

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH
SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**ADLİ PSİKİYATRİ BÖLÜMÜNDE YATAN HOMİSİD SUÇU
İŞLEMİŞ HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK
ÖZELLİKLERİ İLE İŞLEDİKLERİ HOMİSİD SUÇUNUN
HEDEF KİTLE PROFİLİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Sevgi Gül ERTÜRK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Ali KEYVAN

İSTANBUL - 2015

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH
SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**ADLİ PSİKİYATRİ BÖLÜMÜNDE YATAN HOMİSİD SUÇU
İŞLEMİŞ HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK
ÖZELLİKLERİ İLE İŞLEDİKLERİ HOMİSİD SUÇUNUN
HEDEF KİTLE PROFİLİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Sevgi Gül ERTÜRK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Ali KEYVAN

İSTANBUL - 2015

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TEZ DEĞERLENDİRME FORMU

ADI SOYADI: DR. SEVGİ GÜL ERTÜRK

UZMANLIK DALI: RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

TEZİN ADI: ADLİ PSİKİYATRİ BÖLÜMÜNDE YATAN HOMİSİD SUÇU İŞLEMİŞ
HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ İLE İŞLEDİKLERİ
HOMİSİD SUÇUNUN HEDEF KİTLE PROFİLİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

1-Sayfa Sayısı:	: 105
2-Tablo Sayısı	: 22
3-Şekil Sayısı:	: 7
4-İstatistik Sayısı:	: 4
5-Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu	: 252
6-Yazı Tertibi	: BAŞARILI
7-Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet	: BAŞARILI
8-İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu	: BAŞARILI
9-Orijinal Olup Olmadığı	: ORJİNAL

SONUÇ: BAŞARILI

TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Üye
Uz. Dr. Ahmet TÜRKCAN
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Eğitim Görevlisi
Sicil No: 36989

Üye
Doç. Dr. Mustafa SOLMAZ
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Eğitim Görevlisi
Sicil No: 43301

Üye
Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş. Hast.
Psikiyatri Başasıstani
Sicil No: 68348


Doç. Dr. Erhan KURU
Hastane Yöneticisi / Başhekim

I. ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince klinik bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, tez aşamasında kolaylıklar sağlayan klinik şeflerim Uzm. Dr. Ahmet TÜRKCAN ve Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ'ye;

Tezimin her aşamasında fikirlerini, vaktini ve bilimsel desteğini sunan tez danışmanım Uzm. Dr. Ali KEYVAN'a;

Tezimin istatistik aşamasında desteğini esirgemeyen ve beraber çalışmaktan keyif aldığım Uzm. Dr. Can GER'e;

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Doç. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM'a, Doç. Dr. E. Cüneyt EVREN'e, Doç. Dr. Sevim BAYBAŞ'a, Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'e;

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde çalıştığım dönemde eğitimime katkıda bulunan klinik şeflerim Prof. Dr. Ümit Başar SEMİZ'e, Doç. Dr. Hüseyin GÜLEÇ'e, Prof. Dr. Sermin KESEBİR'e;

Mesleği sevmemi sağlayan, eğitimimde emeği olan ve birlikte çalışmaktan keyif aldığım başta 8. Psikiyatri olmak üzere hastanemiz uzmanlarına ve diğer hastane çalışanlarına;

Psikiyatri eğitimim boyunca her şeyi paylaştığım, ömür boyu sürecektir dostluklar kurduğum Tuğba, Emine, Emrullah, Nurdan ve mesleğimin ilk günlerinden beri yanımda olan Mine, Beliz, Güler, Yiğit, Zeliha başta olmak üzere birlikte çalıştığım bütün asistan arkadaşlarıma;

Mesleki beceri ve bilgimin oluşmasında büyük pay sahibi olan hastalarım;

Sevgi ve desteğini hiç esirgemeyen sevgili eşim Emre'ye;

Bugünlere gelebilmem için büyük fedakarlıklar yapan canım aileme;

Varlığıyla bana büyük huzur getiren biricik kızım Defne'ye sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Sevgi Gül ERTÜRK

İstanbul, 2015

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. ÖNSÖZ.....	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. ÖZET.....	IV
IV. ABSTRACT.....	V
V. KISALTMALAR.....	VI
VI. TABLO LİSTESİ.....	VII
VII. ŞEKİL LİSTESİ	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. ŞİZOFRENİ.....	4
2.1.1. Tanım.....	4
2.1.2. Tarihçe	5
2.1.3. Epidemiyoloji.....	6
2.1.4. Etyoloji.....	7
2.1.4.1. Kalıtım.....	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. Kişilik Özellikleri:.....	9
2.1.5. Nörogelişimsel ve Nörodejeneratif Model.....	10
2.1.6. Beyin Görüntüleme Çalışmaları.....	10
2.1.7. Nörotransmitter Sistemleri.....	11
2.1.8. Şizofreni Tanısı	12
2.1.9. Gidiş ve Sonlanım	14
2.1.10. Klinik Kavramlar.....	17
2.2. Şizofreni ve Yaşam Kalitesi.....	18
2.3. ŞİDDET, SALDIRGANLIK, SUÇ.....	21
2.4. PSİKİYATRİK HASTALIKLARDA SALDIRGANLIK VE SUÇ.....	22
2.5. ŞİZOFRENİ VE SUÇ.....	24

3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. Örneklem.....	33
3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:.....	34
3.1.2. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:	34
3.2. Çalışmada Kullanılan Ölçekler:.....	34
3.3. İstatistiksel Analiz.....	37
4. BULGULAR	38
4.1. Sosyodemografik ve Klinik Veriler:.....	38
5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇ	71
7. KAYNAKLAR	72
8. EKLER	91
EK 1 - ETİK KURUL ONAYI.....	91
EK 2 – SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	92
EK 3 – PANNS POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ	96
EK 4 – SCID-II KİŞİLİK ENVANTERİ.....	97
EK 5 – SF36 FORMU.....	102
EK 6 – ONAM FORMU	105

III. ÖZET

ADLİ PSİKİYATRİ BÖLÜMÜNDE YATAN HOMİSİD SUÇU İŞLEMİŞ HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ İLE İŞLEDİKLERİ HOMİSİD SUÇUNUN HEDEF KİTLE PROFİLİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Sevgi Gül ERTÜRK

Amaç: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (BRSHH) Adli Psikiyatri Birimine ceza mahkemelerince koruma ve tedavi amacıyla gönderilen veya gözlem nedeniyle (bir suça yönelik ceza sorumluluğu olup olmadığı sorulan) yatırılarak tedavi edilen homisid suçu işlemiş şizofreni hastalarının belirlenmesi ve aile içi homisid suçu olanlar ile aile dışı homisid suçu olanların sosyo-demografik ve klinik özellikleri itibariyle karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda psikiyatri hastalarını ve yakın çevrelerini korumak ve bilgilendirmek ve ruh sağlığı çalışanlarına bu alanda kanıta dayalı veri sunabilmek hedeflenmiştir.

Yöntem: BRSHH Adli Psikiyatri Birimi'nde yatan homisid suçu işlemiş 5'i kadın 63'ü erkek toplam 68 şizofreni hastası çalışmaya alındı. Hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek, araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyo-demografik ve klinik bilgiler içeren soruların olduğu form, Sağlık Durumu Anketi (SF-36), SCID-I, SCID-II ve PANSS ölçeği ile değerlendirildi. Olgular işledikleri homisid suçu itibariyle hedef kitlelerinin aile içi bireyler veya aile dışı bireyler olmasına göre iki gruba ayrılarak, sosyo-demografik özellikleri, klinik özellikleri ve ölçek skorları bakımından karşılaştırıldı.

Bulgular: Aile içi homisid suçu işlemiş şizofreni grubu ile yabancıya yönelik homisid suçu işlemiş şizofreni hastaları arasında sosyo-demografik özellikler açısından farklılık saptanmadı. PANSS ile değerlendirilen hastalık şiddeti açısından farklılık saptanmadı. Hastaların SCID-II formu ile kişilik bozuklukları değerlendirildiğinde aile içi homisid grubunda daha fazla oranda kendini çelmeleyen (self-defeating) ve paranoid kişilik bozuklukları saptanmıştır ($p<0.05$). Suç ile ilgili veriler değerlendirildiğinde aile içi homisid grubunda kadın kurban sayısının daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Aile içi homisid grubu (AİHG)'nda suçun daha fazla oranda evde gerçekleştiği ve aile dışı homisid grubu (ADHG)'nda suç esnasında daha fazla oranda alet kullanıldığı görülmüştür ($p<0.05$). Grupların homisid dışındaki diğer suçları incelendiğinde ilk grupta daha fazla miktarda ciddi şiddet içeren suça rastlanmıştır ($p<0.05$). Sf36 formu ile değerlendirilen sosyal işlevsellik düzeyi açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Sonuç: Şizofreni hastalarında, şiddetinin yönünün belirlenmesinde, kişilik bozukluğunun ve kurbanı ait özelliklerin etkili olduğunu söyleyebiliriz. Suç işlemiş şizofreni hastalarında komorbid kişilik bozukluğunun, suçun yönünün, hasta ile kurban arasındaki ilişkinin ve kurbanı ait özelliklerin incelenmesi hastalığın her bireyi neden farklı şekilde etkilediğini anlamamızı sağlayabilir. Böylece risk değerlendirmemizi, elimizde daha çok veri olmasıyla birlikte hasta özelinde yapabilmemizi ve daha net sonuçlar almamızı kolaylaştırır.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Suç, Şiddet, Homisid, Aile içi, Kişilik Bozukluğu

İletişim : sevgigulkabak@gmail.com

IV. ABSTRACT

THE COMPARISON OF SOCIO-DEMOGRAPHICAL FEATURES, CLINICAL CHARACTERISTICS AND VICTIM PROFILE OF PATIENTS COMMITTED HOMICIDE AND HOSPITALIZED IN FORENSIC PSYCHIATRY UNIT

Dr. Sevgi Gül ERTÜRK

Aim: The aim of the study is to identify the patients with schizophrenia who committed homicide and were sent to Bakırköy Mental Health Hospital Forensic Psychiatry Unit by the criminal courts for treatment or for observational purposes (in order to determine criminal culpability); to compare socio-demographic and clinical characteristics of the patients who committed domestic homicide with the patients who committed non domestic homicide. It is aimed to protect and inform psychiatry patients and their relatives and to provide evidence based data to the psychiatry clinicians.

Material and Method: The sample in this study consisted of patients with schizophrenia who committed homicide and were hospitalized in forensic psychiatry clinics of Bakırköy Mental Health Hospital. Patients were informed about the study and administered with Socio-demographic Data Registration Form, Short Form-36 (SF-36), SCID-I, SCID-II and the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Homicide group was divided in two subgroups; domestic homicide offenders and non-homicide offenders. Socio- demographic features, clinical characteristics and scale scores were compared within two subgroups.

Results: Socio-demographic characteristics were not significantly different between the two groups. No significant differences were found between PANSS scores. According to comparison of personality disorders which was evaluated by SCID-II form, it is revealed that domestic homicide group had more often self-defeating and paranoid personality disorders ($p<0.05$). As a result of the evaluation of data relating to crime it's found that in domestic homicide group the victims were more often females ($p<0.05$). It is found that the majority of domestic homicide was occurred in the house and the majority of the non-domestic homicide offenders used a tool during the crime ($p<0.05$). Evaluation of the patients' non-homicide crime datas showed us that the presence of violence was more often in domestic homicide group ($p<0.05$). There were no significant differences found between SF-36 scores in both groups.

Conclusion: In the case of schizophrene patients, it can be said that personality disorders and characteristics of the victim are effective on determining the direction of the violence. Evaluating the comorbid personality disorder, direction of the crime, the relationship between the patient and the victim, and the features of the victim for patients with schizophrenia who committed a crime, can provide data to understand why the illness affects every individual differently. Therefore by gathering more data, the risk assessment can be done on an individualized level and more certain outcomes can be acquired easily.

Key Words: Schizophrenia, Crime, Violence, Homicide, Domestic, Personality Disorders

Contact Address: sevgigulkabak@gmail.com

V. KISALTMALAR

5 HT	: Serotonin
ADHG	: Aile dışı homisid grubu
AİHG	: Aile içi homisid grubu
BRSHH	: Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
D	: Dopamin
DSM-IV-TR	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (APA)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (WHO)
GABA	: Gama Amino Bütirik Asit
NMDA	: Glutamin N-metil-D-aspartat
PANSS	: Pozitif ve Negatif Sendrom Değerlendirme Ölçeği, Positive and Negative Syndrome Scale
SCID-II	: Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders
SCID-I	: DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SDA	: Serotonin Dopamin Antagonisti
SF-36	: Short Form-36
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Paket

VI. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Hastaların Yaş ve Psikiyatrik Hastalık Başlangıç Yaşı Dağılımı (T Testi).....	39
Tablo 2: Hastaların Medeni Durum, Meslek ve İş Düzeni Dağılımı	40
Tablo 3: Hastaların Askerlik Durumu Dağılımı:	41
Tablo 4: Hastaların Diğer Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (Mann-Whitney Testi)	41
Tablo 5: Hastaların Ortalama Şimdiki Hastane Yatış Süresi (yıl olarak) Değerleri	42
Tablo 6: Hastaların Homisid Suçu Öncesi Psikiyatrik Hastalık Varlığı Dağılımı.....	42
Tablo 7: Hastaların Soygeçmiş ve Ek Tıbbi Hastalık Varlığı Dağılımı:.....	42
Tablo 8: Hastaların Suisid Girişimi, Self Mutilasyon Girişimi Varlığı Dağılımı:.....	43
Tablo 9: Hastaların Alkol-Madde Kullanımı Dağılımı:	43
Tablo 10: Hastaların Şizofreni Altıtipi Dağılımı.....	44
Tablo 11: Hastaların Kullandıkları İlaçların Dağılımı:	44
Tablo 12: Hastaların Suç İle İlgili Verilerinin Dağılımı:.....	45
Tablo 13: Hastaların İlk Suç Yaşı Ortalama Değerleri:	45
Tablo 14: Hastaların Suç Esnasında Alkol-Madde ve İlaç Kullanım Durumları:	46
Tablo 15: Homisid Kurbanlarının Özellikleri İle İlgili Veriler.....	47
Tablo 16: Hastaların Suç Esnasındaki Hezeyan ve Varsanı Varlığı Dağılımı.....	49
Tablo 17: Hastaların Suç Esnasındaki Hezeyan ve Varsanı İçerikleri Dağılımı:	49
Tablo 18: Hastalarda Suç Öncesi Plan Varlığı İle İlgili Veriler:	50
Tablo 19: Hastaların Birden Fazla Suç Varlığı İle İlgili Veriler:.....	51
Tablo 20: Hastaların Homisid Dışı Suçlarının Şekli ve Şiddeti:	51
Tablo 21: Hastaların PANSS ve SCID II Toplam Puanları: (Mann-Whitney Testi).....	55
Tablo 22: Hastaların SF36 Form Puanlarının Dağılımı ve İstatistik Verileri: (Mann-Whitney Testi)	55

VII. ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1: Hastaların Homisid Suçunun Yönüne Göre Dağılımı.....	38
Şekil 2: Hastaların Cinsiyet Dağılımı	39
Şekil 3: Homisid Kurbanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	47
Şekil 4: Homisid Suçunun İşlendiği Yere Göre Dağılımı.....	48
Şekil 5: Suçun İşlendiği Yer ve Suç Aleti Dağılımı	48
Şekil 6: İki Grup Arasında Anlamlı Farklılık Saptanan Kişilik Bozuklukları Görülme Oranları	53
Şekil 7: Hastaların Kişilik Özellikleri Dağılımı	54

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO) tarafından önemli bir sağlık sorunu kabul edilmiş ve kendine ya da bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması olarak tanımlanmıştır (WHO 1998).

Tarih boyunca şiddet davranışı ile ruhsal hastalıklar arasında doğrudan bir ilişki olduğu düşünülmüştür (Marzuk 1996). Ancak 1945'e kadar, psikiyatrik bozukluğu olanlarda saldırgan davranışın sıklığını araştıran çok sayıda çalışmada ruhsal hastalığı olanların topluma oranla daha tehlikeli olmadığı ve daha az tutuklandığı saptanmıştır (Öncü ve ark. 2007). 1980'li yıllarda uzman görüşleri şizofreni ve psikoza olan bireylerde şiddet açısından artmış bir risk bulunmadığını öne sürmekteydiler (Monahan ve Steadman 1983). Ancak son 20 yılda geniş örneklemelere dayanan çalışmaların yayınlanmaya başlamasıyla birlikte şizofreni ve diğer psikoza ile şiddet arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu düşünölmeye başlanmıştır (Kooyman ve ark. 2007).

Bazı çalışmalar ise ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin sergiledikleri saldırgan davranışların bu bireylerin yükselmiş olan saldırıya maruz kalma olasılığı ile ilişkili olduğunu saptamış ve şiddetin karşılıklı olan iki yönlü boyutuna vurguda bulunmuşlardır (Walsh ve ark. 2003, Silver ve ark. 2005, Hodgins ve ark. 2007).

Şiddet birçok yönüyle insanı "nasıl baş edebiliriz" sorusuyla baş başa bırakmış, dolayısıyla şiddeti öngören değişkenler uzun zamandan beri önemli bir araştırma konusu olmuştur (Webster ve ark. 1997, Herrenkohl 2011). Alanyazında genç yaş, erkek cinsiyet, düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim, psikiyatrik özgeçmişte antisosyal ve şiddet içeren davranışlar, antisosyal özellikler, agresif çocukluk çağı davranışlar ve madde kullanımı tekrarlayan biçimdeki şiddet davranışlarıyla ilişkili bulunmuştur (Harris ve Rice 1997).

Epidemiyolojik alışmaları ile de bilinen Eronen ve arkadaşları ruh sağlığı ve akıl hastalıklarının da şiddeti öngören önemli bir değişken olabileceğini düşünmüşler, şiddet ve ruhsal bozukluk arasındaki ilişkiye  açıdan yaklaşmışlardır: i) ruhsal bozuklukta şiddet varlığı; ii) suçlularda ruhsal bozukluk varlığı ve iii) toplum örnekleminde her ikisinin birlikte bulunması. Bu ilişkiyi kişilik bozukluğu, erkek cinsiyet ve madde kötüye kullanımı birlikteliğinin diğer ruhsal bozukluklara göre ön plana çıktığı şeklinde özetlemişlerdir (Eronen ve ark. 1998).

Çok değişkenli analizler, ciddi bir ruhsal hastalığa sahip olmanın, gelecekteki olası şiddet davranışı kestirimi için tek başına yeterli olmadığını göstermiştir (Elbogen ve Johnson 2009). zgemiş (geçmiş şiddet öyküsü, fiziksel istismar, genç yaşta tutukluluk), klinik (madde kötüye kullanımı, algılanantehlike), sosyodemografik (yaş, cinsiyet, kazanç) ve sosyal (yakın zamanda boşanmış olma, işsizlik, mağduriyet) faktörler ise olası şiddet davranışı kestirimi için daha ilişkili bulunmuştur. Ancak bu etmenlerin çoğu ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde daha fazla saptanmıştır (Elbogen ve Johnson 2009).

Görsel ve yazınsal yayın organları, akıl hastalarının sergiledikleri şiddet davranışını rastgele nesnelere ve tanımadıkları yabancı kişilere yneliyormuş gibi sunma eğilimindedirler. Birkaç ciddi ve homisidal olgu haricinde genel olarak psikiyatri hastaları üzerine yapılan çalışmalar medyanın bu sunum şeklini desteklememektedir (Johnston ve Taylor 2003).

Akıl hastalığı ile tehlikelilik arasındaki ilişkiye dair toplumsal algıya yönelik doğru bir şekilde bilgilendirme yapmak (Pescosolido ve ark. 1999, Torrey 2002) ve akıl hastalığı olan bireylere yönelik olası istenmeyen damgalanmayı önlemek için güvenilir verilere ihtiyaç vardır (Penn ve ark. 1999, Corrigan ve ark. 2004).

Akıl hastalıkları ile şiddet arasındaki ilişki son yıllarda yurtdışı kaynaklı çalışmalarda üzerinde durulan bir konu olmakla beraber yapılan yazılı kaynak ve çalışma taramaları sonucunda ülkemizde bu konuda yeterince çalışma yapılmadığı görülmektedir.

Ülkemizde şiddet içeren suç davranışlarının incelenmesi psikiyatrik hastalar üzerinde ağırlık kazanmıştır (Eronen ve ark. 1998, Öncü ve ark. 2002, Kaya ve ark. 2004). Ancak halen adli olguların klinik durumları (tanı dağılımı, tedavi uyumu vs..) ile suç ilişkisi (suçun türü, suçun kime yönelik olduğu vs..) hakkında yeterli sayıda yayın bulunmadığı gözlenmektedir (Yumru ve ark. 2005).

Tehlikeliliğin ve suça eğilimin belirlenmesi klinik psikiyatrinin önemli konularından biri olmakla beraber, adli alanda çalışanları daha da fazla ilgilendirebilecek bir konu; akıl hastalarının sergiledikleri şiddet davranışına hedef olabilecek kişileri belirleyip gerekli önlemlerin alınması konusunda kişilere ve topluma yol gösterebilmektir.

Bu çalışmanın amacı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Birimine ceza mahkemelerince koruma ve tedavi amacıyla gönderilen veya gözlem nedeniyle (bir suça yönelik ceza sorumluluğu olup olmadığı sorulan) yatırılarak tedavi edilen homisid suçu işlemiş hastalarının belirlenmesi ve aile içi homisid suçu olanlar ile aile dışı homisid suçu olanların sosyo-demografik ve klinik özellikleri itibarıyla karşılaştırılmasıdır. Bu doğrultuda psikiyatri hastalarını ve yakın çevrelerini korumak ve bilgilendirmek ve ruh sağlığı çalışanlarına bu alanda kanıta dayalı veri sunabilmek hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ

2.1.1. Tanım

Şizofreni; davranışın bilişsel, emosyonel, algısal ve diğer yönlerini kapsayan, değişkenlik gösteren, fakat derinden yıkıcı psikopatolojik olan bir klinik hastalıktır. Görünümü hastadan hastaya ve zamanla değişkenlik gösterir, fakat hastalığın etkisi her zaman ağırdır ve genelde uzun sürelidir(Buchanan ve ark. 2007).

Genç yaşta başlayarak uzun yıllar hem hastalarda hem de ailelerde son derece olumsuz etkilere sebep olmaktadır. Toplumun kabullenmedeki güçlüğü hastalığın sosyal yönünü daha da ağırlaştırmaktadır (Yavuz 2008).

Hastalık süreci kendini ortaya koymadan önce premorbid bir dönem bulunmakta ve bu dönemde şizoid veya şizotipal gibi A kümesi kişilik tipi belirtileri bulunmaktadır. Hastaların bir kısmında psikotik başlangıç ani ve açık bir şekilde görülebilmekle beraber hastaların büyük bir kısmında belirgin psikotik belirtilerin bulunmadığı, yavaş gelişen, haftalar-yıllar boyunca sürebilen anksiyete, depresyon, obsesyon ve kompulsiyonlar, panik, somatik yakınmalar gibi özgül olmayan semptomların bulunduğu prodromal bir dönem gözlenir (Ceylan ve Çetin 2005, Sadock 2005, Kırpınar 1998).

Prodromal dönemi, psikotik belirtilerin belirgin olarak bulunduğu aktif dönem takip eder. Aktif faz ardından işlevsellikte belirgin bir düşme veya eski işlevsellığe dönememe (kalıntı) dönemleri görülür. Kalıntı dönem sıklıkla yavaş ilerleyici olup tabloya negatif belirtiler hakimdir (Nasrallah ve Smeltzer 2005).

Bu teorik değerlendirmeye karşın şizofreni çok farklı gidiş ve sonlanım özellikleri göstermektedir (Öztürk 2004).

2.1.2. Tarihçe

Eski Yunan hekimlerinin yazılarında şizofrenik türde ruh sağlığının tanımlandığı bildirilmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2008).

Ortaçağdan 18. yüzyıla kadar psikotik bireyler şeytanın ve kötü ruhların esiri olmuş, tanrının gazabına uğramışvarlıklar olarak nitelendirilmiş, toplum dışına itilmiş, hatta işkence ve ölüm cezalarına çarptırılmışlardır (Işık 2006).

Şizofreni ile ilgili ilk tanımlamalardan en bilineni Fransa’da Philippe Pinel (1745-1846) tarafından yapılmıştır. Pinel bu hastaların çoğunu “düşünme yeteneğinin ortadan kalkması ya da bozulması (demans)” diye isimlendirdiği bir kategoriye sokmuştur. Pinel’e yakın olarak İngiltere’de Haslam (1764-1844) “genç kişilerde olan bir delilikten” bahsetmiştir. Avusturya’lı psikiyatrist olan Benedict Agustin Morel (1809-1873) “juvenil demans” diye adlandırdığı genç olgular bildirmiştir. Almanya’da Karl Kahlbaum (1828-1899) katı postur ve mutizmle karakterize bir tablo olan “katatoni” tanımını yapmıştır. Öğrencisi Ewald Hecker de (1843-1909) uygunsuz, saçma manyerizmler, aşırı derecede regresif davranışlar ve anlamsız, saçma düşünmeyle seyreden psikotik tabloları “hebefreni” olarak isimlendirmiştir. Psikozların sınıflandırılmasında betimleyici yaklaşım, özellikle Emil Kraepelin ile gelişme göstermeye başlamıştır. Kraepelin 1898’de demans praecox, katatoni, hebefreni ve daha önce paranoid demans diye isimlendirdiği durumların aynı hastalık sürecinin alt tipleri olabileceğini ileri sürmüş ve bu durumu ifade etmek için “Dementia Praecox” terimini önermiş ve daha sonra bunu nüks ve remisyonlarla devam eden manik-depresif psikozdan ayırmıştır (Erdal 2006).

1911 yılında ise İsviçre’li bir psikiyatri profesörü olan Eugen Bleuler “Dementia Praecox” yerine yunanca akıl yarılması anlamına gelen ‘şizofreni’ terimini ilk kez kullanan kişidir. Bu terim ile düşünce, duygu ve davranışlar arasındaki bölünmeyi (schisms) belirtmeye çalışmış, “Dementia Praecox” tanımının kapsamını da eleştirerek, bu durumunun tek bir hastalıktan çok, heterojen bir grup olduğunu söylemiştir. Bleuler, erken başlangıç ve şiddetli yıkımın sadece ağır hastalarda görüldüğünü ve şizofreninin mutlaka yıkımlı bir gidişe sahip olmasının gerekmediğini belirtmiştir. Bleuler’e göre şizofrenide gerçek patoloji düşünce sürecindeki çağrışım kaybıdır; sanrı ve varsanılar

ise bu çağrışım bozukluğuna sekonder olarak ortaya çıkmaktadır. Bleuler şizofrenide dört belirtinin temel semptom olduğunu belirtmiştir (Çetin ve Ceylan 2009).

Bunlara ‘Dört A Belirtisi’ adını vermiştir. Bunlar:

- 1- Autism (otizm)
- 2- Assosiasyon bozukluğu (düşünce akışı bozuklukları)
- 3- Affekt Bozukluğu (duygulanım bozuklukları)
- 4-Ambivalans’tır.

2.1.3. Epidemiyoloji

Şizofreni tüm toplumlarda ve coğrafi bölgelerde görülür. Sıklık ve yaşam boyu yaygınlık oranları tüm dünyada hemen hemen eşittir(Buchanan ve ark. 2007).

Şizofrenin sıklığı ve yaşam boyu yaygınlığının tüm dünyada eşit olduğu söylenmekte, ancak İsveç, İrlanda ve Hırvatistan’ın bazı bölgeleri ile Kanadalı Katoliklerde yüksek, Tayvan ve Gana’daki bazı kabilelerde düşük yaygınlık oranları bildirilmiştir. Şizofreni insidansı ise yılda 100.000 kişide 10–54 olarak verilmektedir (Koroğlu ve ark. 2007, Işık 2006).

Şizofreninin yaşam boyu prevalansı % 0.5 ile % 1 arasında değişmektedir (Harris ve ark. 1998).

Önceki bildirimler şizofreninin yaşam boyu yaygınlığını bütün toplumlar için %1’e yuvarlamış olsa da 1960-2000 arasında 46 ülkede yapılmış araştırmalara dayanan yakın zamanlı bir sistematik gözden geçirme, yaşam boyu yaygınlık tahminlerinin geniş bir aralıkta (1000 kişide 4.6 ile 9.2 arası), heterojen bir dağılım olduğunu göstermiştir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise Türkiye’de şizofreni yaşam boyu yaygınlığı (1000 kişide 8.9) bulunmuştur (Binnay ve ark. 2011).

Yakın zamanda yapılan iki ayrı sistematik gözden geçirme, şizofreninin sıklığının erkek ve kadınlar arasında farklı olduğunu ve erkek/kadın oranının 1.4 olduğunu bildirmiştir (Jablensky ve ark.1992).

Şizofreninin başlangıç yaşı erkeklerde 20-25 ve 30-35 yaşları arasında iki kez tepe yaparken kadınlarda hastalık başlangıcı erkeklerden ortalama 5 yıl daha geç olarak ortaya çıkmaktadır. 30'lu yaşlara kadar kadın/erkek oranı erkek lehine fazla iken, 40 yaşından sonra bu oran kadınlar lehine iki kat olarak artmaktadır (Erdal 2006).

2.1.4. Etyoloji

Şizofreninin çok sayıda faktörün bir araya gelmesi ile oluşan bir hastalık olduğu görüşü kabul edilmektedir (Köroğlu ve Güleç 2007).

Etyolojik faktörlerden bazıları şunlardır:

2.1.4.1. Kalıtım

Aile araştırmaları, anne ya da babadan herhangi biri hasta ise çocuklarda hastalık riskinin %12.5 -13.8; hem anne hem de baba hasta ise bu riskin %35 – 46 olduğunu göstermişlerdir. Anne ve babanın sağlıklı, kardeşlerden birinin hasta olması durumunda kardeşlerde şizofreni riski %6.7 – 8.2 olarak bulunmuştur. Yakın akrabalar arasındaki hastalanma riski normalden 7 – 10 kat fazladır. Bir hastanın birinci derece akrabalarında şizofreni görülme riski %3 – 10 olarak saptanmıştır (Freedman ve ark. 2001).

Monozigot ikizlerde hastalık konkordansı % 33-78 dizigot ikizlerde ise % 8-28 arasındadır. Hastaların birinci dereceden akrabalarında şizofreni gelişme riski, normal kişilerin akrabalarına göre en az beş kat daha yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerden her ikisinin de şizofreni hastalığına sahip olması durumunda, çocuklarda şizofreni gelişme riski % 40'dan daha yüksektir. Ayrı çevrelerde olarak yetiştirilen 12 çift monozigot ikizin eş hastalanma oranının %58 olarak bulunmuş olması kalıtımın etkisini gösteren diğer bir kanıttır (Gottesman 1991).

Yeni genom tarama projeleri ve daha önceki yapılan çalışmalar, 1q, 2q, 5q, 6q, 6p, 8p, 10p, 13q, 15q ve 22q kromozomları üzerinde yer alan bazı gen bölgelerinin şizofreni için aday gen bölgeleri olduğunu söylemektedir (Dolek ve ark. 2008).

Şizofrenide birçok aday gen bulunmaktadır. Bunlardan şimdilik en güçlü kanıt değeri olanlar neuroglylin – 1 (NRG-1) ve dysbindindir. Ayrıca; COMT, PRODH2, PCM1, PPP3CC, DTNBP1, DAOA/G72, AKT1, DISC1, GRM3 RGS4, CHRNA7,

PIP5K ilgi odağı olan genlerdir. Bu alandaki bilgiler gün geçtikçe güncellenmektedir (Levinson ve ark. 2003, Lewis ve ark. 2003, Levinson 2005).

