



**T.C.  
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAğLIĞI VE SİNİR  
HASTALIKLARI SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
RUH SAğLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ**

# **ŞİZOFRENİ VE BENZERİ PSİKOTİK BOZUKLUKLARDA CEZA SORUMLULUĞUNU ETKİLEYEN ETMENLER**

**Dr. Mert BATMAZ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL - 2019**





**T.C.**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR**  
**HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ**

**ŞİZOFRENİ VE BENZERİ PSİKOTİK BOZUKLUKLARDA**  
**CEZA SORUMLULUĞUNU ETKİLEYEN ETMENLER**

**Dr. Mert BATMAZ**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL - 2019**

## I. TEŞEKKÜR

Öncelikle sağladığı çalışma ortamı için Başhekimimiz Doç. Dr. Murat ERKIRAN'a,

Uzmanlık eğitimim süresinde kendisiyle çalışma fırsatı bulduğum, bilgi birikimi, bilimsel çalışma disiplini ve deneyimi ile yol göstererek her zaman desteğini hissettiğim Tez Danışmanım Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ'ye,

Uzmanlık eğitimim sırasında her zaman desteğini hissettiğim, klinik deneyimi, bilgi birikimi, konusuna olan hakimiyetiyle hem çok mutlu bir çalışma ortamı sağlayan, hem de benim için çok önemli bir örnek oluşturan 6. Psikiyatri Klinik Şefi Doç. Dr. Özlem Devrim BALABAN'a,

Rotasyonlarım sırasında bilgi birikim ve deneyimlerini paylaştığım Uzm. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Mehmet Can GER, Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Doç. Dr. Münevver YILDIRIM, Doç. Dr. Ekrem Cüneyt EVREN, Doç. Dr. Aysun SOYSAL, Doç. Dr. Gül KARACETİN, Doç. Dr. Erkan AYDIN, Doç. Dr. Ali KEYVAN ve Doç. Dr. Nurhan FISTIKCI'ya,

Tüm asistanlık sürecim boyunca kendilerinden çok fazla şey öğrendiğim uzmanlarım Dr. Özlem GÜL, Dr. Tuna Güzide YENER ÖRÜM, Dr. Funda KEÇELİ, Dr. Burcu HAMURİŞÇİ YALÇIN, Dr. Bahri İNCE, Doç. Dr. Ürün ÖZER, Dr. Başak MUTLUER, Dr. Amber Alix ÖZHAN, Dr. Ayşegül ERMİŞ ve Dr. Hikmet DADALI'ya,

Uzun soluklu asistanlık hayatım boyunca beraber çalışma şansına sahip olduğum, çok fazla şey öğrendiğim kıdemli asistan arkadaşlarıma ve halen uzmanlık eğitimleri devam eden, özverili çalışan ve iyi birer hekim olduklarına yürekle inandığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Başta servisi tümüyle sahiplenene, asla yalnız hissetmememi sağlayan klinik sorumlu hemşiremiz Meliha YAZICI'ya olmak üzere tüm 6. Psikiyatri Kliniği sağlık memuru, hemşire ve personellerine ve ayrıca adli poliklinik ve tutuklu servis çalışanlarına,

Tüm hayatım ve bu zorlu süreçte beni yalnız bırakmayan, desteklerini hep hissettiğim sevgili eşim Ece'ye, anne ve babama, tüm aile bireylerime ve dostlarıma,

Çok teşekkür ederim.

Dr. Mert BATMAZ

İstanbul, 2019

## II. İÇİNDEKİLER

### Sayfa No

<b>I. TEŞEKKÜR.....</b>	<b>i</b>
<b>II. İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>ii</b>
<b>III. ÖZET .....</b>	<b>iv</b>
<b>IV. ABSTRACT .....</b>	<b>v</b>
<b>V. KISALTMALAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>VI. TABLO LİSTESİ.....</b>	<b>vii</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1. TANIMLAR .....	4
2.1.1.Şizofreni .....	4
2.1.2.Şizofreniform Bozukluk.....	5
2.1.3.Şizoaffektif Bozukluk .....	6
2.1.4.Tanımlanmamış (Atipik) Psikotik Bozukluk .....	6
2.1.5.Saldırganlık .....	6
2.1.6.Dürtüsellik.....	7
2.2. CEZA SORUMLULUĞUNUN TARİHÇESİ VE GELİŞİMİ.....	8
2.3. CEZA SORUMLULUĞUNUN BELİRLENMESİ.....	10
2.4. PSİKOTİK HASTALIKLAR VE SUÇ İLİŞKİSİ.....	11
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>16</b>
3.1. GRUPLARIN SEÇİM VE OLUŞTURULMASI .....	16
3.1.1.Çalışma Evreni.....	16
3.1.2.Çalışmaya Alınma Kriterleri .....	16
3.1.3.Çalışmadan Dışlama Kriterleri.....	17

3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN GEREÇLER.....	18
3.2.1.Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	18
3.2.2.Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS).....	18
3.2.3.Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ).....	18
3.2.4.Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ).....	19
3.2.5.Taylor Suç Şiddeti Derecelendirme Ölçeği (TSSDÖ).....	19
3.2.6.İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ).....	19
3.3. İSTATİSTİK.....	20
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>21</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>42</b>
5.1. KISITLILIKLAR VE ZORLUKLAR.....	56
<b>6. SONUÇLAR.....</b>	<b>57</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>59</b>
<b>8. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>66</b>
<b>9. EKLER.....</b>	<b>66</b>
EK 1 - ETİK KURUL ONAYI.....	67
EK 2 - BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU.....	69
EK 3 - SOSYODEMOGRAFİK VERİ VE KLİNİK FORMU.....	71
EK 4 - BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ (BDÖ).....	77
EK 5 - BUSS-PERRY SALDIRGANLIK ÖLÇEĞİ (BPSÖ).....	78
EK 6 - TAYLOR SUÇ ŞİDDETİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (TSSDÖ).....	79
EK 7 - POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS).....	80
EK 8 - İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ.....	81

### III. ÖZET

#### ŞİZOFRENİ VE BENZERİ PSİKOTİK BOZUKLUKLARDA CEZA SORUMLULUĞUNU ETKİLEYEN ETMENLER

Dr. Mert Batmaz

**AMAÇ:** İşledikleri iddia edilen bir suçta yönelik ceza sorumluluğu olmadığı kanaati oluşan şizofreni ve benzeri psikotik bozukluk tanısı alan hastaların hastalıklarının ve/veya suç niteliklerinin hangi özellikleriyle bu tıbbi kanaati oluşturduklarının incelenmesi amaçlanmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne haklarında Türk Ceza Kanunu (TCK)'nin 32. maddesi gereği ceza sorumluluğunun belirlenmesi konusunda rapor düzenlenmesi istenen erkekler çalışmaya alınmıştır. Olguların adli serviste yapılan gözlemleri, muayeneleri, tetkikleri, önceki tıbbi kayıtları ve dava dosyalarının incelenmesi sonucunda sağlık kurulu tarafından rapor düzenlenmiştir. Ceza sorumluluğu olmadığı kanaati oluşan şizofreni, şizoaffektif bozukluk, şizofreniform bozukluk ve tanımlanmamış (atipik) psikotik bozukluk tanısı almış hastalardan oluşan hasta grubu ile ceza sorumluluğunun tam olduğu kanaati oluşan ve majör psikiyatrik hastalığı olmayan kişilerden oluşan kontrol grubu sosyodemografik, klinik ve suç özellikleri bakımından karşılaştırılarak incelenmiştir.

**BULGULAR:** Hasta grubun anlamlı derecede daha fazla çalışmadıkları, geçmişte eksen 1 alanında psikiyatrik bozukluk tanı ve tedavilerinin olduğu, suç aleti kullanımının olduğu, ortak yaşam alanında suç işledikleri, yargılama sürecinde alınan tıbbi raporlarda psikiyatrik belirtiye sahip oldukları saptanmıştır. Suç eylemi öncesinde hasta grubun %80,4'ünün hezeyan, %29,4'ünün varsanı tariflediği saptanmıştır. Kontrol grubuna göre daha az cezaevi ve suç öykülerinin olduğu, suç öncesi daha az oranda plan yaptıkları bulunmuştur. Kontrol grubunda ise geçmişte kişilik bozukluğu tanısının varlığı, suçtan sağlanan kazanç oranı ve suç sırasında alkol ve/veya madde etkisi altında olma anlamlı derecede fazla saptanmıştır. Hasta grupta dürtüsellik skorları PANSS skorları ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur.

**SONUÇ:** Şizofreni ve benzeri psikotik bozukluğu olan bireylerde ceza sorumluluğunu değerlendirirken söz konusu eylem sırasında psikotik belirtilerin yanı sıra dava/soruşturma dosyasındaki tüm verilerin, önceki tıbbi kayıtların, tedavi uyumunun, suç öyküsünün, suç niteliğinin ve dürtüsellik ele alınmasının bilirkişilerin daha nesnel karar vermelerine katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

**Anahtar kelimeler:** Adli Psikiyatri, Ceza Sorumluluğu, Şizofreni, Şiddet

**İletişim:** mert.batmaz@saglik.gov.tr

## IV. ABSTRACT

### FACTORS EFFECTING CRIMINAL RESPONSIBILITY IN SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA LIKE PSYCHOTIC DISORDERS

Dr. Mert Batmaz

**AIM:** The purpose of this study is to analyze the schizophrenia and schizophrenia like psychotic disorder patients for whom the medical opinion of criminal irresponsibility is formed against the crimes that they are accused to have committed and what factors do cause the formation of such medical opinions.

**METHOD:** Males who were sent to Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Training and Research Hospital for criminal responsibility evaluation in accordance with Turkish Criminal Law Article 32 are included in this study. Reports are prepared by the medical board of the hospital by examining the observations by the forensic clinic, medical tests, clinical examination, overall medical history and case documents. A socio-demographic, clinical features and crime characteristics' comparative analysis is made between the sample group for whom the medical opinion of criminal irresponsibility formed is consisted of patients who have been diagnosed with schizophrenia, schizoaffective disorder, schizophreniform disorder and unspecified (atypical) psychotic disorder and the control group who are criminally responsible are made up of the people who haven't got any major psychiatric disorder diagnosis.

**RESULTS:** It is established that people in the sample group significantly haven't got a decent occupation, have axis 1 psychiatric diagnosis and treatment history, using weapons during the crime, have committed crimes in living areas and psychiatric symptoms conducted on medical reports during trial periods. 80,4% of the patients had delusional thoughts and 29,4% had hallucinations before the act of crime. It is also observed that the people in sample group have less history of crime and prison, and less inclined to making plans before the act comparing to the control group. It is thoroughly detected that the people in the control group who had a diagnosis of personality disorder, have derived personal gain from the crime and committed crimes under the influence of alcohol and/or substances. A considerable correlation between impulsivity scores and PANSS scores are conducted on the sample group.

**CONCLUSION:** When all results are taken into consideration, it is seen that medical experts may draw objective conclusions by taking, besides psychotic symptoms, all the information from case files, medical history, adherence to treatment, the history of the crime, the characteristics of the crime and the impulsivity scores when examining criminal responsibility for the individuals who have been diagnosed with schizophrenia or schizophrenia like psychotic disorders.

**Keywords:** Forensic Psychiatry, Criminal Responsibility, Schizophrenia, Violence

**Contact address:** mert.batmaz@saglik.gov.tr

## V. KISALTMALAR

- ASKB** : Antisosyal Kişilik Bozukluğu
- BDÖ** : Barratt Dürtüsellik Ölçeği
- BPSÖ** : Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği
- CMK** : Ceza Muhakemesi Kanunu
- CSOG** : Ceza Sorumluluğu Olmayan Grup
- DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- İÜBDÖ** : İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği
- KG** : Kontrol Grubu
- PANSS** : Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
- TCK** : Türk Ceza Kanunu

## VI. TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
<b>Tablo 1:</b> TCK 32. Madde .....	10
<b>Tablo 2:</b> CSOG ve KG Arasında Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	21
<b>Tablo 3:</b> CSOG ve KG Arasında Geçmiş Suç ve Psikiyatri Öykülerinin Karşılaştırılması .....	23
<b>Tablo 4:</b> CSOG ve KG Arasında Son Yatış Tanılarının Karşılaştırılması.....	24
<b>Tablo 5:</b> CSOG ve KG’de İşledikleri İddia Edilen Suçların Dağılımı.....	25
<b>Tablo 6:</b> CSOG ve KG Arasında Suç Niteliklerinin Karşılaştırılması.....	26
<b>Tablo 7:</b> CSOG ve KG Arasında Suç Esnasındaki Psikiyatrik Bulguların Karşılaştırılması .....	28
<b>Tablo 8:</b> CSOG ve KG Arasında Suç Esnası ve Sonrasındaki Niteliklerin Karşılaştırılması .....	29
<b>Tablo 9:</b> CSOG ve KG Arasında Psikometrik Test ve Dava Dosyası İçeriğinin Karşılaştırılması .....	30
<b>Tablo 10:</b> CSOG’de PANSS ve İÜBDÖ Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları, Minimum ve Maksimum Değerleri .....	31
<b>Tablo 11:</b> CSOG ve KG Arasında Saldırganlık ve Dürtüsellik BPSÖ ve BDÖ Skorları ile Karşılaştırılması .....	32
<b>Tablo 12:</b> CSOG ve KG Arasında Suç Şiddetinin TSSDÖ Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması .....	33
<b>Tablo 13:</b> CSOG’de PANSS, İÜBDÖ, BPSÖ ve BDÖ Skor ve Alt Skorları Arasındaki Korelasyon İlişkisi.....	34
<b>Tablo 14:</b> KG’de BPSÖ ve BDÖ Skorları Arasındaki Korelasyon İlişkisi.....	35
<b>Tablo 15:</b> Ceza Sorumluluğunu (Yok/Var) Yordayan Etmenlerin Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi.....	36
<b>Tablo 16:</b> CSOG’deki Hastaların PANSS Toplam Skorlarını Açıklamada BPSÖ ve BDÖ Skorlarının Etkinliği .....	37
<b>Tablo 17:</b> CSOG’deki Hastaların PANSS Negatif Belirtiler Skorlarını Açıklamada BPSÖ ve BDÖ Skorlarının Etkinliği .....	38

<b>Tablo 18:</b> CSOG'deki Hastaların PANSS Pozitif Belirtiler Skorlarını Açıklamada BPSÖ ve BDÖ Skorlarının Etkinliği .....	39
<b>Tablo 19:</b> CSOG'deki Hastaların PANSS Genel Psikopatoloji Skorlarını Açıklamada BPSÖ ve BDÖ Skorlarının Etkinliği .....	39
<b>Tablo 20:</b> CSOG'deki Hastaların BPSÖ Skorları ile Bağlantılı Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları .....	40
<b>Tablo 21:</b> Çalışmadaki Kişilere Sağlık Kurulu Tarafından Konulan Tanıların Dağılımı .....	41



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ruhsal hastalıklar ve şiddet arasındaki ilişki yüzyıllar boyunca ilgi çeken ve tartışılan bir konu olmuştur. Tarihi yasaları dahi incelediğimizde hastalığı dolayısıyla suç işlediği düşünülen kişilere ceza verilmemesi konusunda yasalar olduğu görülmektedir (1). Şizofreniyi de içeren ruhsal hastalıklarda şiddetin arttığı ile ilgili görüşler oldukça tartışmalıdır. Fazel ve ark.'nın (2009) meta-analizinde şizofreninin şiddet içeren suç eylemini 1,2 kat arttırdığı ve normal popülasyona yakın olduğu belirtilmiş olup; madde kullanımı komorbiditesi mevcut ise riskin 4 kat arttığı gösterilmiştir (2). Şizofreniyi de içeren ruhsal hastalıklarda şiddetin artmadığına dair düşüncelerin aksine; şizofreni tanısı olan erkeklerde şiddet içeren davranışın 6 ila 10; kadınlarda ise 8 ila 10 kat arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (3). Genel toplumda işlenen tüm suçların %7 gibi düşük bir oranının şizofreni hastalarına ait olduğu öngörülmekle beraber; şizofreni hastalarının hastalığı olmayan popülasyona göre 4 kata yakın artmış suç işleme oranlarının olduğu gösterilmesi, konunun başta sağlık ve hukuk olmak üzere birçok alanın dikkatini çekmesine neden olmuştur (4).

Ceza sorumluluğu ile ilgili belki de tarihteki ilk önemli dava, 1843 yılında perseküsyon hezeyanları doğrultusunda dönemin İngiltere Başbakanı yerine sekreterini öldüren İskoç Daniel M'Naughten davası olarak göze çarpmaktadır (5). Ceza sorumluluğu olmadığına kanaat getirilen M'Naughten davası örnek olarak alınmış ve uzun süre İngiltere ve Amerikan yasalarında emsal gösterilmiştir. 1982 yılında dönemin Amerika Birleşik Devletleri Başkanı Ronald Reagan'a suikast düzenleyen J.W. Hinckley'in ceza sorumluluğu olmadığına dair kanaat oluşması üzerine ise kamuoyundan tepkiler gelmiş ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yasalar tekrar düzenlenmiştir (1,4). Bu düzenlemeler sonucunda ise Amerika Birleşik Devletleri cezaevlerinde psikotik hasta sayısında belirgin artış izlenmiştir (1).

Evrensel hukuka göre bir eylemin suç olması için hukuki, yasal, maddi ve manevi öğelerinin bulunması gerekmektedir. Ceza sorumluluğunu gündeme getiren

de kişinin eylemin suç olduğunu bilme ve eylemini durdurma iradesi olup olmadığını sorgulayan manevi ögedir (1). Ceza sorumluluğunun tespitinde; suç esnasında bir kişinin ayırt etme gücünü etkileyecek derecede akıl hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesinde, kısacası suça ilişkin yeterliliğinin olmamasında aşağıdaki ögelerden bir ya da daha fazlasında yetersizlik olması gerekmektedir (6).

1-Kişinin eylemlerini kendi kararlarıyla kontrol etmesi

2-Kişinin yasal/ahlaki açıdan ilgili bilgileri anlaması

3-Kişinin durumu ve bunun sonuçlarını kavraması

4-Uygulanabilir davranışsal seçenekler hakkında akıl yürütebilmesi.

Türk Ceza Kanunu (TCK) 32/1. maddesi “Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalan kişiye ceza verilmez.” hükmüyle ceza sorumluluğunun olmamasına ilişkin hukuki tanımı yapmaktadır (7).

Çalışmamıza hastanemize TCK 32. madde gereği haklarında işledikleri iddia edilen suça ilişkin ceza sorumluluğu raporu düzenlenmesi istenen erkekler dahil edilmiştir. Bu olgular, ceza sorumluluğu olmayan şizofreni, şizofreniform bozukluk, şizoaffektif bozukluk ve tanımlanmamış (atipik) psikoz hastalarından oluşan örneklem grubu ve ceza sorumluluğu tam olan, majör psikiyatrik hastalığı olmayan kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Çalışmanın amacı; ceza sorumluluğu kaldırılan şizofreni ve benzeri psikotik hastalık tanısı konulan kişilerde, bu karara varılmasını etkileyen hastalık ve/veya suçun niteliğine ilişkin özellikleri ortaya koyabilmektir.

Çalışmanın hipotezleri:

1 - Şizofreni ve benzeri psikotik bozukluğu olan hastalar hukuki ve ahlaki olarak suçun kötülüğünü bilseler bile gerçeği değerlendirmelerini bozan psikotik belirtiler ceza sorumluluğunu daha çok etkilemektedir.

2 - Ceza sorumluluğu olmayan şizofreni ve benzeri psikotik bozukluğu olan hastalarda, ceza sorumluluğu tam olanlara göre davranışlarını yönlendirme yeteneğinde daha etkili olan dürtüsellik daha az etkili olmaktadır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. TANIMLAR

#### 2.1.1. Şizofreni

Şizofreni biliş, davranış ve duygulanımla ilgili çeşitli semptomları olan bir tanı kümesidir. Sıklığı ve yaşam boyu yaygınlık hızı hemen tüm dünyada benzerdir (8). Erkeklerde kadınlara göre 1.5 kat daha fazla görülmekte olup insidansı yüzbinde 0.7 – 1.4 arasında değişmektedir (9). Akut alevlenmeler ve kısmi düzelmelerle seyreden; yineleyen hastane yatışlarının olduğu, ağır yeti yitimine sebep olan kronik bir hastalıktır (10). Tüm olası yeti kayıplarının yanı sıra şizofreni hastalarında ortalama yaşam süresi on yıl kadar azalmıştır (11).

DSM – 5' e göre şizofreni tanı kriterleri şu şekildedir (12):

A. Aşağıdaki belirtilerde ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin 1, 2 ya da 3 olması gerekir.

1) Sanrılar

2) Varsanılar

3) Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılma konuşma)

4) İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı

5) Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama)

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok başlıca alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcında önce erişilen düzeyin belirgin olarak

altındadır. (Çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az 1 aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da iki uçlu (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak majör depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur.

### **2.1.2. Şizofreniform Bozukluk**

Şizofreniform bozukluk ani başlangıç gösteren, uzun prodromal dönemi olmayan bir hastalıktır. Şizofreni tanı kriterleri aynı olmakla beraber hastalığın süresi bir ila altı ay arasında sınırlıdır. Kişilerin altı ay içerisinde hastalık öncesi durumlarına geri dönmeleri beklenir. Negatif semptomlar daha nadirdir ve prognoz genelde daha iyidir (13).

### 2.1.3. Şizoaffektif Bozukluk

Şizoaffektif bozukluk ile ilgili geniş prevalans çalışmaları yapılmamıştır. Mevcut hastalık tanısının zor konulan bir tanı olmasının bunda etkili olduğu düşünülmektedir (14).

DSM – 5'e göre şizoaffektif bozukluk tanı kriterleri şu şekildedir (15):

- A. Majör bir duygudurum dönemiyle (majör depresyon ya da mani dönemi) eşzamanlı olarak şizofreninin A tanı ölçütünün karşılandığı, kesintisiz bir hastalık sürecinin olması.
- B. Hastalığın yaşam boyu süresince, majör bir duygudurum döneminin (depresyon ya da mani dönemi) olmadığı iki ya da daha çok hafta, sanrılar ya da varsanılar bulunur.
- C. Majör bir duygudurum döneminin tanı ölçütlerini karşılayan belirtileri, hastalığın açık ve artakalan kesiminde, toplam sürenin büyük bir çoğunluğunda bulunur.
- D. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

### 2.1.4. Tanımlanmamış (Atipik) Psikotik Bozukluk

Tanımlanmamış (atipik) psikotik bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozuklukların belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerinin tam karşılanmadığı durumlarda kullanılır (16).

### 2.1.5. Saldırganlık

Saldırganlık (agresyon), bir kişiye ya da nesneye karşı olan, ona fiziksel ya da ruhsal olarak zarar vermek için yapılan nefret, kin, öfke içeren eylem olarak tanımlanabilir. Sözel ya da fiziksel olarak iki ucu olduğu düşünülürse, şiddet karşısındakini yaralama, yok etme amaçlarıyla fiziksel saldırganlık ucundaki en

yıkıcı tanımı olarak kabul edilebilir (17). Saldırganlığın dürtüsel ve planlı olarak iki şekilde ayrılabilceği belirtilmiştir. Dürtüsel saldırganlık otonomik olarak uyarılır ve tehdit unsurlarına karşı abartılı olarak ortaya çıktığında patolojik kabul edilebilir. Planlı saldırganlık ise tasarlanmış bir son üründür (18).

Buss-Perry'e göre belirlenen saldırganlık alt tipleri mevcuttur. Fiziksel saldırganlık; antisosyal kişilik özellikleri, alkol ve madde kullanımı ile ilişkilidir. Sözel agresyon; tartışmaya yatkın olduğu söylenen kişilerde gözlemlenebilir. Ayrılma anksiyetesi olan çocuklar, panik bozukluk tanılı kişilerde görülebilir. Tıpkı fiziksel saldırganlık alt tipi gibi antisosyal kişilik özellikler, alkol ve madde kullanımı ile ilişkilidir. Öfke; fizyolojik yanıt ve saldırganlık davranışına hazırlık içerir ve davranışın emosyonel ve affektif durumuyla ilgilidir. Düşmanlık; sosyal uyumsuzluk ve sosyal izolasyonla giden ağır psikopatolojiyi içerir, saldırganlık davranışının kognitif boyutuyla ilgilidir. Dolaylı saldırganlık ise sorunlarla yüzleşmekten kaçınanlarda daha sık görülür (19,20).

#### **2.1.6. Dürtüsellik**

Dürtüsellik, kişinin bir eylemi planlamadan ve sonrasında oluşabilecek sonuçları düşünmeden yaptığı eylem olarak psikiyatrik açıdan tanımlanabilir. Dürtüsellikğin önemli bir özelliği; bir eylemin sonuçlarını bilinçli şekilde düşünmeden, planlanmamış eylem olmasıdır. Bu açıdan, planlamanın davranış öncesi gerçekleştiği muhakeme kusurlarından ayrılır.

Barratt ve Patton dürtüsellikği üç bölümde ele almışlardır. Bunlar; motor aktivasyon (hazırlıksız, aniden hareket etme), dikkatsizlik (elindeki işe odaklanmadan hareket etme) ve plan eksikliği (plan yapmadan, yeterince düşünmeden hareket etme) olarak sınıflanmışlardır (20). Dürtüsellik şizofreni, bipolar bozukluk, madde kullanım bozukluğu, patolojik kumar oynama bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu (ASKB), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi birçok psikiyatrik hastalığın belirtilerinden biridir (21).

