T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ZORUNLU KORUMA VE TEDAVİ SÜRECİNDEKİ ŞİZOFRENİ TANISI ALAN HASTALARIN KLİNİK VE SALDIRGANLIK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tuğçe SALDIRIN

HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Sunay FIRAT

ADANA – 2017

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ZORUNLU KORUMA VE TEDAVİ SÜRECİNDEKİ ŞİZOFRENİ TANISI ALAN HASTALARIN KLİNİK VE SALDIRGANLIK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tuğçe SALDIRIN

HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Sunay FIRAT

ADANA – 2017

KABUL ve ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı

Tezli Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan

"Zorunlu Koruma ve Tedavi Sürecindeki Şizofreni Tanısı Alan

Hastaların Klinik ve Saldırganlık Düzeylerinin Değerlendirilmesi"

adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 02 / 08 / 2017

TEZ SINAV JÜRİSİ

Yrd. Doç. Dr. Sunay FIRAT
Çukurova Üniversitesi
Başkan

Prof. Dr. Şenel TOT ACAR
Mersin Üniversitesi
Üye

Yrd. Doç. Dr. Zehra ESKİMEZ
Çukurova Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Behice DURGUN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI
ETİK BEYANI

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesini okuduğumu ve anladığımı ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Tez olarak sunduğum bu çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda bu konuda hakkımda yapılacak tüm yasal işlemleri ve aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 02/08/2017

İMZA

Adı Soyadı: Tuğçe SALDIRIN

Kayıtlı olunan Program : Hemşirelik Yüksek Lisans
Tezin Konusu : Zorunlu Koruma ve Tedavi Sürecindeki Şizofreni Tanısı Alan Hastaların Klinik ve Saldırganlık Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Tezin Türü : Yüksek Lisans : X Doktora: ☐

Danışmanın Adı-Soyadı : Yrd. Doç. Dr. Sunay FIRAT
Danışmanın İletişim Bilgileri :
Telefon :05326312830
E-Posta :sunayfirat@gmail.com

Öğrencinin İletişim Bilgileri
Telefon :05532028719
E-Posta:tugce.saldrn@gmail.com
Adresi :Eski Ömerli Mahallesi
1334 Sokak
No:43Tarsus/MERSİN

**Bu belgenin Lisansüstü eğitim tezleri savunmaya alınmadan önce öğrenci tarafından doldurulup imzalanarak Enstitü Müdürlüğüne teslim edilmesi gerekmektedir.*

TEŞEKKÜR

Lisans ve Yüksek Lisans Döneminde benden desteğinin hiç esirgemeyen, hem mesleki hem de yaşamsal planlarımda bana her zaman destek olan ve yol gösteren, tez yazım sürecinde bilimsel desteğinden yararlandığım, çok değerli hocam ve saygıdeğer danışmanım Yrd. Doç. Dr. Sunay FIRAT'a, tez çalışmamdaki istatistiksel verilerin hazırlanmasında, analizinde ve yorumlanmasında desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam saygıdeğer Doç. Dr. Yaşar SERTDEMİR'e, tezimin baştan sona yazımında ve tezde yer alan çalışma konum ile ilgili hukuksal konuları anlamamda ve ayrıca yazmamda benden desteğini esirgemeyen saygıdeğer Ar. Gör. Yiğit İLTAŞ'a ve tezimdeki ilaçlara ilişkin kısımda bana yol gösteren saygıdeğer Yrd. Doç. Dr. H. Sinem BÜYÜKNACAR'a, tez konusu ile ilgili verilerin toplanmasında yardımlarını ve anlayışlarını esirgemeyen Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Muhafaza Kliniği çalışanlarına ve klinikte hastalarının hepsine, hayatıma girdiği günden beri her anlamda desteğini hissettiğim müstakbel eşim Çağrı Alperen KALAYCI'ya, babama, anneme ve kardeşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tuğçe SALDIRIN

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY ii
TEŞEKKÜR iii
İÇİNDEKİLER iv
GRAFİKLER DİZİNİ vii
TABLOLAR DİZİNİ viii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ x
ÖZET xi
ABSTRACT xii
1. GİRİŞ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Şizofreni 4
2.1.1. Tanım 4
2.1.2. Tarihçe 4
2.1.3. Epidemiyoloji 6
2.1.4. Etiyoloji 7
2.1.4.1. Genetik 7
2.1.4.2. Çevresel etkenler 8
2.1.4.3. Sosyal etkenler 8
2.1.4.4. Perinatal komplikasyonlar 9
2.1.4.5. Hastalık öncesi kişilik özellikleri 9
2.1.4.6. Nörogelişimsel model 9
2.1.4.7. Nörodejeneratif Model 10
2.1.4.8. Nörotransmitter Sistemleri 10
2.1.4.9. Beyin Gelişimi 11
2.1.5. Şizofrenide klinik belirti ve bulgular 12
2.1.6. Tanı Ölçütleri 15
2.1.7. Şizofrenide Kullanılan Tedavi Yöntemleri 16
2.1.7.1. Tipik Antipsikotik İlaçlarla Tedavi 17
2.1.7.2. Atipik Antipsikotik İlaçlarla Tedavi 18

2.1.7.3. Elektrokonvülsif Tedavi (EKT) 20
2.1.7.4. Ruhsal Toplumsal Tedaviler 21
2.1.7.5. Bilişsel/Davranışçı Terapi 21
2.1.7.6. Grup Terapisi (Psikodinamik) 21
2.1.7.7. Aile Terapisi 22
2.1.7.8. Destekleyici Psikoterapi 22
2.1.7.9. Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE) 23
2.1.7.10. Olgu Yönetimi 23
2.1.8. Hastalığın Gidişi ve Prognozu 23
2.2. Saldırganlık, Suç ve Şiddet 25
2.3. Şizofrenide Saldırganlık ve Suç İlişkisi 26
2.4. Zorunlu Klinik Koruma ve Tedavi Süreci 28
2.5. Yasal Temsilci (Vasi) 31
2.6. Türk Hukuk Sistemi'nde Adli Psikiyatri Hastaları İle İlgili Hukuki Düzenlemeler ve Cezai Sorumluluk 32
3. MATERYAL ve METOD 36
3.1. Araştırmanın Amacı 36
3.2. Araştırmanın Hipotezi 36
3.3. Araştırmanın Modeli 36
3.4. Araştırmanın Türü 37
3.5. Evren ve Örneklem 37
3.5.1. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri: 37
3.6. Verilerin Toplanması 38
3.6.1. Veri Toplama Araçları 39
3.6.1.1. "Sosyodemografik Veri ve Adli Birim Değerlendirme Formu" 39
3.6.1.2. "Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (The Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS)" 39
3.6.1.3. "Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ)" 40
3.7. Verilerin Analizi 41
4. BULGULAR 43
5. TARTIŞMA 64
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 77

KAYNAKLAR 79
EKLER 91
EK-1. Etik Kurul İzni 91
EK-2. Araştırma Kurulu Onay Yazısı 92
Ek-3. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumun Resmi İzin Yazısı 93
EK-4. Sosyodemografik ve Kinik Veri Toplama Formu 94
EK-5. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği 95
EK-6. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği 96
ÖZGEÇMİŞ 97

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik No: **Sayfa No:**

Grafik 4.1. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 7-10 gün arası klinik durumlarının PANSS toplam puan ve alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam puan ve alt ölçek puanlarının korelasyonu (Saçılım Grafiği).....56

Grafik 4.2. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı alan hastalara ilişkin PANSS Pozitif alt ölçeğinin 1-3 gün ve 7-10 gün arasındaki puan farkı.....57

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No: **Sayfa No:**

Tablo 2.1. Antipsikotik ilaçların yarılanma ömürleri ve ortalama dozları 20

Tablo 4.1. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastalara ait sosyodemografik özellikler 43

Tablo 4.2. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların adli geçmişi 45

Tablo 4.3. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların hastalığına ait belirtiler 47

Tablo 4.4. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 1-3 gün ile 7-10 gün arası klinik durumlarının Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) toplam ve alt ölçekler puan farkının karşılaştırılması 49

Tablo 4.5. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 1-3 gün ve 7-10 gün arası klinik durumlarının Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) toplam ve alt ölçekler puan farkının karşılaştırılması.....49

Tablo 4.6. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 1-3 gün arası klinik durumlarının PANSS toplam puan ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar 50

Tablo 4.7. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 1-3 gün arası klinik durumlarının BPSÖ toplam puan ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar 51

Tablo 4.8. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 1-3 gün arası klinik durumlarının PANSS toplam puanı ve alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar 52

Tablo 4.9. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 7-10 gün arası klinik durumlarının PANSS toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar 53

Tablo 4.10. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 7-10 gün arası klinik durumlarının BPSÖ toplam puan ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar 54

Tablo 4.11. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 7-10 gün arası klinik durumlarının PANSS toplam puanı ve alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar 55

Tablo 4.12. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı alan hastaların alkol kullanımının PANSS toplam puan ve alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması 58

Tablo 4.13. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı alan hastaların işledikleri suçu kime ya da neye karşı işlediğinin PANSS toplam puan ve alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması.....59

Tablo 4.14. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı alan hastaların üzerinde suç işledikleri kişinin ya da şeyin PANSS toplam puan ve alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması 60

Tablo 4.15. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış muhafaza kliniğinde yatışı yapılan hastaların suç sırasında kullandıkları suç aletlerinin PANSS toplam puan ve alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması 61

Tablo 4.16. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların işlediği suçun türünün PANSS toplam puan ve alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması 62

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BPSÖ	: Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ/WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
EKT	: Elektro Konvülsif Tedavi
EPS	: Ekstrapiramidal Semptom
GABA	: Gamma Aminobutirik Asit
ICD	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması
M.Ö.	: Milattan Önce
NMDA	: N-Metil-D-Aspartik Asit
PANSS	: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
RUTBE	: Ruhsal ve Toplumsal Beceri Eğitimi
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TMK	: Türk Medeni Kanunu
5HT	: 5 Hidroksitriptamin

ÖZET

Zorunlu Koruma ve Tedavi Sürecindeki Şizofreni Tanısı Alan Hastaların Klinik ve Saldırganlık Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Toplumda oldukça yaygın görülen, önemli yeti kayıplarına neden olan ve kronik gidişi olan şizofreni, şiddet ve saldırganlık riskini artırmaktadır. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yapılan bu çalışma; Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine zorunlu koruma ve tedavi amacıyla yatırılan suç işleyen ve daha önceden şizofreni tanısı almış ya da ilk kez şizofreni tanısı alan hastalara ait, sosyodemografik ve psikopatolojik özellikleri belirlemek ve hastaların klinik durumları ile saldırganlık düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Bu amaçla; hastalara, sosyodemografik verilerin, adli öykünün ve hastalığın klinik ve saldırganlık düzeyinin belirlenebilmesi için "Sosyodemografik Veri ve Adli Birim Değerlendirme Formu", "Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)" ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ)" uygulanmıştır.

Şizofreni tanısı almış hastalara ait veriler, hastaların muhafaza kliniğine yatışlarını takiben 1-3 gün ve 7-10 gün arasında hastalar ile yüz yüze görüşülmek suretiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır. Yapılan çalışmada şizofreni tanısı alan zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki tamamı erkek olan 70 hastanın tamamının saldırganlık potansiyeli taşıdıkları saptanmıştır.

Hastalara 1-3 gün ve 7-10 gün arasında uygulanan PANSS alt ölçekleri ve BPSÖ alt ölçekleri arasındaki puan farkı incelendiğinde "sözel saldırganlık alt ölçeği" dışındaki diğer alt ölçekler ve toplam puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p<0.05$) Sözel saldırganlık alt ölçeğinin 1-3 gün içerisindeki toplam puanının 7-10 gün içerisindeki toplam puanından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonunda, şizofreninin belirtilerinin, hastaların göstermiş oldukları saldırganlık ve şiddet davranışlarının azaltılmasını sağlayacak tıbbi, hukuki ve toplumsal öneriler sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Saldırganlık, şiddet, şizofreni, zorunlu koruma ve tedavi.

ABSTRACT

Evaluation of the Clinical and Aggressiveness Levels of Patients Diagnosed with Schizophrenia in the Period of Compulsory Protection and Treatment

Schizophrenia, which is very common in society and causes significant disability with its chronic course, increases the risk of violence and aggression. In this descriptive and cross-sectional study, we aimed to evaluate sociodemographic and psychopathological features and to evaluate the clinical status and aggressiveness of patients who were referred to Adana Dr. Ekrem Tok Mental Health and Diseases Hospital between 01.11.2016 and 31.01.2017 for the purpose of compulsory protection and treatment, who committed a crime and were previously diagnosed or newly diagnosed with schizophrenia.

In this study, Sociodemographic Data and Forensic Unit Evaluation Form, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), and Buss-Perry Aggression Scale (BPAS) were used to assess the level of clinical and aggression for the disease, sociodemographic data, and judicial history.

The data of the patients with schizophrenia were collected by the investigator by face-to-face interviews between 1 and 3 days and 7 and 10 days following admission to the preservation clinic. According to our study results, all of 70 male patients with schizophrenia under compulsory protection and treatment process had potential for aggression.

According to the differences between PANSS and BPAS subscales between 1 and 3 days and 7 and 10 days, there was a statistically significant difference between the subscales and total scores except for *verbal aggression subscale* ($p < 0.05$). The total score of verbal aggression subscale for 1 and 3 days was more than the total score for 7 and 10 days. Based on our study results, we recommend medical, legal, and social implications to reduce symptoms of schizophrenia, aggression, and violent behaviors that patients may display.

Keywords: Aggression, violence, schizophrenia, compulsory protection and treatmen

1. GİRİŞ

Toplumda oldukça yaygın görülen ve önemli yeti kayıplarına neden olan şizofreni; bireyin duygu, düşünce ve davranışlarda değişim, toplumsal ilişkilerinde, iş ve sosyal yaşama uyumunda önemli bozukluklar gösterdiği ruhsal bir hastalıktır. Şizofreninin sebebinin tam olarak belirlenememiş olması, hastalığın etkin tedavisi için uygun yöntemin seçilmesindeki zorluklar, şizofreni tanısı alan birey sayısının giderek artması, şizofreni hastalığının genç yaşlarda başlaması ve hastalığın bireyin iş yapabilme gücünü zayıflatması bu hastalığı psikiyatrinin en güncel problemlerinden birisi haline getirmiştir (1,2). Diğer psikiyatrik bozukluklara göre şizofreni prognozunun olumsuz ve hastalığın uygun tedavi seçeneklerinin yakın zamana kadar az olması dolayısıyla hastalık bilişsel, ruhsal ve sosyal yeti yitiminin en sık görüldüğü ruhsal bozuklukların başında gelmektedir (3,4).

Şiddet davranışı şizofreni hastalarında sık görülmektedir (5). Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin şiddet ve saldırganlık davranışlarının artmış olduğu düşüncesi 19. yüzyılda yaygınlaşmaya başlamıştır. Ayrıca Kraepelin, 1919'da bazı durumlarda şizofreni hastalarının dürtüsel eylemlerinin önemli derecede tehlikeli olabileceğini belirtmiştir (6). Şizofreninin kliniğinde önemli belirti gruplarından biri olarak kabul edilen pozitif belirtilerin varlığı, akut dönemler, hastanın tedaviye uyumunda yaşadığı zorluklar, daha önce şiddet ve saldırganlık davranışında bulunmuş olması ve alkol-madde kullanımı, hastaya yeterli aile ve sosyal çevre desteğinin bulunmaması şizofreni tanısı almış bireylerin şiddet davranışı riskini artırmaktadır (7). Öte yandan; şizofrenide gözlenen şiddet davranışı genellikle gerçek dışı inançlara gösterilen gerçekçi yanıtlardır. Hastada çevresinden, yakınlarından zarar görme sanrıları doğrultusunda ortaya çıkan saldırgan davranışların, hastanın kendisini kendisine yöneltilebilecek muhtemel saldırı ya da saldırılardan korumanın psikotik şekli olduğu düşünülmektedir (8).

Zorunlu koruma ve tedavi altında olan şizofreni tanısı almış hastaların fiziksel olarak kısıtlanarak, suç işlemelerini, şiddet davranışları göstermelerini tıbbi tedavi yoluyla önleme ve cezaevi şartları yerine sağlık ekibinin kontrolü altında bulunmalarını sağlama adli psikiyatri kliniklerinin ve bu kliniklerde çalışan sağlık profesyonellerinin en önemli işlevlerinden birisidir (9). Psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların kendilerine, sağlık çalışanlarına ve diğer hastalara gösterdikleri saldırganlığı önlemeye

ve yönetimine yönelik gelişmiş ülkelerde birçok araştırmacı tarafından farklı araçlar geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (10,11,12,13). Bununla birlikte saldırgan davranışın yönetimine yönelik algoritmalar ve klinik yol haritaları da kullanılmaktadır (14). Ancak ülkemizde hastaların saldırganlık riskini belirlemeye yönelik nesnel araçlar kullanılmadığı gibi, hastaların saldırgan davranışlarını belirlemeye yönelik çalışmalar da genellikle çalışan güvenliği boyutundadır. Psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların saldırganlık potansiyelini ve bu potansiyeli etkileyen etkenlerin araştırıldığı çalışmalar ise oldukça sınırlıdır (15,16,17).

Hastaların zorunlu klinik tedavi süreçlerini bitirme ve hastaneden çıkarılması kararı sadece psikiyatrik durumlarıyla ilişkili olmayıp hastaların tedaviye yanıtı ve uyumu, gelecekteki suç işleme riski, hasta hakkında verilecek olan hastaneden çıkarılma kararının verilmesinde dikkate alınacak kriterlerdendir. "Akıl hastalığı" ve "tehlikelilik" terimlerinin yasal tanımları ve söz konusu tanımların adli sistem içerisinde yorumlanması da hastanın hastaneden çıkarılma kararını etkilemektedir (18). Dolayısıyla; hastanın tehlikeliliğinin ve suça eğiliminin belirlenmesi hastanın tedavisi, hastaneden çıkarılma kararı, psikiyatrik bozukluğu bulunan bireylerin sergiledikleri şiddet davranışına hedef olabilecek kişileri belirlenip gerekli toplumsal, sosyal ve güvenlik önlemlerin alınması toplumsal güvenlik açısından da önemlidir (19). Öte yandan; davranışlarının anlam ve sonuçlarını yönlendirme yeteneği gelişmiş bireylerin hangi davranışı hangi nedenlerle yaptığının farkında olması halinde bireye yüklenebilecek ceza sorumluluğu zorunlu yatış ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı alan hastaları ilgilendiren en önemli konulardan birisidir. Bir diğer ifadeyle; geleneksel hukuk anlayışında bir kimsenin işlemiş olduğu bir suçtan dolayı sorumlu tutulabilmesi ve cezalandırılabilmesi için, işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayabilme ve/veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğine sahip olması gerekmektedir. Gerçeği değerlendirme yetisi tamamen bozulan ve işlediği suç dolayısıyla zorunlu yatış ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış bireylerin muhakemesinin bozulduğu ve cezai sorumluluğunun olmadığı genel kabul edilen görüşlerdendir (20).

Bu çalışma, Dr. Ekrem Tok Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde işledikleri suç dolayısıyla zorunlu yatış ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış

bireylerin sosyodemografik ve psikopatolojik özelliklerini belirlemek, klinik durumları ile saldırganlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

2.1.1. Tanım

Şizofreni; Yunanca “ayrık veya bölünmüş” anlamına gelen “şizo (schizein)” ve “akıl (phrēn, phren)” anlamına gelen “frenos” sözcüklerinin birleşiminden oluşmaktadır (21). Şizofreni; “genellikle genç yaşlarda başlayan, kişinin alışılagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendine özgü iç dünyasında yaşadığı duygu, düşünce ve davranışlarda önemli bozukluklarla giden bir psikoz” olarak tanımlanmaktadır (22).

Hastalığın temel belirti ve bulguları; “varsanılar, sanrılar, dezorganize konuşma ve hareketler, uygunsuz duygulanım, bilişsel kayıplar, psikososyal işlevsellikte bozulmalar” olarak ifade edilmiştir (23). Genellikle 25 yaşından önce başlayan şizofreni, bireyin ilk gençlik yıllarından itibaren sosyal hayata yabancılaşmasına, toplumdan uzaklaşarak içine kapanmasına, çevresiyle önemli uyumsuzluk ve çatışmalar yaşamasına neden olabilmektedir (24). Dünyada şizofreni tanısı alan hasta sayısının giderek artması, şizofreninin nedenlerinin tam olarak belirlenememesi, hastalarda iş yapabilme gücünü zayıflatması ve şizofrenide amaca uygun tedavi yöntemlerinin yetersiz kalması, bu ruhsal bozukluğu psikiyatrinin en güncel sorunlarından biri haline getirmiştir (1,2). Şizofreni; bireyin hastalık öncesi işlevselliğine göre gerileme, bireyde hastalığın aktif döneminde açık psikotik belirtiler bulunması ve hastalığın süregenleşme eğiliminin varlığı ile belirlenmektedir (25). Ayrıca; farklı gidiş ve sonlanım gösterebilen şizofrenide; uygun tedavi yönteminin seçilmesi, yeterli sosyal desteğin varlığı ve hastanın tedaviye uyumlu hale gelmesi durumunda hastalığın tedavisine ilişkin olumlu yanıtlar alınabilmektedir (1).

2.1.2. Tarihçe

Şizofreni kavramının tarihsel gelişiminde hastalığın belirti ve bulgularının yüzyıllardır bilindiğine ilişkin yazılı çok sayıda belge bulunmaktadır. M.Ö. 400’lerde Hipokrat, ilk defa psikiyatrik bozuklukları tıbbi vaka olarak incelemiş, Roma Dönemi’nde ruhsal bozukluklar “delirium” olarak adlandırılmıştır (26). Üstelik; Eski

Yunan doktorlara ait yazılarda şizofreni bir tür psikiyatrik bozukluk olarak nitelendirilmiştir (27).

Ortaçağdan 18. yüzyıla kadar ruh sağlığı bozulmuş kişilerin "şeytanın ve kötü ruhların esiri olduğu, tanrının gazabına uğramış varlıklar" olarak adlandırıldığı, toplumdan dışlandığı, işkence yapıldığı ve hatta ölüm cezalarına mahkum edildiği bilinmektedir (28).

Şizofreni hastaları ile ilgili bilinen nitelendirmelerden ilk ve en bilineni Fransa'da Philippe Pinel (1745-1846) tarafından yapılmakla birlikte Pinel, bu hastaların çoğunu "düşünme yeteneğinin ortadan kalkması ya da bozulması (demans)" diye isimlendirdiği bir kategoriye ayırmıştır (29). Benedict Agustin Morel, 1856 yılında "Démence Precoce" kavramını kullanan ilk hekimdir (30). Almanya'da Karl Kahlbaum katatoniyi katı postur ve mutizmle karakterize bir tablo olarak tanımlarken,1871 yılında Ewald Hecker ise uygunsuz, saçma manyerizmler, aşırı derecede regresif davranışlar ve anlamsız, saçma düşünmeyle seyreden psikotik tabloları "hebefreni" olarak tanımlamıştır (29).

Krapelin, psikiyatrik hastalıkları gidiş ve sonlanımlarına göre, "yıkım gösterenler (dementia praecox)" ve "yıkım göstermeyenler (manik depresif psikoz)" olmak üzere iki kategoriye ayırmış, daha sonra "dementia praecox" olarak isimlendirdiği tabloyu katatonik tip, hebefrenik tip ve paranoid tip olmak üzere üçe ayırarak gruplandırmıştır (31). Yirminci yüzyılın başlarında, "Dementia Praecox" kavramı yerine yunancada "akıl yarılması" anlamına gelen şizofreni kavramını ilk tanımlayan hekim Eugen Bleuler'dir. Bleuler, şizofrenide duygu, düşünce ve davranışlar arasındaki bölünmeyi (schisms) açıklamaya çalışmış ve bu durumunun tek bir hastalıktan çok, heterojen bir grup olduğunu belirlemiştir. Bleuler'e göre şizofrenide gerçek patoloji, düşünce sürecindeki çağrışım kaybıdır; sanrı ve varsanılar ise bu çağrışım bozukluğuna bağlı olarak görülen belirtilerdir. Bleuler; şizofrenide, autism (otizm), assosissasyon bozukluğu (düşünce akışı bozuklukları), affekt bozukluğu (duygulanım bozuklukları) ve ambivalans olarak nitelendirdiği başlıca dört A belirtisinin olduğunu ifade etmiştir (32).

Kurt Schneider ise, 1930'lu yıllarda şizofreninin patognomik birincil sıra belirtilerini düşünce çekilmesi, düşünce yayılması, düşünce okunması, yorum yapan, tartışan, emir veren işitsel varsanılar, somatik varsanılar, sanrılı algılama, duygu ve

davranışların başkalarının etkisi altında olduğu sanrılar olarak ifade etmiştir. Bu belirtiler belli bir dönemden sonra psikiyatri alanının beklentilerini karşılayamadığı için kapsamlı bir sınıflandırmaya ihtiyaç duyulmuştur (1).

Ruhsal bozuklukların fenomenolojik bakış açısından geçmişi Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) ve Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması (ICD) gibi resmi sınıflandırma sistemlerinin doğuşunun öncesine uzanmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)' nin ilk sınıflandırma sistemi DSM-I, 1952 yılında yayımlanmakla birlikte bu sistem, ruhsal bozukluklara tanımlamalar getirmesi nedeniyle önem arz etmektedir. Bu sınıflandırmanın gözden geçirilmiş biçimi olan DSM-II ise 1968 yılında (25), 1980 yılında DSM III ise 1980 yılında yayımlanmıştır. DSM III'ün basılması ruhsal hastalıkların sınıflandırılmasında önemli bir aşama olarak kabul edilmektedir. DSM III, ruhsal hastalıkları betimleyici klinik özelliklerine göre tanımlayıp gruplayarak, sınıflama ve tanı koymayı ruhsal işlevselliğe ilişkin kuramlar ve kanıtlanmamış etiyolojik varsayımlara dayandıran önceki sistemlere göre farklılık göstermiştir (29). Daha sonra; 1994 yılında "Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı olan DSM-IV'nün şizofreni tanı kriterlerinde negatif belirtilere yer verilmiştir (32). 2013 yılında ise; tanı kriterleri gözden geçirilerek DSM-V olarak yeniden düzenlenmiş ve önceki sınıflamalarda beş eksende tanılanan ruhsal bozukluklar son sınıflamada üç eksene indirilip birleştirilmiştir (25). Dolayısıyla; günümüzde ruhsal hastalıkların tanı sınıflamasında DSM-V ve ICD-10 kullanılmaktadır. Ancak; Türkiye'de Amerikan Psikiyatri Birliği'nin geliştirdiği DSM-IV ve/veya DSM-V kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen ICD-10 olarak ifade edilen sistem halen mortalite kodları 138 ülkede morbidite kodları 99 ülkede kullanılan en köklü ve geniş sınıflama sistemidir. DSÖ tarafından 1992 yılında yayınlanan ICD-10'un ICD-9 dan temel farkı; ICD-10 daki tüm kodların alfanümerik yapıda olması ve ICD-9'a göre daha fazla genişleme esnekliğine sahip olmasıdır. ICD' nin 9. ve özellikle 10. revizyonlarında patolojik temel genişletilerek daha kapsamlı hale getirilmiştir (33).

2.1.3. Epidemiyoloji

Şizofreni, her toplumda görülebilen psikiyatrik bir bozukluktur (34). Şizofreninin sıklığı ve yaşam süresince yaygınlığının bütün coğrafyalarda eşit, ancak

İrlanda, İsveç ve Hırvatistan'ın bazı kesimleri ile Kanadalı Katoliklerde yüksek, Gana ve Tayvan'daki bazı kabilelerde ise düşük yaygınlıkta olduğu bilinmektedir. Şizofreni hastalığının hayat boyu prevalansı %0.5-%1.5 aralığında tespit edilmiştir (35). Şizofreni insidansı, yılda 100.000'da 10–54 olarak bildirilmiştir (36). Daha önce yapılan çalışmalarda şizofreninin yaşam süresince yaygınlığı bütün toplumlar için %1'e yakın olarak bildirilse de 1960-2000 yılları arasında 46 ülkede yapılan sistematik gözden geçirme çalışmasına göre hayat boyu yaygınlık oranlarının geniş bir aralıkta (1000 kişide 4.6 ile 9.2 arası), heterojen bir dağılımı olduğu bildirilmiştir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise; şizofreni hastalığının hayat boyu yaygınlığı 1000 kişide 8.9 olarak bulunmuştur (37). Şizofreninin başlangıç yaşı erkeklerde sıklıkla 20-25 ve 30-35 yaşları arasında görülürken, kadınlarda hastalık başlangıcı erkeklerden ortalama 5 yıl daha geç görülebilmektedir (29). Yapılan izlem çalışmalarında, bekar olmanın erkeklerde 12-50 kat, kadınlarda ise 3-15 kat daha fazla şizofreni hastalığını tetiklediği saptanmıştır. Şizofreni hastalarının birinci derecede akrabalarının diğer bireylere göre şizofreni tanısı alma olasılığı, yaklaşık 10 kat fazla olduğu belirlenmiştir (38).

2.1.4. Etiyoloji

Şizofreninin sadece bir etken nedeniyle değil, çok sayıda etkenin bir araya gelmesi ile oluştuğu görüşü giderek yaygınlaşmaktadır. Son yıllarda özellikle gen ve çevre etkileşiminin şizofreniye olan etkisi üzerinde çalışmalar yapılmaktadır (39). Bu görüşe göre bireylerin şizofreniye genetik yatkınlığı mümkün olabilirken, bu yatkınlığı başka faktörler tetiklemedikçe hastalık ortaya çıkmayabilir (24). Şizofreni etiyolojisinde rol oynayan önemli etkenler:

2.1.4.1. Genetik

Genetik etkenler beyin gelişimi ve sinaptik bağlantılarda olumsuz etkiye sahip olabilmektedir (40). Şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozuklukların, şizofreni hastalarının yakınlarında toplumun geneline göre daha yüksek oranlarda görülmesi şizofrenide genetik etkenlerin rolünü desteklemektedir (34). Birinci derece akrabaları içerisinde şizofreni tanısı alan veya ailesinde şizofreni tanısı almış sayıca fazla kişinin bulunması bireylerin şizofreni olasılığını arttırdığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda; ebeveynlerden herhangi birinin şizofreni tanısı almış olması halinde bu ebeveynlerin

çocuklarının şizofreni tanısı alma olasılığının %12.5–13.8 arasında olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca; ebeveynlerin her ikisinin de şizofreni tanısı almış olması halinde bu ebeveynlerin çocuklarının şizofreni tanısı alma olasılığının %35–46 arasında olduğu ortaya konmuştur. Ebeveynlerinde şizofreni tanısı olmayan, ancak; çocuklardan herhangi birisinin şizofreni tanısı almış olması halinde bu çocukların kardeşlerinde şizofreni görülme olasılığı %6.7–8.2 olarak bildirilmiştir. Öte yandan; biyolojik anne ve babasında şizofreni tanısı olan ve koruyucu ailede yaşamış olan bireylerde şizofreni görülme olasılığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla; genetik ve aile ortamı; şizofreninin ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır (41).

2.1.4.2. Çevresel etkenler

Şizofrenide çevresel etkenler; kadının gebe kalma sırasında, gebeliği boyunca, bebeğin doğum ve doğum sonrası gelişimi süresince maruz kaldığı biyolojik, fiziksel ve psikososyal faktörleri kapsamaktadır. Şizofreni; genetik etkenlerden kaynaklanan ve nörogelişimsel bir hastalık olduğu, şizofreniye neden olan genlerin embriyonik nörogelişimi kontrol altında tuttuğu, ancak çevrenin bu genleri değiştirek nöropatoloji ve bilişsel bozulmalar sonucunda ortaya çıktığı yönünde çalışmalar mevcuttur (40). Öte yandan; kannabisin (esrar) kullanım sıklığı şizofreninin ortaya çıkma olasılığını artırmaktadır. Yapılan araştırmalar şizofreni hastalarının yaklaşık yarısında kannabis kullanımının olduğunu göstermiştir (42).

2.1.4.3. Sosyal etkenler

Şizofreni, toplumun çeşitli sosyo-ekonomik gruplarında ortaya çıkabilmektedir. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük ailelerde doğan çocuklarda çeşitli nedenlerle görülen enfeksiyonlar, annenin doğum öncesi yeterince beslenememesi ve doğum sonrası bebeğin bakımında yetersizlik ve çocuğa toplumsal desteğinin az olması gibi koşulların şizofreninin daha sık ortaya çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir (1).

Şizofreninin bireyin sosyal ve iş yaşamını olumsuz etkileyerek, şizofreni tanısı almış hastaların sosyo-ekonomik koşullarını kötüleştirdiği yönünde çalışmalar mevcuttur (43). Öte yandan; bireyin sosyal desteğinin az olması, bir yerden başka bir yere göç etmesi de şizofreni için bir risk faktörüdür (44). Kısacası; bireyde ağır strese neden olan yaşamsal olayların; bireyin şizofreni tanısı alması üzerinde etkili olduğu

düşünülmektedir (45). Kentleşme ve şizofreni arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmadan elde edilen veriler; kentleşme ile şizofreni arasında bir nedensellik ilişkisi olabileceğine işaret etmektedir (46).

2.1.4.4. Perinatal komplikasyonlar

Obstetrik komplikasyonlar, şizofreni hastalığı için bir risk etkeni olarak değerlendirilmektedir. Yapılan bir çalışmada; şizofreni tanısı almış bireylerin hastalık öyküsüne bakıldığında bu hastalarda, sağlıklı kardeşlerine göre prenatal ve perinatal komplikasyonlarının olduğu ortaya konmuştur (47).