2.1.4.2. Çevresel Etkenler:

Çevresel etkenler gebe kalma, gebelik, doğum ve gelişim süresince maruz kalınan biyolojik, fiziksel ve psikososyal etkenleri içermektedir. Şizofreninin, güçlü bir genetik komponenti olduğu ve hastalığın nörogelişimsel bir patolojiden kaynaklandığı hipotezi, genlerin embriyonik nörogelişimi kontrol ettiği, fakat çevresel etkenlerin genotiple etkileşip nöropatoloji ve bilişsel defektlerle sonuçlandığı şeklinde açıklanabilir (Tsuang 2000).

Kannabise artmış maruziyet, şizofreni geliştirme riskini arttırmaktadır. Şizofreni hastalarında yapılan çalışmalar %43 – 51 oranlarında kannabis kullanımı olduğunu göstermiştir. Kannabis kullanımı ile tüm psikotik bozuklukların ortaya çıkma olasılığı oranı (odds ratio) 1.4-2.1 arasında bildirilmektedir (McGrath 2005).

2.1.4.3. Sosyal Etkenler:

Düşük sosyoekonomik düzeyin şizofreni ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Sosyoekonomik düzeyin düşük olmasının stresli yaşam olayları, enfeksiyon, doğum öncesi yetersiz bakım ile şizofreniye yatkınlık oluşturduğu ileri sürülmüştür. Diğer bir görüşe göre ise şizofreninin sosyal ve iş hayatını olumsuz olarak etkileyerek bu hastaların daha alt sosyoekonomik seviyelere kaymalarına neden olduğu kabul edilmektedir (Aygün 2005).

Doğum yeri ve şizofreni arasındaki ilişki güçlü bir şekilde gösterilmiştir. Hollanda ve Danimarka'da yapılan toplum temelli çalışmalar; şehirde doğumun kırsalda doğuma göre relatif riski 2.4 kat arttırdığını göstermiştir (McGrath ve ark. 2004).

Şizofreniye özgü bir yaşam olayı belirtilmemekle birlikte hastalığın nükslerinden önceki dönemlerde ve akut şizofreni belirtilerinin başlamasından önceki yaşadığı ağır stresli yaşam olaylarının varlığından bahsedilmektedir (Bebbington ve ark. 1993).

Göç etmiş kişilerde şizofreni sıklığı artmış olarak saptanmaktadır. Göçün göç eden kişiler için adapte olmak, şehirleşme sorunları gibi dezavantajlarla stresli bir yaşam oluşturarak şizofreniye yatkınlık oluşturduğu düşünülmektedir (Brown 2011).

Sosyal desteğin az olması ve göreceli sosyal yalıtım şizofreni için bir risk faktörüdür (Cantor-Graae ve ark. 2003).

Evlenmemiş olmak şizofreni için bir risk faktörü olarak değerlendirilirken, hastalığın da evlenme olasılığını azalttığını göz önüne almak gerekmektedir (Erdal 2006).

2.1.4.4. Perinatal Komplikasyonlar:

Prenatal ve perinatal komplikasyonlar (obstetrik komplikasyonlar) şizofreni tanımlı hastaların öykülerinde sağlıklı kontrollere ve hastaların sağlıklı kardeşlerine göre daha fazla bildirilmiştir ve bu nedenle bir risk etkeni olarak değerlendirilmektedir (Gedders ve ark. 1999, Taddei ve ark. 2003).

Günümüzde prenatal karşılaşma sonrası şizofreni riskinin arttığı gösterilen etmenler; influenza, rubella, T. Gondii"dir. HSV tip II için çelişkili bulgular mevcuttur (McGrath ve ark. 2009).

Anne karnında viral ve bakteriyel enfeksiyonlara maruz kalmanın bu enfeksiyonlara cevap olarak oluşan sitokinlerin salınımı ve ateş oluşumu ile beyin gelişimini etkilediği ve şizofreni patofizyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir(Boksa ve ark. 2003).

2.1.4.5. Kişilik Özellikleri:

Bleuler, şizofreni başlamadan önce var olan çeşitli psikotik olmayan anormalliklerden bahsetmiştir. Bu kişiler sanrısız yoğunlukta olmayan olağandışı veya acayip çeşitli inanışlarını dile getirebilirler(referans veya büyüsel düşünceler gibi). Bu kişilerin olağandışı algısal yaşantıları olabilir(biçimlenmiş varsanılar olmadan görünmeyen bir kişinin veya gücün varlığını hissetme gibi). Bu belirtilerin yanı sıra negatif belirtiler de sık görülür ve çoğu zaman oldukça ağır olabilir. Kişiler toplumdan uzaklaşırlar, daha önceden zevk aldıkları etkinliklere karşı ilgilerini yitirirler, daha az konuşkan ve meraklı bir hale gelebilirler ve zamanlarının çoğunu uyuyarak geçirebilirler (Kırpınar 1998).

Hastalık seyrini inceleyen çalışmalar, ilk psikotik ataktan önce olguların yaklaşık %75'inde yıllar boyu devam eden negatif ve özgün olmayan belirtilerle belirgin bir prodromal evre olduğunu göstermektedir (Kırpınar 1998, Hafner 2003).

2.1.5. Nörogelişimsel ve Nörodejeneratif Model

Bu varsayıma göre etyolojik faktörler hastalığın başlamasından çok önce normal nöronal gelişimi etkilemekte ve belirli nöronlar ve/veya nöronal devrelerin hasarlanması sonucu hastalık ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda anormal nöronal olgunlaşmanın (nöronal ve glial hücre göçü, dendritik ve aksonal dallanma ve budanma, programlı hücre ölümü) veya stres, travma, enfeksiyon ve madde kullanımı gibi diğer nedenlerin hastalığın başlamasında rol alabileceği düşünülmektedir. Antioksidan mekanizmaların yetersizliği ve membran metabolizma bozukluklarının da nöronal yıkımda rol oynadığı düşünülmektedir (Çetin ve Ceylan 2009).

Gebelikte ve doğum sonrası beyinde oluşan nörogelişimsel süreçteki anormalliklerin belli bir latent dönemden sonra, ergenlik ya da genç erişkinlik dönemlerinde dopamine aşırı duyarlılığın gelişmesi, prefrontal kortekste bozulmuş dopamin işlevinin subkortikal dopamin aktivasyonunu arttırması gibi patolojik olayları harekete geçirerek şizofreninin ortaya çıkmasına yol açabileceği düşünülmektedir (Işık 2006).

Nörogelişimsel modeli destekleyen postmortem çalışmalar da mevcuttur. Yapılan çalışmalarda entorinal korteksin yüzeysel tabakalarında hücre miktarında azalma ve bozulmuş gruplaşma saptanmıştır. Prefrontal korteks, singulat korteks, hippokampus ve lateral temporal kortekslerde, entorinal kortekse benzer bulgulara rastlanmıştır(Fatemi ve ark. 2009).

2.1.6. Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Şizofrenide ilk saptanan bulgu lateral ventrikül dilatasyonudur. Bu durum özellikle şizofrenide kötü gidiş ile birlikte. Manyetik rezonans çalışmalarında en tutarlı bulgular; lateral ve üçüncü ventrikülde dilatasyon, amigdala, hippokampus, parahippokampal girus dahil orta temporal lob girusu, üst temporal girusta hacim azalmasıdır (Levitt ve ark. 2010).

Fonksiyonel görüntüleme teknikleri; fMRI, PET ve SPECT'ten oluşmaktadır. Tüm çalışmalardaki en tutarlı bulgu hipofrontalitedir (Frontal bölgelerde azalmış kan akımı). Frontal bölgelerle birlikte aktivite azalması, limbik sistem yapıları, talamus, bazal gangliyonlar ve serebellumda da saptanmıştır(White ve ark. 2011, Brown ve ark. 2010).

Şizofreni hastalarında, frontal bölgenin yanı sıra temporal lobda da kan akımı değişiklikleri bildirilmiştir. Pozitif psikotik belirtiler ile temporal lobda kanlanma artışı arasında ilişki olması en sık bildirilen bulgular arasındadır. İşitme varsanıları olan hastalarda medyal temporal bölgelerde kanlanma artışı olduğu gösterilmiştir (Silbersweig ve ark. 1995).

Bazı çalışmalarda üst temporal girus hacmindeki azalmanın varsanılar ve elektrofizyolojik değişikliklerle, orta frontal korteks hacim azalmasının ise negatif belirtilerle ilişkili olduğu bildirilmiştir(Menon ve ark. 1995, Andreasen ve ark. 1992).

Şizofrenide, EEG'de anormallikler sıklıkla saptanmış ve bu anomalilerin sol hemisfere lokalize olma eğilimi kaydedilmiştir (Kahraman 1999).

2.1.7. Nörotransmitter Sistemleri

Dopamin: Dopaminerjik sistem aktivitesini arttıran amfetamin, kokain, L-dopa ve metilfenidat gibi ilaçların bazı yönlerden şizofreniye benzer paranoid psikoz yaratabilmesi ve postsinaptik dopamin reseptörlerini bloke eden ilaçların şizofreni belirtilerini azaltabilmesinin gözlenmesi şizofrenide dopamin hipotezinin ortaya atılmasını sağlamıştır (Işık 2007).

Şizofreni hastalarında kortikal alanlarda dopamin azalması, subkortikal alanlarda ise dopamin artışından söz edilmektedir. Pozitif belirtiler ventral tegmental alandan limbik sisteme uzanan mezolimbik yolaktaki dopaminerjik artışla, negatif ve bilişsel belirtiler ise ventral tegmental alandan prefrontal kortekse uzanan mezokortikal yolaktaki dopaminerjik yetersizlikle ilişkili bulunmuştur(Işık 2006, Köroğlu 2007, Ceylan 2001, Ebert ve ark. 2003).

Serotonin: Serotonerjik sistemin dopaminerjik sistem üzerinde inhibitör rolü bulunmaktadır. Serotonin 5-HT 1A reseptörleri otoreseptördür ve fonksiyonları Gai proteinleri aracılığıyla düzenlenir. Şizofrenide Gai protein düzeylerinin düştüğü ve 5-HT1A reseptörlerinin bu etkiyi kompanse etmek üzere upregule olduğu düşünülmektedir. Buradan hareketle 5- HT1A reseptör antagonistlerinin şizofreninin negatif ve bilişsel belirtilerini iyileştirdiği düşünülmektedir (Arıcıoğlu 2010).

Glutamat: Bir NMDA reseptör antagonisti olan fensiklidinin şizofreni benzeri bir duruma yol açması glutamata olan ilgiyi başlatmıştır. Çalışmalar, frontal kortikal alanlarda glutamat reseptörlerinde artış, prefrontal ve hippokampal alanlarda glutamaterjik aktivitede azalma bulmuşlardır (Chaki 2010, Stone 2009).

GABA: Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında prefrontal ve singulat kortekste GABA-erjik nöronlarda azalma saptanmaktadır (Köroğlu 2000).

Noradrenalin: Şizofreni hastalarının bir kısmında özellikle paranoid belirtilerin baskın olduğu hastalarda beyin omurilik sıvısında noradrenalin düzeyi yüksek bulunmuştur (Işık 2006, Ebert ve ark. 2003).

2.1.8. Şizofreni Tanısı

Şizofreni tanısı için herhangi bir laboratuvar testi bulunmadığından tanı, klinik olarak konmaktadır. Şizofreni tanısını koymak için Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanan DSM tanı kriterleri dikkate alınmaktadır. Yakın zamana kadar DSM-IV-TR tanı ölçütleri kullanılırken 2013 yılında Türkçe versiyonu basılan DSM-5 tanı kriterleri kitabının yayımlanmasıyla birlikte bazı yenilikler ve değişiklikler ortaya çıkmıştır.

DSM-IV-TR' ye göre Şizofreni tanı ölçütleri şu şekildedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000):

A. Karakteristik Belirtiler: Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden en az ikisinin bulunması.

- (1) Hezeyanlar (sanrılar)
- (2) Halusinasyonlar (varsanılar)
- (3) Dezorganize konuşma
- (4) İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış
- (5) Negatif belirtiler, yani affektif donukluk, aloji (konuşamazlık) ya da avolisyon (istek kaybı)

DSM-IV'te tek bir Schneideryen belirti varsa (Sanrılar bizar ise, ya da varsanılar kişinin davranışları veya düşünceleri hakkında sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin bir birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa) diğer iki belirtiye eşdeğer sayılırken DSM-5 bu ayrıcalığa son vererek Schneideryen belirtiyi ortadan kaldırmaktadır (Şar 2010).

B. Toplumsal veya Mesleki İşlev Bozukluğu: İş yaşantısında, kişilerarası ilişkilerde, kendine bakım gibi alanlarda önemli bozulmaların olması.

C. Süre: Bozukluğun süregiden belirtilerinin en az 6 ay süreyle devam etmesi. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da reziduel dönemlerde, sadece negatif semptomlarla ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçimleriyle kendini gösterebilir.

D. Şizoaffektif Bozukluğun ve Duygudurum Bozukluğunun Dışlanması: Sizoaffektif bozukluk ve psikotik özellikler gösteren duygudurum bozukluğu dışlanmıştır. Çünkü ya (1) aktif evre belirtileri ile birlikte aynı zamanda major depresif, manik ya da mikst epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da (2) aktif evre belirtileri sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E. Madde Kullanımının/Genel Tıbbi Durumun Dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç vb.) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Bir Yaygın Gelişimsel Bozuklukla Olan İlişkisi: Otistik Bozukluk ya da diğer bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla

tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan ya da halüsinasyonlar da varsa şizofreni ek tanısı konabilir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen ICD-10 tanı kılavuzunda DSM-IV-TR' den farklı olarak; şizofreni tanısı için psikotik belirtilerin bir aydır devam ediyor olmasının yeterli olduğu belirtilir, 6 aylık süre koşulu aranmaz. Ancak, tipik şizofreni belirtileri ortaya çıkmadan önce prodromal bir dönemin olabileceğini kabul eder. ICD-10' da işlevsellikte bozulma şizofreni için bir tanı ölçütü değildir (Öztürk 1993).

DSM-IV-TR' de klinik özellikler, tedavi yanıtı ve seyir esas alınarak şizofrenide; paranoid tip, dezorganize tip, katatonik tip, ayrışmamış tip ve rezidüel tip olmak üzere 5 alt tip tanımlanmıştır (Işık 2006).

Ancak şizofreninin tanımlanan bu alt tipleri DSM-5'te kaldırılmıştır. Buna gerekçe olarak alt tiplerin az kullanılması ve alt tiplerin varlığını düşündüren çalışmaların yöntem bakımından zayıf yönleri olması gösterilmiştir. Katatoninin ise bir ek tanımlayıcı olarak, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar bölümünde yer alan tüm klinik tablolarla kullanılması önerilmiştir (Şar 2010).

2.1.9. Gidiş ve Sonlanım

Şizofreni her zaman ciddi bir hastalık olmakla birlikte, bazı hastalarda göreceli olarak daha iyi bir gidiş görülebilmektedir. Hastalık her zaman yıkımla sonlanmasa da genelde hasta için belirgin ve uzun süreli olumsuz sonuçları olmaktadır. Herbir relapsı, hastanın işlevselliğinde daha fazla kayıp izler. İzlem çalışmaları, şizofreni hastalarının yaklaşık %55'inin orta derecede iyi, %45'inin daha ağır şekilde sonuçlanacağını saptamıştır (Işık 2008).

Bazı hastalarda prodromal dönemle birlikte hastalık yıllarca sinsi ve yavaş bir seyir sürerken arada aktif hastalık dönemleri, akut alevlenmeler ortaya çıkabilir. Bu dönemler kendiliğinden ya da tedaviyle yatıştır. Bundan sonra, yine çok yavaş ilerleyen ve daha çok negatif belirtilerin baskın olduğu, rezidüel şizofreni türüne dönüşebilir (Öztürk 2008).

Bazı hastalarda ergenlik döneminde, oldukça kısa sürede ağır, renkli psikotik tablolar ortaya çıkar ve haftalarca, aylarca sürebilir. Bu dönem düzeldikten sonra uzun süre iyi uyum dönemi olabildiği gibi, bazen aktif pozitif belirtiler yıllarca sürebilir (kronik paranoid şizofrenide olduğu gibi)(Kaplan-Sadock's 2007, Ebert ve ark. 2003).

Huber, 1980 yılında yaptığı çalışmada %22 şizofreni hastasında tam remisyondan söz ederken, Westmeyer ve ark. 1984'te hastalığın başlangıcından 10 yıl sonra hastalık belirtilerinin görülmediği hasta oranını %25 olarak bulmuşlardır. Shepherd ve ark.'nın 1989 yılında yayınlanan 5 yıllık izlem çalışmasında; hastaların %13'ü tek bir atak geçirip 5 yıl içerisinde bir daha hastalanmamış, %30'unda hastalık arada tamamen sağlıklı döneme dönen ya da minimal düzeyde bozukluk gösteren ataklarla seyretmiş, hastaların %10'unda ise hastalık ilk ataktan sonra hiçbir zaman tamamen sağlıklı döneme dönmemiş, %47'sinde ise hastalık her seferinde şiddetleri daha da artan belirtilerle giden epizodik bir seyir izlemiştir (Işık 2006).

Şizofrenide Olumlu Prognoz Göstergeleri:

- Hastalık öncesi kişiliğin sağlıklı olması
- Hastalık öncesi işlevselliğin sağlıklı olması
- Zeka düzeyinin normal olması.
- Orta ve yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olması.
- Kadın cinsiyet.
- Evli olmak.
- Prenatal komplikasyonların olmaması.
- Ailede şizofreni öyküsünün bulunmaması.
- Hastalığın yirmili yaşlar ve sonrasında başlaması.
- Hastalığın akut biçimde başlaması(Fenton ve ark. 1991).
- Hastalığın bir stresle bağlantılı olarak ortaya çıkması.
- Hastalık başlangıcında konfüzyon ve atipik belirtilerin varlığı.
- Dezorganizasyon ve negatif ve bilişsel belirtilerin olmaması.
- Depresif belirtilerin varlığı.
- Hastalık alt tipinin katatonik, paranoid olması.
- Yapısal beyin anomalisi ve patolojisinin bulunmaması .
- Nörokognisyonun iyi olması.

- Hastalık belirtilerinin “ego distonik” olması.
- Hastanın tedavi uyumunun iyi olması.
- Tedaviye erken başlanması: Katatoni tabloları, intihar, bağımlılık gibi durumlar yönünden olumsuz sonuçları önleyebilir.
- Hastaneye yatış sayısı ve süresinin az olması.
- Ailenin hasta, hastalık ve tedaviye karşı olumlu tutumu.
- Ailede sağlıklı duygu dışı vurumunun varlığı.

Şizofrenide Olumsuz Prognoz Göstergeleri:

- Hastalık öncesi kişiliğin sağlıksız olması: Çevreye uyum sağlayamaması, sağlıklı kişiler arası ilişki kuramaması, sağlıksız ve dengesiz duygusal ve cinsel yaşamın olması ve şizotipal, şizoid kişilik yapısı özelliklerinin olması.
- Hastalık öncesi işlevselliğin sağlıksız olması: Ev, okul, aile ya da iş yaşamının sağlıksız olması, sosyal işlevselliğin iyi olmaması.
- Zeka düzeyinin düşük olması.
- Düşük sosyoekonomik düzeyde olması.
- Erkek cinsiyet.
- Hiç evlenmemiş olması.
- Prenatal komplikasyon varlığı.
- Ailede şizofreni öyküsünün bulunması.
- Hastalığın erken yaşta (20 yaş öncesi) başlaması.
- Hastalığın sinsi ve belirgin olmayan biçimde başlaması.
- Hastalığın bir stresle bağlantılı olmadan ortaya çıkması.
- Hastalık başlangıcında konfüzyon gibi belirtilerin olmaması.
- Negatif ve bilişsel bozukluk belirtilerinin varlığı ve yoğunluğu (tartışmalı).
- Dezorganizasyon olması.
- Hastalık alt tipinin basit ya da hebefrenik olması.
- Obsesif kompulsif belirtilerin varlığı.
- Hastalık öncesinde ya da hastalıkla birlikte alkol kullanımı olması.
- Yapısal beyin anomalisi: Ventriküler genişleme ya da atrofi, gibi yapısal anormalliklerin izlenmesi.
- Nörokognisyonun normal olmaması.

- Hastalık belirtilerinin “ego sintonik” olması: hastanın yaşadığı sanrı ve varsanı gibi belirtilerden rahatsız olmaması ve bunları kabullenmesi.
- Hastanın tedavi uyumunun iyi olmaması.
- Tedaviye geç başlanması: Katatoni, intihar, komorbid bağımlılık gibi durumlar yönünden olumsuz sonuçlara neden olabilirse de, defisitler gidışe çok fazla etkili değildir.
- Sosyal izolasyon: Hastanın sosyal yönden izole bir yaşam sürmesi.
- Hastaneye yatış sayısı ve süresinin çok olması, giderek önemini kaybettiği çalışmalarla gösterilmektedir.
- Ailenin hasta, hastalık ve tedaviye karşı olumsuz tutumu.
- Ailede sağlıklı duygu dışı vurumunun varlığı. (Işık 2008)

2.1.10. Klinik Kavramlar

Yanıt (Response):

Akut ya da tedavi direnci olmayan hasta grubunda PANSS ya da BPRS’de ilk ölçüme göre en az %50 azalma, Tedaviye dirençli hasta grubunda ise PANSS ya da BPRS’de ilk ölçüme göre en az %25 azalma yanıt olarak tanımlanmaktadır (Leucht ve ark. 2009).

Relaps:

Psikiyatrik hospitalizasyon, psikiyatrik yardım gereksiniminde artma (klinik vizitlerinde artma, gündüz hastası olarak yatış v.b.), PANSS skorunda %25 ve üzerinde artış ya da PANSS skorunun 40 ve altında olduğu durumlarda 10 puanlık artış olması, Kendine zarar verme davranışı, görüşmeci değerlendirmesinde anlamlı olduğu düşünülen suicidal ya da homisidal düşünce, kişiye ya da nesneye yönelik şiddet içeren davranışta bulunma, CGI değişim skorunda 6 ya da 7 puan almaya neden olacak klinik kötüleşme kriterlerinden birini karşılamak olarak tanımlanmıştır (Csernansky ve Schuchart 2002, Csernansky ve Mahmoud 2002, Lipkovich ve ark. 2007).

Semptomatik Remisyon:

Semptomatik remisyon (SR) kriterleri, 6 aylık süre boyunca, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) alt skorlarının tümünden 3 (hafif) veya daha az puan almak olarak belirtilmiştir (Andreasen ve ark. 2005). Semptomatik remisyon kavramı

kullanılarak yapılan çalışmalarda, ilk episod şizofreni hastalarında remisyon oranları %23,6 – 48 olarak saptanmıştır. Çoklu episod hastalarında ise bu oranlar %22 – 55 olarak saptanmıştır(Emsley ve ark. 2007, Emsley ve ark. 2011).

Tedaviye Direnç:

Dünyada kullanılan şizofreni tedavi kılavuzlarında daha esnek bir tedaviye direnç tanımı kabullenilmiştir. Buna göre; iki ya da üç antipsikotik ilacın etkili dozda 4-6 hafta kullanımı sonrası yanıt alınamıyorsa tedaviye direnç geliştiği kabul edilmektedir (Saddock 2007, Hirsch 2003, Elkis 2007).

2.2. ŞİZOFRENİ VE YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlamıştır (Fidaner ve ark. 1999).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, hastaların kendi sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ve hastaların fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak fonksiyonel kapasitesi olarak tanımlanmıştır (Bullinger ve ark. 1991).

Yaşam kalitesi kavramı tıpta ilk defa 1964 yılında, "Elkinton" tarafından transplantasyon hastaları ile ilgili olarak ele alınmıştır (Top ve ark. 2003).

Yaşam kalitesi, kronik somatik hastalıkların tedavisinde uzun yıllardır gündemde olmakla beraber bu kavramın psikiyatride yer edinmesi yenidir. Toplumda yaşayan kronik ruh sağlığı bozuk hastalarda, yaşam kalitesi çalışmaları 1980'lerden sonra başlamıştır(Malm ve ark. 1981).

Şizofrenide yaşam kalitesi kavramı ise uzun süre hak ettiği yeri bulamamış ve ihmal edilmiştir. 1950'li yıllarda, tipik antipsikotiklerin kullanıma girmesi şizofreni tedavisinde çok önemli sayılabilecek bir gelişmedir. Bununla birlikte uzun bir süre bu ilaçlardan beklenen hastalığın pozitif semptomlarını geriletmesi olmuştur. Şizofrenide yaşam kalitesi çalışmaları 1960'lı yıllarda yatarak tedavi protokolünden ayakta tedavi protokolüne geçiş ile başlamış olmasına karşın uzun süre yeterli ilgiyi görememiştir (Katschnig 1997, Meltzer 1994).

1950'lerde psikotropik ilaçların tanıtılmasıyla tetiklenmiş, mental hastaneler küçültülerek kapatılmış ayrıca hastalık semptomları, tanı ve relaps üzerinde yoğunlaşmak yerine psikiyatri gerçek hayata yönlendirilmiştir.20. yy sonlarında toplum psikiyatrisi alanında hastaların özerklik ve kendi kendilerine karar verme yeteneği kazanma olasılığından bahsedilmiştir (Katschnig 2002).

Bilişsel davranışçı yaklaşımların ortaya çıkmasıyla klinisyenler hastanın içinde bulunduğu ortamın etkisi ve yaşam sorunlarıyla semptomların öznel değerlendirmesi üzerinde durmaya başlamışlardır (Goodman 1997).

Psikiyatrinin ilgi alanına girmesiyle hastanın öznel iyilik durumu tek başına veya psikopatolojiyle ilişkili tartışılabilir bir konu haline gelmiştir. Psikiyatri “yaşam kalitesi” ölçümleri şeklinde adlandırmaksızın hastalıkların “sosyal uyum”, “işgörememezlik”, “sosyal fonksiyon” gibi tıbbi olmayan yönleri için de ölçümler geliştirmiştir (Weisman ve Paykel 1974, WHO 1988, Birchwood ve ark. 1990).

Bigelow ve arkadaşları (1991) ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesinde bir sonuç ölçütü olarak yaşam niteliği kavramını ele almışlardır. Bu modelde, bireyin sosyal talepleri, bireye sunulan fırsatlar/olanaklar ve yeti yitiminin restorasyonu üzerinde durmuşlardır. Yaşam kalitesi kavramının hem öznel hem de nesnel boyutu vardır. “Kendini iyi hissetme”, ”yaşamdan doyum sağlama” ve “mutluluk” gibi ifadeler yaşam kalitesi kavramının öznel boyutunu oluşturur ve kişinin yaşamı hakkındaki duygularını, beklentilerinden etkilenmesini, önceki tecrübelerini ve mevcut şartların algısını göstermektedir. “Bağımsız yaşayabilme”, ”kişilerarası ilişkiler”, ”üretken olma” gibi ifadeler ise nesnel göstergeleri oluşturur ve sosyal fonksiyonel normları ve yaşam tarzını yansıtır(Bigelow ve ark. 1991).

Şizofrenili hastaların yaşam kalitelerini değerlendirip değerlendiremeyecekleri konusu oldukça tartışmalıdır(Browne ve ark. 1996).

Hastalık sürecinde ortaya çıkabilen içgörü kaybı, bilişsel yetersizlikler, inatçı psikotik belirtiler, düşünce ve algılama bozukluklarının varlığı bu konuyu karmaşıklştırmaktadır (Soygür 2003).

Uzun yıllar, bu hastaların kendi yaşam kalitelerini doğru olarak değerlendiremeyecekleri ve bu nedenle de yaşam kalitelerinin genel popülasyondan daha düşük çıkmayabileceği düşünülmüştür (Katschnig 2000).

Yaşam kalitesi, hastalar tarafından daha çok yaşam tarzı ve yaşam standardı olarak tanımlanırken, psikiyatristler için hastalığın semptomlarına yönelik yetiyitimi yokluğu ve profesyonel yardımın gerekliliği olarak öne çıkmaktadır. Her iki değerlendirme boyutunun da bazı kısıtlamaları vardır. Bu kısıtlamalar nedeniyle şizofreni hastalarının yaşam niteliği ölçümünde hastanın kendisinin, yakınlarının ve ruh sağlığı çalışanlarının hep birlikte değerlendirmeye katılması gereklidir (Bobes ve Gonzales 1997, Katschnig 1997).

Şizofren hastaların sağlıklı kontrollerle ve kronik fiziksel hastalıklarla karşılaştırıldığında yaşam kalitelerinin bozulduğu birçok çalışmada ortaya konulmuştur (Carpiniello ve ark. 1997).

Şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda psikopatoloji düzeyleri yüksek olan hastaların daha düşük yaşam kalitesi gösterme eğiliminde oldukları bildirilmektedir (Karow ve ark. 2005).

Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, iş, sosyal ve aile ilişkileri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda kadın hastaların, evli hastaların, eğitim düzeyi düşük hastaların yaşam niteliğinin daha iyi olduğu saptanmıştır (Huppert ve ark. 2001).

Birçok çalışma düşük eğitim seviyesi ve düşük gelirin yaşam kalitesini negatif olarak etkilediğini ortaya koymuştur(Koivumma-Honkanen ve ark. 1996, Huber ve ark. 1975, Cardoso ve ark. 2005, Lehman ve ark. 1991, Mercier ve ark. 1998, Simpson ve ark. 1989, Caron ve ark. 1998).

Ancak, ilginç olarak eğitim seviyesi yüksek hastaların, daha düşük yaşam kalitesi kaydettiklerini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Bobes ve Gonzales 1997, Lehman 1983).

Yine yapılan bazı kesitsel çalışmalarda pozitif ve negatif belirtiler ile yaşam kalitesi arasında zayıf bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Bazı çalışmalar hem pozitif hem de negatif belirtilerin yaşam kalitesine olumsuz etkisinin olduğunu bildirmekle birlikte, bazı çalışmalar özellikle negatif belirtilerin yaşam kalitesine olumsuz etkisinin olduğunu vurgulamaktadır (van de Willige ve ark. 2005, Heider ve ark. 2007, Lehman 1983, Bones ve ark. 1996).

Bu konuda Türkiye’de yürütülen bir çalışmada, literatürde yaygın olarak bildirilen görüşü destekler nitelikte, pozitif belirti düzeyi ile yaşam kalitesi puanları arasında ilişki bulunmazken, negatif belirti düzeyinin yaşam kalitesi puanları ile ters ilişkili olduğu belirlenmiştir(Eren ve ark. 2007).

Diğer klinik değişkenlerin (şizofreninin süresi, başlangıç yaşı gibi) yaşam kalitesi üzerine etkisi henüz tam olarak açığa kavuşmamıştır(Katschnig 1999, Carpiniello ve ark. 1997, Browne ve ark. 1996, Huppert ve ark. 2001, Örsel ve ark. 2003, Packer ve ark. 1997).

Yaşam kalitesi hasta ve hastalık arasındaki etkileşimin gidişini gösteren bir değerlendirme biçimi konumuna gelmiştir. Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar üzerinde yapılan çalışmalarda ilaçların hastalık bulguları üzerindeki etkileri, yan etkileri ve psikososyal performans üzerindeki etkileri birlikte ele alınmaya başlanmıştır. İkinci kuşak antipsikotik ilaçların birinci kuşak ilaçlara göre yaşam kalitesi üzerinde daha olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir (American Psychiatric Association 1997)

2.3. ŞİDDET, SALDIRGANLIK, SUÇ

Tanım:

Saldırganlık, sözel olarak veya fiziksel bir güç harcayarak bir amaca yönelik zorlayıcı eylem olup, kızgınlık, öfke, hiddet veya düşmanlık gibi duygulanımların motor karşılığı olarak tanımlanmaktadır (Sadock 2000).