## 2.2. CEZA SORUMLULUĞUNUN TARİHÇESİ VE GELİŞİMİ

Tarihte kurulmuş hemen tüm devletlerin yasalarına bakıldığında akıl hastalığı ile ilgili atıflar görülebilmektedir. Hammurabi kanunlarında dahi akıl hastalığı nedeniyle savunmalar görülmekle birlikte, akıl hastalığı iddiasının öne sürüldüğü ilk yazılı esere 1581’de İngiltere’de rastlanmaktadır (22). Yüzyıllardır batı kanunlarının, *“bir insan suç işlediğinde akıl sağlığı yerinde değilse cezalandırılmaz”* ilkesi doğrultusunda düzenlendiği görülmektedir (23). İngiltere’de 1724’de Arnold davası *“Yabani Hayvan Testi”* ile, *“bir kişi tıpkı bir bebek, bir canavar veya bir yabani hayvan gibi hafıza ve anlayıştan tamamen yoksunsa ve ne yaptığını bilmiyorsa cezalandırılmaz”* olarak sonuçlanmıştır. 1840’da Edward Oxford davasında *“kişi, bir akıl hastalığı veya defekti sonucu nedeniyle suç eylemini yapma dürtüsüne karşı koyamıyorsa sorumlu tutulamaz”* tanımı ile gündeme gelen *“Dayanılmaz Dürtü Testi”* daha sonra Kraliçe Victoria’nın eleştirilerine maruz kalmıştır (5,24). 1843 yılındaki M’Naughten davası ile yasalardaki yeri daha da kesinleşen ceza sorumluluğu konusu, günümüze kadar olan süreçte çeşitli değişikliklerden geçmiştir. Konu ile ilgili en fazla sayıda çalışmanın yapıldığı diğer bir ülke olan Amerika Birleşik Devletleri’nde ise 1954’de *“sanığın kanun dışı eylemi bir ruhsal hastalık veya kusurun ürünüyse sanık suçtan sorumlu değildir”* olarak belirtilen *“Durham Kuralı”* ortaya çıkmıştır. 1950’li yıllarda M’Naughten testinin eyaletlerinin üçte ikisinde kullanıldığı Amerika Birleşik Devletleri’nde Amerikan Hukuk Enstitüsü *“Kişi, akıl hastalığının veya zayıflığının bir sonucu olarak; hem suç eyleminin hukuki açıdan yanlış olduğunu kavrama, hem de eylemini hukukun gerektirdiklerine uygun şekilde yerine getirebilme kapasitesinden önemli derecede yoksunsa sorumlu değildir”* kanunu ile Ceza Yasası Modeli’ni oluşturmuştur (5). 1982 yılında Amerika Birleşik Devletleri Başkanı Ronald Reagan’a suikast düzenleyen kişinin ceza sorumluluğu olmadığına dair rapor düzenlenmesi Amerikan halkında infiale yol açmış ve kamuoyunun tüm dikkatini ruhsal rahatsızlıklar ve suç ilişkisine yöneltmiştir. Kamuoyu tepkisinin ardından yapılan yasal düzenlemelerle birlikte ise Amerika Birleşik Devletleri’nde cezaevlerinde psikotik hasta sayısının arttığı görülmüştür (1). Amerika Birleşik Devletleri’ndeki uygulama incelendiğinde eyaletlerde farklı uygulamaların olduğu görülmektedir. M’Naughten yasası veya varyantlarını kullanan, Amerikan Hukuk Enstitüsü’nün Ceza Yasası Modeli veya

varyantlarını kullanan eyaletler olduğu gibi; bu savunmaları reddeden eyaletler de mevcuttur (24,25).

Dünyadaki başka örneklere baktığımızda da benzer yasalar görmek mümkündür. Alman Ceza Yasası'nda "eylemi işlediğinde patolojik akıl hastalığı, bilinç dışı durum, zafiyet ya da ciddi akli problemi nedeniyle eylemin kanun dışı olduğunu anlamayan kişiye ceza verilemez" olarak 20. maddesinde belirlenmiştir. Finlandiya ve Danimarka Ceza Yasaları da benzer maddeler barındırmaktadır. Ancak belki de en dikkat çekici olanı "psikotik" kelimesinin geçtiği Norveç Ceza Yasası'dır. Norveç Ceza Yasası'nda "eylemi işlediğinde psikotik ya da bilinç dışı olan kişilere ceza verilemez" maddesiyle kanun hükmü oluşturulmuştur (25).

Ülkemizdeki ceza sorumluluğuna ilişkin uygulamaların geçmişine baktığımızda ilk modern yasa olarak adlandırabileceğimiz kanun maddesi 1858 yılında Islahat Fermanı'ndan sonra yürürlüğe girmiştir. Cumhuriyetin ilanından sonra İtalyan Zandarelli Yasası örnek alınarak TCK'nın 46, 47 ve 48. maddeleri yürürlüğe girmiştir. 2005'te yürürlüğe giren TCK'da ise ceza sorumluluğuna ilişkin yasa maddeleri daha güncel hale getirilmiştir ve halen geçerlidir (26). TCK'nın 32/1. maddesi "Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiile ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalan kişiye ceza verilmez." cümlesiyle ceza sorumluluğuna dair kanun maddesini oluşturmaktadır. Yasanın ilk kısmı (algılama yeteneği), kişinin yaptığı eylemin toplumsal ya da hukuksal anlamda doğru/yanlış ya da haklı/haksızlığını anlamasına atıfta bulunmakta olup yürütücü işlevlerde bozulma ve muhakeme bozukluğuyla daha ilgiliyken; ikinci kısmında (davranışlarını yönlendirme yeteneği) ise iradesine uygun hareket edebilme, iradesinin isteklerini engelleyebilmesine atıfta bulunarak dürtüselliği ön plana çıkarmaktadır (27) (Tablo 1).

**Tablo 1:** TCK 32. Madde

<p>1. Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur.</p>
<p>2. Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmibeş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hallerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkûm olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.</p>

### **2.3. CEZA SORUMLULUĞUNUN BELİRLENMESİ**

Ceza sorumluluğunun belirlenmesi bir bilirkişilik hizmeti olup, mümkün olduğunca en fazla kaynaktan bilgi alınması önerilmektedir. Kişinin yaşam öyküsü, eğitimi, askerlik ve iş durumu öğrenilmeli ve varsa geçmişe ait suç kayıtları, cezaevi öyküleri göz önüne alınmalıdır. Kişinin alkol ya da madde kullanımı ile ilgili bilgi almak önemlidir, mümkünse idrar ve kanda toksikoloji testleriyle kanıtlanmalıdır. Varsa fiziksel ya da ruhsal hastalıklar ve bunların geçmişi öğrenilmelidir. Kişilerin tam kan sayımı, açlık kan şekeri, üre, karaciğer fonksiyon testleri, tiroid fonksiyon testleri, tam idrar tahlilleri gibi genel tıbbi durumunu anlamak adına testler mümkünse yapılmalıdır. Bazı özel durumlarda elektroensefalografi, uyku incelemeleri, kranial bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans incelemeleri yapılabilir. Psikolojik testler kişilerin mental kapasitelerini ölçmek için, organizite, kişilik bozukluğu ya da duygudurum veya psikotik bozuklukları anlamaya yardımcı olmak için uygulanabilir. Tüm bu işlemler yapılırken temaruz ihtimali de akıldan çıkarılmamalıdır (27).

Kişiye ait tetkik ve incelemelerin dışında yakınlarından alınan bilgi de rapor düzenleyebilmek için önemlidir ancak bu kişilerle görüşürken açık uçlu sorular sormak ve yönlendirici olmamak unutulmamalıdır. Aile bireyleri, iş arkadaşları, varsa suç ortağına ilişkin ifadeler dikkatle incelenmelidir. Suç anına ilişkin bilgiler dava dosyasından elde edilebilir. Kişinin yakalanma şekli, polis merkezindeki ilk ifadesi, savcılık ve mahkemedeki ifadeleri bilgi verme açısından oldukça kıymetlidir.

Kişi hakkında suça ait ceza sorumluluğu raporu istenmesine neden olan beyan ya da raporların görülmesi düzenlenecek rapor için yardımcı olabilir (23).

Tanıya yardımcı olmak adına uygulanan birçok ölçek olmakla beraber altın standart test halen yoktur ve klinisyenin muayene bulguları ve görüşü halen en önemli yeri tutmaktadır. Yine de mevcut olan tartışmaları en azından azaltmak adına, güçlü bir test ya da ölçek bulma konusunda çalışmalar devam etmektedir. Aktif olarak kullanılan en güçlü ölçeklerden biri Rogers Ceza Sorumluluğu Değerlendirme Ölçeği (Rogers Criminal Responsibility Assessment Scale, R-CRAS)'dir. 1980'li yıllarda Rogers ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçekte; hasta güvenilirliği, organik faktörler, psikopatoloji, bilişsel kontrol ve davranış kontrolü olmak üzere beş ana parametreye bakılmaktadır (28). Sık kullanılmakta olan başka bir ölçek ise MacArthur ve arkadaşlarının geliştirdikleri MacArthur Yeterlilik Değerlendirme Aracı-Ceza Yargılaması (MacArthur Competence Assessment Tool-Criminal Adjudication, MacCAT-CA)'dır. Bu ölçek ceza sorumluluğu tespitinden ziyade, mahkemeye ve mahkeme süreçlerine uygunluğu ölçmektedir. 22 maddeden oluşan bu ölçekte kişinin anlama (kanunla ilgili genel süreçleri anlama), muhakeme etme (kanunları ve seçeneklerinin hükümle arasındaki ilişkiyi anlayabilme) ve anlamlandırma (kişinin dava süreciyle ilgili anlam ve sonuçlarının farkında olması) becerilerine bakılmaktadır (29). Söz konusu her iki ölçeğin de Türkçe çevirisi ile geçerlilik ve güvenilirliği henüz yapılmamıştır.

#### **2.4. PSİKOTİK HASTALIKLAR VE SUÇ İLİŞKİSİ**

Toplumda işlenen suçların yaklaşık %7'sinin şizofreni hastaları tarafından işlendiği tahmin edilmektedir (4). Bazı çalışmalar ciddi ruhsal hastalığı olanların saldırıya maruz kalma ihtimalinin de arttığını ve bu nedenle yüksek oranda saldırganlık içeren eylemlerde bulduklarını belirtmişlerdir (30). Genel toplumda saldırganlık ve suç eylemlerinin daha genç yaşlardaki kişiler tarafından yapıldığı, suç işleyen psikotik hastalarda ise yaş ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür (31). Şizofreni tanısı ile takip edilen erkeklerin, sağlıklı erkeklere göre 6-10 kat; şizofreni tanısıyla takip edilen kadınların ise sağlıklı kadınlara göre 8-10 kat artmış şiddet davranışı gösterdikleri bildirilmişse de Fazel ve ark.'nın (2009) meta-

analizinde normal popülasyondan sadece 1,2 kat artış olduğu, riskin madde kullanımı ile 4 kata kadar arttığı belirtilmiştir (2,3). Cinayet suçları incelendiğinde, şizofreni hastalarının failler arasında %6'lık bir oranda olduğu görülmüştür. Kişilik bozukluğu %10, madde kullanım bozukluğu ise %38 gibi daha yüksek oranlarda saptanmıştır. Short ve ark.'nın (2013) yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının sağlıklı toplumla karşılaştırılınca daha çok suçlandıkları, daha yüksek oranda suçlu buldukları ve daha yüksek oranda hüküm giydikleri belirtilmiştir (4). Şizofreni tanısı alan erkekler sağlıklı erkeklere göre 2,25 kat, şizofreni tanısı alan kadınlar ise sağlıklı kadınlara göre 8,59 kat daha fazla hüküm giymiştir (4). Suç işleyen şizofreni hastalarında, suç işleyen ancak psikotik hastalığı olmayan grupla karşılaştırılınca daha ileri yaş, geçmişte daha az suç öyküsü, daha az kendini yaralama davranışı ve suç esnasında daha az alkol ya da madde kullanımı saptanmıştır. İşledikleri suçları genellikle tedaviden hemen sonra ve çoğunlukla yakınlarına karşı işleyen şizofreni hastaları Tip 1 şiddet modeli sergilemektedir. Bu hastaların geçmişlerinde genellikle belirgin bağlanma bozukluğu ya da suç öyküsü olmadığı görülmekte, şiddet eylemleriyle ilişkili organize sanrılar tanımlanmaktadır. Tip 2 şiddet modeli gösteren kişilerde ise hastalık öncesinde bağlanma bozukluğu, zeminde ASKB tarif edilmektedir ve bu kişilerde hastalık öncesi suç öyküsü genellikle bulunmaktadır (32).

Eski kanının aksine şizofreni ve benzeri psikotik hastalıklarda şiddet ve suç işleme riskinin arttığını belirten yayınlar da bulunmaktadır. Şizofrenide 4-6 kat artmış şiddet izlenmektedir (2). Tiihonen ve ark.'nın (1997) 12.058 kişiyi 26 yıl boyunca takip ettikleri çalışmada şizofreni hastalarında şiddet riskinin akıl hastalığı olmayan popülasyona göre 7 kat arttığı saptanmıştır (33). Hastane yatışı olan şizofreni hastalarının yatışı olmayanlara göre daha fazla şiddet davranışı riski olduğu belirtilmiştir (33). Şiddet, uzun hastane yatışları nedeniyle sağlık sistemine ve hukuk sistemine mali olarak yük olmaktadır (33,34). Psikiyatrik hastalar tarafından işlenen suçlar damgalamayı da artırmaktadır (34). Volavka ve ark. (1997) ve Humphreys ve ark. (1992) şizofreni hastalarının yaklaşık %20'sinin sağlık sistemiyle irtibat kurmadan önce ve ilk psikotik atak sırasında herhangi bir türde şiddet içeren eylem içerisine girdiklerini belirtmişlerdir (35,36). Steadman ve ark. (1998) yaptığı çalışmada ise taburculuk sonrası bir yıl içerisinde suç işleyen %62.8 oranındaki

hastanın bunu hastaneden çıkarıldıktan sonra ilk 20 haftada işlediklerini belirtmişlerdir (37).

Suçta maruz kalan kitleye baktığımızda şizofreni hastalarının aile içi şiddet içeren eylemlerde genel topluma göre daha sık bulduklarını gösteren çalışmalar vardır (4). Şizofreni tanılı hastalar tarafından işlenen şiddet davranışına %27,6 oranında birinci derece yakınların, %4,5 oranında yabancı bireylerin maruz kaldığını belirten bir çalışma ile beraber (32), başka bir çalışmada ise hasta popülasyonun şiddetine hedef olanların %35,6'sının birinci derece akraba ve eş gibi yakın kişiler oldukları; hasta olmayan popülasyonda ise aynı oranın %10 olduğu bulunmuştur (38). En sık anne ya da eşlerin hedef olduğunu belirten çalışmalar olmakla beraber, ceza sorumluluğu olmayan ve tekrarlayıcı suç işleyen adli psikiyatri hastalarıyla yapılan bir çalışmada en sık olarak babanın hedef alındığı sonucuna rastlanmıştır (38). Şizofreni hastalarının bakım verenlerinin %77,4'ünün şiddete maruz kaldığı ya da tanık olduğu; bunlarına %52'sinin olayla ilişkili travma sonrası stres bozukluğu semptomları gösterdiği belirtilmiştir (39). Ural ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada hasta grubun %57,5 oranında özel konut ve ortak yaşanan mekanlarda; hastalığı olmayan grubun ise %74,2 gibi bir oranla özel konut dışı alanlarda eylem gösterdiklerini belirtmişler ve bu farkı istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulmuşlardır (38). Şizofreni hastalarının işledikleri suçların daha çok gündüz meydana geldiğini belirten veriler de mevcuttur (32).

Witt ve ark. (2013) 110 çalışmayla yaptıkları meta-analizde şiddet ile yüksek derecede ilişkili bazı faktörler bulmuşlardır. Bunların başında geçmişte ya da şu anda evsiz olma, erkek cinsiyet ve düşük sosyoekonomik düzey gelmektedir (40). Yapılan bazı çalışmalarda çocukken maruz kalınan fiziksel ve/veya cinsel istismar, ailede alkol kullanım bozukluğu ya da aile içi şiddetin anlamlı olarak şiddet riskini arttırdığı gösterilmiştir (30,31). Düşük dürtü kontrolü şiddet ile orta derecede, geçmiş intihar girişimleri ise şiddetle düşük derecede ilişkili olarak bulunmuştur (40). Geçmişte işlenen suç davranışı şiddet içermesinden bağımsız olarak şiddet için risk faktörü olarak gösterilmiştir. Kişilik bozukluklarının şizofreni hastalarında komorbiditesi hakkında değişken sonuç veren çalışmalar olmakla beraber; özellikle ASKB komorbiditesinin suç ve tekrarlayıcı suç işlemede önemli risk faktörü olduğu

gösterilmiştir ve bu grupta farmakolojik tedavi yetersiz olarak değerlendirilmektedir (36). Fulham ve Dolan (2008) yatan hastalarda yaptıkları çalışmada Psikopati Kontrol Listesi (Psychopathy Checklist) toplam skoru ile şiddet arasında pozitif ilişki bulmuşlardır (42).

Psikotik hastalarda şiddet riskini artıran faktörler arasında komorbid psikoaktif madde kullanımı (44–46) tedavi uyumsuzluğu (46) ve aktif psikotik semptomların varlığı (43,47) gösterilmiştir. Walsh ve ark. (2004) 271 hastayı iki yıl boyunca izledikleri çalışmada geçmiş şiddet eylemi ile alkol ve madde komorbiditesini öngörülebilir risk faktörü olarak belirtmişlerdir (48). İsveç'te 1973-2006 arasında yapılan çalışmada şizofreni ve madde kullanım komorbiditesinin yalnızca şizofreniye oranla şiddet içeren suç davranışını 3 kat arttırdığı görülmüştür. Aynı çalışmada şizofreni tanısı aldıktan sonra madde komorbiditesi eklenen hastaların şiddet içeren eylem oranının; tanı almadan önce madde kullanımı olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (2). Finlandiya'da yapılan 26 yıllık takip çalışmasında şizofreni ve madde kullanım bozukluğu eş tanılı kişilerin sağlıklı kişilere göre 25,2 kat artmış şiddet suçları olduğu görülmüştür (49). Arseneault ve ark. (2000) sosyodemografik faktörleri ve madde kullanımı dahil komorbid hastalıkları ayırdıktan sonra dahi şizofrenide şiddet riskinin arttığını belirtmiştir (50).

Tedavisiz kalan psikotik hastalığın şiddet ve cinayet için ciddi risk faktörü olduğu, yeterli antipsikotik tedavi alanlarla karşılaştırıldığında tedavi almayan psikotik hastalarda cinayet riskinin 15 kat arttığı bildirilmiştir (51). Tedavi uyumsuzluğu ile yakın ilişkili olan içgörü eksikliği şiddet ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur (40). Perseküsyon hezeyanları (52), edilgenlik hezeyanları (53), emir veren ve tehdit eden varsanılar (54) hastalarda şiddet ve saldırgan davranış öncüleri olarak belirtilmiş; hezeyan ve emir veren varsanılar hem dürtüsel, hem de planlı şiddet içeren eylemlerle ilişkili olarak gösterilmiştir (55). Bazı çalışmalarda planlı şiddet eylemi içeren hastaların farmakolojik tedaviye iyi yanıt vermediği belirtilmiştir (56). Fulham ve Dolan (2008) yatan hastalarda yaptıkları çalışmada PANSS toplam skoruyla şiddet arasında anlamlı ilişki bulamamalarına rağmen PANSS taşkınlık skoru (taşkınlık, gerginlik, düşmanca tutum, ilişki kurmada güçlük ve irade bozukluğu) ile sene başına düşen şiddet olayları arasında pozitif ilişki

bulmuşlardır (42). Perseküsyon ve edilgenlik hezeyanları ile şiddet arasında ilişki bulunmayan çalışmalar olmakla beraber (36) şiddet artırıcı olduklarını varsayan çalışmalar da mevcuttur (39,43). Şiddet ile negatif semptomlar arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır (40,57–59). İşlenen suçun niteliği ile psikotik bulgular arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada Laajasalo ve Hakkanen (2006) cinayet suçu işlemiş 125 şizofreni hastasını incelemiş olup, bunların %92,8'inin suç esnasında en az bir psikotik semptomu olduğunu ve bunların %66'sının cinayet ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (60).

Nörobiyolojik faktörlerin tahmin edilenden daha az etkisi olduğunu öngören çalışmalar mevcut olmakla beraber araştırmalar yoğun şekilde devam etmektedir (40). Genel popülasyonda şiddet suçu işleyenlerde ve saldırgan davranış gösteren psikiyatrik hastalarda prefrontal hipoperfüzyon ve prefrontal korteksteki azalmış glukoz alımını gösteren çalışmalar mevcuttur (61). Şizofreninin önemli etkileri arasında olan yürütücü işlevleri etkileyen bilişsel bozulmalar (62) ve kişinin davranışlarını kontrol etme yeteneğini azaltan, iradesi dışında davranışlar ortaya çıkmasına neden olan limbik ve prefrontal bölgelerdeki artmış aktivite (63) karşılaştırıldığında; iradenin ceza sorumluluğundaki rolünün bilişsel fonksiyonlara göre daha az olduğu düşünülmektedir (22). Amigdala hasarı gösterilen hastalarda yüz tanıma testlerinde bozulma izlenmektedir (64). Şiddet içerikli eylem gerçekleştiren şizofreni hastalarının yüz tanıma testindeki performansları daha düşük olarak görülmüştür. Şizofreni hastalarında orbitofrontal kortekste gri hacim kaybı mevcut olup; amigdala ve orbitofrontal korteksin her ikisi de saldırgan ve antisosyal davranışlarla ilişkilendirilmiştir (65,66). Naudts ve Hodgins (2006) şiddet davranışı olan ve olmayan şizofreni tanılı hastalar ile yapılan çalışmalarını inceledikleri derlemede çocukluk döneminden itibaren şiddet davranışı ve antisosyal kişilik özellikler tanımlanan hastaların, tanımlanmayanlara göre yürütücü işlevleri değerlendiren testlerde daha iyi; ancak orbitofrontal işlevlerde ise daha kötü performans gösterdiklerini belirtmişlerdir (67).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. GRUPLARIN SEÇİM VE OLUŞTURULMASI**

##### **3.1.1. Çalışma Evreni**

Çalışma evreni hastanemize haklarında TCK'nın 32. maddesi gereği ceza sorumluluğunun belirlenmesi konusunda rapor düzenlenmesi istenen erkeklerden oluşmaktadır. Ceza Muhakemesi Kanunu'nun (CMK) 74. maddesi gereğince en fazla 3 hafta süresince yatırılarak adli serviste gözlemleri, muayeneleri, tetkikleri yapılan, önceki tıbbi kayıtları incelenen kişilerin istenen raporları, tümü psikiyatri uzmanlarından oluşan sağlık kurulu tarafından düzenlenmiştir. Ceza sorumluluğu olmayan örneklem grubu (CSOG) şizofreni, şizoaffektif bozukluk, tanımlanmamış (atipik) psikotik bozukluk, şizofreniform bozukluk tanısı almış hastalardan; ceza sorumluluğu tam olan kontrol grubu (KG) ise majör psikiyatrik hastalığı olmayan (geçirilmiş psikotik bozukluk, majör duygudurum bozukluğu vb) kişilerden oluşacak şekilde iki grup oluşturulmuştur. Çalışmaya alınmak istenen kişilere çalışma hakkında bilgi verilmiş olup yazılı onayları alınmıştır.

Ceza sorumluluğu tam olan KG'ye sosyodemografik ve klinik veri formu, Taylor Suç Şiddeti Derecelendirme Ölçeği (TSSDÖ), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ) ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) uygulanmış olup; CSOG'ye ise bu ölçeklerin yanında Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) ve İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ) uygulanmıştır.

Çalışma için Bakırköy Prof. Dr. M. Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulundan 08.01.2019 tarihinde 265 protokol no ile onay alınmıştır.