Günümüzde; prenatal dönem sonrasında şizofreni olasılığını artıran etmenlerden; influenza, rubella ve T. Gondii'dir (48). Anne karnında viral ve bakteriyel enfeksiyonlara maruz kalmanın, bu enfeksiyonlara cevap olarak oluşan sitokin salınımının ve ateş oluşumunun bebeğin beyin gelişimini etkilediği ve şizofreni tanısı almasında etkili olduğu ortaya konmuştur (49).

Kanama, diyabet, Rh uyuşmazlığı, preeklampsi gibi gebelik komplikasyonları, düşük doğum ağırlığı, baş çevresinin kısa olması, konjenital malformasyonlar gibi fetal gelişim bozuklukları ve diğer doğum komplikasyonları (rahim atonisi, asfiksi, acil sezeryan uygulanması v.b) ile şizofreninin ilişkili olduğu tespit edilmiştir (24).

2.1.4.5. Hastalık öncesi kişilik özellikleri

Bleuler şizofreni hastalığı başlamadan önce var olan; çeşitli psikotik olmayan belirtilerden söz etmiştir. Şizofrenide; somatik yakınmalar, obsesif kompulsif belirtiler, anksiyete, panik, depresif belirtiler ve diğer psikopatolojik özellikler saptanmakla birlikte; hastalık öncesi dönemde hastalığın klinik özellikleri ile iç içe geçen belirsizlikler görülmektedir. Ayrıca; bu belirtilerin yanı sıra negatif belirtiler de sık görülür ve ağır olabilir (50).

2.1.4.6. Nörogelişimsel model

Nörogelişimsel varsayıma göre; etiyolojik faktörler hastalığın başlamasından çok önce hastanın normal nöronal gelişimini etkilemekte, belirli nöronlar ve nöronal devrelerin hasarlanması sonucu hastalık ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda olağandışı nöronal olgunlaşma, stres, travma, enfeksiyon ve madde kullanımı gibi diğer

nedenlerin de hastalığın tetiklenmesinde rol oynadığı düşünülmektedir. Şizofrenide; antioksidan mekanizmaların yetersizliği ve membran metabolizma bozukluklarının da nöronal yıkımda rol oynadığı düşünülmektedir (32). Ayrıca; adölesan dönemde dopamine duyarlılığın artması, prefrontal kortekste bozulmuş dopamin görevinin subkortikal dopamin üretimini arttırması gibi hastalık gelişme olasılığını artıran nedenlerin şizofreninin ortaya çıkmasına neden olacağı düşünülmektedir (28).

2.1.4.7. Nörodejeneratif Model

Nörogelişim kuramının aksine nörodejeneratif kuram; hastalık başladıktan sonra beynin bazı kısımlarında dejenerasyon gerçekleşir ve bu durum şizofrenide klinik olarak olumsuz gidişin göstergesidir. Hastalığın başlangıcında şizofreniye ait negatif ve bilişsel belirtilerin hafif olarak seyretmesi ya da sıklıkla görülmemesi, hastalık ilerledikçe bu belirtilerin artması söz konusu kuramı desteklemektedir (41). Tedaviye karşı hastalıkta direnç oluşması, her yinelemeden sonra hastalığın kontrol altına alınması için gereken sürenin uzaması ve her yeni atakta tedavinin gittikçe zorlaşması şizofrenide ilerleyici patofizyolojik bir sürecin olduğunu düşündürmektedir (51).

2.1.4.8. Nörotransmitter Sistemleri

Dopamin: Dopamin, santral sinir sistemi'nde yaygın olarak bulunan bir katekolamindir. Dopamin prekürsörü olan levodopa, beyindeki sinir uçlarından dopamin açığa çıkaran amfetaminler ve metilfenidat, dopamin'in geri alımını inhibe eden kokain gibi dopaminerjik sinapslarda aşırımı artıran ilaçlar, şizofreni belirtilerini şiddetlendirebilirler. Ayrıca Parkinson hastalığı için kullanılan levodopa (L-dopa) ile tedavi edilen hastalarda bazen bir yan tesir olarak akut şizofreniye benzer şekilde akut psikoz nöbetleri oluşabilir. Kokain ve amfetaminler normal kimseler tarafından aşırı miktarda alındıklarında şizofreni benzeri bir psikoz hali oluşturabilirler. Yapılan çalışmalarda postsinaptik dopamin reseptörlerini bloke eden ilaçların da şizofreni belirtilerini azaltabildiği gözlemlenmiştir. Bu bulgular şizofrenili hastalarda aşırı dopamininerjik etkinlik bulunduğunu ileri süren dopamin varsayımını destekler niteliktedir (28,52).

Serotonin: Seratonin, (5- hidroksitriptamin, 5-HT), beyindeki nörotransmiter ve nöromodülatör görevi etraflı bir şekilde incelenmiş bir monoamindir. Serotonerjik

sistemin dopaminerjik sistem üzerinde inhibitor rolü bulunmaktadır. Serotonin 5-HT_{1A} reseptörleri otoreseptördür ve fonksiyonları Gαi proteinleri aracılığıyla düzenlenir. Şizofrenide Gαi protein düzeylerinin düştüğü ve 5-HT_{1A} reseptörlerinin bu etkiyi kompanse etmek üzere arttığı düşünülmektedir. Buradan hareketle 5-HT_{1A} reseptör antagonistlerinin şizofreninin negatif ve bilişsel belirtilerini iyileştirdiği düşünülmektedir (53).

Glutamat: Glutamat, beyin ve omurilikte bulunan eksitatör bir nöromedyatördür. Yapılan bazı araştırmalarda, frontal kortikal bölgelerde glutamat reseptörlerinde artma görülürken, prefrontal ve hippokampal bölgelerde glutamaterjik aktivitede azalma olduğu bildirilmiştir (54,55). Ayrıca, şizofrenili hastaların hiç olmazsa bir kısmında beyinde glutamat düzeyin azaldığı ve buna karşı adaptif olarak post sinaptik NMDA reseptörlerinin sıklığının artığı ileri sürülmüştür (52).

GABA: GABA (gama-aminobütirik asid), beyinin ana inhibitör nöromedyatörüdür. Çeşitli agonist ve antagonistlere olan duyarlığa göre GABAerjik reseptörlerin insanlarda en az iki farklı tipi bulunduğu saptanmıştır. Bunlar $GABA_A$ ve $GABA_B$ dir (52). Şizofrenide GABA ile ilgili veriler incelendiğinde kortikal GABAerjik ara nöronlarda azalma, prefrontal kortekste $GABA_A$ reseptör yoğunluğunda artma, hipokampusta GABA gerialım bölgelerinde azalma olduğu tespit edilmiş ve azalmış GABA aktivitesinin artmış dopamin aktivitesine yol açtığı bildirilmiştir (56).

Noradrenalin: Noradrenalin amin yapılı bir nöromedyatördür. Ebert ve ark. (2003) larının yaptığı bir çalışmada, özellikle paranoid belirtilerin baskın olduğu şizofreni hastalarının, beyin omurilik sıvısında noradrenalin düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur (28,57).

2.1.4.9. Beyin Gelişimi

Şizofreni spekturumu ve ilişkili bozukluklar, beyin gelişimi devam ederken ve ergenlik dönemi sonunda klinik fenotipin belirginleşmesine neden olan genetik hassasiyet ve çeşitli çevresel etkenler arasındaki etkileşimden kaynaklanan hastalıklardandır. Bireyin çocukluk ve gençlik dönemi, ağır travmalara karşı hassas olduğu kritik bir evredir ve travma yaşandığında kortekste uyarıcı denge ve beyin bölgelerini bağlayan iletim yolları bozulabilmektedir (58). Şizofrenide beyin görüntüleme alanında yapılan araştırmada hasta ve sağlıklı bireyler karşılaştırılmış,

sonuç olarak frontal loblarda, amigdala, hipokampus, parahipokampus, talamus, medyal temporal lob, singulat girus ve üst temporal lob hacimlerinde azalma tespit edilmiştir (59).

2.1.5. Şizofrenide klinik belirti ve bulgular

Şizofrenide teorik olarak premorbid belirtiler, hastalığın klinik belirtilerinin ortaya çıktığı dönemden önce (prodromal evre) başlamaktadır. Foerster ve ark.'nın (1991) yaptıkları kontrollü bir çalışmada, şizofreni tanısı alan erkek hastalarda hastalığın premorbid döneminde sosyal işlevsellikte azalma ve şizoid ve/veya şizotipal kişilik özelliklerin affektif bozukluğu olan hastalara göre daha sık görüldüğü saptanmıştır (60).

Şizofrenide; yavaş yavaş gelişen sosyal geri çekilme, ilgi azalması, dış görünüş ve hijyende değişiklikler, bilişsel değişiklikler ve garip davranışlarla karakterize prodromal evre görülmektedir (61). Hastanın kendisinden, ailesinden ve sosyal çevresinden; hastada kişilik değişiklikleri, içe çekilme, azalmış akademik performans, cinselliğe ve önceden zevk aldığı diğer aktivitelere karşı ilgi kaybı, obsesif-kompülsif bozukluk ve ritüalistik (törensel) davranış, kişisel bakımda azalma, sinirlilik, uygunsuz duygulanım, büyüsel düşünce ve artmış saldırganlık gibi belirtilerin olduğu öğrenilmektedir. Bu belirtiler; sağlıklı bir ergen bireyin devam eden ergenliğinin bir parçası olabileceğinden, şizofrenide yaklaşan psikozu ve belirtileri tespit edip tanılamak sağlık profesyonelleri için her zaman kolay olmayabilir (62). Şizofrenide başlıca 3 temel belirti grubu vardır:

- Pozitif belirtiler,
- Negatif belirtiler,
- Bilişsel (kognitif) belirtiler (22,51,63,64).

1.Pozitif Belirtiler (Psikotik Belirtiler): Pozitif belirtiler genellikle ‘’hastaların gerçeklik ile bağlantısını koparan belirtiler’’ olarak bilinmektedir. Bu belirtiler sağlıklı insanlarda görülmediği için tespit edilmesi kolaydır. Belirtiler genellikle geçicidir, bazı durumlarda ciddi sonuçlara yol açabilir ve tedavi ile bağlantılı olarak azalabilir (19, 65,66,67,68,69).

Şizofrenide görülen pozitif belirtiler:

Varsanı (Hallucinations): Şizofreni tanısı alan hastalar, diğer insanların duymadığı, hissetmediği ya da kokusunu alamadığı şeyleri duyabilir, hissedebilir ya da kokusunu alabilir. "Sesler" şizofrenide en sık görülen varsanı türlerinden biridir. Genellikle şizofreni tanısı alan hastaları "yönlendirici nitelikte olan bu sesler", hastalara kendi davranışlarından söz edebilir, ona davranışları ile ilgili emirler verebilir, onu bir olaya karşı uyarabilir. Ayrıca; bu sesler birbiri ile de konuşabilmektedirler. Şizofreni tanısı alan hastalar, o anda o ortamda bulunmayan objeleri ya da insanları gördüğünü, başka hiç kimsenin fark etmediği kokuları fark ettiğini ya da çevrede kimse yok iken görünmez birinin kendisine dokunduğunu hissetmek gibi varsanı türlerinden olan diğer belirtileri de ifade etmektedirler (31,64,70,71).

Sanrı (Delusions): Şizofreni tanısı alan hastalar; gerçek olmayan düşüncelere ya da inanışlara kapılabilir ve bu düşünce ve inanışları asla değiştir(e)mezler. Şizofreni tanısı alan hastaya, çevresindeki insanlar, hastanın bu düşünce ve inanışlarının yanlış olduğunu kanıtlasalar bile; hasta bu gerçek dışı düşünce ve inanışlarının varlığı ve doğruluğu konusunda ısrar etmeye devam edebilirler (31,64,70)

Şizofreni tanısı alan hastalar, sağlıklı insanlar için garip olarak nitelendirilebilecek; genellikle çevrelerindeki insanların, kendi hareketlerini manyetik dalgalarla kontrol ettiğini düşünmek, televizyon ya da diğer mobil araçların yayınları ile kendilerine özel mesajlar iletildiğine ve kendinin tarihsel bir karakter olduğuna inanmak gibi garip düşüncelere kapılabilir (64,66).

Dağınık Düşünceler (Thought disorders; unusual or dysfunctional ways of thinking): Şizofreni tanısı alan hastaların, sağlıklı insanlarla karşılaştırıldığında onlara göre tuhaf ve sıradışı düşünceleri bulunabilir. Bu düşünceler hastalarda, tuhaf, anlaşılamayan konuşmalara neden olabileceği gibi hastanı kendi kendisiyle ve/veya karşısındakiyle anlaşılamaz konuşmasına da neden olmaktadır. Hastalar, bazı durumlarda konuşmanın akışını durdurabilir veya ses tonunu ayarlamakta güçlük çekebilirler. Hastalara bu konuşma süreci sorulduğunda ise hastalar, düşüncelerinin kafasından çekilip alındığını, hatta çalındığını bile ifade edebilmektedirler (31,64,66,70).

Hareket Bozuklukları (Movement disorders; agitated body movements): Şizofreni tanısı alan hastalarda ajite (huzursuz) vücut hareketleri görülebilmektedir. Bu

hastalar belirli bir hareketi saatlerce, günlerce ve hatta aylarca sürekli tekrarlayabilmektedirler. Şizofreni tanısı alan bazı hastalarda ise tekrarlayıcı ve ajite hareketlerin aksine; donakalma (katatonik) ve çevresindekilere yanıt vermeme şeklinde tepkiler söz konusu olabilir. Ancak; günümüzde donakalma ve çevresindekine yanıt vermeme nadir olarak görülmektedir. Ayrıca; bu semptomlara "mum esnekliği" de denilen şizofreni tanısı alan hastaların vücut ekstremitelerine verilen duruş biçimlerinin hastanın kendi çabası ile değiştirememesi durumu da eşlik edebilmektedir (64,66). Dolayısıyla; varsanılar, sanrılar, dağınık düşünceler, hareket bozuklukları gibi belirtiler şizofreninin pozitif semptomlarındandır. Bu belirti gruplarının neden olduğu algı, düşünce içeriğinin bozulması, belleğin işleyişinin bozulması veya davranış alanlarındaki bozulmalar gibi durumlar hastanın gerçekle olan bağlantısını koparmakta ve bu belirti gruplarının varlığında bireyin genellikle hastaneye yatırılması gerekmektedir (64,67,66,72).

2. Negatif Belirtiler (Negative symptoms): Şizofrenide negatif belirtiler; bireyde genellikle duygu, düşünce ve davranış gibi birtakım fonksiyonların azalması ve bozulması olarak tanımlanabilir. Şizofreni tanısı alan hastalarda, planlı aktivitelere başlayamama ya da aktiviteleri sürdürememe, apati (bir insanın donuk veya monoton konuşması ya da konuşurken yüz kaslarının kıpırdamaması), avolüsyon (istek kaybı), anhedoni (zevk alamama), sosyal izolasyon, ambivalans (zıt duyguların aynı anda bir arada olması), konuşmanın ve düşüncenin fakirleşmesi, günlük yaşamdan zevk almama, iletişim kurulmaya çalışıldığında bile karşıdaki bireyler ile ya çok az ya da hiç konuşmama gibi negatif belirtiler görülebilmektedir (67,70). Negatif belirtilerin görüldüğü şizofreni tanısı almış hastalar günlük işlerini yürütebilmek için hem fiziksel hem de sosyal desteğe gereksinim duyabilirler. Hatta hastalar elini yüzünü yıkamak, banyo yapmak gibi pek çok sağlıklı bireyler için çoğunlukla basit olarak nitelendirilen kişisel bakımlarını bile yapmayı gözardı edebilirler (31,66,67,70,73).

Şizofreni tanısı alan hastalar sosyal çevreleri tarafından tembel ya da isteksiz olarak algılanabileceğinden, şizofrenide görülen pozitif belirti gruplarının aksine negatif belirtiler yanlış algılamaya neden olabilmekte ve bu nedenle özellikle hasta yakınları negatif belirtileri ya hiç tanıyamamakta ya da tanımakta gecikmektedirler. Ayrıca; negatif belirtiler, depresyon ya da diğer bazı ruhsal hastalıkların belirtileri ile benzerlik gösterdiğinden şizofreninin belirti grupları ile ilişkisinin fark edilmesi zorlaşmaktadır.

Öte yandan; pozitif semptomların aksine negatif semptomlar nadiren bireyin hastaneye yatırılmasını gerektirebilmektedir (66,67,73).

3. Bilişsel Belirtiler (Cognitive symptoms): Şizofreni, bilişsel ve nöropsikolojik fonksiyonlarda ağır yıkıma neden olan ruhsal bir bozukluktur. Şizofrenide dikkat, bellek, yönetici ve genel entelektüel işlevler gibi bilişsel işlevlerin negatif belirtilerden daha ağır biçimde fonksiyonel bozulmaya yol açtığı düşünülmektedir (25,31,66,74).

Şizofreni tanısı alan hastalardaki; bilgiyi anlama ve karar vererek kullanma becerisinde bozulma, konsantrasyon güçlüğü, kısa süreli bellekte bozulma (öğrendikten hemen sonra bir bilgiyi kullanma becerisi) gibi bilişsel işlevlerdeki bozulmalar hastanın yaşamını normal şekilde sürdürmesini engellemektedir. Öte yandan; tıpkı negatif belirtiler gibi bilişsel belirtilerin de şizofreni ile ilişkisi çok zor fark edilmekle birlikte her iki belirti grupları da çoğunlukla şizofreninin pozitif belirtileri ortaya çıktıktan sonra tespit edilmektedir (74).

2.1.6. Tanı Ölçütleri

"DSM-5'e göre bir bireye şizofreni tanısı konulabilmesi için A grubu tanı kriterlerindeki 5 maddeden en az ikisinin var olması gerektiği vurgulanmıştır. A grubu tanı kriterlerinden var olması gereken iki maddeden en az birinin "sanrı, varsanı ya da dezorganize konuşma" olması gerekmektedir. DSM-V'in getirdiği en önemli yenilik tüm psikozların şizofreni spektrumu içinde yer alması olmuştur. Paylaşılmış psikotik bozukluk kategorisi ise kaldırılarak sanrılı bozukluk alt tipleri arasına alınmıştır. Prepsikotik durumları tanımlamak için ise formal sınıflamaya girmeyen, ancak öneri düzeyinde yer alan "hafif psikoz sendromu" tanımlanmıştır.Ayrıca; şizofrenide alt tipler kaldırılmıştır (25).

DSM 5'e göre şizofreni tanı ölçütleri;

A. Karakteristik Belirtiler: Bir aylık bir süre boyunca (tedavi etkili olmuş ise daha kısa bir süre),ve bu sürenin büyük çoğunluğunda "sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma, ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış, negatif belirtiler, yani affektif donukluk, aloji (konuşamamazlık) ya da avolisyon (istek kaybı)" gibi belirtilerinden en az ikisinin bulunması gerekmektedir.

B. Toplumsal veya Mesleki İşlev Bozukluğu: Bireyin sosyal yaşamında, insan ilişkilerinde, öz bakımını sağlamasında yetersizlik olması gerekmektedir.

C. Süre: Hastalığın sürekli devam eden belirtilerinin en az 6 ay süreyle devam etmesi gerekmektedir (75).

D. Şizoaffektif Bozukluğun ve Duygudurum Bozukluğunun Dışlanması: Şizoaffektif bozukluk ve psikotik belirtiler gösteren duygudurum bozukluğu dışlanmıştır. Bu durumun sebebi olarak (76) aktif dönem belirtileri süresince majör depresif, mani ya da birden çok nedenle oluşan krizlerin ortaya çıkmaması ya da (77) aktif dönem belirtileri esnasında duygudurum nöbetleri oluşmuşsa bile bu nöbetlerin toplam süresinin aktif ve rezidüel evrenin süresine göre daha kısa olmasıdır.

E. Madde Kullanımının/Genel Tıbbi Durumun Dışlanması: Hastalık, bir uyuşturucu maddenin veya fizyolojik bir hastalığın vücutta oluşan etkileri ile açıklanmamalı ve beden algısı (dismorfik) bozukluğu veya obsesif kompulsif bozukluk gibi farklı bir psikiyatrik rahatsızlıkla da daha iyi açıklanmamalıdır.

F. Bir Yaygın Gelişimsel Bozuklukla Olan İlişkisi: Hastanın daha önceden otizm ya da farklı bir yaygın gelişimsel bozukluk yaşantısı varsa, fakat hastada en az bir ay süreyle (tedavi etkili olmuş ise daha kısa bir süre) belirgin sanrı veya varsanılar mevcutsa hastaya mevcut tanısına ek olarak şizofreni tanısı konulabilir (75).

2.1.7. Şizofrenide Kullanılan Tedavi Yöntemleri

Şizofreninin etiyolojisinin çeşitli olmasından dolayı tedavi sürecinde birden fazla yaklaşım birlikte uygulanmaktadır. Farmakolojik tedavi, çeşitli psikoterapiler, elektrokonvülsif tedavi (EKT), aile terapileri, bilişsel davranışçı tedavi, uğraşı tedavisi, şizofrenide en çok uygulanan tedavi yöntemlerindendir (1,78,79). Şizofreni hastalarının tedavisindeki en önemli nokta hastanın tedaviye uyumudur. Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının hem farmakolojik hem de psikososyal tedaviye uyum olasılığının düşük olduğu ortaya konmuştur. Bu uyumu sağlamak için hasta ve ailesinin tedavi ekibiyle iş birliği içerisinde olması gerekmektedir (80).

Şizofreni, uygun tedavi ve bakım uygulanırsa iyileşme görülebilecek bir hastalıktır. Tedavinin türü ve süresi hastadan hastaya değişmektedir. Tedavideki asıl amaç belirtileri azaltma (semptomatik tedavi) ve hastalığın belirtilerini tamamen ortadan kaldırmaktır (51,81). Hastalığın etiyolojisi , hastalığın gidişi ve bireyin tedavi

sırasındaki uyumu bütüncül yaklaşımla incelenerek hasta için uygun tedavi yöntemi seçilmeli, bu yönteme karar verilirken farmakolojik tedavi türü, doz miktarı ve diğer tedavi yöntemleri de göz önünde bulundurulmalıdır (51). Şizofrenide ilaç tedavisi hem akut alevlenme evrelerinde hem de atakların önlenmesinde etkilidir. Şizofreninin farmakolojik tedavisinde psikotik belirtileri tedavi eden ilaç türlerinden biri olan antipsikotik ilaçlar tercih edilmektedir. Antipsikotik ilaç tedavisi psikotik belirtileri kontrol altına alarak psikososyal tedavi yaklaşımlarının uygulanmasını sağlarken, psikososyal yaklaşım ise hastanın tedaviye uyum sağlamasını, hastanın düşük dozlarla bile etkili tedavi olasılığını sağlayarak ilacın yan etkilerinin azaltılmasını ve dolayısıyla hastanın tedaviden vazgeçme olasılığını da düşürmektedir (82).

Şizofreni hastalarının tedaviye uyum sağlamaması önemli bir sorun arz etmektedir. Hastaların çoğunun ilk tedavi sürecinden sonraki bir yıl içinde ilaç tedavilerine düzenli devam etmediği belirtilmektedir. Bu süreçten sonraki ortalama 2-5 yıl içerisinde de hastaların %80'inde belirtiler artmakta ve hastalık nüks etmektedir. Dolayısıyla ilk tedavi çok önemlidir ve kullanılacak antipsikotik türü, etkililik ve hasta tolerasyonu açısından en uygun tedavinin ekip ile beraber seçilmesi gerekmektedir (83). Şizofrenide belirtileri düzelten, atakları engelleyen en etkili ilaç tedavisinin, hastanın beceri ve stresle etkili başetme kapasitesini artırmayı hedefleyen psikososyal tedaviyle desteklenmesi gerekmektedir.

Şizofrenide EKT tedavisi ise; ilaç tedavisinin hasta üzerinde etkisiz olduğu durumlarda uygulanmaktadır (1,82). Tedavinin etkili bir şekilde yapılması için ailenin desteği hasta için büyük önem arz etmektedir. Hastanın yakınlarına şizofreni hakkında bilgi verilmesi hastanın tedavisini olumlu etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada ilaç tedavisi ve psikososyal tedavi, ailenin eğitimi ve desteğiyle birleştiğinde hastalığın nüks etme olasılığının %40 azaldığı belirtilmiştir (82,84,85).

2.1.7.1. Tipik Antipsikotik İlaçlarla Tedavi

Klasik antipsikotik ilaçlar şizofrenide özellikle pozitif belirtilerin sağaltımında etkin olan dopamin reseptör antagonistleridir. Etki düzenekleri birbirine benzeyen klasik antipsikotikler, sağaltımın başında D2 reseptörlerini bloke ederek dopaminerjik aktiviteyi azaltırlarken; bir süre sonra ventral tegmental bölge ve nigrostriatumdaki dopamin nöronlarının ateşlenmesi bloke olmakta, diğer bir deyişle depolarizasyon

inaktivasyonu ortaya çıkmaktadır. Ventral tegmental bölgedeki nöronların inaktivasyonu antipsikotik etkiyi oluşturur, striatumdaki etkinin ise ekstrapiramidal sendrom (EPS) ve geç diskinezi gibi yan etkilerden sorumlu olabileceği bildirilmektedir. Ancak tek başına dopamin kuramı klasik antipsikotiklerin etki mekanizmasını açıklamakta yetersiz olabilmektedir. Bu bileşiklerin serotonerjik, histaminerjik, adrenerjik, muskarinik, GABAerjik, glutamaterjik reseptörler gibi diğer nörotransmitter reseptörlerine de değişik derecelerde affiniteleri vardır (86).

Haloperidol: Butirofenon türevidir. Özellikle hiperaktivite ve ajitasyon üzerinde güçlü etkisi vardır. Antimanik etki de gösterir. Antiemektir. Güçlü ekstrapiramidal etki gösterir. Kinik etkisinin dopaminerjik blok yoluyla olduğu kabul edilmektedir. Bu grup ilaçlarda akut distoni önemli bir yan etkidir. Boyun, çene ve dil kaslarının yanı sıra göz ve beden kaslarının da uzun süreli hiperkinezileri biçiminde ortaya çıkmaktadır. İkinci önemi yan etki ise; parkinsonizmdir. İlacın yol açtığı parkinsonizm, tremorun daha az belirgin olması dışında parkinsonizmin diğer şekilleriyle de belirginlik göstermektedir.

Klorpromazin: Alfatik yapılı bir fenotiyazindir. Antipsikotik etkisi yanında güçlü antiemetik etkisi de vardır. Sedatif etkisi yüksektir. Güçlü adrenerjik blok etkisi vardır. Bu özelliği ortostatik hipotansiyona neden olur. Kalp hastalığında önerilmez. Epilepsi eşiğini düşürür. Antiasitlerle emilimi buna bağlı olarak da etkinliği azalır (51).

2.1.7.2. Atipik Antipsikotik İlaçlarla Tedavi

Atipik antipsikotiklerin, şizofreni hastalarında negatif belirtilerin iyileştirilmesi, bilişsel işlevlerin artırılması ve yaşam kalitesinin artırılması yönlerinden tipik antipsikotiklere göre daha başarılı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca atipik antipsikotiklerin daha düşük akut ekstrapiramidal semptom (EPS) ve tardiv diskinezi riski taşıdığı bilinmektedir. Bununla birlikte bu ilaçlar değişik derecelerde kilo artışı, diyabet ve hiperlipidemi (HL) gibi metabolik anormallikler ile ilişkili bulunmuşlardır (87,88).

Klozapin: Klozapinin ekstrapiramidal yan etkisi çok azdır. Tardiv diskineziye sebep olmayan ve prolaktin düzeyini artırmayan ilk antipsikotik klozapindir. Klozapinin yan etkilerine bakıldığında en tehlikeli yan etkisi hastaların yaklaşık %1'inde görülebilen agranülositozdur. Klozapin pankreatik hücrelerde hasar yaratarak diyabete yol açabilmektedir (89). Klozapin çok yüksek dozlarda epilepsi nöbetine neden olabilmektedir. Ciddi kilo alımına da neden olmaktadır (90).

Olanzapin: Klozapinin kimyasal bir türevidir. Düşük dozlarda antidepresan özelliği vardır. Klozapin gibi olanzapinin de ciddi kilo alımına sebep olduğu bilinmektedir. En sık görülen yan etkiler konstipasyon ve ağız kuruluğudur. Hastada hiperglisemi görülme olasılığını artırır. Diyabetik ketoasidoza neden olabilir, trigliseridleri artırabilir. Bu ilacı kullanan hastalarda sıklıkla kilo takibi, açlık kan şekeri ölçümü ve trigliserid takipleri yapılmalıdır (91,92).

Risperidon: Bir benzizoksazol olan risperidon kuvvetli bir "5-HT2A" antagonistidir. Risperidonun düşük dozları atipik özelliktedir, ancak yüksek dozlarda çeşitli yan etkiler oluşturduğu için daha fazla tipik antipsikotik niteliğindedir. Prolaktini artırır. Kilo alma, ekstrapiramidal semptom (EPS), uyuşukluk, düşük tansiyon ve bulantı gibi yan etkileri bulunur (93).

Amisülpirid: Bu ilaç düşük dozlarda dopaminerjik aktiviteyi arttırarak şizofreninin negatif belirtilerinde etkili, yüksek doz tedavisinde ise pozitif belirtiler üzerinde etkilidir. Antikolinerjik etkileri yoktur. Prolaktin seviyesini yükseltir. Baş ağrısı, cinsel işlev bozukluğu, hiperkinezi, ajitasyon, anksiyete, insomni, tremor ve uykusuzluk diğer yan etkileridir.

Sülpirid: Sülpirid düşük etkili nöroleptiklere benzer. Kan-beyin bariyerini az geçtiğinden yüksek dozlarda verilmesi gerekmektedir. Seçici reseptör aktivitesi nedeniyle dolaşım sistemine yan etkisi yoktur fakat galaktore ve amenore gibi hormonal yan etkileri fazladır (94).

Ketiapin: Ketiapin prolaktin seviyesini yükseltmez. Antikolinerjik etkisi çok azdır. Diğer atipik antipsikotiklere göre cinsel işlev bozulması ve kiloda artış azdır. Uyuşma hissi, baş dönmesi, ağız kuruluğu ve konstipasyon en çok görülen yan etkilerdir (95).

Aripiprazol: Yan etkileri anksiyete, akatizi, insomnia, somnolans, baş ağrısı, bulantı ve kusmadır. Kardiyovasküler sisteme yan etkileri az görülür, ancak geriatrik hastalarda klinik belirti göstermeyen ortostatik hipotansiyon olduğu bildirilmiştir (96).

Ziprasidon EPS bulgularına pek neden olmaması ve prolaktin düzeyini ya hiç artırmaması ya da çok az artırması açısından atipiktir. Diğer atipik antipsikotiklerden en önemli farkı kilo alımına neden olmamasıdır. Ziprasidonun anksiyolitik ve antidepresan etkinlik gösterebildiği, pozitif semptomlar üzerindeki etkisinin negatif semptomlara

göre daha fazla olduğu bildirilmiştir. Ziprasidonun kullanımıyla sedasyon, ağız kuruluğu, bulantı, deri döküntüleri ve yüksek dozlarda EPS gelişimi görülebilir (97).

Tablo 2.1. Antipsikotik ilaçların yarılanma ömürleri ve ortalama dozları (51)

Atipik antipsikotikler	**Yarılanma Ömürleri (saat)**	**Ortalama Doz (mg/gün)**
Klozapin	8	75-900
Olanzapin	30-32	5-30
Risperidon	20-24	1-16
Amisülpirid	12	200-600
Sülpirid	6-8	100-1600
Aripiprazol	75	10-30
Ketiyapin	6-8	100-1000
Ziprasidon	5-10	40-160
Tipik antipsikotikler	**Yarılanma Ömürleri (saat)**	**Ortalama Doz (mg/gün)**
Haloperidol	15-25	20-400
Klorpromazin	30	25-100

2.1.7.3. Elektrokonvülsif Tedavi (EKT)

Elektrokonvülsif Tedavi (EKT); beyine elektrik uyarımı verilerek hastaya konvülziyon geçirtilmesidir. EKT cihazı ile 70-130 volt arası elektrik akımı ayarlanabilmektedir. Uyarı verildikten sonra ilk 10 saniyede önce tonik kasılma ardından klonik kasılma dönemi oluşur. Hastanın toplam nöbet geçirme süresi 10-60 saniye arasıdır. Tedaviye başlarken çoğunlukla düşük akım ve kısa süreler uygulanmalı, epilepsi eşiği belirlenmeli ve buna göre hastaya verilecek akım dozu ayarlanmalıdır (51). EKT hipotalamus aktivitesini artırır ve buna bağlı olarak da nörotransmiterlerin etkinliği artar (41). EKT uzun süreli saldırganlığı bulunan hastaların tedavisinde çok etkilidir. Tedaviye genellikle hastalığının ilk yılında bulunan hastalar cevap vermektedir. Antipsikotik ilaçlarla birlikte kullandığında hastalığın tedavisindeki başarı artmaktadır (51,56).

