

T.C  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
ADLI TIP ENSTİTÜSÜ  
SOSYAL BİLİMLER ANABİLİMDALI  
Tez Danışmanı: Prof. Dr. Fatih Yavuz

**SUÇ İŞLEMİŞ VE ŞİZOFRENİ TANISI ALMIŞ KİŞİLERİN İŞLEDİKLERİ  
SUÇ TIPLERİ, SUÇ İŞLEYİŞ BİÇİMLERİ VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikolog  
Selen Ayas Bütün

İstanbul – 2005

## İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.ŞİZOFRENİ.....	3
2.1.1. Tarihçe.....	4
2.1.2. Epidemiyoloji.....	7
2.1.3. Şizofrenide İmpulsiflik, İntihar ve İnsan Öldürme.....	10
2.1.4. Etyoloji.....	12
2.1.5. Şizofrenide Tanı, Belirti ve Semptomlar.....	15
2.1.6. Şizofrenide Psikososyal Faktörler.....	23
2.1.7. Şizofreninin Psikanalitik Teorisi.....	25
2.1.8. Şizofreninin Rorschach Testinde Görünümü.....	36
2.2 SUÇ KAVRAMI	
2.2.1. Suçun Tarihçesi.....	41
2.2.2. Suçun Tanımı.....	42
2.2.3. Suçun Unsurları.....	45
2.2.4. Suç Nedenlerine İlişkin Teoriler.....	46
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	51
4. BULGULAR.....	57
5. TARTIŞMA.....	69
6. SONUÇ .....	80
7. ÖZET.....	82
8.SUMMARY.....	83
9. KAYNAKLAR.....	84

EKLER

ÖZGEÇMİŞ

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni, geçen yüzyıldan beri ruh hekimliğini en çok uğraştıran fakat bugün bile çeşitleri yönleri tam açıklanamamış bir ruhsal bozukluktur. Şizofreni genellikle 15- 40 yaşları arasında, çoğunlukla da 18-25 yaşlarında iken, her çeşit psikolojik stresle başlayabilir. Psikozun başlamasından önce; kişiliğin benliğine darbeler, delikanlılık çağında dürtülerin aşırı şiddet kazanması, cinsel ya da saldırgan dürtülere karşı denetim zayıflığı gibi durumlara sık rastlanır. Tipik bir başlangıç biçimi yoktur. Belirtiler bir süreç için de gelişebileceği gibi, çok sinsi ve yavaş olarak da gelişebilir. Ruhsal bozukluk çeşitli obsesyonlar, metafizik, dinsel uğraşlar, korkular ve kompüsiyonlarla başlayabileceği gibi, belirli bir obsesif – kompulsif nevroz veya genel yorgunluk, halsizlik ve çeşitli somatik şikayetlerle nevrasteni gibi de başlayabilir. Bazen de bir depresyon ya da ileri derecede taşkınlık ( mani ) olarak ortaya çıkabilir. Sık görülen başlama biçimi ilgi azalması; kendi bedeni, kendi düşünceleri ile uğraşma, zamanın akışına aldırılmazlık gibi belirtilerle olur ( 2, 12, 34, 39 ).

Şizofreni aynı zamanda gösterdiği semptomlar nedeniyle, suça yönelmeyi kolaylaştıran bir hastalık olarak karşımıza çıkar. Suç eylemi ise birinin şahsına veya malına zarar vermektir. Bu bir saldırı eylemidir. Suçlunun bir başkasının parasını veya canını alması, zarar verme veya kendi gücünü vurgulama arzusuna imkan vermektedir. Bu arzu ve ihtiyaç bir düşmanlık ifadesi olup, saldırı ile ifade edilmektedir ( 8, 9, 31 ).

Şizofreni ve suç işleme arasındaki ilişki ile görüşler 20.yüzyıla gelindiğinde değişime uğramıştır. 1980'lerde genel popülasyona göre şizofrenlerin suç işleme oranının dikkat çekecek kadar fazla olmadığı saptanmış olmakla birlikte 20. yüzyılla birlikte şizofrenlerin suç işleme oranının yükseldiği düşünülmektedir ( 11 ).

Genel olarak literatüre baktığımızda *Monahan ve Applebaum* ( 2000 )'un araştırmasında şizofren tanısı almış hastalarda suç işleme oranı % 17 iken, depresyonda bu oran % 19, bipolar bozuklukta %17.2, diğer psikotik bozukluklarda %29, kişilik bozukluğu olanlarda %25'lere varmaktadır ( 25 ). Bunun gibi diğer araştırmalara da baktığımızda şizofreninin, diğer psikiyatrik bozukluklara kıyasla daha düşük bir suç işleme oranına sahip olduğu görülmektedir ( 1 ).

*Harris* ( 1993 ) ve *Wallace* ( 1998 )'ın yaptığı araştırmalar aslında şizofren olmanın toplumun ve hastanın suçtan korunmasını sağlayan bir řey olduğu dūřüncesini de beraberinde getirmektedir ( 19 ). *Lindquist ve Allebeck* ( 1990 ), 15 sene boyunca 644 şizofreni hastasının polis kayıtlarını takip etmiş ve sonuçta bu kişilerin genel popūlasyona oranla 4 kat daha fazla suç işlediklerini tespit etmişlerdir ( 27 ). *Teplin* ( 1990 )'in 728 erkek şizofren mahkumla yaptığı çalışmada ise suç işleme oranının ( %2.7 ) genel popūlasyona ( %0.91) gōre ūç kat fazla bulunmuştur ( 46 ).

Genel olarak literatūre bakıldığında şizofrenler ve suç işleme oranları araştırılırken bu kişilerin nasıl suç işledikleri, nasıl bir kişilik yapısına sahip oldukları ya da uygulanan psikolojik testleri incelenmemiş, bilgiler daha çok polis kayıtlarından alınmıştır .

Bu araştırmayı yapmaktaki amacımız; suç işlemiş ve şizofreni tanısı konmuş kişilerin işledikleri suçun tipi ( adam öldürme, adam yaralama v.b.), suçu nasıl işledikleri ve ( ateşli silahla, delici- kesici aletle) ve sahip oldukları kişilik özelliklerinin saptanmasına yönelik olmuştur.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 ŞİZOFRENİ

Şizofreni, işlevselliğin önemli derecede bozulduğu, duygu, düşünce ve davranış bozukluklarının görüldüğü psikotik semptomlarla belirlenen, nedenleri bilinmeyen bir bozukluktur. Kroniktir ve genellikle (1) prodromal dönem, (2) sanrı veya varsanılar ya da her ikisinin olduğu aktif dönem ve (3) bozukluğun olduğu rezidüel dönemlere ayrılır. 19. yüzyıldan kalma bir etkilenim ile halk arasında korku uyandıran ve "erken bunama" diye bilinen hastalık; genç yaşta başlayan, insanın kişilerarası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine özgü bir içe- kapanım dünyasında yaşadığı; düşünüş, duyuş ve davranışlarda önemli değişikliklerin görüldüğü psikozdur ( 34 ).

