Hare Psikopati Değerlendirme Ölçeği'nden 30 ve üzerinde puan alarak psikopati tanısı alan bireyler ancak %1'lik kesimi oluşturmaktadır (7).

Psikopatinin önemi kriminal ısrar ve tehlikeli saldıranlığa yönelerek bu alanda eksik kalan içeriği sağlamasıdır. Tekrarlayan suç işleme ihtimali genç erkek, bekarlık, düşük eğitim, önceki sabıka ve suçlar, madde kullanımı, antisozyal tutumlar ve suç işleyen grupta yer alma gibi özelliklerle anlaşılabilir (9).

Ağır ve tehlikeli kişilik bozukluğu (ATKB) ilk kez İngiltere'de 1999 yılındaki yasal düzenlemelerle 'Severe and Dangerous Personality Disorder' uygulamaları olarak ortaya çıkmıştır. Birleşik krallıktaki dokümanlara (10) göre ATKB olan bireyler üç gruba ayrılmaktadır: Hastanede yaşayanlar, hapishanede yaşayanlar ve toplumda yaşayanlar (11). ATKB programı, yıllarca hastane ve cezaevi yatışları arasında gidip gelişleri olan bireylerin denetimi için 'süresiz tutuklama sistemi' bulunan üçüncü bir yol (ATKB servisleri) sunmuştur. Böylece, tedavi programlarında suç işleme ihtimalinin devam ettiği düşünülen ATKB'li bireylerin tutukluluk süreleri uzatılmaktadır. Bu programda amacın, tehlikeli ve suça meyilli bireylerin rehabilite edilmeden topluma girmelerinin engellen-

mesi olduğu belirtilmiştir (10, 12). İngiltere'de 1999 yılında bu terimin ortaya atılmasından sonra bu kişilere uygun servisler yapılmıştır (13). Bireyler bu servislere dâhil edilmeden birtakım testler (PCL-R, HCL-R ve VRAG gibi) uygulanmaktadır. Mullen (2007), Amerika ve diğer Avrupa ülkelerinde ağır antisozyal bireylerin psikopati düzeyinin belirlenmesinde kullanılan PCL-R'nin risk değerlendirme aracı olarak oluşturulmadığı, kişilik testi olarak geliştirildiğini ifade etmektedir (9). Fakat PCL-R; risk değerlendirmede tarihsel öykü, klinik öykü, risk yönetimini içeren 20 soru skalası 'Historical/Clinical/Risk Management 20-item scale' (HCL-R) (14) ve tehlikeli suçlular risk tahmini ve yönetimi ölçeği 'Violent Offenders: Appraising and Managing Risk' (VRAG) (15) gibi risk değerlendirme ölçeklerinin öncüsü olmuştur. VRAG'ın önemi ATKB programının İngiltere'de başlamasının merkezini oluşturmasıdır. Legal olarak VRAG puanı belirli düzeyde olanlar ATKB kabul edilmiştir (9).

Ağır ve tehlikeli kişilik bozukluğu (ATKB) kavramı ile ilgili psikiyatri ve psikoloji literatüründe her hangi bir vurgu veya tanımlama bulunmamaktadır (11). Howells ve ark. (2007) ATKB'yi; birey ciddi risk arz etmektedir (kurbanın kurtulamayacağı ciddi fiziksel veya psikolojik zarar verme riski), bireyde ağır bir kişilik bozukluğu bulunmaktadır ve risk kişilik bozukluğu ile ilişkilidir şeklinde tanımlamaktadır (Tablo 1) (12). ATKB, PCL-R

skoru 30 üzerinde olan veya 25 üzeri olup antisozyal kişilik bozukluğuna ek olarak; en az bir tane diğer bir kişilik bozukluğu bulunan veya iki veya daha fazla kişilik bozukluğunun bir arada bulunduğu kişiler olarak tanımlanmaktadır (11,16). Haddock ve arkadaşları (2001) psikiyatristlerle yaptıkları çalışmada, hekimlerin bu kişilik bozukluğu tanısının kolay konulamayacağını düşündükleri ve bu tanıyı koymaktan çekindiklerini göstermiştir (17). ATKB kriterlerinin yaygınlığı üzerine henüz az miktarda veri bulunmaktadır. Fakat kişilik bozukluğu bulunan suçlularda şiddet içeren suçlar artmakta (18), özellikle kişilik bozukluğu psikopatik türde olduğunda daha da artmaktadır (12,19).