##### **3.1.2. Çalışmaya Alınma Kriterleri**

- a) 18-65 yaş arasında olmak
- b) Erkek cinsiyet

c) Okuma yazma bilmek

d) Hasta grubu için DSM-5 tanı ölçütlerine göre şizofreni, şizofreniform bozukluk, şizoaffektif bozukluk veya tanımlanmamış (atipik) psikotik bozukluk tanısı almış olmak ve işlediği iddia edilen suça yönelik ceza sorumluluğunun olmadığına dair sağlık kurulu raporu düzenlenmiş olması

e) Kontrol grubu için DSM-5 tanı ölçütlerine göre majör bir ruhsal bozukluğu olmaması ve işlediği iddia edilen suça yönelik ceza sorumluluğunun tam olduğuna dair sağlık raporu düzenlenmiş olması

f) Çalışmaya katıldığına dair bilgilendirilmiş olmak ve yazılı onay vermiş olmak

### **3.1.3. Çalışmadan Dışlama Kriterleri**

a) 18 yaş altı ve 65 yaş üstünde olmak

b) Kadın cinsiyet

c) Okuma yazma bilmemek

d) Şizofreni, şizofreniform bozukluk, şizoaffektif bozukluk ve tanımlanmamış (atipik) psikotik bozukluk dışında kalan psikoz spektrum bozuklukları tanısı almış olmak

e) Majör duygudurum bozuklukları tanısı almış olmak

f) Epilepsi, kafa travması ve majör bir nörolojik bozukluk öyküsünün olması

g) Genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluklar

h) Mental retardasyonu olanlar (IQ < 70 )

i) Temaruz tanısı alanlar

j) İşlediği iddia edilen bir suça yönelik haklarında ceza sorumluluğunun azaldığına dair sağlık raporu düzenlenmiş olması

Çalışma için 132 kişiye ulaşılmış olup; 16 kişi hakkında düzenlenen sağlık kurulu raporunda TCK 32/2. maddenin uygulanmasının uygun olduğu kanaati bildirilmiş, 8 kişi çalışmamıza katılmaya onam vermemiştir. 5 kişi ise temaruz ön planda olmak üzere ölçeklere uyum sağlayamadığından ya da geçersiz olacak şekilde cevaplandırıldığından çalışma dışında tutulmuştur. Sonuç olarak 51 kişi CSOG, 52 kişi ise KG'ye alınarak değerlendirilmiştir.

## **3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN GEREÇLER**

### **3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu**

Çalışmanın amacına yönelik olarak tarafımızca hazırlanmış, katılımcılarla ilişkili sosyodemografik özellikler; yaşı, eğitim durumu, askerlik öyküsü, medeni durumu, çalışma öyküsü, varsa eşlik eden alkol ve psikoaktif madde kullanımı, varsa önceki suç, cezaevi, hastalık öyküsü ve tedavileri gibi klinik bilgilere ilişkin sorular içeren ayrıntılı formdur. Ayrıca tarafımızca eklenen sorular ile kişinin hakkında işlediği iddia edilen suçla ilgili detaylı bilgi alınması amaçlanmıştır.

### **3.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)**

Klinisyen tarafından uygulanan; şizofrenide pozitif ve negatif belirtiler ile genel psikopatolojiyi değerlendirmek ve bu belirtilerin düzeyini ölçmek üzere 1987'de Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. 30 psikiyatrik parametreden yedisi pozitif belirtiler alt ölçeğine, yedisi negatif belirtiler alt ölçeğine ve geri kalan on altısı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir (68). Opler ve arkadaşları tarafından 1992'de yapılandırılmış, 1999 yılında Kostakoğlu ve ark. tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (69).

### **3.2.3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)**

Dürtüsellliği değerlendirmede kullanılan, hastanın doldurduğu bir ölçektir. Otuz maddeden oluşur ve kendi içinde üç alt ölçeği vardır: dikkat (dikkatsizlik, bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapamama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük) (20).

Değerlendirilirken 4 farklı alt puan elde edilir: Toplam skor, plan yapamama, dikkat ve motor dürtüsellik skoları. Toplam BDÖ skoru ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. BDÖ'nün ilk versiyonu, anksiyete ve dürtüsellik arasındaki ilişkiyi araştıran Barratt tarafından 1959 yılında geliştirilmiştir. BDÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve ark. (2008) tarafından yapılmıştır (70).

#### **3.2.4. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ)**

Buss ve Durkee tarafından 1957 yılında geliştirilmiş olan ölçek, Buss ve Perry tarafından 1992 yılında tekrar gözden geçirilmiştir. Saldırganlık ölçeği, “fiziksel saldırganlık”, “sözel saldırganlık”, “öfke” ve “düşmanlık” olmak üzere 4 farklı alt boyuttan oluşmaktadır. Toplam 29 maddeden oluşan soruların her biri 5 dereceli Likert tipi ölçek üzerinden değerlendirilmektedir. Can tarafından 2002 yılında Türkçe'ye uyarlanan saldırganlık ölçeği, ilk olarak yetişkinlerle yapılan bir çalışmada kullanılmıştır. Daha sonra Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Madran (2013) tarafından yapılmıştır (71).

#### **3.2.5. Taylor Suç Şiddeti Derecelendirme Ölçeği (TSSDÖ)**

Suçun şiddetini belirlemeye yönelik, şiddet değerlendirme ölçeğidir. Bu ölçek Taylor (1985) tarafından geliştirilen ve suç şiddetinin 0-4 arasında derecelendirildiği bir ölçektir. 5 madde ve 8 alt maddeden oluşur, suç şiddetini derecelendirmede; tamamen şiddet dışı, minimal şiddet (3 alt madde), orta derecede şiddet (3 alt madde), orta derecede ciddi şiddet (2 alt madde), ciddi şiddet (2 alt madde) kategorilerinden oluşur. Eğer kişinin birden fazla suçu varsa en yüksek puanlı olanı kullanılmalıdır (47).

#### **3.2.6. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ)**

David (1990) içgörünün var ya da yok şeklinde değerlendirilemeyeceğini bildirerek; tedavi uyumu, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanımaktan oluşan üç bileşenden yola çıkarak, klinisyen tarafından uygulanan ve içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren İÜBDÖ'yü geliştirmiştir (72). Sekiz sorudan oluşan, klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. İlk 7 sorunun en yüksek skor toplamı 14'tür. Sekizinci soru hipotetik olarak sunulmuştur,

bu sorunun sorulması görüşmeciye bırakılmıştır. Bu soru ile birlikte en yüksek toplam skor 18'dir. Hastanın yüksek skor alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2000'de Arslan ve ark. tarafından yapılmıştır (73). Çalışmamızda ölçeğin 8. sorusu değerlendirmeye alınmamıştır.

### 3.3. İSTATİSTİK

CSOG ve KG'nin demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla ortalama, yüzde, standart sapma gibi betimleyici istatistiksel analizler kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasında oranların karşılaştırılması için Ki-Kare testi ve Fisher Kesin Ki-Kare testinden yararlanılmıştır. İki grup arasında psikometrik ölçümlerin ortalamalarını karşılaştırmak amacıyla normal dağılım gösteren verilerde Bağımsız Gruplar t testi, normal dağılım göstermeyen verilerde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Psikometrik ölçümler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla normal dağılım gösteren verilerde Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılım göstermeyen verilerde Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Hiyerarşik regresyon analizi için normal dağılım hipotezi karşılanan ve katılımcıların PANSS skorlarının BPSÖ ve BDÖ toplam skorları tarafından açıklanıp açıklanmadığını değerlendirmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizi tercih edilmiştir. İki grup arasında psikiyatrik özelliklerin ve suça ilişkin özelliklerin ceza sorumluluğu olmama ihtimalini artırıp artırmadığını değerlendirmek amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Buna ek olarak ölçek skorlarının açıklanıp açıklanmadığını değerlendirmek amacıyla çok değişkenli regresyon analizinden yararlanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

**Tablo 2:** CSOG ve KG Arasında Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

		<b>CSOG (n=51)</b>	<b>KG (n=52)</b>		
<b>Değişken</b>		<b>Ort.±Ss.</b>	<b>Ort.±Ss.</b>	<b>Analiz</b>	<b>p</b>
Yaş		34,10±9,32	34,10±9,09	t=0,00	0,999
Eğitim (Yıl)		8,35±3,21	7,50±3,15	t=1,36	0,177
		n (%)	n (%)		
Eğitim	Okur – Yazar	4 (7,8)	8 (15,4)		
	İlkokul Mezunu	19 (37,3)	16 (30,8)		
	Ortaokul Mezunu	10 (19,6)	17 (32,7)		
	Lise Mezunu	15 (29,4)	8 (15,4)		
	Lisans Mezunu	3 (5,9)	3 (5,8)		
Medeni Durum	Evli	6 (11,8)	14 (26,9)	X <sup>2</sup> =3,78	0,052
	Bekar/Boşanmış/Dul	45 (88,2)	38 (73,1)		
Askerlik	Sorunsuz	27 (52,9)	28 (53,8)	X <sup>2</sup> =0,95	0,619
	Muaf	19 (37,3)	16 (30,8)		
	Başvurusu Yok	5 (9,8)	8 (15,4)		
İş Durumu	Düzenli Çalışma Hayatı	3 (5,9)	12 (23,1)	X <sup>2</sup> =7,66*	<b>0,017</b>
	Düzensiz Çalışma Hayatı	5 (9,8)	8 (15,4)		
	Çalışmıyor	43 (84,3)	32 (61,5)		
Sosyal Destek	Var	11 (21,6)	13 (25,0)	X <sup>2</sup> =0,21	0,901
	Kısmen Var	30 (58,8)	30 (57,7)		
	Yok	10 (19,6)	9 (17,3)		

Ort.= Ortalama, Ss.= Standart sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi, X<sup>2</sup>= Ki-Kare testi, \*=Fisher Kesin Ki-Kare testi sonucu. CSOG: Ceza Sorumluluğu Olmayan Grup, KG: Kontrol Grubu (p<0.05 anlamlı kabul edildi.)

Çalışmaya ceza sorumluluğu olmayan 51 hasta, ceza sorumluluğu tam olan 52 kişi katılmıştır. Tamamı erkeklerden oluşan CSOG'nin yaş ortalaması  $34,10 \pm 9,32$ , KG'nin yaş ortalaması ise  $34,10 \pm 9,09$ 'dur. CSOG'nin eğitim yıl ortalaması  $8,35 \pm 3,21$ , KG'nin eğitim yıl ortalaması  $7,50 \pm 3,15$ 'tir. İki grup arasında yapılan karşılaştırmaya göre yaş ( $t=0,00$ ,  $p=0,999$ ) ve eğitim yıl ( $t=1,36$ ,  $p=0,177$ ) ortalamalarının anlamlı derecede farklı olmadığı değerlendirilmiştir. CSOG'deki hastaların 6'sı (%11,8) evli, 45'i (%88,2) bekar, boşanmış ya da dul; KG'de ise 14'ü (%26,9) evli, 38'i (%73,1) bekar, boşanmış ya da dul olarak saptanmıştır. CSOG'den 27 kişi (%52,9), KG'den ise 28 kişi (%53,8) askerlik görevlerini tam ve sorunsuz olarak tamamlamıştır. CSOG'nin 11'i (%21,6), KG'nin 13'ü (%25,0) sosyal desteklerinin yeterli derecede olduğunu belirtmiştir ve hasta gruptan 10 (%19,6) kontrol grubundan 9 (%17,3) kişi hemen hiç sosyal destekleri olmadığını belirtmiştir. CSOG'den 3'ü (%5,9) düzenli çalışma hayatı olduğunu, 5'i (%9,8) düzensiz çalıştığını, 43'ü (%84,3) çalışmadığını ifade etmiştir. KG'deki katılımcıların 12'si (%23,1) düzenli, 8'i (%15,4) düzensiz çalıştığını; 32'si (%61,5) çalışmadığını belirtmiştir. İki grup arasında yapılan karşılaştırmaya göre çalışma durumunun anlamlı derecede farklı olduğu ( $X^2=7,66$ ,  $p=0,017$ ) bulunmuştur (Tablo 2).

**Tablo 3:** CSOG ve KG Arasında Geçmiş Suç ve Psikiyatri Öykülerinin Karşılaştırılması

		<b>CSOG (n=51)</b>	<b>KG (n=52)</b>		
<b>Değişken</b>		<b>Ort.±Ss.</b>	<b>Ort.±Ss.</b>	<b>Analiz</b>	<b>p</b>
Psikiyatri Kliniğinde Yatış Sayısı		6,20±5,88	1,71±0,97	Z=-5,49	<b>&lt;0,001</b>
Adli Psikiyatri Kliniğinde Yatış Sayısı		1,82±1,72	1,19±0,56	Z=-2,34	<b>0,019</b>
Suç Öyküsü	Var	38 (74,5)	48 (92,3)	X <sup>2</sup> =5,91*	<b>0,018</b>
	Yok	13 (25,5)	4 (7,7)		
Suç Sayısı		3,96±5,13	5,90±8,29	Z=-1,88	0,059
Cezaevi Öyküsü	Var	27 (52,9)	40 (76,9)	X <sup>2</sup> =6,51	<b>0,011</b>
	Yok	24 (47,1)	12 (23,1)		
Cezaevi Yatış Sayısı		1,02±1,37	2,06±2,57	Z=-2,67	<b>0,008</b>
		n (%)	n (%)		
Alkol Kullanım Öyküsü	Var	24 (47,1)	32 (61,5)	X <sup>2</sup> =2,17	0,140
	Yok	27 (52,9)	20 (38,5)		
Madde Kullanım Öyküsü	Var	27 (52,9)	30 (57,7)	X <sup>2</sup> =0,23	0,628
	Yok	24 (47,1)	22 (42,3)		
Kendini Yaralama Öyküsü	Var	25 (49,0)	24 (46,2)	X <sup>2</sup> =0,08	0,771
	Yok	26 (51,0)	28 (53,8)		
İntihar Öyküsü	Var	12 (23,5)	14 (26,9)	X <sup>2</sup> =0,15	0,692
	Yok	39 (76,5)	38 (73,1)		
Geçmişte Eksen 1 Alanında Tanı Varlığı	Var	42 (82,4)	14 (26,9)	X <sup>2</sup> =31,88	<b>&lt;0,001</b>
	Yok	9 (17,6)	38 (73,1)		
Geçmişte Eksen 2 Alanında Tanı Varlığı	Var	3 (5,9)	11 (21,2)	X <sup>2</sup> =5,11*	<b>0,041</b>
	Yok	48 (94,1)	41 (78,8)		

Ort.= Ortalama, Ss.= Standart sapma, Z=Mann-Whitney U testi, X<sup>2</sup>= Ki-Kare testi, \*=Fisher Kesin Ki-Kare testi sonucu. CSOG: Ceza Sorumluluğu Olmayan Grup, KG: Kontrol Grubu (p<0.05 anlamlı kabul edildi.)

CSOG ve KG arasında yapılan karşılaştırmada psikiyatri kliniğinde yatış sayısı ortalamalarının (Z=-5,49, p<0,001), adli psikiyatri kliniğinde yatışı sayısı ortalamalarının (Z=-2,34, p=0,019) ve cezaevi yatış sayısı ortalamalarının (Z=-2,67, p=0,008) anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur. Alkol ve madde kullanım öyküsü her iki grup arasında anlamlı farklılık (p>0.05) göstermemiştir. Kendini yaralama davranışı öyküsü ve intihar girişim öyküsü de her iki grup arasında anlamlı (p>0.05) farklılık göstermemiştir. İki grup arasında yapılan karşılaştırmada geçmişte aldıkları eksen 1 tanı oranlarının (X<sup>2</sup>=31,88, p<0,001), geçmişte aldıkları eksen 2 tanı oranlarının (X<sup>2</sup>=5,11, p=0,041), suç öyküsü oranlarının (X<sup>2</sup>=5,91, P=0,018) ve cezaevi geçmişi oranlarının (X<sup>2</sup>=6,51, p<0,011) anlamlı derecede farklı olduğu değerlendirilmiştir (Tablo 3).

**Tablo 4:** CSOG ve KG Arasında Son Yatış Tanılarının Karşılaştırılması

	CSOG	KG	Analiz	p
	n (%)	n (%)		
Son Yatıştaki Eksen 1 Alanında Tanı Varlığı				
Var	42 (82,4)	14 (26,9)	31,88	<0,001
Yok	9 (17,6)	38 (73,1)		
Son Yatıştaki Eksen 1 Alanındaki Tanı				
Şizofreni	17 (33,3)	0 (0,0)		
Atipik Psikoz	14 (27,5)	2 (3,8)		
Şizoaffektif Bozukluk	5 (5,9)	0 (0,0)		
Duygudurum Bozukluğu	1 (2,0)	0 (0,0)		
Madde Kullanım Bozukluğu	1 (2,0)	7 (13,5)		
Mental Retardasyon +Davranım Bozukluğu	0 (0,0)	1 (1,9)		
Dissosiyatif Bozukluk	0 (0,0)	1 (1,9)		
Maddeye Bağlı Psikotik Bozukluk	3 (5,9)	1 (1,9)		
Anksiyete Bozukluğu	1 (2,0)	1 (1,9)		
Uyum Bozukluğu	0	1 (1,9)		
Yok	9 (17,6)	38 (73,1)		
Son Yatıştaki Eksen 2 Tanısı				
Var (ASKB + Karma Kişilik Bozukluğu)	3 (5,9)	11 (21,2)	$X^2=5,11^*$	<b>0,041</b>
Yok	48 (94,1)	41 (78,8)		

\*=Fisher Kesin Ki-Kare testi sonucu.  $X^2=$  Ki-Kare testi CSOG: Ceza Sorumluluğu Olmayan Grup, KG: Kontrol Grubu ( $p<0.05$  anlamlı kabul edildi.)

CSOG ve KG arasında gözlem için gönderildikleri mevcut yatıştan önceki son yatışlarındaki eksen 1 tanılarında tespit edilen bozuklukların oranlarının anlamlı derecede farklı olduğu ( $X^2=58.38$ ,  $p<0,001$ ) bulunmuştur. CSOG’de 17 (%33,3) hastaya şizofreni, 14 (%27,5) hastaya atipik psikoz tanısı konulduğu; KG’de ise 7 (%13,5) olguda madde kullanım bozukluğu tanısı olduğu görülmüştür. CSOG ve KG arasında son yatışlarındaki eksen 2 tanılarında tespit edilen bozuklukların oranlarının anlamlı derecede farklı olduğu ( $X^2=5,11$ ,  $p=0,041$ ), hasta grubundan 3 (%5,9), kontrol grubundan 11 (%21,2) kişinin eksen 2 tanısına sahip olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunda geçmişte olan eksen 2 tanısı ise ASKB ağırlıklı olarak bulunmuştur (Tablo 4).

**Tablo 5:** CSOG ve KG’de İşledikleri İddia Edilen Suçların Dağılımı

	<b>CSOG</b>	<b>KG</b>
<b>Suç</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
1. Adam Öldürme	4 (7,8)	5 (9,6)
2. Öldürmeye Teşebbüs	2 (3,9)	1 (1,9)
3. Yaralama	12 (23,5)	8 (15,4)
4. Cinsel Suç	2 (3,9)	4 (7,7)
5. Hırsızlık	0 (0,0)	6 (11,5)
6. Eşya/Mala Zarar Verme	1 (2)	2 (3,8)
7. Asayiş (Toplum Düzeni) ile İlgili Suç/Kamu Suçları	1 (2)	2 (3,8)
8. Adam Kaçırma/Hürriyetinden Mahrum Bırakma	0 (0,0)	1 (1,9)
9. Tehdit/Hakaret	3 (5,9)	4 (7,7)
10.Uyuşturucu Madde Kullanma/Bulundurma/Satma	2 (3,9)	3 (5,8)
11.Ruhsatsız Silah	0 (0,0)	1 (1,9)
12.Gasp/Gasp Girişimi	0 (0,0)	1 (1,9)
13.Cumhurbaşkanına Hakaret	4 (7,8)	1 (1,9)
14.Yaralama ve Hakaret	10 (19,6)	3 (5,8)
15.Hükümlü ya da Tutuklu Firarı	2 (3,9)	0
16.Yaralama, Mala Zarar Verme ve Konut Dokunulmazlığını İhlal	1 (2,0)	1 (1,9)
17.T.C. Devletini, T.C. Hükümetini, Devletin Yargı Organlarını Alenen Aşağılama	1 (2,0)	0 (0,0)
18.Mala Zarar Verme, Konut Dokunulmazlığını İhlal, Tehdit ve Hakaret	1 (2,0)	0 (0,0)
19.Bıçak veya Diğer Aletleri İzinsiz Olarak Satın Alma, Taşıma veya Bulundurma	1 (2,0)	0 (0,0)
20.Hırsızlık ve Konut Dokunulmazlığını İhlal	1 (2,0)	1 (1,9)
21.Hırsızlık ve Mala Zarar Verme	0 (0,0)	2 (3,8)
22.Gece Vakti Yağma	0 (0,0)	1 (1,9)
23.Kişilerin Huzur ve Sükununu Bozma	0 (0,0)	2 (3,8)
24.5607 Sayılı Kaçakçılıkla Mücadele Kanununa Muhalefet	0 (0,0)	1 (1,9)
25.Silahlı Terör Örgütüne Üye Olma	2 (3,9)	1 (1,9)
26.Askeri Ceza Kanunu’na Muhalefet	0 (0,0)	1 (1,9)
27.Yağma ve Tehdit	1 (2,0)	0 (0,0)
Toplam	51 (100,0)	52 (100,0)

CSOG: Ceza Sorumluluğu Olmayan Grup, KG: Kontrol Grubu

Çalışmaya katılan kişiler hakkında ceza sorumluluğu raporu düzenlenmesi için mahkeme tarafından belirlenen suç sayı ve oranları Tablo 5’te gösterilmiştir. En sık rapor düzenlenmesi istenen suç; CSOG’de 12 kişi (%23,5) ve KG’de 8 kişi (%15,4) ile yaralama olarak bulunmuştur.

**Tablo 6:** CSOG ve KG Arasında Suç Niteliklerinin Karşılaştırılması

		<b>CSOG</b>	<b>KG</b>		
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>Analiz</b>	<b>p</b>
Nitelik	İnsana Yönelik	39 (76,5)	32 (61,5)	$X^2=6,51^*$	0,069
	Mala Yönelik	3 (5,9)	12 (23,1)		
	İnsana ve Mala Yönelik	2 (3,9)	1 (1,9)		
	Diğer	7 (13,7)	7 (13,5)		
Zaman	Gündüz	25 (49,0)	28 (53,8)	$X^2=4,08$	0,130
	Akşam	18 (35,3)	10 (19,2)		
	Gece	8 (15,7)	14 (26,9)		
Yer	Yaşam Alanı	20 (39,2)	6 (11,5)	$X^2=10,59^*$	<b>0,004</b>
	Ortak Alan	27 (52,9)	39 (75,0)		
	Sanal Ortam	4 (7,8)	7 (13,5)		
Mağdur Aile Üyesi	Anne	5 (11,9)	1 (2,7)		
	Baba	3 (7,1)	0 (0,0)		
	Kardeş	5 (11,9)	1 (2,7)		
	Eş	1 (2,4)	4 (10,8)		
	Çocuk	0 (0,0)	1 (2,7)		
	Birden Fazla Aile Üyesi	2 (4,8)	0 (0,0)		
	Tanıdık veya Yabancı	26 (61,9)	30 (57,7)		
Mağdur	Aile	16 (38,1)	7 (18,9)	$X^2=7,86$	<b>0,020</b>
	Tanıdık	15 (35,7)	9 (24,3)		
	Yabancı	11 (26,2)	21 (56,8)		
Mağdur	Aile Üyesi	16 (38,1)	7 (18,9)	$X^2=3,50$	0,061
	Aile Dışı Kişi	26 (61,9)	30 (81,1)		
Mağdur Tanıdık mı?	Evet	15 (35,7)	9 (24,3)	$X^2=1,20$	0,272
	Hayır	27 (64,3)	28 (75,7)		
Mağdur Yabancı mı?	Evet	11 (26,2)	21 (56,8)	$X^2=7,62$	<b>0,006</b>
	Hayır	31 (73,8)	16 (43,2)		
Mağdurun Cinsiyeti	Kadın	10 (23,8)	14 (37,8)	$X^2=2,11^*$	0,376
	Erkek	31 (73,8)	22 (59,5)		
	Her İkisi	1 (2,4)	1 (2,7)		
Mağdur Çocuk/ Yetişkin	Çocuk	2 (4,8)	4 (10,8)	$X^2=1,02^*$	0,411
	Yetişkin	40 (95,2)	33 (89,2)		
Olay Sırasında Alkol ya da Madde Kullanımı	Var	8 (15,7)	19 (36,5)	$X^2=5,78$	<b>0,016</b>
	Yok	43 (84,3)	33 (63,5)		
Suç Aleti Kullanımı	Var	24 (48,0)	15 (28,8)	$X^2=3,96$	<b>0,047</b>
	Yok	26 (52,0)	37 (71,2)		
Suç Aletinin Akıbeti	Olay Yerinde Bırakma	18 (75,0)	10 (66,7)	$X^2=1,13^*$	0,591
	Olay Yerinden Uzaklaştırma	4 (16,7)	2 (13,3)		
	Gizleme	2 (8,3)	3 (20,0)		

\*Fisher Kesin Ki-Kare testi sonucu  $X^2=$  Ki-Kare testi CSOG: Ceza Sorumluluğu Olmayan Grup, KG: Kontrol Grubu ( $p<0.05$  anlamlı kabul edildi.)

İki grup arasında yapılan karşılaştırmada suçun niteliği ve işlenme zamanı açısından anlamlı ( $p>0,05$ ) farklılık saptanmamış olmakla beraber; suçun işlendiği yer oranlarının ( $X^2=10,59$ ,  $p=0,004$ ), mağdurun aile üyesi olma durumu ile bağlantılı oranların ( $X^2=11,80$ ,  $p=0,026$ ), mağdurun yabancı olma oranlarının ( $X^2=7,62$ ,  $p=0,006$ ), olayda alkol ya da madde etkisi altında olma oranlarının ( $X^2=5,78$ ,  $p=0,016$ ) ve suç aleti kullanma oranlarının ( $X^2=3,96$ ,  $p=0,047$ ) anlamlı derecede farklı olduğu bulundu. CSOG'de suça en fazla hedef olan aile üyesi anne; KG'de ise eş olarak bulunmuştur ancak aralarında anlamlı ( $p>0,05$ ) farklılık saptanmamıştır. Katılımcıların suç özelliklerine ilişkin diğer oranlar Tablo 6'da gösterilmiştir.