Erich Fromm insan saldırganlığını iki şekilde olduğunu belirtmiştir; biri hayvanlarla paylaştığımız, savunmaya yönelik saldırganlık, diğeri yıkıcılığı içeren zarar verici saldırganlık. Zarar verici saldırganlık, biyolojik uyum sağlamaya yönelik değildir ve sosyal öğrenme sonucu olduğu düşünülür. Burada saldırganlık dürtüsünün kötüye kullanımı söz konusudur (Can 2002).

Saldırganlık ve şiddet kavramları genellikle eşanlamlı gibi kullanılsa da aralarındaki sınır genellikle tartışma konusudur. 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 biçimidir (Şüküroğlu 2010)

Kapsamlı şiddet tanımından biri de, Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanımdır. Dünya sağlık örgütü (2002) şiddeti; “bireyin kendisine, başkasına, belirli bir topluluk veya gruba yönelik yaralama, ölüm, fiziksel zarar, bazı gelişim bozuklukları veya yoksunluk ile sonuçlanabilen, tehdit ya da fiziksel zor kullanma” olarak tanımlamaktadır (Ünsal 1996).

Şiddet, saldırganlığın bir türü olup, Harrington tarafından saldırgan davranış sürecinin bir uç noktası olarak tariflenmiştir (Taşçıoğlu 1996).

Suç ise; hukuki bir zarar meydana getiren, kişi veya toplum güvenliğini sarsan, kamu düzenini bozup, gelişimini engelleyen sonuçlar doğuran ve cezalandırılması gereken davranıştır (Uygur ve ark. 1992).

Suç davranışının biyolojik görüş açısından önemli iki fenomenolojik ayrımı vardır: Şiddet içeren / içermeyen suç davranışı: Şiddet suçları, kişilere saldırganlığı içerir. Bu eylemler homisid, homisid girişimi, diğer ciddi fiziksel saldırılar ve tecavüzdür. Şiddet içermeyen suçlar, mala karşı suçları içerir. Dürtüsel olan / olmayan suç davranışı: Dürtüsel suç davranışında önceden tasarlama ve kasıt yoktur. Dürtüsel olmayan şiddet suçlarında ise kasıt söz konusudur. Genellikle dürtüsel şiddet içeren suç davranışında biyolojik görüş daha çok desteklenmiş ve araştırmalar bu yönde gelişmiştir (Abay ve Tuğlu 2000).

2.4. PSİKİYATRİK HASTALIKLARDA SALDIRGANLIK VE SUÇ

Saldırgan davranış ile psikiyatrik hastalıklar arasında doğrudan bir ilişki olduğu tarih boyunca öne sürülmüştür (Uygur ve ark. 1992).

Fakat antik çağlarda bile akıl hastalarının hepsinin saldırgan olarak değerlendirilmediği belirtilmektedir. Romalı filozof Philo Judarus, akıl hastalarını “kolay idare edilebilen yumuşak hastalar” ve “hem kendilerine hem çevresindekilere zararlı olabilecek saldırgan hastalar” olarak iki gruba ayırmıştır (İlter 2010).

Yaygınlık:

Son 10 yılda yapılan çok sayıda çalışma şiddet ile psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişkiyi göstermiştir (Hodgins ve ark. 1996, Mullen ve ark. 2000).

Yapılan bir çalışmada, şiddet davranışının ciddi psikiyatrik hastalığı (şizofreni, duygudurum bozuklukları) olan kişilerde olmayanlara kıyasla 5 kez, alkol ve madde kullananlarda ise 12–16 kez daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Türkcan ve ark. 1997).

Giovannoni ve Gurel 4 yıl takip ettikleri 1142 psikotik hastada yaralama, homisid ve hırsızlık suçlarını genel popülasyona göre daha yüksek oranda bularak, hastaların % 95'inin şizofrenik olup, bunların çoğunda alkol kötüye kullanım öyküsü bildirilmiştir (Giovannini ve Gurel).

Psikiyatrik bozuklukların hepsinde şiddet davranışı riski aynı değildir, öte yandan toplumdaki şiddet davranışındaki yükselmeye birlikte psikiyatrik olguların şiddet davranışının da yaygınlaşmakta ve büyük olasılıkla artmakta olduğu ileri sürülmektedir (Erb 2001, Menninger 2000).

İsveç'te 1988–2000 yılları arasında tüm hastane başvuruları ve homisidlerin incelendiği bir çalışmada, şiddet suçu işlemiş kişiler içinde psikiyatrik hastalığı olanların oranı yaklaşık %5 bulunmuştur (Fazel ve Grann 2004).

Sosyo-demografik Özellikler:

Psikiyatrik olan ve olmayan olgularda cinsiyet (erkek olma), iş durumu (işsizlik), düşük öğrenim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey gibi etmenlerin suç işleme riskini artırdığı yönünde pek çok yayın vardır (Marzuk 1996, Öncü ve ark 2007).

ABD, Kanada ve Japonya'da cezai sorumluluğu olmayan psikiyatri hastalarının sosyodemografik özelliklerinin araştırıldığı çalışmada bu grubun, 20-29 yaşları arasında, erkek, bekar, işsiz, eğitim düzeyi düşük, şiddet suçu işlemiş, ciddi psikiyatrik bozukluğu olan ve daha önce hem adli hem de psikiyatrik öyküsü olduğu bulunmuştur (Lymburner 1999).

İngiltere, Galler ve İskoçya'da özel evlerde (private household) yaşayan 16–74 yaş arası 8886 kişide son 5 yıl içindeki şiddet davranışlarının incelendiği bir çalışmada, bu kişilerin %12'sinin son 5 yıl içinde şiddet davranışında bulunduğu, şiddet davranışı gösteren bu grubun %66'sında bir psikiyatrik bozukluk saptandığı bildirilmiştir. Alkol-madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları, duygudurum ve anksiyete bozukluklarının şiddetle bağlantılı olduğu tespit edilmiş, psikotik bozuklukların ise bağımsız olarak

şiddetle doğrudan ilişkisi saptanmamış, komorbiditenin riski arttırdığı bildirilmiştir (Coid ve ark. 2006).

Alkol bağımlılığı, madde bağımlılığı ve antisosyal kişiliğin suç ile daha fazla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Brennan ve ark. 2000, Bowden 1981).

Rappoport ve Lassen, Maryland'da psikiyatri hastanelerinden çıkarılan erkek hastalarda genel popülasyona göre hırsızlığın en yüksek oranda olup, bunu homisid ve cinsel suçun takip ettiğini, şizofrenik hastaların en fazla suç işlediğini bildirmiştir (Rappeport ve Lassen).

Öncü ve arkadaşları (2002a) ceza sorumluluğu olmayan psikiyatrik bozukluğu olanlarda koruma ve tedavi sonrasında yineleyici suç işleme oranını %9 olarak bulmuştur. Başka bir çalışmada ise daha önce kişiye karşı saldırgan davranışta bulunma oranını psikotik grupta %10, psikotik olmayan grupta %20 olarak bulmuştur (Öncü ve ark. 2002a, Soysal ve Uygur 1993).

Bu konuda yapılan çalışmaların birçoğunda daha önceki şiddet ya da suç öyküsünün gelecekteki şiddet davranışı açısından en önemli ön belirleyici olduğu bildirilmiştir (Öncü ve ark 2002).

Maner ve arkadaşları (1991) suç işleyen hastaların dosyalarını inceleyerek yaptıkları retrospektif çalışmada 840 erkek hastanın %32'sinin daha önce suç öyküsü olduğunu bulmuşlardır (Maner ve ark. 1991).

Çalışmalarda suç işleyen psikiyatri hastalarında, geçmişte suç davranışına daha fazla rastlandığı ve suça eğilimin öngörülmesinde en önemli belirleyicinin geçmiş suç davranışı olduğu belirtilmiştir (Grosman ve ark. 1995, Modestin ve Amman 1996, Turgut ve ark. 2006, Yee ve ark. 2011).

2.5. ŞİZOFRENİ VE SUÇ

Yaygınlık:

Şizofreni hastalarının daha fazla şiddet davranışı gösterdiği, şiddet davranışı gösterme sıklığının kişilik bozukluğu ve genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik

sendromlarda, şizofreniye göre daha az, affektif bozukluklarda ise çok ender olduğu belirtilmektedir (Krakowski ve Volavka 1988).

Üç yıllık bir takip çalışmasında, homisid suçu işlemiş 1594 kişi incelendiğinde, 85 kişinin (%5) şizofreni tanısı aldığı tespit edilmiştir (Meehan ve ark. 2006).

Fazel ve arkadaşları, şizofreni hastalarında homisid suçu işleme riskinin %0.3 olduğunu, bu sıklığın genel toplumda ise %0.02 olduğunu bildirmişlerdir (Fazel ve ark. 2009).

Avustralya'da yapılan bir çalışmada homisid suçu işlemiş şizofreni hastalarının sayısındaki artışın toplumun genelindeki homisid oranındaki artışla paralellik gösterdiği saptanmıştır (Wallace ve ark. 2004).

Başka bir çalışmada Kanada, Finlandiya ve İsveç'te adli servislerde yatmakta olan şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve şizofreniform bozukluk tanılı 110 hastanın 25'inin (%22,7) homisid suçu işlemiş olduğu belirtilmiştir (Tengstrom ve Hodgins 2002).

Bir hapisanedeki homisid suçu işlemiş bireylerin araştırıldığı çalışmada şizofreni tanılı bireylerin % 10,9 olduğu saptanmıştır. Suç işleyen bireylerde psikiyatrik hastalık öyküsüne %21 oranında rastlanmıştır. Homisid suçu işlemiş bireylerde psikiyatrik hastalık öyküsüne ise daha sık (%35) rastlanmıştır (Cote ve Hodgins 1992, Taylor ve Gunn 1984).

Şizofreni hastalarındaki şiddet için risk faktörleri araştırılmış olsa da, psikozda görülen homisid ile ilişkili faktörler hakkında çok fazla bilgi bulunmamaktadır (Fazel ve ark. 2010).

Uluslararası literatür üzerine yapılan bir gözden geçirme yazısında insan öldürme davranışı sergileyen saldırganlardaki şizofreni yaygınlığı %6 olarak belirtilmiştir. Kişilik bozukluğu ve madde kötüye kullanımı/bağımlılığı yaygınlıkları ise sırasıyla %10 ve %38'lik oranlarla daha yüksek çıkmıştır. Bu da akıl hastalıklarının olası şiddet davranışında tek başına belirleyici olmadığını göstermiştir (Ural ve ark. 2013).

1410 şizofreni hastasının son 6 aydaki şiddet davranışlarını inceleyen bir çalışmada, bu hastaların %19,1'inin şiddet davranışı gösterdiği, %3.6'sının ise ciddi şiddet davranışında bulunduğu bildirilmiştir. Ciddi şiddet davranışları psikotik ve depresif semptomatoloji, davranım bozuklukları ve travmayla ilişkilendirilirken, basit şiddet davranışları madde kötüye kullanımı, kişiler arası ve sosyal faktörlerle alakalı bulunmuştur (Drake ve Wallach 1989).

İngiltere'de 1996 ve 1999 yılları arasında işlenen homisid eylemlerini araştıran bir çalışmada homisid suçu işlemiş 1594 kişinin %34'nün psikiyatrik hastalığı olduğu fakat sadece %5'inin şizofreni tanısı aldığı saptanmıştır (Shaw ve ark. 2006).

Birleşik Krallık'da her 10 homisid eyleminden birinin şizofreni hastaları tarafından yapıldığı saptanmıştır (Geddes 1999).

Yeni Zelenda'da yapılan bir çalışmada "anormal" (beklenmeyen) homisid vakaları tüm homisid vakalarının(1498) %8,7'sini oluşturmuştur. Bu vakaların 55 tanesi şizofreni, 19 tanesi psikotik bozukluk, 13 tanesi majör depresyon (özellikle infantisid grubu), 5 tanesi bipolar bozukluk tanısı almıştır. Alkol ve madde kullanımı 10 vakada gösterilmiştir(Simpson ve ark. 2004).

Şizofreninin, şiddet davranışını erkeklerde altı ile on kat arasında, kadınlarda ise sekiz ile on kat arasında arttırdığı bildirilmiştir (Richard-Devantoy ve ark. 2009).

Bu alanda yapılan ve kadınları dahil eden çalışmalara çok ender olarak rastlanmaktadır. Eronen'in Finlandiya'da 13 yıllık bir süre içinde 127 homisid vakasını incelediği bir çalışmada sadece eksen I tanıları değil aynı zamanda eksen II tanıları da incelenmiştir. Kadın suçlularda genel popülasyona göre 70 kez daha fazla şizofreniye eşlik eden antisosyal kişilik bozukluğu ve alkol madde bağımlılığı saptanmıştır (Eronen 1995).

Tekrarlayan suçlar işlemiş kadınlarla yapılan bir çalışmada %81'inde kişilik bozukluğu, %10'unda psikoz saptanmış olup geri kalanlarda herhangi bir psikiyatrik hastalık bulunamamıştır. İlk homisid sonrası %3 oranında kadının ikinci bir homisid eylemi olduğu saptanmıştır. Benzer başka bir çalışmada %2 oranında erkekte tekrarlayan homisidal eylem saptanmıştır (Putkonen ve ark. 2003, Eronen ve ark. 1996).

Uluslararası literatür üzerine yapılan bir gözden geçirme yazısında insan öldürme davranışı sergileyen saldırganlardaki şizofreni yaygınlığı %6 olarak belirtilmiştir. Kişilik bozukluğu ve madde kötüye kullanımı/bağımlılığı yaygınlıkları ise sırasıyla %10 ve %38'lik oranlarla daha yüksek çıkmıştır (Richard-Devantoy ve ark 2009).

Yapılan çalışmalar şizofreni hastalarının homisid suçundan hüküm giymeleri konusunda yüksek risk altında olduklarını göstermiştir (Wallace ve ark. 2004).

Çalışmalar genel toplumdaki artmış homisid oranlarının şizofreni hastalarındaki homisid oranlarını da arttırdığını göstermiştir (Hodgins ve Janson 2002).

Aynı zamanda şizofreni hastalarının bir suçun kurbanı olma riski de yüksek olarak bulunmuştur. Bunun en önemli hazırlayıcı etkeni de kendi agresif davranışlarıdır (Walsh ve ark. 2003, Silver ve ark. 2005, Hodgins ve ark. 2007).

Şizofrenik bireyler toplum tarafından tahmin edilemez ve tehlikeli olarak düşünülürler (Crisp ve ark. 2005).

Bu toplumsal tehlike algısı stigmatizasyonda büyük rol oynamaktadır (Link ve ark.1987).

Stigmatizasyon bu hastalara tanı konulmasını ve tedavi verilmesini etkilemekle birlikte hastaların iyileşmesini, hayat kalitesini ve topluma kazandırılmalarını engellemektedir (Walsh ve Fahy 2002, Clark ve Rowe 2006, Link ve Pelham 2006).

Risk Faktörleri ve Alkol Madde Komorbiditesi:

Şizofreni hastalarında şiddet davranışı psikopatolojik faktörlerle mi ilişkilidir yoksa başka ortak risk faktörleri mi vardır? Bu soruya verilebilecek tanımlayıcı cevaplar halen belirsizdir (Swanson ve ark. 2006).

Risk yönetimi ve sınıflandırmasının çok sayıda sınırlamaları vardır. Yüksek risk sınıfına sokulan hastaların büyük bir kısmı aslında herhangi bir zarara sebep olmazlar. Kasıtlı olmayan yanlış risk sınıflandırması bazı hastaların haksız (kanunsuz) yere tutuklanmasına, diğer hastaların tedavilerinde aksama ihtimaline ve kısıtlı olan sağlık kaynaklarının yanlış yönlendirilmesine neden olur (Large ve ark. 2011).

Homisid eylemi olan şizofreni tanılı bireylerin, hangi özellikleriyle diğer şizofreni tanısı almış bireylerden farklılaştıkları sorusunu akla getirmektedir. Bu bireylerin sosyodemografik ve klinik özellikleri, kurbanlarının kimler oldukları ile ilgili bazı araştırmalar yapılmıştır. Bu durum, şiddet davranışı göstermeye yatkın ve homisid suçu işleyebilecek bireyler hakkında aydınlatıcı bilgiler vermektedir (Link ve Stueve 1998).

Risk faktörleri olarak; erkek cinsiyeti, paranoid alt tip tanısının varlığı, düşük sosyoekonomik düzey, alkol kötüye kullanımı, madde kötüye kullanımı, tıbbi tedaviye uyumsuzluk, homisid esnasında aktif hezeyanların varlığı, antisosyal kişilik bozukluğunun varlığı sayılabilir (Belli ve ark. 2010, Rasanen ve ark 1998, Walsh ve ark. 2002, Swartz ve ark. 1999, Taylor ve Gunn 1988, Côté ve Hodgins 1992).

Hodgins'e göre saldırı suçu işleyen şizofreni hastaları iki gruba ayrılmaktadır. İlk ve daha büyük grup çocukluk ve ergenlik döneminden beri antisosyal davranışlar gösteren grup, diğeri ise 30'lu 40'lı yaşlardan sonra antisosyal davranışlar gösteren gruptur ve ikinci grup daha çok sayıda homisidal eylemden sorumludur. İkinci grubun psikotik semptomlarının homisidal eylemle daha güçlü bir ilişkisi olduğu düşünülmektedir (Hodgins 1992).

Ağır akıl hastalığı olan kişilerin düzenli tedavi aldıklarında ise genel popülasyona göre daha tehlikeli olmadıkları söylenmektedir (Torrey 1994).

Şizofreni hastalarında taburculuk sonrası homisid davranışlarının araştırıldığı bir vaka kontrol çalışmasında; hastaneye yatış öncesi ve taburculuk sonrasında alkol ve uyuşturucu madde kullanımı olması, ruhsal hastalığın kronikleşmesi ve taburculuk sonrası tedavi uyumunun olmaması risk faktörleri olarak bildirilmiştir (Fazel ve ark. 2010).

Kayatekin ve ark. 469 hasta üzerinde geriye dönük olarak yaptıkları çalışmada; % 98'inin suç işlediği dönemde herhangi bir tedavi almadığı, % 72'sinin kronik hasta olduğunu, tanı gruplarına göre % 32'sinin şizofreni (özellikle paranoid tip) olduğunu, % 83'ünün saldırganlığının tanıdığı kişilere yönelik olduğunu ve sadece % 5'inin sosyal güvencesinin olduğunu belirtmişlerdir (Kayatekin ve ark. 1991).

Yapılan bir araştırmaya göre, homisid suçu işlemiş şizofreni tanılı bireylerin yaklaşık %25'i daha önce herhangi bir psikiyatri kliniğine hiç başvurmamışlardı. Buna rağmen uzun zamandır şizofreninin klinik bulgularını göstermekteydiler (Torrey 1999).

Türkcan ve ark.nın ceza ehliyetinin tespiti için gönderilen 1831 adli olguyu inceledikleri çalışmada, tüm vakaların % 34'ünün geçmişte suç işlediği, % 48.9'unun ceza ehliyetinin olmadığı ve bunların % 32.8'inde şizofreni olduğu saptanmıştır (Türkcan ve ark. 2000).

Tedavi öncesi homisid suçu işlemiş psikotik hastaları inceleyen çalışmalarda homisid riskinin ilk epizod esnasında hastalığın bütününe göre daha yüksek riske sahip olduğu saptanmıştır. Bu konuda yapılan üç çalışmada homisidal eylemin sırasıyla %42, %38 ve %61 oranında tedavi öncesi ilk epizod esnasında olduğu saptanmıştır(Meehan ve ark. 2006, Appleby ve ark. 2008, Nielsen ve ark. 2007).

Çalışmalarda suç işleyen akıl hastalarında alkol madde kullanım bozukluğunun daha sık olduğu, ayrıca hastalarda saptanan alkol veya madde kullanımının suç davranışının önemli bir belirleyicisi olduğu ileri sürülmüştür. Şizofreni tanısı şiddet davranışı riskini yedi kattan daha fazla arttırırken, şizofreniye eşlik eden alkolizm eştanısı riski on yedi kattan daha fazla arttırmaktadır (Marzuk 1996, Richard-Devantoy 2009, Elbogen 2009, Ellouze 2009, Fazel ve ark. 2009).

Madde kötüye kullanımı eştanısı da yasadışı davranışa önemli bir katkıda bulunur (Richard-Devantoy 2009, Schanda ve ark. 2010).

Bir epidemiyolojik çalışmada şizofreni hastalarının %8-10'unda şiddet davranışı rapor edildiği saptanmıştır. Aynı çalışmada genel popülasyonda bu oran % 2 olarak saptanmıştır. Her iki grupta da madde kullanımının şiddet davranışı göstermede riski arttırdığı saptanmıştır(Swanson ve ark. 1990).

Psikotik Semptomlar ile Şiddet İlişkisi:

Büyük gruplarla yapılan son çalışmalar şiddet içeren davranışlarda psikotik semptomların daha sık görüldüğünü göstermiştir. Psikotik belirtilerin varlığının saldırganlık riskini arttırdığı gösterilmiştir (Stefanis ve ark. 2002, Mojtabai 2006).

Yine de pozitif belirtiler ile şiddet davranışı arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmaların sonuçları çelişkili bulunmuştur (Appelbaum ve ark 2000, Bjørkly 2002a, Bjørkly 2002b).

Bazı çalışmalar pozitif semptomların depresyon ve stres durumları ile biraraya gelmesi sonrasında şiddet davranışı riskinin arttığını saptamışlardır (Hodgins ve ark. 2003, Crocker ve ark. 2005).

Şizofrenide şiddet; paranoid hezeyanlar sonucu, emir veren işitsel varsanılara yanıt olarak veya edilgenlik deneyimlerine sekonder olarak ortaya çıkabilir (Yager ve Gitlin 2005).

Şiddet, hezeyanlı bir düşünce üzerine yoğunlaştığında birden bire ve dürtüsel olarak da eyleme dökülebilir (Cancro ve Lehmann 2000).

Hastaların büyük bir kısmında suç işledikleri esnada aktif psikotik bulgular gözlenmektedir ve suç sonrası şizofren bireylere neden suç işledikleri sorulduğunda bu davranışlarının psikotik belirtilerinden etkilendiği anlaşılmaktadır. O nedenle, şiddetin potansiyel hedefinin saptanması ve riskin hesaplanmasında psikotik semptomların teması ve içeriğinin farkında olunması faydalıdır (Junginger 1996).

Birçok kez dezorganize ya da ajite davranışın bir parçası olarak ya da sanrı sistemi ile varsanıların doğasından kaynaklanmakta olduğunu söylemişlerdir. Kötülük görme şeklinde sanrılar ve varsanılar hastanın diğer kişiler tarafından zarar göreceğini, kendisine kötülük yapılacağını ya da tehditleri içerir. Hastanın duygulanımında etkilenir; böylece kızgın, öfkeli ve sıkıntılı olan hasta, bu tekrarlayan tehditlere karşı bir reaksiyon olarak şiddet davranışına başvurabilir (Krakowski ve ark. 1986, Çetin ve Ceylan 2009, Öztürk 2004, Binnay ve ark. 2011).

Özellikle emir veren işitme varsanıları, saldırgan davranışların ortaya çıkmasına neden olabilir (Erdal 2006).

Joyal ve ark.'nın adli psikiyatri hastanesine tedavi amaçlı yönlendirilen şizofreni ve şizoaffektif tanılı homisid suçu işlemiş ya da homisid teşebbüsü yapmış 58 hastayla yaptıkları bir çalışmada yazarlar suçluların %86'sının kurbanla kişisel bir ilişkide olduğunu saptamıştır. Bu çalışmanın verilerine göre şiddet olayı %78 oranında ev içinde %22 oranında kamusal alanda olmuştur. Antisosyal kişilik bozukluğu olan hastaları

daha çok aile üyesi olmayanlara yönelik homisid suçu işlemiştir. Paranoid tip şizofreni daha sık saptanmıştır. Homisid suçlarının %60'ı varsanı ve hezeyanları takiben meydana gelmiştir.

Aynı çalışmanın verilerine göre antisosyal kişilik bozukluğu da olan şizofreni suçluların %46'sında olay esnasında psikotik semptom saptanırken diğer şizofreni hastalarında %83 oranında psikotik semptoma rastlanmıştır. Perseküsyon hezeyanlarının ağırlıkta olduğu görülmüştür. Antisosyal kişilik bozukluğu da saptanan grupta ilk suç işleme yaşı diğerlerine göre daha düşük, alkol madde bağımlılığı daha yüksek oranda saptanmıştır (Joyal ve ark. 2004).

Bazı yazarlar şiddet davranışı göstermiş şizofreni hastalarının %45'inde bu davranışın doğrudan psikotik semptomlarla ilişkili olduğunu saptamışlardır. Perseküsyon hezeyanları ve işitsel varsanlar gibi belli semptomların şiddet davranışıyla güçlü bir ilişkisi vardır (Taylor 1985, Junginger 1996).

Bazı yazarlar ise şiddet davranışıyla psikotik belirtiler arasında belirgin bir ilişki gösterememişlerdir (Appelbaum ve ark. 2000).

Şizofreni Hastalarında Suç Eyleminin Yönü (Hedef Kitle):

Şiddet davranışında bulunan psikiyatrik bozukluğu olanların hedef kitlesi genel olarak aile üyeleridir. Uygur ve ark. 1992 yılında yaptıkları çalışmada suç işlemiş 50 şizofren olguyu değerlendirmiş ve % 41'inde hedef kitlenin aile üyeleri olduğunu, % 27,4 oranında ebeveynlerin şiddet davranışına maruz kaldığını bildirmişlerdir (Uygur ve ark. 1992).

Şizofreni hastalarından oluşan grubun kontrol grubuna göre belirgin olarak daha fazla oranda birinci derece akraba ve aile yakınlarını hedef olarak seçtiği bulunmuştur. Aile üyeleri ve yakın ilişkideki kurbanlar, tanımadık olan kurbanlara göre dört misli daha fazla yaralanmış veya öldürülmüşlerdir (Tuncer ve ark. 1986, Kayatekin ve ark. 1991, Soysal ve Uygur 1993, Şeker 1996, Nielssen ve ark. 2007, Öncü ve ark. 2002a, Öncü ve ark. 2002b, Nordstrom 2003, Joyal ve ark. 2004, Shaw ve ark. 2006, Belli ve ark. 2010).

Yapılan başka bir çalışmada ise, homisid suçu işleyen 49 hastanın 43'ünün erkek, 6'sının kadın olduğu bildirilmiştir. Yaş ortalamalarının yaklaşık olarak 37

olduğu, çoğunluğunun düşük eğitim seviyesine sahip olduğu, hastaların %75.5'inin işsiz olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, katledilenlerin büyük çoğunluğunun (%69.4) aile içinden bir birey olduğu, homisid suçu işleyen şizofreni tanılı 49 bireyden 10'unun kendi eşini katlettiği tespit edilmiştir (Belli ve ark. 2010).

İngiltere'de yapılan bir araştırma temel alınarak öldürülen kurbanların kimlikleri analiz edildiğinde; homisid eyleminin %55'nin aile içi bir bireye, %22'sinin hastanın daha önce tanıdığı bir kimseye, %14'ünün tanıdık olmayan bir bireye yönelik olduğu bildirilmiştir(Meehan ve ark. 2006).

Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada ise, psikotik hastaların aile içi homisid oranları %64 olarak bulunmuş ve homisid eylemi görülen tanı gruplarının başında şizofreni tanısı alanların geldiği saptanmıştır (Soysal ve Uygur 1993).

Psikotik hastalarda tehlikeliliğin en somut göstergesi olan saldırgan davranış riskinin değerlendirilmesi, hangi faktörlerin bu riski arttırdığı ve bunların nasıl daha azaltılabileceği, bu hastaların topluma nasıl kazandırılacağı konularının araştırılması son derece önemlidir (Uslu 2010).

Hasta bireyin kendisi ve çevresi açısından tehlikeli olma durumu, klinik olarak değerlendirilmesini de öncelikli hale getirmektedir. Bu özellik tedavi yaklaşımı ve hasta bireyin topluma yeniden kazandırılması açısından da önemlidir (Uslu 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma için Bakırköy Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 06.05.2014 tarihinde 397 karar no ile Etik Kurul onayı alınmıştır.

3.1. ÖRNEKLEM

BRSHH Adli Psikiyatri Birimi'nde yatan 18-65 yaş arasındaki homisid suçu işlemiş psikiyatri hastaları çalışmaya alınmıştır. Olgular işledikleri homisid suçu itibariyle hedef kitlelerinin aile içi bireyler veya aile dışı bireyler olmasına göre ikiye ayrılarak, sosyo-demografik ve klinik özellikleri karşılaştırmalı incelenmiştir.

Çalışmamızda rastlantısal olarak alınan hastaların tümüne görüşme ve ölçeklerin niteliğine ilişkin bilgi verilerek bu uygulamanın tedavi ve/veya adli süreçlerinde olumlu ya da olumsuz herhangi bir değişikliğe yol açmayacağı anlatılmış ve çalışmaya katılmayı reddetme ya da görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklanmış, kayıtlarının gizli tutulacağına dair güvence verilmiştir. Değerlendirmeyi kabul eden hastalardan sözlü ve yazılı onay alınmıştır.

Hasta ile yapılan görüşmelerin yanı sıra tüm olguların hastane yatış dosyaları ve eski tıbbi evrakları, poliklinik takip kayıtları ile suç dönemine ait tıbbi ve adli evrakları incelenmiştir.

Ekim 2014- Aralık 2014 tarihleri arasında Adli Psikiyatri servislerinde işledikleri homisid suçu nedeniyle gözlem ya da koruma ve tedaviamacıyla bulunan Şizofreni tanısı almış hastalar içinden çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 72 hasta çalışmaya katılmak için davet edilmiştir. Bütün katılımcılara çalışmacı tarafından klinik görüşme ve SCID-I (DSM-IV Eksen I Bozukluklar için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu) uygulanmıştır. Katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilerek bilgilendirilmiş onam formunu okuyarak doldurmaları istendi. Katılımcılardan SCID-II

ve Sağlık Durumu Anketi (SF-36) formlarını doldurmaları istendi. Sosyodemografik bilgileri içeren soruların olduğu form klinisyen tarafından dolduruldu. Hastaların klinik durumu PANSS ile değerlendirildi.

3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- DSM-IV TR tanı kriterlerine göre Şizofreni tanısı konmuş olması
- 18 yaşından büyük olması
- Homisid suçu işlemiş olması
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek
- Çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda istekli olmak

3.1.2. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

- Zekâ geriliği olan, okur-yazar olmayan hastalar
- Psikomotor hareketliliği yüksek olan hastalar
- Çalışmadakullanılacak ölçekleri anlayacak ve doldurabilecek zeka ve bilgi düzeyine sahip olmayan hastalar
- Çalışmaya katılmak istemeyen hastalar

Çalışmaya alınan 72 şizofreni hastasından 4'ü hem aile içine yönelik hem aile dışına yönelik homisid suçu işlemiş olduğu ve ayrı bir grup olduğunda istatistiksel olarak anlamlı sonuç vermediği için istatistiksel analize alınmamıştır.