2.1.7.4. Ruhsal Toplumsal Tedaviler

Şizofreni tanısı alan hastalar ilaç tedavisinden alınan yanıta bağlı olarak taburcu olduktan sonraki süreçte ilaç tedavisi ile birlikte hastaların toplumsal yaşama yönelik psikiyatrik ve sosyal rehabilitasyonuna ilişkin çalışmaları hızla artmaktadır (32). İlaçlar pozitif belirtilerin tedavisinde etkili olsalar da hastanın sosyal ilişkilerinin geliştirilmesi ve birisine ihtiyaç duymadan yaşamsal gerekliliklerini yerine getirme becerilerini edinmesinde yeterince etkili değildir (98,99). Bundan dolayı hastaya verilen farmakolojik tedavinin yanında hasta aile, bireysel ya da grup terapileri ile desteklendiğinde hastalık ataklarının türü ve süresi hafiflemekte, hastanın yaşam kalitesi ve stresle baş etmede etkinliği artmaktadır. Psikoterapi süreçlerinde sözel ve bedensel imgelerle hastanın duygu, düşünce ve davranışlarının düzenlenmesi amaçlanmaktadır. Böylece ilaçlar daha hızlı sürede etki etmekte, ruhsal terapilerin etkisi ise ilerleyen zamanlarda fark edilmektedir (100)**.**

2.1.7.5. Bilişsel/Davranışçı Terapi

Bilişsel terapi, hastanın uygun olmayan (olumsuz otomatik düşünce ve inanışlarını) fikir ve inanışlarını değiştirmeyi amaçlamaktadır. Söz konusu terapi, genellikle depresyon ve anksiyete bozukluklarında kullanılır, şizofreni ve benzeri bozukluklarda da özellikle davranışçı terapilerle birlikte etkili olduğuna inanılmaktadır (32). Bu tür terapilerde hasta davranışlarını istenen şekilde yaptığı zaman ödüllendirilerek davranış biçimlerinin hastanın zihninde pozitif olarak pekişmesi sağlanır. Bu terapilerde genel hedef; hastanın zihninde pozitif olarak pekişen davranışı hasta taburcu olduktan sonra kendi hayatında uygulayabilmesidir (56). Şizofrenide bilişsel-davranışçı terapide hastayla işbirliği içerisinde olunması, şizofreni belirtilerinin açıklanmasında hastaya yol gösterilmesi, atak sırasında ve sonrasında atağın etkilerini azaltacak seçenekler sunarak hastanın atağa bağlı olumsuz düşüncelerini azaltmada yardımcı olunması, hastaya kendisinin düzenli tedavi ve takip edilmesi gerektiği düşüncesinin benimsetilmesi bu terapinin diğer amaçlarındandır (41).

2.1.7.6. Grup Terapisi (Psikodinamik)

Psikodinamik terapiler; "destekleyici, ruhsal eğitim, kişilerarası ilişkiler ve davranışçı öğrenme kuramlarını temel alan ilkeleri grup ortamında uygulayan bir terapi

yöntemi" olarak tanımlanmaktadır. Söz konusu terapi, kliniklerde yatarak veya ayaktan tedavi alan hasta ve/veya yakınlarına uygulanabilmektedir (32). Grup terapileri hastalar için "yaşıtlarının desteği, arkadaş destekli eğitim ve gerçeği değerlendirme ortamı, sorunların paylaşılması ve çözümlenmesi olanağı" dolayısıyla büyük önem arz etmektedir. Hastaların benzer hastalıklar dolayısıyla tedavi sürecinde olmaları onların birbirleriyle yakınlaşmalarını sağlamakta ve birlikte çözüm üretmeleri kolaylaşmaktadır. Söz konusu terapi sayesinde hastaların diğer bireylerle olan sosyal ilişkileri ve azalmış olan yaşam becerileri de tekrar artmaktadır (101). Pesek (2009), yaptığı bir çalışma ile uzun dönemli grup psikoterapilerinin psikoz hastalarında üstbilişi geliştirdiğini, etiketlenmeyi, ruhsal acıyı azalttığını ve yaşam kalitesini iyileştirdiğini ortaya koymuştur (102).

2.1.7.7. Aile Terapisi

Psikiyatrik bozukluğu bulunan bireylerin tedavi sürecinde aile terapisi almalarının önemi büyüktür. Aile terapisi alan hastaların hastalık süreçleriyle daha kolay başettikleri bilinmektedir.. Ailelerinin desteği ile hasta; toplumsal yaşam becerilerini daha kısa sürede kazanmakta ve insan ilişkilerini daha kolay geliştirebilmektedir. Hastalığa yönelik eğitim programlarında aile üyelerinin olumlu tavır sergilemesi hastanın tedavi süresinin kısalmasını sağlamakta ve tedavinin başarısı artırmaktadır (101). Şizofreni tanısı alan bireylerin yakınlarına yapılan bir çalışmada aile terapilerine düzenli katılan bireylerin hastalık ile ilgi bilgi seviyesi ve öz yeterliliklerinde artma, yük algısında ise azalma olduğu tespit edilmiştir (103).

2.1.7.8. Destekleyici Psikoterapi

Destekleyici psikoterapi "öneri ve güven verme, eğitim, model alma, sınır koyma ve gerçeklik testini içeren terapi" olarak tanımlanmaktadır. Temel amaç, hastanın istediği ve kaldırabileceği kadar içgörü kazanabilmesini sağlamaktır. Destekleyici terapi türlerinden olan bireysel terapi ise "terapötik ilişkiye, ümit aşılamaya ve bilgilendirmeye dayalı tedavi" olarak tanımlanmaktadır (56).

2.1.7.9 Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE)

Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE) "ruhsal eğitim, toplumsal beceri eğitimi, grup terapisi ve aile eğitimini içeren çok yönlü bir yaklaşım modeli" olarak tanımlanmaktadır. RUTBE, toplumsal ve bağımsız yaşama becerileri; "belirti yönetimi", "ilaç tedavisi yönetimi" ve "boş zamanı değerlendirme" gibi seçeneklerden oluşmaktadır (101). Toplumsal beceri eğitimi, ruhsal olarak becerileri azalmış kişilerin işlevlerinin artırılmasına ve amaçlarına ulaşmalarına destek olduğundan bu eğitimin iyileştirme hizmetlerindeki yeri önem arz etmektedir (104). Yıldırım ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir çalışmada RUTBE programı ile şizofreni tanısı alan hastaların belirti düzeyinde iyileşmenin, içgörünün, işlevsellik düzeyinin artmasının, içselleştirilmiş damgalanmanın azalmasının sağlandığı ve dolayısıyla hastanın ilaç tedavilerine eklenecek önemli bir program olarak değerlendirilebileceği belirtilmektedir (105).

2.1.7.10. Olgu Yönetimi

Olgu yönetimi, "olguya ya da ciddi ruhsal hastalığı olan bireye yaşadığı ortamda ilaç temini ya da kullanımı, mali kaynaklara ulaşım, uygun barınma ortamının sağlanması ya da sürdürülmesi ve gerektiğinde hastaneye ulaştırılması gibi alanlarda pratik yardımların sağlanmasını amaçlayan tedavi" olarak tanımlanmaktadır (56). Olgu yönetimi ile hastanın tedavisinin devamlılığını sağlamak suretiyle hastanın kiliniğe yatış sıklığının azaltılmasını ve aynı zamanda hastanın toplumsal yaşam becerilerinin artırılmasını sağlamak hedeflenmektedir (32).

2.1.8. Hastalığın Gidişi ve Prognozu

Şizofreni ataklarının türü ve süresi her hastada farklı olmaktadır. İyileşme süreci için yaklaşık olarak iki ile altı aylık bir süre gerekmektedir (2,79). Hastalığın uzun süreli takibinde hastaların bir bölümü tamamen iyileşirken bir bölümünde ise ataklar devam edebilir ve hatta ataklar artarak kronik hale gelebilir. Şizofrenide bazı hastalarda kişilikte yıkıcı değişimler gözlenirken bazı hastalarda ise toplumsal ilişkilerde ve sosyal becerilerde iyileşme gözlenebilmektedir (1).

Hastalığın akut başlangıçlı olması, ilerleyen yaşlarda belirgin hale gelmesi, hastalığın etiyolojisinde travmatik stres etkenlerinin, belirgin belirti kümesi ve duygusal öğelerin varlığı, hastanın belirtilerinde konfüzyon, ailenin, hastalığın etiyolojisinde rol

oynayan sağlıksız özellikler taşımaması, ailede şizofreni tanılı birey ya da bireylerin bulunmaması, bireyin hastalık öncesi kişiliğinin toplumsal yaşama uygun olması, toplumdaki bireylerle iletişiminin sağlıklı olması, iş yaşamı ve cinsel aktivitede yeterli olması, medeni durumu evli ise evliliğinin devam ediyor olması, hastalık belirtilerinin bireyi rahatsız etmesi ve tedavi olmak istemesi, tedaviyi kabul ettikten sonra tedavi ekibiyle işbirliği içerisinde olması, ailenin bireye gerekli destekte bulunması, ailenin de tedavi süreciyle ilgili olması ve bunu sürdürebilmesi, kliniğe yatış sayısının az olması ve klinikte tedavi süresinin az olması şizofreni hastalığının prognozunun iyiye gittiğini gösteren kriterler olarak sayılabilir (1,2,79).

Hastalığın ortaya çıkma sürecinin belirgin olmaması, hastalığın etiyolojisinin tam olarak belirlenememesi, hastanın hastalık öncesi hastalığı tetikleyen patolojik kişilik özellikleri taşıması, aile yaşamında sağlıksız koşulların olması, ailede şizofreni tanısı almış bireylerin varlığı, hastanın hastalık öncesi kişiliğinin toplumsal yaşama uygun olmaması, hastanın hastalık belirtilerinden rahatsız olmayıp kendisiyle özleştirmesi, tedaviyi kabul etmemesi, hastaya aile desteğinin olmaması ve ailenin tedavi ekibiyle işbirliği içerisinde bulunmaması şizofreni hastalığının prognozunun kötüye gittiğini gösteren kriterler olarak sayılabilir (1,2,79).

Her ne kadar şizofreninin kronik ve nörolojik yıkımla giden bir hastalık olduğundan söz edilse de (Kraepelin ve Bleuler) günümüzde yapılan çalışmalar şizofreni tanısı alan hastaların antipsikotik ilaç tedavisi almalarının hastalığın prognozunu hafiflettiğini ortaya koymaktadır. Şizofreni her zaman ciddi bir hastalık olmakla birlikte, bazı hastalarda göreceli olarak daha iyi bir gidiş gösterebilmektedir. Şizofreni hastalığı uzun dönemde farklı prognoz özellikleri gösterebilir ve hastalık her zaman yıkımla sonlanmasa da genelde hasta için belirgin ve uzun süreli olumsuz sonuçlar olabilir (35). Hastalığın gidişi genel olarak alevlenmeler ve remisyonlar şeklindedir (106). Hastalığın her bir relapsı, hastanın işlevselliğinde daha fazla kayba yol açar (35). Ayrıca; ölüm oranı şizofreni hastalarında genel nüfusa göre iki kat daha fazlayken bu hastaların ölüm sebepleri intihar, kazalar ve diğer hastalıklar olarak bildirilmiştir (35,74,106).

2.2. Saldırganlık, Suç ve Şiddet

Şiddet kelimesinin kökeni Arapça'da "bir gücün derecesi", "sertlik", "peklik" anlamlarında kullanılmaktadır. Bir diğer ifadeyle şiddet ise; "gücün kuvvetin, otoritenin ve üstünlüğün kötüye kullanımı ile ortaya çıkan sınır ihlali" olarak da tanımlanmaktadır (107).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise şiddeti "sahip olunan gücün ve iktidarın, fiziksel ya da ruhsal bir yaralanmaya ve kayba neden olacak biçimde bir başka insana, kendine, bir gruba ya da bir topluma doğrudan ya da dolaylı yolla uygulanması" olarak tanımlamıştır (108). Ayrıca; şiddet "yakıp yok eden, saldırgan davranışlar içeren, kaba kuvvet ve beden gücünü kötüye kullanarak bireye veya topluma zarar veren eylemleri ve birçok ilişki tarzındaki aşırı duygudurumu ifade eden yaklaşımları içinde barındıran bir davranış şekli" olarak da tanımlanmaktadır (109). Şiddet ve saldırganlık kavramları her ne kadar aynı anlamı çağrıştırıyor gibi gelse de saldırganlık genel olarak "başka kişiyi/kişileri incitmeyi ya da ona/onlara zarar vermeyi amaçlayan davranış" biçimi olarak tanımlanmaktadır (110).

Şiddet, saldırganlık ve suç teşkil eden davranışın ortaya çıkması bakımından söz konusu kavramlar arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Suç; en genel anlamda "bir kişinin kanun ile yapmaya mecbur olduğu şeyi yapmaması veya yapmamak zorunda olduğu şeyi yapması" olarak tanımlanmaktadır. Suç hukuki bir olay olsa da sosyal ve kriminolojik boyutları da bulunmaktadır (111,112). Türk Hukuk Sistemi'nde kabul edilen görüşlerden birisine göre suçun varlığı için üç unsurun bulunması gerekmektedir. Bu unsurlar;

1.Maddi unsur: Maddi unsurlar, failin dış dünyaya yansıyan davranış biçimleridir. Maddi unsurlar şunlardan oluşmaktadır:

- Fail: Suç teşkil eden eylemi gerçekleştiren kişiye fail denilmektedir.
- Mağdur: Failin suç teşkil eden fiilinin yöneldiği kişiye verilen addır. Diğer bir ifade ile suçtan zarar gören kişilerdir.
- Konu: Suçu öngören kural ile korunan ve ihlal edilen hukuki varlık ve menfaat suçun konusunu oluşturmaktadır.
- Hareket: Failin dış dünyaya yansıyan davranış biçimine verilen isimdir.

- Netice: Failin hareketi sonucunda dış dünyada meydana gelen ve ortaya çıkan değişiklik ve somut sonuçtur.
- İlliyet bağı: Hareket ile netice arasında var olan neden-sonuç ilişkisi ya da diğer bir ifade ile nedensellik ilişkisidir (113).

2.Yasal unsur: "Suçlanan kişinin cezalandırılması istenen eylem ya da ihmalinin yasalarla suç olarak tanımlanması gerekir."

3.Manevi unsur: Kişinin yasadaki tanıma uyan, iradi ve hukuka aykırı olan eyleminden sorumlu tutulabilmesi için eylemin aynı zamanda kusurlu olması gerekmektedir. Kusur, işlenen eylemin ağırlığına göre kast ya da taksir olarak karşımıza çıkmaktadır." Kusurluluğun tipik şekli olarak tanımlanan kast sorumluluğunda; yasadaki tanıma uyan hareket ve hareketin meydana getirdiği neticenin bilerek ve istenerek yapılması gerekmektedir. Nitekim TCK madde 21/1. Fıkrada *"suçun oluşması kastın varlığına bağlıdır. Kast, suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir"* denilmek suretiyle kastın tanımına yer verilmiştir. Taksir sorumluluğu ise istisnai sorumluluktur (114, 115).

Bireylerin; herhangi bir psikiyatrik tanısının olup olmadığı, alkol ve madde kullanım öyküsünün bulunup bulunmadığı, erkek cinsiyete sahip olması, işsizlik, düşük eğitim seviyesi, yetersiz sosyo-ekonomik düzey ve daha önce suç öyküsünün varlığı suç işlemesini artıran faktörlerdendir (19). Suç işlemiş kişi, yargılama makamlarının önüne getirilmekte ve hakkında yapılan yargılama süreci sonrası gerekli cezayı almaktadır. Cezanın belirlenmesinde , "suçlunun kasıt ve kusur derecesi" ile "işlenen suçun ağırlığı" büyük önem taşımaktadır. Cezanın amacı, suçlunun aynı suçu bir daha tekrar etmemesi ve yaptığı hareketten pişmanlık duymasını sağlamaktır. Cezanın başka bir faydası da suç işleme olasılığı bulunan diğer bireyleri caydırıcı olmasıdır (116).

2.3. Şizofrenide Saldırganlık ve Suç İlişkisi

Şizofrenide şiddet; paranoid sanrılar sonucunda ve/veya çeşitli varsanılara yanıt olarak bireyin zarar göreceğini düşünerek kendini koruma iç güsünden kaynaklı olarak ortaya çıkabilmektedir (117). Bu nedenle hastaların büyük bir kısmında suçun işlendiği dönemde genellikle psikotik bulgular (pozitif belirtiler) aktiftir. Bu nedenle, şiddetin suç teşkil eden davranış ortaya çıkmadan önce farkedilebilmesi ve suça ilişkin risklerin

belirlenmesi sürecinde psikotik semptomların varlığı, türünün bilinmesi ve belirlenmesi önemlidir (118). Şizofreninin katatonik ve dezorganize tiplerindeki şiddet, psikotik dezorganizasyonlardan ve ileri derecede ajitasyondan kaynaklanabilmektedir ve çoğunlukla plansız, belirli bir hedef gözetmeksizin gerçekleşmektedir (119,120). 1980 yıllarına kadar yapılan çalışmalarda psikiyatrik hastalığı olan bireylerde şiddet riskinin artmadığı görüşü hakimken, son 20 yılda yapılan çalışmalarda psikiyatrik hastalıklar ve şiddet davranışı arasında önemli bir ilişki olduğu bildirilmektedir (121). Öte yandan; toplumda şiddet olaylarının artması sebebiyle şizofreni tanısı almış olan bireylerde de şiddet davranışının artmakta olduğu düşünülmektedir (122).

Psikiyatrik hastalıklar arasında saldırgan davranışın en çok görüldüğü grubun şizofreni olduğu bildirilmektedir (123, 124). Ancak bu durum, psikiyatrik hastalığı olan bireylerin damgalanması ve pek çok suçta fail olarak algılanması ve toplum tarafından dışlanmaları gibi riskleri de beraberinde getirmektedir. Hatta şizofreni tanısı almış hastalar hakkında bu tür olumsuz ve etiketleyici algıların oluşmasına medya da katkı sağlamaktadır. Dolayısıyla; şizofreni tanısı almış bireylere için yasal gelişmeler sağlanması, politikalar üretilmesi ve ruh sağlığı merkezlerinin oluşturulması onların topluma kazandırılması, rehabilitasyonu ve onlar kaynaklı işlenen suçların önlenmesi açısından önem taşımaktadır (125). Şizofreni tanısı alan ve cinayete teşebbüs eden 136 hastanın incelendiği bir çalışmada; hastaların ortalama yaşının 34.8 olduğu, %78'inin paranoid şizofreni olduğu, kurbanların çoğunun aile üyeleri (%51) ya da tanıdıklardan (%43) oluştuğu tespit edilmiştir. Şizofreni tanısı alan bireylerin cinayete teşebbüs ettikleri sırada, bireylerin, hastalıklarına bağlı olarak gelişen, %58 inde perseküsyon sanrısı, işitsel varsanı ve diğer pozitif psikotik belirtilerin olduğu ortaya konmuştur. Bireylerin, %42'sinin emosyonel yoksunluk gibi negatif belirtilerinin, antisosyal eğilimlerinin ya da kendilerini kontrol etmekle ilgili zorluklarının olduğu saptanmıştır. Ayrıca; şizofreni tanısı almış bireylerin cinayete teşebbüs ettikleri anda %45'inde alkol intoksikasyonu olduğu belirtilmiştir (126).

Ayrıca; 2006 yılında yapılan bir çalışmada şizofreni hastalığının erkeklerde cinayet işleme riskini 6,5 kat arttırdığı bulunmuştur (127). Belli ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, 2004 ve 2007 yılları arasında işledikleri cinayet suçu nedeniyle hastaneye yatırılan 49 şizofreni hastası incelenmiştir. Bulgulara göre hastaların ortalama yaşının 36.9 olduğu, %55'inin bekar, %42.9'unun ilkokul mezunu, %75'inin işsiz

olduğu belirtilmiştir. Bu hastaların %85.7' sinin paranoid tip şizofreni hastası olduğu, %24.5' inin alkol kullanımının olduğu, %4' ünün esrar kullanımı olduğu ve %38.8' inin 1. derece akrabasında şizofreni tanısı olduğu hastalardan %85.7' sinin tedavi uyumunun kötü olduğu bulunmuştur (128). Türkcan ve ark.(2000) yaptığı bir çalışmada ise işledikleri suçlar nedeni ile ceza sorumluluğunun belirlenmesi istenen 1831 adli olgunun %48.9'unun ceza sorumluluğunun olmadığı, bunların %32.8'inin de şizofreni hastası olduğu anlaşılmıştır (129). Fazel ve ark. (2009), şizofreni hastalarında adam öldürme riskinin %0.3 olduğunu, bu sıklığın toplumun genelinde ise %0.02 olduğunu bildirmişlerdir (130). Yapılan başka bir çalışmada ise klinikte tedavi gören hastalar 3 yıl boyunca takip edilmiş, cinayet suçu işleyen 1594 kişi incelenmiş ve 85 kişinin (%5) şizofreni tanısının olduğu tespit edilmiştir (131). Avustralya'da yapılan bir çalışmada cinayet suçu işlemiş şizofreni hastalarının sayısındaki artışın toplumun genelindeki cinayet oranındaki artışla paralellik gösterdiği saptanmıştır (124). Başka bir çalışmada Kanada, Finlandiya ve İsveç'te adli servislerde yatmakta olan şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve şizofreniform bozukluk tanısı almış 110 hastanın 25'inin (%22,7) cinayet suçu işlemiş olduğu ortaya konmuştur (132). Joyal ve ark.'nın adli psikiyatri hastanesine tedavi amaçlı yönlendirilen şizofreni ve şizoaffektif tanısı almış cinayet suçu işlemiş ya da cinayete teşebbüs etmiş 58 hastayla yaptıkları bir çalışmada, suçlulukların %86'sının kurbanla kişisel bir ilişkide olduğunu saptamıştır. Cinayet suçlarının %60'ı, hastalarda varsanı ve sanrı varlığında meydana gelmiştir (133).

2.4. Zorunlu Klinik Koruma ve Tedavi Süreci

Cezai sorumluluğu akıl hastalığı nedeniyle kaldırılmış olan bireyler, tedavi ve toplum güvenliği bakımından yargı kararıyla zorunlu klinik tedavi için hastaneye gönderilirler. Suçun şiddetinin seviyesi, bireylerde psikiyatrik bozukluğun ve tekrar suç işleme olasılığının bulunup bulunmadığına bakılarak belirlenmektedir. Psikiyatrik bozukluğu olan bireyler, suçun şiddetinin seviyesi belirlendikten sonra bazı ülkelerde özelleşmiş adli hastanelerde, bazı ülkelerde ise genel hastanelerdeki özelleşmiş birimlerde tedavi görürler (134). Psikiyatrik bozukluğu olan ve suç işleyen ancak psikiyatrik bozukluğu dolayısıyla cezai sorumluluğu olmayan bireylerin tedavi gördüğü adli kliniklerin kendilerine ya da başkalarına zarar verme olasılığını ortadan kaldıracak şekilde inşa edilmesi gerekir ve söz konusu kliniklerde saldırgan davranış konusunda

eğitim almış güvenlik görevlileri görev almalıdır. Ayrıca; hastanın klinik durumunun derecesine göre sınıflandırılan yeterli güvenlik seviyesi olan servisler bulunmalıdır (135).

Zorunlu koruma ve tedavi süreci, suçun işlendiği dönemde ruhsal bozukluğu bulunan bireylere verilmiş bir "ceza" değildir. Koruma ve tedavi süreci, bireyin ruhsal hastalığından dolayı gelişebilecek "tehlikeliliğinden" çevreyi koruma ve bireyin psikiyatrik bozukluğunu tedavi ederek "tehlikeliliğini" yok etmeyi hedefleyen, başlıca tıbbi tedavilerden oluşan yasal bir gerekliliktir. Hakkında "koruma ve tedavi" altına alınacağı konusunda kesin bir yargıya varılan birey ceza sisteminden çıkmaktadır (135). Suç işleyen hastaların tedavisi psikiyatri kliniklerindekine benzer şekildedir. Ayrıca tehlikeli hastaların içgörü kazanması ve rehabilitasyonuna yönelik metodların tedavinin bir parçası olması gerekmektedir. Buradaki amaç, iç ve dış güvenliği sağlayarak suç işlemiş hastayı çevreden, hedeften uzak tutmak ve tedavi etmektir. Dış güvenlik, hastanın kaçmasını ve kliniğe girmesinde sakınca olan kişilerin-maddelerin girmesini önlemeye yöneliktir. İç güvenlik ise hastaların birbirlerine ve kendilerine zarar vermelerini önlemeye yöneliktir (6,136). Böylece hem tıbbi tedavi uygulanarak şiddet davranışı direkt olarak bastırılmakta hem de hastaların çevreden, silah ve hedeften uzaklaşma sağlanmaktadır (6).

Özelleşmiş adli psikiyatrik tedavi, hastaların suç işlemesinde etkili olduğu varsayılan ve toplum için tehlike oluşturabileceği düşünülen hastalık belirtileri iyileşinceye kadar sürdürmektedir (137). Zorunlu klinik tedavi, psikiyatrik bozuklukların remisyonunu sağlayarak, gelecekteki potansiyel şiddet davranışlarını ve olası yeni suçları azaltarak toplumu korumak, bu bireylerin sağlıklı gelişimlerine ve kişilerarası ilişkilerde sorumluluk almalarına yardımcı olmak amacıyla yapılmaktadır. Adli psikiyatrik süreçte zorunlu yatışlarına karar verilen hastaların bağımsız işlevsellik kazanabilmeleri de önemli bir tedavi hedefidir (138). Psikiyatrik tedavi sürecinde hasta kişilere verilen sosyal ve ekonomik destekler çok önemlidir. Toplumda ruhsal bozukluklar hakkında yaygın olarak bulunan önyargılar ve yanlış bilgiler tedavi sürecini etkilediği gibi, hasta bireylere verilen destekleri de olumsuz yönde etkilemektedir (139).

Ceza sorumluluğu kaldırılan ve yargı kararı gereği zorunlu yatış ve klinik tedavi görmekte olan hastaların, hastanede yatış sürelerini etkileyen çeşitli faktörler

bulunmaktadır. Hastanın tedaviye gösterdiği yanıt hastanede yatış süresini etkileyen önemli faktörlerden birisidir (137).

Ülkemizde adli psikiyatrik olguların ortalama yatış süresi 330 gün (11 ay) olarak tespit edilmiştir. Ancak; psikiyatrik hastalığı bulunup da kişiye yönelik ağır suç işleyen bireylerin hastanede ortalama kalış süresi 3 yıldır (1-18 yıl). Yeni ceza yasasındaki düzenlemede zorunlu yatış ve tedavide geçen en az yatış süre şartının kaldırılmış olması ve bürokratik işlem sürelerinin kısalmasıyla, ortalama zorunlu klinik tedavi sürelerinin daha da kısalması öngörülmektedir (134).

Ülkemizde, suç işlediği halde cezai sorumluluğu olmayan hastalar, zorunlu klinik tedavileri bittikten sonra sağlık kurulunun düzenlediği raporda çevresel açıdan tehlike arz eden davranışların olmadığının belirtilmesi kaydıyla mahkeme kararıyla serbest bırakılmaktadırlar. Sağlık kurulu raporunda, hastanın psikiyatrik bozukluğunun ve işlediği suçun derecesi değerlendirilip , güvenlik açısından kişinin tıbbi kontrol ve takibinin gerekli olup olmadığı, eğer gerekiyor ise, kontrolün süresi ve aralığı belirtilmelidir (130). Klinisyenlerin değerlendirmesi sonucu verilen hastaneden çıkarılma kararı; genel kabul görmüş risk yönetimi ve yineleyici suç bilgisinin yanı sıra çevrenin sosyal şartlarını da göz önünde tutan geniş kapsamlı bir değerlendirmeyi içermelidir (18). Kısacası; psikiyatrik hastalığı dolayısıyla cezai sorumluluğu kaldırılan bireyler, zorunlu klinik tedavileri bitince mahkeme karan ile hastaneden çıkarılırlar (sosyal şifa). Her ülkede farklı bir sistem olmasına rağmen Türkiye'de de olduğu gibi hastalar çoğunlukla belli bir adreste bulunmak koşuluyla, bir gözetmen denetiminde, mahkeme kararıyla ayaktan kontrollere gelme şartları ile toplum içine gönderilirler. Hastanın bu süreçte ise düzenli aralıklarla zorunlu ayaktan tedavi alması gerekmektedir (140).

Zorunlu ayaktan tedavinin adli sistemdeki rolü, zorunlu klinik tedavinin devamı olarak tehlikeli olabilecek davranışların önlemesi ve toplumun olası tehlikelerden korunmasıdır (18). Toplum güvenliği, şiddet davranışının yönetimi ve öngörülmesi, adli ve sağlık sistemleri arasında iletişimin sağlanması tedavide göz önünde bulundurulması gereken unsurlardandır (138).

Zorunlu yatış ve tedavi sürecinde görev alan adli psikiyatri çalışanları, hastaların geçmişteki ve gelecekteki olası tehlikeli davranışlarıyla mevcut psikiyatrik hastalıkları arasındaki ilişkiyi anlamalı ve hastaların riskli davranışlardan kaçınmalarını

hedeflemelilerdir (138). Öte yandan; hastanın tedaviye uyum ve katılımı, alkol ve maddeden sakınması, silah bulundurmaması, gerektiğinde özelleşmiş ve destek unsurlarının bulunduğu yerlerde yaşaması, iş bulması ve/veya işini sürdürmesi, söz konusu suçtaki mağdurlarla ilişkisinin düzenlenmesi gibi tedavi prensiplerini anlaması gibi konular üzerinde ayrıntılı bir şekilde durulmalıdır (134). Hastanın tedavisini yürüten kurum ile mahkeme arasındaki iletişimin açık, sık ve devamlı olması gerekmektedir. Hastaya ayaktan izlemeye uygun tedavi programının oluşturulabilmesi için; hasta hakkında düzenlenmiş tıbbi raporları da içeren hukuki raporların, hastane kayıtlarının, yasal olarak görevlendirilmiş psikiyatristlerin değerlendirmelerinin, şartlı çıkarılma raporlarının, önceki hastane kayıtlarının, ayaktan tedavi ihtimalinin ve hasta hakkında verilen mahkeme kararlarının değerlendirilmesi gerekmektedir (6).

2.5. Yasal Temsilci (Vasi)

Yasal temsilci (Vasi), “ Vesayet altındaki küçüğün veya kısıtlının kişiliği ve malvarlığı ile ilgili bütün menfaatlerini korumak ve hukukî işlemlerde onu temsil etmekle yükümlü ve yasada belirtilen nitelikleri haiz olan, vesayet makamı tarafından görevlendirilen bireyler” olarak tanımlanmaktadır (141).

Zorunlu koruma ve tedavi altına alınan hastaların, hastaneden çıkışlarını takip eden süreçte kendilerine yeterli sosyal desteğin oluşturulmasında bakım ve tedavilerinin sürekliliğinin sağlanmasının yanı sıra hukuki haklarının korunması için bir yasal temsilciye de ihtiyaçları vardır. Yapılan bir çalışmada yasal temsilcisi bulunan hastaların zorunlu ayaktan tedavi sürecine daha uyumlu olduğu tespit edilmiştir. Zorunlu klinik tedavi sonrasında hastaların yasal temsilcilerinin bulunmasının yineleyici ağır suç işleme riskini azalttığı belirtilmiştir (140).

Yasal temsilciliğe ilişkin düzenlemeler Türk Medeni Kanunda yer almakla birlikte ilgili kanunun 405. Maddesinde “Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır. Ayrıca görevlerini yaparlarken vesayet altına alınmayı gerekli kılan bir durumun varlığını öğrenen idarî makamlar, noterler ve mahkemeler, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar” şeklinde düzenleme yer almaktadır. Aynı kanunun 413. Maddesinde ise; “Vesayet makamı, vasilik yapabilecek yetenekte olan bir ergini vasi

olarak atamaktadır. Gereken durumlarda, bu görevi birlikte veya vesayet makamı tarafından belirlenen yetkileri uyarınca ayrı ayrı yerine getirmek üzere birden çok vasi atanabilir. Rızaları bulunmadıkça birden çok kimse vesayeti birlikte yürütmekle görevlendirilemez" şeklinde düzenlemeye yer verilmiştir. (TMK 413) Söz konusu kanunun 414. Maddesinde "Haklı sebepler engel olmadıkça, vesayet makamı, vesayet altına alınacak kişinin öncelikle eşini veya yakın hısımlarından birini, vasilik koşullarına sahip olmaları kaydıyla bu göreve atar. Bu atamada yerleşim yerlerinin yakınlığı ve kişisel ilişkiler göz önünde tutulur" şeklinde belirtilmiştir. (TMK 414)

2.6. Türk Hukuk Sistemi'nde Adli Psikiyatri Hastaları İle İlgili Hukuki Düzenlemeler ve Cezai Sorumluluk

Türk Hukuk Sistemi'nde, "bir kimsenin işlemiş olduğu suçtan dolayı sorumlu tutulabilmesi için anlama ve isteme yeteneği olarak da ifade edilen isnat kabiliyetinin olması gerekir" belirtilmiştir. İsnat kabiliyeti; kişinin olayları doğru algılayabilme ve bilerek isteyerek yapma becerisidir. Bazı durumlarda bireylerde isnat kabiliyetinin azaldığı veya mevcut olmadığı kabul edilmektedir. İsnat kabiliyetinin azaldığı veya olmadığı, yani bireyin belirli bir tarihte tam bir ruh (akıl) sağlığı içinde ve gerçekleştirdiği eylemin/suçun anlam ve sonuçlarını kavrayıp, değerlendirme yeteneğinin bulunmadığı durumlarda, cezai sorumluluğu da olmamaktadır. Türk Hukuk Sistemi'nde, yaş küçüklüğü, sağırlık-dilsizlik ve ruhsal bozukluklar gibi durumlar bireyin cezai sorumluluğunu etkileyen durumlardan bazılarıdır (142,143).