**Tablo 7:** CSOG ve KG Arasında Suç Esnasındaki Psikiyatrik Bulguların Karşılaştırılması

		<b>CSOG</b>	<b>KG</b>		
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>Analiz</b>	<b>p</b>
Suç Sırasında Psikiyatrik Tedavi	Var	10 (19,6)	8 (15,4)	$X^2=0,31$	0,573
	Yok	41 (80,4)	44 (84,6)		
Suç Planlama	Var	25 (49,0)	36 (69,2)	$X^2=4,35$	<b>0,037</b>
	Yok	26 (51,0)	16 (30,8)		
Planlamada Hastalık Etkisi	Var	20 (80,0)	0 (0,0)	$X^2=42,84^*$	<b>&lt;0,001</b>
	Yok	5 (20,0)	36 (100,0)		
Suç Olduğunu Bilme	Evet	21 (41,2)	40 (76,9)	$X^2=13,62$	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	30 (58,8)	12 (23,1)		
Mağdurla Konuşma	Evet	33 (78,6)	31 (83,8)	$X^2=0,34$	0,556
	Hayır	9 (21,4)	6 (16,2)		
Mağdurla Konuşma İçeriği	Anlaşılır	7 (21,2)	31 (100,0)		
	Hezeyanlı	16 (48,5)	0 (0,0)		
	Dezorganize	10 (30,3)	0 (0,0)		
Hezeyan	Var	41 (80,4)	0 (0,0)		
	Yok	10 (19,6)	52 (100,0)		
Referans Hezeyanı	Var	27 (52,9)	0 (0,0)		
	Yok	24 (47,1)	52 (100,0)		
Perseküsyon Hezeyanı	Var	32 (62,7)	0 (0,0)		
	Yok	19 (37,3)	52 (100,0)		
Erotomanik Hezeyan	Var	3 (5,9)	0 (0,0)		
	Yok	48 (94,1)	52 (100,0)		
Kıskançlık Hezeyanı	Var	3 (5,9)	0 (0,0)		
	Yok	48 (94,1)	52 (100,0)		
Grandiyöz Hezeyan	Var	5 (9,8)	0 (0,0)		
	Yok	46 (90,2)	52 (100,0)		
Bizar Hezeyan	Var	4 (7,8)	0 (0,0)		
	Yok	47 (92,2)	52 (100,0)		
Birden Çok Hezeyan	Var	32 (62,7)	0 (0,0)		
	Yok	19 (37,3)	52 (100,0)		
Varsanı	Var	15 (29,4)	0 (0,0)		
	Yok	36 (70,6)	52 (100,0)		
Varsanı Türü	Görsel	1 (2,0)	0 (0,0)		
	İşitsel	14 (27,5)	0 (0,0)		
	Yok	36 (70,6)	52 (100,0)		
İşitsel Varsanı İçeriği	Adını çağıran	1 (2,0)	0 (0,0)		
	Diğer	1 (2,0)	0 (0,0)		
	Hakaret-küfür eden	7 (13,7)	0 (0,0)		
	Komut veren	2 (3,9)	0 (0,0)		
	Şiddet komutu veren	1 (2,0)	0 (0,0)		
	Tehdit eden	2 (3,9)	0 (0,0)		
	Yok	37 (72,5)	52 (100,0)		

\*Fisher Kesin Ki-Kare testi sonucu testi  $X^2=$  Ki-Kare testi CSOG: Ceza Sorumluluğu Olmayan Grup, KG: Kontrol Grubu (p<0.05 anlamlı kabul edildi.)

İki grup arasında suçu planlama durumuna göre ( $X^2=4,35$ ,  $p=0,037$ ), suçu planlamada hastalık etkisinin varlığına göre ( $X^2=42,84$ ,  $p<0,001$ ), suç olduğunu bilme durumuna göre ( $X^2=13,62$ ,  $p<0,001$ ) oranların anlamlı derecede farklı olduğu bulundu. Mağdurla konuşmanın içeriği KG’de 31 (%100) ile anlaşılır olmakla birlikte herhangi bir hezeyan ya da dezorganizasyon olmadığı saptanmıştır. CSOG’deki hastaların 16’sının (%48,5) hezeyanlı konuşma içeriği ifade ettikleri görülmüştür. Hastaların 41’inin (%80,4) suç sırasında hezeyanlı algılamalarının olduğu ve en fazla (32, %62,7) perseküsyon hezeyanı olduğu saptanmıştır. Katılımcılar arasında suç özelliklerinin psikiyatrik yönü ile bağlantılı diğer oranlar Tablo 7’de gösterilmiştir.

**Tablo 8:** CSOG ve KG Arasında Suç Esnası ve Sonrasındaki Niteliklerin Karşılaştırılması

		CSOG	KG		
Değişken		n (%)	n (%)	Analiz	p
Suç Sırasında Duygulanım	Anksiyeteli ve/veya Depresif	14 (27,5)	8 (15,4)	$X^2=8,06^*$	<b>0,018</b>
	Öfkeli	31 (60,8)	25 (50,0)		
	Coşkulu	6 (11,8)	18 (34,6)		
Suç Sırasında İntihar Girişimi	Var	0 (0,0)	1 (1,9)	AD	AD
	Yok	50 (100,0)	51 (98,1)		
Suçtan Sonra Kaçma	Var	15 (29,4)	22 (42,3)	$X^2=1,86$	0,173
	Yok	36 (70,6)	30 (57,7)		
Suçtan Sonra Saklanma	Var	2 (3,9)	15 (28,8)	$X^2=11,60$	<b>0,001</b>
	Yok	49 (96,1)	37 (71,2)		
Suçtan Sonra Dezorganize Davranış	Var	5 (9,8)	0 (0,0)	$X^2=5,35$	<b>0,021</b>
	Yok	46 (90,20)	52 (100,0)		
Yakalanma Süresi	Aynı Gün	33 (64,7)	30 (57,7)	$X^2=1,84$	0,399
	1-7 Gün	13 (25,5)	12 (23,1)		
	Bir Hafta Sonrası	5 (9,8)	10 (19,2)		
Yakalanma Şekli	Kendi İhbarı	3 (5,9)	5 (9,6)	$X^2=0,77^*$	0,689
	Mağdurun İhbarı	29 (56,8)	26 (50,0)		
	Olay Dışı Kişilerin İhbarı	19 (37,3)	21 (40,4)		
Suç Sonrası Tıbbi Rapor	Var	24 (47,1)	17 (32,7)	$X^2=2,21$	0,136
	Yok	27 (52,9)	35 (67,3)		
Suç Sonrası Tıbbi Raporda Psikiyatrik Bulgu ve Belirti	Var	16 (66,7)	2 (11,8)	$X^2=12,17$	<b>0,001</b>
	Yok	8 (33,3)	15 (88,2)		
Suç ile Kazanç Sağlama	Var	10 (19,6)	46 (88,5)	$X^2=49,20$	<b>&lt;0,001</b>
	Yok	41 (80,4)	6 (11,5)		

\*Fisher Kesin Ki-Kare testi sonucu,  $X^2=$  Ki-Kare testi CSOG: Ceza Sorumluluğu Olmayan Grup, KG: Kontrol Grubu ( $p<0.05$  anlamlı kabul edildi.) AD=Anlamlı Değil

CSOG ve KG arasında suç sırasında hissedilen duygulanım oranlarının ( $X^2=8,06$ ,  $p=0,018$ ), suçtan sonra saklanma oranlarının ( $X^2=11,60$ ,  $p=0,001$ ), suçtan sonra dezorganize davranış oranlarının ( $X^2=5,35$ ,  $p=0,021$ ), suçtan kazanç elde etme oranlarının ( $X^2=49,20$ ,  $p<0,001$ ) ve suç sonrası tıbbi raporda psikiyatrik bulgu ve belirti olması oranlarının ( $X^2=12,17$ ,  $p=0,001$ ) anlamlı derecede farklı olduğu bulundu (Tablo 8).

**Tablo 9:**CSOG ve KG Arasında Psikometrik Test ve Dava Dosyası İçeriğinin Karşılaştırılması

		CSOG	KG		
Değişken		n (%)	n (%)	Analiz	p
Psikometrik Test	Var	30 (58,8)	45 (86,5)	$X^2=9,99$	<b>0,002</b>
	Yok	21 (41,2)	7 (13,5)		
Psikometrik Test Sonucu	Affektif Ögeler	4 (13,3)	15 (33,3)	$X^2=40,90^*$	<b>&lt;0,001</b>
	Savunmacı ve Manüplatif Tutum	6 (20,0)	12 (26,7)		
	Kişilik Örgütlenmesi	2 (6,7)	18 (40,0)		
	Psikotik Ögeler	18 (60,0)	0 (0,0)		
IQ Değerlendirmesi	Var	2 (%3,9)	16 (30,8)	$X^2=12,86^*$	<b>&lt;0,001</b>
	Yok	49 (96,1)	36 (69,2)		
Kollukta İfade	Var	40 (78,4)	45 (86,5)	$X^2=1,17$	0,279
	Yok	11 (21,6)	7 (13,5)		
Kollukta İfadenin İçeriği	Anlaşılır	18 (45,0)	45 (100,0)		
	Hezeyanlı	18 (45,0)	0 (0,0)		
	Dezorganize	4 (10,0)	0 (0,0)		
Savcılıkta İfade	Var	31 (60,8)	50 (96,2)	$X^2=19,17^*$	<b>&lt;0,001</b>
	Yok	20 (39,2)	2 (3,8)		
Savcılıkta İfadenin İçeriği	Anlaşılır	16 (51,6)	50 (100,0)		
	Hezeyanlı	13 (41,9)	0 (0,0)		
	Dezorganize	2 (6,5)	0 (0,0)		
Mahkemede İfade	Var	36 (70,6)	50 (96,2)	$X^2=12,21^*$	<b>&lt;0,001</b>
	Yok	15 (96,2)	2 (3,8)		
Mahkemede İfadenin İçeriği	Anlaşılır	20 (55,6)	50 (100,0)		
	Hezeyanlı	12 (33,3)	0 (0,0)		
	Dezorganize	4 (11,1)	0 (0,0)		
		Ort.±Ss.	Ort.±Ss.		
Gözleme Kadar Geçen Süre (Ay)		n=51	n=52	Z=-2,88	<b>0,004</b>
		19,24±23,63	32,38±30,58		
IQ Sonucu Olan Katılımcılar		n=2	n=16	AD	AD
		91,00±1,41	84,31±9,87		

Ort.= Ortalama, Ss.= Standart sapma, Z=Mann-Whitney U testi,  $X^2=$  Ki-Kare testi, \*=Fisher Kesin Ki-Kare testi sonucu, AD=Anlamlı Değil, CSOG: Ceza Sorumluluğu Olmayan Grup, KG: Kontrol Grubu ( $p<0.05$  anlamlı kabul edildi.)

İki grup arasında yapılan karşılaştırmada psikometrik teste göre saptanan ögelerin oranlarının ( $X^2=40,90$ ,  $p<0,001$ ) anlamlı derecede farklı olduğu bulundu. Hasta grupta kolluktaki ifadelerin 18'i (%45), savcılıktaki ifadelerin 13'ü (%41,9) ve mahkemedeki ifadelerin 12'si (%33,3) hezeyanlı olarak saptanmıştır. Buna ek olarak iki grup arasında gözleme kadar geçen süre ortalamalarının anlamlı derecede farklı olduğu ( $Z=-2,88$ ,  $p=0,004$ ) bulunmuştur. IQ testi uygulanan hasta sayısının az olması nedeniyle yapılan karşılaştırma anlamlı değildir (Tablo 9).

**Tablo 10:** CSOG'de PANSS ve İÜBDÖ Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları, Minimum ve Maksimum Değerleri

	<b>Ort.</b>	<b>Ss.</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>
PANSS Pozitif Belirtiler Toplam Skoru	24,84	10,16	8	42
PANSS Negatif Belirtiler Toplam Skoru	21,86	6,86	9	37
PANSS Genel Psikopatoloji Toplam Skoru	42,69	9,65	24	71
PANSS Toplam Skoru	89,49	22,19	47	135
İÜBDÖ Skoru	3,18	3,26	0	12

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Örneği

CSOG'de PANSS pozitif belirtiler skor ortalamasının  $24,84\pm 10,16$ , negatif belirtiler skor ortalamasının  $21,86\pm 6,86$ , genel psikopatoloji  $42,69\pm 9,65$ , PANSS toplam skor ortalamasının  $89,49\pm 22,19$  olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak İÜBDÖ skor ortalaması  $3,18\pm 3,26$  olup, İÜBDÖ skorlarının 0-12 puan arasında değiştiği değerlendirilmiştir (Tablo 10).

**Tablo 11:** CSOG ve KG Arasında Saldırganlık ve Dürtüsellik BPSÖ ve BDÖ Skorları ile Karşılaştırılması

	<b>Grup</b>	<b>n</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss.</b>	<b>Analiz</b>	<b>p</b>
BPSÖ Fiziksel Saldırganlık	CSOG	51	10,45	7,42	Z=-1,04	0,297
	KG	52	12,04	7,73		
BPSÖ Sözel Saldırganlık	CSOG	51	6,10	4,21	Z=-2,63	<b>0,008</b>
	KG	52	8,54	4,90		
BPSÖ Öfke	CSOG	51	9,69	6,17	t=-1,57	0,119
	KG	52	11,71	6,87		
BPSÖ Düşmanlık	CSOG	51	11,43	7,96	t=-1,74	0,084
	KG	52	14,10	7,54		
BPSÖ Toplam	CSOG	51	37,67	23,10	Z=-1,95	<b>0,050</b>
	KG	52	46,38	22,38		
BDÖ Dikkat	CSOG	51	31,82	7,29	t=-1,78	0,078
	KG	52	34,53	8,12		
BDÖ Motor	CSOG	51	14,17	3,46	Z=-1,18	0,235
	KG	52	15,07	3,93		
BDÖ Plan Yapamama	CSOG	51	21,74	3,01	t=-0,082	0,414
	KG	52	22,34	4,29		
BDÖ Toplam	CSOG	51	67,74	12,18	t=-1,58	0,116
	KG	52	71,96	14,64		

Ort.=Ortalama, Ss.=Standart Sapma, Z=Mann-Whitney U testi, t=Bağımsız Gruplar t testi (p<0,005 anlamlı kabul edildi) BPSÖ: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği, BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği, İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Örneği

İki grup arasında yapılan karşılaştırmaya göre BPSÖ sözel saldırganlık alt boyutu skor ortalamalarının (Z=-2,63, p=0,008) ve BPSÖ toplam puan skor ortalamalarının (Z=-1,95, p=0,050) anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak iki grup arasında BDÖ ve alt ölçek skor ortalamalarının anlamlı derecede farklı olmadığı (p>0,05) değerlendirilmiştir (Tablo 11).

**Tablo 12:** CSOG ve KG Arasında Suç Şiddetinin TSSDÖ Sonuçlarına Göre Karşılaştırılması

		<b>CSOG</b>	<b>KG</b>		
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>Analiz</b>	<b>p</b>
TSSDÖ Puanları	0 puan	6 (11,8)	15 (28,8)	$X^2=10,17$	<b>0,035</b>
	1 puan	13 (25,5)	9 (17,3)		
	2 puan	17 (33,3)	19 (36,5)		
	3 puan	8 (15,7)	1 (1,9)		
	4 puan	7 (13,7)	8 (15,4)		
TSSDÖ'e Göre Suçun Şiddeti	Şiddet yok – Hafif/orta derecede (0-2 puan)	36 (70,6)	43 (82,7)	$X^2=2,11$	0,146
	Ciddi derecede (3-4 puan)	15 (29,4)	9 (17,3)		

\*Fisher Kesin Ki-Kare testi sonucu,  $X^2=$  Ki-Kare testi, TSSDÖ: Taylor Suç Şiddeti Değerlendirme Ölçeği (p<0.05 anlamlı kabul edildi)

CSOG ve KG arasında TSSDÖ'ye göre 0-4 puan aralığındaki dağılımda oransal karşılaştırmaların iki grup arasında anlamlı derecede farklı bulunmasına rağmen ( $X^2=10,17$ , p=0,035) değişkenler şiddet olmayan-hafif-orta derecede suç şiddeti ve ciddi derecede suç şiddeti şeklinde daraltıldığında istatistiki olarak farklı olmadığı ( $X^2=2,11$ , p=0,146) saptanmıştır (Tablo 12).

**Tablo 13:** CSOG'de PANSS, İÜBDÖ, BPSÖ ve BDÖ Skor ve Alt Skorları Arasındaki Korelasyon İlişkisi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>1-Pozitif Belirtiler</b>	<b>r</b>													
	<b>p</b>													
<b>2-Negatif Belirtiler</b>	<b>r</b>	0,258												
	<b>p</b>	0,068												
<b>3-Genel Psikopatoloji</b>	<b>r</b>	0,647	0,646											
	<b>p</b>	<0,001	<0,001											
<b>4-PANSS Toplam</b>	<b>r</b>	0,816	0,711	0,933										
	<b>p</b>	<0,001	<0,001	<0,001										
<b>5-İÜBDÖ*</b>	<b>r</b>	-0,460	-0,143	-0,394	-0,430									
	<b>p</b>	<b>0,001</b>	0,317	<b>0,004</b>	<b>0,002</b>									
<b>6-BPSÖ Fiziksel Saldırganlık*</b>	<b>r</b>	0,386	-0,046	0,211	0,257	-0,105								
	<b>p</b>	<b>0,005</b>	0,747	0,138	0,069	0,465								
<b>7-BPSÖ Sözel Saldırganlık*</b>	<b>r</b>	0,237	-0,158	-0,025	0,058	-0,061	0,608							
	<b>p</b>	0,093	0,269	0,863	0,688	0,673	<0,001							
<b>8-BPSÖ Öfke</b>	<b>r</b>	0,335	0,015	0,243	0,263	0,057	0,803	0,694						
	<b>p</b>	<b>0,016</b>	0,914	0,086	0,063	0,690	<0,001	<0,001						
<b>9-BPSÖ Düşmanlık</b>	<b>r</b>	0,433	0,090	0,363	0,381	-0,077	0,669	0,643	0,839					
	<b>p</b>	<b>0,002</b>	0,528	<b>0,009</b>	<b>0,006</b>	0,589	<0,001	<0,001	<0,001					
<b>10-BPSÖ Toplam</b>	<b>r</b>	0,377	0,012	0,286	0,298	-0,068	0,887	0,768	0,944	0,912				
	<b>p</b>	<b>0,006</b>	0,933	<b>0,042</b>	<b>0,034</b>	0,636	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001				
<b>11-BDÖ Dikkat</b>	<b>r</b>	0,426	0,413	0,406	0,500	-0,070	0,433	0,194	0,471	0,466	0,433			
	<b>p</b>	<b>0,002</b>	<b>0,003</b>	<b>0,003</b>	<0,001	0,625	<b>0,002</b>	0,173	<0,001	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>			
<b>12-BDÖ Motor*</b>	<b>r</b>	0,261	0,166	0,330	0,307	-0,070	0,406	0,257	0,381	0,426	0,421	0,571		
	<b>p</b>	0,064	0,245	<b>0,018</b>	<b>0,028</b>	0,623	<b>0,003</b>	0,069	<b>0,006</b>	<b>0,002</b>	<b>0,002</b>	<0,001		
<b>13-BDÖ Plan Yapamama</b>	<b>r</b>	0,415	0,386	0,385	0,477	-0,108	0,368	0,095	0,386	0,379	0,349	0,827	0,459	
	<b>p</b>	<b>0,002</b>	<b>0,005</b>	<b>0,005</b>	<0,001	0,449	<b>0,008</b>	0,506	<b>0,005</b>	<b>0,006</b>	<b>0,012</b>	<0,001	<b>0,001</b>	
<b>14-BDÖ Toplam</b>	<b>r</b>	0,424	0,391	0,437	0,505	-0,065	0,460	0,219	0,500	0,511	0,481	0,961	0,729	0,874
	<b>p</b>	<b>0,002</b>	<b>0,005</b>	<b>0,001</b>	<0,001	0,651	<b>0,001</b>	0,352	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

\*Spearman Korelasyon Analizi r: korelasyon katsayısı, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, BPSÖ: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği, BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği, İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Örneği (p<0.05 anlamlı kabul edildi)

CSOG'de korelasyon analizlerine göre PANSS pozitif belirti skorlarının; İÜBDÖ skorları ile anlamlı derecede negatif ( $r=-0,460$ ,  $p=0,001$ ); BPSÖ öfke alt boyutu skorları ( $r=0,335$ ,  $p=0,016$ ), BPSÖ düşmanlık alt boyutu skorları ( $r=0,433$ ,  $p=0,002$ ), BPSÖ toplam skorları ( $r=0,377$ ,  $p=0,006$ ), BDÖ plan yapmama alt boyut skorları ( $r=0,415$ ,  $p=0,002$ ), BDÖ dikkatsizlik ( $r=0,426$ ,  $p=0,002$ ) ve BDÖ toplam skorları ( $r=0,424$ ,  $p=0,002$ ) ile anlamlı derecede pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. PANSS negatif belirtiler alt boyutunun BDÖ dikkatsizlik skorları ( $r=0,413$ ,  $p<0,002$ ), BDÖ plan yapamama skorları ( $r=0,386$ ,  $p=0,005$ ) ve BDÖ toplam skorları ( $r=0,391$ ,  $p=0,005$ ) ile anlamlı derecede pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. PANSS genel psikopatoloji alt boyutu skorlarının İÜBDÖ skorları ile anlamlı derecede

negatif ilişkili olduğu ( $r=-0,394$ ,  $p=0,004$ ); BPSÖ düşmanlık ( $r=0,363$ ,  $p=0,009$ ), BPSÖ toplam skor ( $r=0,298$ ,  $p=0,034$ ), BDÖ dikkatsizlik ( $r=0,406$ ,  $p<0,003$ ), BDÖ motor dürtüsellik ( $r=0,330$ ,  $p<0,018$ ), BDÖ plan yapamama ( $r=0,385$ ,  $p=0,005$ ) ve BDÖ toplam skorları ile ( $r=0,437$ ,  $p=0,001$ ) anlamlı derecede pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak PANSS toplam skorlarının İÜBDÖ skorları ile anlamlı derecede negatif ilişki gösterdiği ( $r=-0,430$ ,  $p=0,002$ ); BPSÖ toplam skorları ( $r=0,298$ ,  $p=0,034$ ) ve BDÖ toplam skorları ( $r=0,505$ ,  $p<0,001$ ) ile anlamlı derecede pozitif ilişki gösterdiği bulunmuştur (Tablo 13).

**Tablo 14:** KG’de BPSÖ ve BDÖ Skorları Arasındaki Korelasyon

		1	2	3	4	5	6	7	8
<b>1-BPSÖ Fiziksel Saldırganlık</b>	<b>r</b>	-							
	<b>p</b>	-							
<b>2-BPSÖ Sözel Saldırganlık</b>	<b>r</b>	0,464							
	<b>p</b>	<b>0,001</b>							
<b>3-BPSÖ Öfke</b>	<b>r</b>	0,772	0,587						
	<b>p</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>						
<b>4-BPSÖ Düşmanlık</b>	<b>r</b>	0,506	0,422	0,634					
	<b>p</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,002</b>	<b>&lt;0,001</b>					
<b>5-BPSÖ Toplam*</b>	<b>r</b>	0,833	0,682	0,904	0,790				
	<b>p</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>				
<b>6-BDÖ Dikkat</b>	<b>r</b>	0,381	-0,049	0,388	0,495	0,407			
	<b>p</b>	<b>0,005</b>	0,732	<b>0,005</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,003</b>			
<b>7-BDÖ Motor</b>	<b>r</b>	0,345	0,225	0,489	0,439	0,466	0,674		
	<b>p</b>	<b>0,012</b>	0,108	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>		
<b>8-BDÖ Plan Yapmama</b>	<b>r</b>	0,487	0,142	0,483	0,519	0,522	0,710	0,645	
	<b>p</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,317	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	
<b>9-BDÖ Toplam</b>	<b>r</b>	0,447	0,075	0,488	0,545	0,504	0,944	0,832	0,861
	<b>p</b>	<b>0,001</b>	0,597	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>

\*Spearman Korelasyon Analizi r: korelasyon katsayısı, BPSÖ: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği, BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği ( $p<0.05$  anlamlı kabul edildi)

BPSÖ toplam skorlarının BDÖ skorlarından; dikkatsizlik ( $r=0,407$ ,  $p=0,003$ ), motor dürtüsellik ( $r=0,466$ ,  $p<0,001$ ), plan yapamama ( $r=0,522$ ,  $p<0,001$ ) ve toplam skorları ( $r=0,504$ ,  $p<0,001$ ) arasında anlamlı derecede pozitif ilişki olduğu bulunmuştur. BPSÖ ve BDÖ skorları ve alt boyutları arasındaki ilişki tablo 14’te gösterilmiştir.