Her yönden yıkımla giden bir hastalık olan şizofrenide hastaların formları doldurması ile ilgili sadece kendi görüşlerinin değerlendirilmesinin bir kısıtlılık olduğu göz önüne alınmıştır.

3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER:

Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmamızda kullanılan sosyodemografik veri formunda yaş, doğum yeri, meslek ve çalışma düzeni, medeni durumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, hastalık başlangıç yaşı, hastaneye yatış sayısı, intihar girişimi ve kendine zarar verme

davranışının olup olmadığı, alkol- madde kullanım öyküsü, tedaviye uyumu hastalık ve klinik gidişe ait özellikler içinde incelenmiştir. Veri formuna suç kaydı, suçun niteliği, yönü, sayısı, koruma ve tedavi süresi, gibi suçla ilgili sorular dâhil edilmiştir.

DSM-IV Eksen Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I):

SCID-I DSM-IV major I. eksen bozukluklarının tanısını koymak için geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme aracıdır. Altı modülden oluşmaktadır ve toplam 38 adet DSM-IV I. eksen bozukluğunu, tanı ölçütleri ile araştırmaktadır. Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I)'nin Türkiye için uyarlama ve güvenirlik çalışmaları Çorapçoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır (First ve ark. 1997, Çorapçoğlu ve ark. 1999).

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS):

Kay ve ark. tarafından geliştirilen 30 maddelik ve 7 puanlı şiddet değerlendirilmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Otuz psikiyatrik parametreden 7'si pozitif belirtiler alt ölçeğine, 7'si negatif belirtiler alt ölçeğine ve geri kalan 16'sı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması Kostakoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır (Keltner 2006, Jacob ve Chowdhury 2008).

SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders) Ölçeği:

Klinikte, II. eksen olan kişilik bozukluklarının saptanması öncelikle tedavi edilmeleri açısından önemlidir. Ayrıca I. eksendeki klinik sendromları (major depresyon, anksiyete bozukları) veya psikiyatrik belirtileri (tedavide uyumsuzluk, intihara eğilim), tedavi ve prognozlarını etkileyebilir (Millon 1981, Pfohl ve ark. 1986).

Kişilik bozukluğu değerlendirmesinde açık uçlu sorularla görüşme beraberinde birçok sorunu getirmektedir. Bunlar görüşmecilerarası güvenirlik sorunları, kişilik özelliklerinin kişinin görüşme anındaki klinik durumu yüzünden belirlenememesi gibi sorunlardır. Tanı güvenirliği sorununa çözüm olarak yapılandırılmış klinik görüşme formları oluşturulmuştur. Yapılandırılmış klinik görüşmeler hekimin hasta ile iletişime girmesine ve DSM-III-R kişilik bozukluklarının doğru ve güvenilir olarak saptanmasında klinik becerilerini kullanmasına izin verir (Goldsmith ve ark 1989).

Bunlardan SCID-II, yapılandırılmış bir görüşme aracıdır (Spitzer 1985).

SCID-II biri geçici olmak üzere, 12 DSM-III-R kişilik bozukluğunu sorgulamaktadır. SCID-II'nin orijinal uygulaması, hastanın kişilik bozuklukları ile ilgili formu kendisinin doldurmasının ardından, bu formda olumlu olarak doldurulmuş olan soruların veya hekimin hastada varlığından kuşkulandığı soruların sorulması şeklindedir. Çekingen kişilik bozukluğu ile başlayıp sırasıyla bağımlı, obsesif-kompulsif, pasif agresif, “self-defeating” (kendi kendini baltalayıcı), paranoid, şizoid, histriyonik, narsisistik, sınır ve antisosyal kişilik bozukluklarının her ölçütünü sorgular (Skodol ve ark. 1990, Spitzer 1983, Skodol ve ark. 1988).

SCID-II'nin çeviri çalışması Coşkunol ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(Coşkunol ve ark. 1992).

Short Form-36 (SF-36):

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form 36; Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (Ware ve Sherbourne 1992). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve ark. tarafından 1999'da yapılmıştır (Koçyiğit ve ark. 1999). Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması da amaçlanmıştır. 1990 yılında başlayan çalışmalarda 149 madde ile yola çıkılmış ve 22000'i aşkın kişi üzerinde yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır. Ancak psikometrik özelliklerin ve kapsamının artırılması amacıyla 36 maddeye çıkarılarak SF-36 oluşturulmuştur (Bowling 1997). SF-36'nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir (Ware ve ark. 1993).

Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde) (Ware ve Sherbourne 1992).

Değerlendirme 4. ve 5. maddeler dışında Likert tipi (üçlü- altılı) yapılmaktadır; 4. ve 5. maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır (Ware ve Sherbourne 1992). Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir (Carr ve ark 1996). Alt ölçekler sağlığı 0 ila 100 arasında

değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir.

SF-36'nın Türk toplumu standartları

Alt Boyutlar Ortalama+-Standart sapma

- Fiziksel İşlevsellik 86.6+-25.2
- Fiziksel Rol Güçlüğü 89.5+-29.6
- Ağrı 86.1+-20.6
- Genel Sağlık Algısı 73.9+-17.5
- Vitalite (canlılık) 67.0+-13.8
- Sosyal İşlevsellik 94.8+-14.2
- Emosyonel Rol Güçlüğü 94.7+-20.9
- Ruhsal Sağlık 73.5+-11.6

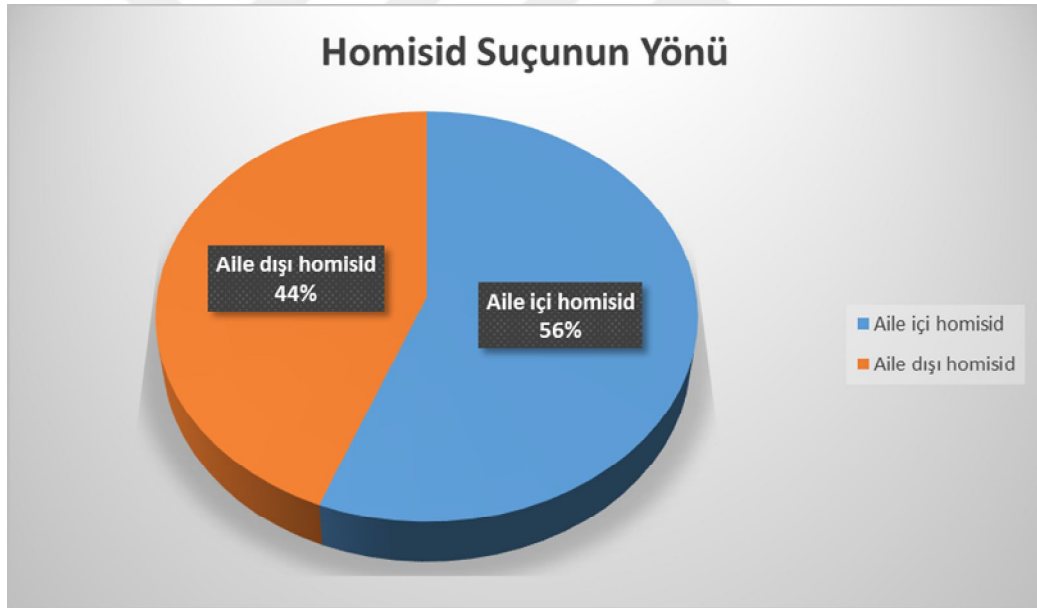
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik verilerin dağılımı ki-kare veya Fisher testi ile değerlendirildi. İki alt grubun yine normal dağılım göstermeyen skor veya sayısal değerleri Mann Whitney-U testi ile kıyaslandı. Normal dağılım sağlandığında ise bu kıyaslama t-testi ile yapıldı. Normallik testi olarak Kolmogorov Smirnov testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen herhangi iki skor veya sayısal büyüklüğün ilişkisi Spearman korelasyon katsayısı ile irdelendi. Analizler SPSS programı ile yapıldı. Tüm testlerde anlamlılık sınırı 0.05 kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİLER:

Bu çalışmaya toplam 72 şizofreni hastası alınmıştır. Bunlardan 38 tanesi aile içine yönelik, 30 tanesi aile dışına yönelik homisid suçu işlemiştir. 4 tanesi ise hem aile içine yönelik hem aile dışına yönelik homisid suçu işlemiş olduğu ve ayrı bir grup olduğunda istatistiksel olarak anlamlı sonuç vermediği için istatistiksel analize alınmamıştır.



Şekil 1: Hastaların Homisid Suçunun Yönüne Göre Dağılımı

Çalışmaya dahil edilen hastaların 5'i (%7,4) kadın, 63'ü (%92,6) erkek hastalardan oluşmaktaydı. AİHG' nda 38 hastadan 3'ü (%7,9) kadın, 31'i (%92,1) erkektir. ADHG' nda 30 hastadan 2'si(%6,7) kadın, 28'i(%93,3) erkektir.



Şekil 2: Hastaların Cinsiyet Dağılımı

Çalışmaya katılan hastaların en genci 24 ve en yaşlısı 74 yaşında idi. Yaş ortalaması aile içi homisid grubunda $45,79 \pm 11,06$ iken aile dışı homisid grubunda $46,9 \pm 13,19$ olarak saptanmıştır. Psikiyatrik hastalık yaşı ortalaması aile içi homisid grubunda $25,97 \pm 10,45$ iken aile dışı homisid grubunda $29,93 \pm 11,68$ olarak saptanmıştır.

Aile içi homisid olguları ile aile dışı homisid olguları yaş ve psikiyatrik hastalık başlangıç yaşı açısından karşılaştırıldıklarında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. (sırasıyla $p:0,7$ ve $p:0,1$)

Tablo 1: Hastaların Yaş ve Psikiyatrik Hastalık Başlangıç Yaşı Dağılımı (T Testi)

		Sayı	Yaş ort.	Std. Sapma	t değeri	P değeri
Suç Kime Yönelik	Aile içi	38	45,7	11,0	-0,37	0,70
	Aile dışı	30	46,9	13,1		
Hastalık Başlangıç Yaşı	Aile içi	38	25,9	10,4	-1,47	0,14
	Aile dışı	30	29,9	11,6		

Aile içi homisid grubunda hastaların 20'si(%52,6) bekar, 4'ü(%10,5) evli, 5'i(%13,2) dul, 9'u(%23,7) boşanmış idi. Aile dışı homisid grubunda hastaların 12'si(%40) bekar, 5'i(%16,7) evli, 1'i(%3,3) dul, 12'si(%40) boşanmış idi.

Aile içi homisid grubunun 21'nin(%55,3)mesleğinin olduğu ve 9 kişinin(%23,7) düzenli çalışma hayatının olduğu, aile dışı homisid grubunun 16'sının(%53,3) mesleğinin olduğu ve 9 kişinin(%30) düzenli çalışma hayatının olduğu saptanmıştır.

Aile içi homisid olguları ile aile dışı homisid olguları medeni durum, meslek varlığı ve iş düzeni açısından karşılaştırıldıklarında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 2: Hastaların Medeni Durum, Meslek ve İş Düzeni Dağılımı

			Medeni durum			
			Bekar	Evli	Dul	Ayrılmış
Suç kime yönelik	Aile içi	n	20	4	5	9
		%	52,6	10,5	13,2	23,7
	Aile dışı	n	12	5	1	12
		%	40,0	16,7	3,3	40,0

			Meslek		İş Düzeni		
			Yok	Var	Çalışmıyor	Düzenli çalışıyor	Düzensiz çalışıyor
Suç kime yönelik	Aile içi	n	17	21	14	9	15
		%	44,7	55,3	36,8	23,7	39,5
	Aile dışı	n	14	16	10	9	11
		%	46,7	53,3	35,3	26,5	38,2

Aile içi homisid grubunda askerliği tam yapmış olanların sayısı 24(%68,6) iken ikinci grupta 15(%53,6)olarak bulunmuştur.

Aile içi homisid olguları ile aile dışı homisid olguları askerlik durumu açısından karşılaştırıldıklarında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 3: Hastaların Askerlik Durumu Dağılımı

			Askerlik Durumu						
			Tam	Psikiyatrik nedenle elverişsiz	Tıbbi nedenle elverişsiz	Asker kaçağı	Hava değişimi almış	Firar	Cezaevinde olduğu için yapamamış
Suç kime yönelik	Aile içi	n	24	8	0	0	2	1	0
		%	68,6	22,9	0	0	5,7	2,9	0,0
	Aile dışı	n	15	4	1	2	4	1	1
		%	53,6	14,3	3,6	7,1	14,3	3,6	3,6

Aile içi homisid olguları ile aile dışı homisid olguları öğrenim süresi, kardeş sayısı, çocuk sayısı, psikiyatrik hastalık süresi ve hastane yatış sayısı açısından karşılaştırıldıklarında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4: Hastaların Diğer Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (Mann-Whitney Testi)

Suç kime yönelik		Öğrenim süresi yıl olarak	Kardeş sayısı	Çocuk sayısı	Psikiyatrik hastalık süresi yıl olarak	Yatış sayısı	
Aile içi	Ortalama	6,4	4,0	1,1	19,8	3,9	
	n	38	38	38	38	38	
	Standart sapma	2,8	2,2	1,5	11,1	3,8	
	Ortanca	5,0	4,0	0,0	20,0	2,5	
Aile dışı	Ortalama	7,3	3,8	0,9	16,7	3,7	
	n	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	
	Standart sapma	3,7	2,4	1,5	10,8	3,6	
	Ortanca	6,5	4,0	0,0	13,5	2,5	
		Z değeri	-1,24	-0,50	-0,40	-1,16	-0,09
		P değeri	0,22	0,61	0,69	0,25	0,93

Aile içi homisid grubunda hastaların şimdiki hastane yatış süresi ortalama $7,26 \pm 6,74$ yıl ve aile dışı homisid grubunda bu süre $7,10 \pm 6,90$ yıl olarak saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p:0,92$).

Tablo 5: Hastaların Ortalama Şimdiki Hastane Yatış Süresi (yıl olarak) Değerleri

	Suç kime yönelik	n	Ortalama	Standart sapma
Şimdiki hastane yatış süresi (yıl olarak)	Aile içi	38	7,26	6,74
	Aile dışı	30	7,10	6,90

Aile içi homisid grubunda 7 hastanın (%38,9), aile dışı homisid grubunda ise 11 hastanın (%61,1) ilk psikoz atağında homisid suçu işlediği saptanmıştır.

Aile içi homisid olguları ile aile dışı homisid olguları suç öncesi hastalık varlığı açısından karşılaştırıldıklarında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. (p:0,09).

Tablo 6: Hastaların Homisid Suçu Öncesi Psikiyatrik Hastalık Varlığı Dağılımı

			Suç kime yönelik	
			Aile içi	Aile dışı
Suç öncesi hastalık varlığı	Yok	n	7	11
		%	38,9	61,1
	Var	n	31	19
		%	62,0	38,0

Aile içi homisid grubunda 13(%34,2) hastada aile öyküsü bulunurken, aile dışı homisid grubunda 9(%30) hastada aile öyküsü bulundu.

Aile içi homisid olguları ile aile dışı homisid olguları soygeçmiş ve ek tıbbi hastalık varlığı açısından karşılaştırıldıklarında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. (sırasıyla p:0,085 ve p:0,712)

Tablo 7: Hastaların Soygeçmiş ve Ek Tıbbi Hastalık Varlığı Dağılımı

			Soygeçmiş		Tıbbi hastalık	
			Yok	Var	Yok	Var
Suç kime yönelik	Aile içi	n	25	13	29	9
		%	65,8	34,2	76,3	23,7
	Aile dışı	n	21	9	17	13
		%	70,0	30,0	56,7	43,3

Aile içi homisid olguları ile aile dışı homisid olguları suisid girişimi, self mutilasyon girişimi ve homisid suçu sonrası suisid girişimi açısından karşılaştırıldıklarında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. (sırasıyla p:0,778 p: 0,740 ve p:0,494)

Tablo 8: Hastaların Suisid Girişimi, Self Mutilasyon Girişimi Varlığı Dağılımı

			Suisid girişimi		Selfmutilasyon		Suç sonrası suisid girişimi	
			Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var
Suç kime yönelik	Aile içi	n	28	10	33	5	31	7
		%	73,7	26,3	86,8	13,2	81,6	18,4
	Aile dışı	n	23	7	25	5	27	3
		%	76,7	23,3	83,3	16,7	90	10

Aile içi homisid olguları ile aile dışı homisid olguları alkol-madde kullanımı açısından karşılaştırıldıklarında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. (p:0,98) Aile içi homisid olgularının 33 tanesinin (%86,8), aile dışı homisid olgularının 26 tanesinin (%86,7) herhangi bir alkol madde kullanım öyküsü olmadığı saptanmıştır.

Tablo 9: Hastaların Alkol-Madde Kullanımı Dağılımı

			Alkol-Madde kullanımı			
			Yok	Alkol kullanımı	Madde kullanımı	Alkol ve madde kullanımı
Suç kime yönelik	Aile içi	n	33	2	2	1
		%	86,8	5,3	5,3	2,6
	Aile dışı	n	26	1	2	1
		%	86,7	3,3	6,7	3,3

Aile içi homisid olgularından 22 (%75,9) tanesi, aile dışı homisid olgularından 21 (%75) tanesi şizofreni paranoid alttipi tanısı almıştır. İki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Aile içi homisid olgularının 9'unun aile dışı homisid olgularının 2'sinin şizofreni alttipi belirlenememiştir.

Tablo 10: Hastaların Şizofreni Altıtipi Dağılımı

			Şizofreni Tipi				Total
			Paranoid	Dezorganize	Kronik	Rezidüel	
Suç kime yönelik	Aile içi	n	22	0	6	1	29
		%	75,9	0,0	20,7	3,4	100,0
	Aile dışı	n	21	1	6	0	28
		%	75,0	3,6	21,4	0,0	100,0

Aile içi homisid olguları ile aile dışı homisid olguları kullandıkları antipsikotik, duygudurum dengeleyici ve antikolinerjik ilaçlar açısından karşılaştırıldıklarında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 11: Hastaların Kullandıkları İlaçların Dağılımı

			Tipik antipsikotik		Atipik antipsikotik		Klozapin		Depo antipsikotik		Duygudurum dengeleyici		Anti kolinerjik	
			Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var
Suç kime yönelik	Aile içi	n	23	15	13	25	27	11	14	24	37	1	7	31
		%	60,5	39,5	34,2	65,8	71,1	28,9	36,8	63,2	97,4	2,6	18,4	81,6
	Aile dışı	n	20	10	12	18	19	11	14	16	25	5	7	23
		%	66,7	33,3	40,0	60	63,3	36,7	46,7	53,3	83,3	16,7	23,3	76,7

Suç İle İlgili Veriler:

Aile içine yönelik homisid suçu işlemiş 38 şizofreni hastasının hayat boyu yargıya intikal eden toplam suç sayısı ortalama $1,53 \pm 1,03$, toplam cezaevi yatış süresi ay olarak ortalama $19,86 \pm 20,38$, homisid suçunun üzerinden geçen süre yıl olarak ortalama $10,97 \pm 7,68$, işledikleri homisid suçunun kurban sayısı ortalama $1,18 \pm 0,46$ iken aile dışına yönelik homisid suçu işlemiş 30 şizofreni hastasının toplam suç sayısı ortalama $1,67 \pm 0,88$, toplam cezaevi yatış süresi ay olarak ortalama $26,52 \pm 37,46$, homisid suçunun üzerinden geçen süre yıl olarak ortalama $10,83 \pm 7,54$, işledikleri homisid suçunun kurban sayısı ortalama $1,13 \pm 0,35$ olarak saptanmıştır.

Aile içi homisid olguları ile aile dışı homisid olguları toplam suç sayısı, toplam cezaevi yatış süresi, homisid suçunun üzerinden geçen süre ve kurban sayısı açısından karşılaştırıldıklarında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. (Mann-Whitney Testi)

Tablo 12: Hastaların Suç İle İlgili Verilerinin Dağılımı

Suç kime yönelik		Toplam suç sayısı	Toplam cezaevi süresi ay olarak	Homisid suçunun üzerinden geçen süre yıl olarak	Kurban sayısı
Aile içi	Ortalama	1,53	19,86	10,97	1,18
	n	38	35	38	38
	Standart sapma	1,03	20,38	7,68	0,46
	Ortanca	1,00	12,00	9,00	1,00
Aile dışı	Ortalama	1,67	26,52	10,83	1,13
	n	30,00	29,00	30,00	30,00
	Standart sapma	0,88	37,46	7,54	0,35
	Ortanca	1,00	12,00	10,00	1,00
Z değeri		-1,20	-0,35	-0,05	-0,32
P değeri		0,23	0,73	0,96	0,75

Aile içi homisid grubunda ilk suç yaşı ortalama $32,79 \pm 11,39$ iken aile dışı homisid grubunda ortalama $33,7 \pm 12,27$ olarak saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,7).

Tablo 13: Hastaların İlk Suç Yaşı Ortalama Değerleri

İlk Suç Yaşı		Sayı	Yaş ort.	Std. Sapma	t değeri	P değeri
Suç Kime Yönelik	Aile içi	38	32,7	11,3	-0,31	0,75
	Aile dışı	30	33,7	12,2		

Aile içi homisid grubunda 33 (%86,8) hastanın, aile dışı homisid grubunda ise 23 (%76,7) hastanın homisid suçu esnasında herhangi bir alkol madde kullanım öyküsü olmadığı saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.(p:0,27)

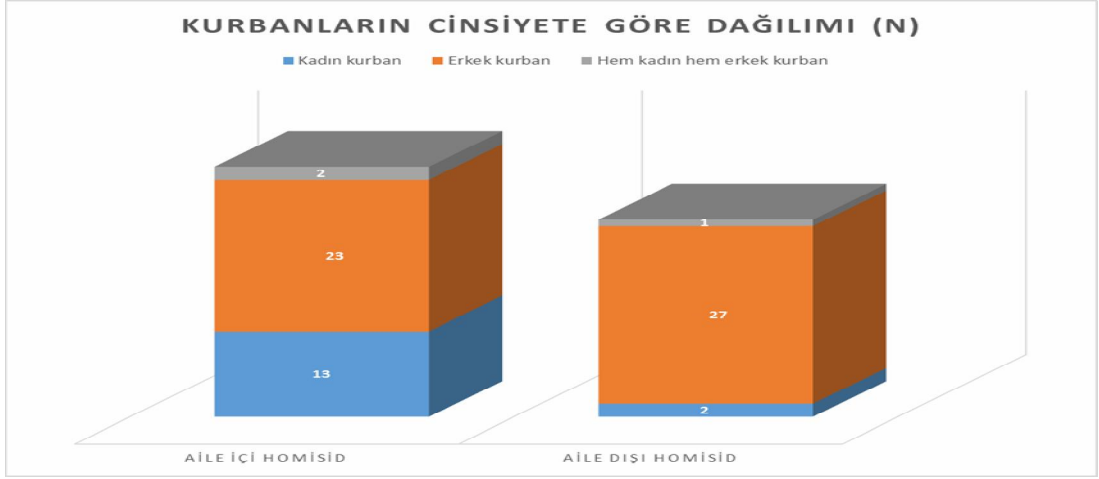
Aile içi homisid grubunda 3 (%7,9) hastanın, aile dışı homisid grubunda 4 (%10,5) hastanın homisid suçu esnasında düzenli ilaç kullanmakta olduğu öğrenilmiştir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.(p:0,69)

Tablo 14: Hastaların Suç Esnasında Alkol-Madde ve İlaç Kullanım Durumları

			Suç esnasında alkol madde kullanımı varlığı				Suç esnasında ilaç kullanımı varlığı		
			Yok	Alkol kullanımı var	Psikoaktif madde kullanımı var	Alkol ve madde kullanımı var	Yok	Düzenli ayaktan tedavi	Düzensiz ayaktan tedavi
Suç kime yönelik	Aile içi	n	33	3	1	1	31	3	4
		%	86,8	7,9	2,6	2,6	81,6	7,9	10,5
	Aile dışı	n	23	5	2	0	20	4	6
		%	76,7	16,7	6,7	0,0	66,7	13,3	20,0

Aile içi homisid olgularının kurbanları kendi içlerinde incelendiğinde homisid suçunun 8(%21)'inin anneye yönelik (matrisid), 11(%28,9)'inin babaya yönelik (patrisid), 4(%10,5)'ünün çocuğa yönelik (infantisid), 5(%13,1)'inin eşe yönelik işlendiği görülmüştür.

Aile içi homisid olgularının kurbanlarının 13 (%34,2)' ünün cinsiyeti kadın ve 23 (%60,5)'ünün cinsiyeti erkek iken aile dışı homisid olgularının kurbanlarının 2 (%6,7)'sinin cinsiyetinin kadın ve 27 (%90)'sinin cinsiyetinin erkek olduğu saptanmıştır. İki grup karşılaştırıldığında aile içi homisid grubunda kadın kurban sayısı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır. (p:0,01)



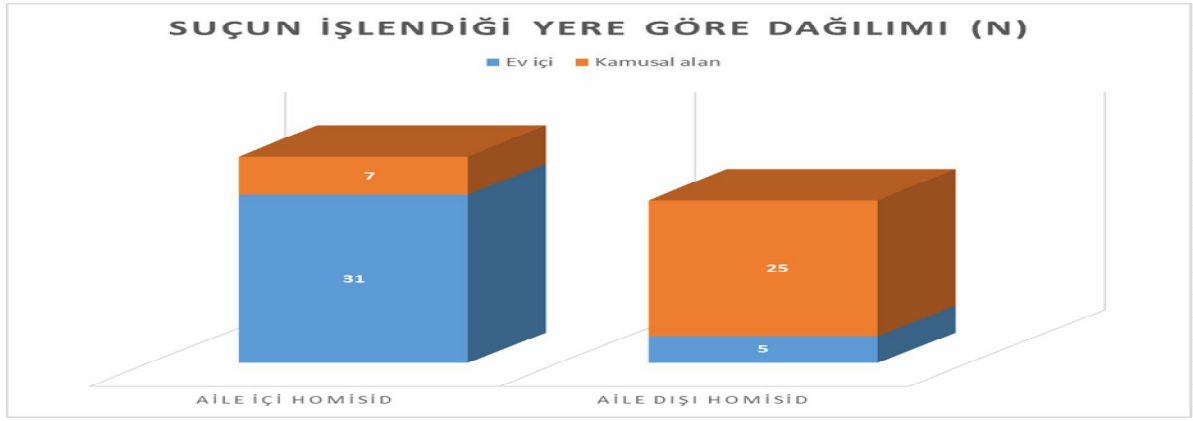
Şekil 3: Homisid Kurbanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

İki grup, saldırganın kurbanı daha önce saldırmış olup olmaması açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. (p:0,40)

Tablo 15: Homisid Kurbanlarının Özellikleri İle İlgili Veriler

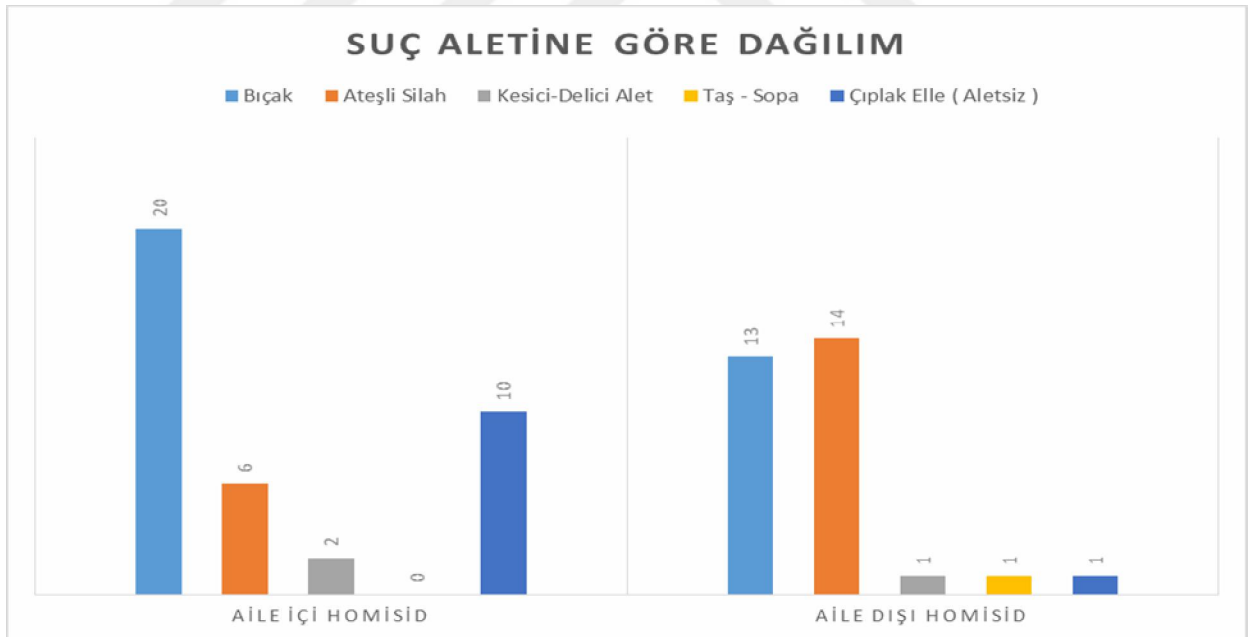
			Kurban cinsiyeti			Kurban saldırganla daha önce karşılaşmış mı?		Saldırgan kurbanı daha önce saldırmış mı?	
			Kadın	Erkek	Kadın ve Erkek	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Suç kime yönelik	Aile içi	n	13	23	2	38	0	8	30
		%	34,2	60,5	5,3	100,0	0,0	21,1	78,9
	Aile dışı	n	2	27	1	22	8	4	26
		%	6,7	90,0	3,3	73,3	26,7	13,3	86,7

Aile içi homisid grubunda homisid suçu hastaların 31 (%81,6)'inde ev içinde gerçekleşirken aile dışı homisid grubunda suç hastaların 5(%16,7)'inde ev içinde gerçekleşmiştir. Aile içi homisid grubunda olayın ev içinde gerçekleşme oranı ikinci gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fazladır. (p:0,00)



Şekil 4: Homisid Suçunun İşlendiği Yere Göre Dağılımı

Homisid suçunu aile içi homisid grubunda hastaların 28(%73,7)'inin alet kullanarak, 10(%26,3)'unun çıplak elle gerçekleştirdiği, aile dışı homisid grubunda ise hastaların 29(%96,7)'unun alet kullandığı saptanmıştır. Buna göre ikinci grubun suç esnasında alet kullanma oranı istatistiksel olarak anlamlı dercede yüksek saptanmıştır. (p:0,017)



Şekil 5: Suçun İşlendiği Yer ve Suç Aleti Dağılımı

Aile içi homisid grubunda hastaların 32(%84,2)'sinde suç esnasında hezeyan, 14(%%36,8)'ünde suç esnasında varsanı saptanırken, aile dışı homisid grubunda

hastaların 27(%90)'sinde hezeyan, 9(%30)'unda varsanı saptanmıştır. İki grup arasında suç esnasında hezeyan ve varsanı varlığı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. (sırasıyla p:0,54 ve p:0,35)

Tablo 16: Hastaların Suç Esnasındaki Hezeyan ve Varsanı Varlığı Dağılımı

			Suç sırasında hezeyan			Suç esnasında varsanı		
			Yok	Var	Veri yok	Yok	Var	Veri yok
Suç kime yönelik	Aile içi	n	2	32	4	19	14	5
		%	5,3	84,2	10,5	50,0	36,8	13,2
	Aile dışı	n	3	27	0	20	9	1
		%	10,0	90,0	0,0	66,7	30,0	3,3