Ağır ve Tehlikeli Kişilik Bozukluğunun Rehabilitasyonu

İngiltere'deki ATKB servislerinde psikopati ölçeğinin (PCL-R) karar vermede ana belirleyici olması ve yüksek psikopati puanı

alanların tedaviye dirençli damgası yemesi Maden (13) tarafından eleştirilmiştir. Mullen de (9) Maden gibi psikopati skorunun kişisel kanaatlerde merkezi rol almasına karşı çıkmıştır. Maden (2007) tedavi edilebilirlikte karar mercii olan doktorlara bazı sorular sormaktadır. Doktorlar kişilik bozukluklarının tedavi ihtiyaçlarını nasıl açıklamakta? Doktorlar hangi tedavi şeklinin hangi hasta tipine uygun olduğuna inanmakta? Doktorlar ne zaman ve nasıl cebri tedavinin etkili olacağına inanmakta? Psikiyatristler arasında ATKB olan bireylerin tedavisi ile ilgili net bir anlaşma bulunmadığı da ifade edilmektedir (13).

1990'larda bu bireylere yönelik tedavi nihilizmi sonlanarak kognitif davranışçı terapi uygulamaları başlamıştır. Cinsel suçlularda faydası olduğuna dair kanıtlar bulunmakla birlikte, tehlikeli suçlularda benzer ümitler bulunmamaktadır. Tehlikeli suçlular, cinsel suçlulara göre toplumda daha kolay kabul gördüğü gibi, tedavisi de cinsel suçlulara göre zordur. Hangi suçlunun tedavi edilebileceği tahmin edilememekle birlikte yerli (göçmen olmayan) suçlular, kişilik bozukluğu bu-

lunmayan ve sapkın yaşam biçimi olanlarda tedavi sonuçları iyi tahmin edilirken; tedavinin en çok işe yarayacağı düşünülen bireyler iş, kendilik imajı ve sosyal statüsünde kaybı olanlardır. Tedavisi en zor olanlar ise agresif ve yabancı (göçmen) mağdurlar ile psikopati puanı yüksek olanlardır. Bu bireyler için de ATKB servisleri dizayn edilmiştir (13).

Brooks-Garden ve Bilby (20) tedavinin işe yaradığının kanıtlanması için anormal politik ve kurumsal baskı olduğunu vurgulamaktadır (13). Ayrıca, Cochran meta-analizinde Kentworthy ve ark. (2004) bu bireylerin tedavisi ile ilgili zayıf sonuçlar bulunduğunu bildirmiştir (21). Maden (2007) henüz ATKB olan bireylerde 'Bilişsel Davranışçı Terapinin' (BDT) etkinliği üzerine kanıt olmadığını fakat özellikle kronik şizofrenlerdeki olumlu sonuçların ATKB için de benzer sonuçlar verebileceğini ifade etmektedir. Kognitif davranışçı terapinin ATKB'de tek ümit olabileceği belirtilmektedir (13). Buna karşın, Howells ve ark. (2007) kişilik bozukluğunun nasıl tedavi edileceğinin, nasıl tanımlanıp anlaşıldığına bağlı olduğunu belirterek, kişilik bozuklukları ve nedenlerini anlamak ve tedavi etmek için birçok metot bulunduğunu ileri sürmüştür (12). Psikodinamik psikoterapi, diyalektik davranışçı terapi, kognitif davranışçı terapi, interpersonel terapi ve terapötik toplulukların tedavide etkin olabileceğini savunmaktadır. Fakat, her ne kadar bu terapi türleri kişilik bozukluk-

Tablo 1: ATKB servislerine kabul kriterleri

- PCL-R'de 30 veya üzeri puan almış olmak veya
- PCL-R skorunun 25-29 arasında olması ve DSM-IV'e göre antisozyal kişilik bozukluğu dışında en az bir tane kişilik bozukluğu tanısının bulunması veya
- İki veya daha fazla DSM-IV kişilik bozukluğu tanısının bulunması.

larının tedavisinde etkili olsa da ATKB’de etkinliklerine dair kanıt bulunmamaktadır (12,22).