**Tablo 15:** Ceza Sorumluluğunu (Yok/Var) Yordayan Etmenlerin Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

	B	S.E.	Wald	df	p	İhtimal oranı	95% C.I. İhtimal Oranı için	
							Düşük	Yüksek
TSSDÖ	0,33	0,27	1,53	1	0,216	1,39	0,82	2,37
BPSÖ Fiziksel Saldırganlık	-0,02	0,06	0,20	1	0,654	0,97	0,85	1,10
BPSÖ Sözel Saldırganlık	0,18	0,09	3,77	1	0,052	1,20	0,99	1,44
BPSÖ Öfke	-0,01	0,09	0,01	1	0,899	0,98	0,82	1,18
BPSÖ Düşmanlık	-0,01	0,05	0,00	1	0,933	0,99	0,88	1,11
BDÖ Dikkat	0,09	0,07	1,75	1	0,185	1,09	0,95	1,26
BDÖ Motor	-0,04	0,10	0,16	1	0,681	0,95	0,77	1,17
BDÖ Plan Yapmama	0,01	0,11	0,01	1	0,912	1,01	0,80	1,27
Alkol Kullanım Öyküsü Varlığı	0,42	0,66	0,40	1	0,525	1,52	0,41	5,63
Madde Kullanım Öyküsü Varlığı	0,12	0,74	0,02	1	0,866	1,13	0,26	4,84
Kendini Yaralama Öyküsü Varlığı	0,15	0,67	0,05	1	0,817	1,16	0,31	4,37
İntihar Öyküsü Varlığı	-0,22	0,81	0,07	1	0,785	0,80	0,16	3,96
Eksen 1 Tanısı Varlığı	-3,23	0,79	16,41	1	<b>&lt;0,001</b>	0,03	0,00	0,18
Eksen 2 Tanısı Varlığı	1,38	1,11	1,55	1	0,212	4,01	0,45	35,53
Suç Aleti Kullanımının Olması	-1,73	0,76	5,12	1	<b>0,024</b>	0,17	0,04	0,79
Planlamanın Olması	-0,69	0,69	0,98	1	0,321	0,50	0,12	1,96
Psikometrik Testte Psikopatoloji Varlığı	0,01	0,72	0,00	1	0,988	1,01	0,24	4,15
Sabit	-1,78	2,08	0,72	1	0,394	0,16		

$X^2(17, N=103)=53,73$ ,  $p<0,001$ , Cox Snell R kare=0,410, Nagelkerke R kare=0,546, Modelle katılımcıların %84,3'ünü doğru sınıflandırmıştır. BPSÖ: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği, BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği, TSSDÖ: Taylor Suç Şiddeti Değerlendirme Ölçeği

CSOG ve KG arasında yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizine göre kurulan modelin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ( $X^2(17, N=103)=53,73$ ,  $p<0,001$ ); modelin açıklayıcılığının %41 ile 54,6 arasında değiştiği, modelde katılımcıların %84,3'ünün doğru sınıflandırıldığı bulunmuştur. Lojistik regresyon modellemesinde eksen 1 tanısının varlığının ( $p<0,001$ , ihtimal oranı=0,03) ve suç aleti kullanımının ( $p=0,024$ , ihtimal oranı=0,17) kişinin ceza sorumluluğu olmama ihtimalini bağımsız olarak anlamlı derecede artırdığı bulunmuştur. Modelde diğer alt değişkenlerin anlamlı derecede etkili olmadığı değerlendirilmiştir (Tablo 15).

**Tablo 16:** CSOG'deki Hastaların PANSS Toplam Skorlarını Açıklamada BPSÖ ve BDÖ Skorlarının Etkinliği

Model				Standart Olmayan Katsayılar		Standart Katsayılar	t	p		
	R2	Düzeltilmiş R2		B	Standart hata	Beta			AL	ÜL
1	0,298*	0,089*	(Sabit)	78,72	5,77		13,64	<0,001	67,12	90,32
			BPSÖ toplam skor	0,28	0,13	0,29	2,18	0,034	0,02	0,54
2	0,509**	0,259**	(Sabit)	28,83	15,92		1,81	0,076	-3,17	60,84
			BPSÖ toplam skor	0,06	0,13	0,07	0,50	0,616	-0,20	0,34
			BDÖ	0,85	0,25	0,47	3,32	0,002	0,33	1,37

Hiyerarşik regresyon modelinde normal dağılım hipotezini karşılayan PANSS, BPSÖ ve BDÖ toplam ölçek skorları kullanılmıştır. Birinci model için  $F=4,76$ ,  $p=0,034$ , ikinci model için  $F=8,37$ ,  $p=0,001$ 'dir. \* $<0,05$ , \*\* $<0,01$

CSOG'de PANSS toplam skorlarının %8,9'unun ( $p<0,05$ ,  $AL=67,12$   $ÜL=90,32$ ) BPSÖ toplam skorları tarafından anlamlı derecede açıklandığı, modele BDÖ skorlarının eklenmesi ile açıklayıcılığın anlamlı derecede %25,9'a yükseldiği ( $p<0,01$ ,  $AL=-3,17$ ,  $ÜL=60,84$ ), fakat modelde değişkenler tek tek incelendiğinde son modelin sabit değerinin anlamlı olmadığı ( $p=0,076$ ), buna ek olarak PANSS toplam skorlarının açıklanmasında BDÖ toplam skorlarının anlamlı derecede etkisinin olduğu ( $p=0,002$ ,  $AL=0,33$ ,  $ÜL=1,37$ ), BPSÖ skorlarının anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 16).

**Tablo 17:** CSOG'deki Hastaların PANSS Negatif Belirtiler Skorlarını Açıklamada BPSÖ ve BDÖ Skorlarının Etkinliği

Model				Standart Olmayan Katsayılar		Standart Katsayılar	t	p		
	R2	Düzeltilmiş R2		B	Standart hata	Beta			AL	ÜL
1	0,377**	0,142**	(Sabit)	18,60	2,56		7,25	<0,001	13,44	23,75
			BPSÖ toplam skor	0,16	0,05	0,37	2,84	<0,006	0,04	0,28
2	0,468**	0,219**	(Sabit)	3,24	7,48		,43	0,667	-11,80	18,29
			BPSÖ toplam skor	0,09	0,06	0,22	1,54	0,129	-0,03	0,22
			BDÖ	0,26	0,12	0,31	2,17	0,035	0,02	0,50

Birinci model için F=8,10, p=0,006, ikinci model için F=6,72, p=0,003'dir. \*<0,05, \*\*<0,01

CSOG'de hastaların PANSS negatif belirti skorlarının %14,2'sinin (p<0,01, AL=13,44 ÜL=23,75) BPSÖ toplam skorları tarafından anlamlı derecede açıklandığı, modele BDÖ skorlarının eklenmesi ile açıklayıcılığın anlamlı derecede %21,9'a yükseldiği (p<0,01, AL=-11,80, ÜL=18,29), fakat modelde değişkenler tek tek incelendiğinde son modelin sabit değerinin anlamlı olmadığı (p=0,667), buna ek olarak PANSS negatif belirti skorlarının açıklanmasında BDÖ toplam skorlarının anlamlı derecede etkisinin olduğu (p=0,035, AL=0,2, ÜL=0,50), BPSÖ skorlarının anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 17).

**Tablo 18:** CSOG'deki Hastaların PANSS Pozitif Belirtiler Skorlarını Açıklamada BPSÖ ve BDÖ Skorlarının Etkinliği

Model				Standart Olmayan Katsayılar		Standart Katsayılar	t	p		
	R2	Düzeltilmiş R2		B	Standart hata	Beta			AL	ÜL
1	0,012	0,00	(Sabit)	21,72	1,87		11,61	<0,001	17,97	25,48
			BPSÖ toplam skor	0,00	0,04	0,01	,08	0,933	-0,08	0,08
2	0,440**	0,160**	(Sabit)	5,28	5,13		1,02	0,308	-5,04	15,62
			BPSÖ toplam skor	-0,06	0,04	-0,22	-1,54	0,128	-0,15	0,02
			BDÖ	0,28	0,08	0,50	3,39	0,001	,011	0,45

Birinci model için F=0,01, p=0,933, ikinci model için F=5,75, p=0,006'dir. \*<0,05, \*\*<0,01

CSOG'deki hastaların PANSS pozitif belirtilerinin BPSÖ toplam skorları tarafından anlamlı derecede açıklanmadığı, modele BDÖ skorlarının eklenmesi ile açıklayıcılığın anlamlı derecede %16'a yükseldiği (p<0,01, AL=-5,04, ÜL=15,62), fakat modelde değişkenler tek tek incelendiğinde son modelin sabit değerinin anlamlı olmadığı (p=0,308), buna ek olarak PANSS pozitif belirti skorlarının açıklanmasında BDÖ Toplam skorlarının anlamlı derecede etkisinin olduğu (p=0,001, AL=0,11, ÜL=0,45), BPSÖ skorlarının anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 18).

**Tablo 19:** CSOG'deki Hastaların PANSS Genel Psikopatoloji Skorlarını Açıklamada BPSÖ ve BDÖ Skorlarının Etkinliği

Model				Standart Olmayan Katsayılar		Standart Katsayılar	t	p		
	R2	Düzeltilmiş R2		B	Standart hata	Beta			AL	ÜL
1	0,286*	0,08*	(Sabit)	38,19	2,52		15,14	<0,001	33,12	43,25
			BPSÖ toplam skor	0,11	0,05	0,28	2,08	0,042	0,00	0,23
2	0,446**	0,198**	(Sabit)	20,19	7,20		2,80	0,007	5,70	34,68
			BPSÖ toplam skor	0,04	0,06	0,09	0,66	0,509	-0,08	0,16
			BDÖ	0,30	0,11	0,39	2,64	0,011	0,07	0,54

Birinci model için F=4,35, p=0,042, ikinci model için F=5,94, p=0,005'dir. \*<0,05, \*\*<0,01

CSOG'deki hastaların PANSS genel psikopatoloji skorlarının BPSÖ toplam skorları tarafından anlamlı derecede %8'inin açıklandığı ( $p<0,05$ , AL=33,12, ÜL=43,25), modele BDÖ skorlarının eklenmesi ile açıklayıcılığın anlamlı derecede %19,8'e yükseldiği ( $p<0,01$ , AL=5,70, ÜL=34,68), modelde değişkenler tek tek incelendiğinde son modelin sabit değerinin anlamlı olduğu ( $p=0,007$ ), buna ek olarak PANSS genel psikopatoloji skorlarının açıklanmasında BDÖ toplam skorlarının anlamlı derecede etkisinin olduğu ( $p=0,011$ , AL=0,07, ÜL=0,54), BPSÖ skorlarının anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 19).

**Tablo 20:** CSOG'deki Hastaların BPSÖ Skorları ile Bağlantılı Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

	Standart Olmayan Katsayılar		Standart Katsayılar	t	p		
	B	Standart hata	Beta			AL	ÜL
(Sabit)	66,19	30,00		2,206	<b>0,032</b>	5,84	126,55
PANSS toplam skor	0,28	0,140	0,276	2,053	<b>0,046</b>	0,00	0,56
Eksen 1 tanı varlığı	-4,91	8,07	-0,082	-0,60	0,546	-21,15	11,33
Eksen 2 tanı varlığı	-24,96	13,12	-0,257	-1,90	0,063	-51,37	1,44

Düzeltilmiş R<sup>2</sup>=0,166, Standart hata=21,77, F=3,10, p=0,035

CSOG'deki hastaların BPSÖ skorlarını açıklamada PANSS toplam skorlarının anlamlı derecede etkili ( $p=0,046$ ) olduğu, geçmişte aldıkları Eksen 1 ve Eksen 2 tanılarının çoklu regresyon modelinde anlamlı olmadığı, modelin açıklayıcılığının ise %16 olduğu (F=3,10,  $p=0,035$ ) olduğu değerlendirildi (Tablo 20).

**Tablo 21:** Çalışmadaki Kişilere Sağlık Kurulu Tarafından Konulan Tanıların Dağılımı

	CSOG	KG
	n (%)	n (%)
Şizofreni	19 (37,3)	0 (0,0)
Atipik Psikoz	24 (47,1)	0 (0,0)
Şizoaffektif Bozukluk	6 (11,8)	0 (0,0)
ASKB	0 (0,0)	13 (25,0)
Madde Kullanım Bozukluğu	0 (0,0)	2 (3,8)
Uyum Bozukluğu	0 (0,0)	1 (1,9)
Atipik Psikoz ve ASKB	1 (2,0)	0 (0,0)
Atipik Psikoz ve Madde Kullanım Bozukluğu	1 (2,0)	0 (0,0)
ASKB ve Madde Kullanım Bozukluğu	0 (0,0)	5 (9,6)
Sınır Mental Kapasite ve Madde Kullanım Bozukluğu	0 (0,0)	1 (1,9)
Herhangi Bir Ruhsal Bozukluk Saptanmayanlar	0 (0,0)	30 (57,7)

Çalışmada değerlendirilen kişilerden ceza sorumluluğu olmayan hastaların 19'una (%37,3) şizofreni, 24'üne (%47,1) atipik psikoz, 6'sına (%11,8) şizoaffektik bozukluk tanısı; kontrol grubundaki katılımcıların 13'üne (%25,0) ASKB tanısı sağlık kurulu tarafından konulmuş olup, 30'unda (%57,7) herhangi bir ruhsal bozukluk saptanmamıştır. Sağlık kurulu tarafından belirlenen diğer tanıları Tablo 21'de gösterilmiştir.

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamıza Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne mahkeme tarafından işledikleri iddia edilen suçlar nedeniyle haklarında ceza sorumluluğu raporu düzenlenmesi istenen erkek bireylerden çalışmaya ait alınma kriterlerini karşılayanlar alınmıştır. CSOG tümü psikiyatri uzmanlarından oluşan sağlık kurulu tarafından şizofreni, atipik psikoz ve şizoaffektif bozukluk tanıları alan 51 kişiden, KG ise majör psikiyatrik hastalığı olmayan ve ceza sorumluluğu tam olan 52 kişiden oluşmuştur. Her iki gruba tarafımızca oluşturulan sosyodemografik ve klinik veri formu, TSSDÖ, BPSÖ ve BDÖ uygulanmış olup; ek olarak CSOG'a PANSS ve İÜBDÖ de uygulanmıştır.

CSOG'deki hastaların yaş ortalaması  $34,10 \pm 9,32$ , KG'deki katılımcıların yaş ortalaması  $34,10 \pm 9,09$  olarak bulunmuştur. Türkcan ve ark.'nın (2000) 1831 adli olguyu inceledikleri çalışmada erkek katılımcıların yaş ortalaması 33 olarak bulunmuştur (74). Öncü ve ark.'nın (2002) erkek ve kadın hastalardan oluşan ve yineleyici suç oranlarını karşılaştırdıkları 268 olgudan oluşan çalışmalarında yaş ortalaması  $41,69 \pm 11,46$  (75); Ural ve ark.'nın (2012) çalışmalarında ise hasta grubun yaş ortalaması 39,21; sağlıklı grubun yaş ortalaması 30,58 olarak bulunmuştur (38). İtalya'nın üç büyük yüksek güvenlikli adli psikiyatri hastanesinde yapılan çalışmada da katılımcıların yaş ortalaması 37 olarak saptanmıştır (76). Çalışmamızdaki katılımcıların yaş ortalamasının literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür. Genç erişkinlerin suç işleme sıklığının yüksek olması ve hastalıkların başlangıç yaşlarının bu yaş ortalamasında etken olduğu düşünülmüştür (77). Ceza sorumluluğu olmayan hastaların eğitim yıl ortalaması  $8,35 \pm 3,21$ , KG'deki kişilerin eğitim yıl ortalaması  $7,50 \pm 3,15$ 'tir. İki grup arasında yapılan karşılaştırmaya göre yaş ve eğitim yıl ortalamaları farklılık göstermemektedir. Ancak CSOG'deki hastaların 33'ünün (%64,7), KG'deki kişilerin 41'inin (%72,9) ortaokul ya da altı eğitim aldıkları bulunmuştur. Bu da suç işleyenlerin düşük eğitim düzeyine sahip oldukları

şeklindeki literatür bilgisiyle uyumludur (74). CSOG'deki hastaların işsizlik oranı, KG'ye göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bu gruptaki hastaların 43'ü (%84,3) çalışmadıklarını belirtmiştir. Şaylan ve ark. (2004) şizofreni hastalarının büyük kısmının işsiz olduklarını (78), Belli ve ark. (2012) 463 şizofreni hastası ile yaptıkları araştırmada hastaların %87,5'inin işsiz olduklarını belirtmiştir (79). Şizofreni hastalarının özellikle tedavi uyumları kötüyse işlevselliklerinin bozulduğu, suç işleme risklerinin arttığını gösteren çalışmalar da göz önüne alındığında bu yüksek işsizlik oranının açıklanabileceği düşünülmüştür (35,80).

CSOG'deki hastaların geçmiş psikiyatri kliniğine yatış sayısı ortalamalarının, adli psikiyatri kliniğine yatış sayısı ortalamalarının ve geçmişte aldıkları eksen 1 tanı oranlarının KG'ye göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Nielsse ve Large'ın (2010) meta-analizinde ilk psikotik atak şiddet açısından riskli olarak değerlendirilmiş olup, hastaların yaklaşık üçte birinin ilk psikotik atak sırasında suç işlediklerini belirtmişlerdir (81). Çalışmamızdaki hasta gruptan yalnızca 9'unun (%17,6) geçmişte konulan herhangi bir eksen 1 tanısı olmadığı göz önüne alındığında bunun literatürden farklı olduğu düşünülebilir. Bunu açıklamada hastaların suç işlemeyen sağlık sistemi ile temasa geçtiği yorumu yapılabilir ancak çalışma evrenimizin kısıtlı olması nedeniyle bu konuda daha geniş bir araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Tedavi uyumsuzluğunun hem suç işleme riskini (35,80) hem de tekrarlayan hastane yatışlarının sayısını önemli şekilde arttırdığını belirten yayınlar (81,82) literatürde mevcuttur. Çalışmamızdaki hasta grubun tekrarlayan psikiyatri ve adli psikiyatri kliniği yatışlarının olması nedeniyle, tedavi uyumlarının kötü ve tekrarlayıcı suç işleme risklerinin yüksek olduğu yorumu yapılabilir. Ancak bu konuda kesin veriler elde edebilmek için suç işleyen ve işlemeyen şizofreni ve benzeri psikoz hastalarının karşılaştırılması gerekmektedir.

KG'deki kişilerin geçmiş suç öyküsü oranlarının, geçmişte cezaevi yatış öykülerinin ve cezaevi yatış sayılarının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Hasta ya da sağlıklı bireylerde, suç işleme davranışı ve dolayısıyla cezaevi yatış öyküsü ve sayısının tekrarlayıcı suç işleme riski ve cezaevi yatışı açısından önemli risk faktörü olduğu literatürde belirtilmiştir (74,75). Bu açıdan çalışmamız literatür ile uyumludur. KG'deki kişilerin geçmişte aldıkları eksen 2 tanı oranları açısından

anlamli derecede farkli olmasi da ozellikle ASKB tanisi basta olmak uzere komorbid kisilik bozuklugu tanilarinin suç isleme riskini artirdigini belirten literatur ile uyumludur (36,81,83).

İki grup arasindaki karšılařtırmada alkol kullanımı, madde kullanımı, kendini yaralama davranışı öyküsü ya da intihar girişim öyküsü bakımından anlamli farklılık bulunamamıştır. CSOG'deki hastaların 24'ünde (%47,1) alkol, 27'sinde (%47,1) madde kullanım öyküsü; KG'deki kişilerin 32'sinde (%61,5) alkol, 30'unda (%57,7) madde kullanım öyküsü olduğu saptanmıştır. Reiger ve ark.'nın (1990) yaptıkları çalışmada sağlıklı popülasyonda madde kullanım prevalansı %17, şizofreni tanılı hastalarda ise %47 olarak bulunmuştur (84). Batel (2000) yaptığı gözden geçirme çalışmasında şizofreni hastalarında madde kullanım oranının %26,5 olduğunu belirtmiştir (85). Fazel ve ark.'nın (2009) İsveç'te geçmiş 33 yılı ve 8003 şizofreni tanılı hastayı kapsayan retrospektif çalışmasında şizofreni hastalarında komorbid madde kullanım sıklığı %24,5 olarak bulunmuş ve şiddet davranışı ile yakın ilişkili olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada madde kullanımının eşlik ettiği şizofreni hastalarında şiddet içeren suç eylemi isleme oranı %27,6 ile madde kullanımı olmayan şizofreni hastalarındaki %8,5 oranından anlamli derecede yüksek saptanmıştır (2). Fleischman ve ark.'nın (2014) İsrail'de şizofreni tanılı 3187 hasta ile yaptıkları çalışmalarında madde kullanım komorbiditesi %26,1 olarak bulunmuş ve bu grupta şiddet davranışının daha yüksek olduğu saptanmıştır (87). Ellouze ve ark.'nın (2008) çalışmalarında şiddet davranışı gösteren şizofreni hastalarında %53 oranında alkol ve madde kullanımı olduğu bulunmuştur (88). Çalışmamızı literatur ile karšılařtırdığımızda, şiddet öyküsü olan şizofreni hastalarından oluşan gruplarla yapılan çalışmalardaki yüksek oranlara yakın oranlar bulunduğunu; ancak şiddet eylemi içermeyen ya da her iki grubun da alındığı çalışmalara göre çalışmamızda daha yüksek oranda alkol ve madde kullanım öyküsünün olduğu görölmektedir. Çalışmamızın bu açıdan şiddet öyküsü olan ve suç işleyen şizofreni hastalarının madde kullanımı ile ilgili literatur bilgisiyle uyumlu olduğu söylenebilir.

CSOG'deki hastalarda kendini yaralama davranışı öyküsü olanların sayısı 25 (%49), KG'de ise 24 (%46,2) olarak bulunmuştur. Her iki grup arasında kendini yaralama davranışı öyküsü açısından anlamli fark bulunamamıştır. Şizofreni ve

benzeri psikotik hastalıkları olan kişilerde kendini yaralama davranışının yüksek oranda olduğunu gösteren çalışmalar mevcut olmakla beraber (80,89); kendini yaralama davranışı oranlarının KG'den anlamlı derece yüksek bulunmamasının nedeni olarak, KG'nin suç işleyen, cezaevi öyküleri olan, eksen 2 tanıları mevcut olan kişilerden oluşmasının etken olduğu düşünülebilir. CSOG'deki hastaların 12'sinin (%23,5) intihar girişim öyküsü olması; literatürde şizofreni hastalarının intihar girişimi oranlarının %30 (90), ülkemizde yapılan bir çalışmada ise %20-40 (91) olarak saptandığı çalışmalar ile uyumludur. Ancak her iki grup arasında intihar girişim öyküsü açısından anlamlı fark saptanmamış olması; tıpkı kendini yaralama davranışı öyküsünde farklılık olmamasında olduğu gibi KG'nin suç işleyen, cezaevi öyküleri olan ve eksen 2 tanı alma sıklığı yüksek olan kişilerden oluşmasından kaynaklanabilir.

İki grup gözlem için gönderildikleri mevcut yatıştan önceki son yatış tanıları açısından karşılaştırıldığında CSOG'de (42, %82,4) eksen 1 tanısı, KG'de ise (11, %21,2) eksen 2 tanısı anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. CSOG'de en fazla mevcut olan eksen 1 tanısı 17 kişi (%33,3) ile şizofreni olarak saptanmışken, KG'de 7 kişi (%13,5) ile madde kullanım bozukluğudur. Eksen 1 tanıları arasında anlamlı farklılık saptanmamakla birlikte özellikle KG'de en fazla sayıda konulan tanının madde kullanım bozukluğu olması dikkat çekmektedir ve bu bulgu madde kullanımının suç eylemi riskini artırdığını gösteren çalışmaları desteklemektedir (92,93). KG'deki kişilere son yatışlarında konulan eksen 2 tanılarına bakıldığında ise 11 kişinin ASKB, 1 kişinin ise Karma Kişilik Bozukluğu tanısı aldığı görülmektedir. Bu da ASKB'nin suç eylemi için önemli bir risk faktörü olduğunu gösteren literatür ile uyumludur (74,94).