DSM-IV' te şizofreni en az altı ay süren bir hastalık olarak tanımlanır ve bir aylık dönem boyunca şunlardan iki (veya daha fazla) aktif dönem semptomlarını içerir: hezeyanlar, hallüsinasyonlar, deorganize konuşma, adamakıllı deorganize veya katatonik davranış ve negatif semptomlar ( 12 ).

Şizofreni genellikle 16-30 yaşlar arasında başlamaktadır. İnsanların söz konusu yaşlarda gelecek için sahip oldukları idealler ve o idealler için gereken alt yapıya verdikleri emekler göz önüne alınırsa " şizofreni gençliğin en ciddi hastalığıdır " tanımlaması yapılabilir. Şizofreni erişkenlerde de görülebilmektedir. Ancak genel bir kural olarak 35 yaşından sonra başlaması daha az, 40 yaş sonrasında ise çok küçük bir olasılıktır. Çok nadir olmasına rağmen, hastalık çocukluk çağında da başlayabilmektedir. Minimum yaş sınırı 5 olarak kabul edilir ( 23 ).

### 2.1.1 Tarihçe

Eskiçağ Sanskrit yazılarında ve Hipokrat okuluna bağlı Eski Yunan hekimlerinin yazılarında şizofrenik türde ruh sağlığının tanımlandığı bildirilmektedir. Orta Çağ Avrupa' sında şeytana tutulmuş diye bilinen ruh hastalarının önemli bir bölümü kuşkusuz şizofreniklerdi. 17. yüzyılda Willis' in, 18. yüzyılda Pinel'in bu hastalığı az çok tanıdıklarına ilişkin belirtiler vardır. 18. Yüzyılın başında İngiltere' de John Haslam ve George Man' in gençlik çağında başlayan endojen doğalı, içe kapanma, düşünce bozukluğu ile belirli olarak tanımladıkları ve bir ad veremedikleri bozukluğun adı şizofreni olabilir ( 34 ).

1852 yılında şizofreni ilk kez Belçikalı psikiyatr Benedict Morel tarafından “démence précoce” adı verilerek tanımlandı.1871 yılında Hecker “hepefreni” yi ve 1874 ' de Kahlbaum “katatoni”yi tanımlamıştır. 1896 yılında ise Alman Psikiyatr Emil Kraepelin ergenlikte başlayan ve demansla sonlanan bir grup hastalık için “dementia precox” terimini kullandı. Bu deyimde göre hastalıkta (1) erken başlama, (2) bunama olması gerekiyordu ( 34 ).

1911' de İsviçre'li psikiyatr Eugen Bleuler “şizofren” terimini önerdi. 1911' de yayınladığı “Dementia Praecox veya Şizofreniler Grubu” adlı kitabı ile yeni çığır açmış olan Bleuler, Kraepelin' in sandığı gibi hastalığın erken yaşlarda başlamasının ve bunama ile sonuçlanmasının bir şart olmadığını gösterdi. Bu hastalıkta kişinin ruhsal hayatındaki yarılmaya (schisme) önem vererek, hastalığa “schizophrenia”; yani zihin bölünmesi, yarılması adını önerdi ve zamanla bu terim kabul gördü ( 16, 34 ).

Hastalığın patogonomik belirti ve semptomları yoktur; bunun yerine karakteristik bulgular kümesi hastalığa tanıyı koydurur. Bugün DSM-IV' ün tanı ölçütleri kullanılır. Kraepelin, Bleuler ( 4A belirtisi) ve Kurt Schneider ( birinci sıra semptomları ) tarafından yapılan ölçütler kullanışlıdır; ancak DSM-IV ölçütleri en yaygın kabul gören ve kullanılandır ( 16, 17 ).

Emil Kraepelin: Farklı bir kognitif süreci ( demans ) vurgulayan bir terimi ve bozukluğun karakteristiği olan erken başlangıcı ( precox) ifade eden, Morel' in dementia precox terimini Latinceye çevirdi. Kraepelin, dementia precox'u manik-depressif psikozdan ve paranoyadan ayırdı. Dementia precox' lu hastalar Kraepelin'e göre; uzun süreli, giderek bozulan bir seyir ile hallüsinasyonlar ve hezeyanlar gibi olağan klinik semptomlar ile karakterize idiler.

Kraepelin, hastalarının yaklaşık %4'ünün tam düzeldiğini ve %13'ünün önemli düzelmeler gösterdiklerini kabul etti. Manik–depressif psikozlu hastalar, normal dönemlerin mevcudiyeti ile dementia precox' lu hastalardan ayırtedildiler. Paranoyalı hastalar, majör semptomları olarak ısrarlı perseküsyon hezeyanlarına sahiptiler, fakat dementia precox'un bozulan seyrine veya manik – depressif psikozun intermittent semptomlarına sahip değildiler ( 16, 34 ).

Eugen Bleuler: Eugen Bleuler, zihnin- aklın – yarılması anlamına gelen “ şizofreni ” terimini kullandı ve literatürdeki “ dementia precox ” yerine bu terimi koydu. Etkilenen hastalarda düşünce, emosyon ve davranış arasında bir parçalanmanın mevcudiyetini ifade etmek için bu terimi kavramlaştırdı. Bununla beraber yarılmış kişiliği ifade eden bu terim yanlış anlaşıldı. Yarılmış kişilik ( şimdi dissosiyatif kişilik bozukluğu ), başka dissosiyatif kişilik bozuklukları ile DSM- IV' de kategorize edilen tamamen farklı bir bozukluktur. Onun şizofreni kavramı ile Kraepelin' in dementia precox kavramı arasında Bleuler' in çizdiği asıl farklılık, dementia precox' daki gibi bozulan bir seyrin, şizofreni kavramında gerekli olmaması idi ( 2 ).