Aile içi homisid grubunda suç esnasında hastaların 19(%59,4)'unda perseküsyon hezeyanlarının varlığı saptanırken aile dışı homisid grubunda hastaların 17(%63)'sinde perseküsyon hezeyanı saptanmıştır. İki grup suç esnasında perseküsyon hezeyanı varlığı açısından karşılaştırıldıklarında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,77)

İki grup suç esnasında şiddet komutu veren işitsel varsanı varlığı açısından karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.(p:0,15)

Tablo 17: Hastaların Suç Esnasındaki Hezeyan ve Varsanı İçerikleri Dağılımı

			Hezeyan içeriği							
			Perseküsyon	Referans	Grandiyöz	Kıskançlık	Bizar	Birdenfazla	Mistik	Paranoid
Suç kime yönelik	Aile içi	n	19	2	1	3	3	1	2	1
		%	59,4	6,3	3,1	9,4	9,4	3,1	6,3	3,1
	Aile dışı	n	17	2	0	2	3	2	0	1
		%	63,0	7,4	0,0	7,4	11,1	7,4	0,0	3,7

			Varsam içeriği					
			Elementer	Komut veren	Şiddet komutu veren	Hakaret-küfür eden	Görsel	Diğer
Suç kime yönelik	Aile içi	n	1	4	3	1	2	1
		%	8,3	33,3	25,0	8,3	16,7	8,3
	Aile dışı	n	0	2	5	1	1	0
		%	0,0	22,2	55,6	11,1	11,1	0,0

Aile içi homisid grubunda hastaların 8(%21,1)'inde suç öncesi plan varlığı saptanırken, aile dışı homisid grubunda hastaların 13(%43,3)'ünün suç planı olduğu saptanmıştır. İki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. (p:0,48)

Tablo 18: Hastalarda Suç Öncesi Plan Varlığı İle İlgili Veriler

			Suç öncesi plan	
			Yok	Var
Suç kime yönelik	Aile içi	n	30	8
		%	78,9	21,1
	Aile dışı	n	17	13
		%	56,7	43,3

Aile içi homisid grubunda hastaların 3(%7,9)'ünün, aile dışı homisid grubundaki hastaların 1(%3,3)'inin birden fazla homisid suçunun olduğu görülmüştür. İki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. (p:0,62)

Aile içi homisid grubunda hastaların 11(%28,9)'inin, aile dışı homisid grubundaki hastaların 13(%43,3)'ünün homisid dışı başka bir suçunun olduğu görülmüştür. İki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. (p:0,21)

Tablo 19: Çalışmaya Katılan Hastaların Birden Fazla Suç Varlığı İle İlgili Veriler:

			İkinci homisid suçu var mı?		Homisid dışı suç var mı?	
			Yok	Var	Yok	Var
Suç kime yönelik	Aile içi	n	35	3	27	11
		%	92,1	7,9	71,1	28,9
	Aile dışı	n	29	1	17	13
		%	96,7	3,3	56,7	43,3

Aile içi homisid grubunda homisid dışı suç işlemiş olan hastaların 10 (%90,9)'unun, aile dışı grupta ise 6 (%46,2)'sının ciddi şiddet içeren suç işledikleri görülmüştür. Buna göre aile içi homisid grubunun homisid dışı suçunun ciddi şiddet içerme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. (p:0,02)

Tablo 20: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Homisid Dışı Suçlarının Şekli ve Şiddeti:

			Şekli							Şiddeti	
			Yaralama	Yaralamasız saldırı	Mala zarar verme	Yangına neden olma	Tehdit	Hakaret	Hırsızlık	Hafif	Ciddi
Suç kime yönelik	Aile içi	n	7	0	1	2	1	0	0	1	10
		%	63,6	0,0	9,1	18,2	9,1	0,0	0,0	9,1	90,9
	Aile dışı	n	5	1	0	1	2	2	2	7	6
		%	38,5	7,7	0,0	7,7	15,4	15,4	15,4	53,9	46,2

SCID II, PANSS ve SF36 Ölçekleri İle İlgili Veriler:

Aile içi homisid grubunda 8 kişide(%21), aile dışı homisid grupta 4 kişide(%13,3) avoidant kişilik bozukluğu saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.(p:0,7)

Aile içi homisid grubunda 9 kişide(%23,7), aile dışı homisid grupta 7 kişide(%23,3) bağımlı kişilik bozukluğu saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.(p:0,9)

Aile içi homisid gurubunda 17 kişide(%44,7), aile dışı homisid grupta 10 kişide(%33,3) obsesifkompulsif kişilik bozukluğu saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.(p:0,3)

Aile içi homisid gurubunda 12 kişide(%31,6), aile dışı homisid grupta 11 kişide(%36,7) pasif agresif kişilik bozukluğu saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.(p:0,6)

Aile içi homisid gurubunda 14 kişide(%36,8), aile dışı homisid grupta 5 kişide(%16,7) self defeating (kendini çelmeleyen) kişilik bozukluğu saptanmıştır. İlk grupta daha sık selfdefeating (kendini çelmeleyen) kişilik bozukluğu gözlenmiştir. İki grup arasında istatistiksel olarak neredeyse anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p:0,06).

Aile içi homisid gurubunda 23 kişide(%60,5), aile dışı homisid grupta 10 kişide(%33,3) paranoid kişilik bozukluğu saptanmıştır. İlk grupta istatistiksel olarak anlamlı şekilde paranoid kişilik bozukluğunun daha sık görüldüğü saptanmıştır(p:0,02).

Aile içi homisid gurubunda 5 kişide(%13,2), aile dışı homisid grupta 6 kişide(%20) şizotipal kişilik bozukluğu saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.(p:0,5)

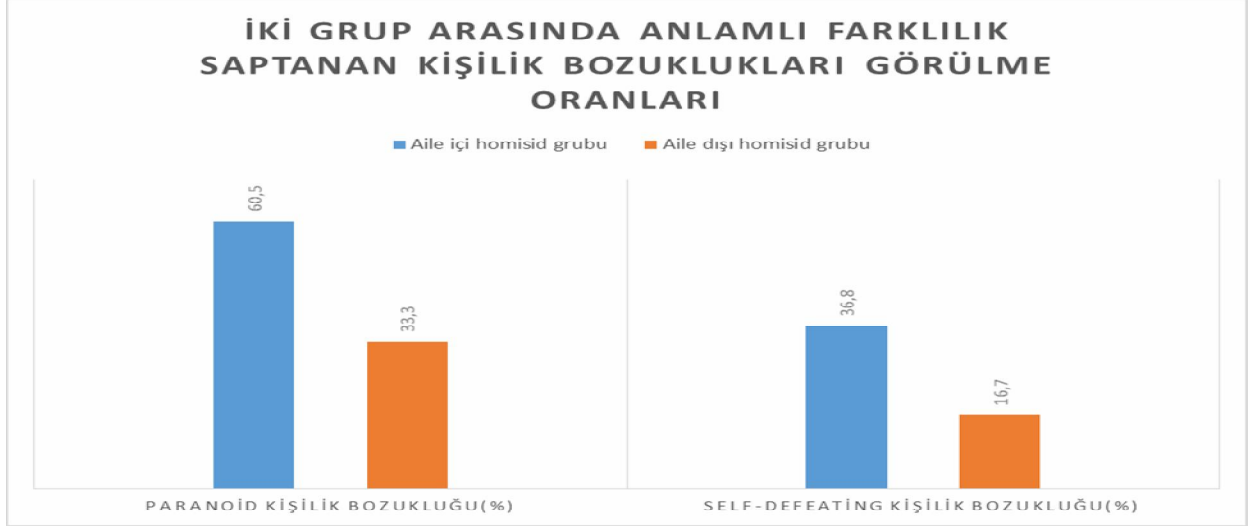
Aile içi homisid gurubunda 5 kişide(%13,2), aile dışı homisid grupta 3 kişide(%10) şizoid kişilik bozukluğu saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.(p:1)

Aile içi homisid gurubunda 18 kişide(%47,4), aile dışı homisid grupta 19 kişide(%63,3) histriyonik kişilik bozukluğu saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.(p:0,1)

Aile içi homisid gurubunda 14 kişide(%36,8), aile dışı homisid grupta 15 kişide(%50) narsistik kişilik bozukluğu saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.(p:0,2)

Aile içi homisid gurubunda 21 kişide(%55,3), aile dışı homisid grupta 19 kişide(%63,3) borderline kişilik bozukluğu saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.(p:0,5)

Aile içi homisid grubunda 10 kişide(%26,3), aile dışı homisid grupta 10 kişide(%33,3) antisosyal kişilik bozukluğu saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.(p:0,5)



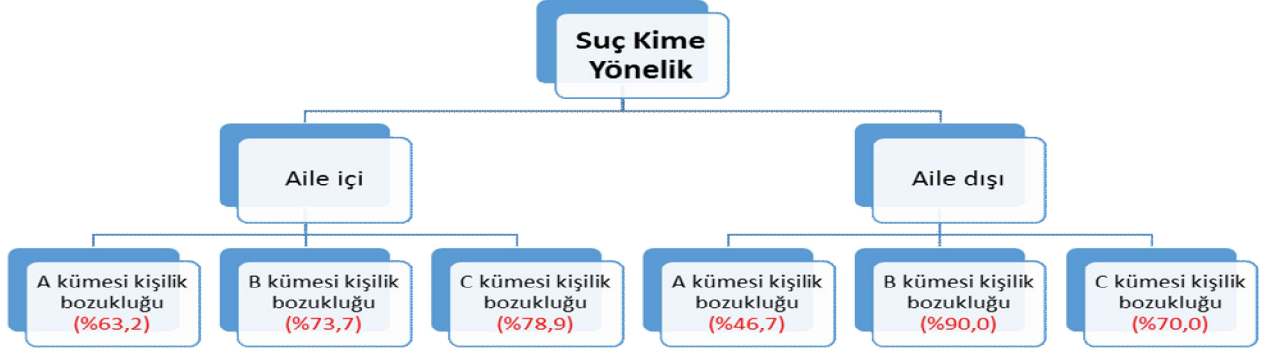
Şekil 6: İki Grup Arasında Anlamlı Farklılık Saptanan Kişilik Bozuklukları Görülme Oranları

Aile içi homisid grubunda SCID-II formuyla tespit edildiği şekliyle hastaların 24(%63,2)'ünde A kümesi kişilik bozukluğu, 28(%73,7)'inde B kümesi kişilik bozukluğu, 30(%78,9)'unda C kümesi kişilik bozukluğu saptanmıştır. Aile dışı homisid grubunda hastaların 14(%46,7)'ünde A kümesi kişilik bozukluğu, 27(%90)'sinde B kümesi kişilik bozukluğu, 21(%70)'inde C kümesi kişilik bozukluğu saptanmıştır.

İki grup A kümesi kişilik bozukluğu açısından karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır. (p:0,17)

İki grup B kümesi kişilik bozukluğu açısından karşılaştırıldığında ikinci grupta B kümesi kişilik bozukluğu oranı daha fazla olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. (p:0,08)

İki grup C kümesi kişilik bozukluğu açısından karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır. (p:0,39)



Şekil 7: Hastaların Kişilik Özellikleri Dağılımı

Aile içi homisid grubunda PANSS1(pozitif belirtiler ölçeği) puanı ortalama değeri $14,5 \pm 8,82$ olarak saptanırken aile dışı homisid grubunda $16,1 \pm 7,97$ olarak saptanmıştır.

Aile içi homisid grubunda PANSS2(negatif belirtiler ölçeği) puanı ortalama değeri $19,7 \pm 8,93$ olarak saptanırken aile dışı homisid grubunda $19,3 \pm 10,14$ olarak saptanmıştır.

Aile içi homisid grubunda PANSS3(genel psikopatoloji ölçeği) puanı ortalama değeri $33,2 \pm 12,04$ olarak saptanırken aile dışı homisid grubunda $34,6 \pm 10,61$ olarak saptanmıştır.

İki grup arasında PANSS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

120 soruluk SCID-II formunda evet ya da hayır şeklinde cevaplananan sorulardan oluşan form hasta gruplarına verildiğinde; “evet” diye cevaplanan soruların ortalama sayısı aile içi homisid grubunda $42,3 \pm 13,06$ iken aile dışı homisid grubunda $41,6 \pm 13,08$ olarak bulunmuştur.

İki grup arasında ikinci eksen toplam psikopatoloji puanı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. (p:0,92)

Tablo 21: Hastaların PANSS ve SCID II Toplam Puanları: (Mann-Whitney Testi)

Suç kime yönelik		PANSS1 pozitif ölçek puanı	PANSS2 negatif ölçek puanı	PANSS3 genel psikopatoloji puanı	SCID II toplam puanı
Aile içi	Ortalama	14,5	19,7	33,2	42,3
	n	38	37	38	38
	Standart sapma	8,8	8,9	12,0	13,0
	Ortanca	12,0	19,0	31,5	42,0
Aile dışı	Ortalama	16,1	19,3	34,6	41,6
	n	30,0	30,0	30,0	30,0
	Standart sapma	7,9	10,1	10,6	13,0
	Ortanca	15,0	17,5	33,5	43,5
	Z değeri	-1,0	-0,3	-0,4	-0,1
	P değeri	0,3	0,7	0,6	0,9

İki grup SF36 form alt ölçekleri puanı ve toplam puanı açısından karşılaştırıldıklarında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 22: Hastaların SF36 Form Puanlarının Dağılımı ve İstatistik Verileri: (Mann-Whitney Testi)

Suç kime yönelik		Fiz. fonk	Fiz. rol	Fiz. ağrı	Fiz. sağlık algısı	Ment. sosyal fonk	Ment. sosyal rol	Ment. ruhsal sağlık	Ment. canlılık	Top. Fiz. puan	Top. ment. puan
Aile içi	n	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
	Ortl	48,3	39,8	52,9	45,6	45,6	37,4	47,3	49,7	48,6	43,4
	StS	7,6	18,8	10,8	8,9	11,5	22,5	10,1	8,1	10,0	13,8
	Ort	50,7	51,9	55,2	46,0	45,9	55,8	48,3	50,8	50,6	49,8
Aile dışı	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	Ortl	48,5	44,1	55,6	46,8	43,7	39,8	44,8	50,3	51,4	42,0
	StS	9,9	17,0	7,9	10,5	13,7	20,6	12,9	12,6	10,7	16,2
	Ort	52,8	56,8	59,9	49,5	45,9	55,8	46,0	55,8	55,2	45,8
	Z değ	-,6	-1,0	-,8	-,6	-,4	-,2	-,6	-,8	-1,7	-,0
	P değ	0,4	0,2	0,3	0,4	0,6	0,7	0,4	0,4	0,0	0,9

(Fiz: fiziksel, fonk: fonksiyon, ment: mental, top: toplam, ortl: ortalama, ort: ortanca, StS: standart sapma, değ:değeri)

İki grup, sf36 puanları ve diğer parametreler arasında çeşitli kombinasyonlarla karşılaştırıldığında:

Aile içi homisid grubunda toplam fiziksel sağlık algısı puanı(fiziksel fonksiyon+fiziksel rol+fiziksel ağrı+fiziksel genel sağlık alt boyutları toplamı)SCID II toplam puanıyla ters yönde ileri derecede anlamlı korelasyon gösterirken (p:0,01), aile dışı homisid grubunda anlamlı farklılık göstermemiştir. Bu istatistiksel anlamlılığın fiziksel fonksiyon, fiziksel rol ve fiziksel ağrı alt boyutlarındaki farklılıktan kaynaklandığı görülmüştür. Fiziksel ağrı puanı her iki grupta da anlamlı farklılık göstermekle birlikte genel fiziksel sağlık puanına katkısı olmamıştır.

Sedee mental sosyal fonksiyon puanı her iki grupta da ters yönde anlamlı bulunmuştur. Yani her iki grubun da sosyal işlevselliği SCID II toplam patolojisiyle ilişkili bulunmuştur (p:0,01 vep:0,01).

Aile içi homisid grubunda PANSS1(pozitif belirtiler ölçeği) toplam puanıyla toplam mental sağlık puanı(mental sosyal fonksiyon+mental emosyonel rol+ mental ruhsal sağlık+mental canlılık alt boyutlarının toplamı) arasında ters yönde anlamlı farklılık saptanmıştır (p:0,04). Aile dışı homisid grubunda anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Aile içi homisid grubunda PANSS2(negatif belirtileri ölçeği) ve PANSS3(genel psikopatoloji ölçeği) puanlarıyla sf36 toplam mental sağlık puanının ters yönde ileri derecede anlamlı korelasyon gösterdiği bulunmuştur (p:0,008 ve p:0,004). Aile dışı homisid grubunda anlamlı farklılık saptanmamıştır.

SCID-II toplam puanıyla PANSS2 puanı karşılaştırıldığında aile dışı homisid grubunda kişilik patoloji puanıyla PANSS2 ölçek puanının ters yönde anlamlı derecede korelasyon gösterdiği bulunmuştur (p:0,01). Yani kişilik patolojisi arttıkça şizofreni negatif ölçek puanı düşmektedir. Aile içi homisid grubunda anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Aile içi homisid grubunda hastalık başlangıç yaşı ile PANSS2 ve PANSS3 ölçek puanlarının ters yönde anlamlı derecede korelasyon gösterdiği bulunmuştur (p:0,003 ve p:0,03). Aile dışında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Aile içi homisid grubunda hastalık yılı ile PANSS1 ölçek puanının aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede korelasyon gösterdiği saptanmıştır (p:0,03).

Aile içi ve aile dışı homisid gruplarının her ikisinde de toplam suç sayısı ile sf36 fiziksel sağlık puanının aynı yönde anlamlı derecede korelasyon gösterdiği bulunmuştur (p:0,001 ve p:0,01).

Aile dışı homisid grubunda ilk kez suç işleme yaşı ile sf36 toplam mental sağlık puanının aynı yönde anlamlı derecede korelasyon gösterdiği saptanmıştır (p:0,02). (geç başlangıçlı olguların işlevselliklerinin daha iyi olduğunu söyleyebiliriz)

Aile içi homisid grubunda suçun üzerinden geçen süre ile PANSS1 puanlarının aynı yönde anlamlı derecede korelasyon gösterdiği bulunmuştur (p:0,04). Aile dışı homisid grubunda anlamlı farklılık saptanmamıştır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın önemi, literatürde ve ülkemizde şizofreni olgularında homisidin yeterince araştırılmamış bir konu olmasıdır. Genel literatürde şizofren hasta grubunda, özellikle aile içi ve aile dışı homisid vakalarını karşılaştıran araştırma sayısı yok denecek kadar azdır.

Çalışmada BRSHH Adli Psikiyatri biriminde, işledikleri suç veya suçlar nedeniyle yatarak gözlem ya da koruma ve tedavi amacıyla bulunan, DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konmuş aile içine yönelik homisid suçu işlemiş 38 hasta ile aile dışına yönelik homisid suçu işlemiş 30 hasta, sosyodemografik özellikleri, hastalığa ilişkin bilgileri, suç ile ilgili bilgiler, kurban ile ilgili özellikler, ikinci eksen kişilik patolojisi ile ilgili bilgiler, işlevsellik ve hastalık şiddeti yönünden karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen hastaların 5'i (%7,4) kadın, 63'ü (%92,6) erkek hastalardan oluşmaktaydı. Aile içi homisid grubunda 38 hastadan 3'ü (%7,9) kadın, 31'i (%92,1) erkektir. Aile dışı homisid grubunda 30 hastadan 2'si (%6,7) kadın, 28'i (%93,3) erkektir. Katılımcılar rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiştir ve bu oran, çalışmanın yürütülmüş olduğu BRSHH Adli Psikiyatri birimindeki genel cinsiyet dağılımı ile uyumludur. Cinsiyetler arasındaki bu oran dengesiz olmasına rağmen, literatürde de ceza sorumluluğu olmayan kişilerin sosyodemografik özelliklerinin araştırıldığı çalışmalarda benzer oranlar saptanmıştır. Erkek/kadın oranı ABD ve Kanada'da 10/1, İrlanda'da 6/1, Japonya'da 4/1, İsrail'de 5.5/1'dir (Lymburner ve Roesch 1999). Hastanemizde daha önce yapılan bir çalışmada da hastaneye çeşitli mahkemeler tarafından adli rapor düzenlenmesi için gönderilen 1831 olgunun geriye dönük incelenmesinde %7.5'i (n=138) kadın, %92.5'inin (n=1693) ise erkek olduğu saptanmıştır (Türkcan ve ark. 2000). Psikiyatri polikliniğine gönderilen adli olguların incelendiği başka bir çalışmada 100 hastanın 96'sının erkek 4'ünün kadın olduğu

görülmüştür. Diğer çalışmalardan farklı olarak olarak Öncü ve ark.'nın bir çalışmasında yineleyici suç açısından, cinsiyetler arasında fark saptanmamıştır (Öncü ve ark. 2002).

Çalışmaya katılan hastaların en genci 24 ve en yaşlısı 74 yaşında idi. Yaş ortalaması toplam grupta $46,2 \pm 11,9$ olup; aile içi homisid grubunda $45,79 \pm 11,06$ iken aile dışı homisid grubunda $46,9 \pm 13,19$ olarak saptanmıştır. Yaş ve cinsiyetle ilgili bu bulgular literatürle uyumludur. Mittermayer'in yaptığı bir çalışmada homisid suçlularının çoğunun erkek olduğu ve ortalama 30-49 yaş aralığında oldukları saptanmıştır (Mittermayer 2007). Öncü ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada yaş ortalaması $41,69 \pm 11,46$ olarak saptanırken (Öncü ve ark. 2002), Kravitz 45,4; Nicholson ve ark.'ları 33,8 olarak belirtmişlerdir (Kravitz ve Kelly 1999) (Nicholson ve ark 1991). Literatürde homisid suçu işlemiş şizofreni olguları ile diğer psikiyatrik hastalıkların karşılaştırıldığı çalışmalarda şizofreni vakalarının daha genç kişiler olduğu saptanmıştır (Kovacevic ve ark. 2008). Kovacevic ve ark.'nın 2010'daki çalışmasında aile içi homisid olguları ve genel homisid olguları karşılaştırılmış; her iki grubun da benzer yaş gruplarında olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın verileri de literatürle uyumludur.

Çalışmamızda 68 hastanın %47'si bekar. Singapur'da Lim ve ark.'larının yaptığı suç işlemiş 86 adli olgunun 5 yıllık ayaktan izlem çalışmasında % 76'sının bekar olduğu belirtilmiştir (Lim ve ark.'ları 1993). Japonya'da ceza ehliyeti olmayan hastaların % 57'sinin bekar olduğu bildirilmiştir (Lymburner ve Roesch 1999). Homisid suçu işlemiş şizofreni olguları ile diğer psikiyatrik hastalıkların karşılaştırıldığı çalışmalarda şizofreni vakalarının daha yüksek oranda bekar olduğu saptanmıştır (Kovacevic ve ark. 2008). Aile içi homisid grubunda hastaların 20'si (%52,6) bekar, 4'ü (%10,5) evli, 5'i (%13,2) dul, 9'u (%23,7) boşanmış idi. Aile dışı homisid grubunda hastaların 12'si (%40) bekar, 5'i (%16,7) evli, 1'i (%3,3) dul, 12'si (%40) boşanmış idi. Bir çalışmada genel homisid olgularının evli olma oranlarının, aile içi homisid olgularına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Kovacevic ve ark. 2010). Çalışmamızda ise iki grup arasında farklılık saptanmamıştır. Literatürle karşılaştırıldığında çalışmamızdaki hastaların daha az oranda bekar oldukları görülmüştür. Bu da toplumumuzda hasta bireyleri evlendirmenin özendirilmesi ve sosyo kültürel nedenlerden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmaya dahil edilen 68 hastanın 31'i (%45,6) işsizdir. Japonya'da ceza ehliyeti olmayan hastaların, % 45'inin işsiz, olduğu bildirilmiştir (Lymburner ve Roesch

1999). Nicholson ve ark.'ları ceza ehliyeti olmayan 61 olguyu 5 yıl süre ile izlemiş, % 86'sının hiç çalışmadığı saptanmıştır (Nicholson ve ark. 1991). Aile içi homisid grubunun 21'nin (%55,3) mesleğinin olduğu ve 9 kişinin (%23,7) düzenli çalışma hayatının olduğu, aile dışı homisid grubunun 16'sının (%53,3) mesleğinin olduğu ve 9 kişinin (%30) düzenli çalışma hayatının olduğu saptanmıştır. Aile içi homisid olguları ile aile dışı homisid olguları öğrenim süresi açısından karşılaştırıldıklarında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürle uyumlu olarak araştırma olgularımızda işsizlik oranı yüksek saptanmıştır.

68 hastanın öğrenim süresi ortalama $6,8 \pm 3,2$ yıldır. Literatürde de suç işlemiş olgularla yapılan çalışmalarda benzer şekilde düşük öğrenim süresi saptanmıştır (Lim ve ark.'ları 1993). Aile içi homisid olgularında öğrenim süresi ortalama $6,45 \pm 2,83$ yıl iken aile dışı homisid olgularında bu süre ortalama $7,3 \pm 3,72$ yıl olduğu bulunmuştur. Aile içi homisid olguları ile aile dışı homisid olguları, meslek varlığı, öğrenim süresi açısından karşılaştırıldıklarında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu bulgular literatür ile uyumludur. Bir çalışmada aile içi homisid olguları ve genel homisid olguları karşılaştırılmış; her iki grubun da, düşük eğitim düzeyine sahip oldukları (%56,2 ve %57,2) ve çalışan kişiler (%71 ve %70,6) oldukları saptanmıştır. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Kovacevic ve ark 2010).

68 hastanın 22'sinde (%32,3) pozitif aile öyküsü vardır. Literatürde homisid suçu işlemiş şizofreni olguları ile diğer psikiyatrik hastalıkların karşılaştırıldığı çalışmalarda şizofreni vakalarında pozitif aile öyküsünün daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır (Kovacevic ve ark. 2008). Aile içi homisid grubunda 13 (%34,2) hastada aile öyküsü bulunurken, aile dışı homisid grubunda 9 (%30) hastada aile öyküsü bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı farklılık yoktur. Kovacevic ve ark.'nın (2010) çalışmasında da aile öyküsü açısından aile içi homisid ve genel homisid olguları arasında farklılık saptanmamıştır (sırasıyla %55,6, %57,3).

Şizofreni yüksek suisid ve homisid riski ile ilişkilidir (Meltzer HY 1998). İngiltere'de yapılan bir çalışmada psikiyatrik hastalardaki homisid suçu sonrası suisid oranı 1952-1965 yılları arasında %27, 1966-2004 yılları arasında %7 olarak saptanmıştır (Large ve ark. 2008). Literatürde aile içi homisid olguları ile genel homisid olgularının karşılaştırıldığı bir çalışmada her iki grupta da %16 oranında intihar girişimi

öyküsü belirtilmiştir (Kovacevic ve ark 2010). Bizim çalışmamızda da bu oran daha yüksek çıkmakla birlikte, iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Aile içi homisid grubunda suisid girişimi oranı %26,3 iken ikinci grupta %23,3 olarak bulunmuştur.

Genel toplumda saldırganlık ve suç davranışını inceleyen çalışmalarda, gençlerin daha saldırgan olduğu (Tardiff ve Koenigsberg 1985, Krakowski ve ark. 1986) ve suçların genellikle 20–30 yaşları arasında işlendiği belirtilmiştir (Tardiff ve Koenigsberg 1985, Krakowski ve ark. 1986, Maner ve ark. 1991, Özdemir 1992, Grosman ve ark 1995). Bizim çalışmamızda ise genel toplumun ilk suç yaşı ortalamasından yüksek olarak aile içi homisid grubunda ilk suç yaşı ortalama $32,79 \pm 11,39$, aile dışı homisid grubunda ortalama $33,7 \pm 12,27$ olarak saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p:0,7$). Çalışmamızın verilerine uygun olarak şizofreni grubundaki yüksek ilk suç yaşı ortalaması ülkemizde yapılmış olan önceki çalışmalarda da saptanmıştır. (Şeker 1996, Öncü ve ark. 2002b, Öncü ve ark. 2007, Belli ve ark. 2010). Türkiye’de yapılmış benzer özellikler taşıyan bir çalışmada ise iki grup arasında suç yaşı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (Soysal ve Uygur 1993).

Şizofren hastaların şiddet içeren suç davranışı öncesinde psikiyatrik kuruma başvuru oranı ülkemizde yapılan bir çalışmada %87,5 olarak bulunmuştur (Belli ve ark. 2010). Diğer bir meta-analiz, homisidlerin %38,5’inin, ilk psikoz atağında ve tedavi başlamadan hemen önce olduğunu göstermektedir. Bu dönemdeki homisid riskinin, tedavi sonrasına göre 15.5 kat daha fazla olduğunu göstermiştir (Nielsen ve Large 2010). Bizim çalışmamızda aile içi homisid grubunda 7 hastanın (%18,4), aile dışı homisid grubunda ise 11 hastanın (%36,6) suç öncesi hastane başvurusunun olmadığı saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p:0,09$). Kovacevic’in 2010’daki çalışmasında aile içi homisid vakalarının %46,9’unun, genel homisid vakalarının %37,1’inin daha önce psikiyatri başvurusu olmadığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda aile dışı homisid grubunda suç öncesi hastane başvuru oranı literatür verilerine göre daha düşük saptanmıştır. Bu bilgi, bölgemizdeki tedavisiz hastaların hastane başvurularını beklemeden saptanmasının ve tedavi edilmesinin önemini vurgulamakta olup, TRSM’lerin etkin çalışmasının önemini bir kere daha vurgulamaktadır.

Aile içi homisid vakaları ile aile dışı homisid olgularını ayıran önemli özelliklerinden biri kurbanın cinsiyeti olabilir. Bir çalışmada genel olarak şizofreni hastalarının şiddet davranışında bütün kurbanlar içerisinde erkeklerin sayısı daha fazla iken aile üyeleri arasından seçilen kurbanlar içerisinde kadınlar çoğunluğu oluşturmaktadır (Nordström ve Kullgren 2003). Erkeklerin aksine, kadınların yabancılar tarafından homisid eylemine maruz kalma oranları daha düşüktür (Kellermann ve Mercy 1992). Aile içi homisid olgularıyla genel homisid olgularının karşılaştırıldığı bir çalışmada aile içi homisid kurbanlarının %56,2'sinin kadın olduğu bulunmuştur, diğer grupta bu oran %15,3'tür (Kovacevic ve ark 2010). Çalışmamızda da benzer olarak aile içi homisid olgularının kurbanlarının diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla oranda kadın oldukları saptanmıştır (p:0,01). Aile içi homisid olgularında kurbanların 13 (%34,2)' ünün cinsiyeti kadın ve 23 (%60,5)' ünün cinsiyeti erkek iken aile dışı homisid olgularında kurbanların 2 (%6,7)' sinin cinsiyetinin kadın ve 27 (%90)' sinin cinsiyetinin erkek olduğu bulunmuştur. Genel homisid vakaları ile karşılaştırıldığında aile içi homisidlerde artmış kadın kurban oranı kadınlara yönelik aile içi şiddetin ve alınması gereken önlemlerin önemini göstermektedir. Bu konuda psikiyatri alanındaki klinisyenlerin yanı sıra diğer tıp dallarındaki hekimlerin, sosyal hizmetlerin ve emniyet birimlerinin ortaklaşa çalışması riski azaltmada etkili olacaktır. Aile dışı homisid grubunda erkek kurban sayısının daha çok olmasının bir nedeni, çalışma bulgularımız yeterince desteklemiyor olsa da, bu grubun farklı özelliklere sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir. Aile dışı homisid grubunun antisosyal özellikler, alkol ve maddeye yatkınlık, dürtüselliğe yatkınlık gibi bazı davranış ve mizaç örüntüleri ile ilişkili olma ihtimali mevcut. Araştırmamızda aile dışı homisid grubunda tabanca kullanarak daha fazla yaralamalara sebep olmak, daha sık hakaret ve hırsızlık suçlarına karışmış olmak, ceza evi yatış sürelerinin daha yüksek olması, askerlikte uyumsuz davranışlarının daha fazla olması bu tezimizi doğrulama niteliğindedir.