İki grup arasında yapılan karşılaştırmada suçun insana ya da mala yönelik olması bakımından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürde şizofreni hastalarının insana yönelik suçları işleme oranlarının (95), sağlıklı grupta ise mala yönelik suçların işleme oranlarının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (72). Çalışmamızda literatür ile uygun sonuç saptanamamasının en önemli nedenlerinden biri çalışmaya sadece insana ya da mala yönelik suçların değil; şiddet içermeyen suçların da dahil edilmesinin etken olabileceği düşünülmüştür. Ural ve

ark. (2012) yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının %56,2 oranında gündüz saatlerinde suç işlediklerini saptamıştır (31). Nordstrom ve Kullgren'in (2003) İsveç'te 369 şizofreni hastası ile yaptıkları çalışmada ise şiddetin gerçekleştiği zamanın hava karardıktan sonra olduğu saptanmıştır (96). Çalışmamızda suçun işlendiği zaman açısından her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

KG'deki kişilerin işledikleri suç eylemlerinin 39'u (%75) “*ortak alan*” olarak adlandırabileceğimiz kamuya açık alanlarda ya da ortak barınılan ya da çalışılan yerlerde gerçekleşmiştir. İki grup arasında suç eyleminin gerçekleştiği yer oranları karşılaştırıldığında anlamlı derecede farklılık saptanmıştır. Bunun nedeni olarak KG'deki kişilerin ASKB tanıları olan, çoklu suç ve cezaevi öyküleri olan kişilerden oluşmasını gösterebiliriz. Bu anlamlı derecede farklılık; CSOG'deki hastaların işledikleri suçların daha çok “*yaşam alanı*” olarak adlandırabileceğimiz, kendi ya da şiddete maruz kalan kişi ya da kişilerin evinde gerçekleştikleri yönünde de yorumlanabilir. Şiddete maruz kalan mağdurların özellikleri karşılaştırıldığında KG'de 21 (%56,8) mağdurun yabancı olması, CSOG'den anlamlı derecede yüksektir. Sağlıklı kişilerde suç eyleminin hedefinin yabancı kişiler olması literatür bilgisi ile de uyumludur ve bu kişilerde çıkar çatışmaları, kazanç sağlama gibi daha planlı suçların işlenmiş olabileceği konusunda ön fikir verebilir (31,74). Şizofreni ve benzeri psikotik bozukluk tanımlı hastaların suç eylemlerinde mağdurların aile bireyleri veya tanıdıkları olma oranlarının yüksek olduğu literatürde gösterilmiştir (79,96,97). Çalışmamızda CSOG'deki hastaların suç eylemi mağdurlarınının 16'sı (%38,1) aile bireyi, 15'i (%35,7) tanıdıkları kişilerdir. Bu oranlar KG'ye göre anlamlı derecede yükseklik göstermektedir ve literatür ile uyumludur. CSOG'deki hastaların işledikleri suç eylemlerini en yakınlarına karşı dürtüsel, plansız olarak işledikleri düşünülebilir. Mağdur olan aile bireyleri kendi içlerinde karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamakla birlikte CSOG'de aile bireylerinden en çok anne (5, %11,9) suça hedef olurken KG'de eş (4, %10,8) ilk sırada yer almaktadır. Mağdurların cinsiyetleri ya da erişkin olup olmamaları arasında her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızdaki mağdurların 73'ü (%92,4) yetişkin bireylerdir.

Suç eylemi sırasında KG'deki kişilerin alkol ya da madde etkisi altında olma sıklığı (%36,5), CSOG'deki hastalardan (%15,7) anlamlı derecede daha yüksektir ( $p=0.016$ ). Bu, Ural ve ark.'nın (2012) çalışmasında sağlıklı gruptaki %35,5'a karşı hasta gruptaki %10 oranlarıyla uyumludur (31).

KG'deki kişilerin 37'si (%71,2) herhangi bir suç aleti kullanmamıştır ve CSOG ile karşılaştırıldığında anlamlı derecede farklılık göstermektedir ( $p=0,047$ ). Türkcan ve ark. (2000) yılında 1861 adli olgu ile yaptıkları çalışmada sağlıklı kişilerde özellikle ateşli silah gibi suç aletlerinin kullanım oranlarının yüksek olduğunu belirtmişlerdir (73). Nordström ve Kullgren (2003) 369 şizofreni tanılı hasta ile yaptıkları çalışmada da hastaların %66'sının suç aleti kullanmadıklarını saptamışlardır (96). Çalışmamızda ise suç aleti kullanımı açısından her iki grup karşılaştırıldığında literatür ile farklı sonuç saptanmıştır. Literatür ile oluşan bu farklılıkta çalışma evreninin dar olması, sanal ortamda işlenen suçların eklenmiş olması ve şiddet içermeyen suçların çalışmaya alınmış olmasının etken olabileceği düşünülmüştür. Suç aletleri detaylandırıldığında ise CSOG'deki hastaların kullandıkları suç aletlerinin genel olarak kolay ulaşılabilen, organizasyon gerektirmeyen aletler oldukları düşünülebilir.

İki grubun karşılaştırılmasında CSOG'deki hastaların 41'inin (%80,4), KG'deki kişilerin ise 44'ünün (%84,6) suç eylemini işledikleri sırada herhangi bir psikiyatrik tedavi altında olmadığı saptanmıştır. Aralarında anlamlı farklılık saptanmamış olması, özellikle CSOG'deki hastaların yalnızca 9'unun (%17,6) geçmişte konulan eksen 1 tanısı olmadığı göz önüne alındığında önemli derecede tedavi uyumsuzluğu olduğuna işaret etmektedir. CSOG'deki hastaların 25'i (%49), KG'deki kişilerin 36'sı (%69,2) suç eylemi öncesi suçu planladıklarını belirtmişlerdir. İki grup karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0.037$ ). Bu sonuç, literatürde şizofreni ve benzeri psikotik hastalıklara sahip hastaların daha plansız, dürtüsel, organize olmayan suçlar; sağlıklı kişilerin ise daha planlı, organize ve sonuca yönelik suçlar işlediklerini gösteren çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (74).

CSOG'deki hastalardan suç eylemi öncesi plan yapan 25 kişinin 20'sinin (%80) bu planı hastalıkları etkisinde yaptığı saptanmıştır. İki grup karşılaştırıldığında

anlamli derecede farklılık saptanmiştir (p<0.001). Suç eylemini işledikleri sırada CSOG'deki hastaların düşünce içerikleri anlaşılmalı çalışıldığında 41'inde (%80,4) hezeyanlı düşünce içeriği olduğu saptanmıştır. Hezeyanları mevcut olan 41 kişinin hezeyanları alt gruplara ayrılarak incelendiğinde perseküsyon hezeyanları 32 kez ile en fazla karşımıza çıkan hezeyan türü olmuştur. Bunu 27 kez ile referans hezeyanları, 5 kez ile grandiyöz hezeyanlar, 4 kez ile bizar hezeyanlar izlemiş olup; erotomanik ve jaluzik hezeyanlar 3'er kez saptanmıştır. Aynı grupta hastaların 15'i (%29,4) eylem sırasında varsanı tariflemiş olup; bunların 14'ü işitsel varsanı olarak saptanmıştır. İşitsel varsanı tarif eden hastaların 7'sinin (%50) işitsel varsanı içeriği hakaret ve küfür eden varsanı olarak saptanmıştır. Şizofreni ve benzeri psikotik hastalıklarda pozitif semptomlardan hezeyan ve varsanların suç eylemi için risk faktörü olup olmadıkları ile ilişkili çok sayıda çalışma vardır. Hezeyan ve varsanların varlığının şiddet eylemini artırdığını gösteren çalışmalar literatürde mevcuttur (80,98,99). Hezeyan ve özellikle emir veren işitsel varsanlar başta olmak üzere varsanların suç ile ilişkisinin %20 oranında olduğunu gösteren bir çalışmada, bunların hem dürtüsel, hem de planlı saldırganlıkla ilgili olabileceği belirtilmiştir (35). Bu bilgi kendisini tehlike altında hisseden, davranışlarının yönlendirildiğini düşünen, hakaret eden ya da şiddet emri veren sesler duyan hastaların kendilerini savunmak için hem planlı hem de dürtüsel saldırganlık eylemi gösterebileceklerini düşündürmektedir. Bu çalışmalarda etken olarak hezeyanlardan öncelikli olarak perseküsyon ve edilgenlik hezeyanlarının; varsanlardan ise şiddet emri veren varsanların ön planda olduğu bildirilmektedir. Appelbaum ve ark. (2000) yaptıkları çalışmada şiddet davranışı ile hezeyan ve varsanlar arasında ilişki olmadığını belirtmiştir (100). Benzer şekilde Skeem ve ark. (2006) da yaptıkları çalışmada hezeyanların oranının artması ile şiddet artışı arasında anlamlılık olmadığını belirtmişlerdir (101). Pozitif psikotik semptomlar ile şiddet eylemi arasındaki bağın anlaşılması için daha fazla çalışmaya gereksinim olduğu ortadadır. Ancak hemen tüm çalışmalarda kabul edilen ortak kanı ise pozitif psikotik semptomları olan hastaların tedavilerinin daha dikkatli şekilde takip edilmesi, şiddet riskinin her zaman göz önünde bulundurulmasıdır.

KG'deki kişilerin yaptıkları eylemin suç olduğunun farkında olmalarının CSOG'deki hastalara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.001).

CSOG'deki hastaların 30'u (%58,8) işledikleri eylemin suç olduğunu bilmediklerini ifade etmektedirler. Bu da davranış öncesinde toplumsal ya da ahlaksal açıdan kabul görmeyen davranışı ayırt edemediklerini, muhakemelerinin bozulduğunu düşündürmektedir. CSOG'deki hastaların 33'ü (%78,6) suç eylemi sırasında mağdurla konuşmuş olup, bunların sadece 7'si (%21,2) anlaşılır ve olağan olarak saptanmıştır. Dava/soruşturma dosyalarının incelenmesinde hastaların ve mağdurların beyanları, görevli kişilerin tutanakları değerlendirildiğinde hastaların 16'sının (%48,5) mağdur ile hezeyanlı düşünce etkisinde konuştuğu, 10'unun (%30,3) ise dezorganize konuşma olarak tarif edebileceğimiz ifadeleri olduğu saptanmıştır.

Suç sırasında öfkeli duygulanımın CSOG'deki hastalarda KG'deki kişilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0.018$ ). Hastaların önemli kısmının suç eylemi öncesinde veya suç eylemi sırasında mevcut olan perseküsyon hezeyanları ve hakaret eden işitsel varsanlarının olması bu öfkeli duygulanımı açıklamakta yardımcı olabilir. KG'deki kişilerden 18'inin (%34,6) suç eylemi sırasında coşkulu duygulanım tarif etmesi dikkat çekmektedir ve suç işledikleri sırada 19'unun (%36,5) alkol ya da madde etkisinde olması ya da kazanç elde etme motivasyonları ile açıklanabileceği düşünülmüştür. İşledikleri iddia edilen suçtan sonra CSOG'deki hastaların 15'inin (%29,4), KG'deki kişilerin 22'sinin (%42,3) olay yerinden kaçtıkları saptanmıştır ancak aralarında anlamlı derecede farklılık yoktur. Fakat suçtan sonra saklanma açısından her iki grubu karşılaştırdığımızda CSOG'deki hastaların 49'unun (%96,1) suçtan sonra saklanmadığı, bunun KG'deki kişilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0.001$ ). Hastaların suçtan sonra kaçma oranlarının çok düşük olması, suç işledikleri yerin yaşam alanı olması, ülkemizde özellikle düşük sosyoekonomik düzeyde yaşayan hasta grubunun muhtemelen aile bireyleri tarafından etkisiz hale getirilmesi ile açıklanabilir. Ancak ülkemiz dışında yapılan ve suç işleyen hastaların normal popülasyona göre kolluk kuvvetleri tarafından daha sık yakalandığını belirten çalışmalar (95,96) göz önüne alındığında bunun sadece aile bireylerinin etkisi ile açıklanamayacağı düşünülmektedir. Hastaların tıpkı işledikleri eylemin öncesinde işledikleri eylemin suç olduğunu bilmemeleri gibi, suçtan sonra da bu muhakeme bozukluklarının mevcut olduğu düşünüldüğünde bu verilerin toplumsal özelliklerden ziyade

hastalığın doğası ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Her iki grup karşılaştırıldığında yakalanma süreleri ve yakalanma şekilleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Suç eylemi sonrasında haklarında tıbbi rapor alınan kişiler karşılaştırıldığında CSOG'deki 16 (%66,7) hastanın tıbbi raporlarında KG'deki kişilere göre anlamlı derecede yüksek oranda psikiyatrik bulgu ve belirti saptanmıştır. Her ne kadar CSOG'den eylem sonrası tıbbi raporu olan yalnızca 24 hasta olsa da bu raporlarda psikiyatrik bulgu ve belirtilerin olması bu kişilerin hastalık semptomlarının etraftaki kişiler tarafından anlaşılacak düzeyde olduğunu ve bu nedenle rapor aldırılma ihtiyacı doğduğunu düşündürebilir.

Suç eylemi ile elde edilecek kazanç açısından her iki grup karşılaştırıldığında KG'deki kişilerin 46'sının (%88,5) suç eylemi sonrası kazanç elde etme amaçlarının olması CSOG'ye göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Bu da literatürde bulunan, sağlıklı kişilerin amaca yönelik, organize, çıkar amacıyla suç eylemi işledikleri bilgisiyile uyumludur (74).

Dava/soruşturma dosyalarının incelenmesi ceza sorumluluğuna ait bilirkişilik hizmeti yapılırken en dikkat edilmesi gereken işlerden birisi olarak kabul edilmektedir. Kişilerin önemli bir bölümünün suç eyleminden uzun süre sonra gözlem için gönderildikleri düşünüldüğünde kolluk, savcılık ve mahkemedeki ifadelerin ve bunların görevliler tarafından kayıt altına alınma şeklinin çok önemli olduğu açıktır. CSOG'deki hastaların 40'inin (%78,4) kollukta, 31'inin (%60,8) savcılıkta, 36'sının (%70,6) mahkemede ifade verdiği saptanmıştır. Mevcut olan ifadelerin içerikleri incelendiğinde kolluktaki ifadelerin 18'inin (%45), savcılıktaki ifadelerin 13'ünün (%41,9), mahkemedeki ifadelerin 36'sının (%70,6) hezeyanlı düşünce sisteminin ürünü olan söylemler içerdiği saptanmıştır. Kolluk, savcılık ve mahkemedeki ifade sayılarının arasındaki farklılık; ifadelerin suç eylemi işlendikten sonra çok değişken zamanlarda alınmış olmaları ve ifadelerin yazılırken tam olarak hastaların beyanları şeklinde yazılıp yazılmadığı konusunda olan endişeler, bu bölümün detaylandırılmasının önüne geçen en önemli etkenler olmuşlardır.

İşledikleri iddia edilen suç eylemi ile hastaneye gözlem için gönderilmeleri arasındaki süreleri karşılaştırdığımızda KG'deki kişilerin gözlem için gönderilme sürelerinin  $32,38 \pm 30,58$  ay ile CSOG'deki hastalara göre anlamlı derecede yüksek

olduğu saptanmıştır ( $Z=-2,88$ ,  $p=0.004$ ). Tüm bu süreler incelendiğinde adli sistemden kaynaklı gecikmeler olabileceği düşünülebilir ancak KG'deki kişilerin daha uzun süre sonra gözleme yollanmaları düşünüldüğünde; CSOG'deki hastaların hastalık bulgularının belirgin olması, geçmişte hastane yatışlarının olması, ailelerin tedavi uyumsuzluğu olan hastalarının tedavi olması isteğiyle bunu savcılık ya da mahkemede beyan etmelerinin etken olduğu düşünülebilir.

CSOG'den 30 (%58,8), KG'den 45 (%86,5) kişiye psikometrik test uygulanmıştır. CSOG'deki hastalara uygulanan psikometrik testlerin raporları incelendiğinde psikotik öge içerme oranları (%60) KG'deki sağlıklı kişilere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Çalışmamıza katılan kişilerin sadece 18'ine IQ testi uygulanmış olup; sayının az olması nedeniyle yapılan karşılaştırma anlamlı olmamıştır. IQ testinin az kişiye uygulanmasının nedeni ise özellikle eğitim durumu ile klinik durumu ve sosyal işlevselliği arasında uyumsuzluk olduğu düşünülen az sayıda kişi için gerekli görülmesidir.

CSOG'deki hastaların PANSS pozitif belirtiler skor ortalamasının  $24,84\pm 10,16$ , negatif belirtiler skor ortalamasının  $21,86\pm 6,86$ , genel psikopatoloji skor ortalamasının  $42,69\pm 9,65$  ve PANSS toplam skor ortalamasının  $89,49\pm 22,19$  olduğu bulunmuştur. Toplam skor ortalaması hastaların ortalama olarak orta-belirgin şiddette hastalıkları olduğunu göstermektedir. Bakılan İÜBDÖ skor ortalaması  $3,18\pm 3,26$  olup, düşük içgörü düzeyini belirtmektedir. Bu veriler orta-belirgin şiddette hastalığın, düşük içgörünün ve buna bağlı olarak tedavi uyumsuzluğunun suç eylemi ile bağlantılı olabileceği yorumunu yapmamıza izin verse de suç eylemi ile hastaların gözleme gönderildikleri ve ölçeklerin uygulandığı zaman aralığının değişken ve uzun olması nedeniyle kesin bir yorum yapmamızı engellemektedir.

Her iki grup saldırganlık açısından BPSÖ skorları ile karşılaştırıldığında CSOG'deki sözel saldırganlığın ( $p=0,008$ ) ve BPSÖ toplam skorlarının ( $p=0,050$ ) KG'deki kişilerden anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Bu farklılık, özellikle antisosyal kişilik özellikleri olan, alkol ve madde kullanımı olan kişilerde sözel saldırganlığın daha sık görüldüğünü belirtilen çalışmalar ile uyumludur (19,86). CSOG'deki hastalarda sözel saldırganlığın düşük olması; hastalığın getirdiği içe kapanma, düşünce içeriğinde fakirleşme gibi nedenlere bağlı olabileceği gibi;

hastaların zarar görme düşünceleri ya da tehdit eden, küfür eden, emir veren işitsel varsanılarının verdiği sıkıntı hissiyle dürtüsel olarak eyleme geçmeleri ile açıklanabilir. BDÖ skorları ile dürtüsellik karşılaştırıldığında her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Dürtüsellğin şizofreni hastalarında yüksek olduğunu belirten çalışmalar olmakla beraber; psikotik hastalık tanısı olmayan, eksen 2 kişilik özellikleri, alkol ve madde kullanımı gibi alışkanlıkları olan kişilerin dürtüsellik skorlarının daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar ön plandadır (19,84,100). Çalışmamızda her iki grup arasında anlamlı farklılık olmaması, alkol ve madde kullanımının dürtüsellığı artırması ve CSOG'deki hastaların alkol ve madde kullanım oranlarının literatürde belirtilen oranlardan yüksek olması ile açıklanabilir (78,85).

Her iki grup TSSDÖ ile suç şiddet dereceleri açısından karşılaştırıldıklarında, şiddet içermeyen eylem, hafif ve orta şiddet (TSSDÖ 0-1-2 puanları) ile ciddi derecede şiddet (TSSDÖ 3-4 puanları) açısından ele alındığında anlamlı farklılık saptanamamıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1410 hasta ile yapılan çalışmada hastalar 6 ay takip edilmiş ve bunların yalnızca %3,6'sının ciddi derecede şiddet içermekle birlikte %19,1'inin şiddet eylemi içinde buldukları saptanmıştır (52). Aynı çalışmada ciddi derecede şiddetin genç yaş, çocukluk çağı davranım bozuklukları, suç ve tutuklanma öyküsü ve orta-yüksek PANSS pozitif skorlarıyla ilişkili olduğu; PANSS negatif skorları yükseldikçe ciddi derecede şiddetin azaldığı belirtilmiştir. Çalışmamızda şiddet davranışı gösteren hastaların TSSDÖ'ye göre %29,4'ünün ciddi şiddet içeren eylemde bulunduğu saptanmıştır. Düşük şiddet derecesi içeren eylemleri kadınların anlamlı olarak daha çok işlediği bildirildiğinden; çalışmamıza sadece erkeklerin dahil edilmiş olmasının farklılığı açıklayabilecek etkenlerden biri olduğu düşünülmüştür. Ayrıca 6 ay takip edilen hastaların sağlık sistemi ile temas halinde olmaları, ilk kez psikotik atak geçiren hastaların ve tedaviye dirençli şizofreni hastalarının çalışmalarına dahil edilmemesi farklılığı açıklayabilir.

CSOG'de uygulanan korelasyon analizlerine göre PANSS pozitif belirti skorlarının, PANSS genel psikopatoloji skorlarının ve PANSS toplam skorlarının; İÜBDÖ skorları ile anlamlı derecede negatif ilişkili olduğu bulunmuştur. Literatürde içgörü ve PANSS skorları arasında ilişki olmadığını belirten çalışma olmakla birlikte (103), içgörüyü ölçmek için İÜBDÖ kullanılan çalışmalara baktığımızda içgörü ile

PANSS pozitif skorları, PANSS genel psikopatoloji skorları ve PANSS toplam skorları arasında anlamlı ilişki bulunduğu belirtilmiştir (103,104). Hastalık hakkında içgörü sahibi olmak, tedaviye uyum için çok önemli bir etken olduğundan, düzenli şekilde antipsikotik tedavisi alan hastaların PANSS skorlarında düşme olması beklenen bir sonuçtur. Çalışmamızda PANSS pozitif belirti skorları ile BPSÖ öfke, BPSÖ düşmanlık alt boyutları ve BPSÖ toplam skorları arasında anlamlı derecede pozitif ilişki olduğu bulunmuştur. Bu sonuç literatürdeki çalışmalar ile uyumludur (59,105). Aynı çalışmalarda BPSÖ fiziksel saldırganlık alt boyutu ile PANSS pozitif skorları arasında anlamlı ilişki olduğu da belirtilmiştir, bu da çalışmamızda bulduğumuz pozitif ilişki ile uyumludur.

CSOG'deki hastaların PANSS pozitif belirti skorlarının ve PANSS negatif belirti skorlarının; BDÖ plan yapamama ve dikkatsizlik alt boyutları ve BDÖ toplam skorları ile anlamlı derecede pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır. Literatürde bu ilişkiyi gösteren çalışmalar olduğu gibi, aralarında anlamlı ilişki olmadığını saptayan çalışmalar da mevcuttur (58,59,106). PANSS negatif belirti skorları yüksek olan hastaların, negatif belirtilerden olan özellikle sosyal çekilme, stereotipik düşünme, soyut düşüncenin bozulması gibi bulgular nedeniyle plan yapma ve dikkatlerini toplamakta zorlandığı düşünülebilir. PANSS genel psikopatoloji skorlarının BPSÖ düşmanlık alt boyutu ve toplam skorları ile anlamlı derecede pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Arango ve ark.'nın (1999), saldırganlığı Açık Agresyon Ölçeği ile değerlendirildikleri araştırmalarında saldırganlık ve PANSS genel psikopatoloji skorları arasında anlamlı derecede ilişki olduğu saptanmıştır (58).

KG'deki kişilerin saldırganlık ve dürtüselliği BPSÖ ve BDÖ ile karşılaştırıldığında BPSÖ toplam skorlarının BDÖ dikkatsizlik ( $r=0.407$ ,  $p=0.003$ ), motor dürtüsellik ( $r=0.466$ ,  $p<0.001$ ), plan yapamama ( $r=0.522$ ,  $p<0.001$ ) alt ölçekleri ve BDÖ toplam skorları ( $r=0.504$ ,  $p<0.001$ ) arasında anlamlı derecede pozitif ilişki bulunmuştur. Bu sonuç Garcia-Forero ve ark.'nın (2008) sağlıklı kişilerde saldırganlık ve dürtüsellik arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışma ile uyumludur (107). Ayrıca BPSÖ'nün yatarak tedavi gören erkek alkol ve madde bağımlılarında yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında da BPSÖ skorları, BDÖ alt ölçek skorları ve toplam skor ile anlamlı ilişki saptanmıştır (108).

Her iki grup arasında lojistik regresyon analizi ile yapılan istatistik sonuçlarında CSOG'de hastaların geçmişte eksen 1 tanılarının olması ( $p < 0.001$ , ihtimal oranı=0.003) ve suç aleti kullanımının olmasının ( $p = 0.024$ , ihtimal oranı=0.017) kişinin ceza sorumluluğu olmama ihtimalini anlamlı derecede artırdığı bulunmuştur. Suç aleti kullanımındaki ihtimal oranı her ne kadar düşük olsa da literatürde geçen ve hastaların daha çok silah içermeyen suç eylemleri işlediklerini belirten çalışmalar ile uyumsuzdur (74,96). Çalışmamıza alınan hastaların kullandıkları suç aletlerini incelediğimizde karşımıza 12 kez ile en fazla bıçak çıkmaktadır. Sopa 3, taş, silah, satır 2'şer, makas, kemer ve şiş ise 1'er kez karşımıza çıkmaktadır. Bu veriler incelendiğinde kullanılan 24 suç aletinin 22'sinin (silah hariç) (%92), kolay temin edilebilecek, suç eylemi öncesinde bulunması için planlama ve organizasyon gerektirmeyecek aletler olduğu ve bu nedenle literatür ile uyumsuzluk olduğu yorumu yapılabilir. KG'de suç aleti kullanan 15 kişinin suç aletleri incelendiğinde 7'sinin silah (%46,6), 6'sının bıçak (%40); birer kez de sopa ve tornavidanın (%6,6) suç aleti olarak kullanıldığı görülmektedir.