Bleuler' in kavramsallaştırılmasının bir etkisi de şizofreni tanısı için kavramsal kriterlere uyan hastaların sayısını arttırmak idi. DSM – III' ün takdiminden beri, ABD tanı sistemi, Bleuler'in “ şizofreni” tanımını kabul etmiş ve Kraepelin' in fikirlerine açıkça uymamıştır. Bleuler etkilenmiş kişilerin akıl yarılmaları ile ilgili teorisini daha fazla açıklamak için, özellikle gevşeme ve çağırışım bozuklukları ile karakterize olan düşünce bozukluğunu, şizofreninin spesifik ana ( ya da primer ) semptomlarını tanımlamak için kullanmıştır.

Başka ana semptomlar affeksiyon bozukluğu, otizm ve ambivalanstır. Böylece Bleuler' in 4 A' sı ; 1- Assosiasyon bozukluğu, 2- Affekt bozukluğu, 3- Otizm (autism) ve 4- Ambivalans' tan ibarettir, ayrıca 5- bilinç, yönelim ve hafızada temel bozukluğun olmasını gerekli görmüştür. Bleuler, hallüsinasyonları, hezeyanları ve hareket bozukluklarını içeren ikincil ( sekonder ) semptomları da tanımlamıştır ( 2, 16 ).

Gabriel Langfeldt: Majör psikotik semptomları olan hastaları ve gerçek şizofrenisi olan hastaları, gerçek şizofrenisi olanlar ve şizofreniform bozukluğu olanlar şeklinde iki gruba böldü. Kendisinin gerçek şizofreni tanımlamasında depersonalizasyon, otizm, emosyonel kütleşme, sinsi başlangıç ve derealizasyon duygularını vurguladı. Langfeld' in yazılarını izleyen literatürde gerçek şizofreni, aynı zamanda nukleer şizofreni, süreç şizofreni ve tekrarlamayan şizofreni olarak da ifade edildi ( 24 ).

Kurt Schneider: Şizofreni için spesifik olarak dikkate almadığı fakat tanı koymada pragmatik değere haiz olan, birçok ilk sıra semptom tanımladı. Schneider' in işaret ettiği, şizofreni, ikinci sıra ( second- rank ) semptomlara ve başka bir klinik görünüme dayanarak da teşhis edilebilir. O, bu semptomların katı şekilde uygulanmasını istemedi. İlk sıra semptomları göstermeyen bazı hastalarda şizofreni tanısının konulması gerektiği hakkında klinisyenleri uyardı. Maalesef bu uyarı sıklıkla ihmal edilmiştir ve tek bir görüşmede böyle semptomların olmayışı, bazen kişinin, şizofreniye sahip olmadığı bulgusu olarak alınmıştır.

Karl Jasper: Psikiyatrist ve filozof idi ve varoluşçu psikanalize önemli bir katkı yaptı. Psikopatolojiye, hiçbir sabit kavramsal çerçeve veya ana prensibin olmadığı fikri ile yaklaştı. Şizofreni hakkındaki bu teoride Jasper; subje ve obje, sebep ve etki, gerçek ve fantezi gibi geleneksel kavramlara bağlı kalmamayı tercih etti. Jasper' in psikiyatrik hastaların hezeyanlarının içeriğine ilgisi, bu felsefesini spesifik olarak geliştirmesine neden oldu ( 24, 34 ).



### 2.1.2 Epidemiyoloji

Şizofreni her türlü toplumda en sık görülen psikiyatrik hastalıklardandır. Fakat gerçek sıklığı hakkındaki veriler değişiklik göstermektedir. Yaygınlık ( prevalans ) oranları ülkeden ülkeye, araştırmadan araştırmaya büyük ayırım göstermektedir. ABD’ de şizofreninin hayat boyu yaygınlık oranının ( prevalansının ) ( belli bir zaman içinde bir popülasyondaki tüm vakaların sayısı) % 1’ den 1.5’ a kadar değiştiği bildirilmiştir. Sıklık ( insidens – belli bir zaman içinde belli bir hastalık için popülasyondaki yeni vakaların sayısı ) üzerine yapılan çalışma sonuçları binde 0.4 – 0.7 arasında değişmektedir. Tüm popülasyonun yaklaşık % 0.025 – 0.05’ i şizofreni için tedavi görmüştür. Tedavi edilen bu hastaların üçte ikisi hastaneye yatmayı gerektirmesine ve hastalığın ciddiyetine rağmen, tüm şizofrenik hastaların yaklaşık yarısı tedaviyi sürdürmektedir ( 2 ).

#### a.Yaş ve Cinsiyet

Şizofrenide erkek ve kadınlar arasında sıklık bakımından önemli bir fark görülmemektedir. Ancak her iki cinsiyet hastalığın başlangıç ve seyri bakımından farklılık gösterir. Şizofreni erkeklerde kadınlara göre daha erken başlar. Erkeklerde başlangıç yaşları 15-25, kadınlarda ise 25-30’ dur. Şizofreninin 10 yaşından önce ve 50 yaşından sonra başlaması oldukça nadirdir. Tüm erkek şizofrenik hastaların yarısından fazlası ve kadın hastaların sadece üçte biri ilk hastane yatışlarını 25 yaşından önce yapmaktadırlar. Şizofreni tedavisindeki hastaların yaklaşık % 90’ı 15 ila 50 yaşları arasındadır. Bazı çalışmalar, kadınlara göre erkeklerin, negatif semptomlarla daha fazla bozulduğunu ve kadınların, erkeklerden daha iyi sosyal fonksiyona sahip olduğunu göstermiştir. Genel olarak kadın şizofrenik hastaların seyri, erkek şizofrenik hastaların seyrinden daha iyidir ( 2, 20 ).

## **b. İntihar**

İntihar şizofrenik hastalar arasında yaygın bir ölüm sebebidir. Klinisyenler intiharı hâlâl psikotik bozukluklardan çok mizaç bozuklukları ile ilişkilendirmeye eğilimlidirler. Şizofrenili hastaların yaklaşık %50'si hayatlarında en az bir defa intihara teşebbüs etmektedir ve şizofrenik hastaların %10 –15'i intiharla ölmektedir. Erkek ve kadın hastalar eşit şekilde intihara teşebbüs ederler.

Şizofrenik kişiler arasında intihar için majör risk faktörleri; depresif semptomların mevcudiyeti, genç yaş ve yüksek premorbid fonksiyone etme düzeyini içerir. Bu grup, şizofrenik hastalar başka gruplardan daha çok, hastalıklarının yıkıcı öneminin farkına varabilir ve makul bir alternatif olarak intiharı görebilirler. Böyle hastalara tedavi yaklaşımları, depresyonunun farmakolojik tedavisini ve bir amaç doğrultusunda hastanın emellerine yardım edecek destek gruplarının kullanımını kapsayabilir ( 2, 20 ).