Ağır ve Tehlikeli Kişilik Bozukluğuna Yönelik Uygulamalar

Buchanan ve arkadaşlarının suç raporu taramasından çıkardıkları sonuç; bir yılda bir tehlikeli bireyin şiddetini engellemek için 6 ATKB’li bireyin denetiminin uzatılması gerekmektedir. Serbest bırakılma ve denetimin uzatılmasının şiddeti önlemesi üzerine etkisi açısından yapılan bu çalışmanın sonucuna göre; ATKB’si bulunan her 10 kişiden 7’si bırakılmakta, 3’ünün denetimi uzatılmaktadır (tahmini spesifikite) ve 5 birey fark edilip denetimi uzatılmakta, 5’i fark edilemeyip serbest bırakılmaktadır (tahmini sensitivite). İngiltere’de içişleri ve sağlık bakanlığı verilerine göre (2000) cezaevi ve özel statülü hastanedeki 1822 kişinin denetiminin uzatılması, her yıl 200 ciddi su-

çun önlenmesine (yılda %9,1); 380 kişinin denetiminin 5 yıl uzatılması ise benzer sonuçlara sebep olmaktadır (yıllık oran %9,5) (11). Bu oran bir suçu önlemek için denetimi uzatılması gerekenlerin sayısı (number needed to detain) olarak ifade edilmiştir (23). Kanada maksimum güvenlik hastanesi olan Penetanguishene’deki bireylerin %10’unun tekrar cinayet işlediği ifade edilmiştir. Fakat zor olan bu %10’un kim olduğunun bilinmemesidir (24,25). Her ay İngiltere’de gelecekte tehlikeli ve cinsel suç işlemeye ihtimali bulunan tahmini 30 kişinin cezaevinden çıktığı belirtilmektedir. ATKB uygulaması küçük bir grup bireyin ağır kişilik bozuklukları nedeniyle tüm toplumu tehlikeye soktukları düşüncesinden ortaya çıkmıştır (23). Bu nedenle, şiddetin yinelenmesini işaret eden risk faktörlerinin görülmesi ile bireylerin doğru belirlenip, denetimi uzatılanların sayısının artırılması öngörülmüştür (11).

Amerika’daki 16 merkezde cezası bittiği halde tekrar suç işlemeye ihtimali bulunan bireyler alı-

konulmaktadır. Kanada ve Güney Afrika’da da, %50’den fazla tekrar suç işlemeye ihtimali bulunan bireylere tehlikeli suçlu hükmü verilmektedir ve bu hükmü alanların küçük bir kısmı serbest bırakılmaktadır (23).

Whitemoor cezaevindeki (İngiltere) ATKB servisinde (ATKB uygulamasının pilot servisi) değerlendirme 14 haftada tamamlanmaktadır. Bu süreçte psikometrik testler, psikiyatrik görüşmeler, personel görüşmeleri gerçekleştirilerek davranışları ve değişimler gözlenmektedir. Sonrasında klinisyen ekibi tarafından tehlike ve kişilik bozukluğu arasında ilişki kurulup kurulamayacağı ve bireylerin diğer mahkumlar ve personel ile ilişkisi değerlendirilmektedir (23,26). Handerson hastanesi (İngiltere) ve Arnold Lodge kişilik bozukluğu ünitesinde (İngiltere) bireyler gönüllü olarak tedaviye alınıp, düzelme gözlenmediği durumda tekrar cezaevine gönderilmektedir. Arnold Lodge’da ilk değerlendirmenin ardından kişilik bozukluğuna yönelik girişimler başlatılmak-

Tablo 2: ATKB kategorisindeki bireylerin idaresi için seçenekler (İngiltere İçişleri Bakanlığı)

Seçenek A	Seçenek B
Ceza kanununu müebbet cezaların verilmesine daha fazla izin verecek şekilde değiştirmek,	ATKB’li bireylerin belirsiz (süresi meçhul) tutuklanmalarının ceza ve hukuk takibatında (süpervizyon ve tutuklanma sonrası iptaller için gerekli yetkileri içeren) yeni yetkiler,
1983 yılında çıkarılan Akıl Sağlığı Yasalarındaki ‘tedavi edilebilir’ kriterinin sivil tutuklular için kaldırılması,	Yeni bir serviste ayrı tutulan bir bireyin ana cezaevi veya sağlık servislerince (üçüncü servisler) kontrolü.
Hem cezaevleri, hem de güvenli servislerin özel olanaklarla geliştirilmesi.	

tadır. Sonrasında öfke kontrolü, problem çözme ve madde kötüye kullanımının kontrolü gibi defisit alanlarına yönelinmektedir (23).