Aile içi homisid vakalarının %59,9'u failin evinde gerçekleşirken, genel homisid vakalarının %17,7'sinin sokakta, % 22,1'inin evde gerçekleştiği bulunmuştur. Aile içi homisid olgularında suç aletinin %58,6 oranında bıçak ya da başka bir alet olduğu saptanmıştır (Kovacevic ve ark 2010). Psikotik bozukluğu olan homisid suçlularıyla ceza sorumluluğu tam olan homisid suçlularının karşılaştırıldığı bir çalışmada kurbanları şiddet eylemine maruz kalma yeri açısından karşılaştırıldığında, hasta olan

grubun hedef kitlesi için ilk sırada özel konut ve ortak yaşanan mekan, hasta olmayan grup için ise ilk sırada çalışma alanı, eğlence alanı, özel konut dışı alanların ağırlıkta olduğu bulunmuştur (Ural ve ark 2012). Literatürde de ciddi ruhsal hastalığı olanların şiddet davranışını topluma açık mekanlardan ziyade ev gibi özel mekanlarda gerçekleştirdiklerine dair bilgi mevcuttur (Steadman ve ark. 1998, Joyal ve ark. 2004). Bizim çalışmamızda aile içi homisid grubunda homisid suçu hastaların 31 (%81,6)'inde ev içinde gerçekleşirken aile dışı homisid grubunda suç hastaların 5(%16,7)'inde ev içinde gerçekleşmiştir. Yani literatürle uyumlu olarak aile içi homisid grubunda olayın ev içinde gerçekleşme oranı ikinci gruba göre istatistiksel olarak anlamlı dercede fazladır (p:0,00). Çalışmamızdaki aile dışı homisid grubundaki şizofreni hastalarının diğer çalışmalardaki hasta olmayan homisid olguları gibi suç yeri olarak daha çok kamusal alanları tercih ettikleri görülmüştür.

Homisid suçunu, aile içi homisid grubunda hastaların 28 (%73,7)'inin alet kullanarak, 10(%26,3)'unun çıplak elle gerçekleştirdiği, aile dışı homisid grubunda ise hastaların 29(%96,7)'unun alet kullandığı saptanmıştır. Çalışmamızda ikinci grubun suç esnasında alet kullanma oranı istatistiksel olarak anlamlı dercede yüksek saptanmıştır (p:0,017). Bu bulgu bize aile içi homisid olgularının suç eylemini tasarlamadan, anlık olarak gerçekleştirdiklerini düşündürmektedir. Literatür bilgisi de bu bilgiyi desteklemektedir. Bir çalışmanın verilerine göre şizofreni hastası olan bireylerin saldırıları %60'lık bir yüzde ile en sık çıplak elle gerçekleştirilmiştir ve en sık kullanılan alet %18'lik bir oran ile bıçaktır (Nordström ve Kullgren 2003). Elle yapılan saldırının sık olması anlık ve plansız saldırılarda bulunulduğunu düşündürmüştür. En sık kullanılan saldırı aletinin bıçak olması ise görece daha kolay temin edilen bir alet olmasından kaynaklanabildiği düşünülmüştür (Ural ve ark. 2013). Kovacevic'in 2010'daki çalışmasında da aile içi homisid olgularının suç aleti olarak %58,6 oranında bıçak ya da benzer bir alet kullandıkları belirlenmiştir. Çalışmamızda da iki grupta da en çok kullanılan alet sırasıyla %52,6 ve %43,3 oranları ile bıçak olmuştur.

Alkol kötüye kullanımı, madde kötüye kullanımı, tıbbi tedaviye uyumsuzluk gibi faktörler de şiddet davranışı ve homisid eylemiyle bağlantılı bulunmuştur (Rasanen ve ark. 1998, Walsh ve ark. 2002, Swartz ve ark. 1999). Çalışmamıza katılan 68 hastanın 9'u (%13,2) alkol madde kullanım öyküsü tariflemiştir. Literatürde homisid suçu işlemiş şizofrenlerin diğer psikiyatrik hastalıklara sahip kişiler ile karşılaştırılmasında

daha az alkol ve madde kötüye kullanımının olduğu görülmüştür (Kovacevic ve ark. 2008). Kravitz ve Kelly'nin (1999) yaptıkları şartlı olarak çıkarılan, ceza ehliyeti olmayan 43 adli olgunun geriye dönük kayıtlarının incelendiği çalışmada, % 58 alkol-madde kullanım boz. komorbiditesi saptanmıştır (Kravitz ve Kelly 1999). Bazı yazarlar yabancıya yönelik homisid suçlarında daha çok alkol ve madde kullanım öyküsüne rastlamıştır (Shaw ve ark. 1999, Shaw ve ark. 2004). Bu çalışmanın aksine bizim çalışmamızda aile içi homisid olgularının 5'inde (%13,2), aile dışı homisid olgularının 4'ünde (%13,3) alkol madde kullanım öyküsü saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0,27). Bunun nedeni Shaw ve ark.'nın çalışmayı genel popülasyon içerisindeki olgulardan seçmiş olmaları olabilir. Kovacevic'in 2010'daki çalışmasında bizim çalışmamızla uyumlu olarak alkol-madde kullanım öyküsü pozitifliği açısından aile içi ve genel homisid grupları arasında benzer oranlar saptanmıştır (sırasıyla %64,2 ve %64,5). Fakat oranlar bizim çalışmamızda daha düşüktür. Bunun nedeni batıda alkol madde kullanım oranının daha yüksek olması ve araştırmamızın bir kısıtlılık nedeni olarak sayılabilecek olan hastane dosyalarımızdaki komorbid durumların daha az belirtilmiş olması olabilir (Öncü ve ark. 2002).

Literatürdeki çalışmalar homisid olgularının suç esnasında yüksek oranda alkollü olduklarını söylemektedir. Örneğin Mittermayer ve ark. homisid suçlularının %61,6'sının suç anında alkollü olduğunu saptamıştır. Başka bir çalışmada suç esnasında alkol kullanımı oranı aile içi olgularda %41,4, genel homisid olgularında %26,6 olarak saptanmıştır (Mittermayer 2007, Kovacevic 2010). Bizim çalışmamızda ise suç esnasında aile içi olguların 33'ünde (%86,8) aile dışı olguların 23'ünde (%76,7) herhangi bir alkol madde kullanım olmamıştır. Bu çalışmalarda homisid olgularının tanısız homojenitesinin olmaması, çalışmamızdaki gibi olguların hepsinin şizofreni hastalarından oluşmamış olması, farklı sonuçların ortaya çıkmasının nedeni olabilir.

Angermeyer'in yaptığı çalışma da psikiyatrik hastalarla onların kurbanları arasındaki yakın ilişkiye dikkat çekmiştir (Angermeyer 2000). Psikiyatrik hastaların işlediği homisid suçlarında kurbanların genellikle aile üyeleri arasından seçildiği görülmüştür. Bunun genellikle hastaların hastanede tedavi sonrasında ilaç kullanmaya zorlanacakları ve kontrol altında tutulmaya çalışılacakları aile ortamına geri dönmeleriyle ilişkili olduğu düşünülmüştür. Bu zorlanmalar da aile üyelerine yönelik homisid girişimi olarak sonuçlanmıştır (Reid 2004).

Literatür, psikotik hastaların sergiledikleri şiddet davranışının çoğunlukla aile bireylerine yönelik olduğu konusunda birbiri ile uyumlu bilgiler içermektedir. Ancak hangi aile bireyinin en sık saldırıya uğradığı konusunda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalarda en sık olarak annenin hedef alındığını bulunmuştur (Steadman ve ark. 1998, Şeker 1996, Öncü ve ark. 2002b, Nordström ve Kullgren 2003). Bazı çalışmalarda ise en sık eşin hedef alındığı (% 30-32) bulunmuştur (Soysal ve Uygur 1993, Johnston ve Taylor 2003). Kuzey Amerika’da ve Avrupa’da patrisid vakaları tüm homisid vakalarının %4’ü olarak bulunmuştur (Hillbrand ve ark. 1999, Stoessel ve ark. 1988, Fedorowitz 1999). Diğer taraftan yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının sıklıkla matrisid suçu işlediği görülmüştür (Campion ve ark. 1985, Singhal ve Dutta 1992). Dundovic’in yaptığı bir çalışmada aile içi homisid vakalarının %73,2 oranında eşe yönelik olduğu saptanmıştır (Dundovic 2005). Literatürdeki farklı sonuçlar, çalışmaların örneklemelerinin birbirinden farklı olmasıyla ilişkili olabilir. Genel popülasyonda aile içi homisid vakalarında eşe yönelik suçların oranı yükselirken, psikotik hastalarda ebeveyne yönelik suçların oranı yükselmektedir. Çalışmamızda aile içi homisid olgularının kurbanları kendi içlerinde incelendiğinde homisid suçunun 11 (%28,9)’inin babaya yönelik (patrisid), 8 (%21)’inin anneye yönelik (matrisid), 5 (%13,1)’inin eşe yönelik, 4 (%10,5)’ünün çocuğa yönelik (infantisid) işlendiği görülmüştür. Araştırmamızda aile içi homisid suçu işlemiş şizofreni olgularında daha sıklıkla patrisid saptanmıştır. Literatürde patrisid vakalarının %20-30’unun şizofrenik bireyler tarafından işlendiği saptanmıştır (Benezech 1992, Millaud ve ark. 1996). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada da bizim çalışmamızla uyumlu olarak ceza sorumluluğu olmayan ve yineleyici suç işleyen adli psikiyatri olgularının en çok babayı hedef aldığı belirtilmiştir (Öncü ve ark. 2002a).

Bu çalışma ile literatürde ilk defa aile içi ve aile dışı homisid olgularında şizofreni paranoid alttipi bakılmış olup bu oranlar sırasıyla 22 (%75,9) ve 21 (%75) şeklindedir. İki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürle uyumlu olarak homisid suçu işlemiş şizofreni olgularının yüksek oranda paranoid alttipi tanısı almış oldukları görülmüştür. Ülkemizde yapılan bir araştırmada, homisid işlemiş 49 şizofreni tanılı birey ele alındığında; 42 kişinin paranoid alt tip, 5 kişinin dezorganize, 1 kişinin rezidüel ve yine 1 kişinin ayrışmamış alt tip kriterlerini karşıladıkları görülmüştür (Belli ve ark. 2010). Belli ve arkadaşlarının (2010) yakın bir tarihte

homisid suçu işleyen şizofreni hastaları ile yaptıkları bir çalışmada paranoid alttipe oranı %87,7 olarak bulunmuştur (Belli ve ark. 2010). Bu sonuç ilgili alanda daha önce yapılan çalışmalar ve gözden geçirme yazıları da benzer bulguları göstermektedir (Uygur ve ark. 1992, Türkcan ve ark. 2000, Öncü ve ark 2002a, Öncü ve ark 2002b).

Şiddet eyleminin psikotik belirtilerle yakın ilişkili olduğu belirtilmiştir (Krakowski ve ark. 1999, Torrey 1994). Akıl hastalığı-saldırganlık-suç davranışı ilişkisinde üzerinde durulması gereken önemli bir özellik de suçun psikotik semptomlarla olan ilişkisidir (Juriginger 1996). Yapılan çalışmalarda homisid eylemi esnasında, özellikle akut pozitif semptomların baskın nitelikte olduğu belirtilmiştir. Şiddete eğilimli şizofreni hastalarında, özellikle perseküsyon hezeyanlarının varlığı durumu daha ciddi hale getirebilmektedir (Beaudoin ve ark. 1993, Björkly 2002). Kötülük görme şeklinde sanrılar ve varsanılar hastanın diğer kişiler tarafından zarar göreceğini, kendisine kötülük yapılacağını ya da tehditleri içerir. Hastanın duygulanımı da etkilenir; böylece kızgın, öfkeli ve sıkıntılı olan hasta, bu tekrarlayan tehditlere karşı bir reaksiyon olarak şiddet davranışına başvurabilir (Tardiff 2000, Appelbaum ve ark. 2000, Krakowski ve ark 1999). Özellikle emir veren işitme varsanıları, saldırgan davranışların ortaya çıkmasına neden olabilir (Torrey 1994). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak suç esnasında perseküsyon hezeyanı ve komut veren işitsel varsanı oranı yüksek bulunmuştur. Fakat iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Aile içi homisid grubunda suç esnasında hastaların 19 (%59,4)'unda perseküsyon hezeyanlarının varlığı saptanırken aile dışı homisid grubunda hastaların 17 (%63)'sinde perseküsyon hezeyanı saptanmıştır. İki grupta suç esnasında komut veren varsanı varlığı sırasıyla %58,3 ve %77,8 oranında bulunmuştur.

Literatürdeki çalışmalar, tekrarlayan suç işleyen olgularda en sık rastlanan tanının şizofreni, en sık tekrarlayan suçların ise homisid ve yaralama olduğunu ortaya koymaktadır. Yineleyen suç işlemeye ilgili çalışmalarda saptanan ortak özellikler: Bekar olma, erkek olma, sosyal desteklerinin yetersiz olması, kişilik bozukluğu olması, daha önce suç işlemiş olması, alkol ve madde kullanımınıdır (Türkcan ve ark 1997). Uygur ve ark.'ları (1992) 50 suç işlemiş şizofren hastayı incelemiş , % 16'sında tekrarlayan suç olduğunu bildirmişlerdir (Uygur ve ark.'lan 1992). Çalışmamızda aile içi ve aile dışı homisid gruplarında tekrarlayan suç oranı daha yüksek saptanmıştır (sırasıyla %28,9 ve %43,3). Bir çalışmaya göre 93 şizofreni tanılı homisid suçu işlemiş

hastanın 4 (%4,3)'ü tekrarlayan homisid eylemi gerçekleştirmiştir (Eronen ve ark 1996, Golenkov ve ark 2014). Çalışmamızda aile içi homisid grubunda bu oran daha yüksek iken (%7,9), aile dışı homisid grubunda benzer saptanmıştır (%3,3).

Aile içi homisid grubunda homisid dışı suç işlemiş olan hastaların 10 (%90,9)'unun, aile dışı grupta ise 6 (%46,2)'sının ciddi şiddet içeren suç işledikleri görülmüştür. Buna göre aile içi homisid grubunun homisid dışı suçunun ciddi şiddet içerme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p:0,02). Bu bulgular iki grup arasında yineleyen suç sayısı açısından anlamlı fark olmamasına rağmen aile içi homisid grubunun işledikleri suçların daha çok şiddet içerdiği anlamına gelmektedir. Hastaların yakın çevresinin muhtemel şiddet açısından bilgilendirilmesi önem kazanmaktadır.

Şiddet davranışı göstermiş ve homisid suçu işlemiş şizofreni hastalarında yüksek oranlarda kişilik bozuklukları ek tanısının mevcut olduğu, özellikle de antisosyal tipin yaygın olduğu öne sürülmüştür (Moran ve ark. 2003). İrlanda'da retrospektif olarak yapılan bir çalışmada, 1850-1995 yılları arasında ceza ehliyeti olmayanların kayıtları incelenmiş ve % 95 oranında şiddet suçu işlendiği, bunların % 19.1'inde kişilik bozukluğu olduğu belirtilmiştir (Lymburner ve Roesch 1999). Aile içi homisid suçluları ile yabancıya yönelik homisid suçlularının MMPI verilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada ikinci grubun sosyopati eğiliminde olduklarını göstermiştir. Bu sonuçlar diğer çalışmaların verileri ile de uyumluluk göstermiştir. Ayrıca yabancıya yönelik homisid suçu işlemiş suçluların sosyal olarak dışadönük ve impulsif bireyler olduğu görülmüştür (Kalivhman 1988, Cornell ve ark. 1987). Çalışmamızda aile içi homisid grubunda SCID-II formuyla tespit edildiği şekliyle hastaların 24 (%63,2)'ünde A kümesi kişilik bozukluğu, 28 (%73,7)'inde B kümesi kişilik bozukluğu, 30 (%78,9)'unda C kümesi kişilik bozukluğu saptanmıştır. Aile dışı homisid grubunda hastaların 14 (%46,7)'ünde A kümesi kişilik bozukluğu, 27 (%90)'sinde B kümesi kişilik bozukluğu, 21 (%70)'inde C kümesi kişilik bozukluğu saptanmıştır. İki grup arasında A, B ve C kümesi kişilik bozuklukları açısından karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır (sırasıyla p:0,17 p:0,08 ve p:0,39).

Kişilik bozukluğu kümeleri ayrıntılı olarak incelendiğinde de aile içi homisid grubunda 14 kişide (%36,8), aile dışı homisid grupta 5 kişide (%16,7) kendini çelmeleyen (self defeating) kişilik bozukluğu saptanmıştır. İlk grupta daha yüksek

oranda kendini çelmeleyen (self defeating) kişilik bozukluğu saptanmıştır (p:0,06). Aile içi homisid grubunda 23 kişide (%60,5), aile dışı homisid grupta 10 kişide (%33,3) paranoid kişilik bozukluğu saptanmıştır. İlk grupta istatistiksel olarak anlamlı şekilde paranoid kişilik bozukluğunun daha sık görüldüğü saptanmıştır(p:0,02). Literatürden farklı olarak iki grup arasında antisosyal kişilik bozukluğu açısından anlamlı farklılık saptanmazken paranoid ve kendini çelmeleyen (self defeating) kişilik bozukluklukları açısından farklılık saptanmıştır. Yine iki grup arasında kişilik patolojileri toplam puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Hastaların çevresiyle ilişkilerinin bozulması, etkinliklerinin azalması, aile içi rollerini yerine getirmeme, işini aksatma veya kaybetme bu hastalıkta yaşanan başlıca sorunlar arasındadır. Şizofreni hastalarının yaşam kalitesi, genel popülasyondan ve bedensel hastalığı olan kişilerden daha düşük bulunmuştur (Katschnig 2000). Literatürde homisid suçlularının genel olarak sosyal gelişimde bozulmalar yaşadıklarını, evden kaçma ve madde kullanımı öykülerinin olduğunu göstermiştir. Bu grup sosyal işlevsellikte zorluklar yaşarlar, daha düşük ekonomik düzeye ve zayıf çalışma hayatına sahiptirler. Kişilerarası ilişkilerde sorun yaşadıkları için genelde yalnız yaşarlar (Kovacevic ve ark. 2010). Bir çalışmada yabancıya yönelik homisid suçu işlemiş suçluların aile içi homisid vakalarıyla karşılaştırılmasında ilk grubun uzun dönem işlevselliklerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Graham 1987). Çalışmamızda ise, iki grup uzun dönem işlevsellik (SF36 form alt ölçekleri puanı ve toplam puanı) açısından karşılaştırıldıklarında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak her iki grubun sf36 verilerine göre işlevselliklerinin düşük olduğu, uzun süreli yatışlarının olduğu ve iyileşemedikleri görülmüştür.

Çalışmamızda aile içi homisid grubunda PANSS1 (pozitif belirtiler ölçeği) toplam puanıyla toplam mental sağlık puanı (sf36 sağlık algısı formu) arasında ters yönde anlamlı farklılık saptanmıştır (p:0,04). Aile içi homisid grubunda pozitif belirtilerin şiddetinin yüksek olması işlevselliğin düşük olması ile ilişkili bulunmuştur. Aile içi homisid grubunda PANSS2 (negatif belirtileri ölçeği) ve PANSS3 (genel psikopatoloji ölçeği) puanlarıyla sf36 toplam mental sağlık puanının ters yönde ileri derecede anlamlı korelasyon gösterdiği bulunmuştur (p:0,008 ve p:0,004). Yani aile içi homisid grubunda negatif belirtilerin ve genel psikopatoloji şiddetinin yüksek olması işlevselliğin düşük olması ile ilişkili bulunmuştur. Aile dışı homisid grubunda hastalığın

şiddetiyle işlevsellik arasında ilişki bulunamamıştır. Literatürde agresyonun kişilerarası ilişkilerin azlığının ve psikososyal işlevselliğin bir göstergesi olduğunu söyleyen yayınlar mevcuttur. Bir çalışma kişilerarası ilişkilerin ve çalışma becerilerinin pozitif semptomlardan çok negatif semptomlar ile güçlü şekilde ilişkisi olduğunu göstermiştir (Bowie ve ark 2006). Pozitif ve negatif semptomların yaşam kalitesiyle ilişkisinin olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur. Huppert ve Smith'in 53 hasta ve 63 hasta ile yaptığı kesitsel çalışmalarda SANS, SAPS, Quality of Life Interview (QOLI) ölçekleriyle yapılan değerlendirme sonucunda yaşam kalitesiyle pozitif ve negatif semptomlar arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir(Huppert ve Smith 2001, Huppert ve ark. 2001). Kugo ve ark. 181 hasta ile yaptıkları çalışmada işlevsellik skorlarının, PANSS ölçeğinin pozitif ve negatif semptomlarından bağımsız bulunduğu bildirilmiştir(Kugo ve ark. 2006). Çalışmamızda aile içi homisid grubunda hem pozitif belirtilerin hem negatif belirtilerin işlevsellik ile ilişkisi saptanırken, aile dışı homisid grubunda herhangi bir ilişki saptanamamıştır.

Araştırma bulgularımızla, literatürdeki yaşam kalitesiyle psikopatoloji arasındaki ilişkinin incelendiği sonuçların farklılığı, birçok nedenden kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızda hastaların yaşam kalitelerinin kendi bildirimli değerlendirilmesi, nörokognitif yıkımın, damgalanmanın, ilaç yan etkisi gibi diğer faktörlerin popülasyonları farklı etkileyebilmesi gibi nedenler etkili olabilir. Bunlara ek olarak, kullanılan ölçeklerin ve çalışmalardaki yöntemlerin farklı olması da yaşam kalitesini etkileyen faktörlerde değişik sonuçların ortaya çıkmasında rol oynayabilir.

Aile içi homisid grubunda toplam fiziksel sağlık algısı puanı (fiziksel fonksiyon+fiziksel rol+fiziksel ağrı+fiziksel genel sağlık alt boyutları toplamı) SCID-II toplam puanıyla ters yönde ileri derecede anlamlı korelasyon gösterirken (p:0,01), aile dışı homisid grubunda anlamlı farklılık göstermemiştir. Aile içi homisid grubunda kişilik patolojisinin yüksek olmasının yaşam kalitesini ve uzun dönem işlevselliği düşürdüğünü söylemek mümkün olabilir. Sonuç olarak bu bulgu, şizofreni hastalarında komorbid kişilik bozukluklarının saptanmasının ve müdahale edilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Bazı çalışmalar ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin sergiledikleri saldırgan davranışın bu bireylerin yükselmiş olan saldırıya maruz kalma olasılığı ile ilişkili olduğunu saptamış ve şiddetin karşılıklı olan iki yönlü boyutuna vurguda bulunmuşlardır

(Walsh ve ark. 2003, Silver ve ark 2005, Hodgins ve ark. 2007). Görsel ve yazınsal yayın organları, akıl hastalarının sergiledikleri şiddet davranışını rast gele nesnelere ve tanımadıkları yabancı kişilere yöneliyormuş gibi sunma eğilimindedirler. Birkaç ciddi ve homisidal olgu içermekle beraber genel olarak psikiyatri hastaları üzerine yapılan çalışmalar medyanın bu sunum şeklini desteklememektedir (Johnston ve Taylor 2003).

Suç ile ilgili yapılan çalışmalarda mağdurların özelliklerinin incelenmesi gözden kaçırılmaması gereken bir konudur (Mayr ve ark. 2003). Tehlikelilik ve suça eğilimin belirlenmesi klinik psikiyatrinin önemli konularından olmakla beraber, psikiyatristleri daha da fazla ilgilendirebilecek bir konu; akıl hastalarının sergiledikleri şiddet davranışına hedef olabilecek kişileri belirleyip, gerekli önlemlerin alınması konusunda kişilere ve topluma yol gösterebilmektir (Ural ve ark. 2012).

Ülkemizde ve yurt dışında bu alanda yapılan çalışmalar araştırıldığında homisid suçu işlemiş şizofreni hastalarının kurban profillerine göre kendi aralarında karşılaştırıldıkları çok az yayına rastlanmıştır.

Homisidle sonuçlanan şiddet eylemlerinin öngörülebilmesi bu alanda yapılan çalışmaların artırılması ile mümkün olabilir. Şizofreni tanılı bireylerin takibi ve tedavileri şiddetin önlenmesi açısından da çok önem taşımaktadır. Risk etmenlerinin saptanması sonucu alınacak önlemler şizofreni hastalarının suç işlemlerinin azaltılmasını sağlayacaktır. Şizofreni hastalarının şiddete eğilimli olabilecekleri akıldan çıkarılmamakla birlikte, bu tespitin gereksiz yere ve abartılı olarak gündeme getirilmesi damgalamaya neden olabilir. Bu yüzden bu alandaki tartışmalar dikkatli yapılmalıdır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında kadın erkek oranının dengeli olmaması, yıkımla giden bir hastalık olan şizofrenide ölçeklerin ve formların doldurulmasında hastalarının kendi beyanlarının esas alınması sayılabilir. Literatürde şizofrenide aile içi ve aile dışı homisid olgularının karşılaştırıldığı araştırma sayısı yok denecek kadar azdır. Bu nedenle çalışma verilerimizi kıyaslayabileceğimiz literatür bilgileri kısıtlı olmuştur. Bu çalışmamızın bir kısıtlılığı sayılabilir ve ileride bu konuda yapılacak yeni araştırmalara nedenli ihtiyaç olduğunun bir gösteresidir.

6. SONUÇ

Şizofreni hastalarının örnekleme oluşturduğu bu araştırmada aile içine yönelik homisid suçu işlemiş olgular ile aile dışına yönelik homisid olguları SCID-II ile kişilik bozukluğu komorbiditesi açısından karşılaştırılmış, ilk grupta daha fazla oranda kendini çelmeleyen (self-defeating) ve paranoid kişilik bozuklukları saptanmıştır. Sosyodemografik veri formu değerlendirildiğinde aile içi homisid grubunda kadın kurban sayısının daha fazla olduğu bulunmuştur. Aile içi homisid grubunda suçun daha fazla oranda evde gerçekleştiği ve aile dışı grupta suç esnasında daha fazla oranda alet kullanıldığı görülmüştür. Grupların homisid dışındaki diğer suçları incelendiğinde ilk grupta daha fazla miktarda ciddi şiddet içeren suça rastlanmıştır.

Bütün sonuçlar göz önüne alındığında homisid çeşitlerinin genel özellikleri ve kendine has özellikleri olduğu gerçeği karşımıza çıkmaktadır. Kurbanlar, suçlular ve psikiyatrik hastalıklar arasındaki dinamikler anlaşıldıkça yüksek riskleri saptama ve bu tür olayları engellemede başarılı olunabilir.

Sonuç olarak bu çalışma ile şizofreni hastalığı ve homisid olgusu araştırılmıştır. Literatüre yenilik olarak aile içi ve aile dışı homisid olguları sosyodemografik ve klinik özellikleri itibariyle karşılaştırılmıştır. Araştırma bulgularımız geleceğe yönelik bu alanda yapılacak olan yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymuştur.

7. KAYNAKLAR

1. Abay E, Tuğlu C. Şiddet ve agresyonun n6robiyolojisi. Klinik Psikiyatri 2000; S:21-26.
2. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, 1997.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, D6rdüncü Baskı, Yeniden G6zden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği,. Washington DC,; Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2007; 2000.
4. Andreasen NC, Rezai K, Alliger R, Swayze VW 2nd, Flaum M, Kirchner P ve ark. Hypofrontality in neuroleptic naive patients and in patients with chronic schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 943-958.
5. Andreasen, N. C., W. T. Carpenter ve ark. (2005). "Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus." Am J Psychiatry 162(3): 441-449.
6. Angermeyer MC, Acta Psychiatr Scand, 407 (2000) 63.
7. Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: data from the MacArthur Violent Risk Assessment study. Am J Psychiatry. 2000;157(4):566-72.
8. Appleby L, Shaw J. Five year report of the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. Accessed August 22, 2008.
9. Arıcıoğlu F. Şizofreni Norobiyolojisinde Gelişmeler. Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 2010; 3(2):1-11.
10. Aygün E. Şizofreni Etiyolojisi. Türkiye Klinikleri, 2005; 1 (12):6-14.
11. Beaudoin MN, Hodgins S, Lavoie F. Homicide, schizophrenia and substance abuse or dependency. Can J Psychiatry 1993; 38:541-546.
12. Bebbington P, Wilkins S, Jones P, Foerster A, Murray R, Toone B, Lewis S. Life events and psychosis. Initial results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. Br J Psychiatry. 1993; 162:72-79.

13. Belli H, Ozcetin A, Ertem U, Tuyluoğlu E, Namli M, Bayık Y, Simsek D. Perpetrators of homicide with schizophrenia: sociodemographic characteristics and clinical factors in the eastern region of Turkey. *Compr Psychiatry* 2010; 51:135-141.
14. Benezech M, *Perspectives psychiatriques*, 34(1992)207.
15. Bersani G, Taddei I, Manuali G, Ramieri L, Venturi P, Osborn J. Severity of obstetric complications and risk of adult schizophrenia in male patients: a case-control study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003;14(1):35-38.
16. Bigelow DA, McFarland BH, Olson MM. Quality of life community mental health program clients: Validating a measure. *Community Ment Health J*, 27(1):43- 55, 1991.
17. 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.
18. Birchwood M., Smith J., Cochrane R., Wetton S., Copestake S., The social functioning scale: the development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br.J. Psychiatry* 157: 853-859, 1990.
19. Bjørkly, S. 2002a Psychotic symptoms and violence towards others—a literature review of some preliminary findings: part 1. Delusions. *Aggress. Violent Behav.* 7, 617–631.
20. Bjørkly, S. 2002b Psychotic symptoms and violence towards others—a literature review of some preliminary findings: part 2. Hallucinations. *Aggress. Violent Behav.* 7, 605–615.
21. Bobes J, Gonzales MP: Quality of Life in schizophrenia. In: Katsching H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of Life in Mental Disorders*. West Sussex, John Wiley&Sons 1997:165-178.
22. Boksa P, Luheshi GN. On the use of animal modeling to study maternal infection during pregnancy and prenatal cytokine exposure as risk factors for schizophrenia. *Clin Neurosci Res*, 2003; 3(4-5):339-346.
23. Bones J, Gonzalez MP, Wallace DH ve ark: Saiz Quality of life instruments in schizophrenia: a comparative study *Eur Psychiatry* 11(Suppl):228, 1996.
24. Bowden P. What happens to patients released from the special hospitals? *British Journal of Psychiatry* 1981;138: 340-345.