## **c. İlgili Madde Kullanımı ve Kötüye Kullanımı**

**Sigara İçme:** Tüm şizofrenik hastaların dörtte üçünden daha fazlasını sigara içtiği bildirilmiştir. Bir bütün olarak psikiyatrik hastaların yarısından daha azında bu durum söz konusudur. Sigara içme ile ilgili iyi bilinen sağlık risklerine ilaveten, sigara içme şizofrenik bir hastanın bakımının başka yönlerini etkilemektedir. Bazı çalışmalar, sigara içmenin, antipsikotik ilaçların yüksek dozlarının kullanımı ile ilgili olduğunu göstermiştir. Muhtemelen sigara içme, bu ilaçların metabolizma hızını artırmaktadır. Bununla beraber sigara içimi, muhtemelen dopamin nöronlarının nikotine bağımlı aktivasyonundan dolayı, antipsikotik ilaçla ilişkili parkonozizmde bir azalma meydana getirmektedir ( 2, 19 ).

**Madde Kötüye Kullanımı:** Şizofrenik hastalarda madde kötüye kullanımının önemi bilinmemesine rağmen şizofreni ve madde ile ilişkili bozukluklar sıklıkla birlikte görülmektedir. Şizofrenik hastaların yaklaşık % 30-50' si, alkol kötüye kullanımı veya alkol bağımlılığı tanı kriterlerine uymaktadır. En yaygın şekilde kullanılan iki madde; kannabis ( yaklaşık % 5-10 ) ve kokaindir ( yaklaşık % 5- 10 ). Hastalar; haz almak, depresyon ve anksiyetelerini azaltmak için bu maddeleri kullandıklarını bildirirler. Genellikle çoğu çalışma, şizofreni ve madde ile ilişkili bozuklukların birlikte görüldüğünü bildirmiştir. Bu aynı zamanda kötü prognoz göstericisidir ( 2, 20 ).

#### **d. Kültürel ve Sosyoekonomik Önemler**

Şizofreni tüm kültürlerde ve sosyoekonomik gruplarda tanımlanmıştır. Endüstrileşmiş uluslarda şizofrenik hastalar en çok düşük sosyoekonomik gruplarda görülür. Bu gözlem, etkilenmiş kişilerin, ya daha düşük bir sosyoekonomik grup içine düştüğü ya da hastalıktan dolayı düşük sosyoekonomik bir gruptan çıkamadığını gösteren, downward drift ( aşağı yuvarlanma) hipotezi ile açıklanmıştır.

Alternatif bir açıklama, düşük sosyoekonomik grupların üyeleri tarafından yaşanmış streslerin, şizofreninin gelişmesine katkıda bulunduğunu ileri süren, sosyal sebep olma hipotezidir. Sanayileşme stresinin şizofreniye sebep olduğu hipotezine ilave olarak, bazı araştırmacılar, göç stresinin, şizofreniye benzer bir duruma yol açabildiğini gösteren veriler sunmuşlardır. Bazı çalışmalar, yeni göç edenler arasında şizofreninin yüksek yaygınlığını bildirmektedir. Bu bulgu, şizofreninin sebebi ile ilgili olarak ani kültürel değişmeyi işe karıştırmıştır. Belki her iki hipotezle uyumlu olan, şizofreni yaygınlığının, teknolojik olarak ilerlemiş kültürlerle teması arttıkça, üçüncü dünya popülasyonları arasında artacak olduğu gözlemdir.

Şizofreni için sosyal bir sebebin savunucuları; hastaların içinde buldukları kültüre, mevcut sistemindeki sosyal ve aile desteklerine, mental hastalığın nasıl algılandığına bakarak söz konusu kültürlerin az ya da çok şizofrenejenik olup olmadığının anlaşılabilirliğini ileri sürmektedirler. Oldukça medenileşmiş batı toplumlarında şizofreni hastalarının, toplum ve aileler içinde bütünleştiği, buna karşılık az gelişmiş ülkelerde bu bütünleşme gerçekleşmemesine rağmen prognozun daha selim olduğu bildirilmiştir ( 2, 34, 40, 52 ).

### 2.1.3 Şizofrenide İmpulsiflik, İntihar Ve İnsan Öldürme:

Şizofreni hastaları ajite olabilirler ve hastalandıkları zaman pek az impuls kontrolüne sahiptirler. Örneğin, bir başka insanın sigarasını gasbettiklerinde, TV kanallarını aniden değiştirdiklerinde veya döşemenin üzerine besin attıklarında impulsif olabilirken, azalmış sosyal duyarlılığa sahip olabilirler. İntihar ve adam öldürme girişimleri dahil, bazı impulsif davranışlar hastaya eylem yapmasını emreden hallüsinasyonlara cevap olarak ortaya çıkar ( 20, 28 ).

#### a. İntihar:

Şizofrenik hastaların intiharı ile ilgili bir faktör, düz affekt veya ilaçla oluşmuş bir yan etki olarak yanlış teşhis edilen depresyondur. İntiharın diğer hızlandırıcıları; boşluk duyguları, mental acıdan kaçma ihtiyacı, hastaların kendilerini öldürmelerini emreden işitme hallüsinasyonlarını içerir. İntihar için risk faktörleri; hastanın hastalığının farkına varması, iyi bir eğitim yapma, erkek olma, genç yaş, hastalığın seyrinde bir değişme, bir nüksten sonraki iyileşme, hastaneye bağımlılık, aşırı hırslı olma, daha önceki intihar teşebbüsleri ve tek başına yaşamadır. İntihar girişimleri en fazla hastalığın başlangıç döneminde ve eğer ortaya çıkarsa postpsikotik depresyon döneminde yaşanır. Hastalar depresyon dönemlerinde ve emir veren hallüsinasyonlar işittikleri sırada ya da hiçbir neden olmadan “ impulsif ” bir biçimde intihar girişiminde bulunurlar ( 30, 31 ).