İngiliz hükümeti ATKB’li bireylerin idaresi için oluşturduğu seçenek listesinin (Tablo 2) (10,23). Ardından ATKB programının oluşturulmasındaki amaçları şöyle sıralamıştır: ATKB kriterlerini karşılayan bireylerin sayısını belirlemek; kişilik bozukluğu ve suç işlemeye arasındaki ilişkiyi değerlendirmek; ATKB değerlendirme araçlarının geçerliliğini değerlendirmek; tedavi girişimlerinin etkinliğini değerlendirmek (10,23).

ATKB politikasının oluşturulmasındaki amaç ağır psikopatların tekrar suç işlemelerinin önüne geçmek ve toplumun diğer bireylerini korumak olarak belirtilmiştir. Fakat bu kanunun çıkmasından sonra birçok psikiyatrist tarafından bu sistem eleştirilmiştir (13). Maden (2007) ATKB sistemini Almanya’daki Yüksek Güvenlikli Hastane ‘The Dutch terbeschikkingstelling’ (TBS) sistemi ile karşılaştırarak eleştirmektedir (13). Almanya’da 1928 yılından bu yana TBS sistemi uygulanmaktadır. TBS yasasına göre ağır cinsel veya şiddet suçu işleyen ve tekrarlayan suç işlemeye ihtimali bulunanlara mahkemece TBS kararı verilebilmektedir (13). Bu bireyler giydikleri hüküm yılını TBS merkezine transferleri yapıp, bu merkezde geçirmektedirler. TBS sisteminde belirsiz bir süre kalıp (mahkemece belirli aralıklarda görülerek), sonra şartlı tahliye ile toplumda gözetim altında tutul-

maktadırlar. Alman mahkemeleri TBS kararı verilebileceğinden nadiren müebbet vermektedir. TBS sisteminde tedavi seçmecedir. Terapötik toplum prensipleri ve çalıştırılmaya vurgu yapılmaktadır. Hastalardan haftanın yaklaşık yarısını ücretli işte geçirmeleri istenir. Yakın dönemde PCL-R gibi ölçekler ve BDT programları da uygulanmaya başlanmıştır. Cinsel suçlulara anti-libidinal tedaviler verilmekte ve ilaç girişiminin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Diğer tedaviler ise psikolog veya özel eğitimli terapistlerce verilmektedir. İyi gelişmiş bir toplum servisi bulunmakta ve çoğu hasta hızlı şekilde iç-servislerden süpervizyonlu yaşantıya geçmektedir (13).

Maden (2007) Almanya’daki sistem üzerinden İngiliz ATKB sistemini yüksek güvenli kapalı koşullardan oluşması ve toplum içinde kaynaşmalı bir rehabilitasyon sistemi olmamasıyla eleştirmektedir. TBS sisteminin ‘şiddet riski azalmadan dışarı çıkamazsın’ mesajı sayesinde tedaviye uyumsuzluğun oldukça nadir olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca, TBS ile ATKB servisleri arasındaki diğer bir fark da TBS’de doktorların bulunmamasıdır. Aksine ATKB servislerinde hastaların tüm sorumluluklarının üzerlerinden alınması eleştirilmektedir (13).