Yasalarda, suç işleyen bir kişinin cezalandırılması için:

- Yaş ve ruhsal-zihinsel-bedensel olgunluk bakımından belli bir düzeye ulaşmış olması,
- Yaptığı eylemin anlamını, doğuracağı sonuçları ve bunların toplum değer yargılarından farkını bilmesi,
- Eylemi işlediği anda fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğine sahip olması,
- Kendisine uygulanan ceza ve infazından olumlu dersler çıkarabilmesi gerekmektedir (142).

Türk Ceza Kanunu'nun 32. Maddesinin 1.fıkrasında yer alan hükme göre "Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur." Aynı maddenin 2. fıkrasında ise; "Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi beş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hâllerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkûm olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir" şeklinde düzenlemeye yer verilmiştir. "Hafif zihinsel geriliği, epilepsi ve ikincil kişilik bozuklukları, bazı psikozların veya duygulanım bozukluklarının kısmi remisyon halleri, ağır obsesif kompulsif bozukluk, hipokondriazis ve fobik bozuklukla beraber olan veya ayrıca panik bozukluğuna bağlı panik atakları, piromani, kleptomani gibi dürtü kontrol bozuklukları" bu kapsamda değerlendirilebilir (143). Söz konusu bu durumlar, tümör, travma, ateşli hastalık gibi fiziksel durumlarda ortaya çıkabileceği gibi, erken bunama gibi durumlarda da oluşabilir. Ancak, genel olarak ileri derece psikiyatrik rahatsızlığı olan (psikotik bozukluklar, ağır duygulanım bozuklukları), orta ve ağır derecede zihinsel geriliği bulunan ve bilişsel bozukluğa neden olan durumlardan birisi bulunan ve yaptığı eylemin anlam ve sonuçlarını algılayamayan ve dolayısıyla davranışlarını yönlendirme yeteneği gelişmemiş hastaların cezai sorumluluğu yoktur (143,144).

TCK'nın 57. Maddesinin 1. fıkrasında "suçun işlendiği sırada ceza sorumluluğunun olmadığı belirlenen kişiler yüksek güvenlikli bir sağlık kurumunda koruma ve tedavi altına alınırlar" ifadesine yer verilmiştir. Cezai sorumluluğu kısmen bulunmayan hastalar için "cezada indirim ve ceza süresi aynı kalmak şartıyla kısmen ya da tamamen akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri uygulanabilir" hükmüne yer verilmiştir. (134). Aynı kanunun 3. ve 4. fıkralarında ise "kişinin tıbbi kontrollere tabi olup olmayacağı, olacaksa süresi ve aralıklarının tedavi eden kurumun raporu doğrultusunda belirlenip, yetkili Cumhuriyet Savcılığınca uygulanmasına ilişkin ilkeler tanımlanmıştır" ifadesine yer verilmiştir. İlgili hükümler kapsamında hakkında zorunlu yatış ve tedavi öngörülen şizofreni tanısı almış hastaların, uzmanlar tarafından belirlenen yıl ve aylık aralıklarla (ortalama kontrol süreleri 5-20 yıl, aralıklar ise 3-6 ay

olmaktadır) kendisine en yakın sağlık kurulu bulunan ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde, devlet hastanesinde veya üniversite hastanesinde psikiyatri uzmanı tarafından psikiyatrik kontrollerinin yapılması gerekmektedir. Psikiyatrik değerlendirmeler sonucunda hasta ile ilgili durum bildirir sağlık kurulu raporu düzenlenir. Kurul raporu, hastalara ilişkin yasal prosedürler Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından izlendiğinden hastanın bulunduğu yerdeki Cumhuriyet Başsavcılığına iletir. Aynı maddenin 5. Fıkrasında ise; "tıbbi kontrol ve takipte, kişinin akıl hastalığı itibarıyla toplum açısından tehlikeliliğinin arttığı anlaşıldığında, hazırlanan rapora dayanılarak, yeniden koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmolunur" şeklinde ifadeye yer verilmiştir. "Eğer tıbbi kontrol muayenesi sonucunda suç tarihinde mevcut olan akıl hastalığının nüksetmiş olduğu tespit edilirse tekrar bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesine yatırılarak koruma ve tedavi altına alınır ve ilgili Cumhuriyet Başsavcılığına bilgi verilir" belirtilmektedir. Hastalığı tekrar başlayan birey yaşadığı ilin bağlı olduğu bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesine yatırılır ve Cumhuriyet Başsavcılığına bilgi verilerek, hasta hakkında ilgili ceza mahkemesince tekrar koruma ve tedavi kararı alınması talep edilir (145).

Zorunlu koruma ve tedavi amacıyla psikiyatri kliniklerine yatırılan ve şizofreni tanısı alan hastalara yapılan müdahaleler hastaların en az kliniklerde yatış süresi kadar önemlidir. Güvenli ve stressiz tedavi edici ortam, müdahaleler ve ilaç tedavisi ile hastalığın akut belirtilerinin yatıştırılması hasta ve toplum güvenliği için gereklidir. Şizofreni tanısı almış hastaların, hastalığına ilişkin pozitif ve negatif belirtilerin, bilişsel işlev bozukluklarının, davranış ve hastanın yeti yıkımının ilaç ile tedavisi de oldukça önemlidir. Atipik ya da tipik antipsikotik ilaçlar, şizofreni başta olmak üzere tüm psikozlarda hastalığın özellikle de akut alevli döneminin tedavisinde tercih edilmektedir. Literatürde yapılan çalışmalar ile söz konusu ilaçların, zorunlu koruma ve tedavi amacıyla psikiyatri kliniklerine yatırılan ve şizofreni tanısı alan hastalardaki hedef belirtilerden olan kavgacılık eğilimi, hiperaktivite, düşmanlık, negativizim, varsanılar, akut sanrılar, uyku sorunları ve kendine bakım yetersizliği gibi belirtilerde etkili olduğu ortaya konmuştur (146). Ayrıca; antipsikotik ilaçların zorunlu koruma ve tedavi amacıyla psikiyatri kliniklerine yatırılan ve şizofreni tanısı alan hastalara hangi dozda verilmesi gerektiği ve hastalığın tedavisinde uzun dönemde en iyi sonucu almak

için hastaya hangi tedavi yönteminin uygulanacağı sadece klinikte yatan hastanın değil hasta ile etkileşim içerisinde olan kişilerin güvenliği açısından da önemlidir. (45)

Antipsikotik ilaç tedavisine olumlu yanıt alma şizofreninin süregen olup olmamasına göre geniş bir dağılım (değişkenlik) göstermektedir. Bazı hastalarda birkaç gün içerisinde hızlı bir şekilde toparlanma gerçekleşirken, bazı hastalarda ise bu durum haftalar hatta aylar sürebilir (147). Ancak; yapılan çalışmalarda antipsikotik tedavi sürecinde, tedavinin 2. haftasında hastadan alınan yanıtla 6. ayında alınan yanıt arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (148). Dolayısıyla; hastaya verilen ilaç düzeyi optimal doza ulaştıktan sonra en az 2 hafta beklemek tedaviden alınacak yanıt açısından önemlidir (149). Öte yandan; tedaviye yanıtta önce aşırı aktivite, saldırganlık ve dezorganize davranışların şiddeti, daha sonra algı ve düşünce bozuklukları azalmakta toplumsal ilişkiler ve kişisel bakım tedavisinde iyileşme ise en son olmaktadır.

Dolayısıyla; zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış ve muhafaza kliniğinde yatışı yapılan hastaların 1-3 günde hastalığının akut dönemi yatışmadığından hastaların şiddet ve saldırganlık düzeylerinin halen yüksek olabileceği ihtimali gözden kaçırılmamalıdır. Ayrıca; klinikte tedavi altında olan hastaların hastalıklarının 7-10 gün arası akut (alevlenme) belirtilerinin hafif yatışmış olmasından dolayı sağlık profesyonellerinin hasta ile iletişimi 1-3 güne oranla biraz daha kolaylaşmış olsa da hastaların hastalığının klinik belirtilerinin yoğun, şiddet ve saldırganlık düzeylerinin ise halen yüksek olabileceği ihtimaline de dikkat edilmelidir.

Bu çalışma ile zorunlu koruma ve tedavi amacıyla yatırılan suç işleyen ve daha önceden şizofreni tanısı almış ya da ilk kez şizofreni tanısı alan hastalara ait, sosyodemografik ve psikopatolojik özelliklerin belirlenmesi ve hastaların klinik durumları ile saldırganlık düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

3. MATERYAL ve METOD

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma cezai sorumluluğu olup olmadığının belirlenmesi için Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine zorunlu koruma ve tedavi amacıyla yatırılan suç işleyen ve daha önceden şizofreni tanısı almış ya da ilk kez şizofreni tanısı alan hastalara ait, sosyodemografik ve psikopatolojik özellikleri belirlemek ve hastaların klinik durumları ile saldırganlık düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezi

Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde suç işleyen ve işlediği suça yönelik ceza sorumluluğunun olup olmadığının belirlenmesi için zorunlu koruma ve tedavi amaçlı hastaneye yatırılan şizofreni hastaları ile ilgili;

Ho; Pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve genel psikopatolojik düzeyleri ile saldırganlık düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

$H_{1;}$ Sosyodemografik özellikleri ile Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği **(**PANSS) alt ölçeklerinden elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

H_2; Sosyodemografik özellikleri ile Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ)'nin alt ölçeklerinden elde edilen puan ortalamaları arasında ilişki var mıdır? Sorularına yanıt aranacaktır.

3.3. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Muhafaza Kliniğinde bulunan suç işleyen, işlediği suça yönelik ceza sorumluluğu olup olmadığının belirlenmesi için zorunlu koruma ve tedavi amacıyla yatırılan şizofreni tanısı alan hastaların, sosyodemografik ve psikopatolojik özelliklerini belirlemek, hastaların klinik durumları ile saldırganlık düzeylerinin değerlendirilmesine amacıyla yapılan tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

3.4. Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yürütülen bu çalışma Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Muhafaza Kliniğinde 01 Kasım 2016-31 Ocak 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.5. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini, Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi yataklı Muhafaza Kliniği'nde zorunlu koruma ve tedavi amaçlı yatan şizofreni tanısı alan hastalar oluşturmuştur. Çalışma yapılan dönemde diğer kadın kliniklerinde yatışı yapılarak tedavi gören adli kadın hasta sayısı istatistiksel veriler oluşturulamayacak kadar az olduğundan, çalışmaya yalnızca erkek olgular dâhil edilmiştir.

Araştırmanın örneklemini suç öyküsü olan ve işlediği suça yönelik ceza sorumluluğu olup olmadığının belirlenmesi için zorunlu koruma ve tedavi amaçlı Muhafaza kliniğine yatışı yapılarak şizofreni tanısı konulan 70 hasta oluşturmuştur. Her ne kadar 2013 yılında DSM-V tanı ve sınıflama el kitabı yayınlamış olsa da muhafaza kliniğinde yatan hastalara DSM IV-TR/ICD-10 kriterlerine göre tanı konulmuştur.

3.5.1. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri:

Çalışmaya,

- DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konulan,
- 18-65 yaş arasında olan,
- Muhafaza kliniğinde işledikleri bir suç nedeniyle zorunlu koruma ve tedavi amacıyla yatırılan,
- En az okur-yazar olan,
- Çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda istekli olan,
- Kafa travması ve epilepsi gibi başka bir nörolojik bozukluk öyküsünün olmaması,
- Klinikte yapılan zeka testlerinin dosyada belirtilen sonucuna göre zihinsel geriliğini bulunmayan (IQ $\geq$70), hastalar dahil edilmiştir.

Söz konusu çalışmada; hastaların formları, ölçekleri sadece kendi görüşleri doğrultusunda doldurması şizofreninin yıkımla giden bir hastalık olduğundan dolayı her zaman mümkün olmadığından bu durum çalışmanın kısıtlılığı olarak kabul edilmelidir.

3.6. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında; şizofreni hastalarına sosyodemografik ve adli öyküyü içeren "Sosyodemografik Veri ve Adli Birim Değerlendirme Formu", "Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)" ile "Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ)" uygulanmıştır. Hastalara ait veriler, hastaların muhafaza kliniğine yatışlarını takiben 1-3 gün ve 7-10 gün arasında hastalar ile yüz yüze görüşülmek suretiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veriler toplanırken klinikte çalışan sağlık personellerinin hasta hakkındaki değerlendirme ve görüşleri de dikkate alınmıştır. Zorunlu koruma ve tedavi amacıyla yatırılan şizofreni tanısı alan hastaların 1-3 gününe ait verileri hastalığının akut ve tedaviden henüz yeterince yanıt alınamadığı dönemde toplanmıştır. Ancak; antipsikotik ilaçların, hastaların hastalıklarına ilişkin 7-10 gün arası akut belirtilerini hafif yatıştırmış olmasından dolayı, söz konusu ilaçlar hastalar ile iletişimi onların 1-3 gününe oranla her ne kadar biraz daha kolaylaştırmış ve mümkün kılmış olsa da hastaların şiddet ve saldırganlık düzeylerinin halen yüksek olabileceği ihtimali gözden kaçırılmamalıdır. Dolayısıyla; hastanın kliniğe yatışlarının 1-3 günü ile 7-10 gününü kıyaslamak hastalığın klinik belirtilerinin doğru bir şekilde tespit edilip hastaların her iki dönem içerisindeki saldırganlık düzeylerini karşılaştırabilmek açısından önemlidir (150, 151,152).

Çalışmamızda hastalarla yüz yüze görüşülerek elde edilen veriler, hastalardan ve dosyalarından yeterli düzeyde elde edilemediği durumlarda o klinikte görev yapan ve hastaları tanıyan sağlık profesyonellerinden (doktor ve hemşire) ve hasta yakınlarından edinilmeye çalışılmıştır. Ayrıca; verilerin toplanması sırasında hastalar ile görüşmeler klinikte bulunan psikolog odasında, odanın boş olduğu ve hastaların da uygun olduğu zamanlar gözetilmek suretiyle yapılmıştır.

3.6.1. Veri Toplama Araçları

3.6.1.1. "Sosyodemografik Veri ve Adli Birim Değerlendirme Formu"

Olguların sosyodemografik özellikleri, klinik özellikleri ve suça ait özelliklerinin belirlenmesi için daha önce Öncü (2002) tarafından oluşturulmuş özel bir form kullanılmıştır (153).(EK-4)

3.6.1.2. "Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (The Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS)"

Kay ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiştir (154). Otuz maddesi vardır ve 3 alt ölçekten meydana gelen görüşme ölçeğidir. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması, Kostakoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır (155). Her madde görüşmeci tarafından, belirti şiddetine göre, 1-7 arası puanla değerlendirilir. (EK-5) PANSS'ın alt ölçekleri;

- **PANSS Pozitif Belirtiler Ölçeği**; "P1 Sanrılar", "P2 Düşünce Dağınıklığı", "P3 Varsanılar", "P4 Taşkınlık", "P5 Büyüklük Duyguları", "P6 şüphecilik", "Kötülük Görme" ve "P7 Düşmanca Tutumu" içermektedir.
- **PANSS Negatif Belirtiler Ölçeği**; "N1 Duygulanımda Küntleşme", "N2 Duygusal içe Çekilme", "N3 ilişki Kurmada Güçlük", "N4 Pasif Biçimde Kendini Toplumdan Çekme", "N5 Soyut Düşünme Güçlüğü", "N6 Konuşmanın Kendiliğinden ve Akıcılığının Kaybı", "N7 Stereotipik Düşünmeyi" içermektedir.
- **PANSS Genel Psikopatoloji Ölçeği** ise; "G1 Bedensel Kaygı", "G2 Anksiyete", "G3 Suçluluk Duyguları", "G4 Gerginlik", "G5 Manyerizm", "G6 Depresyon", "G7 Motor Yavaşlama", "G8 İşbirliği Kuramama", "G9 Olağandışı Düşünce içeriği", "G10 Yönelim Bozukluğu", "G11 Dikkat Azalması", "G12 Yargılama ve İçgörü Eksikliği", "G13 İrade Bozukluğu", "G14 Dürtü Kontrolsüzlüğü", "G15 Zihinsel Aşırı Uğraş" ve "G16 Aktif Biçimde Sosyal Kaçınma" maddelerini içermektedir.

Pozitif sendrom alt ölçeğinden alınabilecek puan aralığı 7-34 arasında, negatif sendrom alt ölçeğinden alınabilecek puan 7-41 arasında, genel psikopataloji alt ölçeğinden alınabilecek puan 16-67 arasında değişmektedir. Alt ölçeklerin toplamı 30-210 puan arasında olup bu puanlar PANSS toplam puanı olarak da kullanılmaktadır (155).

Kostakoğlu ve ark. (1999) tarafından yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında ölçeğin iç tutarlılığı incelenirken Cronbach alfa katsayıları elde edilmiştir ve pozitif sendrom, negatif sendrom ve genel psikopatoloji alt ölçeklerinin toplam Cronbach alfa değerleri sırasıyla .75, .77 ve .71 olarak bulunmuştur. Yapı geçerliliği incelendiğinde pozitif ve negatif sendrom alt ölçekleri arasında oldukça düşük bir korelasyon saptanmıştır ($r=.21$, $p<.05$). Genel psikopatoloji alt ölçeği değişkeni kontrol edilerek pozitif ve negatif sendrom alt ölçekleri arasında bakılan kısmi korelasyon katsayısı ise $r=-.41$ ($p<.001$) olarak bulunmuştur; bu bulgu iki alt ölçek arasında ters korelasyon bulunduğunu göstermektedir. Genel psikopatoloji alt ölçeği ile pozitif sendrom ($r=.71$, $p<.01$) ve negatif sendrom ($r=.63$, $p<.01$) alt ölçekleri arasında ise yüksek korelasyon gözlenmiştir. PANSS içinde yer alan pozitif sendrom, negatif sendrom ve genel psikopatoloji alt ölçeklerinin görüşmeciler arası güvenirlik özellikleri incelendiğinde ise pozitif sendrom alt ölçeğinde sınıf içi korelasyon katsayısı .97 ($p<.0001$), negatif sendrom alt ölçeğinde sınıf içi korelasyon katsayısı .96 ($p<.0001$) ve genel psikopatoloji alt ölçeğinde sınıf içi korelasyon katsayısı .91 ($p<.0001$) olarak bulunmuştur. Tüm ölçek genel olarak değerlendirildiğinde ise toplam sınıf içi korelasyon katsayısı .96 ($p<.0001$) olarak saptanmıştır (155).

3.6.1.3. “Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ)”

Araştırmada, grupların saldırganlık düzeylerini ölçmek için “Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ)” kullanılacaktır. BPSÖ “fiziksel saldırganlık (FS)”, “sözel saldırganlık (SS)”, “düşmanlık (DÜ)” ve “öfke (ÖF)” olmak üzere dört alt boyuttan oluşmuştur. Fiziksel saldırganlık alt ölçeği, başkalarına fiziksel olarak zarar verme ile ilişkili 9; sözel saldırganlık alt ölçeği, başkalarını sözel yolla incitmeyi içeren 5; öfke alt ölçeği, saldırganlığın duygusal boyutunu ölçmeyi hedefleyen 7; düşmanlık alt ölçeği ise saldırganlığın bilişsel boyutunu ölçmeyi hedefleyen 8 soru içermektedir. (EK-6)

BPSÖ toplam 29 maddeden oluşan 5 aralıklı likert tipi bir ölçektir. 27'si düz puanlanmış 2'si ters puanlanmış 29 maddeden oluşmaktadır. Bireylerin maddelerde yer alan durumları ne sıklıkta yaşadıklarını, 5 aralıklı likert tipi ölçek üzerinde betimlemeleri istenmiştir. Ölçek olumsuz yöndeki ifadeleri içeren maddelere (1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12,13,14,15,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29),"hiç uygun değil" 1 puan, "çok az uygun" 2, "biraz uygun" 3, "çok uygun" 4 ve "tamamen uygun" 5 puan; olumlu ifadeleri içeren maddelere (9, 16) ise "hiç uygun değil" 5 puan, "çok az uygun" 4, "biraz uygun" 3, "çok uygun" 2 ve "tamamen uygun" 1 puan verilerek puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan "29", en yüksek puan ise "145" olacaktır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe saldırganlık düzeyi de artmaktadır (156).

Buss ve Warren (2000) tarafından ölçeğin 2000 yılında güncellenen 34 madde ve 5 faktörlü formu, Can (2002) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış, ancak çalışma yayımlanmamıştır (157,158). Ayrıca, dünya literatüründe, ölçeğin Buss-Peryy tarafından 1992'de geliştirilen 29 maddelik 4 faktörlü formunun çok daha yaygın olarak kullanılmaya devam ettiği görülmektedir (159). Buss-Durkee Düşmanlık Envanteri‟nden (BDDE) (Buss ve Durkee 1957) uyarlanmış olan ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Madran (2012) tarafından yapılmıştır (156,160). Ölçeğe ait Cronbach‟s Alpha değerleri; 4 faktörün de iç tutarlılığının yeterli düzeyde olduğuna işaret etmektedir. Tüm ölçek için elde edilen Cronbach‟s Alpha değeri 0,85, fiziksel saldırganlık için elde edilen Cronbach‟s Alpha değeri 0,78, sözel saldırganlık için elde edilen Cronbach‟s Alpha değeri 0,48, öfke için elde edilen Cronbach‟s Alpha değeri 0,76, düşmanlık için elde edilen Cronbach‟s Alpha değeri 0,71‟dir. (156).

3.7. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS Statistics Versiyon 22.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum - maksimum) olarak özetlendi. Kategorik ölçümlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Ki Kare test istatistiği kullanıldı. Sayısal ölçümlerin normal dağılım varsayımını sağlayıp sağlamadığı test edildi. Gruplar arasında sayısal ölçümlerin karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda bağımsız gruplarda T testi, varsayımların

sağlanmaması durumunda ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Bağımlı sayısal ölçümlerin karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda bağımlı gruplarda T testi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Wilcoxon Signed Rank testi kullanıldı. İkiden fazla grubun sayısal ölçümlerinin genel karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda Tek Yönlü Varyans Analizi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sayısal ölçümler arasındaki ilişkiyi incelemede varsayımların sağlanması durumunda Pearson korelasyonu, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Spearman korelasyonu kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alındı.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastalara ait sosyodemografik özellikler

Değişkenler (N=70)	n	%
Yaş		
19-29	14	20
30-39	16	22,9
40-49	24	34,2
50 ve üzeri	16	22,9
Doğum yeri		
Köy	17	24,3
İlçe	42	60
Şehir	11	15,7
Hala yaşadığı yer		
Köy	14	20
İlçe	40	57,1
Şehir	16	22,9
Medeni durum		
Bekar	41	58,6
Evli	16	22,9
Boşanmış	13	18,6
Eğitim düzeyi		
Yok	1	1,4
Özel Eğitim	3	4,3
İlköğretim	36	51,4
Ortaöğretim	24	34,3
Yükseköğrenim	6	8,6
Kiminle yaşadığı		
Yalnız	15	21,4
Eş ve çocuk	12	17,1
Anne ve/veya baba	39	55,7
Çocuklar	4	5,7
Kardeş sayısı		
Kardeşi olmayan	2	2,9
1-5	39	55,7
6-10	25	35,7
11 ve üzeri	4	5,7
Çocuk sayısı		
Çocuğu olmayan	44	62,8
1-3	14	20
4-6	9	12,9
7 ve üzeri	3	4,3
Askerlik durumu		
Askerlik yaşında değil	5	7,1
Askerlik yapmış	47	67,1
Erteleme (psikiyatrik neden)	1	1,4
Elverişsiz (psikiyatrik neden)	16	22,9
Asker kaçağı	1	1,4

Tablo 4.1. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastalara ait sosyodemografik özellikler (Devamı)

Değişkenler (N=70)	n	%
Meslek		
Yok	14	20
Serbest meslek	21	30
Esnaf	7	10
Memur	3	4,3
İşçi	25	35,7
Suç öncesi iş düzeni		
Çalışmıyor	23	32,9
Düzenli çalışıyor	26	37,1
Düzensiz çalışıyor	21	30
Kendine ait gelir		
Yok	36	51,4
Var	34	48,6
Sosyal güvence		
Yok	3	4,3
2022*	15	21,.4
Yeşilkart	37	52,9
Sosyal Güvenlik Kurumu	14	20
Bağkur	1	1,4

***Psikiyatrik bozukluğu bulunan bireylere devlet tarafından sağlanan güvence

Tablo 4.1.'de muhafaza kliniğinde zorunlu ve tedavi amaçlı yatışı yapılan 70 erkek hastaya ait sosyodemografik veriler değerlendirilmiştir. Çalışma yapılan dönemde diğer kadın kliniklerinde yatarak tedavi gören adli kadın olgu sayısı istatistiksel veriler oluşturulamayacak kadar az olduğundan, çalışmaya yalnızca erkek olgular dâhil edilmiştir. Hastalara ait sosyodemografik veriler değerlendirildiğinde; hastaların %34.2'sinin 40-49 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Olguların yaş ortalaması 40,60±11,73 (yıl) yaş iken,hastalara ait en küçük değer 19 yaş, en büyük değer ise 64 yaş olarak saptanmıştır.

Çalışma konusu olguların eğitim düzeylerine bakıldığında 36'sının (%51.4) ilköğretim, 24'ünün (%34.3) ortaöğretim, 6'sının (%8.6) yükseköğrenim mezunu oldukları tespit edilmiştir. Olguların 41'inin (%58.6) bekar, 16'sının (%22.9) evli, 13'ünün (18.6) ise boşanmış oldukları görülmüştür. Çalışmaya dahil edilen şizofreni tanısı almış hastalardan 39'unun (%55.7) anne ve/veya babası ile, 12'sinin (%17.1) eşi ve çocuk/çocukları ile birlikte, 4'ünün (%5.7) çocukları ile birlikte,15'inin (%21.4) ise yalnız yaşadığı saptanmıştır.

Şizofreni tanısı almış bireylerden 47'sinin (%67.1) askerliğini yaptığı, 16'sının (%22.9) psikiyatrik nedenlerden dolayı askerlik yapmaya elverişsiz olduğu tespit

edilmiştir. Hastalardan 25'inin (%35.7) işçi olarak, 3'ünün (%4.3) memur, 7'sinin (%10) esnaf olarak çalıştığı, 21'inin (%30) serbest meslek olarak nitelendirdikleri işlerde çalıştığı, 14'ünün (%20) herhangi bir işinin olmadığı anlaşılmıştır. Zorunlu koruma ve tedavi sürecine giren hastalardan 26'sının (%37.1) işledikleri suç öncesinde düzenli olarak çalıştıkları bir işinin olduğu, 21'inin (%30)'unun işledikleri suç öncesinde düzenli olarak çalıştıkları işlerinin bulunmadığı, 23'ünün (%32.9) ise işledikleri suç öncesinde herhangi bir işinin bulunmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.2. **Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların adli geçmişi**

Değişkenler (N=70)	**n**	**%**
İşlenen suç sayısı (adet olarak)		
1	19	27,1
2	33	47,1
3	9	12,9
4 ve üzeri	9	12,8
Muhafaza kliniği geçmişi		
Yok	19	27,1
Var	51	72,9
Cezaevi geçmişi		
Yok	40	57,1
Var	30	42,9
Cezaevinde kalma süresi (ay olarak)		
Yok	40	55,1
1-48 ay	28	40
49-96 ay	1	1.9
97 ay ve üstü	1	1,4
İşlenen suçun türü		
İnsan öldürme	10	14,3
Yaralama	36	51,4
Esya/mala zarar	10	14,3
Diğer*	14	20
Suç sırasında alkol madde kullanım öyküsü		
Yok	50	71,4
Var	20	28,6
Üzerinde suç işlenen kişi/şey		
Malvarlığına karşı	14	20,0
Tanıdıklarına karşı**	32	46,7
Tanımadıklarına karşı	24	34,3
Suç aleti		
Herhangi bir suç aleti kullanılmamış	22	31,4
Silah***	48	68,6

*Tehdit/hakaret, cinsel suçlar, uyuşturucu madde kullanımı

**Öz/üvey anne/baba/kardeş, eş, akraba, arkadaş

***Tabanca, bıçak, kesici delici alet, taş ve sopa

Tablo 4.2.'ye göre muhafaza kliniğinde zorunlu ve tedavi amaçlı yatışı yapılan hastaların adli geçmişi değerlendirildiğinde şizofreni tanısı alan hastalardan 19'unun (%27.1) 1defa, 33'ünün (%47.1) 2 defa, 9'unun (%12.9) 3defa , diğer 9'unun ise (%12.8) 4 ve üzeri defa suça karıştığı tespit edilmiştir.

Çalışma konusu olgulardan 51'inin (%72.9) daha önceden muhafaza kliniği geçmişi bulunduğu, 19'unun (%27.1) ise daha önceden muhafaza kliniğine hiç gelmediği/getirilmediği anlaşılmıştır. Hastaların cezaevi geçmişine bakıldığında hastalardan 40'ının (%57.1) herhangi bir cezaevi geçmişi bulunmadığı, 30'unun (%42.9) ise daha önceden cezaevi geçmişi olduğu anlaşılmıştır. Çalışmaya hastlardan 40'ının (%55.1) daha önceden hiç cezaevinde kalmadığı, 28'inin (%40) ise daha önceden 1 ile 48 ay arası cezaevi geçmişi bulunduğu görülmüştür.

Hastaların işledikleri suç türü değerlendirildiğinde hastalardan 10'unun (%14.3) insan öldürme, 36'sının (%51.4) yaralama suçunu, 10'unun (%14.3) ise malvarlığına karşı suçları işledikleri anlaşılmıştır. Hastalardan 14'ünün (%20) ise diğer (tehdit ,hakaret, cinsel dokunulmazlığa karşı, uyuşturucu madde kullanımı) suçları işledikleri anlaşılmıştır.

Çalışma konusu olarak seçilen hastaların suçu üzerinde işledikleri kişi ya da şeye bakıldığında, hastalardan 56'sının (%81.4) suçu herhangi bir insanın bedeni , 14'ünün (%20) ise malvarlığı üzerinde işledikleri tespit edilmiştir. Ayrıca; hastalardan 32'sinin (%46.7) suçu tanıdıklarına, 24'ünün (%34.3) ise tanımadıklarına karşı işledikleri görülmüştür.

Hastaların suç işlerken herhangi bir alet kullanıp kullanmadıklarına bakıldığına hastalardan 48'inin (%68.6) suç işlerken Türk Ceza Kanununun tanımlar başlıklı 6. Maddesinde silah (kesici delici alet,ateşli silahlar,taş, sopa) olarak belirtilen aletlerden birisini kullandığı, , 22'sinin (%17.1) ise suçu herhangi bir alet kullanmaksızın işlediği anlaşılmıştır.

Tablo 4.3. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların hastalığına ait belirtiler

Değişkenler (N=70)	n	%
Şizofreni tanıları		
Ayrışmamış	5	7,1
Paranoid	24	34,3
Kronik	41	58,6
Sanrı türleri		
Perseküsyon sanrıları	22	31,4
Referans düşünceler	7	10,0
Kıskançlık	9	12,9
Bizar obsesyonlar	29	41,4
Yok	3	4,3
Halüsinasyon içeriği		
Elementer	41	58,6
Adını çağıran	4	5,7
Komut veren	7	10,0
Şiddet	5	7,1
Hakaret ve küfür eden	4	5,7
Tehdit eden	7	10,0
Yok	2	2,9
Şizofreninin başlangıç yaşı		
12 yaş ve altı	5	7,1
13-18 yaş	13	18,6
19-24 yaş	28	40
25-30 yaş	13	18,6
31 yaş ve üstü	11	15,7
Şizofreninin kaç yıldır sürdüğü		
2-10 yıl	21	30
11-20 yıl	26	37,2
21-30 yıl	15	21,4
31 yıl ve üstü	8	11,4
Hastalığın prognozu		
Belirtilerin aralıklı olarak ortaya çıkması	43	61,4
Belirtilerin sürekli olarak devam etmesi	27	38,6
Hastanın hastaneye kaç defa yattığı		
1-5 defa	50	71,4
6-10 defa	12	17,1
11-15 defa	5	7,1
16 ve üstü defa	3	4,3
Hastanın hastaneye yatış süresi (ay)		
1-12 ay	51	72,9
13-36 ay	16	22,9
37-60 ay	1	1,.4
61 ve üstü ay	2	2,9
Hastanın suç öncesi tedavi alıp almadığı		
Yok (Herhangi bir tedavi almamış)	2	2,9
Kliniğe yatışı yapılmaksızın tedavi	4	5,7
Kliniğe yatışı yapılmaksızın ve/veya kliniğe yatışı yapılarak	64	91,4

Tablo 4.3. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların hastalığına ait belirtiler (Devamı)

Değişkenler (N=70)	n	%
Hastanın kullanmakta olduğu ilaçlar		
Tipik antipsikotik	13	18,6
Atipik antipsikotik	37	52,9
Tipik+atipik antipsikotik	26	37,2
Duygudurum düzenleyiciler	4	5,7
Antipsikotik ve antikolinerjik	50	71,4
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü		
Yok	51	72,9
Anne	5	7,1
Baba	3	4,3
Kardeş	9	12,9
Diğer akraba	2	2,9
Hastanın akrabalarında suç öyküsü		
Yok	63	90,0
Baba	1	1,4
Kardeş	2	2,9
Diğer akraba	4	5,7

Tablo 4.3.'e göre muhafaza kliniğinde zorunlu ve tedavi amaçlı yatışı yapılan hastaların hastalığına ait belirtiler değerlendirildiğinde; 41 (%58.6) hastanın kronik şizofreni, 24 (%34.3) hastanın paranoid şizofreni ve 5 (%7.1) hastanın ise ayrışmamış şizofreni tanılarının olduğu tespit edilmiştir. Öte yandan; şizofreni tanısı almış hastalardan 29'unda (%41.4) bizar obsesyonlar, 22'sinde (%31.4) ise perseküsyon sanrılarının olduğu tespit edilmiştir. Hastalarda halüsinasyon varlığı ya da yokluğu değerlendirildiğinde, hastaların 41'inde (%58.6) elementer (içeriği bilinmeyen, anlamlandırılamayan,komut vermeyen ses ve görüntü), 7'sinde (%10) kendisine komut veren, 7'sinde (%10) ise kendisine yönelik tehdit içeren söz ya da görüntü şeklindeki halüsinasyonların varlığı tespit edilmiştir.