CSOG'deki hastaların PANSS negatif, genel psikopatoloji alt ölçek ve toplam skorlarını açıklamada BPSÖ skorlarının anlamlı etkisi olduğu, PANSS ve alt ölçek skorları ile kurulan modellerde BPSÖ'ye ek olarak eklenen BDÖ skorlarının açıklayıcılık oranlarını %19,8-%25,9' kadar artırdığı bulunmuştur. Bu verileri yorumlarken, dürtüsellğin doğuştan gelen bir kişilik özelliği olduğu ancak psikotik hastalıkların ilerleyen yaşlarda ortaya çıktığını göz önüne almak gerekmektedir. Hastalık belirtileri skorlarının BDÖ ile anlamlı derecede açıklanabilir olması, çalışmamızdaki grubun suç eylemi işlemiş hastalar olduğunu da göz önüne alırsak, şizofreni ve benzeri psikotik hastalıklara sahip hastalarda saldırganlık ve suç işleme riski açısından dürtüsellğin dikkatli şekilde ayırt edilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bu da aynı zamanda hastaların tedavilerini düzenlerken pozitif ve negatif semptomlar dışında varsa dürtüsellğin de tedavi planının parçası olması gerektiğini düşündürmektedir.

Dumais ve ark. (2011) 139 şizofreni ve benzeri psikotik hastalık tanısı almış kişilerde ciddi şiddet eylemi, alkol madde kullanımı ve dürtüsellik arasındaki ilişkiye baktıkları çalışmada dürtüsellik ile ciddi şiddet eylemi arasında anlamlı bir ilişki

bulmuşlardır (109). Çalışmada dikkat çeken nokta ise en yüksek dürtüsellik skorlarını alan hastaların beklenenden daha az ciddi şiddet eylemi işlediklerinin saptanmasıdır. Ancak bu veri açıklanırken bu gruptaki hastaların tedavi uyumları iyi olan hastalardan oluştukları ve ciddi şiddet eyleminden önceki eylemleri nedeniyle sağlık sistemi ile hali hazırda temasa geçmiş olmaları vurgulanmıştır. Çalışmamızın dizaynı gereği suç işlemeyen hastalar çalışmaya alınmadığından; suç işleyen ve işlemeyen hastaları dürtüsellik açısından karşılaştıran çalışmalar incelendiğinde, saldırgan davranışları olan hastalarda yüksek dürtüsellik skorları bulunduğu görülmektedir (110,111). PANSS pozitif belirti skorlarının BPSÖ toplam skorları tarafından anlamlı derecede açıklanamadığı görülmekle birlikte, BPSÖ toplam skorlarının PANSS toplam skorları ile anlamlı derecede etkili olduğunun gösterilmesi; saldırganlık ile hastalık belirtileri arasındaki ilişkinin oldukça karmaşık ve üzerine daha fazla inceleme yapılması gereken bir konu olduğunu göstermektedir.

Çalışmada değerlendirilen kişilerin gözlemleri sonucunda sağlık kurulu tarafından aldıkları tanılar incelendiğinde CSOG'de atipik psikoz 24 kez (%47,1) ile en fazla konulan tanı olarak bulunmuştur. Atipik psikoz tanısını 19 kez (%37,3) ile şizofreni tanısı izlemiştir. KG'deki kişilere konulan tanılar incelendiğinde en fazla konulan tanı 13 kez (%25,0) ile ASKB olarak görülmektedir. KG'deki 30 kişiye, sağlık kurulu tarafından herhangi bir ruhsal bozukluk saptanmadığı için tanı konulmadığı göz önüne alınırsa; tanı konan 22 kişi arasındaki oranın %59'a çıktığı görülmektedir. Bu sonuç, başta ASKB olmak üzere kişilik bozukluğu olanlarda suç eylemi işleme riskinin arttığını gösterebilir literatür ile uyumludur (112,113).

## 5.1. KISITLILIKLAR VE ZORLUKLAR

1. Ceza sorumluluğunu değerlendirmede en önemli kısıtlılık olan “suçun üzerinden zaman geçmiş olması” çalışmamızda da en önemli kısıtlılığı oluşturmuştur. İstenilen kişi sayısına ulaşabilmek için gözleme gönderilene kadar geçen süreye ilişkin kısıtlama konulmamıştır.

2. Çalışma örnekleme yalnızca erkeklerden oluşmakta olup, cinsiyetler arası veriler karşılaştırılamamıştır.

3. Adli süreçlerden kaynaklı olan polis, savcılık ya da mahkeme ifadelerindeki eksiklikler nedeniyle herkes için istenen tüm ifadelere ulaşılammıştır. İfadeleri kayıt altına alan görevlilerin olası müdahale ve/veya düzeltmeleri de önemli bir kısıtlılıktır.

4. Saldırganlık ve dürtüsellik ölçekleri öz bildirim ölçekleri olduğundan ve haklarında rapor düzenlenmesi istenen kişilerin subjektif bildirimlerine dayandığından toplumsal ya da hukuken daha kabul edilebilir cevaplar verme eğiliminde olabilecekleri düşünülmüştür.

5. Birinci ve ikinci eksen tanımlar konulurken yapılandırılmış klinik görüşme formları kullanılmamıştır.

## 6. SONUÇLAR

Suç işlemiş şizofreni ve benzeri psikotik bozukluk tanılı hastaların mevcut çalışma durumlarının suç işlemiş majör psikiyatrik bozukluğu olmayan kişilerden anlamlı derecede düşük olduğu saptandı.

İki grup arasında yapılan karşılaştırmada hasta grubunda geçmiş psikiyatri kliniği yatışı, geçmiş adli psikiyatri kliniği yatışı ve geçmişte aldıkları eksen 1 tanılarının kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu; geçmiş suç öykülerinin, cezaevi yatış sayılarının ve aldıkları eksen 2 tanılarının ise kontrol grubunda yüksek olduğu saptandı.

Hasta gruptaki katılımcıların işledikleri suçları kontrol grubuna göre daha fazla oranda yaşam alanlarında gerçekleştirdikleri ve suç aleti kullanımlarının kontrol grubuna göre daha fazla olduğu saptandı. Ancak suç aletleri incelendiğinde büyük çoğunluğun kolay ulaşılabilecek, organizasyon ya da planlama gerektirmeyen aletler olduğu görüldü.

Kontrol grubunun işledikleri suç eylemleri sırasında hasta gruba göre alkol ve madde etkisi altında olmaları anlamlı derecede yüksek bulundu. Kontrol grubunun suç eylemlerinde mağdur olanların daha yüksek oranda tanımadıkları kişiler oldukları saptandı.

Kontrol grubunun suç öncesi planlama yapmalarının hasta gruba göre daha fazla olduğu, hasta gruptan plan yapanların ise planlarını önemli oranda hastalık etkileriyle yaptıkları saptandı.

Hasta gruptaki kişilerin eylem öncesi davranışlarının suç olduğunu bilmemesi kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptandı.

Hasta gruptaki kişilerin suç eylemi öncesi ya da sırasında %80,4'ünün hezeyanlı düşünce içeriğine sahip oldukları; %29,4'ünün varsanı tariflediği saptandı.

En sık saptanan hezeyan türü %62,7 ile perseküsyon hezeyanı olup; %52,9 ile referans hezeyanlarının ikinci sırada eşlik ettiği görüldü. 15 hastanın (%29,4) varsanılarının olduğu; bunların 7'sinin hakaret ve küfür eden işitsel varsanılar olmak üzere 14'ünün işitsel varsanı olduğu saptandı.

Kontrol grubunda suç eylemi ile kazanç sağlama oranı, hasta gruptakilerden anlamlı derecede yüksek saptandı.

PANSS negatif belirti, genel psikopatoloji ve toplam skorlarını açıklamada BPSÖ toplam skorlarının anlamlı olduğu saptandı.

Yüzyıllardır tartışılan, zaman zaman medya tarafından gündeme getirilerek toplumun önemli kısmının dikkatini çeken ve belki de etiketlenmenin en önemli etkenlerinden biri olan ceza sorumluluğu; keskin sınırları olmayan, kesin doğru ve yanlışın az olduğu bir konudur. Her hastalık ve suç ilişkisi kendi içinde, kendi koşullarına göre değerlendirilmelidir. Şizofreni ve benzeri psikotik hastalıklara sahip kişilerin kişilik özelliklerinde mevcut olan dürtüsellik ihmal edilmemeli, takip ve tedavilerin yanı sıra bilirkişilikte de mutlaka değerlendirilmeli ve gündeme getirilmelidir.

Şizofreni ve benzeri psikotik bozukluğu olan bireylerde ceza sorumluluğunu değerlendirirken söz konusu eylem sırasında psikotik belirtilerin yanı sıra dava/soruşturma dosyasındaki tüm verilerin, önceki tıbbi kayıtların, tedavi uyumunun, suç öyküsünün, suç niteliğinin ve dürtüsellik ele alınmasının bilirkişilerin daha nesnel karar vermelerini sağlayabileceği düşünülmüştür.

## 7. KAYNAKLAR

1. Öncü F., Sercan M. Ceza Hukukunda Adli Psikiyatri: Uygur N (editör). Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu. 2. Baskı, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2014, 40-42.
2. Fazel S, Langstrom N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *Jama*, 2009, 19. 301.
3. Richard-Devantoy S, Olie J.P, Gourevitch R (2009) Risk of homicide and major mental disorders: A critical review. *L'Encephale*, 35:521-530.
4. Short T, Thomas S, Mullen P, Ogloff J.R.P. Comparing violence in schizophrenia patients with and without comorbid substance-use disorders to community controls. *Acta Psychiatr Scand* 2013: 1-8.
5. Janofsky J.S, Hanson A, Candilis P.J, Myers W.C. AAPL Practice Guideline for Forensic Raising the Insanity Defense. 2014; 42.
6. Öncü F, Sercan M. Ceza Hukukunda Adli Psikiyatri: Uygur N (editör). Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu. 2. Baskı, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2014, 42-43.
7. Tarihi K. Kanunu, Türk Ceza Kanunu. Retrieved December, 2004, 13: 2012.
8. Buchanan R.W., Carpenter W.T. (2005) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. In B. J. Saddock & V. A. Saddock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Eight edit., pp. 1329–1331). Lipincott Williams Wilkins.
9. Lauriello J., Bustillo J. R., Keith S. J. (2005) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. In B. J. Saddock & V. A. Saddock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Eight Edit., p. 1349). Lipincott Williams Wilkins.
10. Herz M.I, Lamberti J.S, Mintz J., Scott R, O'Dell S.P. McCartan L et al. (2000) A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, 2000;57:277-283.
11. Kültür S., Mete L., Erol A. (2007) *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, 184-204.
12. Köroğlu E. (çeviri ed.) (2014) *Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5)*, 1. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 49-50.
13. Fochtmann J., Mojtabai R., Bromet J. (2009) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. In B. J. Saddock & V. A. Saddock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Ninth Edit., p. 1614-1615). Lipincott Williams Wilkins.
14. Fochtmann J., Mojtabai R., Bromet J. (2009) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. In B. J. Saddock & V. A. Saddock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Ninth Edit., p. 1623-1626). Lipincott Williams Wilkins.
15. Köroğlu E. (çeviri ed.) (2014) *Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5)*, 1. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 51-52.
16. Köroğlu E. (çeviri ed.) (2014) *Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5)*, 1. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 62.

17. Robert A. Baron DRR. *Human Aggression*. New York : Plenum Press, 1994, 3-4.
18. Ramirez J.M, Andreu J.M. Aggression, and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity) Some comments from a research project. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2006, 30.3: 276-291.
19. Buss A.H, Perry M. The aggression questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 1992, 63.3: 452.
20. Patton J.H, Matthew S Barratt E.S. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 1995, 51.6: 768-774.
21. Hollander E. New developments in impulsivity. *The Lancet*, 2001, 358.9286: 949-950.
22. Tsimploulis G, Niveau G, Eytan A, Giannakopoulos P, Sentissi O. Schizophrenia and Criminal Responsibility. *J Nerv Ment Dis* 2018; 206:370–7.
23. Glancy G.D. (2015) AAPL Practice Guideline for the Forensic Assessment. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 2015, 43.2 Suppl: S3.
24. Packer I.K. (2009) *Evaluation of Criminal Responsibility*. 2009, 167 p.
25. Meynen G. (2016) *Legal insanity: explorations in psychiatry, law, and ethics*. Switzerland: Springer International Publishing, 2016.
26. Balcıoğlu Y.H, Öncü F, Balcıoğlu İ. Alkol kullanımı ile ilişkili psikiyatrik bozukluklarda ceza sorumluluğunun belirlenmesine yönelik uygulamalar. *Journal Of Forensic Medicine*, 2017, 31: 3. 2017; 31:124–142.
27. Öncü F, Sercan M. *Ceza Hukukunda Adli Psikiyatri: Uygur N (editör). Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu. 2. Baskı, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2014, 42-43.*
28. Rogers R, Seman W, Wasyliv O.E. The RCRAS and legal insanity: A cross-validation study. *Journal of Clinical Psychology*, 1983, 39.4: 554-559.
29. Otto R.K, Poythress N.G, Edens J.F, Monahan J, Bonnie R.J, Hoge S.K, et al. Psychometric properties of the MacArthur Competence Assessment Tool–Criminal adjudication. *Psychological Assessment*, 1998, 10.4: 435.
30. Silver E, Arseneault L, Langley J, Caspi A, Moffitt T.E. (2005) Mental disorder and violent victimization in a total birth cohort. *Am J Public Health*, Nov; 95(11):2015- 2021.
31. Ural C, Öncü F, Belli H, Soysal H. Adli psikiyatrik süreç içindeki şizofreni hastalarının şiddet davranışı değişkenleri: bir olgu kontrol çalışması. *Turk Psikiyatri Derg.* 2012; 23.
32. Aras H. Violence in Schizophrenia. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry* 2014; 6(1):45-55.
33. Tiihonen J, Isohanni M, Räsänen P, Koiranen M, Moring J. (1997). Specific major mental disorders and criminality: A 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *The American Journal of Psychiatry*, 154:840–845.
34. Volavka J. Violence in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatria Danubina* 2013; 25:24–33.

35. Humphreys M.S, Johnstone E.C, MacMillan J.F, Taylor P.J. (1992). Dangerous behaviour preceding first admissions for schizophrenia. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 161, 501–505.
36. Bo S, Abu-Akel A, Kongerslev M, Haahr U.H, Simonsen E. Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clinical Psychology Review* (2011); 31:711–726.
37. Steadman H.J, Mulvey E.P, Monahan J, Robbins P.C, Appelbaum,P.S, Grisso,T et al. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:393-401.
38. Ural C, Belli H, Öncü F, Soysal H. Psikotik hastaların şiddet davranışlarında hedef kitle profili. *Türk Psikiyat Dergisi* 2012; 23:26–32.
39. Loughland C.M, Lawrence G, Allen J, Hunter M, Lewin T.J, Oud N.E, et al. (2009). Aggression and trauma experiences among carer-relatives of people with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(12), 1031–1040.
40. Witt K, van Dorn R, Fazel S. Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies. *PLoS ONE* 8(2):e55942.
41. Van Dorn R, Volavka J, Johnson N. Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47:487-503.
42. Fullam R.S, Dolan M.C. Executive function and in-patient violence in forensic patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2008; 193:247–53.
43. Swanson J.W, Holzer C.E, Ganju V.K, Jono R.T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hosp. Community Psych*. 41, 761– 770.
44. Cuffel B.J, Shumway M, Choujian T.L, McDonald T. (1994). A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.* 182, 704– 708.
45. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tyrer P, et al. (2001). Reducing violence in severe mental illness: randomised trial of intensive case management compared with standard care.
46. Swartz M.S, Swanson J.W, Hiday V, Borum R, Wagner H.R, Burns B.J. (1998) Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am. J. Psychiatry* 155, 226–231.
47. Taylor P.J. (1985) Motives for offending among violent and psychotic men. *Br. J. Psychiatry* 147, 491–498.
48. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tattan T. et al. Predicting violence in schizophrenia: A prospective study. *Schizophr Res* 2004; 67:247–52.
49. Räsänen P, Tiihonen J, Isohanni M, Rantakallio P, Lehtonen J, Moring J. (1998). Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: A 26-year followup study of an unselected birth cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24(3), 437–441.
50. Arseneault L, Moffitt T.E, Caspi, A, Taylor P.J, Silva P.A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: Results from the Dunedin study. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 979–986.

51. Large M, Nielssen O. (2011). Violence in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 125(2–3), 209–220.
52. Swanson J.W, Swartz M.S, Van Dorn R.A, Elbogen E.B, Wagner H.R, Rosenheck, R. A., et al. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 490–499.
53. Arboleda-Flórez, J. (1998). Mental illness and violence: an epidemiological appraisal of the evidence, *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 43 (10), 989–996.
54. McNiel D.E, Eisner J.P, Binder R.L. (2000). The relationship between command hallucinations and violence. *Psychiatric Services*, 51, 1288–1292.
55. Felthous A.R. (2008). Schizophrenia and impulsive aggression: A heuristic inquiry with forensic and clinical implications. *Behavioral Sciences & the Law*, 26(6), 735–758.
56. Barratt E.S, Stanford M.S, Felthous A.R, Kent T.A. (1997). The effects of phenytoin on impulsive and premeditated aggression: A controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 17(5), 341–349.
57. Fresan A, Apiquian R, de la Fuente-Sandovol C, Loyzaga C, Garcia-Anaya M, Meyenberg N, et al. Violent behavior in schizophrenia patients: Relationship with clinical symptoms. *Aggressive Behavior* 2005; 31: 511–520.
58. Arango C, Calcedo-Barba A, Gonzalez-Salvador T, Calcedo-Ordóñez A. Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Bull* 1999; 25: 493–503.
59. Nolan K.A, Volavka J, Czober P, Sheitman B, Lindenmayer J.P, Citrome L.L, et al. Aggression and psychopathology in treatment resistant inpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Psychiatr Res* 2005; 39: 109–115.
60. Laajasalo T, Häkkinen H. (2006). Excessive violence and psychotic symptomatology among homicide offenders with schizophrenia. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 16, 242–253.
61. Ahmed A.O, Richardson J, Buckner A, Romanoff S, Feder M, Oragunye N, et al. Do cognitive deficits predict negative emotionality and aggression in schizophrenia? *Psychiatry Res* 2018; 259:350–357.
62. Talreja B.T, Shah S, Kataria L. (2013) Cognitive function in schizophrenia and its association with socio-demographics factors. *Ind Psychiatry J*. 22:47–53.
63. Pu W, Rolls E.T, Guo S, Liu H, Yu Y, Xue Z, et al. (2014) Altered functional connectivity links in neuroleptic-naïve and neuroleptic-treated patients with schizophrenia, and their relation to symptoms including volition. *Neuroimage Clin*. 16:463–474.
64. Lawrie S.M, Whalley H.C, Job D.E, Johnstone E.C (2003) Structural and functional abnormalities of the amygdala in schizophrenia. *Ann N Y Acad Sci*. 985:445–460.
65. Beer J.S, John O.P, Scabini D, Knight R.T (2006) Orbitofrontal cortex and social behavior: Integrating self-monitoring and emotion-cognition interactions. *J Cogn Neurosci*. 18:871–879.
66. Raine A, Yang Y (2006) Neural foundations to moral reasoning and antisocial behavior. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 1:203–213.

67. Naudts K, Hodgins S (2006) Neurobiological correlates of violent behavior among persons with schizophrenia. *Schizophr Bull* 32:562-572.
68. Kay, S.R, Fiszbein A, Opler L.A. (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 1987, 13.2: 261-276.
69. Kostakoğlu A.E. ve ark. (1999) Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*; 14(44):23-32.
70. Güleç H, Tamam L, Yazıcı Güleç M, Turhan M, Karakuş G, Zengin ve ark. Barrat dürtüsellik ölçeği-11 (BIS-11)'nin Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2008; 18: 251-258.
71. Demirtaş Madran H.A. [The reliability and validity of the Buss-Perry Aggression Questionnaire (BAQ)-Turkish Version]. *Turk Psikiyatri Derg.* 2013 Summer;24(2):124-129.
72. David A.S. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990 Jun;156:798-808.
73. Arslan S, Günay Kılıç B, Karakılıç H. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme ölçeği güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türkiye’de Psikiyatri* 2000;3:17-24.
74. Türkcan S, İncesu C, Canbek Ö, Can Y, Sercan M, Uygur N. 1831 Adli Olgunun Tanı Dağılımı ve Tanı-Suç Bağlantısının Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi.* 2000;13:132-137.
75. Öncü F, Sosyal H, Uygur N, Özdemir F, Türkcan S, Yeşilbursa D. ve ark. Zorunlu klinik tedavi sonrası yineleyici suç işleyen adli psikiyatri olgularının tanı ve suç niteliği açısından değerlendirilmesi. *Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2002, 15.3: 132-148.
76. Fioritti A, Melega V, Ferriani E, Rucci P, Scaramelli A.R, Venco C et al. Crime and mental illness: an investigation of three Italian forensic hospitals. *The Journal of Forensic Psychiatry.* 2001;12:36-51.
77. İçli T.G, Altay A, Başpınar T, Bahtiyar M. (2011) Türkiye’de hükümlü profili: Sosyal, kültürel ve ekonomik özellikler. Ankara: Polis Akademisi Yayınları, 2011.
78. Şaylan M, Alptekin K, Akdemir A, Tetik E, Korb FA. The Intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (IC-SOHO) study: baseline clinical and functional characteristics and antipsychotic use patterns in Turkey. *Klin Psikofarmakol Bülten Kure Yayıncılık*, 2004; 14.
79. Belli H, Ural C, Solmaz M, Akbudak M, Namlı M, Bayık Y. Association of gender and schizophrenia subtype with age at disease onset in a cohort from rural Turkey. *The European Journal of Psychiatry*, 2012, 26.1: 50-54.
80. Silverstein S.M, Del Pozzo J, Roche M, Boyle D, Miskimen T. Schizophrenia and violence: realities and recommendations. *Crime psychology review*, 2015, 1.1: 21-42. *Crime Psychol Rev Routledge*, 2015; 1:21-42.
81. Nielssen O, Large M. Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 2010, 36.4: 702-712.
82. Weiden P, Glazer W. Assessment and treatment selection for “revolving door” inpatients with schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 1997, 68.4: 377-392.

83. Haywood T.W, Kravitz H.M, Grossman L.S, Cavanaugh J.L, Davis J.M, Lewis D.A. (1995) Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective and affective disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 1995;856-861.
84. Regier D.A, Farmer M.E, Rae D.S, Locke B.Z, Keith S.J, Judd L.L et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*, 1990, 264.19: 2511-2518.
85. Batel P. (2000) Addiction and schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 115-122.
86. Grumm M, Von Collani G. Personality types and self-reported aggressiveness. *Personality and Individual Differences* 47 (2009) 845–850.
87. Fleischman A, Werbeloff N, Yoffe R, Davidson M, Weiser M. Schizophrenia and violent crime: a population-based study. *Psychological medicine*, 2014, 44.14: 3051-3057.
88. Ellouze F, Ayedi S, Masmoudi S, Bakri L, Chérif W, Zramdini R et al. Schizophrénie et violence : incidence et facteurs de risque à propos d ' une population tunisienne Schizophrenia and violence , incidence and risk factors : A Tunisian sample. 2009
89. Tsirigitos K. (2018) Indirect self-destructiveness in individuals with schizophrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 2018, 40.1:41-47.
90. Sher L, Kahn R.S. (2019) Suicide in schizophrenia: an educational overview. *Medicina*, 2019, 55.7: 361. 2019;1–11.
91. Evren E.C, Evren B, Erkıran M. Şizofrenili hastalarda özkıyım düşüncesi: Pozitif, negatif belirtiler, depresyon ve içgörüyü ilişki. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002, 13: 255-264.
92. Giancola P.R. Development and evaluation of theories of alcohol-related violence: covering a 40-year span. *Substance use & misuse*, 50.8-9: 1182-1187.
93. Harford T.C, Yi H, Chen C.M, Grant B.F. Substance use disorders and self-and other-directed violence among adults: Results from the National Survey on Drug Use And Health. *Journal of affective disorders*, 2018, 225: 365-373.
94. Meloy J.R, Yakeley J. Antisocial personality disorder. 2011; 301.2.
95. Uygur N, Işıklı M, Ögel K, Çeliker A.R. Suç işlemiş şizofrenlerin demografik özellikleri ve suç profili. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 1992, 5: 5-9.
96. Nordström A, Kullgren G. Victim relations and victim gender in violent crimes committed by offenders with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2003, 38.6: 326-330.
97. Shaw J, Hunt I.M, Flynn S, Meehan J, Robinson J, Bickley H, et al. (2006) Rates of mental disorder in people convicted of homicide: national clinical survey. *The British Journal of Psychiatry*. 188:143-147.
98. Volavka J, Citrome L. (2008) Heterogeneity of violence in schizophrenia and implications for long-term treatment. *International journal of clinical practice* 2008; 62.8:1237-1245.
99. Hoptman M.J. (2015) Impulsivity and aggression in schizophrenia: a neural circuitry perspective with implications for treatment. *CNS Spectrums*. 20.3:280-286.