#### b. İnsan Öldürme:

Mevcut veriler, şizofrenik bir hastanın, genel popülasyondaki bir kişiye göre daha fazla adam öldürme girişiminde bulunmadıklarını göstermektedir. Şizofrenik bir hastanın adam öldürmeye girişmesi, hallüsinasyonlar veya hezeyanlara bağlı öngörülemeyen ya da bizar sebeplerden olabilir. Bu davranışın olası öngörücüleri; önceden yaşanmış bir şiddet hikayesi, hastanede yatarken tehlikeli davranış veya şiddet içeren hallüsinasyonlar ve delüzyonlardır. Bu bakımdan psikotik belirtileri kayboluncaya dek hastaların denetim altında tutulması gerekir ( 1, 27, 30 ).

c.Self Mutilasyon:

Bazı hastalar kendi gözünü oyma, gırtlakını, penisini kesme şeklinde kendilerine zarar verebilirler. Bu durumlara “Van Gogh Sendromu” adı verilmektedir. Şizofrenik hastaların genellikle kişiye, yere ve zamana karşı oriyantasyonları yerindedir. Oriyantasyon bozukluğu, klinisyeni, medikal yada nörolojik beyin bozukluğu olasılığını araştırmaya teşvik etmelidir. Bazı şizofrenik hastalar, oriyantasyonla ilgili sorulara yanlış veya garip cevaplar verebilirler. Hafıza, genellikle sağlamdır.

Klasik olarak şizofrenik hastalar, hastalıklarının natürü ve şiddeti ile ilgili olarak içgörüye sahip değildirler. İçgörü eksikliği, tedaviye kötü uyumla ilgilidir. Şizofrenik bir hasta muayene edildiğinde, klinisyen içgörünün değişik yönlerini dikkatli şekilde tanımlamalıdır (17).

### 2.1.4 Etyoloji

Şizofreninin tek bir hastalık olup olmadığı tartışılmasına rağmen, tanı kategorisi bir dereceye kadar benzer davranışsal semptomlarla kendini gösteren birçok bozukluğu içerebilir. Şizofreni muhtemelen heterojen sebepleri olan bir grup bozukluğunu içine almakta ve hastalığın klinik gösterilerinin, tedavi cevaplarının ve seyrinin değiştiği hastalıkları içermektedir ( 22 ).

Strese Yatkınlık Modeli: Biyolojik, psikososyal ve çevre faktörlerinin bütünleştirilmesi için bir modeldir. Bu model, bir kişinin, biraz stresli çevresel etkilere maruz kaldığında şizofreni semptomlarının gelişmesine izin veren spesifik yatkınlığa sahip olabildiğini kabul etmektedir. En genel strese yatkınlık modelinde yatkınlık veya stres, biyolojik veya çevresel ya da her ikisi de olabilir. Çevresel komponent ya biyolojik ( örneğin bir enfeksiyon ) ya da psikolojik ( örneğin stresli bir aile durumu veya yakın akrabasının ölümü ) olabilir ( 23 ).

Biyolojik faktörler: Şizofreninin sebebi bilinmiyor. Geçmiş on yılda limbik sistem, frontal korteks ve bazal ganglionları içeren araştırma sayısı artmış, beynin bazı alanlarının şizofrenide işe karıştığını göstermiştir. Şüphesiz bu üç alan birbiri ile bağlantılıdır. Bir alandaki bir disfonksiyon bir başka alandaki primer patoloji ile ilgili olabilir. İki araştırma, primer patoloji için potansiyel bir yer olarak limbik sistemin içine karıştırmıştır ve belki de şizofrenik hastaların çoğunluğunda böyle olmaktadır.

Anormalitenin ortaya çıkma temeli, anormal gelişmeye ( örneğin gelişme sırasında radial glial hücreler boyunca nöronların anormal göçü ) veya gelişmeden sonra nöronların dejenerasyonuna ( örneğin Huntington hastalığında görüldüğü gibi, anormal olarak erkenden programlanmış hücre ölümü) bağlı olabilir. Bununla beraber teoristler, monozigot ikizlerin % 50'lik bir diskordans oranına sahip oldukları gerçeği ile karşı karşıya kalmışlardır. Böylece çevre ile şizofreninin gelişmesi arasında etkileşim olduğu anlaşılmaktadır. Bu konuya alternatif açıklama; monozigot ikizler aynı genetik enformasyona sahip olmalarına rağmen, farklı yaşamlara maruz kaldıkları için gen ifadesinin (expression) düzenlemesinin farklı olduğudur. Farklı gen regülasyonları ile gen ifadesini düzenleyen faktörler şimdi anlaşılmaya başlanmıştır; örneğin monozigot ikizlerden biri buna sahipken, diğesinde bulunmamıştır ( 6, 32 ).

Genel araştırma prensipleri: Şizofreninin biyolojik olarak araştırılmasındaki en temel özellik, bir grup şizofrenik hastada, nonpsikiyatrik olan hasta kişilerde veya nonşizofrenik olan psikiyatrik hastalarda bazı biyojenik değişkeni ölçmektir. Bu ölçümlerin ortalamaları, şizofrenik grubun karşılaştırma grubundan farklı olup olmadığını saptamak için karşılaştırılır. Bu yaklaşım bazı uyarıları içermektedir. Bunlardan ilki, şizofrenik gruba gerçekten denk bir kontrol grubunu bulma güçlüğüdür. Çünkü şizofrenik grup, kontrol grubunun maruz kalmadığı ilaç tedavilerinden ve psikososyal durumlardan etkilenmiştir. İkincisi, bu yaklaşımı kullanarak bir farklılık saptandığında, farklılığın önemini bilmek güçtür. Böyle bir ana grupta farklılığın görülmesi, ölçümün şizofreni ile sebeysel olarak ilişkili olduğunu göstermez. Böyle bir biyolojik ölçümde farklılık, hastalık sürecinden ya da tedaviden dolayı olabilir.

Klinik nöroloji, DSM-IV' teki her tanının değişken olmasına karşın psikolojik durumlara ait tam bir alanı meydana getiren tek bir lezyon tipinin birçok örneğine sahiptir. Örneğin birçok hasta serebrovasküler bozukluğa sahiptir. Fakat bu hastalardan bazıları hiçbir psikolojik semptomla sahip değildir; bazıları depressif semptomlara sahiptir ve diğerleri ise mani yada psikoza sahiptir.

Bir başka örnek, tam anlamı ile nörolojik bir bozukluğa sınırlanabilen veya DSM-IV' deki her tanı ile ilgili olabilen, Huntington hastalığıdır. Buna mukabil beyinde tek bir spesifik anormalite birçok farklı sebebe sahip olabilir. Örneğin Parkinson hastalığı idiyomatik, enfeksiyöz ve toksik sebeplerle çıkabilir ( 14, 32 ).