Hastalardan 28'inin (%40) 19-24 yaş arası, 13'ünün (%18.6) 25-30, diğer 13'ünün (%18.6) ise 13-18yaş arasında şizofreni tanısı aldığı anlaşılmıştır. Ayrıca, hastalardan 50'sinin (%71.4) 1-5 defa, 12'sinin (%17.1) ise 6-10 defa hastaneye yattığı saptanmıştır. Öte yandan; hastalardan 64'ünün (%91.4) kliniğe yatışı yapılmaksızın ve/veya kliniğe yatışı yapılarak, 4'ünün (%5.7) ise kliniğe yatışı yapılmaksızın tedavi aldığı tespit edilmiştir.

Hastalardan 63'ünün (%90) ailesinde suç öyküsünün bulunmadığı, 4'ünün (%5.7) ise 1. ve 2. Derece akrabaları dışında kalan diğer akrabalarında suç öyküsünün bulunduğu anlaşılmıştır.

Tablo 4.4. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 1-3 gün ile 7-10 gün arası klinik durumlarının Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) toplam ve alt ölçekler puan farkının karşılaştırılması

		1-3gün	7-10 gün	p
Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)	**Alt Ölçekler**	**X±SD Med(min;max)**	**X±SD Med(min;max)**	
	Pozitif Alt Ölçek	31,11±8.256 31,00(11;46)	26,21±7,751 26,00(10;43)	**<0,001**
	Negatif Alt Ölçek	18,53±10,400 20,00(7;44)	15,37±7,427 14,50(7;35)	**<0,001**
	Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği	53,67±14,663 52,00(24;86)	47,46±14,987 46,00(22;116)	**<0,001**
	PANSS Toplam Puanı	103,31±28,393 102,50(50;162)	89,04±24,695 86,00(44;164)	**<0,001**

Tablo 4.4.'e göre zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 1-3 ve 7-10 gün arası klinik durumlarının PANSS toplam ve alt ölçek puanları değerlendirildiğinde PANSS toplam ve pozitif alt ölçek, negatif alt ölçek, genel psikopatoloji alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. ($p<0.05$)

Tablo 4.5. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 1-3 gün ve 7-10 gün arası klinik durumlarının Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) toplam ve alt ölçekler puan farkının karşılaştırılması

	(N=70)	**1-3gün**	**7-10 gün**	**p**
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ)	**Alt Ölçekler**	**X±SD Med(min;max)**	**X±SD Med(min;max)**	
	Fiziksel Saldırganlık Alt Ölçeği	30,39± 6,282 30,00(18;44)	27,06± 5,426 27,00(18;39)	**<0,001**
	Öfke Alt Ölçeği	24,80± 4,986 25,00(15;35)	22,17±4,222 22,00(15;32)	**<0,001**
	Düşmanlık Alt Ölçeği	27,71± 5,159 27,50(17;40)	26,11± 4,859 26,00(17;38)	**<0,001**
	Sözel Saldırganlık Alt Ölçeği	17,06±3,579 17,00(10;25)	17,20±7,527 16,00(10;74)	0.844
	BPSÖ Toplam Puanı	100,43±18,047 100,50(65;141)	93,51±18,384 94,00(65;181)	**<0,001**

Tablo 4.5.'e göre zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 1-3 gün ve 7-10 gün arası klinik durumlarının BPSÖ toplam ve alt ölçek puanları değerlendirildiğinde BPSÖ toplam ve fiziksel saldırganlık

alt ölçeği, öfke alt ölçeği, düşmanlık alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. ($p<0.05$)

Tablo 4.6. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 1-3 gün arası klinik durumlarının PANSS toplam puan ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar

	(N=70)	**PANSS**				
	1-3 gün	**Pozitif Alt Ölçek**	**Negatif Alt Ölçek**	**Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği**	**PANSS Toplam Puanı**	
PANSS	**Pozitif Alt Ölçek**	1	0,272 **0,023**	**0,639** **<0,001**	**0,720** **<0,001**	r p
	Negatif Alt Ölçek	0,272 **0,023**	1	**0,700** **<0,001**	**0,807** **<0,001**	r p
	Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği	**0,639** **<0,001**	**0,700** **<0,001**	1	**0,959** **<0,001**	r p
	PANSS Toplam Puanı	**0,720** **<0,001**	**0,807** **<0,001**	**0,959** **<0,001**	1	r p

Tablo 4.6.'ya göre zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış muhafaza kliniğindeki hastaların 1-3 gün içerisindeki klinik durumlarına ilişkin PANSS toplam puan ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar değerlendirildiğinde pozitif alt ölçek ile negatif alt ölçek puanları arasında zayıf korelasyon olduğu saptanmıştır. Pozitif alt ölçek puanı ile PANSS toplam puan ve genel psikopatoloji alt ölçeği puanları arasında ve negatif alt ölçek puanı ile PANSS toplam puan ve genel psikopatoloji alt ölçek puanı arasında pozitif anlamlı bir korelasyon olduğu ve korelasyon katsayılarının 0,639 ile 0,959 arasında değiştiği saptanmıştır. Yapılan korelasyon analizi sonucunda pozitif alt ölçek puanı ve negatif alt ölçek puanı dışında pozitif alt ölçek puanı, PANSS toplam puan ve genel psikopatoloji alt ölçeği puanı ile negatif alt ölçek puanı, genel psikopatoloji alt ölçeği puanı ve PANSS toplam puan birlikte artmakta veya birlikte azalmaktadır. PANSS toplam puanı ile genel psikopatoloji alt ölçeği puanı arasında çok kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.7. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 1-3 gün arası klinik durumlarının BPSÖ toplam puan ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar

	N=70	BPSÖ					
BPSÖ	1-3 gün	Fiziksel Saldırganlık Alt Ölçeği	Öfke Alt Ölçeği	Düşmanlık Alt Ölçeği	Sözel Saldırganlık Alt Ölçeği	BPSÖ Toplam Puanı	
	Fiziksel Saldırganlık Alt Ölçeği	1	0,906 <0,001	0,864 <0,001	0,767 <0,001	0,956 <0,001	r p
	Öfke Alt Ölçeği	0,906 <0,001	1	0,846 0 ,001	0,779 0,026	0,935 0,001	r p
	Düşmanlık Alt Ölçeği	0,864 <0,001	0,846 <0,001	1	0,768 <0,001	0,940 <0,001	r p
	Sözel Saldırganlık Alt Ölçeği	0,767 <0,001	0,779 <0,001	0,768 <0,001	1	0,876 <0,001	r p
	BPSÖ Toplam Puanı	0,956 <0,001	0,935 <0,001	0,940 <0,001	0,876 <0,001	1	r p

Tablo 4.7.'ye göre zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış muhafaza kliniğindeki hastaların 1-3 gün içerisindeki klinik durumlarına ilişkin BPSÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar değerlendirildiğinde; BPSÖ toplam puanı ve tüm alt ölçek puanları arasında pozitif anlamlı bir korelasyon olduğu ve korelasyon katsayılarının 0,767 ile 0,956 arasında değiştiği saptanmıştır. BPSÖ toplam puanı ile tüm alt ölçek puanları arasında çok kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca BPSÖ alt ölçeklerinden fiziksel saldırganlık alt ölçeği ile öfke alt ölçeği puanları arasında da çok kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.8. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 1-3 gün arası klinik durumlarının PANSS toplam puanı ve alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar

	N=70	BPSÖ					
PANSS	1-3 gün	Fiziksel Saldırganlık Alt Ölçeği	Öfke Alt Ölçeği	Düşmanlık Alt Ölçeği	Sözel Saldırganlık Alt Ölçeği	BPSÖ Toplam Puanı	
	Pozitif Alt Ölçek	**0,604**	**0,544**	**0,619**	**0,529**	**0,629**	**r**
		<0,001	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**p**
	Negatif Alt Ölçek	0,360	0,361	0,399	0,266	0,381	**r**
		0,002	**0,002**	**0 ,001**	**<0,001**	**0,001**	**p**
	Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği	**0,544**	**0,527**	**0,588**	**0,483**	**0,585**	**r**
		<0,001	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**p**
	PANSS Toplam Puanı	**0,589**	**0,563**	**0,630**	**0,501**	**0,625**	**r**
		<0,001	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**p**

Tablo 4.8.'e göre zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış muhafaza kliniğindeki hastaların 1-3 gün içerisindeki klinik durumlarına ilişkin PANSS toplam puanı ve alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar değerlendirildiğinde; sadece PANSS negatif alt ölçek puanının BPSÖ toplam puan ve alt ölçek puanları ile arasında zayıf korelasyon olduğu saptanmıştır. PANSS toplam, pozitif alt ölçek ve genel psikopatoloji alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında pozitif anlamlı bir korelasyon olduğu ve korelasyon katsayılarının 0,483 ile 0,629 arasında değiştiği saptanmıştır.

Tablo 4.9. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 7-10 gün arası klinik durumlarının PANSS toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar

	(N=70)	PANSS				
	7-10 gün	Pozitif Alt Ölçek	Negatif Alt Ölçek	Genel PsikoPatoloji Alt Ölçeği	PANSS Toplam Puanı	
PANSS	Pozitif Alt Ölçek	1	0,206 0,087	**0,560** **<0,001**	**0,716** **<0,001**	**r** **p**
	Negatif Alt Ölçek	0,206 0,087	1	**0,522** **<0,001**	**0,682** **<0,001**	**r** **p**
	Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği	**0,560** **<0,001**	**0,522** **<0,001**	1	**0,940** **<0,001**	**r** **p**
	PANSS Toplam Puanı	**0,716** **<0,001**	**0,682** **<0,001**	**0,940** **<0,001**	1	**r** **p**

Tablo 4.9.'a göre zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış muhafaza kliniğindeki hastaların 7-10 gün içerisindeki klinik durumlarına ilişkin PANSS toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar değerlendirildiğinde; pozitif alt ölçek puanı ile PANSS toplam puan ve genel psikopatoloji alt ölçeği puanları arasında ve negatif alt ölçek puanı ile PANSS toplam puan ve genel psikopatoloji alt ölçek puanı arasında pozitif anlamlı bir korelasyon olduğu ve korelasyon katsayılarının 0,522 ile 0,940 arasında değiştiği saptanmıştır. Yapılan korelasyon analizi sonucunda pozitif alt ölçek puanı ve negatif alt ölçek puanı dışında pozitif alt ölçek puanı, PANSS toplam puan ve genel psikopatoloji alt ölçeği puanı ile negatif alt ölçek puanı, genel psikopatoloji alt ölçeği puanı ve PANSS toplam puan birlikte artmakta veya birlikte azalmaktadır. PANSS toplam puanı ile genel psikopatoloji alt ölçek puanı arasında çok kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.10. **Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 7-10 gün arası klinik durumlarının BPSÖ toplam puan ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar**

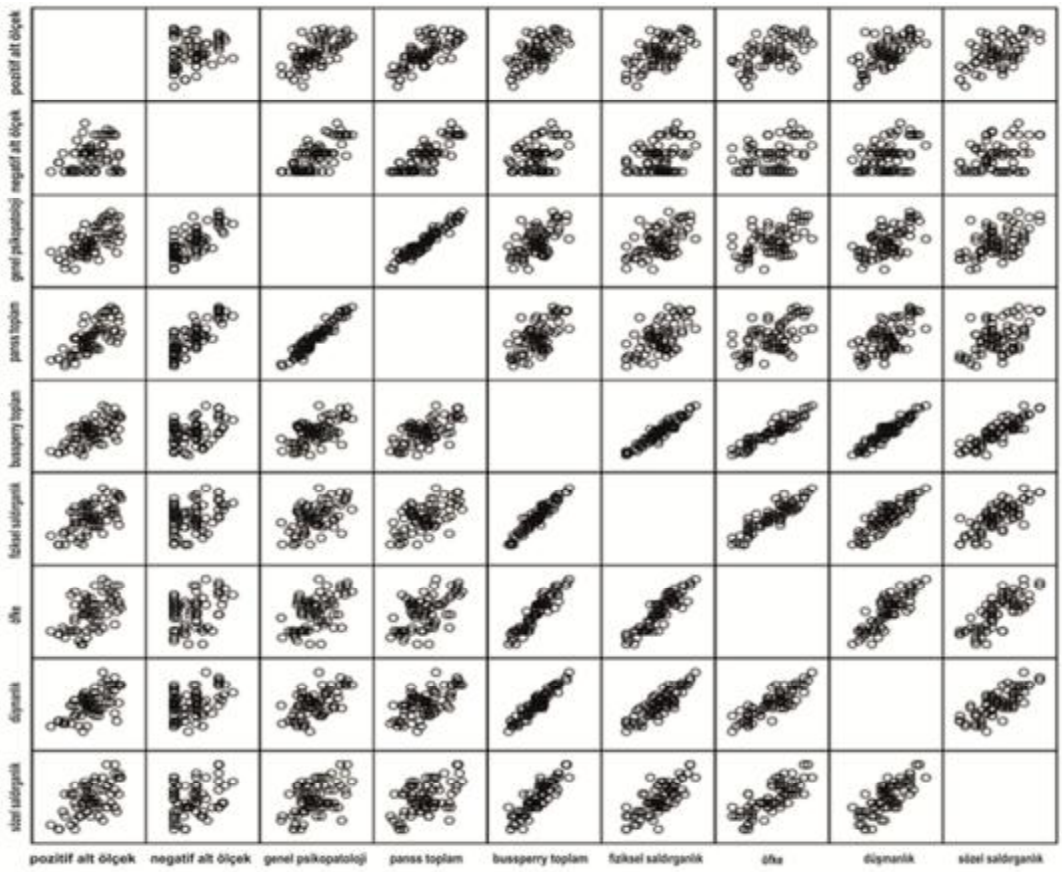
	N=70	**BPSÖ**					
BPSÖ	**7-10 gün**	**Fiziksel Saldırganlık Alt Ölçeği**	**Öfke Alt Ölçeği**	**Düşmanlık Alt Ölçeği**	**Sözel Saldırganlık Alt Ölçeği**	**BPSÖ Toplam Puanı**	
	Fiziksel Saldırganlık Alt Ölçeği	**1**	**0,904** **<0,001**	**0,834** **<0,001**	**0,746** **<0,001**	**0,943** **<0,001**	**r** **p**
	Öfke Alt Ölçeği	**0,904** **<0,001**	**1**	**0,823** **0 ,001**	**0,791** **0,026**	**0937** **<0,001**	**r** **p**
	Düşmanlık Alt Ölçeği	**0,834** **<0,001**	**0,823** **<0,001**	**1**	**0,755** **<0,001**	**0,914** **<0,001**	**r** **p**
	Sözel Saldırganlık Alt Ölçeği	**0,746** **<0,001**	**0,791** **<0,001**	**0,755** **<0,001**	**1**	**0,879** **<0,001**	**r** **p**
	BPSÖ Toplam Puanı	**0,943** **<0,001**	**0,937** **<0,001**	**0,914** **<0,001**	**0,879** **<0,001**	**1**	**r** **p**

Tablo 4.10.'a göre göre zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış muhafaza kliniğindeki hastaların 7-10 gün içerisindeki klinik durumlarına ilişkin BPSÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar değerlendirildiğinde; BPSÖ toplam puanı ve tüm alt ölçek puanları arasında pozitif anlamlı bir korelasyon olduğu ve korelasyon katsayılarının 0,746 ile 0,943 arasında değiştiği saptanmıştır. BPSÖ toplam puanı ile tüm alt ölçek puanları arasında çok kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca öfke alt ölçek puanı ile fiziksel saldırganlık alt ölçek puanı arasında da çok kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.11. **Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 7-10 gün arası klinik durumlarının PANSS toplam puanı ve alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar**

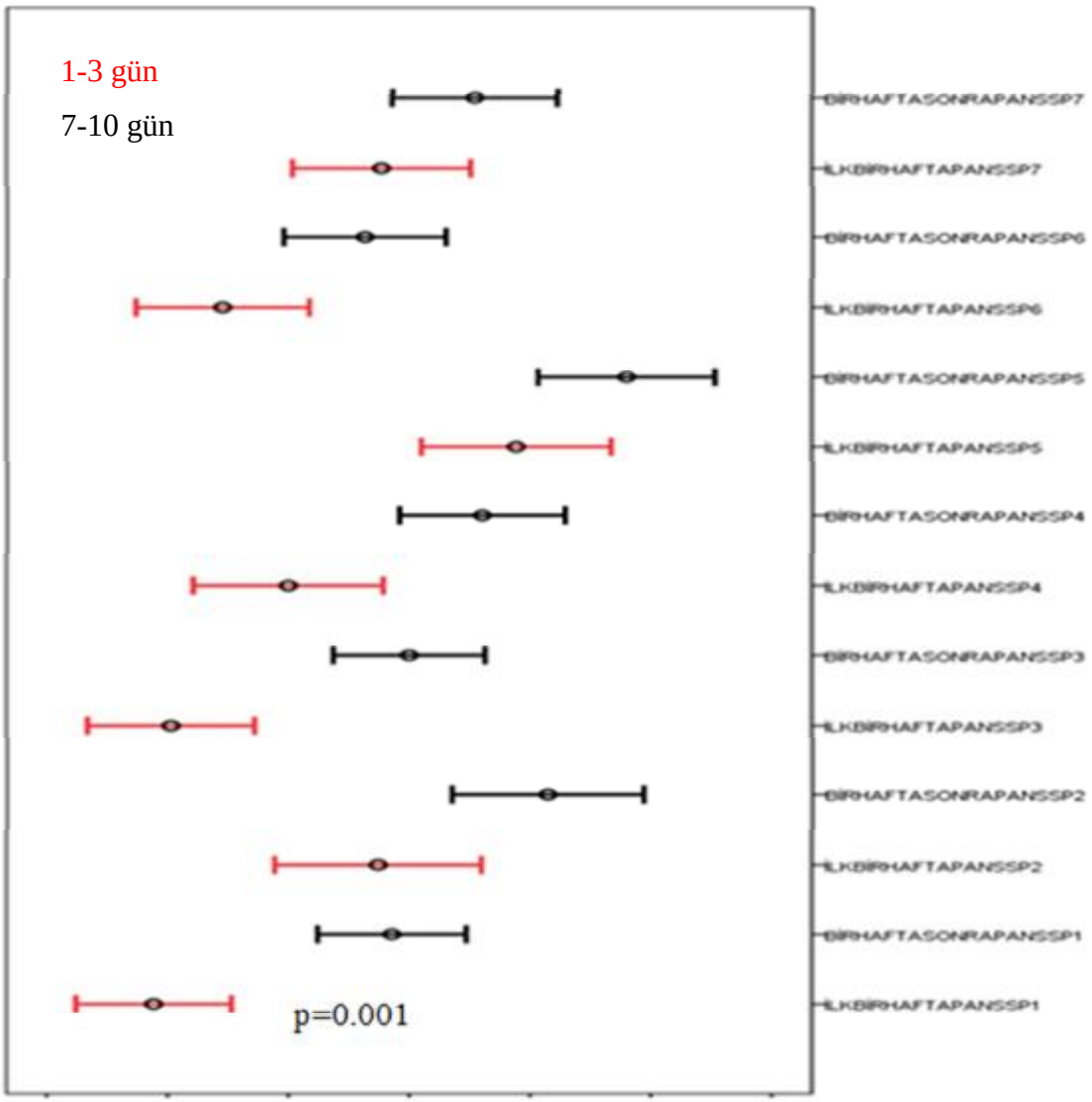
		BPSÖ					
	7-10 gün	**Fiziksel Saldırganlık Alt Ölçeği**	**Öfke Alt Ölçeği**	**Düşmanlık Alt Ölçeği**	**Sözel Saldırganlık Alt Ölçeği**	**BPSÖ Toplam Puanı**	
PANSS	**Pozitif Alt Ölçek**	**0,610** **<0,001**	**0,482** **<0,001**	**0,536** **<0,001**	**0,404** **0,001**	**0,590** **<0,001**	**r** **p**
	Negatif Alt Ölçek	0,240 **0,045**	0,255 **0,033**	0,221 ,066	0,154 **0,203**	0,253 **0,035**	**r** **p**
	Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği	**0,454** **<0,001**	**0,395** **<0,001**	**0,487** **<0,001**	**0,305** **0,010**	**0,478** **0,010**	**r** **p**
	PANSS Toplam Puanı	**0,539** **<0,001**	**0,468** **<0,001**	**0,530** **<0,001**	**0,358** **0,002**	**0,551** **<0,001**	**r** **p**

Tablo 4.11.'e göre zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış muhafaza kliniğindeki hastaların 7-10 gün içerisindeki klinik durumlarına ilişkin PANSS toplam puanı ve alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar değerlendirildiğinde; negatif alt ölçek puanı ile BPSÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında düşük korelasyon olduğu saptanmıştır. Ayrıca PANSS genel psikopatoloji alt ölçek puanının; sözel saldırganlık alt ölçek ve öfke alt ölçek puanları ile arasında düşük korelasyon bulunduğu saptanmıştır. PANSS toplam ve pozitif alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında; ayrıca genel psikopatoloji alt ölçeği puanı ile fiziksel saldırganlık alt ölçek, düşmanlık alt ölçek ve BPSÖ toplam puanları arasında pozitif anlamlı bir korelasyon olduğu ve korelasyon katsayılarının 0,404 ile 0,610 arasında değiştiği saptanmıştır.



Grafik 4.1. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 7-10 gün arası klinik durumlarının PANSS toplam puan ve alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam puan ve alt ölçek puanlarının korelasyonu (Saçılım Grafiği)

Grafik 4.1.'e göre zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların muhafaza kliniğindeki 7-10 gün arası klinik durumlarına ilişkin PANSS toplam puanı ve genel psikopatoloji alt ölçeği puanı arasında, BPSÖ toplam puanı ile fiziksel saldırganlık alt ölçeği puanı arasında ve BPSÖ toplam puanı ile düşmanlık alt ölçeği puanı arasında çok kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır.



Grafik 4.2. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı alan hastalara ilişkin PANSS Pozitif alt ölçeğinin 1-3 gün ve 7-10 gün arasındaki puan farkı

Grafik 4.2.'de zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların PANSS pozitif alt ölçeğinde bulunan 7 belirti seviyesinden 1-3 gün arasında aldıkları puanlar ile 7-10 gün arasında aldıkları puanlar farkının grafiği verilmiştir. Grafik 4.2'ye göre hastalar pozitif alt ölçeğin her belirti seviyesinden, 1-3 gün arasında daha fazla puan alırken, 7- 10 gün arasında daha düşük puanlar aldıkları saptanmıştır. Bu durum; hastalığa ait pozitif belirtilerin 1 hafta içerisinde azaldığını göstermektedir.

Tablo 4.12. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı alan hastaların alkol kullanımının PANSS toplam puan ve alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması

		Alkol kullanımı		
	Ölçek Puanları	**Evet** **X±SD** **Median(min;max)**	**Hayır** **X±SD** **Median(min;max)**	**p**
PANSS	**Pozitif Alt Ölçek**	32,70±8,99 33,00(11;46)	30,48±7,95 29,00(15;45)	0,243
	Negatif Alt Ölçek	18,00±11,23 17,50(7;35)	18,74±10,16 20,00(7;44)	0,716
	Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği	57,85±16,65 57,50(31;86)	52,00±13,61 51,00(24;81)	0,193
	PANSS Toplam Puanı	108,55±32,71 107,50(56;162)	101,22±26,55 102,50(50;154)	0,376
BPSÖ	**Fiziksel Saldırganlık Alt Ölçeği**	32,15±6,95 31,50(22;44)	29,68±5,92 30,00(18;41)	0,228
	Öfke Alt Ölçeği	26,35±5,58 26,00(17;35)	24,18±4,64 25,00(15;33)	0,153
	Düşmanlık Alt Ölçeği	30,55±5,56 30,00(19;40)	26,58±4,57 27,00(17;36)	**0,007**
	Sözel Saldırganlık Alt Ölçeği	18,70±4,04 18,50(11;25)	16,40±3,19 16,00(10;23)	**0,022**
	BPSÖ Toplam Puanı	108,00±20,59 107,00(71;141)	97,40±16,17 100(65;128)	0,068

Tablo 4.12'e göre zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış muhafaza kliniğindeki hastaların alkol madde kullanım öyküsünün varlığı ile PANSS toplam puanı ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p<0.05$)

Tablo 4.12.'e göre zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış muhafaza kliniğindeki hastaların alkol madde kullanım öyküsünün varlığı ile BPSÖ düşmanlık alt ölçeği puanı ve sözel saldırganlık alt ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Düşmanlık ve sözel saldırganlığın alkol-madde kullanımını etkilediği tespit edilmiştir.

Tablo 4.13. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı alan hastaların işledikleri suçu kime ya da neye karşı işlediğinin PANSS toplam puan ve alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması

Ölçek Puanları		Suçu Kime ya da Neye Karşı İşlediği			
		İnsana karşı X±SD Med(min;max)	**Mal varlığına karşı X±SD Med(min;max)**	**Diğer X±SD Med(min;max)**	**p**
PANSS	**Pozitif Alt Ölçek**	32,02±7,55 31,00(17;45)	26,22±8,77 29,00(15;37)	29,25±14,34 30,00(11;46)	0,292
	Negatif Alt Ölçek	19,53±10,77 21,00(7;44)	17,11±7,10 21,00(7;28)	7,50±1,00 7,00(7;9)	0,062
	Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği	54,75±14,18 52,00(25;86)	49,78±18,98 56,00(77;53)	47,00±10,16 46,00 (36; 60)	0,478
	PANSS Toplam Puanı	106,30±27,38 103,00(50;162)	93,11±33,78 106,00(54;142)	83,75±22,65 80,50(61;113)	0,215
BPSÖ	**Fiziksel Saldırganlık Alt Ölçeği**	31,37±6,02 32,00(18;44)	25,22±4,76 27,00(18;30)	28,00±8,04 25,50(22;39)	**0,013**
	Öfke Alt Ölçeği	25,51±5,04 27,00(15;35)	21,89±3,33 22,00(18;27)	21,25±4,03 21,00(17;26)	**0,024**
	Düşmanlık Alt Ölçeği	28,32±5,22 29,00(17;40)	24,56±2,74 26,00(21;27)	26,25±6,60 25,50(19;35)	**0,057**
	Sözel Saldırganlık Alt Ölçeği	17,44±3,35 17,00(10;25)	15,22±4,24 16,00(10;20)	15,75±4,65 15,00(11;22)	0,294
	BPSÖ Toplam Puanı	102,88±17,66 105,00(65;141)	88,22±14,24 90,00(68;104)	93,00±22,27 89,00(71;123)	**0,044**

Tablo 4.13.'a göre zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış muhafaza kliniğindeki hastaların işledikleri suçu kime ya da neye karşı işlediği ile PANSS toplam puanı ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p<0.05$) Şizofreninin klinik belirtilerinin hastaların işledikleri suçun yönünü etkilemediği tespit edilmiştir.

Tablo 4.13.'a göre zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış muhafaza kliniğindeki hastaların işledikleri suçu kime ya da neye karşı işlediği ile BPSÖ sözel saldırganlık alt ölçeği puanı dışında diğer tüm alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. ($p <0.05$) İşlenen suçun

yönü değiştikçe fiziksel saldırganlık alt ölçeği puanı ve öfke alt ölçeği puanı, düşmanlık alt ölçeği puanı ve BPSÖ toplam puanına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Sözel saldırganlığın işlenen suçun yönünü etkilemediği tespit edilmiştir.

Tablo 4.14. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı alan hastaların üzerinde suç işledikleri kişinin ya da şeyin PANSS toplam puan ve alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması

		Suç İşledikleri Kişi ya da Şey			
	Ölçek Puanları	**Malvarlığına karşı X±SD Median(min;max)**	**Tanıdıklarına karşı* X±SD Median(min;max)**	**Tanımadıklarına karşı X±SD Median(min;max)**	**p**
PANSS	**Pozitif Alt Ölçek**	22,00±9,57 22,00(10;43)	27,03±6,46 27,00(15;41)	27,58±7,65 27,50(14;43)	0,900
	Negatif Alt Ölçek	13,29±7,91 8,00(7;30)	15,50±6,89 14,50(7;35)	16,42±7,90 18,50(7;34)	0,461
	Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği	42,71±14,33 54,50(24;68)	47,25±11,47 45,50(28;76)	50,50±18,90 46,00(57;86)	0,492
	PANSS Toplam Puanı	78,00±27,99 80,00(44;120)	89,78±18,96 85,00(56;128)	94,50±28,21 90,50(44;164)	0,273
BPSÖ	**Fiziksel Saldırganlık Alt Ölçeği**	26,71±6,02 27,50(18;39)	32,38±4,90 32,00(21; 44)	29,88±7,18 30,50(18;42)	0,096
	Öfke Alt Ölçeği	22,36±4,11 22,50(17;31)	25,97±4,69 26,50(15;35)	24,67±5,47 27,00(15;33)	0,242
	Düşmanlık Alt Ölçeği	25,36±4,05 26,00(19;35)	28,97±4,55 29,00(21;40)	27,42±6,09 28,00(17;38)	0,150
	Sözel Saldırganlık Alt Ölçeği	15,57±4,07 16,00(10;22)	17,34±3,23 16,50(10;25)	17,54±3,65 18,00(11;25)	0,573
	BPSÖ Toplam Puanı	91,07±16,45 91,00(68;123)	104,91±15,44 104,00(74;141)	99,92±20,53 102,50(65;137)	0,235

*Öz/üvey anne/baba/kardeş, eş, akraba, arkadaş

Tablo 4.14'e göre zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış muhafaza kliniğindeki hastaların işledikleri suçu kime ya da neye karşı işlediği ile PANNS toplam puanı ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p<0.05$) Dolayısıyla; şizofreninin klinik belirtilerinin hastaların işledikleri suçu kime ya da neye karşı işlediğini etkilemediği tespit edilmiştir.

Tablo 4.14'e göre zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış muhafaza kliniğindeki hastaların işledikleri suçu kime ya da neye karşı işlediği ile

BPSÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. (p<0.05) Dolayısıyla; hastaların saldırganlık düzeyinin işledikleri suçu kime ya da neye karşı işlediğini etkilemediği tespit edilmiştir.

Tablo 4.15. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış muhafaza kliniğinde yatışı yapılan hastaların suç sırasında kullandıkları suç aletlerinin PANSS toplam puan ve alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması

		Suç Sırasında Kullanılan Suç Aletleri		
	Ölçek Puanları	**Herhangi bir suç aleti kullanılmamış X±SD Median(min;max)**	**Silah*** **X±SD Median(min;max)**	**P**
PANSS	**Pozitif Alt Ölçek**	19,08±8,96 19,00(10;43)	27,69±6,66 27,00(14;43)	**0,000**
	Negatif Alt Ölçek	10,17±6,73 7,00(7;30)	16,45±7,15 18,00(7;35)	**0,007**
	Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği	36,33±12,24 32,00(24;62)	49,76±14,54 46,50(22 116)	**0,004**
	PANSS Toplam Puanı	65,58±22,98 56,50(44;112)	93,90±22,28 90,00(44;164)	**0,000**
BPSÖ	**Fiziksel Saldırganlık Alt Ölçeği**	26,75±6,70 26,00(18;39)	33,05±5,89 32,50(24;44)	**0,026**
	Öfke Alt Ölçeği	21,92±4,78 4,776(17;31)	26,25±5,08 27,00(19;35)	0,059
	Düşmanlık Alt Ölçeği	25,00±4,41 25,50(19;35)	30,05±5,48 29,50(19;40)	0,128
	Sözel Saldırganlık Alt Ölçeği	14,25±4,05 13,00(10;22)	18,00±3,39 17,00(13;25)	0,126
	BPSÖ Toplam Puanı	88,42±17,18 83,50(68;123)	107,75±17,98 104,00(77;141)	**0,026**

*Tabanca, bıçak,kesici delici alet,taş ve sopa

Tablo 4.15.'e göre zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış muhafaza kliniğindeki hastaların suç sırasında kullandıkları suç aleti ile pozitif alt ölçek puanı, negatif alt ölçek puanı, genel psikopatoloji alt ölçeği puanı ve PANSS toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. (p<0.05) Dolayısıyla; şizofreninin klinik belirtilerinin hastaların suç işledikleri sırada kullandıkları suç aletinin türünü etkilediği tespit edilmiştir.

Tablo 4.15.'e göre zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış muhafaza kliniğindeki hastaların suç sırasında kullandıkları suç aletleri ile BPSÖ

toplam puanı ve fiziksel saldırganlık alt ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Dolayısıyla; hastaların fiziksel saldırganlık niteliğinde davranış sergilerken, genellikle bir suç aleti kullandıkları tespit edilmiştir.