SONUÇ

Ülkemizde de İngiltere’deki ATKB programı veya Almanya’daki TSB programına benzer bir programın geliştirilmesi ile hem suç oranları azaltılabilir,

KAYNAKLAR

1. Cleckley H. The Mask of Sanity. St. Louis, MO: Mosby, 1941.
2. Weber S, Habel U, Amunts K, Schneider F. Structural brain abnormalities in psychopaths- a review. Behav Sci Law 2008;26(1):7-28.
3. Reidy DE, Zeichner A, Miller JD, Martinez MA. Psychopathy and aggression: Examining the role of psychopathy factors in predicting laboratory aggression under hostile and instrumental conditions. J Res Pers 2007;41(6):1244-51.
4. Maj M, Akiskal AS, Mezzich JE, Okasha A. Personality Disorders. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd, 2005.
5. Crocker AG, Mueser KT, Drake RE, Clark RE, Mchugo GJ, Ackerson TH, Alterman AI. Antisocial personality, psychopathy, and violence in persons with dual disorders: a longitudinal analysis. Crim Justice Behav 2005;32(4):452-76.
6. Ateş MA, Algül A, Gülsün M, Geçici Ö, Özdemir B, Başoğlu C, Semiz ÜB, Ebrinç S, Çetin M. Antisosyal kişilik bozukluğu olan genç erkeklerde aleksitimi, saldırganlık ve psikopati ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2009;46(4):135-9.
7. Hare RD. Manual for the Revised Psychopathy Checklist (2nd ed.). Toronto, ON, Canada: Multi-Health Systems, 2003.
8. Reid WH, Gacono C. Treatment of antisocial personality, psychopathy, and other characterologic antisocial syndromes. Behav Sci Law 2000;18(5):647-62.
9. Mullen PE. Dangerous and severe personality disorder and in need of treatment. Br J Psychiatry Suppl 2007;190(suppl.49):3-7.
10. Home Office and Department of Health. Managing Dangerous People With Severe Personality Disorder. London, 1999.
11. Buchanan A, Leese M. Detention of people with dangerous severe personality disorders: a systematic review. Lancet 2001;358(9297):1955-9.
12. Howells K, Krishnan G, Daffern M. Challenges in the treatment of dangerous and severe personality disorder. Adv Psychiatr Treat 2007;13:325-32.
13. Maden A. Dangerous and severe personality disorder: antecedents and origins. Br J Psychiatry 2007;190(suppl.49):8-11.
14. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. HCR-20 Assessing Risk for Violence (version 2). British Columbia: Mental Health, Law, & Policy Institute, Simon Fraser University, 1997.
15. Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cornier C. Violent Offenders: Appraising and Managing Risk (2nd ed.). Washington (DC): American Psychological Association, 2005.
16. Bowers L, Carr-Walker P, Allan T, Callaghan P, Nijman H, Paton J. Attitude to personality disorder among prison officers working in a dangerous and severe personality disorder unit. Int J Law Psychiatry 2006;29(5):333-42.
17. Haddock AW, Snowden PR, Dolan M, Parker J, Rees H. Dangerous and severe personality disorder. Psychiatric Bulletin 2001;25(8):293-6.
18. Powis B. Offenders' Risk of Serious Harm. A Literature Review. Home Office Online Report, London: Home Office, 2002.
19. Hemphill J, Hare R, Wong S. Psychopathy and recidivism: a review. Legal and Criminological Psychology 1998;3(1):139-70.
20. Brooks-Gordon B, Bilby C. Psychological interventions for treatment of adult sex offenders. BMJ 2006;333(7557):5-6.
21. Kenworthy T, Adams C, Bilby C, Brooks-Gordon B, Fenton M. Psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. Cochrane Database Syst Rev 2004;(3):CD004858.
22. Warren F, Preedy-Fayers K, McGauley G, Pickering A, Norton K, Geddes JR, Dolan B. Review of Treatments for Severe Personality Disorder. Home Office Online Report. London: Home Office, 2003.
23. Feeney A. Dangerous severe personality disorder. Advances in Psychiatric Treatment 2003;9(5):349-58.
24. Greenland C. Psychiatry and the prediction of dangerousness. Journal Psychiatr Treat Eval 1980;2:97-103.
25. Buchanan A. Risk and dangerousness. Psychol Med 1999;29(2):465-73.
26. Batty D. Q&A: dangerous and severe personality disorder. April 17, 2002. Available at: <http://www.theguardian.com/society/2002/apr/17/mentalhealth.crime1>. Erişim tarihi: 2 Ekim 2012.