**a-Biyolojik teorilerin entegrasyonu:** Şizofrenide işe karışmış esas beyin alanları limbik yapılar, frontal loblar ve bazal ganglionlardır. Entegratif mekanizma olarak talamus ve beyin sapının da ( beyin sapı ve orta beynin yükselen aminerjik nöronlar için primer lokalizasyonlar olmasından dolayı ) rolü vardır. Bununla beraber limbik sistemin önemli yere sahip olduğu artan şekilde anlaşılmaktadır. Örneğin şizofreni için diskordan olan ikizlerle yapılan bir çalışmada, hem MRI hem de bölgesel serebral kan akımı ölçümü sonuçları kullanılmıştır. Araştırmacılar, hemen hemen her etkilenmiş ikizin hipokampal alanının, etkilenmemiş ikizinkinden daha küçük olduğunu ve aynı zamanda etkilenmiş ikizin, psikolojik bir aktivasyon işlemi yaparken dorsolateral prefrontal korteksine kan akımında daha küçük bir artmaya sahip olduğunu tespit etmişlerdir. Bu çalışma iki anormalite arasında bir ilişki bulmuştur ( 20, 54 )

**b-Genetik:** Genetik yatkınlığın şizofrenide önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Şizofrenide genetik çalışmaları uzun yıllardan beri yapılmaktadır. 1930' larda yapılan genetik çalışmaları, ailenin başka üyelerinde de şizofreni varsa bir kişinin, şizofrenik olmasının mümkün olduğunu ve kişinin şizofrenik olma olasılığı akrabasının yakınlığı ile ( örneğin birinci derece ya da ikinci derece akraba) ilişkili olduğunu bulmuştur ( Tablo-I ). Monozigot ikizler en yüksek konkordans oranına sahiptirler. Evlat edinmiş monozigot ikizlerin çalışmaları, evlat edinen anne babalar tarafından yetiştirilen ikizlerin, onların biyolojik anne babaları tarafından büyütülmüş ikiz kardeşleri ile aynı oranda şizofreniye sahip olduklarını göstermektedir. Bu bulgu, genetik etkinin çevresel etkiden daha ağır bastığını göstermektedir.

Strese yatkınlık modelini destekleyen bir çalışma, daha sonra şizofrenik olan, evlat edinilmiş monozigot ikizlerin, psikolojik olarak bozulmuş aileler tarafından yetiştirilmiş olmalarının muhtemel olduğunu göstermiştir ( 23, 32, 54 ).



### 2.1.5 Şizofrenide Tam, Belirti Ve Semptomlar

Şizofreni, hastanın gözlenme ve betimlenmesine dayanan fenomolojik bir tanıdır.

İşlevsellikte genel bozulma. Hastanın işlevsellik düzeyi azalır ya da beklenen düzeye

ulaşamaz.

Anormal düşünce içeriği. Örneğin; sanrılar, alınma düşünceleri, içerik fakirliği.

Mantık dışı düşünce biçimi. Örneğin; çağrışımın raydan çıkması, çağrışımlarda gevşeme, enkoherans, sirkumstansiyalite, tanjanyalite, aşırı kapsamlı düşünce, neolojizm, lokaj, ekolali ( hepsi düşünce bozukluğu kapsamında yer alır).

Algı bozukluğu. Örneğin varsanılar: görsel, koku, dokunma ve en sık olarak işitsel.

Duygulanım değişikliği. Örneğin; düz, künt, şaşkın, labil, uygunsuz.

Kendilik duygusunda bozulma. Örneğin; benlik sınırlarının kaybı, cinsel karmaşa, dış

gerçekliği içten ayırt edememe.

İrade değişikliği. Örneğin yetersiz dürtü veya güdülenme ve belirgin ambivalans.

Kişilerarası işlevsellikte bozulma. Örneğin; sosyal çekilme ve emosyonel ilgisizlik, saldırganlık, cinsel uyumsuzluk.

Psikomotor davranış değişikliği. Örneğin; ajitasyona karşı içe kapanma, grimas, postür

alma, ritüeller, katatoni.

Duyum. Örneğin; zaman , yer ve kişiye yönelim ve somutlaştırma (12).

a. DSM – IV Tanı Ölçütleri

Karakteristik semptomlar: Bir aylık bir dönem boyunca ( başarıyla tedavi edilmişse

daha kısa bir süre ) ve bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin ( ya da daha fazlasının ) bulunması:

hezeyanlar ( sanrılar)

hallüsinasyonlar ( varsanılar)

deorganize ( karmakarışık) konuşma ( Örn: Çağrışımlarda dağınıklık[sık sık konu dışı sapmalar gösterme] ya da enkoherans )

ileri derecede deorganize ya da katatonik davranış

negatif semptomlar, yani affektif donukluk ( tekdüzelik), aloji ( konuşamazlık) ya da avolasyon

Not : Hezeyanlar bizar ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranışları ve düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki veya daha fazla sesin birbiriyle / birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A Tanı Ölçütünden sadece bir semptomun bulunması yeterlidir.

Toplumsal / meslek işlev bozukluğu: İş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri hayatın önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır ( başlangıcı çocukluk yada ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişilerarası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir).

Süre: Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az altı ay süreyle kalıcı olur. Bu altı aylık süre, en az bir ay süreyle ( başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A Tanı Ölçütünü karşılayan semptomları kapsamalıdır; prodromal ya da rezidüel semptomların bulunduğu dönemleri de kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif semptomlarla ya da A Tanı Ölçütünde sıralanan ki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçimleriyle ( örn. acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.

Şizoaffektif Bozukluğun ve Duygudurum Bozukluğunun dışlanması: Şizoaffektif Bozukluk ve Psikotik Özellikler Gösteren Duygudurum Bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya (1) aktif – evre semptomları ile birlikte aynı zamanda Majör Depressif, Manik ya da Mikst Epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da (2) aktif -evre semptomları sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

Madde kullanımının / genel tıbbi durumun dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin ( Örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

Bir Yaygın Gelişimsel Bozuklukla olan ilişkisi: Otistik Bozukluk ya da diğer bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk öyküsü varsa ve en az bir ay süreyle de ( başarı ile tedavi edilmişse daha kısa bir süre ) belirgin hezeyan ya da halüsinasyonlar da varsa Şizofreni ek tanısı konabilir ( 2, 12, 19, 48, 49 ).

## b.Şizofreni Alt Tipleri

### 1.Paranoid Tip

Aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılandığı Şizofreni tipi:

Bir ya da birden fazla hezeyan ya da sıklıkla işitme halüsnasyonların olması .

Şunlardan hiçbirinin bulunmaması: Deorganize konuşma, deorganize ya da katatonik davranış, donuk ya da uygunsuz affekt.