25. Bowie, C. R., Reichenberg, A., Patterson, T. L., Heaton, R. K. & Harvey, P. D. 2006 Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. *Am. J. Psychiatry* 163, 418–425.
26. Bowling A. “Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales”, II.En. Open Univesity Press, Philadelphia, 1997.
27. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorder and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57: 494-500.
28. Brown AS. The environment and susceptibility to schizophrenia. *Prog Neurobiol.* 2011; 93(1):23-58.
29. Brown, G. G. and W. K. Thompson (2010). "Functional brain imaging in schizophrenia: selected results and methods." *Curr Top Behav Neurosci* 4: 181-214.
30. Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94: 118-124.
31. Buchanan RW, Carpenter WT. Sizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry, Volum II, (8th ed) (cev. ed. H Aydın, A Bozkurt). Güneş Kitabevi, Ankara, 2007;1329-1512.*
32. Bullinger M, Hasford J. Evaluating quality of life measures for clinical trials in Germany. *Control Clin Trials* 1991;12:91S-105S.
33. Champion J, Cravens JM, Rotholz A, Weinstein HC, Covan F, Alpert M, *Am J Psychiatry*, 142 (1985) 312.
34. Can S. Aggression Questionnaire adlı ölçeğin türk popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi. İstanbul 2002.
35. Cancro R, Lehmann HE. Schizophrenia: Clinical features. Sadock BJ, Sadock VA (Editors). *Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume II; 7th Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 1169-1199.*
36. 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.

37. Cardoso Ci, Caiaffa WT, Bandeira M. Siqueira AL; Abreu MN, Fonseca JO Factors associated with low quality of life in schizophrenia. *Cad. Saúde Pública* 2005;21:1338-1340.
38. Caron J, Tempier R, Mercier C, Leouffre P. Components of social support and quality of life in long-term psychiatric patients, low-income individuals and the general population. *Community Mental Health Journal* 1998;34:459-475.
39. Carpiniello B, Lai GL, Pariante CM, Carta MG, Rudas N. Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed out-patients. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;96:235-41.
40. Carr AJ, Thompson PW, Kirwan JR. "Quality of Life Measures", *Br J Rheumatol* 35, 1996.
41. Ceylan M.E. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. 1. Cilt. 2001;1-40.
42. Ceylan ME, Çetin M. Araştırma ve uygulamada biyolojik psikiyatri (1. cilt). 3. baskı, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri AŞ, İstanbul, 2005.
43. Chaki, S. (2010). "Group II metabotropic glutamate receptor agonists as a potential drug for schizophrenia." *Eur J Pharmacol* 639(1-3): 59-66.
44. Clark, T. and Rowe, R. 2006 Violence, stigma and psychiatric diagnosis: the effects of a history of violence on psychiatric diagnosis. *Psychiatry Bull.* 30, 254–256.
45. Coid J, Yang M, Roberts A et al. Violence and Psychiatric Morbidity in a National Household Population-A Report from the British Household Survey. *Am J Epidemiol* 2006;15164(12): 1199-1208.
46. Cornell D., Miller C., Benedek E. (1987). *MMPI profiles of adolescents charged with homicide.*
47. Coşkunol H, Bağdiken I, Sorias S. Kişilik Bozuklukları için SCID-II görüşmesinin güvenilirliği. 28. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Ankara, 1992.
48. Cote G, Hodgins S. The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *Int J Law Psychiatry.* 1992;15(1):89-99.
49. Crisp, A, Gelder, M, Goddard, E. & Meltzer, H. 2005 Stigmatisation of people with mental illnesses: a follow-up study within the changing minds campaign of the Royal college of Psychiatrists. *World Psychiatry* 4, 106–113.

50. Crocker, A. G, Mueser, K. T, Drake, R. E, Clark, R. E, McHugo, G. J, Ackerson, T. H. & Alterman, A. I. 2005 Antisocial personality, psychopathy, and violence in persons with dual disorders. *Crim. Justice Behav.* 32, 452–476.
51. Csernansky, J. G. and E. K. Schuchart (2002). "Relapse and rehospitalisation rates in patients with schizophrenia: effects of second generation antipsychotics." *CNS Drugs* 16(7): 473-484.
52. Csernansky, J. G, R. Mahmoud ve ark. (2002). "A comparison of risperidone and haloperidol for the prevention of relapse in patients with schizophrenia." *N Engl J Med* 346(1): 16-22.
53. Çetin M, Ceylan ME. Şizofrenin tarihçesi. Ceylan E, Cetin M (editorler). *Araştırma Ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni-I Kitabında* (4. baskı). İstanbul, Yerkure Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri. 2009; 83-86.
54. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, ve ark. : DSM IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyon. Hekimler Birliği Yayınevi, 1999, Ankara.
55. Dolek B, Herken H. Sizofreni ve Bipolar Bozukluğun Genetiği; Ortusen ve Ayrılan Noktalar. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2008; 18((Suppl. 1)):7-20 .
56. Drake RE, Wallach MA. Substance abuse among the chronic mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry* 1989;40: 1041-1046.
57. Dundovic D, Razlike u nekim socioekonomskim, femenoloskim i penoloskim obilježjima pocinitelja ubojstva intimnih partnera obzirom na spol pocinitelja (Zagreb, 2005).
58. Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B. *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi*. Birsöz S (çeviren). Güneş kitabevi 2003;18-40.
59. Elbogen EB, Johnson SC (2009) The intricate link between violence and mental disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 66: 152-61.
60. Elkis, H. (2007). "Treatment-resistant schizophrenia." *Psychiatr Clin North Am* 30(3): 511-533.
61. Ellouze F, Ayedi S, Masmoudi S ve ark. (2009) Schizophrenia and violence, incidence and risk factors: A Tunisian sample. *Encephale* 35: 347-52.
62. Emsley, R, B. Chiliza ve ark. (2011). "The concepts of remission and recovery in schizophrenia." *Curr Opin Psychiatry* 24(2): 114-121.

63. Emsley, R, J. Rabinowitz ve ark. (2007). "Remission in early psychosis: Rates, predictors, and clinical and functional outcome correlates." *Schizophr Res* 89(1-3): 129-139.
64. Erb JL. Assessment and management of the violent patient: Jacobson JL, Jacobson AM (Editors). *Psychiatric Secrets* Second ed. Philadelphia: Hanley& Belfus Inc., 2001, 440-447.
65. Erdal I. Guncel Sizofreni. (1. baskı). Ankara, Format Matbaacılık. 2006; 18-60.
66. Eren I, Şimşek D, Çalışkan A, Şizofreni Hastalarında Yeti Yitimi ve Belirti Şiddetinin Yaşam Kalitesine Etkisi, *Düşünen Adam*; 2007, 20 (2): 68-78.
67. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Factors associated with homicide recidivism in a 13-year sample of homicide offenders in Finland. *Psychiatr Serv*. 1996;47(4):403-6.
68. Eronen M. Mental disorders and homicidal behavior in female subjects. *Am J Psychiatry*. 1995;152(8):1216-8.
69. Fatemi, S. H. and T. D. Folsom (2009). "The neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia, revisited." *Schizophr Bull* 35(3): 528-548.
70. Fazel S, Buxrud P, Ruchkin V, Grann M. Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: a national case-control study. *Schizophr Res*. 2010 Nov;123(2-3):263-9.
71. Fazel S, Grann M. Psychiatric Morbidity Among Homicide Offenders: A Swedish Population Study. *Am J Psychiatry* 2004;161: 2129-2131.
72. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2009; 6: 100-120.
73. Fedorowitz O, *Juristat*, 19(1999).
74. Fenton WS, McGlashan TH. Natural history of schizophrenia subtypes. I. Longitudinal study of paranoid, hebephrenic, and undifferentiated schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48(11):969-977.
75. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, ve ark: Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *3P Dergisi* 1999;7(Ek 2):3-66.
76. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinical Version (SCID-I/CV)*. Washington D.C: American Psychiatric Press, 1997.

77. Freedman R, Leonard S ve ark. (2001). "Evidence for the multigenic inheritance of schizophrenia." *Am J Med Genet* 105(8): 794-800.
78. Geddes J, *BMJ*, 318 (1999) 1225.
79. 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.
80. Giovannini J. Gurel L: Socially, disruptive behavior of ex-mental patient. *Arch. Gen. Psychiatry* 17: 146-153.
81. Goldsmith S.J, Jacobsberg L.B. and Bell R. (1989). Personality disorder assessment *Psychiatry Annals* 19: 139-142.
82. Golenkov A, Nielssen O, Large M. Systematic review and meta-analysis of homicide recidivism and Schizophrenia, *BMC Psychiatry* 2014, 14;46
83. Goodman M, Smith TE - Measuring Quality of Life in Schizophrenia (1997) *Medscape Psychiatry & Mental Health eJournal* 2(6).
84. Gottesman I. *Schizophrenia Genesis: The origins of madness*. Newyork: WH Freeman and Company; 1991.
85. Graham J. (1987). *The MMPI: A practical guide*, second edition. New York: Oxford University Press.
86. Grech A, Takei N, Murray RM. Maternal exposure to influenza and paranoid schizophrenia. *Schizophr Res*,1997; 26(2-3):121-125.
87. Grosman LS, Haywood TW, Cavanaugh JL ve ark. (1995) State psychiatric hospital patients with past arrests for violent crimes. *Psychiatr Serv* 46: 790- 5.
88. Hafner H. Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*. 2003; 28: 17-54.
89. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998;173: 11-53.
90. Heider D, Angermeyer MC, Winkler I ve ark: A prospective study of Quality of life in schizophrenia in three European countries. *Schizophr Res* 93: 194-202, 2007.
91. Hillbrand M, Alexandre JW, Young JL, Spitz RT, *Aggression and Violent Behavior*, 4 (1999) 179.

92. Hirsch SR, Weinberger DR. Schizophrenia. 2nd Edition, 2003.
93. Hodgins S, Mednick SA, Brenann PA, Schulsinger F, Engberg M. Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. Arch Gen Psychiatry. 1996;53(6):489-96.
94. Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime. Evidence from a birth cohort. Arch Gen Psychiatry. 1992;49(6):476-83.
95. Hodgins, S. and Janson, C. G. 2002 Criminality and violence among the mentally disordered: the Stockholm metropolitan project. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
96. Hodgins, S, Alderton, J, Cree, A, Aboud, A. & Mak, T. 2007 Aggressive behaviour, victimisation, and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation. Br. J. Psychiatry 191, 343–350.
97. Hodgins, S, Hiscoke, U. L. & Freese, R. 2003 The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. Behav. Sci. Law 21, 523–546.
98. Huber G, Gross G, Schuttler R. A long-term follow-up study of schizophrenia: psychiatric course of illness and prognosis. Acta Psychiatr Scand 1975; 52: 49-57.
99. Huppert JD, Smith TE. Longitudinal Analysis of Subjective Quality of Life in Schizophrenia: Anxiety as the Best Symptom Predictor. J Nerv Ment Dis 189:669- 675, 2001.
100. Huppert JD, Weiss KA, Lim R, Pratt S, Smith TE. Quality of life in schizophrenia: Contributions of anxiety and depression. Schizophr Res 2001;1: 171-180.
101. Işık E, Taner E, Işık U. Güncel Klinik Psikiyatri. 2. baskı Ankara. 2008; 81-115
102. Işık E. Güncel Şizofreni. Format Matbaacılık. Ankara 2006;18-223.
103. Işık E. Şizofreni Nörobiyolojisi. Güncel Şizofreni 2.Baskı içinde. G.M. Matbaacılık ve Ticaret A.Ş Ankara, 2007,53–153.
104. İltter M: Anneye-babaya yönelik homisidal davranışları olan adli olgularda suç işlemeyi etkileyen etmenler, Uzmanlık tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul 2010.

105. Jablensky A, Sartorius N, Emberg G, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl* 1992; 20: 1-97.
106. Jacob R, Chowdhury AN. Metabolic comorbidity in schizophrenia. *Indian J MedSci*, 2008;62:23-31.
107. Johnston I, Taylor PJ (2003) Mental disorder and serious violence: the victims. *J Clin Psychiatry*, 64(7):819-24.
108. 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.
109. Junginger J. Psychosis and violence: the case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophr Bull*. 1996;22(1):91-103.
110. Kahraman T. Şizofrenide Klinik Nörofizyoloji, Şizofreni dizisi 1999;3:102-107
111. Kalichman SC.: MMPI profiles of women and men convicted of domestic homicide, *Journal of Clinical Psychology*, November 1988.
112. Kaplan-Sadok's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Çeviri Editörleri Aydın H, Bozkurt A. Güneş Kitabevi. Sekizinci Baskı. Cilt 2. 2007;1329-1512.
113. Karow A, Moritz S, Lambert M ve ark: PANSS syndromes and quality of life in schizophrenia. *Psychopathology* 38:320-326, 2005.
114. Katschnig H (1999) How useful is the concept of quality of life in psychiatry. *Quality of Life in Mental Disorders*, H Katschnig, H Freeman, N Sartorius (Ed), England, John Wiley&Sons, .3-
115. Katschnig H, Krautgartner M. Quality of Life: A new dimension in mental health care. Ed: Sartorius N, Gaebel W, Lopez-Ibor JJ, Maj M, *Psychiatry in Society*. Chichester: Wiley, 171–191, 2002.
116. Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*10 (5):337-345, 1997.
117. Katschnig H. Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand* 102(suppl.407):33-37, 2000.
118. Kayatekin ZE, Maner F, Abay E ve ark. (1991) Ruh hastalarında homisidal saldırıganlık. *Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 4: 22- 7.

119. Kellermann AL, Mercy JA (1992) Men, women, and murder: gender-specific differences in rates of fatal violence and victimization. *J Trauma*, 33(1):1-5.
120. Keltner NL. Metabolic syndrome: Schizophrenia and atypical antipsychotics. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2006; 42: 204-207.
121. Kırpınar İ. Sizofrenide Prodromal Belirtiler. *Sizofreni Dizisi*. 1998; 2: 41-45.
122. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memis A. SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliği. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi* 1999.
123. Koivumma-Honkanen HT, Viinamäki H, Honkanen R, Transkanen A, Antikainen R, Niskanen L, Jääskeläinen J, Lehtonen J. Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94: 372-378.
124. Kovacevic D ve ark: Forensic Aspects in Domestic Homicide, *Coll. Antropol.* 34 (2010) Suppl. 2: 29-37
125. Kovacevic D. et al: Domestic Homicides and Schizophrenic Offenders, *Coll. Antropol.* 32 (2008) Suppl. 2: 115-122.
126. Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. Baskı, 2000, 184-204.
127. Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği. 2007; 184-205.
128. Krakowski M, Czobor P, Chou JC (1999) Course of violence in patients with schizophrenia: Relationship to clinical symptoms. *Schizophr Bull* 25: 505-17.
129. Krakowski M, Volavka J, Brizer D (1986) Psycho pathology and violence: A review of literature. *Compr Psychiatry* 27: 131- 48.
130. Krakowski M, Volavka J. Violence and Psychopathology: A Longitudinal Study. *Comprehensive Psychiatry* 1988; 29(2): 174-181.
131. Kravitz HM, Kelly J: Special section on mentally ill offenders an outpatient psychiatry program for offenders with mental disorders found not guilty by reason of insanity, *Psychiatric Services* 50(12):1597-1605, 1999.
132. Kugo A, Terada S, Ishizu H, Takeda T, Sato S, Habara T. Quality of life for patients with schizophrenia in a Japanese psychiatric hospital. *Psychiatry Research* 144: 49-56, 2006.
133. Large MM, Ryan CJ, Singh SP ve ark. (2011) The predictive value of risk categorization in schizophrenia. *Harv Rev Psychiatry* 19: 25-33.

134. Lehman A.F. The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. *Eval Prog Plann* 1983;6: 143-151.
135. Lehman AF, Slaughter JG, Myers CP. Quality of life in alternative residential settings. *Psychiatric Quarterly* 1991;62: 35-49.
136. Leucht, S, J. M. Davis ve ark. (2009). "Definitions of response and remission in schizophrenia: recommendations for their use and their presentation." *Acta Psychiatr Scand Suppl*(438): 7-14.
137. Levinson DF. (2005). "Meta-analysis in psychiatric genetics." *Curr Psychiatry Rep* 7(2): 143-151.
138. Levinson DF, Levinson MD ve ark. (2003). "Genome scan meta-analysis of schizophrenia and bipolar disorder, part I: Methods and power analysis." *Am J Hum Genet* 73(1): 17-33.
139. Levitt JJ, Bobrow L ve ark. (2010). "A selective review of volumetric and morphometric imaging in schizophrenia." *Curr Top Behav Neurosci* 4: 243-281.
140. Lewis, C. M, D. F. Levinson ve ark. (2003). "Genome scan meta-analysis of schizophrenia and bipolar disorder, part II: Schizophrenia." *Am J Hum Genet* 73(1): 34-48.
141. Lim LEC, Pathy P, Lim CC, et al: A follow-up study of patients discharged from the criminal procedure code, *Singapore Medical Journal* 34: 217-220, 1993.
142. Link BG, Stueve A. New evidence on the violence risk posed by people with mental illness: on the importance of specifying the timing and the targets of violence. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 403-404.
143. Link, B. G. and Pelham, J. C. 2006 Stigma and its public health implications. *Lancet* 11, 528–529.
144. Link, B. G, Cullen, F. T, Frank, J. & Wozniak, J. F. 1987 The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *Am. J. Sociol.* 92, 1461–1500.
145. Lipkovich, I, W. Deberdt ve ark. (2007). "Predictors of risk for relapse in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder during olanzapine drug therapy." *J Psychiatr Res* 41(3-4): 305-310.
146. 155. Lymburner JA, Roesch R. The insanity defense: Five years of research (1993-1997). *Int J Law Psychiatry* 1999; 22: 213-240.

147. 156. Malm U, May PR, Dencker SJ. Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: a checklist. *Schizophr Bull* 7: 477-487, 1981.
148. 157. Maner F, Kayatekin ZE, Abay E ve ark. (1991) Psikiyatrik hastalıklar ve suç. *Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 4: 6-13.
149. 158. Marzuk PM. Violence, crime and mental illness-How strong a link? *Arch Gen Psychiatry* 1996 Jun(53): 481-486.
150. Matthew Large, Glen Smith, Nicola Swinson, Jenny Shaw, Olav Nielsén. Homicide due to mental disorder in England and Wales over 50 years; *The British Journal of Psychiatry* Jul 2008, 193 (2) 130-133
151. Mayr E, Aragão S, Kosovski E, Piedade HJ, Silva M, Leal C, Roitman R, Rebelo Filho V, Soares N, Conceição AM, Vargas A, Jozef J, Moraes T. *Cartas mensais da Sociedade Brasileira de Vitimologia*. [citado 15 jun, 2003]
152. McGrath J, Saha S, Welham J ve ark. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med* 2004; 2: 13.
153. McGrath, J. J. (2005). "Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology--the NAPE lecture 2004." *Acta Psychiatr Scand* 111(1): 4-11.
154. McGrath, J. J. and E. S. Susser (2009). "New directions in the epidemiology of schizophrenia." *Med J Aust* 190(4 Suppl): S7-9.
155. 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 in England and Wales. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 1648-1651.
156. Meltzer HY, Bond DD Quality of life in schizophrenia: Importance for psychopharmacology research and practise. *News Quality of life Letter*, 9: 9-10, 1994.
157. Meltzer HY. Suicide in schizophrenia: risk factors and clozapine treatment. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(Suppl 3):15-20.
158. Menninger WW. Role of the psychiatric hospital in the treatment of mental illness: Sadock BJ, Sadock VA (Editors). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume II*, 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 3210-3218.
159. Menon RR, Barta PE, Aylward EH, Richards SS, Vaughn DD, Tien AY ve ark. Posterior superior temporal gyrus in schizophrenia: Gray matter changes and clinical correlates. *Schizophr Res* 1995;16: 127-135.

160. Mercier C, Péladeau N, Tempier R. Age, gender and quality of life in schizophrenia. *Community Mental Health Journal* 1998;34: 487-500.
161. Millaud F, Auclair N, Meunier D, *Int J Law Psychiatry*, 19 (1996) 173.
162. Mittermayer O, *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu*, 14 (2007) 77.
163. Millon T.(1981). *Disorders of Personality, DSM-III: Axis II*.New York Wiley.
164. Modestin J, Amman R (1996) Mental disorder and criminality: Male schizophrenia *Schizoph Bull* 22: 69-82.
165. Mojtabai, R. 2006 Psychotic-like experiences and interpersonal violence in the general population. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 40, 1–8.
166. Moran P, Walsh E, Tyrer P, Burns T, Creed F, Fahy T. Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis. Report from the UK 700 trial. *Br J Psychiatry* 2003; 182:129-134.
167. Mullen PE, Burgess P, Wallace C, Palmer S, Ruschena D. Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet.* 2000;355(9204):614-7.
168. Nasrallah HA, Smeltzer DJ (Çeviri editörleri: Alptekin K), *Şizofreni güncel tanı ve tedavi kitabı*. 1. baskı, AstraZeneca, 2005.
169. Nicholson RA, Norwood S, Enyart C: Characteristics and outcomes of insanity acquittees in oklahoma, *Behavioral Sciences and the Law* 9:487-500, 1991.
170. Nielssen O, Large M. Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2010; 36: 702-712.
171. Nielssen OB, Westmore BD, Large MM, Hayes RA. Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002. *Med J Aust.* 2007;186:301–304.
172. Nordstrom A, Kullgren G (2003) Victim relations and victim gender in violent crimes committed by offenders with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38: 326-30.
173. Oram S et al. Mental illness and domestic homicide: a population-based descriptive study. *Psychiatric Services* 64: 1006–1011, 2013.

174. Öncü F, Sercan M, Ger C ve ark. Sosyoekonomik Etmelerin ve Sosyodemografik Özelliklerin Psikotik Olguların Suç İşlemesinde Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2007;18(1):4-12.
175. Öncü F, Soysal H, Uygur N (2002b) Suç işlemiş şizofrenlerde zorunlu klinik tedavi sonrası yineleyici suç. 38. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Kongre Bildirileri Özet Kitabı, Marmaris.
176. Öncü F, Soysal H, Uygur N ve ark. (2002a) Zorunlu klinik tedavi sonrası yineleyici suç işleyen adli psikiyatri olgularının tanı ve suç niteliği açısından değerlendirilmesi. Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 15: 132-48.
177. Örsel S, Akdemir A, Özel S. Şizofrenide yaşam kalitesi: Depresyon, anksiyete ve negatif belirtilerin etkileri. 3P Dergisi 2003; 11: 25-34.
178. Özdemir F (1992) Adli Psikiyatri Açısından Homisidal Davranışlar, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.
179. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, (10.Basım) Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. 2004; 217-219.
180. Öztürk O, Uluğ B (Çev. Ed). Şizofreni, şizotipal ve sanrılı bozukluklar. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması Klinik Tanımlar ve Tanı Kılavuzları içinde. Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993. 77-100.
181. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11.Basım. Nobel Tıp Kitabevleri. 2008; 242-323.
182. Packer S, Husted J, Cohen S, Tomlinson G. Psychopathology and quality of life in schizophrenia. J.Psychiatry Neurosci 1997;22:231-4.
183. Pföhl B., Coryell W., Zimmerman M. et al. (1986). DSM-III personality disorders: Diagnostic overlap and internal consistency of individual DSM-III criteria. Compr Psychiatry 27:21-34.
184. Putkonen H, Komulainen EJ, Virkkunen M, Eronen M, Lonnqvist J. Risk of repeat offending among violent female offenders with psychotic and personality disorders. Am J Psychiatry. 2003;160(5):947-51.
185. Rappeport J.R., Lassen G.: Dangerousness-arrest Rate Comparisons of Discharged Patients and the General Population. Am.J.Psychiatry, 121:776-783,1965.

186. Rasanen P, Tiihonen J, Isohanni M, Rantakallio P, Lehtonen J, Moring J. Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: 26-year followup study of an unselected birth cohort. *Schizophr Bull* 1998; 24:437-441.
187. Reid WH, *J Psychiatr Pract*, 10 (2004) 68.
188. Richard-Devantoy S, Olie JP, Gourevitch R (2009) Risk of homicide and major mental disorders: A critical review. *Encephale* 35:521-30.
189. Sadock BJ, Sadock VA. (Çeviri Editörleri, Aydın H, Bozkurt A). Kaplan Sadock, Klinik Psikiyatri. 2. baskı. Güneş Kitabevi Ltd Şti, Ankara, 2005.
190. Sadock BJ. Signs and symptoms in psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA (Editors). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume:1. Seventh Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2000;677-688.
191. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th Edition, 2007.
192. Schanda H, Stompe T, Ortwein-Swoboda G (2010) Increasing criminality in patients with schizophrenia: Fiction, logical consequence or avoidable side effect of the mental health reforms? *Neuropsychiatr* 24: 170-81. services. London: Routledge; 1996.
193. Shaw J, Amos T, Hunt IM, Flynn S, Turnbull P, Kapur N, Appleby L. Mental illness in people who kill strangers: longitudinal study and national clinical survey. *BMJ*. 2004;328(7442):734-7.
194. Shaw J, Appleby L, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, Kiernan K, Davies S, Bickley H, Parsons R. Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: national clinical survey. *BMJ*. 1999;318(7193):1240-4.
195. Shaw J, Hunt IM, Flynn S ve ark. (2006) Rates of mental disorder in people convicted of homicide National clinical survey. *Br J Psychiatry* 188:143-7.
196. Simpson AI, Mckenna B, Moskowitz A, Skipworth J, Barry-Walsh J, *Br J Psychiatry*, 185 (2004) 394.
197. Singhal S, Dutta A, *Med Sci Law*, 32 (1992) 213.
198. Silbersweig DA, Stern E, Frith C, Cahill C, Holmes A, Grootoong S ve ark. A functional neuroanatomy of hallucinations in schizophrenia. *Nature* 378: 176-179, 1995.

199. Silver E, Arseneault L, Langley J ve ark. (2005) Mental disorder and violent victimization in a total birth cohort. *Am J Public Health*, Nov; 95(11):2015-21.
200. Simpson CJ, Hyde CE, Faragher EB. The chronically mentally ill in the community facilities. A study of quality life. *British Journal of Psychiatry* 1989;154:77-82.
201. Skodol AE, Rosnick L, Kellman D. Development of a procedure for validating structured assessments of Axis-II: In Oldham JM (editor). *Personality disorders, 'new perspectives in diagnosis'*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1990.
202. Skodol AE, Rosnick L, Kellman D. Validating structured DSM-III -R personality disorder assessment with longitudinal data. *Am J Psychiatry* 1988; 145:1297-1299.
203. Soygür H. Sizofreni ve yaşam niteliği. *Klinik Psikiyatri*; 1:9-14, 2003.
204. Soysal H, Uygur N (1993) Psikotik Hastaların Öldürme Davranışında Hedef Kitle. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 30(2), 342-46.
205. Soysal H, Uygur N. Psikotik hastaların öldürme davranışında hedef kitle. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1993; 30: 342-346.
206. Spitzer R.L. and Williams J. (1985). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II)*. New York Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
207. Spitzer RL. Psychiatric diagnoses are clinicians still necessary. *Compr Psychiatry* 1983; 24: 399-411.
208. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J ve ark. (1998) Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*, May; 55(5):393-401.
209. Stefanis, N. C., Hanssen, M., Smirnis, N. K., Avramopoulos, D. A., Evdokimidis, I. K., Stefanis, C. N., Verdoux, H. & Van Os, J. 2002 Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychol. Med.* 32, 347-358.
210. Stoessel P, Bornstein SJ, *Annales de Psychiatrie*, 3 (1988) 222.
211. Stone, J. M. (2009). "Imaging the glutamate system in humans: relevance to drug discovery for schizophrenia." *Curr Pharm Des* 15(22): 2594-2602.

212. Swanson JW, Holzer CE 3rd, Ganju V, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hosp Community Psychiatry*. 1990;41(7):761-70.
213. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA ve ark. (2006) A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 63: 490-9.
214. Swartz MS, Swanson JW, Hıday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry* 1999; 155:226-231.
215. Şar V. DSM-5 taslak tanı ölçütlerine genel bir bakış: “Batı cephesinde yeni bir şey yok mu?” *Klinik Psikiyatri*,2010m; 13: 196-208.
216. Şeker N (1996) Psikotik bozukluklarda yineleyici suç davranışı, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.
217. Şimşek ZT. Ruhsal bozukluğu olan kişilerin yaşam kaliteleri ve toplum içinde bakım ve tedavilerine örgütsel bir yaklaşım. Yayımlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2000.
218. 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.
219. Tardiff K (2000) Adult antisocial behavior and criminality. Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry, Cilt 2, 7. Baskı, BJ Sadock, VA Sadock (Ed), Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins s. 1908-16.
220. Tardiff K, Koenigsberg HW (1985) Assaultive behavior among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 142: 960–3.
221. Taşçıoğlu K: Psikotik olgularda saldırganlık ve semptom dağılımının ilişkisi; Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul 1996.
222. Taylor PJ, Gunn JC. Homicides by people with mental illness: myth and reality. *Br J Psychiatry* 1988; 174:9-14.
223. Taylor PJ, Gunn JC. Violence and psychosis. I. Risk of violence among psychotic men. *BMJ (Clin Res Ed)*. 1984;288(6435):1945-9.
224. Taylor PJ. Motives for offending among violent and psychotic patients. *Br J Psychiatry*. 1985;147:491-8.

225. 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.
226. Top MŞ, Özden SY, Sevim ME. Psikiyatride Yaşam Kalitesi. *Düşünen Adam*; 2003, 16(1): 18-23
227. Torrey EF (1994) Violent behaviour by individuals with serious mental illness, *Hospital Community Psychiatry* 45:653-61.
228. Torrey EF. Epidemiological comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res* 1999; 39:101-106.
229. Tsuang M: Schizophrenia: genes and environment. *Biol Psychiatry*, 2000; 47(3):210-220.
230. Tuncer C, Şener Aİ, Oral ET ve ark. (1986) Eşlerini öldüren akıl hastalarının değerlendirilmesi. 22. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi. Serbest Bildiri, Marmaris.
231. Turgut T, Lagace D, İzmir M ve ark. (2006) Assessment of Violence and Aggression in Psychiatric Settings. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 16: 179- 94.
232. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları: Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara, Ekim 2007; I. Baskı : 1, 14, 18, 22, 39, 40, 41, 43, 384.
233. Türkcan S, İncesu C, Canbek O ve ark. 1831 adli olgunun tanı dağılımı ve tanı - suç bağlantısının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam* 2000;13(3):132-137.
234. Türkcan S, Yeşilbursa D, Saatçioğlu Ö, ve ark. Adli psikiyatri ve kurum dışı izleme. *Düşünen Adam* 1997;10(2):39-43.
235. Ural C, Belli H, Öncü F, Soysal H. Psikotik Hastaların Şiddet Davranışlarında Hedef Kitle Profili. *Türk Psikiyatri dergisi* 2012;23(1):26-32.
236. Ural C, Öncü F, Belli H, Soysal H. Adli Psikiyatrik Süreç İçindeki Şizofreni Hastalarının Şiddet Davranışı Değişkenleri: Bir Olgu Kontrol Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2013;24(1):17-24.
237. Uslu N: Adli Psikiyatri Birimine Yatırılan Yaşlılarda Suç işlemeyi Etkileyen Etmenler, Uzmanlık tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul 2010.
238. Uygur N, Işıklı M, Ögel K ve ark. (1992) Suç işlemiş şizofrenlerin demografik özellikleri ve suç profili. *Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 5: 5-9.