Tablo 4.16. Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların işlediği suçun türünün PANSS toplam puan ve alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması

		İşlenilen Suçun Türü				
	Ölçek Puanları	**İnsan öldürme X±SD Med(minmax)**	**Yaralama X±SD Med(minmax)**	**Esya/mala zarar X±SD Med(minmax)**	**Diğer*** **X±SD Med(minmax)**	**p**
PANSS	**Pozitif Alt Ölçek**	36,20±6,39 36,00(28;44)	31,19±7,51 29,00(17;45)	24,67±7,81 23,00(15;35)	31,40±9,41 33,00(11;46)	**0,036**
	Negatif Alt Ölçek	21,60±11,93 19,50(7;44)	19,92±10,53 21,00(7;39)	16,33±6,06 21,00(7;21)	14,47±10,53 7,00(7;35)	0,172
	Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği	56,40±9,65 55,50(42;73)	54,86±15,44 48,50(34;86)	47,67±16,47 56,00(24;70)	52,60±14,69 49,00(25;77)	0,607
	PANSS Toplam Puanı	114,20±17,13 110,50(95;145)	105,97±29,43 100,00(66;162)	88,67±28,81 102,00(54;126)	98,47±29,66 92,00(50;144)	0,237
BPSÖ	**Fiziksel Saldırganlık Alt Ölçeği**	28,30±3,83 29,00(23;33)	28,08±5,54 29,00(19;39)	24,67±5,22 27,00(18;33)	25,20±5,68 25,00(18;36)	0,176
	Öfke Alt Ölçeği	22,90±4,28 22,50 (17;29)	22,81±4,51 23,50(15;32)	20,22±2,91 20,00(17;25)	21,33±3,96 22,00(15;29)	0,299
	Düşmanlık Alt Ölçeği	25,70±5,40 25,50(18;32)	26,97±4,95 26,00(19;38)	23,56±3,05 22,00(20;29)	25,87±4,98 26,00(17;34)	0,280
	Sözel Saldırganlık Alt Ölçeği	15,90±2,60 15,50(12;21)	18,31±9,96 17,00(10;74)	15,22±3,60 16,00(10;19)	16,60±3,50 15,00(11;22)	0,600
	BPSÖ Toplam Puanı	93,10±13,88 94,00(73;112)	97,31±20,78 96,00(69;181)	84,33±12,52 88,00(68;101)	93,51±18,38 94,00(65;181)	0,245

* Tehdit/hakaret, cinsel suçlar, uyuşturucu madde kullanımı

Tablo 4.16'ya göre zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış muhafaza kliniğinde yatışı yapılan hastaların işlediği suçun türü ile pozitif alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Dolayısıyla; şizofreniye varsanı, sanrı ve dağınık düşünceler gibi pozitif semptomların varlığı hastaların düşünce içeriğini ve dolayısıyla gerçeği değerlendirme ve olayları algılama yeteneğini önemli ölçüde bozduğu için bu semptomlar hastaların işlediği suçun türünü etkilemektedir.

Tablo 4.16'ya göre zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış muhafaza kliniğindeki hastaların işlediği suçun türü ile BPSÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p<0.05$) Dolayısıyla; hastaların saldırganlık düzeyi arttıkça onların işledikleri suçun türünün değişmediği tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların, hastalığının klinik yönü ve şiddet davranışı ile olan ilişkisi hem klinik değerlendirmeler hem de 'toplumun gözünde şizofreninin yeri' açısından oldukça önemlidir. 1980'li yıllarda şizofreni tanısı alan hastalarda görülen şiddet ve saldırganlık davranışının genel toplumda görülen şiddet ve saldırganlık davranışına yakın yaygınlıkta olduğu düşünülürken, daha sonra yapılan çalışmalarda şizofreni ile şiddet ve saldırganlık davranışı arasında orta düzeyde bir ilişki olabileceği bildirilmiştir (161).

Bu çalışma, zorunlu koruma ve tedavi amacıyla yatırılan suç işleyen ve DSM–IV tanı ölçütlerine göre daha önceden şizofreni tanısı almış ya da ilk kez şizofreni tanısı alan 18-65 yaş arası, 70 hastaya ait sosyodemografik ve psikopatolojik özelliklerin belirlenmesi ve hastaların klinik durumları ile saldırganlık düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma yapılırken, hastaların muhafaza kliniklerinde bulundukları 1-3 gün ve 7-10 gün arasındaki döneme ilişkin bilgiler araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veriler toplanırken hasta dosyalarından ve klinikte çalışan sağlık personellerinin hasta hakkındaki değerlendirme ve görüşleri de dikkate alınmıştır.

Çalışma yapılan dönemde yatarak tedavi görmekte olan kadın olgu sayısı istatistiksel veriler oluşturulamayacak kadar az olduğundan çalışmaya yalnızca erkek olgular alınmıştır. Literatürdeki çalışmalarda daha çok erkek hastaların zorunlu koruma ve tedavi amaçlı muhafaza kliniğine yatırıldıkları ortaya konmuştur. Yapılan çalışmalarda zorunlu koruma ve tedavi amaçlı muhafaza kliniğine yatırılan erkek/kadın oranı ABD ve Kanada'da 10/1, İrlanda'da 6/1, Japonya'da 4/1, İsrail'de 5.5/1 olarak bildirilmiştir (162). Bir diğer çalışmada; mahkemeler tarafından adli rapor düzenlenmesi için hastanelere gönderilen 1831 olguya ait, geriye dönük olarak (retrospektif) sosyodemografik bilgileri değerlendirildiğinde olgulardan %7.5'inin (n=138) kadın, %92.5'inin (n=1693) ise erkek olduğu saptanmıştır (129). Psikiyatri polikliniğine gönderilen adli olguların incelendiği başka bir çalışmada ise; 100 hastanın 4'ünün kadın, 96'sının ise erkek olduğu görülmüştür. Öte yandan; diğer çalışmalardan farklı olarak Öncü ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ise yineleyici suç açısından, cinsiyetler arasında fark saptanmamıştır (163). Erkeklerin her ne kadar kadınlara oranla

daha fazla suç işledikleri ve şizofreninin kendisinden ataerkil toplumsal yaşam, toplumsal cinsiyet eşitsizliği gibi nedenlerden dolayı etkilendikleri bilinse de bu durum, erkeklerin kadınlara oranla daha çok şizofreni tanısı aldıkları ve daha çok suça yönelerek muhafaza kliniklerine yatırıldığı anlamına gelmemektedir (164). Ayrıca; madde kullanım bozuklukları, şizofreni, atipik psikoz, bipolar bozukluk ve paranoid bozukluk gibi hastalıkların kadın ve erkeklerde görülme sıklığı da cinsiyet farklılığını ve suçun şizofreni tanısı alan erkekler tarafından daha fazla işlendiğini açıklayacak düzeyde değildir.

İnsan öldürme suçunu işlemeden önce veya işledikten sonra şizofreni tanısı almış olgular ile diğer psikiyatrik hastalıkların bulunduğu ve insan öldürme suçunu işleyen olguların karşılaştırıldığı çalışmalarda, şizofrenik bozukluğu bulunan olguların daha genç kişiler olduğu saptanmıştır (19,165). Zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların %34.2'sinin 40-49 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1.). Olguların yaş ortalaması 40,60±11,73 yaş (yıl), en küçük değer 19, en büyük değer ise 64 yaş olarak saptanmıştır. Mittermayer'in yaptığı bir çalışmada insan öldürme suçunun faillerinin çoğunun erkek olduğu ve bu bireylerin ortalama 30-49 yaş aralığında oldukları saptanmıştır (166). Öncü ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ise faillerin yaş ortalaması 41.69±11.46 (163), Kravitz ve ark.'ları yaptığı çalışmada ise 45.4, Nicholson ve ark.'larının yaptığı çalışmada ise yaş ortalamasını 33.8 olarak belirtmişlerdir (163,167,168). Çalışmamızın verileri de literatürle uyumludur.

Çalışmamızda zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların %24.3'ünün köyde, %60'ının ilçede, %16'sının ise şehirde doğduğu; bu hastalardan %20'sinin köyde, %57.1'inin ilçede, %22.9'unun ise şehirde yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1.). Yapılan çalışmalarda ise; büyük yerleşim yerlerinde daha yüksek oranda suç işlendiği, ve kalabalık kentlerde ve ilçelerde yaşamanın çarpık kentleşme, işsizlik ve diğer ekonomik problemler, göç, sosyalleşme sürecinde yaşanan sıkıntılar gibi nedenlerden dolayı şiddet riskini arttırdığı ortaya konmuştur. Yapılan çalışmada ortaya konan bulgular da literatürle uyum göstermektedir (120,169).

Zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların medeni durumlarına bakıldığında **%**58.6'sının bekar, %22.9'unun evli ve %18.6'sının ise boşanmış olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1.). Lim ve ark.'larının yaptığı 86 adli olgunun 5 yıllık ayaktan izlem çalışmasında suç işleyen hastaların medeni durumlarına

bakıldığında hastaların % 76'sının bekar olduğu belirtilmiştir (170). Başka bir çalışmada ise; Japonya'da ceza ehliyeti olmayan hastalardan % 57'sinin bekar olduğu tespit edilmiştir (162). İnsan öldürme suçu işlemiş şizofreni olguları ile diğer psikiyatrik hastalıkların karşılaştırıldığı çalışmalarda ise şizofreni olgularının daha yüksek oranda bekar olduğu saptanmıştır (171). Yapılan bu çalışmanın bulguları ile literatürlerdeki çalışmaların sonuçları uyum göstermektedir. Dolayısıyla; şizofreni hastalarının çevreyi, olayları,insanları doğru algılayıp değerlendirmesi anlamına gelen gerçeği değerlendirme yetisi bozulduğundan bu hastaların aile birliği kurmasının ve sürdürmesinin çok da mümkün gözükmediği anlaşılabilir.

Çalışmada yer alan, zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların %51.4'ünün ilkokul mezunu oldukları saptanmıştır (Tablo 4.1.). Yapılan bir çalışmada ise psikiyatrik bozukluğu bulunan suç işleyen olgularda ilkokul mezunu ve okuma yazma bilmeme oranı %87.9 olarak ortaya konmuştur (172). Ceza sorumluluğunun belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada olguların %57.9'unun okur yazar olmadığı ya da ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (173). Ayrıca; şizofreni tanısı almış hastaların hastalığın negatif belirtileri ve bireyin hastalıktan kaynaklanan bilişsel kayıplarından dolayı eğitim- öğretim hayatını da başarıyla sürdürebilmesi mümkün olamayabilir. Dolayısıyla; eğitim düzeyinin düşük olmasıyla suç işleme arasında güçlü bir bağ olduğu düşünülmektedir (15,116). Çalışmamızda zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların %55.7' sinin anne ve/veya babası, %21.4'ünün yalnız, %17.1' inin eşi ve çocuğu ve %5.7' sinin ise sadece çocukları ile yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1.). Türk toplumunun kültürel ve sosyal yapısı gereği insanlar genellikle kalabalık aileler şeklinde yaşamaktadır. Dolayısıyla hastaların çoğu da hastalık sürecinde aileleri ile birlikte yaşamaktadırlar. Benzer şekilde İspanya'da yapılan çalışmalarda şizofreni tanısı almış hastaların %40'ının ailesi, İrlanda'da yapılan çalışmalarda hastlardan yaklaşık %40'ının ise ebeveynleri ile birlikte yaşadığı ortaya konmuştur. Öte yandan; İsveç ve Avusturya'da yapılan çalışmalarda ise; şizofreni tanısı alan hastaların yaklaşık yarısının kendi başına yaşadığı tespit edilmiştir (174). Bu sonuçlardaki farklılıkların, ülkelerin gelişmişlik düzeyi, sosyokültürel yapısı ve Türkiye'ye oranla özellikle de sayıca Batı'da şizofreni tanısı almış hastaların tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri aldığı yataklı merkezlerin fazla olması ile alakalı olduğu düşünülmelidir (169,175,176).

Zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların % 80'ının bir meslek sahibi olduğu, %20'ının işledikleri suç öncesi herhangi bir işte çalışmadıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.1.). Ayrıca, hastalardan % 51.4'ünün herhangi bir gelirinin olmadığı, geriye kalan %48.6'sının ise ebeveynlerinin vefatı dolayısıyla devlet tarafından onlara yaşarken verilen maaşın belirli kısmını veya ruhsal bozukluğu dolayısıyla devlet tarafından ödenen para dolayısıyla gelirlerinin olduğu, % 4.3'ünün ise herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.1.). Çalışmamızda yer alan ve herhangi bir mesleği bulunan olguların sayısal olarak, bu konuda literatürde yapılan benzer çalışmalardan daha fazla olduğu görülmüştür. Öte yandan; çalışmamızdaki sosyal güvencesi olmayan olguların yüzdesi ise diğer çalışmalardan daha düşük oranda bulunmuştur (177,178,179,180). Bu durum, aslında ülkemizde devlet tarafından her çalışan için zorunlu olarak olması istenen sosyal güvenliğin işverenlerce ihlal edildiğinin de bir göstergesidir.

Zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların, %14.3'ünün insan öldürme, %51.4'ünün yaralama suçunu, %14.3'ünün malvarlığına karşı suçlardan birisini, %20'sinin ise Türk Ceza Kanununda suç olarak tanımlanan diğer (tehdit/hakaret, cinsel suçlar, uyuşturucu madde kullanımı) suçlardan birisi dolayısıyla zorunlu koruma ve tedavi altına alındığı saptanmıştır (Tablo 4.2.). Uygur ve arkadaşları (1992) zorunlu koruma ve tedavi altında olan şizofreni tanısı alan hastalarla yapmış oldukları bir çalışmada hastaların insan öldürme ve yaralama suçunun eşit oranda işledikleri ve bu oranın ise %33 olduğu ortaya konmuştur (181). Benzer şekilde; Thomson (2000) tarafından yapılan bir çalışmada; yüksek güvenlikli servislerde yatan şizofreni tanısı almış hastalarda insan öldürme suçunun işlenme oranı %23, yaralama suçunun işlenme oranı ise %33 olarak saptanmıştır (182). Yapılan çalışmalar ile diğer ülkelerde insan öldürme suçu oranının ülkemize göre daha yüksek, yaralama suçunun ise ülkemize göre daha düşük oranda olduğu ortaya konmuştur. Literatürdeki çalışmalar, tekrarlayan suç işleyen olgularda en sık rastlanan tanının şizofreni, bu hastaların en sık tekrarladıkları suçların ise insan öldürme ve yaralama suçu olduğunu göstermektedir. Tekrarlayan, hasta tarafından birden fazla kez aynı suçun işlenmesi, suçların araştırıldığı çalışmalarda bekar olmak, erkek cinsiyete sahip olmak, sosyal desteklerinin yetersiz ve daha önce suç işlemiş olması, şizofreni tanısına ek olarak

kişilik bozukluğunun ve alkol ve madde kullanım öyküsünün bulunması şizofreni tanısı almış ve suç işleyen hastaların ortak özellikleri olarak ortaya konmuştur (139,181).

Zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların %28.6'sının suç sırasında alkol-madde kullandığı saptanmıştır (Tablo 4.2.). Yapılan bir çalışmada psikotik hastaların %12.9'nun suçu işledikleri sırada psikoaktif madde kullandığı belirlenmiş, madde kullanımı suç davranışının önemli bir belirleyicisi olarak değerlendirilmiştir (183). Steadman ve ark. (1998) tarafından madde kullanım bozukluğunun şizofreni hastalarında şiddet için en önemli risk etkeni olduğu ileri sürmüştür (184). Wootton ve ark.(2008) tarafından yapılan bir çalışmada psikotik hastalarda şiddeti tetikleyen etmenlerin yaş, şiddet ve madde kötüye kullanım öyküsü birlikteliği olduğu ifade edilmiştir (185). Ural ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise olguların suç sırasında alkol-madde kullanım öyküsünün yüksek olduğu belirtilmiştir (153). Benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda da suç işleyen ve psikiyatrik bozukluğu bulunan hastalarda alkol madde kullanım bozukluğunun daha sık görüldüğü, ayrıca bu hastalarda bulunan alkol veya madde kullanım öyküsünün, hastanın işlediği suç davranışının önemli bir belirleyicisi olduğu ileri sürülmüştür (130,186,187,188). Dolayısıyla, şizofreni tanısı almış işledikleri suç niteliğindeki davranış ile alkol ve madde kullanım öyküsü arasında ilişki olduğunu söylemek mümkündür.

Zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların işledikleri suçun %20'sinin mal varlığına, %46.7'sinin tanıdıklarına (aile üyeleri, akraba, arkadaş) ve %34.3'ünün ise tanımadıklarına yönelik olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2.). Kayatekin ve ark. (1991) yaptıkları bir çalışmada şizofreni tanısı almış hastaların %83'ünün saldırgan ve suç niteliğindeki davranışlarını tanıdıkları kişilere yönelttikleri belirtmiştir (15). Şizofreni tanısı almış hastalarının aile üyeleri ve yakın ilişki içerisinde bulundukları kişilere yönelttiği suç niteliğindeki davranışların şiddeti tanımadıkları insanlara karşı yönelttiklerine oranla daha ağır ve ölümcül olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda, şizofreni tanısı almış hastaların aile üyeleri ve yakın ilişki içerisinde bulundukları kişilere karşı yönelttikleri suç niteliğindeki davranışların tanımadıklarına oranla yaklaşık dört kat daha fazla olduğu ortaya konmuştur (189). Bu sonuçların, şizofreni hastalığının seyrinde sosyal işlevselliğinin azalması, hastanın sosyal ilişkisinin ailesi ve yakın çevresiyle sınırlı olması, sanrı ve varsanıların ise daha çok aile üyeleri ve yakın çevresine yönelik olmasıyla ilişki olduğu söylenebilir (153).

Zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların olay sırasında kullandıkları suç aletlerinin %68.6'sının silah (tabanca, bıçak,kesici delici alet,taş ve sopa) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2.). Ülkemizde yapılan bir çalışmada madde kullanan şizofreni hastalarının %45.6'sının darp ederek, %29.8'inin kesici alet, %10.5'inin ise tabanca kullanarak suç işledikleri belirtilmiştir. Suç aleti olarak bıçağın tabancaya göre daha çok tercih edilme sebebi ulaşılması daha kolay olmasıyla açıklanabilir (45,153).

Şizofreni tanısı almış hastaların ceza sorumluluğunun bulunup bulunmadığı, suç işledikleri sırada akıl sağlıklarının tamamen ya da kısmen bozulup bozulmadığı TCK'nın 32/1 32/2. maddesi kapsamında belirlenecektir. Çalışmamızda zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların %91.4'ünün kliniğe yatışı yapılmaksızın ve/veya kliniğe yatışı yapılarak daha önce tedavi altına alındığı saptanmıştır. Olguların %27.1'inin ilk kez bir suç işleyip, cezai sorumluluğun belirlenmesi amacıyla muhafaza kliniğine getirildiği/yatırıldığı ve sağlık profesyonelleri tarafından yapılan ruhsal değerlendirme sonucunda hastalarının ceza sorumluluğunun tamamen bulunmadığı tespit edilmiştir. Şizofreni tanısı alan ve suç işleyen kişilerin ceza sorumluluklarının bulunup bulunmadığının tespit edilmesi amacıyla yapılan bir çalışmada; hastalardan % 33.1'inin akıl sağlığının tam, diğerlerinin ise kısmen ya da tamamen bozulduğuna dolayısıyla bu hastaların ceza sorumluluklarının kısmen ya da tamamen bulunmadığına karar verilmiştir (173).

Çalışmamızda zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların % 58.6'sının hastalıklarının kronikleşmiş, şizofreni alt tiplerine bakıldığında ise hastalardan % 34.3'ünün paranoid tip ve %7.1'inin ise ayrışmamış tip şizofreni tanısı aldığı tespit edilmiştir (Tablo 4.3.). Çalışmamızdaki olgulardan kronikleşmiş şizofreni tanısı alan hastaların sayısal değerinin literatürde bu konuda yapılan çalışmalara oranla fazla, paranoid tip şizofreni tanısı alan hastaların sayısal değerinin ise daha az olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada uzun süredir muhafaza kliniğinde yatan hastaların yaklaşık % 90'ının şizofreni tanısı aldığı ve bu hastaların çoğunun tanısının paranoid şizofren alt tip olduğu belirtilmiştir (190). Başka bir çalışmada ise muhafaza kliniğinde yatan şizofreni tanısı almış hastalarının % 65'inin paranoid alt tipte olduğu saptanmıştır (181). Çalışmamıza katılan olguların %40'ının 19-24 yaş aralığında şizofreni tanısı almış olması ve yaşça genç olan bu hastalara ilk başta

paranoid veya diğer şizofreni alt tiplerinden birisine ilişkin tanı konulması ve hastalıklarının uzun süre devam ederek kronikleşmesi dolayısıyla çalışmamızdaki verilerin literatürdeki verilerle uyumlu olmadığı söylenebilir.

Zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların suç sırasında var olan sanrı içerikleri değerlendirildiğinde hastaların %95.7'sinde suç anında en az bir sanrısı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.). Ayrıca; bu sanrılardan % 31.4'ünün perseküsyon (kötülük görme), % 41.4'ünün ise bizar (tuhaf içerikli) sanrılar olduğu saptanmıştır. Hazar (2010) tarafından yapılan bir çalışmada, hastaların suç işledikleri sırada % 87,3'ünün sanrılarının olduğu ortaya konulmuştur (191). Yapılan başka bir çalışmada ise, hastaların % 72,4'ünün suç işledikleri sırada kötülük görme sanrısının olduğu ortaya konmuştur (183,192).

Zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların klinik belirtilerinin şiddetini değerlendiren PANSS toplam ve alt ölçekler puanları değerlendirildiğinde, hastaların 1-3 gününe ilişkin toplanan verilerde, PANSS pozitif alt ölçeği puan ortalaması 31,11±8,26, PANSS negatif alt ölçeği puan ortalaması 18,53±10,40, PANSS genel psikopatoloji alt ölçeği puan ortalaması 53,67±14,67 ve PANSS toplam değeri puan ortalaması 103,31±28,39 olarak saptanmıştır. (Tablo 4.4.) Hastaların hastaneye yatışındaki 1-3 gün arasındaki dönem hastaların akut dönem belirtilerinin en yüksek olduğu dönemdir. Pozitif alt ölçeğin içerdiği sorular şizofreni hastalığının pozitif semptomlarının (gerçekdışı sesler duymak, biri tarafından kötülük göreceğine inanmak, hareketlerinin manyetik dalgalarla kontrol edildiğini düşünmek, anlaşılamayan ve/veya anlamlandırılamayan konuşma içeriği ve biçimi, tekrarlayan hareketler v.b.) şiddetini ölçmektedir. Negatif alt ölçeğinin içerdiği sorular şizofreni hastalığının negatif semptomlarının (duygu, düşünce ve davranış gibi birçok fonksiyonlarının azalması, zevk alamama, istek kaybı, konuşma ve düşüncenin fakirleşmesi, öz bakımını yeterli düzeyde yapamaması) şiddetini ölçmektedir. Öte yandan; PANSS genel psikopatoloji alt ölçeğinin içerdiği sorular hastalığın pozitif ve negatif belirtilerinin yanısıra hastanın dürtü kontrolsüzlüğü, anksiyetesi, yönelim bozukluğu v.b. belirtilerinin şiddetini ölçmektedir.

Zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların klinik belirtilerinin şiddetini değerlendiren PANSS toplam ve alt ölçekler puanları değerlendirildiğinde, hastaların 7-10 gününe ilişkin toplanan verilerde, PANSS pozitif

alt ölçeği puan ortalaması 26,21±7,75, PANSS negatif alt ölçeği puan ortalaması 15,37±7,43, PANSS genel psikopatoloji alt ölçeği puan ortalaması 47,46±14,99 ve PANSS toplam puan ortalaması ise 89,04±24,70 olarak saptanmıştır (Tablo 4.4.). Hastaların hastaneye yatışındaki 7-10 gün arasındaki dönem hastaların akut dönem belirtilerinin azaldığı fakat hastanın klinik belirtilerini değiştirecek tedavi ve bakımın etkisini henüz göstermediği (antipsikotiklerin etki süresi, EKT) ve dolayısıyla hastaların hastalığının gerçek klinik belirtilerinin gözlenebildiği dönemdir (150). Dolayısıyla; klinikte tedavi altında olan hastaların hastalıklarının 7-10 gün arası akut (alevlenme) belirtilerinin hafif yatışmış olmasından dolayı sağlık profesyonellerinin hasta ile iletişimi 1-3 güne oranla biraz daha kolaylaşmış olsa da hastaların hastalığının klinik belirtilerinin yoğun, şiddet ve saldırganlık düzeylerinin ise halen yüksek olabileceği ihtimaline de dikkat edilmelidir.

Zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların saldırganlık düzeyini değerlendiren BPSÖ toplam ve alt ölçek puanları değerlendirildiğinde, hastaların 1-3 gününe ilişkin toplanan verilerde BPSÖ fiziksel saldırganlık alt ölçeği puan ortalaması 30,39±6,29, BPSÖ öfke alt ölçeği puan ortalaması 24,80±4,99, BPSÖ düşmanlık alt ölçeği puan ortalaması 27,71±5,16, BPSÖ sözel saldırganlık alt ölçeği puan ortalaması 17,06±3,58 ve BPSÖ toplam puan ortalaması ise 100,43±18,05 olarak saptanmıştır (Tablo 4.5.). Hastaların 1-3 gününe ilişkin dönem, olguların yeni suç işledikleri ve pozitif semptomlarının en şiddetli olduğu dönemdir. Şiddet eyleminin pozitif belirtileri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (193,194). Dolayısıyla, saldırganlık; çoğu kez dezorganize ya da ajite davranışın bir parçası olarak ya da sanrı sistemi ve varsanılardan kaynaklanmaktadır. Kötülük görme şeklinde sanrılar ve varsanılar, hastanın diğer kişiler tarafından zarar göreceğini, kendisine kötülük yapılacağını ya da tehditleri içermektedir. Dolayısıyla bu durum, hastanın duygulanımını da etkilemekte; böylece kızgın, öfkeli ve sıkıntılı olan hasta, sanrı niteliğindeki tekrarlayan tehditlere karşı bir reaksiyon olarak şiddet davranışına başvurabilmektedir (120,193,195). Özellikle de hasta tarafından kendisine emir verdiği iddia edilen işitme varsanıları, hastada saldırgan davranışların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (194). Shepherd ve Lavender tarafından yapılan bir çalışmada, hastada tarafından sergilenen saldırgan davranışların %84.6'sının fiziksel, fiziksellerden ise %10.8'inin yaralama şeklinde yapıldığı ortaya konmuştur (196). Öte yandan; Foster ve

arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise; şizofreni tanısı alan hastaların %60'ının sözel saldırganlıkta bulunduğunu, sözel saldırganlık niteliğindeki davranışlardan çoğunun tehdit şeklinde yapıldığı ve bu tehditlerin ise %35.9'unun klinik personeline, %25'inin ise klinikte yatan diğer hastalara karşı yapıldığı ortaya konmuştur. (197,198).

Zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların saldırganlık düzeyini değerlendiren BPSÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları değerlendirildiğinde, hastaların 7-10 gününe ilişkin toplanan verilerde BPSÖ fiziksel saldırganlık alt ölçeği puan ortalaması 27,06±5,43, BPSÖ öfke alt ölçeği puan ortalaması 22,17±4,22, BPSÖ düşmanlık alt ölçeği puan ortalaması 27,71±5,16, BPSÖ sözel saldırganlık alt ölçeği puan ortalaması 17,20±7,53 ve BPSÖ toplam puan ortalaması ise 93,51±18,38 olarak saptanmıştır (Tablo 4.5.). Hastaların hastaneye yatışındaki 7-10 günde, fiziksel saldırganlıklarının, öfke ve düşmanlık duygularının azaldığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla, muhafaza kliniklerinde zorunlu koruma ve tedavi amaçlı yatışı yapılan şizofreni tanısı almış hastalara uygulanan klinik tedavi ve bakım prensiplerine göre hastanın tedavi sürecinin başında olmasına rağmen hastalığına ilişkin pozitif belirtilerin azaldığı ve dolayısıyla hastanın saldırganlık düzeyinin olumlu yönde etkilendiği tespit edilmiştir. Dolayısıyla, bu durum öfke nöbeti geçiren ve kendisine, çevresine ve sağlık profesyonellerine karşı saldırgan davranışlar sergileyen hastalara uygulanan fiziksel kısıtlılık (hastaların kendilerine, diğer hastalara veya hastane çalışanlarına yönelik zarar verici davranışlarına engel olmak amacıyla hastanın her iki ayak ve el bileğinin bağlanmasıyla yatağa sabitlenmesi durumu) ihtimalini de azaltacaktır (199).

Zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan değerlendirildiğinde, hastaların 1-3 gününe ilişkin toplanan verilerde klinik durumlarının PANSS toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar değerlendirildiğinde; pozitif alt ölçek puanı ile negatif alt ölçek puanı arasında düşük korelasyon olduğu saptanmıştır. Ancak pozitif alt ölçek puanı ile PANSS toplam puan ve genel psikopatoloji alt ölçeği puanları arasında ve negatif alt ölçek puanı ile PANSS toplam puan ve genel psikopatoloji alt ölçek puanı arasında pozitif anlamlı bir korelasyon olduğu ve korelasyon katsayılarının 0,639 ile 0,959 arasında değiştiği saptanmıştır (Tablo 4.6.). Yapılan korelasyon analizi sonucunda pozitif alt ölçek puanı ve negatif alt ölçek puanı dışında pozitif alt ölçek puanı, PANSS toplam puan ve genel psikopatoloji alt ölçeği

puanı ile negatif alt ölçek puanı, genel psikopatoloji alt ölçeği puanı ve PANSS toplam puan birlikte artmakta veya birlikte azalmaktadır. Özellikle PANSS toplam puanı ile genel psikopatoloji alt ölçeği puanı arasında çok kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla genel psikopatoloji alt ölçeğindeki maddeler hastalığın pozitif ve negatif belirtilerinin yanı sıra, hastalığa ait dürtüsellik, anksiyete, yönelim bozukluğu v.b. gibi belirtilerin şiddetini de ölçtüğünden dolayı genel psikopatoloji alt ölçek puanlarının yüksek olması şizofrenide genel klinik belirtilerin şiddetinin artmasıyla açıklanabilir.

Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların 1-3 gününe ilişkin BPSÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar değerlendirildiğinde; tüm alt ölçek puanları arasında pozitif anlamlı bir korelasyon olduğu ve korelasyon katsayılarının 0,767 ile 0,956 arasında değiştiği saptanmıştır (Tablo 4.7.). Özellikle BPSÖ toplam puanı ile tüm alt ölçek puanları arasında ve fiziksel saldırganlık alt ölçeği puanı ile öfke alt ölçeği puanı arasında çok kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan korelasyon analizi sonucunda tüm alt ölçek puanları birlikte artmakta veya birlikte azalmaktadır. Fiziksel saldırganlık alt ölçek puanının artması öfke duygusunun artmasıyla ilişkilidir. Hastaların 1-3 gününe ilişkin dönem, pozitif semptomlarının en şiddetli olduğu ve muhafaza kliniğine zorunlu koruma ve tedavi süreci nedeniyle yeni yatırıldığı dönemdir ve dolayısıyla bu etkenler ile saldırganlık arasında anlamlı bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle hastanın duygulanımını da etkilenmekte; böylece öfke düzeyi artan hastanın, sanrı niteliğindeki tekrarlayan tehditlere karşı bir reaksiyon olarak fiziksel saldırganlık davranışının da artması beklenmektedir. Bu nedenlerle hastadaki öfke, düşmanlık ve korku gibi yoğun duyguların fiziksel ve sözel saldırganlık davranışının artmasına neden olduğu dolayısıyla genel saldırganlık düzeyini de arttırdığı düşünülmektedir.

Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların 1-3 gününe ilişkin klinik durumlarının PANSS toplam puanı ve alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar değerlendirildiğinde negatif alt ölçek puanının diğer alt ölçek puanları ile arasında düşük korelasyon olduğu saptanmıştır. Diğer tüm alt ölçek puanları arasında pozitif anlamlı bir korelasyon olduğu ve korelasyon katsayılarının 0,483 ile 0,629 arasında değiştiği saptanmıştır (Tablo 4.8.). Dolayısıyla hastanın genel saldırganlık düzeyinin artmasıyla ile özellikle pozitif belirtilerin (kendisine emir verdiği iddia edilen işitsel varsanıları ve/veya başkalarından

kötülük görme şeklinde sanrılar ve varsanılar v.b.) ve genel psikopatoloji düzeyinin artması arasında önemli bir ilişki olduğu düşünülmektedir.

Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 7-10 gününe ilişkin klinik durumlarının PANSS toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonları değerlendirildiğinde; pozitif alt ölçek puanı ile PANSS toplam puan ve genel psikopatoloji alt ölçeği puanları arasında ve negatif alt ölçek puanı ile PANSS toplam puan ve genel psikopatoloji alt ölçek puanı arasında pozitif anlamlı bir korelasyon olduğu ve korelasyon katsayılarının 0,522 ile 0,940 arasında değiştiği saptanmıştır. Yapılan korelasyon analizi sonucunda pozitif alt ölçek puanı ve negatif alt ölçek puanı dışında pozitif alt ölçek puanı, PANSS toplam puan ve genel psikopatoloji alt ölçeği puanı ile negatif alt ölçek puanı, genel psikopatoloji alt ölçeği puanı ve PANSS toplam puan birlikte artmakta veya birlikte azalmaktadır. Genel psikopatoloji alt ölçeği puanı ile PANSS toplam puanı arasında çok kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır.(Tablo 4.9.) Hastaların hastaneye yatışındaki 7-10 güne ilişkin, hastaların akut dönem belirtilerinin azaldığı görülmüştür. Dolayısıyla; muhafaza kliniğinde zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan hastaların kliniğe yatışlarının 7-10 günleri arasında hastalığa ait akut (alevlenme) belirtilerin şiddeti azalmış ancak şizofreninin temel klinik belirtilerinin varlığı hala devam etmektedir. Dolayısıyla çalışmamızda PANSS genel psikopatoloji alt ölçek puanının hala yüksek olması beklenen bir durumdur.

Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 7-10 gününe ilişkin klinik durumlarının BPSÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar değerlendirildiğinde; tüm alt ölçek puanları arasında pozitif anlamlı bir korelasyon olduğu ve korelasyon katsayılarının 0,746 ile 0,943 arasında değiştiği saptanmıştır. BPSÖ toplam puanı ile tüm alt ölçek puanları arasında çok kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda öfke alt ölçeği puanı ile fiziksel saldırganlık alt ölçeği puanı arasında da çok kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.10.). Dolayısıyla muhafaza kliniğinde zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan hastaların kliniğe yatışlarının 7-10 gününe ilişkin klinik durumları değerlendirildiğinde; şizofreni tanısı alan hastaların bu döneminin her ne kadar akut belirtilerinin azaldığı dönem gibi görülse de; BPSÖ toplam saldırganlık puanı ile

fiziksel, sözel saldırganlık, öfke duygusu, düşmanlık duygusu alt ölçek puanlarının hala yüksek olması hastalarda saldırganlık eğiliminin hala devam ettiğini düşündürmektedir.

Zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı almış hastaların, muhafaza kliniğindeki 7-10 güne ilişkin klinik durumlarının PANSS toplam puanı ve alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar değerlendirildiğinde; negatif alt ölçek puanının diğer alt ölçek puanları ile arasında düşük korelasyon olduğu saptanmıştır. Genel psikopatoloji alt ölçeği puanının; sözel saldırganlık alt ölçeği puanı ve öfke alt ölçeği puanı ile arasında düşük korelasyon olduğu saptanmıştır. PANSS toplam ve pozitif alt ölçek puanları ile BPSÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında; ayrıca genel psikopatoloji alt ölçeği puanı ile fiziksel saldırganlık alt ölçek, düşmanlık alt ölçek ve BPSÖ toplam puanları arasında pozitif anlamlı bir korelasyon olduğu ve korelasyon katsayılarının 0,404 ile 0,610 arasında değiştiği saptanmıştır (Tablo 4.11.). Şizofreni tanısı alan hastalarda negatif belirtilerin şizofreni ile ilişkisi çok zor fark edilmekle birlikte, bu belirti grubu çoğunlukla şizofreninin pozitif belirtileri ortaya çıktıktan sonra klinisyenler ve hastanın ailesi tarafından tespit edilmektedir. Dolayısıyla zorunlu koruma ve tedavi sürecinde olan şizofreni tanısı alan hastaların, muhafaza kliniğindeki 7-10 güne ilişkin klinik durumları PANNS ile değerlendirilirken, negatif belirti alt ölçek puanının düşük çıkması ve diğer alt ölçekler ile arasında düşük korelasyonun bulunması beklenen bir durumdur.

Zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların alkol-madde kullanım öyküsü ile BPSÖ alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; düşmanlık alt ölçek puanı ile sözel saldırganlık alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (Tablo 4.12.). Şizofreni tanısı alan hastaların, mevcut hastalıklarına alkol-madde kullanım öyküsünün eşlik etmesi halinde; bu durum hastanın gerçeği değerlendirme ve davranışlarını yönlendirme yetisinin daha da bozulmasına ve düşmanlık duygusunun ve sözel saldırganlık düzeylerinin artmasına neden olabilir.

Zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların suç sırasında kullandığı suç aleti ile PANSS toplam ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında pozitif alt ölçek, negatif alt ölçek, genel psikopatoloji alt ölçeği ve PANSS toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (Tablo 4.15.). Dolayısıyla; şizofreni tanısı almış hastaların hastalıklarına

ilişkin klinik belirtilerinin onların suç işlerken kullandıkları suç aletininin türünü etkilediği düşünülebilir.

Zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların işlediği suçun türü ile PANSS toplam ve alt ölçekler puan ortalamaları karşılaştırıldığında; suç türü ile pozitif alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 4.16.). Şizofrenide varsanı, sanrı ve dağınık düşünceler gibi pozitif belirtilerin varlığı ve içeriği hastaların düşünce içeriğini ve dolayısıyla da gerçeği değerlendirme, olayları algılama yeteneğini önemli ölçüde bozduğu için bu belirtilerin hastaların işlediği suçun türünü de etkilediği düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma; Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde bulunan suç işleyen, işlediği suça yönelik ceza sorumluluğunun olup olmadığını belirlemek amacıyla zorunlu tedavi-koruma altında olan, DSM–IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış ya da ilk kez şizofreni tanısı alan 70 hastanın, sosyodemografik ve psikopatolojik özelliklerini belirlemek, klinik durumları ile saldırganlık düzeylerinin değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına göre zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların; erkek cinsiyete sahip olanların kadın cinsiyete sahip olanlardan daha fazla suç işlediği, büyük çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Şizofreni tanısı alan ve suç işleyen bireylerin eğitim düzeyinin düşük olduğu, düşük eğitim düzeyinin ise yineleyici suç işleme davranışı ile ilişkili olduğu bu çalışmada olduğu gibi diğer çalışmalarda da belirtilmiştir (200). Dolayısıyla; şizofreni tanısı almış olsa bile hastalığının seviyesi eğitilmesine izin verebilecek düzeyde olan hastalara bireysel ya da grup içinde eğitimler verilmesi bu hastaların suç niteliğinde davranışlar sergilemesini azaltacağı düşünülmektedir. Ayrıca; doğası gereği kadın cinsiyetine göre daha saldırgan davranışlar sergileyen şizofreni tanısı alan erkek cinsiyetinin, saldırgan davranışlarının önlenebilmesi için toplumun büyük çoğunluğu tarafından kabul gören kendisine ve sosyal çevresine uyum sağlamasını kolaylaştıracak önlemler alınmalıdır.

Hastanın saldırganlık potansiyelinin belirlenip suç işlemesini önlemek için Sağlık profesyonellerinin; hastada şiddet/suç öyküsünün bulunup bulunmadığına, hastaların tedaviye uyum gösterip göstermediğine, kendisinin ve yakınlarının şizofreni ve suç ilişkisi hakkında bilgi sahibi olup olmadığına ve hastanın kendisinin ya da yakınlarının hastalığa ilişkin sosyal destek hizmetlerinden yararlanıp yararlanmadığına dikkat etmesi gerekmektedir. Ayrıca; batı ülkelerinde şizofreni hastalarının tehlikelilik ve şiddet eğilimi riskinin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan " Historik Klinic Risk-20 Skalası (HCR-20)" gibi risk değerlendirme kılavuzlarının ülkemizde de şizofreni tanısı almış hastalar için uygulanması hastaların korunması ve tedavisinde ve dolayısıyla hastaların suça karışmasının önlenmesi açısından önemlidir (165).

Çalışmada kullanılan hastalığın klinik düzeylerini belirlemek amacıyla sağlık profesyonelleri tarafından hastayı gözleyerek doldurulan Pozitif ve Negatif Sendrom

Ölçeği (PANSS) bu ölçeği dolduran araştırmacının, zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların diğer belirti gruplarının yanında negatif belirtilerinin düzeylerini daha iyi belirlemesi ve anlayabilmesi için daha uzun süreler klinikte bulunarak hasta ile yakın temas halinde olması hastayı takip eden sağlık personellerinden bilgi alması ve hastanın yakınlarıyla olan iletişimini hastalık ve suç ilişkisi ile mücadelede başarıyı artıracaktır.

Bu çalışmadaki veriler muhafaza servisinde yatan şizofreni tanısı almış hastaların sosyodemografik özelliklerini, klinik ve saldırganlık düzeylerini belirlemek açısından önemlidir. Ancak; tez çalışmalarının süre kısıtlılığından dolayı sağlık profesyonellerinin bu çalışmadaki gibi 70 hasta yerine daha uzun sürelerde daha büyük bir örneklem grubunun belirlenip bu grupla çalışması, hastanın sosyal çevresiyle iletişiminin gözlenerek onlarla birebir görüşmeler yapması hastalığın klinik özelliklerinin daha ayrıntılı belirlenmesine ve dolayısıyla hastalık ve suç ilişkisinin önlenmesine de hizmet edecektir. Ayrıca; şizofreni tanısı alan ve tekrarlayan nitelikte suç işleyen hastaların klinikten çıktıktan sonra takibinde yasal kurumların ve sağlık profesyonellerinin koordineli bir şekilde çalışması hastanın klinik sonrası tedavisinin aksamamasını sağlayabilecek ve dolayısıyla da hastanın aynı ya da farklı herhangi bir suçu tekrar işlemesini önleyebilecektir.

Sonuç olarak; zorunlu koruma ve tedavi sürecindeki şizofreni tanısı alan hastaların saldırganlık potansiyelini belirlemeye yönelik olarak yapılan bu çalışma hasta profilinin belirlenmesi, zorunlu ve tedavi sürecindeki hastaların ilk 10 gününde bile saldırgan davranışlarının azalabileceğinin gösterilmesi, hastaların sonraki haftalardaki tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin etkililiği açısından sağlık profesyonelleri için yol gösterici nitelikte olabilecektir.

KAYNAKLAR

1. **Öztürk O.** Şizofreni, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10.Basım, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, **2004.**

2. **Yüksel N.** Şizofrenik Bozukluklar, Ruhsal Hastalıklar. 2. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, **2001**:256- 303.

3. **Kızıltoprak S**. Şizofrenik Hasta Ailelerinde Yapılan Ruhsal Eğitim Gruplarının Ailelerin Umutsuzluk Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2006.**

4. **Öztürk O.** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11.Baskı, Ankara: Tuna Matbaacılık, **2008**:242-316.

5. **Marzuk PM.** Violence, Crime and Mental İllness. How Strong A Link. *Arch Gen psychiatry*, **1996**; 53:481-86.

6. **Öncü F.** Psikiyatrik Bozukluğu Olan Suçluların Zorunlu Klinik Tedavi Sonrası Hastalık ve Suçluluk Seyirleri. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, **2002**.

7. **Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, et al**. Taking The Wrong Drugs: The Role Of Substance Abuse and Medication Noncompliance in Violence Among Severely Mentally İll İndividuals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **1998**; 33:75-80.

8. **Umut G, Altun ZÖ, Danışmant BS ve ark.** Bir Eğitim Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Şizofreni Hastalarında Tedavi Uyumu, İçgörü ve Agresyon İlişkisi. *Dusunen Adam Dergisi*, **2012**; 25:212-20.

9. **Çetin M, Çilden Ş, Başoğlu C, Tarhan N, Burkovik Y.** Saldırganlık Davranışının Biyokimyasal Ve Nöroendokrinolojik Göstergelerinin Araştırılması: Kontrollü Bir Çalışma. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, **1996;** 6(4):58-65.

10. **Chukwujekwu DC, Stanley PC**. The Modified Overt Aggression Scale: How Valid in This Environment? *Niger J Med*, **2008**; 17:153-155.

11. **Palmstierna T, Barredal E**. Evaluation of the Perception of Aggression Scale (POAS) in Swedish Nurses. *Nord J Psychiatry*, **2006**; 60:447-451.

12. **Nicholls TL, Ogloff JRP, Douglas KS**. Assessing Risk For Violence Amongmale and Female Civil Psychiatric Patients: The HCR-20, PCL: SV, and VSC. *Behav Sci Law*, **2004**; 22:127158.

13. **Ogloff JRP, Daffern M.** The Dynamic Appraisal Of Situational Aggression: An İnstrument to Assess Risk For İmminent Aggression in Psychiatric İnpatients. *Behav Sci Law*, **2006**; 24:799-813.

14. **El-Khoury J, Gulati G.** How To Assess and Manage The Aggressive Patient. *The Foundation Years*, **2008**; 4(2):69-72.

15. **Kayatekin ZE, Abay E, Saygılı S, Maner F, Şener Aİ.** Ruh Hastalarında Homosidal Saldırganlık. *Düşünen Adam Dergisi*, **1991**; 4(1):22-27.

16. **Kırkpınar İ, Çayköylü A, Özer H, Coşkun İ.** Psikiyatri Birimlerinde Yatan Hastaların Saldırganlık Davranışı Gösterme Yönünden Karşılaştırılması. *AÜTD*, **1996**; 28:161-165.

17. **Böke Ö, Sarısoy G, Çelik C, Bahçe Z, Şahin AR.** Yatarak Tedavi Gören Şizofren Hastalarında Fiziksel Saldırganlık Ve Nörolojik Silik İşaretler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni,* **2008**; 18(1):22-30.

18. **Fox PK.** Commentary: Biases That Affect The Decision To Conditionally Release An İnsanity Acquitte. *J Am Acad Psychiatry Law,* **2008;** 36(3): 337-339.

19. **Ertürk S.** Adli Psikiyatri Bölümünde Yatan Homisid Suçu İşlemiş Hastaların Sosyodemografik Ve Klinik Özellikleri İle İşledikleri Homisid Suçunun Hedef Kitle Profilinin Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2015.

20. **Alpkan LR.** Ceza Sorumluluğu İçerisinde Psikiyatri ve Etik–Hukuk. *Türk Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Araştırmaları Yıllığı,* **2013; (**6):87-94.

21. **Wunderink A, Kaymaz N.** Şizofreni Nedenleri, Sonuçlar Ve Tedavisi.Wormer: Inmerc Bv Yayınevi, **2002**.

22. **Çam O, Engin E**. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, **2014**.

23. **Conley RR.** K: Pharmacologic Treatment Of Schizophrenia. 3th ed, New York: Professional Communications Inc, **2007**; 13-14.

24. **Güleç C, Köroğlu E.** Temel Psikiyatri. 1 Baskı, **2007**; 184-205.

25. **Yüksel N**. Ruhsal Hastalıklar. 4. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, **2014**.

26. **Zimmerman M, Spitzer R.** Psychiatric Classification. Kaplan & Sadock' s Comprehensive Textbook of Psychiatry Sadock B, Sadock V. 8th ed, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, **2005**:1034-1053.

27. **Öztürk O, Uluşahin A.** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11.Basım, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, **2008**: 242-323.

28. **Işık E.** Güncel Şizofreni. Ankara: Format Matbaacılık, **2006**: 18-223.

29. **Erdal I**. Güncel Şizofreni. 1. Baskı, Ankara: Format Matbaacılık, **2006:** 18-60.

30. **Özmenler N, Battal S**. Şizofreni Tarihçesi. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, **1998**:5-16.

31. **Polat S.** Şizofreni Hastaları ve Kardeşlerinde Düşünce Bozukluğu ve Aile İşlevleri İle İlişkileri. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, **2010.**

32. **Çetin M, Ceylan ME**. Şizofrenin Tarihçesi. 4. Baskı, İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri, **2009**: 83-86.

33. ICD kodları; (http://ds.anadolu.edu.tr/eKitap/SAK101U.pdf). Erişim Tarihi: 18.06.2017

34. **Buchanan RW, Carpenter WT.** Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Sadock BJ, Sadock VA (eds). Kaplan & Sadock's Compherensive Textbook of Psychiatry, Volum II, 8th ed, Ankara: Güneş Kitabevi, **2007**:1329-1512.

35. **Işık E, Taner E, Işık U.** Güncel Klinik Psikiyatri. Ankara: Organon Yayınevi, **2008**:81-115.

36. **Warner R, De Girolamo G.** Epidemiologyof Mental Disorders and Psychosocial Problems:Schizophrenia. Geneva:World Health Organization. **1995**.

37. **Binnay T, Ulas H, Elbi H, Alptekin K.** Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistematik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi,* **2011**; 22(1):40-52.

38. **Dülgerler Ş.** Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2004.**

39. **The European Network of Schizophrenia Networks for the Study of Gene Environment Interactions (EU–GEI).** Schizophrenia Etiology: Do Gene Environment İnteractions Hold The Key? *SchizophrRes*, **2008**; 102(1–3):21–26.

40. **Tsuang M.** Schizophrenia: Genes and Environment. *Biological Psychiatry*, **2000**; 47(3):210-20.

41. **Öztürk O, Uluşahin A.** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Baskı, Ankara: Tuna Matbaacılık, **2011.**

42. **McGrath JJ.** "Myths And Plain Truths About Schizophrenia Epidemiology--The NAPE Lecture 2004." *Acta Psychiatr Scand,* **2005**; 111(1):4-11.

43. **Aygün E.** Şizofreni Etiyolojisi. Türkiye Klinikleri, **2005**; 1(12):6-14.

44. **Cantor-Graae E, Pedersen CB, McNeil TF, Mortensen PB.** Migration As a Risk Factor For Schizophrenia: A Danish Population-Based Cohort Study. *Br J Psychiatry*, **2003**; 182:117-122.

45. **Çinik E**. Suç İşlemiş Erkek Şizofreni Hastalarında Madde Kullanım Varlığının, Suç ve Şiddet Özelliklerine Etksi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, **2013**.

46. **Baskak B BC, Saka MC.** Şizofreni Etiyolojisinde Psiko-Sosyal Etmenlerin Rolü: Antipsikiyatriden Gen Çevre Etkileşimine. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **2009**; 46:1-9.

47. **Geddes JR, Verdoux H, Takei N, Lawrie SM, Murray RM.** Individual Patient Data Metaanalysis Of The Association Between Schizophrenia and Abnormalities Of Pregnancy and Labour. *Schizophr Bull,* **1999**; 25: 413-423.

48. **McGrath JJ, Susser ES.** "New Directions İn The Epidemiology Of Schizophrenia." *Med J Aust 190,* **2009**; 4:7-9.

49. **Boksa P, Luheshi GN.** On The Use Of Animal Modeling To Study Maternal İnfection During Pregnancy and Prenatal Cytokine Exposure As Risk Factors For Schizophrenia. *Clin Neurosci Res*, **2003**; 3(4-5):339-346.

50. **Kırpınar İ** . Şizofrenide Prodromal Belirtiler. Şizofreni Dizisi, **1998**; 2:41-45.

51. **Yüksel N.** Ruhsal Hastalıklar. 3. Baskı, Ankara: MN Medikal & Nobel Tıp Kitap Sarayı, **2006**.

52. **Kayaalp OS**. Tıbbi Farmakoloji, 12 baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, **2012.**

53. **Arıcıoğlu F.** Şizofreni Nörobiyolojisinde Gelişmeler. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics,* **2010**; 3(2):1-11.

54. **Chaki S.** "Group II Metabotropic Glutamate Receptor Agonists As A Potential Drug For Schizophrenia." *Eur J Pharmacol,* **2010**; 639(1-3):59-66.

55. **Stone JM.** "Imaging The Glutamate System İn Humans: Relevance To Drug Discovery For Schizophrenia." *Curr Pharm Des,* **2009**; 15(22): 2594-2602.

56. **Kaplan HI, Sadock BJ**. Klinik Psikiyatri El Kitabı. 4 Baskı, Ankara: Öncü Basımevi, **2009.**

57. **Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B.** Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Ankara: Güneş Kitabevi, **2003**:18-40.

58. **KQ D.** Schizophrenia: Genes, Environment and Neurodevelopment. *Revue Medicale Suisse,* **2013**; 9(398):1674-7.

59. **Wright IC, Rabe-Hesketh S, Wodrf PWR, David AS, Muray RM, Bulmore ET.** Metaanalysis Of Regional Brain Volumes İn Schizophrenia. *Am J Psychiatry,* **2000**; 157:16-25.

60. **Foerster A, Lewis S, Owen M.** Premorbid Adjustment and Personality in Psychosis: Effects of Sex and Diagnosis. *Br J Psychiatry,* **1991**; 158:171-176.

61. **Conley RR, Kelly DL**. Pharmacologic Treatment of Schizophrenia, **2003:** 13-20-21, 107-127, 209-217

62. **Häfner H.** Gender Differences in Schizophrenia. *Psychoendocrinology,* **2003**; 28(2):17-54

63. **Harvey PD, Keefe RSE.** Cognitive İmpairment İn Schizophrenia and İmplications Of Atypical Neuroleptic Treatment. *CNS Spectrums,* **1997**; 2:41-55.

64. **Özçelik EK**: Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan, **2015**.

65. **Miller DD, Tandon R.** The Biology and Pathophysiology Of Negative Symptoms. In: Negative Symptoms Of Schizophrenia. Washington DC: American Psychiatric Association Press, **2000**: 163-186.

66. **Kütükcü A.** Atipik Antipsikotik İlaç Kullanan Kronik Şizofreni Hastalarının Metabolik Profilleri Düşük Igf-I Düzeylerinin Şizofreni ve Metabolik Sendrom İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, **2010**.

67. **İnan S**. Homisidal Suç İşleyen Adli Pskiyatri Olgularının Zorunlu Tedavi Sonrası Hastalık ve Suç Seyirleri. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, **2012.**

68. **Çinik E, Güçlü O, Şenormancı Ö, Aydın E, Erkıran M, Erkmen H**. Şizofreni Hastalarında Madde Kullanımının Suç ve Şiddet Özelliklerine Etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry,* **2015**; 16:104-112.

69. **Köşger F, Eşsizoğlu A, Sönmez İ, Güleç G, Genek M, Akarsu Ö.** Şizofrenide Şiddet Davranışının Klinik Özellikler, İçgörü ve Bilişsel İşlevler ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi,* **2016**; 27(2):92-99.

70. **Erdil N**. Şizofrenide Zihin Teorisi, Empati ve İçgörü Yeteneklerinin Klinik Değişkenler İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Klinik Sinirbilimler, İzmir, **2008.**

71. **Yılmaz E.** Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanmanın Tedaviye Uyuma Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, **2012**.

72. **Yıldırım E, Alptekin K.** Şizofrenide Öne Çıkan Yeni Bir Boyut: Sosyal Biliş. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, **2012**; 25(4):368-375.

73. **Belene E.** Şizofreni'de Anksiyete Belirtilerinin, Pozitif, Negatif ve Depresif Belirtiler, İntihar Düşüncesi, İçgörü Ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, **2009.**

74. **Altuntaş Ö**. Annesinde Şizofreni Hastalığı Bulunan Kişilerin Zihin Kuramı İşlevleri Açısından Kardeşinde Şizofreni Bulunanlar İle Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, **2016**.

75. **Amerikan Psikiyatri Birligi**. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR). 4. Baskı, Washington DC: Hekimler Yayın Birliği, Ankara, **2007:** 2000.

76. **Sadock BJ.** Signs and Symptoms İn Psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA (Editors). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, **2000**; 1(7):677-688.

77. **Taşçıoğlu K**. Psikotik Olgularda Saldırganlık ve Semptom Dağılımının İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, **1996**.

78. **Arthur D, The Nursing Research Group.** The Validity And Reliability Of The Measurement Of The Concept Expressed Emotion İn The Family Members And Nurses Of Hong Kong Patients With Schizophrenia, *International Journal of Mental Health Nursing*, **2002**; 11:192-198.

79. **Işık E.** Şizofreni. 2. Baskı, Ankara, **1997**: 1-48.

80. **Dearing KS.** Getting İt Together: How The Nurse Patient Relationship İnfluences Treatment Compliance For Patients With Schizophrenia. *Archieves of Psychiatric Nursing*, **2004**; (13,5):155-163.

81. **Yıldız M.**Şizofreni. 2. Baskı, İstanbul: Sena Ofset, **2005**.

82. **Arkonaç O.** Psikotik Bozukluklar ve Tedavileri, Antipsikotik İlaç Tedavisi ve Psikososyal Tedavi Yaklaşımının Etkileşimi. İstanbul: Tayf Ofset, **1996**b:331-350.

83. **Tandon R, Jibson MD.** Efficacy Of Newer Generation Antipsychotics İn The Treatment Of Schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*, **2003**; 28:9-26.

84. **Cassidy E, Hill S, Callaghan O.** Efficacy Of Psychoeducational İntervention İn İmproving Relatives Knowledge About Schizoprenia and Reducing Rehospitalisation. *Eur Psychiatry*, **2001**; 16:446- 50.

85. **Rössler W, Salize HJ, Os J, Riecher-Rössler A.** Size Of Burden Schizophrenia and Psychotic Disorders. *European Neuropsychopharmacology*, **2005**; 15:399-409.

86. **Gülseren L, Erol A**. Şizofrenide İlaç Sağaltımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, **2000**; 10:213-227.

87. **Kapur S, Remington G.** Atypical Antipsychotics: New Directions and New Challenges İn The Treatment Of Schizophrenia. *Annu Rev Med*, 2001; 52:503-17.

88. **Toalson P, Ahmed S, Hardy T, Kabinoff G.** The Metabolic Syndrome İn Patients With Severe Mental İllnesses. Prime Care Companion. *J Clin Psychiatry*, **2004**; 6:152-158.

89. **Stahl SM.** Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Application Second Edition, Cambridge: Cambridge University Pres, **2000:** 401-459.

90. **Umbricht DS, Pollack S, Kane J.** Clozapine and Weight Gain. *J Clin Psychiatry*, **1994**; 55(9):157-160.

91. **Nemeroff CB.** Dosing Of The Antipsychotic Medication Olanzapine. *J Clin Psychiatry*, **1997**; 58(10):45-49.

92. **Wirshing DA, Boyd JA, Meng LR, Ballon JS, Marder SR, Wirshing WC.** The Effects Of Novel Antipsychotics On Glucose and Lipid Levels. *J Clin Psychiatry*, **2002;** 63:856-865.

93. **Kearns A, Goff DC, Hayden D.** Risperidone Associated Hyperprolactinemia. *Endocr Pract*, **2000;** 6:425-429.

94. **Yüksel N.** Psikofarmakoloji. 2. baskı, Ankara; Çizgi Tıp Yayınevi, 2003: 150-155.

95. **Zhang XY, Zhou DF, Zhang PY, Wu GY, Cao LY, Shen YC**. Elevated İnterleukin-2, İnterleukin-6 And İnterleukin-8 Serum Levels İn Neurolepticfree Schizophrenia: Association With Psychopathology. *Schizophr Res*, **2002**; 1;57(23):247-58.

96. **Madhusoodanan S, Brenner R, Gupta S, Reddy H, Bogunovic O**. Clinical Experience With Aripiprazole Treatment İn Ten Elderly Patients With Schizophrenia Or Schizoaffective Disorder: Retrospective Case Studies. *CNS Spectr*, **2004**; 9:862-867.

97. **Stahl SM.** Temel Psikofarmakoloji, Nörobilimsel Temel ve Pratik Uygulamaları, İstanbul: Yelkovan Yayıncılık, 2003: 436.

98. **Gupta M, Holshausen K, Mausbach B, Patterson TL, Bowie CR**. Predictors of Change in Functional Competence and Functional Behavior After Functional Adaptation Skills Training For Schizophrenia. *The Journal of Nervous Mental Disease*, **2012**; 200:705-11.

99. **Valencia M, Rascon ML, Juarez F, Escamilla R, Saracco R, Liberman RP.** Application in Mexico of Psychosocial Rehabilitation with Schizophrenia Patients. *Psychiatry,* **2010**; 73:248-63.

100. **Kern RS, Glynn SM, Horan WP, Marder SR.** Psychosocial Treatments to Promote Functional Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin,* **2009**; 35:347-61.

101. **Yıldız M.** Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi. 1. Baskı, Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları, **2011**:3-18.

102. **Pesek MB**. Therapy and Quality of Life of Patients With Psychosis. *Psychiatria Danubina,* **2009**; 1:146-8.

103. **Yıldırım A, Buzlu S, Hacıhasanoğlu Aşılar R, Camcıoğlu TH, Erdiman S, Ekinci M.** Şizofreni Hastalarının Ailelerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programının Hastalık Hakkında Bilgi, Aile Yükü ve Öz Yeterlilik Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2014**; 25(1):31-7.

104. **Liberman RP**. Yetiyitiminden İyileşmeye. Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC, 2008. Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara, **2011**:278-310.

105. **Yıldırım A, Hacıhasanoğlu Aşılar R, Camcıoğlu TH, Eridman S, Karaağaç E.** Effect of Psychosocial Skills Training on Disease Symptoms, Insight, Internalized Stigmatization, and Social Functioning in Patients with Schizophrenia. *Rehabilitation Nursing,* **2015**:1-8.

106. **Herrman HE, Baldwin JA, Christie D.** A Record-Linkage Study Of Mortality and General Hospital Discharge İn Patients Diagnosed As Schizophrenic. *Psychol Med.* **1983**; 13(3):581-593.

107. **Dursun Y.** "Şiddet nedir ?" *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*, **2011**; 12:1-18.

108. http://www.who.int/en/ Erişim Tarihi:15.06.2017

109. **Şüküroğlu S.** Suç İşleyen Ve İşlemeyen Bipolar I Bozukluğu Olan Hastalarda Dürtüsellik ve Suç İşlemeye Etkisi. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, **2010**.

110. **Deptula DR, Cohen R.** Aggressive, Rejected, and Delinquent Children and Adolescents: A Comparison Of Their Friendships. *Aggression And Violent Behavior,* **2004**; 9:75–104.

111. **Öncü F, Sercan M**. Ceza Hukukunda Adli Psikiyatri: Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu. 1. Baskı, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, **2007**:33-39.

112. **Akgün N**. Adli Psikiyatri. 1. Baskı, Ankara: Sevinç Matbaası, **1987**.

113. http://www.bilgine.net/sucun-maddi-unsurlari-nelerdir Erişim Tarihi:13.06.2017

114. **Fırat S, İltaş Y,Yılmaz BI.** Ruhsal ve Hukuki Yönleriyle Çocuk İstismarı. Çocukların Cinsel Dokunulmazlığına Karşı Suçlar. Adana: Akademisyen Kitabevi, **2016**.

115. **Koca M, Üzülmez İ.** Türk Ceza Hukuku Özel Hükümler. 2. Basım, Ankara, **2015**.

116. **Özdemir F.** Psikiyatrik Açıdan Homisidal Davranışlar. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, **1992**.

117. **Yager J, Gitlin MJ.** Clinical Manifestations Of Psychiatric Disorders. *Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry,* **2005**:3894.

118. **Junginger J.** Psychosis and Violence: The Case For A Contentanalysis Of Psychotic Experience. *Schizophrenia Bulletin*, **1996**; 22:91-103.

119. **Asnis GM, Kaplan ML, Praag HM et al.** Homicidal Behaviors Among Psychiatric Outpatients. *Hospital Community Pscyhiatry*, **1994**; 45(2):127-132.

120. **Tardiff K.** Adult Antisocial Behavior and Criminality. *Sadock BJ, Sadock VA (Editors). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry,* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, **2000**; 2(7):1908-1916.

121. **Fazel S, Grann M.** Psychiatric Morbidity Among Homicide Offenders: A Swedish Population Study. *Am J Psychiatry,* **2004**; 161(11):2129-2131.

122. **Erb JL.** Assesment and Management Of The Violent Patient. *Psychiatric Secrets,* Philadelphia: Hanley & Belfus, **2001**:440-447.

123. **Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA.** Mental Disorders and Violence İn A Total Birth Cohort: Results From The Dunedin Study. *Arch Gen Psychiatry*, **2000**; 57:979-986.

124. **Wallace C, Mullen PE, Burgess P.** Criminal Offending İn Schizophrenia Over A 25 Year Period Marked By Deinstitutionalization and İncreasing Prevalance Of Comorbid Substance Use Disorders. *Am J Psychiatry*, **2004**; 161:716-727.

125. **Priebe S, Frottier P, Gaddini A, Kilian R, Lauber C, et al.** Mental Health Care İnstitutions İn Nine European Countries, 2002 To 2006. *Psychiatr Serv*, **2008**; 59(5):570-573.

126. **Golenkov A, Large M, Nielssen O, Tsymbalova A**.Characteristics Of Homicide Offenders With Schizophrenia From The Russian Federation. *Schizophr Res*, 2011; 133(1-3):232-237.

127. **Laajasalo T, Hakkanen H.** Excessive Violence and Psychotic Symptomatology Among Homicide Offenders With Schizophrenia. *Crim Behav Ment Health*, **2006**; 16(4):242-253.

128. **Belli H, Özçetin A, Ertem U, Tuyluolu E, Namli M, Bayik Y, Simsek D.** Perpetrators Of Homicide With Schizophrenia:Sociodemographic Characteristics and Clinical Factors İn The Eastern Region Of Turkey. *Compr Psychiatry*, **2010**; 51(2):135-141.

129. **Türkcan S, İncesu C, Canbek Ö, Can Y, Sercan M, Uygur N.** 1831 Adli Olgunun Tanı Dağılımı ve Tanı Suç Bağlantısının Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, **2000**; 13:132-137.

130. **Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M.** Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med*, **2009**; 6:100-120.

131. **Meehan J, Flynn J, Hunt IM, Robinson J, Bickley H, Parsons R, Amost T, Kapur N, Appleby L, Shaw J.** Perpetrators Of Homicide With Schizophrenia: A National Clinical Survey İn England and Wales. *Psychiatr Serv*, **2006**; 57: 1648-1651.

132. **Tengstrom A, Hodgins S**. Criminal Behavior Of Forensic and General Psychiatric Patients With Schizophrenia: Are They Different? *Acta Psychiatr Scand Suppl*, **2002**; 412:62-6.

133. **Joyal CC, Putkonen A, Paavola P, Tiihonen J**. Characteristics and Circumstances Of Homicidal Acts Committed By Offenders With Schizophrenia. *Psychol Med*, **2004**; 34(3):433-42

134. **Öncü F, Ger C.** Zorunlu Tedavi: Adli Psikiyatri Uygulama Klavuzu. 1. Baskı, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, **2007**:51-69.

135. **Yanık M.** Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler. *Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi*, **2007**:24-26

136. **Balcıoğlu İ, Memetali S, Rozant R.** Psikiyatrik Hastanın Suç İşlemesi: Ne Yapmalıyız? *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, **2008**; 62:269-274.