### 2.Deorganize Tip

Aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılandığı Şizofreni tipi :

Aşağıdakilerden hepsi belirgindir:

deorganize konuşma

deorganize davranış

donuk ya da uygunsuz affekt

Katatonik Tip için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

### 3.Katatonik Tip

Aşağıdakilerden en az ikisinin klinik görünümüne egemen olduğu Şizofreni tipi :

(1) katalepsi ( balmumu eksikliği de içinde olmak üzere ) ya da stupor ile belirlendiği üzere motor hareketsizlik

(2) aşırı motor aktivite ( açıkça amaçsız ve dış uyaranlardan etkilenmeyen )

(3)Aşırı negativizm ( hareket ettirmeye yönelik tüm yönermelere açıkça amaçsız bir direnç gösterme ya da hareket ettirmeye yönelik girişimlere karşı rijid [katı] postürü sürdürme) ya da mutizm

(4) Postür alma ( istemli olarak uygunsuz ya da bizar postürler alma ), basmakalıp hareketler, belirgin mannerizmler ya da belirgin grimasın olması ile belirlendiği üzere istemli davranışlarda acayipliklerin olması ekolali ya da ekopraksi

#### 4.Farklılaşmamış ( Diferansiye Olmamış ) Tip

A Tanı Ölçütünün karşılandığı semptomların olduğu Şizofreni tipi , ancak bu tanı ölçütleri Paranoid , Deorganize ya da Katatonik Tipin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

#### 5.Rezidüel Tip

Aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılandığı Şizofreni Tipi:

Belirgin hezeyanlar, hallüsinasyonlar, deorganize konuşma ve ileri derecede deorganize ya da katatonik davranışın olmaması. Negatif semptomların ya da A tanı Ölçütlerinde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçiminin ( örn. acayip inanışlar, olağandışı algısal davranışlar ) varlığı ile belirlendiği üzere bu bozukluğun sürdüğüne ilişkin kanıtlar vardır.

#### 6.Şizofreni İçin Uzunlamasına Gidişin Sınıflandırılması

Aktif - evre semptomlarının başlangıcından en az 1 yıl geçtikten sonra bu belirleyiciler uygulanabilir:

*Epizodlar Arasında Rezidüel Semptomlar gösteren Epizodik:* Hastalığın gidişi, Şizofreninin A Tanı ölçütünün karşılandığı epizodlarla belirli ise ve epizodlar arasında klinik açıdan belirgin rezidüel semptomlar varsa, bu belirleyici uygulanır. Bu rezidüel dönemler sırasında belirgin negatif semptomlar varsa Belirgin Negatif Semptomlar Gösteren tanımlanması eklenebilir.

*Epizodlar arasında Rezidüel Semptomlar Olmadan Epizodik:* Hastalığın gidişi, Şizofreninin A Tanı ölçütünün karşılandığı epizodlarla belirli ise ve epizodlar arasında klinik açıdan belirgin rezidüel semptomlar yoksa bu belirleyici uygulanır.

*Sürekli:* Hastalığın bütün gidişi sırasında A tanı Ölçütünün karakteristik semptomları karşılanıyorsa bu belirleyici uygulanır. Belirgin negatif semptomlar da varsa Belirgin Negatif Semptomlar Gösteren tanımlanması eklenebilir.

*Geçirilmiş Tek Epizodik Kısmi Remisyonda:* Şizofreni için A tanı ölçütünün karşılandığı tek bir epizod geçirilmiş ve klinik açıdan önemli rezidüel semptomlar kısmen kalmışsa bu belirleyici uygulanır. Bu rezidüel semptomlar belirgin negatif semptomlarsa Belirgin Negatif Semptomlar Gösteren tanımlanması eklenebilir.

*Geçirilmiş Tek Epizod Tam Remisyonda:* Şizofreni için A Tanı ölçütünün karşılandığı tek bir epizod geçirilmiş ve klinik açıdan önemli rezidüel rezidüel semptomlar kalmamışsa bu belirleyici uygulanır.

*Diğer ya da Belirlenmemiş Bir Örüntü:* Başka bir belirlenmemiş bir hastalık gidişi örüntüsü olmuşsa bu belirleyici uygulanır ( 12 ).

### c. Şizofreninin Başka Alt Tipleri

Şizofreniyi alt tiplere ayırma uzun bir geçmişe sahiptir ve başka alt tiplere taslakları, özellikle ABD' den başka ülkelerden gelen literatürde bulunabilir. Bu tiplerden bazıları geç başlangıçlı, çocukluk ve süreç ( process ) şizofreni gibi isimler alırlar. *Geç başlangıçlı şizofreni* genellikle 45 yaşından sonra başlayan şizofreni olarak tanımlanır. *Süreç Şizofreni* özellikle zayıflatıcı ve bozulma gösteren bir seyre sahip olan şizofreni anlamına gelir.

**1. Bouffee Delirante ( Acute Delusional Psychosis ):** Bu Fransız tanı kavramı, esas olarak üç aydan daha az olan bir semptom süresine dayanarak şizofreniden ayrılmaktadır. Tanı, DSM- IV şizofreniform bozukluk tanısına benzerdir. Fransız klinisyenler, bir *bouffee delirante* tanısı olan hastaların yaklaşık % 40' ının, hastalıklarında ilerleme gösterdiklerini ve eninde sonunda şizofreni olarak sınıflandıklarını bildirmektedirler.

**2.Latent Şizofreni:** Bu kavram, şizofreninin geniş tanı kavramının oluştuğu zaman ortaya çıkmıştır. Bugün bir şizofreni tanısına hak kazanmak için mental olarak çok hasta olmak gereklidir. Bu geniş şizofreni kavramı içerisinde, bugün ciddi olarak hasta görünmeyen hastalar, şizofrenisi tanısı alabilir. Latent şizofreni, şimdi şizoid ve şizotipal kişilik bozuklukları olan hastalar için kullanılan tanı olmuştur. Bu hastalar bazen tuhaf davranışlar ve düşünce bozuklukları gösterebilir fakat sürekli olarak belirgin psikotik semptomlar göstermezler.

**3.Orneid Şizofreni:** Bu terim Yunanca “ düş ” anlamına gelen “oneiros” kelimesinden köken alır. Oneiroid durum, hastanın, derin şekilde şaşkın olabildiği ve zaman ve yere tam olarak yönelemediği rüyaya benzer bir durumdur. “Oneiroid şizofrenik” terimi, gerçek dünya ile ilgilenmeyi bırakarak özellikle hallüsinatuvar yaşantıları ile meşgul olan şizofrenik hastalar için kullanılmıştır. Böyle bir durum mevcut olduğunda klinisyen, semptomların medikal veya nörolojik bir sebebini araştırmak bakımından özellikle dikkatli olmalıdır. Tedavi planı ve prognoz yönünden özelliği yoktur.