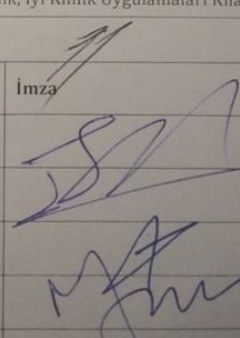
239. Ünsal A. Genişletilmiş bir şiddet tipolojisi. Şiddet (içinde), Cogito sayı 6-7, 1996, 29-36.
240. van de Willige G, Wiersma D, Nienhuis FJ ve ark: Changes in quality of life in chronic psychiatric patients: a comparison between EuroQol (EQ-5D) and WHOQoL. Qual Life Res 14:441-451, 2005.
241. Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. Am J Psychiatry. 2004;161(4):716-27.
242. Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. Br J Psychiatry 2002; 180:490-495.
243. Walsh E, Moran P, Scott C ve ark. (2003) Prevalence of violent victimisation in severe mental illness. Br J Psychiatry, Sep;183:233-38.
244. Walsh, E. and Fahy, T. 2002 Voilence in society. Br. Med. J. 325, 507–508.
245. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection, Med Care 30: 473-483, 1992.
246. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. “SF-36 Healty Survey: Manual and Interpretation Guide”, New England Medical Center, Boston, 1993. 54.
247. Weissman M.M, Paykel E.S. The Depressed Woman: A Study of Social Relationships. University of Chicago Press, Chicago, 1974.
248. White, T., V. A. Magnotta, ve ark. (2011). "Global white matter abnormalities in schizophrenia: a multisite diffusion tensor imaging study." Schizophr Bull 37(1): 222-232.
249. World Health Organization, WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a guide to its Use. World Health Organization, Geneva, 1988.
250. Yager J, Gitlin MJ. Clinical manifestations of psychiatric disorders. Kaplan and Saddock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry, 2005, 3894.
251. Yavuz R. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. Sempozyum dizisi. 2008;62: 49-58.
252. Yee NY, Large MM, Kemp RI ve ark. (2011) Severe non-lethal violence during psychotic illness. Aust N Z J Psychiatry 45: 466-72.

8. EKLER

EK 1 - ETİK KURUL ONAYI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

BRSHH

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Adli Psikiyatri Bölümünde Yatan Homisid Suçu İşlemiş Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile İşledikleri Homisid Suçunun Hedef Kitle Profiline Karşılaştırılması				
	BAŞVURU TARİH VE SAYISI	22.04.2014- 27169				
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Asist. Dr. Sevgi Gül ERTÜRK				
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri				
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi				
	DESTEKLEYİCİ	-				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ					
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon				
		Yüksek Doz Araştırması				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	X	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLAR ARASI	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Var	Yok	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	X		Türkçe	X İngilizce Diğer	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	X		Türkçe	X İngilizce Diğer	
	OLGU RAPOR FORMU		X	Türkçe	İngilizce Diğer	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ		X	Türkçe	İngilizce Diğer	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	-				
	DİĞER:	-				
KARAR BİLGİLERİ	Tarih: 06.05.2014	Karar No:397				
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.					
BRSHH KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. M. Cem İLNEM (Başkan V.)					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlişki	İmza			
Doç. Dr. Sevim BAYBAŞ	Nöroloji	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>				
Doç. Dr. Erhan EMEL	Nöroşirürji	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>				
Uz. Dr. Şahap N. ERKOÇ	Psikiyatri	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>				
Uz. Dr. Nesrin B. TOMRUK	Psikiyatri	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>				
Uz. Dr. Nihat ALPAY	Psikiyatri	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		Yıllık izinde olduğundan katılamadı.		

EK 2 – SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

BAKIRKÖY RÜH VE SINIR HASTALIKLARI HASTANESİ
ADLI PSIKIYATRI BİRİMİ

SOSYODEMOGRAFİK-KLİNİK VERİ FORMU

1) Adı Soyadı:		
2) Tarih	.. / .. / ..		
3) Servisi	-----		
4) Yaşı	-----		
5) Cinsiyeti	1. Kadın	2. Erkek	
6) Doğum Yeri	-----		
7) Doğum Yeri	1. Köy 2. İlçe 3. Şehir	4. Yurt Dışı 5. Bilinmiyor	
8) Öğrenim Süresi (Yıl)	-----		
9) Medeni Durumu (Kimlikte Geçen)	1. Bekar 2. Evli 3. Dul	4. Ayrılmış 5. Başka (Belirtiniz) 6- Bilinmiyor	
10) Kardeş Sayısı	-----		
11) Çocuk Sayısı	-----		
12) Askerlik Durumu	1. Tam Olarak Yapmış 2. Ertelemiş (Tıbbi Nedenle) 3. Ertelemiş (Psikiyatrik Neden) 4. Ertelemiş (İdari Nedenle) 5. Askerliğe Elverişsiz (Psikiyatrik neden)	6. Askerliğe Elverişsiz (Tıbbi) 7. Asker Kaçağı 8. Hava Değişimi Alm. (Zaman, Tam.) 9. Başka (Belirtiniz) 10. Bilinmiyor	
13) Mesleği	1. Yok	2. Var	
14) Suç Öncesi İş Düzeni:	1. Çalışmıyor 2. Düzensiz Çalışıyor	3. Düzenli Çalışıyor	
15) Psikiyatrik Hastalık Başlangıç Yaşı	-----		
16) Psikiyatrik Hastalık Kaç Yıldır Sürüyor	-----		
17) Toplam Yatış Sayısı (Psik.)	-----		
18) Şimdiki Hastane Yatış Süresi (Toplam-Ay)	-----		
19) Toplam Suç Sayısı (Yargıya İntikal Eden)	-----		
20) Suç Öncesi psk. hastalık	1. Yok	2. Var	
21) Varsa Tanısı	-----		
22) İlk Kez Suç İşleme Yaşı	-----		
23) Cezaevi Geçmişi	1. Yok	2. Var	
24) Cezaevi Yaşantısı (Toplam-Ay)	-----		
25) Servis Uyumu	1. Uyumsuz	2. Uyumlu	
26) Tedavi Uyumu	1. Uyumsuz	2. Uyumlu	
27) Uygulanan İlaçlar İlaçları ve dozları yazalım:	1. Yok 2. Tipik Antipsikotik 3. Atipik Antipsikotik 4. Clozapin 5. Depo Antipsikotik 6. Karbomezapin 7. Lithuril 8. Valproik Asit 9. Benzodiyazapin 10. Antidepresan 11. Antikolinergik	12. Antihipertansif 13. Analjezik 14. Antihistaminik 15. Antidiyabetik 16. Beta Bloker 17. Antibiyotik 18. Vitamin 19. Folik Asit 20. Diğer	
28) Tıbbi Hastalıklar	1. Yok 2. Hipertansiyon 3. Diyabet 4. Kalp Hast. 5. Koah 6. Hiperlipidemi	7. Epilepsi 8. Parkinson 9. P. Ülser 10. Kanser 11. Diş Hastalıklı 12. Metabolik Send.	13. Diğer
29) Psikiyatrik Soy-geçmiş	1. Yok 2. Var	3. Veri Yok	
30) Öz Kuyum Girişimi	1. Yok	2. Var	
31) Öz Kuyum Girişim Yolu	1. İlaç İçerek 2. Ası Yolu 3. Ateşli Silah İle 4. Kimyasal Madde	5. Yüksekten Atlama 6. Kesici Alet İle 7. Kendini Yakma 8. Diğer	
32) Kendini Yaralama Davranışı	1. Yok	2. Var	
33) Suç Sonrası Öz kuyum Girişimi	1. Yok	2. Var	

SOSYODEMOGRAFİK-KLİNİK VERİ FORMU

34) Homisid Suçu	1. Yok	2. Var
35) Suç kaç ay önce işlenmiş?	
36) Suç Esnasında Alkol-Madde etkisi	1.Yok 2.Alkol	3.Psikoaktif Madde 4.Alkol-Madde
37) Suç Esnasında İlaç Kullanımı	1. Yok 2. Düzenli Ayaktan Tedavi	3. Düzensiz Ayaktan Tedavi 4. Bilinmiyor
38) Sağlık Kurulu Kararı	1.Yok 2. Tek 32/1 3. Tek 32/2	4. İnfaz Tehiri (16/1) 5. Bilinmiyor
39) Yarsa Koruma Tedavi Süresi (Ay Olarak)	
40) Suç Kime Karşı İşlendi	1. Öz Anne 2. Öz Baba 3. Üvey Anne 4. Üvey Baba 5. Öz Kardeş 6. Üvey Kardeş 7. Eş 8. Öz Çocuk 9. Üvey Çocuk	10. Akraba 11. Hasım 12. Arkadaş 13. Komşu 14. İş Arkadaşı 15. Amir 16. Kamu Görevlisi 17. Rastgele-Tanımayan Kişi 18. Uzaktan Tanıdık
40) Kurban Sayısı	1. Tek 2. 2 3. 3	4. 4 5. 5 6. 5'den fazla
41) Kurbanın Cinsiyeti	1. Kadın	2. Erkek
42) Kurban Saldırgan İle Daha Önce Karşılaşmış Mı?	1. Evet	2. Hayır
43) Kurban Daha Önce Aynı Saldırgan Tarafından Saldırıya Maruz Kalmış Mı?	1. Evet	2. Hayır
44) Suçun İşlendiği Yer	
45) Suç Aleti	1. Bıçak (cinsi.....) 2. Tabanca	3. Kesici Delici Alet 4. Taş Sopa 5. Başka (Belirtiniz)
46) Suç Öncesi Plan	1. Yok	2. Var
47) Suç Sırasında Hezeyan	1. Yok	2. Var 3. Veri Yok
48) Hezeyanın İçeriği:	1. Perseküsyon 2. Referans 3. Grandiyöz 4. Kıskançlık	5. Bizar 6. Erotomanik 7. Somatik 8. Birden Fazla 9. Diğer
49) (Suç Sırasında) Halüsinasyon	1. Yok	2. Var 3. Veri Yok
50) Halüsinasyonun İçeriği	1. Elementer 2. Adım Çağırın 3. Komut Veren 4. Şiddet Komutu Veren	5. Hakaret-Küfür Eden 6. Tehdit Eden 7. Diğer

SOSYODEMOGRAFİK-KLİNİK VERİ FORMU

52) SUÇ 2 (non-homisid)

53) Şekli

1. Yok

2. Var

1. Adam Öldürme
2. Öldürme Girişimi
3. Yaralama
4. Yaralamasız Saldırı
5. Eşya / Mala Zarar
6. Kandırlama
7. Yangına Neden Olma
8. Tehdit
9. Hakaret

10. Konut Dokunulmazlığını İhlal
11. Cinsel Suçlar
12. Saldırgan Sarhoşluk
13. Uyuşturucu Madde
14. Ruhsatsız Silah (6136)
15. Gasp / Gasp Girişimi
16. Hırsızlık
17. Dolandırıcılık / Sahtekârlık
18. Kamu Suçları
19. Başka (Belirtiniz)

54) Yönü

1. İnsana Dönük
2. Mala Dönük

3. Kamu Düzeniyle İlgili
4. Başka (Belirtiniz)

55) Şiddeti

1. Tamamen Şiddet Dışı
2. Hafif Şiddet
 - a) Tehdit, Hakaret, Ruhsatsız Silah;
 - b) Kazan Mala Küçük Zarar;
 - c) Sözle Sarkıntılık.
3. Orta Derece Şiddet
 - a) Darp, Etikili Eylem, Gasp, İnsana Yönelik Olaya Silah Kullanımı, Silah Teşhiri, Tehdit, Mütecaviz Sarhoşluk,
 - b) Amaçlı Olarak Mala Orta Derecede Zarar Verme;
 - c) Elle Sarkıntılık

4. Ciddi Şiddet
 - a) Yaralama, Öldürme Girişimi, Ciddi Bedensel Yaralamaya Neden Olan Etikili Eylem, İnsana Yönelik Her Türü Silah Kullanımı;
 - b) Mala Geniş Çaplı Zarar, Yangın Çıkarma;
 - c) Kandırlama İrza Geçme
5. Çok Ağır Şiddet
 - a) Adam Öldürme, Çok Ağır Yaralama, Ağır Sakatlama;
 - b) Zorla İrza Geçme.

56) Alkol-Madde Kullanımı

1. Yok
2. Alkol

3. Psikoaktif Madde
4. Alkol-Madde

57) İlaç Kullanımı

1. Yok
2. Düzenli Ayaktan Tedavi

3. Düzensiz Ayaktan Tedavi
4. Bilinmiyor

58) Sağlık Kurulu Kararı

1. Yok
2. Tek 32/1
3. Tek 32/2

4. İnfaz Tehiri (16/1)
5. Bilinmiyor

59) Koruma Tedavi Süresi (Ay Olarak)

60) Kime Karşı İşlendi

-
1. Suç Kişiye Karşı Değil
 2. Öz Anne
 3. Öz Baba
 4. Üvey Anne
 5. Üvey Baba
 6. Öz Kardeş
 - 2- Üvey Kardeş
 - 3- Eş
 - 4- Öz Çocuk
 10. Üvey Çocuk

11. Akraba
12. Hısım
13. Arkadaş
14. Komşu
15. İş Arakadaşı
16. Amir
17. Kamu Görevlisi
18. Rastgele-Tanınmayan Kişi
19. Uzaktan Tanıdık
20. Bilinmiyor

61) Suç Aleti

1. Suç Kişiye Karşı Değil
2. Bıçak
3. Tabanca

4. Kesici Delici Alet
5. Taş Sopa
6. Başka (Belirtiniz)

62) Suç Sırasında Hezeyan

1. Yok

2. Var 3. Veri Yok

63) Hezeyanın İçeriği

1. Perseküsyon
2. Referans
3. Grandiyöz
4. Kışkırtıcılık

5. Bizar
6. Erotomanik
7. Somatik
8. Birden Fazla
9. Diğer

64) Suç Sırasında Halüsinasyon

1. Yok

2. Var

65) Halüsinasyonun İçeriği

1. Elementer
2. Adımı Çağırın
3. Komut Veren
4. Şiddet Komutu Veren

5. Hakaret-Küfür Eden
6. Tehdit Eden
7. Diğer

SOSYODEMOGRAFİK-KLİNİK VERİ FORMU

66) SUÇ 3

	1. Yok										2. Var									
67) Şekli	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
68) Yönü	1	2	3	4																
69) Şiddeti	1	2	3	4	5															
70) Alkol-Madde Kullanımı	1	2	3	4																
71) İlaç Kullanımı	1	2	3	4																
72) Sağlık Kurulu Kararı	1	2	3	4	5															
73) Koruma Tedavi Süresi (Ay Olarak)	-----																			
74) Kime Karşı İşlendi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
75) Suç Aleti	1	2	3	4	5	6														
76) Suç Sırasında Hezeyan	1	2																		
77) Hezeyanın İçeriği	1	2	3	4	5	6	7	8	9											
78) Suç Sırasında Halüsinasyon	1	2																		
79) Halüsinasyonun İçeriği	1	2	3	4	5	6	7													

EK 3 – PANNS POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ

EK-2

PANSS DERECELENDİRME FORMU

Pozitif Ölçek :	Yok	Asq	Haf	Ort	O.c.	Cid.	Aşı.
P1. Hezeyanlar	1	2	3	4	5	6	7
P2. Kavramsal düzensizlik	1	2	3	4	5	6	7
P3. Varsanlı davranış	1	2	3	4	5	6	7
P4. Eksitasyon	1	2	3	4	5	6	7
P5. Grandiyosite	1	2	3	4	5	6	7
P6. Şüphencilik/perseküsyon	1	2	3	4	5	6	7
P7. Hostilite	1	2	3	4	5	6	7
Negatif Ölçek:							
N1. Affekt küntleşmesi	1	2	3	4	5	6	7
N2. Emosyonel çekilme	1	2	3	4	5	6	7
N3. Uyum zayıflığı	1	2	3	4	5	6	7
N4. Pasif/apatik sosyal çekilme	1	2	3	4	5	6	7
N5. Soyut düşüncede zorluk	1	2	3	4	5	6	7
N6. Konuşmanın akış yetersizliği	1	2	3	4	5	6	7
N7. Stereotipik düşünce	1	2	3	4	5	6	7
Genel Psikopatoloji Ölçeği:							
G1. Bedensel kaygı	1	2	3	4	5	6	7
G2. Anksiyete	1	2	3	4	5	6	7
G3. Suçluluk duyguları	1	2	3	4	5	6	7
G4. Gerginlik	1	2	3	4	5	6	7
G5. Mannerizm ve postür	1	2	3	4	5	6	7
G6. Depresyon	1	2	3	4	5	6	7
G7. Motor retardasyon	1	2	3	4	5	6	7
G8. İşbirliğine girmeme	1	2	3	4	5	6	7
G9. Olağan dışı düşünce içeriği	1	2	3	4	5	6	7
G10. Yönelim bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
G11. Dikkat azalması	1	2	3	4	5	6	7
G12. İçgörü ve muhakeme	1	2	3	4	5	6	7
G13. İrade bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
G14. İmpuls kontrolünde bozukluk	1	2	3	4	5	6	7
G15. Zihin meşguliyeti	1	2	3	4	5	6	7
G16. Etkin sosyal kaçınma	1	2	3	4	5	6	7

EK 4 – SCID-II KİŞİLİK ENVANTERİ

SCID KİŞİLİK ENVANTERİ

Tarih :

Çalışma :

AŞAĞIDA SİZİN KİŞİLİĞİNİZ VE KARAKTERİNİZLE İLGİLİ SORULAR VARDIR AMACIMIZ SİZİN NASIL BİR İNSAN OLDUĞUNUZU, HUYUNUZU VE GENELDE NASIL DAVRANDIĞINIZI ANLAMAKTIR. LÜTFEN SORULARI DİKKATLE OKUYUP, YERİNE GÖRE "Evet" VEYA "Hayır" CEVAPLARINDAN BİRİNİ İŞARETLEYİN. TÜM SORULARI İÇTENLİKLE CEVAPLANDIRMAYA ÇALIŞIN. EĞER ANLAYAMADIĞINIZ BİR SORU OLURSA BOŞ BIRAKIN.

1. Başkalarının sizi eleştirmesi, sözlerinizi veya davranışlarınızı onaylamaması sizi incitir mi?
2. Ailenizin dışında, kendinizi gerçekten yakın hissettiğiniz hiç kimsenin olmadığı duygusuna kapılır mısınız?
3. Gerçekten istendiğinizden emin olmadıkça, insanlara yaklaşımdan kaçır mısınız?
4. İnsanlarla çok yakın olmanızı gerektirecek durumlardan kaçır mısınız?
5. Topluluk içindeyken, yanlış bir şey söylemek, ya da cevap verememek korkusu ile konuşmadığınız olur mu?
6. Başkalarının önünde, kızarmak, ağlamak ya da sinirli görünmekten korkar mısınız?
7. Başkalarına kolay gelen bir çok şey size zor ya da tehlikeli gelir mi?
8. Günlük işlerinizi yaparken sık sık başkalarına danışma ihtiyacı duyar mısınız?
9. Sizinle ilgili önemli konularda kararları başkalarının mı vermesini istersiniz?
10. Yanıldıklarınızı düşünseniz bile, başkalarının fikrine karşı çıkmaktan korkar mısınız?
11. Bir işi tek başınıza yapmak size zor gelir mi?
12. İnsanlara kendinizi kabul ettirmek için, kimsenin yapmak istemediği işleri üstlenir misiniz?
13. Yalnız kalmaktan rahatsız olur musunuz?
14. Bir yakınınızdan temelli ayrıldığınızda kendinizi çok kötü hisseder misiniz?
15. Terkedilmekten veya yalnız kalmaktan çok korkar mısınız?
16. İşlerinizi en mükemmel şekilde yapmaya çalışırken, çok zaman kaybeder misiniz?
(Bu nedenle geç kaldığınız ya da işinizi bitiremediğiniz olur mu?)
17. İşleri sıralı ve düzenli yapmaya önem verir misiniz?
17. Ayrıntıların da önemli olduğuna inanır mısınız?
18. Başkalarının, işleri aynen sizin söylediğiniz gibi yapmaları için ısrar eder misiniz?
19. Sizden başkasının doğru yapamayacağını düşündüğünüz için, işleri başkasına bırakmaktan kaçır mısınız?

20. Çalışmaya düşkünlüğünüz nedeniyle, arkadaşlarınıza, ailenize ya da eğlenmeye zaman ayırmadığınız olur mu?
21. Karar vermekte zorlanır mısınız? Örneğin, işleri hangi sırayla yapacağınıza karar veremediğiniz olur mu?
22. Sık sık, uygunsuz bir şey yapmış olabileceğinizi düşünüp endişelenir misiniz?
23. Çevrenizde toplum kurallarına uymayanlara kızar mısınız?
24. İnsanlara yakınlık göstermekte zorlanır mısınız?
25. İnsanlara bir şey vermek ya da zaman ayırmak size zor gelir mi? Başkaları sizi eli sıkı mı bulur?
26. Eski, artık kullanmadığınız eşyaları atmakta zorlanır mısınız?
27. İşlerinizi son ana kadar ertelediğiniz ve bu nedenle zamanında bitiremediğiniz olur mu?
28. Sevmediğiniz, istemediğiniz bir işi yapmanız istendiğinde sinirlenir ya da bozultur musunuz?
29. Bozmuş insanlar, istemedikleri bir işi yapmaları beklendiğinde ağırdan alır ya da iyi yapmazlar. Sizin de böyle davrandığınız olur mu?
30. İnsanlar sizden sık sık aşırı isteklerde bulunurlar mı?
31. Aslında yapmak istemediğiniz işleri kolay unuttur musunuz?
32. Başkalarının düşündüğünün aksine, görevlerinizi ve size düşen sorumlulukları iyi yaptığınıza inanır mısınız?
33. Yapacağınız iş konusunda başkalarının size akıl öğretmesine kızar mısınız?
34. İnsanlar, üzerinize düşeni yapmayarak onları onları engellediğinizden yakınır mı?
35. Amirleriniz genellikle sizden daha yetersiz ve beceriksiz midir?
36. Arkadaşlarınız veya sevdiğinizler size genellikle kötü davranan ya da sizden faydalanan kişiler midir?
37. Genelde hayal kırıklıklarını ve üzücü olayları siz mi davet edersiniz?
38. Başkalarının yardımını sık sık geri çevirir misiniz?
39. Başkaları size, genellikle ihtiyacınız olmayan konularda mı yardım teklif ederler?
40. Bir başarı karşısında, bunu hak etmediğinizi düşünerek suçluluk duyar mısınız? Bu yüzden başarınızı baltalamak ister misiniz?
41. Soylediğiniz ya da yaptığınız bir şeyin başkalarını kızdırdığını görüp şaşırduğunuz ya da bozulduğunuz oldu mu?
42. Eğlenmeye pek fırsat bulamadığınız ya da eğlence fırsatlarını kaçırdığınız olur mu?

43. Eğlenceli ortamda bile kendinizi neşeli hissetmediğiniz, eğlenmeye çalışmanıza rağmen eğlenemediğiniz olur mu?
44. Başarılı olmak ya da istediğinizi elde etmek için yapmanız gerekenleri genellikle ihmal eder misiniz?
45. Başkalarının işine yardım ettiğiniz halde kendi işinizi ihmal ettiğiniz olur mu?
46. Size iyi davranan insanları sıkıcı, kötü davrananları ise yakın bulduğunuz olur mu?
47. Kendinizden çok, başkalarının yararına olacak şeyler mi yaparsınız?
48. Başka insanlara istemedikleri halde yardım etmeye çalışır mısınız?
49. Eğer dikkat etmezseniz insanların sizi kullanacağını ya da zarar vereceğini düşünür müsünüz?
50. Arkadaşlarınızın sadakat ve güvenilirliğinden zaman zaman kuşkuya düştüğünüz olur mu?
51. İnsanların söylediği ya da yaptığı şeylerdeki gizli imo ve tehlikeleri sezer misiniz?
52. Sizi kızdıran ya da kötülük eden insanları zor mu affedersiniz?
53. Başkalarının sizin hakkınızda bir şeyler bilmesinden tedirgin olur musunuz?
54. Alıngan bir insan sayılır mısınız?
55. Kıskanç bir insan sayılır mısınız?
56. Eşinizin (ya da sevgilinizin) sizi aldattığından kuşkulandığınız oldu mu??
57. Aralarında konuşan insanlar gördüğünüzde, "acaba benim hakkımda mı konuşuyorlar?" diye düşündüğünüz oldu mu?
58. İlgisiz gibi görünen bazı olay ya da durumların, özellikle sizinle ilgili olduğu duygusuna hiç kapıldınız mı?
59. Bir toplantıda tanımadığınız bir kaç kişinin olması, sizi rahatsız eder mi?
60. Hiç olağan dışı (ya da doğa üstü) olaylara tanık oldunuz mu?
61. Büyüye, ruhlara ya da altıncı hisse inanır mısınız?
62. Eşyaları, gölgeleri ya da sesleri başka şeylerle karıştırdığınız oldu mu?
63. Kimseyi göremesenez bile, etrafınızda bir şeyin ya da kişinin varlığını hissettiğiniz oldu mu?
64. Hiç, bir insanın yüzünün ya da aynaya bakarken kendi yüzünüzün değiştiğini gördünüz mü?
65. İnsanlara yakın olmaktan sıkılır mısınız? Örneğin, ailenizin ya da arkadaşlarınızın yanında değilken daha mı rahat olursunuz?
66. Başkaları ile birlikte çalışmaktansa, işlerinizi yalnız yapmayı tercih eder misiniz?
67. Hiç bir zaman çok kızmayan yada çok neşelenmeyen bir insan sayılır mısınız?

68. Başka bir insanla cinsel ilişki kurmakta isteksiz misiniz?
69. Başkalarının hakkınızda söylediklerine (iyi ya da kötü) aldırmanın, önem vermeyen biri misiniz?
70. Başkalarının sizi övmesi, beğenmesi ya da yaptıklarınızı onaylaması çok hoşunuza gider mi?
71. Karşı cinsten insanlarla beraber olmak, konuşmak ya da şakalaşmaktan hoşlanır mısınız?
72. Güzel görünmek sizin için önemli bir şey midir?
73. Bazı insanların duyguları çok güçlüdür ve duygularını herkesin içinde gösterirler. Örneğin, fazla samimi olmadığı insanlara bile sarılabilir ya da kızınca bağırır çağırırlar. Sizde böyle biri misiniz?
74. İnsanların size bakması, sizinle ilgilenmesi hoşunuza gider mi?
75. Olaylar ya da insanlar karşısında çabuk parlayıp, çabuk yatıştır mısınız?
76. Duygularınız çabuk değişir mi? (Örneğin, ağlarken gülmeye başladığınız olur mu?)
77. Sizce kendi ihtiyaçlarınız başkalarının isteklerinden önce mi gelir?
78. Hiç, insanlar size, sadece kendinizle ilgilendiğinizi söylediler mi?
79. Bir şey istediğinizde, fazla bekleyemez, bunun hemen olması için ısrar eder misiniz?
80. İnsanlar sizi eleştirdiğinde çok bozular ya da kırılır mısınız? Bunun, uzun süre etkisinde kalır mısınız?
81. İnsanlardan isteklerinizi yapmalarını bekler misiniz? Bunun için başkalarını kullandığınız oldu mu?
82. İnsanlardan yararlanmaya hakkınız olduğunu düşünür müsünüz?
83. Başkalarınca anlaşılmayan bir takım yetenek ya da üstünlükleriniz var mı?
84. Başkaları kendini beğenmiş bir insan olduğunuzu düşünür mü?
85. Sorunlarınızın çok özel olduğunu, bu nedenle çok az kişinin sizi anlayabileceğini düşünür müsünüz?
86. Çok başarılı, güçlü, ünlü, çekici ya da sevilen bir kişi olduğunuzu hayal eder misiniz?
87. Bazı kuralların ya da yasakların size uygulanmaması gerektiğini düşünür müsünüz?
88. İnsanların size dikkat etmesine ya da hayran olmasına önem verir misiniz?
89. İnsanlar, onların duygularını anlayamadığınızdan ya da acılarına katılmadığınızdan şikayet ederler mi?
90. İnsanların başarılarını ya da sahip oldukları şeyleri kıskanır mısınız?
91. İnsanlara karşı olan duygularınızda sık değişmeler olur mu?
92. Hiç başınızı derde sokabilecek şeyler yaptığınız oldu mu?
93. Hiç, daha yeni tanıştığınız biriyle yattığınız oldu mu?
94. Hiç, fazla içki ya da uyuşturucu kullandığınız oldu mu?
95. Hiç, tehlikeli araba kullandığınız oldu mu?

96. Hiç, aşırı yemek yediğiniz oldu mu?
 97. Hiç, marketlerden ufak tefek bir şeyler aşırduğunuz oldu mu?
 98. Moraliniz sık bozulur mu? Örneğin, sık sık üzüntülü, sıkıntılı ya da sinirli dönemleriniz oldu mu?
 99. Hiç, kendinizi kaybedecek kadar öfkelendiğiniz oldu mu?
 100. Karşınızdakini dövecek ya da kavga edecek kadar kızar mısınız?
 101. Hiç, kendinizi öldürmeye ya da yaralamaya kalktınız mı? Ya da böyle bir şeye niyetlendiniz mi?
 102. Hiç, bilerek, kendinize zarar verebileceğiniz bir kazaya sebep oldunuz mu?
 103. Değişik yerlerde ya da değişik kişilerle beraberken kendinizi farklı biri gibi hissettiğiniz bu nedenle zaman zaman kim olduğunuzu bilemediğiniz oldu mu?
 104. Geleceğiniz, iş planlarınız, ya da hayattan ne istediğiniz konusunda karar vermediğiniz, ya da ne istediğinizi bilmediğiniz oldu mu?
 105. Ne gibi insanlarla arkadaşlık etmek istediğinizi bilemediğiniz duygusuna kapılır mısınız?
 106. Hiç değer yargılarınız ya da inançlarınız konusunda kuşkuya düştüğünüz oldu mu?
 107. Sık sık boşluk hissi ya da can sıkıntısı duyar mısınız?
 108. Önem verdiğiniz birinin sizi terkedeceğinden çok korkar mısınız?
- BUNDAN SONRAKİ SORULAR 15 YAŞINDAN ÖNCEKİ HAYATINIZLA İLGİLİDİR.
109. 15 yaşından önce, okuldan kaçardınız mı?
 110. Çocukken hiç evden kaçtınız mı?
 111. Kavgacı bir çocuk muydunuz?
 112. 15 yaşından önce, kavgada alet kullanırdınız mı?
 113. Hiç başka bir insanı sizle cinsel ilişkiye zorladınız mı?
 114. Çocukken hayvanlara eziyet eder miydiniz?
 115. Kavgada dışında bilerek başka çocukların canını yakar mıydınız?
 116. Hiç size ait olmayan şeylere tasarlara zarar verdiğiniz oldu mu?
 117. Hiç yangın çıkardınız mı?
 118. Çocukken yalan söyler miydiniz?
 119. 15 yaşından önce hırsızlık yaptınız mı?
 120. 15 yaşından önce yankesicilik yaptınız mı? Ya da adam soydunuz mu?

EK 5 – SF36 FORMU

Ek-1

MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız
EVET HAYIR

a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız
EVET HAYIR

a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağır normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK 6 – ONAM FORMU

BİLGİLENME VE KABUL ETME BELGESİ

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yatarak tedavi görmekteyim, yatışım sırasında hastanenizde çalıştığını öğrendiğim Dr. Sevgi Gül Ertürk isimli doktor tarafından, hastalığım ile ilgili yapılan bir tıbbi araştırmada kullanılması amacı ile bazı bilgilerimin sorulup, kayıt altına alınacağı, aynı zamanda birisi mevcut hastalığımın klinik şiddetini ölçen, diğeri eşlik edebilecek semptomların şiddetini ölçecek iki psikiyatrik ölçeğin uygulanacağı bildirildi. Anket ve ölçekleri gördüm ve yeterli bilgi edindim. Kimlik bilgilerimin gizli kalması koşuluyla, anket formunda ve ölçeklerde geçen konularla ilgili soru sorulmasını ve kaydedilmesini, toplanan bilgilerin tıbbi yazı ve konuşmalarda kullanılmasını kendi rızamla kabul ediyorum.

Tarih:

Adı soyadı / imza