100. Appelbaum P.S, Robbins P.C, Monahan J. (2000) Violence and delusions: Data from the MacArthur violence risk assessment study. *American journal of psychiatry*, 2000, 157.4: 566-572.
101. Skeem J.L, Schubert C, Odgers C, Mulvey E.P, Gardner W, Lidz C. (2006) Psychiatric symptoms and community violence among high-risk patients: A test of the relationship at the weekly level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2006, 74.5: 967-969.
102. Gut-fayand A, Dervaux A, Olie J, Loo H, Poirier M, Krebs M. (2001) Substance abuse and suicidality in schizophrenia: a common risk factor linked to impulsivity. *Psychiatry research*, 2001, 102.1:65-72.
103. Lysaker P, Bell M, Milstein R, Bryson G, Beam-Goulet J. (1994) Insight and Psychosocial Treatment Compliance in Schizophrenia, *Psychiatry*, 57:4, 307-315.
104. Vaz F.J, Bejar A, Casado M. (2002) Insight, Psychopathology, and Interpersonal Relationships in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2002,28.2:311-317.
105. Mittal S, Patel V, Dave D, Tiwari D, Parmar M. Prevalence of Aggression and its correlation to psychopathology of first episode of Schizophrenia Spectrum Disorder: Study of 100 cases. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 2014,2:57-63.
106. Oakley E.C. (2018) Investigating the Clinical Correlates of Violent Behaviour in Schizophrenia. 2018. PhD Thesis. King's College London.
107. Garcia-Forero C, Gallardo-Puyol D, Maydeu-Olivares A, Andrés-Pueyo A. Disentangling impulsiveness, aggressiveness and impulsive aggression: an empirical approach using self-report measures. *Psychiatry research*, 2009, 168.1: 40-49.
108. Evren C, Çınar Ö, Güleç H, Çelik S, Evren B. (2011) The validity and reliability of the Turkish version of the Buss-Perry's Aggression Questionnaire in male substance dependent inpatients. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2011, 24.4: 283-295.
109. Dumais A, Potvin S, Joyal C, Allaire J.F, Stip E, Lesage A, et al. Schizophrenia and serious violence: a clinical-profile analysis incorporating impulsivity and substance-use disorders. *Schizophrenia Research*, 2011, 130.1-3: 234-237.
110. Iancu I, Bodner E, Roitman S, Sapir A.P, Poreh A, Kotler M. Impulsivity, aggression and suicide risk among male schizophrenia patients. *Psychopathology*, 2010, 43.4: 223-229.
111. Kumari V, Barkataki I, Goswami S, Flora S, Das M, Taylor P. Dysfunctional, but not functional, impulsivity is associated with a history of seriously violent behaviour and reduced orbitofrontal and hippocampal volumes in schizophrenia. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 173 (2009) 39–44.
112. Petras H, Kellam S.G, Brown C.H, Muthen B.O, Ialongo N.S, Poduska J.M. Developmental epidemiological courses leading to antisocial personality disorder and violent and criminal behavior: Effects by young adulthood of a universal preventive intervention in first-and second-grade classrooms. *Drug and Alcohol Dependence* 95S (2008) S45–S59.
113. Schaeffer C.M, Petras H, Ialongo N.S, Poduska J.M, Kellam S.G. (2003) Modeling Growth in Boys' Aggressive Behavior Across Elementary School: Links to Later Criminal Involvement, Conduct Disorder, and Antisocial Personality Disorder. *Developmental Psychology* 2003, Vol. 39, No. 6, 1020–1035.

## 8. ÖZGEÇMİŞ

### I- Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Mert BATMAZ  
Doğum Yeri ve Tarihi : Bursa, 11 Temmuz 1990  
Medeni Durumu : Evli  
İletişim Adresi : Zuhuratbaba Mahallesi Akatlar Sokak Muzaffer Apt.  
No:22 Daire:1 Bakırköy/İstanbul  
Telefonu ve E-Posta : 05334144168, mert.batmaz@saglik.gov.tr  
Yabancı Dili : İngilizce

### II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2008-2014 : Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi  
2005-2008 : Bursa Anadolu Lisesi  
2004-2005 : Hüseyin Avni Sözen Anadolu Lisesi  
2000-2004 : Özel Emine Örnek İÖO  
1996-2000 : Özel İnal Ertekin İÖO

### III- Ünvanları

2014: Hekim

### IV- Mesleki Deneyimleri:

2015 - 2020 : Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Asistan Hekim  
11/2014 – 12/2014 : Gümüşhane Kelkit Devlet Hastanesi, Pratisyen Hekim

### V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği  
İstanbul Tabip Odası

### VI- Bilimsel Etkinlikleri

7. Nöropsikiyatri Günleri, İstanbul

## 9. EKLER

### EK 1 - ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
S.B.Ü. BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN  
RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI  
SUAM



08.01.2019

#### TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU KARARI

İlgi : Asist. Dr. Mert BATMAZ'ın 02.01.2018 tarih ve 2 sayılı dilekçesi

Hastanemizin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Hastane Yönetici Başhekimi Doç. Dr. Murat ERKIRAN, Hastane Eğitim Koordinatörü Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU ve üyeler Doç. Dr. Bekir TUĞCU, Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI ve Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'in katılımları ile 08.01.2019 tarihinde toplanmış;

Hastanemizin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde Uzmanlık Öğrencisi olarak görev ifa eden Asist. Dr. Mert BATMAZ'ın, Program Yöneticisi tarafından belirlenen Tez Danışmanı Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ eşliğinde yürütülecek olan "Şizofreni ve Benzeri Psikotik Bozukluklarda Ceza Sorumluluğunu Etkileyen Etmenler" başlıklı tez protokolü ve ekleri 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 9. Maddesine, 06.06.2016 tarih ve 29744 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına ait Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği'ne, 26.04.2014 tarih ve 28983 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 13.02.2014 tarihli Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönergeye dayanarak hazırlanmış olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönergesi'ne istinaden kurulumuzca 265 protokol no ile onaylanmıştır.

Ayrıca bilgileri ve ekleri verilen tez protokolü; gerekçesi, amaçları, yaklaşımı ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildiğinde, çalışmanın belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinin, sonuçlarının yayın yapılmasının Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Murat ERKIRAN  
Başkan

Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU  
Eğitim Koordinatörü

Doç. Dr. Bekir TUĞCU  
Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği  
Üye

Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI  
Nöroloji Kliniği  
Üye

Doç. Dr. Gül KARAÇETİN  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Üye

Evrak Tarih ve Sayısı: 15/02/2019-E.5701



T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 48865165-302.14.01  
Konu : Dr. Mert BATMAZ'ın Tez Konusu  
Onayı

İSTANBUL BAKIRKÖY PROF. DR. MAHZAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR  
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hastanenizde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde uzmanlık öğrencisi olan Dr. Mert BATMAZ'ın tez konusu uygun bulunmuş olup onay formu ve 2 (iki) adet hakem değerlendirme formu Ek'te sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

**e-imzalıdır**

Prof. Dr. Ali İhsan TAŞÇI  
Dekan V.

## EK 2 - BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

### Sayın Katılımcımız;

Bu çalışmada yer almanız isteğimize bağlıdır. Çalışmayı reddetme ve çalışmanın herhangi bir yerinde ayrılma hakkına sahipsiniz. Bu durum herhangi bir cezai duruma veya tedaviniz için herhangi bir olumsuzluğa yol açmayacaktır.

Çalışmada; mahkeme tarafından haklarında ceza sorumluluğu tespitine ait rapor düzenlenmesi için hastanemize gönderilen kişiler hakkında daha objektif karar verebilmek için veriler ortaya konulmaya çalışılmaktadır.

Çalışmaya katılmanız halinde sizden Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği doldurmanız istenecektir. Sosyodemografik Veri ve Klinik Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Taylor Suç Şiddet Derecelendirme Ölçeği ve İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği ile hastalığınız/psikolojik durumunuz ile ilgili ve işlediğiniz iddia edilen suça yönelik doktorun araştırma için uygun gördüğü sorular sorulacaktır. Hiçbir şekilde size verilmiş olan tedavi değiştirilmeyecektir.

Çalışmamız etik kuruldan izin alınarak gerçekleştirilmektedir. Bu olur formunun bir örneği size verildikten sonra çalışmaya başlanacaktır. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar kimliğiniz bildirilmeden sadece bilimsel amaçlarla yayınlanacaktır. İstemediğiniz takdirde verdiğiniz bilgiler çalışmada kullanılmayacaktır. Çalışma Dr. Mert BATMAZ, Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ tarafından yürütülecektir. Herhangi bir nedenle 0 212 4091515-2807 numaralı telefona ve mert.batmaz@saglik.gov.tr' a başvurabilirsiniz.

Bu formu okudum ve anladım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi ve Telefonu :

Varsa katılımcının yasal temsilcisi(Vasisi) ya da birinci derecede yakınının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi ve Telefonu :

Açıklamaları yapan araştırıcının;

Adı Soyadı:

İmzası:

Tanık olanın;

Adı Soyadı:

İmzası:



### EK 3 - SOSYODEMOGRAFİK VERİ VE KLİNİK FORMU

1) Adı Soyadı:

2) Yaş:

3) Medeni Durum:

I. Evli

II. Bekar (hiç evlenmemiş)

III. Boşanmış/Dul

IV. Resmi nikahsız (imam nikahlı) bir birlikteliği var

V Diğer.....

4)Eğitim Durumu: (yıl olarak süreyi belirtiniz.....)

I. Okur-yazar

II. İlkokul

III. Ortaokul

IV. Lise

V. Üniversite/yüksekokul/diğer

5) Askerlik Durumu:

I. Askerlik yapmış, tam, sorunsuz II. Askerlikten muaf (psikiyatrik nedenle)

III. Askerlik yapmış, ceza ya da hava değişimi almış IV. Muaf (başka nedenle)

V. Henüz yapmamış VI. Diğer.....

6) Çalışma hayatı:

I. Düzenli çalışma hayatı var  
Çalışmıyor

II. Düzensiz çalışma hayatı var III.

7) Sosyal destek durumu :

I. Var

II. Kısmen var

III. Yok

8) Alkol kullanım öyküsü:

I. Var

II. Yok

9) Madde kullanım öyküsü:

I. Var .....

II. Yok

10) Son yatış dosyasındaki 1. Eksen tanısı:

I. Var .....

II. Yok

11) Eksen 2 Tanısı Var mı? (Tüm yatış dosyaları göz önünde bulundurulacak)

I. Var .....

II. Yok

12) Geçmişte suç öyküsü:

I. Var (var ise sayısı):

II. Yok

13) Cezaevi öyküsü:

I. Var (var ise sayısı): II: Yok

14) Toplam psikiyatri servisi yatış sayısı:

15) Toplam adli servis yatış sayısı:

16) Hakkında ceza sorumluluğu raporu istenen suç:

I. Adam Öldürme II. Öldürmeye teşebbüs III. Yaralama

IV. Yaralamaya teşebbüs V. Cinsel suç VI. Hırsızlık

VII. Yangın çıkarma/kundakçılık

VIII. Eşya/Mala zarar verme

IX. Dolandırıcılık/evrakta sahtecilik

X. Asayiş (toplum düzeni) ile ilgili suç/Kamu Suçları

XI. Adam kaçırma / hürriyetinden mahrum bırakma

XII. Kamu görevlisinin görevini yapmasını engelleme

XIII. Tehdit/Hakaret

XIV. Uyuşturucu madde kullanma/bulundurma/satma

XV. Konut Dokunulmazlığını İhlal

XVI. Ruhsatsız silah

XVII. Gasp /Gasp Girişimi

XVIII. Diğer.....

17) Suçun niteliği:

I. İnsana Yönelik II. Mala Yönelik III. İnsana ve Mala Yönelik

IV. Diğer

18) Suçun şiddeti:

I. Şiddet yok II. Hafif şiddet III. Orta şiddet IV. Ağır şiddet

19) Suç tarihi:

20) Suçun işlendiği zaman:

I. Gündüz II. Akşam III. Gece

21) Suçun gerçekleştiği yer:

I. Yaşam alanı II. Ortak alan

22) Suça maruz kalan:

I. Aile

a. Anne b. Baba c. Kardeş d. Eş e. Çocuk

II. Tanıdık

III. Yabancı

23) Suça maruz kalanın cinsiyeti:

I. Kadın II. Erkek

24) Suça maruz kalan :

I. Çocuk II. Yetişkin

25) Suç sırasında alkol madde kullanımı

I. Alkol II. Madde ..... III. Alkol + madde

26) Suç esnasında suç aleti kullanma:

I. Var ..... II. Yok

27) Suç sonrasında suç aletini ne yaptığı:

I. Olay yerinde tutma veya bırakma

II. Olay yerinden uzakta atma

III. Bulunmayacak şekilde gizleme

28) Suç sırasında psikiyatrik tedavi

I. Var II. Yok

29) Suç davranışı öncesi planlama

I. Var II. Yok III. Hastalıkla ilişkili mi

30) İşlediği davranışın suç olduğunu biliyor mu?

I. Evet II. Hayır

31) Suç işlediği kişiye karşı suç anındaki düşüncesi:.....

32) Suç işlediği kişiye karşı şu andaki düşüncesi:.....

33) Başka şekilde davranma konusunda ne düşünüyor?

I. Başka şekilde davranabilirdim(açıklayınız)

II. Başka şansım yoktu (açıklayınız)

34) Suç esnasında mağdurla konuşma:

I. Var II. Yok

35) Suç esnasında mağdurla konuşmanın içeriği:

I. Anlaşılır .....

II. Anlaşılmaz

36) Suç davranışı sırasındaki söylem hakkında bilgi:

I. Suç sırasında mevcut hezeyan

Var: I. Perseküsyon II. .Referans III.  
Grandiöz  
IV. Kıskançlık V. Bizar VI. Erotomanik  
VII. Somatik VIII. Birden Fazla IX. Diğer  
Yok

II. Suç sırasında mevcut varsanı

I. Var a) İşitsel  
I. Hakaret-küfür eden II. Tehdit eden  
III. Adını çağıran IV. Komut veren  
V. Şiddet komutu veren VI. Diğer  
b) Görsel

II. Yok

37) Suç davranışı sırasındaki duygulanımı hakkında bilgi:

I. Depresif II. Anksiyeteli  
III. Öfkeli IV. Coşkulu V. Diğer.....

38) Suç davranışı sırasında kimliği ve olay yeriyle ilgili bilgi vermesi.....

39) Suç sırasında intihar girişimi

I. Var II. Yok

40) Geçmişte self mutilasyon öyküsü var mı?

I. Var II. Yok

41) Geçmişte suisid girişimi(leri) var mı?

I. Var II. Yok

42) Suçtan sonra olay yerinden kaçma:

I. Var II. Yok

43) Suçtan sonra saklanma:

I. Var II. Yok

44) Suçtan sonra dezorganize davranış:

I. Var II. Yok

45) Suçtan sonra yakalanana kadar geçen zaman (ay) .....

46) Yakalanma şekli:

I. Kendini ihbar etme

II. Mağdurun ihbarı

III. Olay dışı kişilerin ihbarı

47) Suç sonrasında kollukta konuşma:

I. Var II. Yok

48) Suç sonrasında kollukta konuşmanın içeriği:

I. Anlaşılır

II. Anlaşılmaz

49) Suç sonrasında savcılıkta konuşma:

I. Var II. Yok

50) Suç sonrasında savcılıkta konuşmanın içeriği:

I. Anlaşılır

II. Anlaşılmaz

51) Suç sonrasında mahkemede konuşma:

I. Var II. Yok

52) Suç sonrasında mahkemede konuşmanın içeriği:

I. Anlaşılır

II. Anlaşılmaz

53) Suç sonrasında tıbbi rapor:

I. Var II. Yok

54) Suç sonrasında tıbbi rapor içeriği:

I. Psikiyatrik bulgu ve belirti var II. Yok

55) Suç davranışı ile herhangi bir kazanç sağlama

I. Var II. Yok

56) Suçtan sonra gözleme gönderilene kadar arada geçen süre (ay).....

57) Hakkında hazırlanan sağlık kurulu raporu:

I. TCK 32/1 II. Ceza sorumluluğu tam

58) Psikometri testi:

I. Var: II. Yok

- a) Savunmacı tutumda
- b) Psikotik
- c) Duygudurum belirtileri
- d) Anksiyöz
- e) Kişilik örgütlenmesi
- f) Manuplatif tutumda

59) IQ testi:

I. Var = II. Yok

## EK 4 - BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ (BDÖ)

**Açıklamalar:** İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun kare içine X koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren / Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman /Her zaman
1) İşlerim dikkatle planlarım				
2) Düşünmeden iş yaparım				
3) Hızla karar veririm				
4) Hiçbir şeyi dert etmem				
5) Dikkat etmem				
6) Uçuşan düşüncelerim var				
7) Seyahatlerimi çok önceden planlarım				
8) Kendimi kontrol edebilirim				
9) Kolayca konsantre olurum				
10) Düzenli para biriktirim				
11) Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam				
12) Dikkatli düşünen birisiyim				
13) İş güvenliğine dikkat ederim				
14) Düşünmeden bir şeyler söylerim				
15) Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim				
16) Sık sık iş değiştiririm				
17) Düşünmeden hareket ederim				
18) Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım				
19) Aklıma estiği gibi hareket ederim				
20) Düşünerek hareket ederim				
21) Sıklıkla evimi değiştiririm				
22) Düşünmeden alışveriş yaparım				
23) Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim				
24) Hobilerimi değiştiririm				
25) Kazandığımdan daha fazla harcarım				
26) Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler olur				
27) Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim				
28) Derslerde veya sinemada rahat oturamam				
29) Yap-boz / puzzle çözmeyi severim				
30) Geleceğini düşünen birisiyim				

## EK 5 - BUSS-PERRY SALDIRGANLIK ÖLÇEĞİ (BPSÖ)

KARAKTERİNİZE EN UYGUN OLAN YANITI (X) ŞEKLİNDE İŞARETLEYİNİZ.	HİÇ BENİM ÖZELLİĞİM DEĞİL	ÇOK AZ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMEN BENİM ÖZELLİĞİM
1 . Arada bir başka bir insana vurma arzumu kontrol edemem.					
2 . Yeterince kışkırtılırsam başka bir insana vurabilirim.					
3 . Eğer biri bana vurursa, ben de ona vururum.					
4 . Birçok insana göre biraz daha fazla kavgalara katılırım.					
5 . Haklarımı korumam için şiddete başvurmam gerekirse, başvururum.					
6 . Beni o kadar zorlayan insanlar olmuştur ki, kavgaya tutuştuk.					
7 . Bir insana vurmak için iyi bir sebep düşünemiyorum.*					
8 . Tanıdığım insanları tehdit ettim.					
9 . O kadar kızdım ki, bir şeyleri kırdım.					
10. Arkadaşlarımla aynı fikirde olmadığımda onlara açıkça söylerim.					
11. Sıklıkla kendimi insanlarla tartışırken bulurum.					
12. İnsanlar sinirimi bozduklarında onlara haklarında ne düşündüğümü söyleyebilirim.					
13. İnsanlar benimle fikir ayrılığına düştüğünde münakaşaya girmekten kendimi alıkoyamam.					
14. Arkadaşlarım münakaşayı seven biri olduğumu söylerler.					
15. Çabuk parlar fakat çabuk sakinleşirim.					
16. Engellendiğimde kızgınlığımı gösteririm.					
17. Bazen kendimi patlamaya hazır barut fıçısı gibi hissederim.					
18. Ben sakin bir insanım.*					
19. Bazı arkadaşlarım asabi olduğumu düşünüyor.					
20. Bazen hiçbir sebep yokken tepem atar.					
21. Öfkemi kontrol etmekte zorluk çekerim.					
22. Bazen kıskançlık beni yiyip bitirir.					
23. Bazen hayatın bana adaletli davranmadığını hissederim.					
24. Fırsatlar her zaman diğer insanlardan yana gibi.					
25. Bazen niye bu kadar sert olduğumu merak ediyorum.					
26. "Arkadaşların", arkamdan hakkımda konuştuklarını biliyorum.					
27. Fazla dostça davranan yabancılardan şüphelenirim.					
28. Bazen insanların arkamdan bana güldüklerini hissederim.					
29. İnsanlar özellikle nazik davrandıklarında, ne isteyeceklerini merak ederim.					

## EK 6 - TAYLOR SUÇ ŞİDDETİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

(Taylor-1985)

0. Tamamen şiddet dışı

1. Minimal şiddet

- a) Sözlü saldırganlık
- b) Kullanmadan silah taşıma
- c) Kazaen olmak kaydıyla mala minimal zarar

2. Orta derecede şiddet

- a) Hafif bedensel zarara neden olan müessir fiil
- b) Zor altında seksüel suç
- c) Yaralanmaya neden olmadan suç sayılan alet kullanma
- d) Mala amaçlı zarar verme

3. Orta derecede ciddi şiddet:

- a) Ağır bedensel hasara neden olan müessir fiil
- b) Mala geniş çaplı ve hayati tehlikeye neden olacak şekilde zarar verme

4. Ciddi şiddet:

- a) Kurban ya da kurbanların ölümü
- b) Kurbanda gerçek hayati tehlike ve 24 saatten fazla hastanede kalma

**EK 7 - POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS)**

POZİTİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
P1 Sanrılar							
P2 Düşünce dağınıklığı							
P3 Varsanılar							
P4 Taşkınlık							
P5Büyüklik Duyguları							
P6 Şüphencilik ve kötülük görme							
P7. Düşmanca Tutum							
POZİTİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							
NEGATİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
N1. Duygulanımda Küntleşme							
N2. Duygusal İçecekilme							
N3. İlişki Kurmada Güçlük							
N4. Pasif Biçimde Kendini Toplumdan çekme							
N5. Soyut Düşünme Güçlüğü							
N6. Konuşmanın Kendiliğinden ve Akıcılığının Kaybı							
N7. Stereotipik Düşünme							
NEGATİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							
GENEL PSİKOPATOLOJİ							
	1	2	3	4	5	6	7
G1. Bedensel Kaygı							
G2. Anksiyete							
G3. Suçluluk Duyguları							
G4. Gerginlik							
G5. Manyerizm							
G6. Depresyon							
G7. Motor Yavaşlama							
G8. İşbirliği Kuramama							
G9. Olağandışı Düşünce İçeriği							
G10. Yönelim Bozukluğu							
G11. Dikkat Azalması							
G12. Yargılama ve İçgörü Eksikliği							
G13. İrade Bozukluğu							
G14. Dürtü Kontrolsüzlüğü							
G15. Zihinsel Aşırı Uğraş							
G16. Aktif Biçimde Sosyal Kaçınma							
GENEL PSİKOPATOLOJİ TOPLAM PUANI							
PANSS GENEL TOPLAM PUANI							

## EK 8 - İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME Ölçeği (İÜBDÖ)

**1a.** Hasta tedaviyi (Hastaneye başvurma ve/veya ilaç tedavisi ve/veya diğer fiziksel ya da psikolojik tedaviler) kabul ediyor mu? (Edilgin biçimde kabullenmeyi içerir)

- Sıklıkla =2 (Tedaviye gereksinimi olduğunu nadiren sorgular)
- Bazen =1 (Arada bir neden tedaviye gereksinim duyduğunu sorgular)
- Hiçbir zaman =0

### **Eğer 1a, 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:**

**1b.**Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

- Sıklıkla =2 (Uygun olmayan medikasyon istekleri dışlanmalıdır)
- Bazen =1 (Unutkanlık/dezorganizasyon nedeniyle ilaç almayı ihmal eden hastalar buraya dahil edilebilir.)
- Hiç bir zaman =0 (Tedaviyi her zaman uyarıdan sonra kabul ediyorsa.)

**2a.** Hastaya sorunuz: “Bir hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?” ya da “Bazı sorunlarınız olduğunu düşünüyor musunuz?” (mental, fiziksel, belirlenmemiş)

- Sıklıkla =2 (Hastalığı olduğunu bir çok günler, günün çoğunda düşünmüş.)
- Bazen =1 (Hastalığı olduğunu arasıra düşünmüş)
- Hiç bir zaman =0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

### **Eğer 2a 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:**

**2b.** Hastaya “bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?” şeklinde sorunuz.

(2a. nın maddeleri geçerlidir). Sıklıkla=2, Bazen =1, Hiçbir zaman =0.

**2c** (2b. Eğer 1 ya da 2 ise) “Hastalığınızı nasıl açıklarsınız?” diye sorunuz.

- Hastanın sosyal, kültürel ve eğitim düzeyine uygun akılcı yanıtlar: ör: aşırı stres, kimyasal dengesizlik, ailesel kalıtım biçimindeki açıklamalar =2
- Karışık, tam anlamadığı kulaktan duyma açıklamalar ya da “Bilmiyorum” şeklinde yanıtlar =1
- Delüzyonel açıklamalar =0

**3a.** “.....(özgül hezeyanı) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünüyor musunuz?” diye sorunuz. Ya da

“.....(özgül halüsinasyonu) gerçekte olmadığını düşünüyor musunuz?”

- Sıklıkla =2 (bir çok gün, günün çoğunda düşünmüş)
- Bazen =1 (bazı günler en azından günde bir kez aklına gelmiş)
- Hiçbir zaman =0

**Eğer 3a. 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:**

**3b.** Bu olayları/ yaşantılarınızı nasıl açıklarsınız? ( .....konusundaki inancınız / sesler işitmeniz, görüntüler görmeniz.)

- “Hastalığımın bir parçası” =2
- “Yorgunluk ve stres” gibi dış olaylara bağlıyorsa =1
- Dış güçlere bağlıyorsa (delüzyonel olabilir) =0

**Ek soru:.....durumlarında insanlar size inanmadıklarında kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (Hasta çevreye hezeyan ya da halüsinasyonundan bahsederken)**

0= “Yalan söylüyorlar.”

1= “Ne söylerlerse söylesinler hala kendimi emin hissedirim.”

2= “Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem.”

3= “Bende bir hata olduğumu düşünürüm.”

4= “İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum.”