137. **Steadman HJ, Pasewark RA, Hawkins M, et al.** Hospitalization Length Of İnsanity Acquittées. *Journal of Clinical Psychology*, **1983**; 39:4:611-614.

138. **Lamb HR, Weinberger LE, Gross BH.** Community Treatment Of Severely Mentally İll Offenders Under The Jurisdiction Of The Criminal Justice System: A Review; *Psychiatric Services*, **1999**; 50(7):907-913.

139. **Soysal H, Türkcan S, Uygur N.** Adli Psikiyatri Pratiğinde Ayaktan Tedavi Hakkı (Olgu Sunumu). *Düşünen Adam*, **1994**; 7(4):39-41.

140. **Coid J, Hickey N, Yang M.** Comparison Of Outcomes Following After-Care From Forensic and General Adult Psychiatric Services. *BJP*, **2007**; 190:509-514.

141. **Ertürk F.** Türk Hukukunda Vesayeti Gerektiren Haller, Vasi Tayini ve Vesayetin Sona Ermesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk Ana Bilim Dalı, Ankara, **2010**.

142. **Biçer Ü, Hancı H.** (2007). Adli Psikiyatri, http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/8.html ET: 21.06.2017.

143. **Özkan, M., Hakeri H**. (2005). Ceza Hukuku ve Ruhsal Bozukluklar, http://www.dicle.edu.tr/dictur/suryayin/khuka/cezahukukuveruhsal.htm

144. Resmi Gazete (2004). 12 Ekim 2004 Tarihli 5237 Sayılı Yeni Türk Ceza Kanunu http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskile.

145. **Çeliker AR**. Ceza Hukuku Yönünden Adli Psikiyatri. Adli Psikiyatri Günleri, **1997**; 1-11.

146. **Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğu EC, Herken H.** Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 1. Baskı, Ankara: Tuna Matbaacılık, **2007**:352-384.

147. **Kennedy SH, Emsley R**. Placebo-Controlled Trial Of Agomelatine İn The Treatment Of Major Depressive Disorder. *Eur Neuropsychopharmacol,* **2006**; 16:93-100.

148. **Kane R, Rees C, Mazzucchelli T.** Behavioral Activation Treatments for Depression in Adults: A Meta-analysis and Review.*Clinical Psychology:Science and Practice,* **2009**; 16(4):383-411.

149. **Üçok A.** Şizfrenide Famakolojik Tedavi Yöntemleri. Ankara: Tuna Matbaacılık, **2010**:866-880.

150. **Alptekin K, Üçok A, Ayer A, Ünal A, Erol A, Ensari H, Atmaca M, Devrimci-Özgüven H.** Psikiyatri Kliniğine Yatırılan Şizofreni ve Psikotik Bozukluğu Olan Hastaların Tedavi Rehberi. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, **2014**; 24(3):276-88.

151. **Herz MI, Endicott J, Spitzer RI**. Brief Hospitalization: A Twoyear Follow-Up. *Am J Psychiatry,* **1977**; 134(5):502-7.

152. **Hirsch SR, Platt S, Knights A, Weyman A.** Shortening Hospital Stay For Psychiatric Care: Effect On Patients And Their Families. *Br Med J*, **1979**; 1(6161):442-6.

153. **Ural C, Öncü F, Belli H, Soysal H.** Adli Psikiyatrik Süreç İçindeki Şizofreni Hastalarının Şiddet Davranışı Değişkenleri: Bir Olgu Kontrol Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi,* **2012**; 23:26-32.

154. **Kay SR, Fiszbein A, Opler LA**. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull,* **1987**; 13:261-76.

155. **Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A**. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği? *Türk Psikoloji Dergisi,* **1999**; 14:23-32.

156. **Madran DA**. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi,* **2012**; 23:1-6.

157. **Buss AH, Warren WL**. Agression Questionnaire: Manual. LA: Western Psychological Services, **2000**.

158. **Can S.** "Aggression Questionnaire" Adlı Ölçeğin Türk Popülasyonunda Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Genel Kurmay Başkanlığı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servis Şefliği, İstanbul, **2002.**

159. **Buss AH, Perry M**. The Aggression Questionnaire. *J Pers Soc Psych*, **1992**; 63:452-9.

160. **Buss AH, Durkee A**. An İnventory For Assessing Different Kinds Of Hostility. *J Consult Psych,* **1957**; 21:343-9.

161. **Kooyman I, Dean K, Harvey S ve ark.** Outcomes Of Public Concern İn Schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl,* **2007**; 50:29-36.

162. **Lymburner JA, Roesch R.** The İnsanity Defense: Five Years Of Research (1993-1997). *Int J Law Psychiatry,* **1999**; 22: 213-240.

163. **Öncü F, Soysal H, Uygur N ve ark.** Zorunlu Klinik Tedavi Sonrası Yineleyici Suç İşleyen Adli Psikiyatri Olgularının Tanı Ve Suç Niteliği Açısından Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi,* **2002**a;15: 132-48.

164. **Çopur M, Elmas İ, Can Y.** Ceza Ehliyeti, Uyuşturucu Madde Bağımlılığı, Farik ve Mümeyyizlik Tespiti İstenen Olgularla İlgili İstatistiksel Bir Çalışma. *Kriz Dergisi,* **1995**; 3:223-6.

165. **Oluk Ö.** Koruma ve Tedavi Sürecindeki Şizofreni Olgularında Yatış Sürelerinin Klinik Ve Suç Özellikleriyle İlişkisi. Psikiyatri Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, **2011.**

166. **Mittermayer O.** Hrvatski Ljetopis Za Kazneno Pravo İ Praksu, **2007**:14-77.

167. **Kravitz HM, Kelly J.** Special Section On Mentally İll Offenders An Outpatient Psychiatry Program For Offenders With Mental Disorders Found Not Guilty By Reason Of İnsanity, *Psychiatric Services,* **1999**; 50(12):1597-1605.

168. **Nicholson RA, Norwood S, Enyart C.** Characteristics and Outcomes Of İnsanity Acquittees İn Oklahoma, *Behavioral Sciences and the Law* **1991**; 9:487-500.

169. **Özbay YS**. Ceza Sorumluluğu Kaldırılan Olgularda Zorunlu Klinik Tedavi Sonrası Zorunlu Ayaktan Tedaviye Uyumu Etkileyen Etmenler. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, **2010**.

170. **Lim LEC, Pathy P, Lim CC, et al**. A Follow-Up Study Of Patients Discharged From The Criminal Procedure Code. *Singapore Medical Joumal,* **1993**; 34:217-220.

171. **Kovacevic D ve ark.** Forensic Aspects in Domestic Homicide, Coll. *Antropol,* 34 **2010**; 34(2):29-37

172. **Kalenderoğlu A, Yumru M, Selek S, Savaş HA.** Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Psikiyatri Birimine Gönderilen Olguların İncelenmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **2007**; 44: 86-90.

173. **Çöpoğlu ÜS, Bülbül F, Kokaçya MH, Alıcı D, Taştan MF, Ünal A, Alpak G, Savaş HA**. Adli Psikiyatri Polikliniğinde Değerlendirilen Olguların Psikiyatrik Tanıları, Madde Kullanım Durumları, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. *New/Yeni Symposium Journal,* **2014**; 52(1):1-6.

174. **Haan L, Kramer L, Raay B, Weir M, Gardner J, Akselson S et al**. Priorities and Satisfaction on the Help Needed and Provided in a first Episode of Psychosis. A Survey in Five European Family Associations, *Europe Psychiatry,* **2002**; 17:425-33.

175. **Liberman RP, Kopelowicz A, Sılverstein SM**. Adherence To Treatment, Psychiatric Rehabilitation, Hospital And Community Psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA (editors). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Seventh Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, **2000**:3894.

176. **Estroff SE, Zimmer C, Lachicotte WS, Benoit J.** The İnfluence Of Social Networks And Social Support On Violence By Persons With Serious Mental İllness. *Hosp Community Pscyhiatry,* **1994**; 45(7): 669-679.

177. **Öncü F, Sercan M, Ger C, ve ark.** Sosyoekonomik Etmenlerin ve Sosyodemografik Özelliklerin Psikotik Olguların Suç İşlemesinde Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2007**; 18:4-12

178. **Branimir M, Branka A, Branka M, et al.** Perception of Stigmatization in Forensic Patients With Schizophrenia, *Int J Soc Psychiatry,* **2008**; 54:502.

179. **Rachael SF, Mairead CD**. Executive Function And İn-Patient Violence İn Forensic Patients With Schizophrenia. *BJP,* **2008**; 193:247-253.

180. **Craw J, Compton MT.** Characteristics Associated With İnvoluntary Versus Voluntary Legal Status At Admission and Discharge Among Psychiatric İnpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol,* **2006**; 41:981–988.

181. **Uygur N, Işıklı M, Ögel K, Çeliker AR**. Suç İşlemiş Şizofrenlerin Demografik Özellikleri ve Suç Profili. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi,* **1992**; 5:5-9

182. **Thomson DG.** Management Of Schizophrenia İn Conditions Of High Security. *APT,* **2000**; 6:252–260.

183. **Ural C, Öncü F, Belli H, Soysal, H.** Adli Psikiyatrik Süreç İçindeki Şizofreni Hastalarının Şiddet Davranışı Değişkenleri: Bir Olgu Kontrol Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergis*i, **2013;** 24:17-24.

184. **Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, et al.** Violence By People Discharged From Acute Psychiatric İnpatient Facilities And By Others İn The Same Neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*, **1998**; 55:393-401.

185. **Wootton L,Buchanan A, Leese M, Tyrer P, Burns T, Creed F, et al.** Violence İn Psychosis: Estimating The Predictive Validity Of Readily Accessible Clinical İnformation İn A Community Sample. *Schizophr Res,* **2008**; 101:176-184.

186. **Richard-Devantoy S, Olie JP, Gourevitch R**. Risk Of Homicide and Major Mental Disorders: A Critical Review. *Encephale,* **2009**; 35(6):521-30.

187. **Elbogen EB, Johnson SC**. The İntricate Link Between Violence and Mental Disorder: Results From The National Epidemiologic Survey On Alcohol And Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry,* **2009**; 66(2):152-61.

188. **Ellouze F, Ayedi S, Masmoudi S ve ark.** Schizophrenia and Violence, İncidence and Risk Factors: A Tunisian Sample. *Encephale,* **2009**; 35(4):347-52.

189. **Nordstrom A, Kullgren G**. Victim Relations and Victim Gender İn Violent Crimes Committed By Offenders With Schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol,* **2003**; 38(6):326-30.

190. **Bauer A, Rosca P, Grinshpoon A, et al.** Monitoring Long-Term Court Order Psychiatric Hospitalization: A Pilot Project İn Israel. *Med Law,* **2006**; 25(1):83-99.

191. **Hazar UU**. Şizofreni Hastalarında Tedaviye Direncin Suç İşleme ve Hastalık Seyriyle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, **2010**:71-77.

192. **Teixeira HE, Dalgalarrondo P.** Violent Crime and Dimensions of Delusion: A Comparative Study of Criminal and Noncriminal Delusional Patients. *J Am Acad Psychiatry Law*, **2009**; 37:225–231.

193. **Krakowski M, Czobar P, Chou JC**. Course Of Violence İn Patients With Schizophrenia: Relationship To Clinical Symptoms. *Schizoph Bull*, **1999**; 25(3):50517.

194. **Torrey EF.** Violent Behaviour by İndividuals with Serious Mental İllness. *Hospital Community Pscyhiatry*, **1994**; 45(7):653-61.

195. **Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J.** Violence and Delusions: Data From The Mac Arthur Violence Risk Assesment Study. *Am J Psychiatry*, **2000**; 157:566-72.

196. **Shepherd M, Lavender T**. Putting Aggression İnto Context: An İnvestigation İnto Contextual Factors İnfluencing The Rate Of Aggressive İncidents İn A Psychiatric Hospital. *J Ment Health*, **1999**; 8(2):159-170.

197. **Foster C, Bowers L, Nijman H.** Aggressive Behaviour On Acute Psychiatric Wards: Prevalence, Severity and Management. *J Adv Nurs*, **2007**; 58(2):140-149.

198. **Stewart D, Bowers L.** Inpatient Verbal Aggression: Content, Targets and Patient Characteristics. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, **2012**; 4:1-8.

199. **Bilici R, Sercan M, Tufan E.** Psikiyatri Kliniklerinde Yalıtım ve Bağlama Uygulamaları. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, **2013**; 26:80-88

200. **Yumru M, Savaş HA, Tutkun H, Herken H, Karasu M, Dülger HE.** Gaziantep Üniversitesi'nde Adli Psikiyatrik Açıdan İncelenmiş Olan Olguların Değerlendirilmesi: Yüksek Oranda Alkol Madde Kullanımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2005**; 6:30-5.

EKLER

EK-1. Etik Kurul İzni

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
55		15 Temmuz 2016

KARAR NO 41- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda, Yrd. Doç. Dr. Sunay Fırat yönetiminde, Tuğçe Saldırın tarafından yürütülmesi öngörülen, "Zorunlu Koruma ve Tedavi Sürecindeki Şizofreni Tanısı Alan Hastaların Klinik ve Saldırganlık Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	**Doç Dr Selim Kadıoğlu** Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	**Prof Dr Davut Alptekin** Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Mehmet Kanadaşı Kardiyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	

EK-2. Araştırma Kurulu Onay Yazısı

Tarih ve Sayı: 20/10/2016-E.135334

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 58998516-050.02.04/
Konu : Tez Önerileri hk. (Tuğçe SALDIRIN, Sevil ÜNAL, Ayşe GÜLER)

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitü Yönetim Kurulu'nun 20.10.2016 tarih ve 32/10-10 no'lu kararı aşağıda sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Karar No: 10- Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığının 20.10.2016 tarih ve 134937 sayılı yazısı görüşüldü;

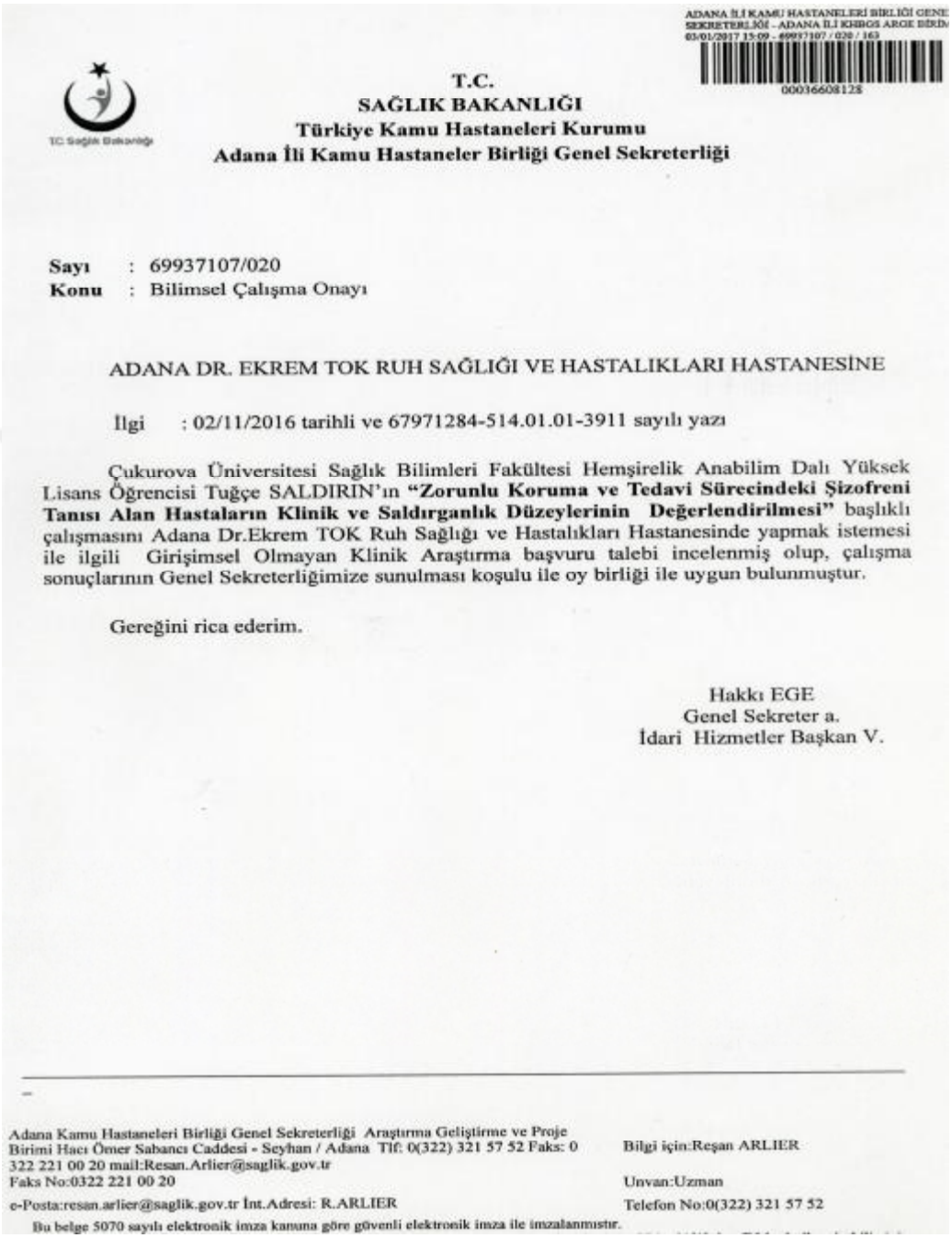
a)Yüksek Lisans öğrencisi **Sevil ÜNAL**'ın ***"Çocuk Acil Servisine Başvuran Adli Çocuk Olguların Aile İşlevselliğinin Değerlendirilmesi"*** başlıklı tez önerisinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktılarının Enstitü'ye iletilmesine, oy birliği ile karar verildi.

b)Yüksek Lisans öğrencisi **Ayşe GÜLER**'in ***"Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatmakta Olan Hastaların Öfke Düzeyi ve Öfke İfade Tarzının Değerlendirilmesi"*** başlıklı tez önerisinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktılarının Enstitü'ye iletilmesine, oy birliği ile karar verildi.

c)Yüksek Lisans öğrencisi **Tuğçe SALDIRIN**'ın ***"Zorunlu Koruma ve Tedavi Sürecindeki Şizofreni Tanısı Alan Hastaların Klinik ve Saldırganlık Düzeylerinin Değerlendirilmesi"*** başlıklı tez önerisinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktılarının Enstitü'ye iletilmesine, oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Behice DURGUN
Enstitü Müdürü

Ek-3. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumun Resmi İzin Yazısı



ADANA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - ADANA İLİ KHBGS ARGE BİRİM
03/01/2017 15:09 - 69937107 / 020 / 163
0003660812E

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Adana İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 69937107/020
Konu : Bilimsel Çalışma Onayı

ADANA DR. EKREM TOK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİNE

İlgi : 02/11/2016 tarihli ve 67971284-514.01.01-3911 sayılı yazı

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Tuğçe SALDIRIN'ın **"Zorunlu Koruma ve Tedavi Sürecindeki Şizofreni Tanısı Alan Hastaların Klinik ve Saldırganlık Düzeylerinin Değerlendirilmesi"** başlıklı çalışmasını Adana Dr.Ekrem TOK Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde yapmak istemesi ile ilgili Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma başvuru talebi incelenmiş olup, çalışma sonuçlarının Genel Sekreterliğimize sunulması koşulu ile oy birliği ile uygun bulunmuştur.

Gereğini rica ederim.

Hakkı EGE
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkan V.

Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Araştırma Geliştirme ve Proje Birimi Hacı Ömer Sabancı Caddesi - Seyhan / Adana Tlf: 0(322) 321 57 52 Faks: 0 322 221 00 20 mail:Resan.Arlier@saglik.gov.tr
Faks No:0322 221 00 20
e-Posta:resan.arlier@saglik.gov.tr İnt.Adresi: R.ARLIER

Bilgi için:Reşan ARLIER
Unvan:Uzman
Telefon No:0(322) 321 57 52

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-4. Sosyodemografik ve Kinik Veri Toplama Formu

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ TOPLAMA FORMU

Adı Soyadı: **Dosya Protokol No:**
Doğum Tarihi **1.Olgu No:**
2.Alınan Bilgiler:1. Hasta2. Hasta, Hastane Kayıtları3. Hasta, Hastane Kayıtları ve Sağlık personeli 4.Diğer

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

3.Yaşı…….
4.Cinsiyeti 1.Kadın 2.Erkek
5.Doğum Yeri 1.Köy 2.İlçe 3.Şehir 4.Yurt Dışı 5.Bilinmiyor
6.Halen Yaşadığı Yer 1.Köy 2.İlçe 3.Şehir 4.Yurt Dışı 5.Bilinmiyor
7.Medeni Durumu: 1.Bekâr 2.Evli 3.Eşi Vefat Etmiş 4. Ayrılmış 5.Diğer
8. Eğitim Düzeyi 1. Yok 2. Özel Eğitim 3.İlköğretim 4. Ortaöğretim 5. Yüksek Öğrenim 6. Yüksek Lisans/Doktora 7. Diğer
9.Kiminle Yaşadığı: 1.Evsiz 2.Yalnız 3.Eş 4. Eşve Çocuklar 5.Anne ve/veya baba6.Diğer
10.Kardeş Sayısı: ……. **11.Çocuk Sayısı: ……**
12.Askerlik Durumu: 1.Askerlik Yaşında Değil 2.Tam Yapmış 3.Ertelenmiş (Psikiyatrik Neden) 4.Ertenmiş Tıbbi Neden 5.Ertelenmiş (İdari Neden) 6.Elverişsiz (Psik)7.Elverişsiz (Tıbbi) 8.Asker Kaçağı 9.Normalden Uzun 10. Hava Değişimi11.Diğer
13.Mesleği:…. **14.Yaptığı İş:..**
15.Ele Alınan Suç Öncesi İş Düzeni1.Çalışmıyor 2.Düzenli Çalışıyor 3.Düzensiz Çalışıyor
16.Kendisine Ait Geliri: 1.Yok 2. Var
17.Sosyal Güvencesi: 1.Yok 2.2022 3.Yeşilkart 4. Sgk 5.Bağkur 6.Diğer

ADLİ ÖZGEÇMİŞ

18.Kriminal Özgeçmiş 1.Yok 2.Var
19. Toplam Suç Sayısı(Yargıya İntikal Eden)… …….
20. Önceden Muhafaza TedaviUygulaması 1.Yok-Bilinmiyor 2.Var
21.Geçmişte Cezaevi Yaşantısı 1.Yok 2.Var
22.Geçmişte Cezaeviyaşantısı Süresi (Toplam-Ay)…..
23.Ele Alınan Suçu 1.Adam Öldürme 2.Öldürme Girişimi 3.Yaralama 4.Yaralamasız 5.Eşya/Mala Zarar 6.Kundaklama 7.Yangına Neden Olma 8.Tehdit 9.Hakaret 10.Konut Dokunulmazlığını İhlal11.Cinsel Suçlar 12.Saldırgan Sarhoşluk 13.Uyuşturucu Madde14.Ruhsatsız Silah 15.Gasp/Gasp Girişimi 16.Hırsızlık 17.Dolandırıcılık 18.Kamu Suçları 19.Diğer (Belirtiniz)
24.Ele Alınan Suçun Yönü 1.İnsana Dönük 2.Mala Dönük 3. Kamu Düzeniyle İlgili 4.Diğer
25.Ele Alınan Suçun Şiddeti 1.Şiddet Dışı 2.Hafif Şiddet 3.Orta Derece Şiddet 4.Ciddi Şiddet 5.Çok Ağır Şiddet
26.Ele Alınan Suç Sırasında Alkol Madde Kullanımı 1.Yok 2.Var
27.Suç Kime Karşı İşlendi0-Suç Kişiye Karşı Değil (Kişiye Karşı Suçlarda) 1.Öz Anne 2.Öz Baba 3.Üvey Anne 4.Üvey Baba 5.Öz Kardeş6.Üvey Kardeş7.Eş8.Öz Çocuk9. Üvey Çocuk10.Akraba 11.Arkadaş 12.Komşu13.Kamu Görevlisi14.Rastgele Tanınmayan Kişi15.Diğer
28.Suç Aleti 0.Suç Kişiye Yönelik Değil 1.Bıçak 2.Tabanca 3.Kesici Delici Alet 4.Taş, Sopa 5.Diğer

HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİLER

29.Şizofreni Alt Tipi 1.Ayrışmamış 2.Paranoid 3.Dezorganize 4.Katatonik 5.Kronik 6.Diğer
30.III.Eksen Tanısı 1.Yok 2.Var
31.III. Eksen Tanısı 1.Yok 2.SVA 3.Epilepsi 4.Kafa Travması 5.MS 6.Diğer
32.Ele Alınan Suç Sırasında Hezeyan 1.Yok 2.Var
33.Hezeyanın İçeriği: 1.Perseküsyon 2.Referans 3.Grandiyöz 4.Kıskançlık 5.Bizar 6.Erotomanik 7.Somatik 8.Birden Fazla 9.Diğer
34.Ele Alınan Suç Sırasında Halusinasyon1.Yok 2.Var
35.Halusinasyonun İçeriği 1.Elementer 2.Adını Çağıran 3.Komut Veren 4.Şiddet5.Hakaret Ve Küfür Ede 6.Tehdit Eden 7.Diğer
36.Bilinen Psikiyatrik Hastalığın Başlangıç Yaşı…… **37.Bilinen Psikiyatrik Hastalık Kaç Yıldır Sürüyor? ……**
38.Hastalığın Gidişi 1.Episodik 2.Süregen 3.Farklı Bir Örüntü
39.Toplam Hastaneye Yatış Sayısı…… **40.Toplam Hastaneye Yatış Süresi (Ay Olarak) ……..**

TEDAVİYE UYUMU

41.Suç Tarihinden Önce Tedavi Var Mı? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilinmiyor
42.Suç Tarihinden Önce Görmekte Olduğu Tedavi Düzeni 1.Yok 2.Düzenli Ayaktan Tedavi 3.Düzenli Ayaktan+ Yatarak 4. Düzensiz Ayaktan 5.Düzensiz Ayaktan + Yatarak 6.Yalnızca Yatarak7.Bilinmiyor
43.Şu Anda Kullanmakta Olduğu İlaç Sayısı……
44.Şu Anda Kullanmakta Olduğu İlaç Türleri 1. Antipsikotik 2. Antidepresan 3. Antikonvülzan 4. Sedatif 5. Diğer

SOYGEÇMİŞ

45.Soygeçmişinde Psikiyatrik Hastalık1.Yok2.Anne3.Baba4.Kardeş5.2.Derecedeakraba6.Diğer
46.Akrabalarında SuçÖyküsü 1.Yok 2.Anne 3.Baba 4.Kardeş5.2.Derecedeakraba6.Diğer

EK-5. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans tezi olarak yapılmaktadır. Bu çalışma suç işleyen ve işlediği suça yönelik ceza sorumluluğu olmadığı için zorunlu koruma ve tedavi amaçlı hastaneye yatırılan şizofreni hastalarının, klinik ve saldırganlık düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılacaktır. Aşağıda şizofreni hastalığının pozitif belirtilerini, negatif belirtilerini ve genel psikopatoloji durumunu değerlendiren terimler yeralmaktadır. Ölçek listesindeki terimler hakkındaki değerlendirmenizi her ifadenin karşısındaki parantez içine X (çarpı) işareti koyarak bildiriniz.Ölçeği cevaplamamanız durumunda size verilecek tıbbi bakımda herhangi bir eksiklik/aksaklık yaşamayacaksınız. Kimliğiniz ile ilgili kayıtlar gizli tutulacaktır. Görüşmeyi istediğiniz zaman sonlandırma hakkınız bulunmaktadır. Sonuçlar hiçbir şekilde kişisel amaçlı değil bilimsel amaçlı kullanılacaktır.Teşekkürler...

POZİTİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
P1. Sanrılar							
P2. Düşünce Dağınıklığı							
P3. Varsanılar							
P4. Taşkınlık							
P5. Büyüklük Duyguları							
P6. Şüphecilik ve KötülükGörme							
P7. Düşmanca Tutum							
POZİTİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							
NEGATİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
N1. Duygulanımda Küntleşme							
N2. Duygusal İçe Çekilme							
N3. İlişki Kurmada Güçlük							
N4. Pasif Biçimde Kendini Toplumdan Çekme							
N5. Soyut Düşünme Güçlüğü							
N6. Konuşmanın Kendiliğinden ve Akıcılığının Kaybı							
N7. Stereotipik Düşünme							
NEGATİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							
GENEL PSİKOPATOLOJİ							
	1	2	3	4	5	6	7
G1. Bedensel Kaygı							
G2. Anksiyete							
G3. Suçluluk Duyguları							
G4. Gerginlik							
G5. Manyerizm							
G6. Depresyon							
G7. Motor Yavaşlama							
G8. İşbirliği Kuramama							
G9. Olağandışı Düşünce İçeriği							
G10. Yönelim Bozukluğu							
G11. Dikkat Azalması							
G12. Yargılama ve İçgörü Eksikliği							
G13. İrade Bozukluğu							
G14. Dürtü Kontrolsüzlüğü							
G15. Zihinsel Aşırı Uğraş							
G16. Aktif Biçimde Sosyal Kaçınma							
GENEL PSİKOPATOLOJİ TOPLAM PUANI							
PANSS GENEL TOPLAM PUANI							

EK-6. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği

BUSS-PERRY SALDIRGANLIK ÖLÇEĞİ

Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans tezi olarak yapılmaktadır. Bu çalışma suç işleyen ve işlediği suça yönelik ceza sorumluluğu olmadığı için zorunlu koruma ve tedavi amaçlı hastaneye yatırılan şizofreni hastalarının, klinik ve saldırganlık düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılacaktır.Aşağıda bireylerin saldırganlık düzeylerini belirleyecek cümleler yer almaktadır. Bütün soruların cevaplandırılması araştırma için çok önemlidir. Soru listesindeki ifadeler hakkındaki görüşünüzü her ifadenin karşısındaki parantez içine X (çarpı) işareti koyarak bildiriniz.

Ölçeği cevaplamamanız durumunda size verilecek tıbbi bakımda herhangi bir eksiklik/aksaklık yaşamayacaksınız. Kimliğiniz ile ilgili kayıtlar gizli tutulacaktır. Görüşmeyi istediğiniz zaman sonlandırma hakkınız bulunmaktadır. Sonuçlar hiçbir şekilde kişisel amaçlı değil bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Teşekkürler...

KARAKTERİNİZE EN UYGUN OLAN YANITI (X) SEKLİNDE İŞARETLEYİNİZ		Hiçuygundeğil	Çokazuygun	Birazuygun	Çokuygun	Tamamenuygun
1	Bazıarkadaşlarımbenimöfkelibirioldığumsöylerler.					
2	Gerekirsehakkımıkorumakiçinşiddetebaşvurabilirim.					
3	Birisibanafazlasıylaiyidavrandığında "Acababenden ne istiyor?" diyedüşünürüm.					
4	Arkadaşlarımıngörüşlerinekatılmadığımzamanbunuonlaraaçıkçasöylerim.					
5	Öfkedendeliyedöndüğümdebirşeylerkırıpdökerim.					
6	İnsanlarbenimgörüşlerimekatılmadıklarındaonlarlatartışmaktankendimialıkoyamam					
7	Zaman zamanbazıolaylara/kişilereyönelikkızgınlığımuzunsürebilmekbilmez.					
8	Bazenbaşkalarınavurmadürtümükontroledemiyorum.					
9	Sakinyapılıbiriyimdir.					
10	Tanımadığıminsanlarbanafazlayakındavrandıklarındaonlaraşüpheyleyaklaşırım.					
11	Dahaönce, tanıdığıminsanlarıtehditettiğimoldu.					
12	Çokçabukparlarvehemensakinleşirim.					
13	Birisibanasataşırsakolaylıklaonuitiptartaklayabilirim.					
14	İnsanlarsinirimibozduklarındakolaylıklaonlarhakkında ne düşündüğümüsöyleyebilirim.					
15	Zaman zamankıskançlıkbeniyiyipbitirir.					
16	Birinsanavurmanınmantıklıbirgerekçesiolamayacağınıdüşünüyorum.					
17	Bazenhayatınbanaadaletsizdavrandığınıdüşünürüm.					
18	Öfkemikontroletmektezorlukçekerim.					
19	Yapmakistediğimbirşeyengellendiğindekızgınlığımaçıkçaortayakoyarım.					
20	Zaman zamaninsanlarınarkamdangüldüğüduygusunakapılırım.					
21	İnsanlarlasıkçagörüşayrılığınadüşerim.					
22	Birisibanavururssa ben de karşılıkveririm.					
23	Bazenkendimipatlamayahazırbirbombagibihissediyorum.					
24	Diğerinsanların her zaman çokiyifırsatlaryakaladıklarınıdüşünüyorum.					
25	Birisibeniiterseonunlakavgayatutuşurum.					
26	Arkadaşlarımınarkamdankonuştuklarınıbiliyorum.					
27	Arkadaşlarımmünakaşacı/tartışmayı seven birioldığumsöylerler.					
28	Bazenolmadıkşeylereortadamantıklıbirnedenyokkenanidensinirlenir, tepkiveririm.					
29	Çoğuinsanakıyasladahasıkkavgayakarıştığımısöyleyebilirim.					

ÖZGEÇMİŞ

Tuğçe Saldırın, 1993 yılında Mersin/Tarsus'ta doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Tarsus'ta tamamladı. 2011 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünü kazandı. 2015 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden mezun oldu. Çeşitli özel hastanelerde klinik hemşiresi olarak görev yaptı. 2015 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Tezli Yüksek Lisans programına başladı. 2017 yılında Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne atandı. Orta seviyede İngilizce bilmektedir.