**4.Parafrenia:** Bu terim bazen “paranoid şizofreni” ye eş anlamlı olarak kullanılır. Başka kullanımlarda terim, ya hastalığın progressif şekilde bozulan seyri ya da iyi sistematize bir hezeyan sisteminin mevcudiyeti için kullanılır. Terimin değişik anlamları, bilgi iletişimde onu çok faydalı kılmamaktadır.

**5.Psödonörotik Şizofreni:** Bazen, başlangıç olarak anksiyete, fobiler, obsesyonlar ve kompulsiyonlar gibi semptomları gösteren hastalar, daha sonra düşünce bozukluğu ve psikoz semptomları gösterirler. Bu hastalar, panaksiyete, panfobia, panambivalans ve bazen kaotik bir seksüalite semptomları ile karakterizedirler. Anksiyete bozukluğundan rahatsız olan hastalara benzemeyerek, bu hastalar, açık sıkıntı (free- floating) şeklinde ve hemen hemen hiç yatışmayan anksiyeteye sahiptirler. Hastalar, klinik tanımlamalarında nadiren açık ve ciddi şekilde psikotik olmaktadır.

**6.Basit Şizofreni:** Latent şizofrenide olduğu gibi,“ basit şizofreni” terimi de şizofreninin, geniş tanı kavramına sahip olduğu dönem sırasında kullanılmıştır. Yeterli veri olmadığı için DSM sistemine kabul edilmeyen, DSM-IV ekinde “Basit Yozlaştırıcı Bozukluk” adı altında yer almış olan basit şizofreni, sinsi şekilde giderek artan ilgisizlik ve isteksizliğin ön planda olduğu bir tablodur. Bu bozukluğu olan hastalar, genellikle açıkça psikotik değildirler ve ısrarlı hezeyan ve hallüsinasyon yaşamazlar. Primer semptom hastanın sosyal ve iş ile ilişkili durumlardan kendini çekmesidir. Sendrom; depresyon, bir fobi, bir demans veya kişilik özelliklerinin bir abartmasını yansıtabilir. Klinisyen, bu tanıyı koymadan önce hastanın, şizofreni tanı kriterlerine gerçekten uyduğuna emin olmalıdır ( 8, 9,10, 21 ).



### 2.1.6 Şizofrenide Psikososyal Faktörler

Şizofreninin biyolojisi, etkili ve güvenli farmakolojik tedavilerin takdimi bakımından hızlı gelişen anlayış, şizofrenili hastayı etkileyen bireysel, ailevi ve sosyal sorunların anlaşılması için önemli bir ihtiyacı daha fazla vurgulamıştır. Şizofreni bir beyin hastalığı ise, myokart enfarktüsü ve diabet gibi seyirleri psikososyal stresle etkileniyorsa, başka organ hastalıklarına da benzemesi muhtemeldir. Şizofreni, aynı zamanda tek başına ilaç tedavisinin, maksimum klinik düzelme elde etmek için nadiren yeterli olduğu, örneğin kronik konestif akciğer hastalığı gibi başka kronik hastalıklara da benzer. Böylece klinisyen, şizofreniyi etkileyen psikososyal faktörleri dikkate almalıdır ( 27 ).

a. Psikanalitik Teoriler: Sigmund Freud daha çok psikonevrozlarla uğraşmıştır. Şizofreninin, nörozların gelişmesini oluşturanlardan daha erken ortaya çıkan gelişmedeki fiksasyonlardan meydana geldiğini ve aynı zamanda şizofrenik semptomlara katkıda bulunan bir ego defektinin varlığını da kabul etmiştir. Psikanalitik teoriye göre, şizofrenide ruhsal ya da organik nedenlerle libido gelişmesi narsistik bir düzeyde saplanıp kalır. Yaşamın sonraki dönemlerinde değişik stresler ile ego bu ilkel düzeye geriler ve libido, nesnelere geri çekilerek benliğin kendisine yatırılır ( sekonder narsisizm). Yani libido cinsel enerjinin dinamik belirtisi olarak tanımlanır. Normal gelişmede, ilk çocukluk dönemlerinde bu enerji, çocuğun kendisinde, kendi benliğinde ve bedeninde tutulmaktadır. Buna *primer narsisizm* denir. Çocuk büyüdükçe ve çevreyle ilişkileri arttıkça libido giderek çevredeki nesnelere yatırılır ve böylece gerçek nesne ilişkileri gelişir. Çevredeki nesnelere yatırılan ilgi, bağlılık ve sevgiye, *nesne libidosu* adı verilir. Fakat her zaman için bir miktar primer narsisizm durumu da kalır. Yani kişi kendisini de sever. Ancak bu, nesne ilişkilerinin gelişmesine engel değildir. Şizofrenide ise nesne libidosu geri bedene, benliğe çekilir ve böylece dış dünya ilişkileri azalır. Hasta ileri derecede narsistik duruma girer.

Sanki gene küçük bir çocuk gibi olur. Nesne libidosunun, bir başka deyimle, dışarıdaki nesnelere yatırılmış ilgilerin ve yatırımın geri bedene çevrilmesi ( sekonder narsisizm) durumu şizofrenik hastaların kendi bedenleri ile aşırı uğraşmalarında ( hipokondriazis) ve otizm gibi belirtilerde görünür.

Bu gerileme durumu çocukluktan başlayarak temel güven duygusunun sağlanamaması, sürekli düş kırıklıkları ve kişiler arası ilişkilerin bozukluğu yüzünden olabilir. Genellikle psikanalistler de şizofrenide doğuştan yapısal bir yatkınlığın, bir ego zayıflığının ve primer narsistik duruma bir kolayca gerileyebilme eğiliminin olduğunu kabul ederler. Böyle bir zeminde çevre ilişkilerinde küçük büyük incinmeler, bu gerileme eğilimini kamçırlar. Buna göre içe kapanma ve başka belirtiler bir çeşit savunma ve uyum biçimidir ( 16, 37, 39 ).

b. Aile Teorileri: *T. Lidz*, şizofrenik ailelerde önemli yarıma ve bozulmalar olduğunu, şizofrenik çocuklara ailelerince özel bir önem verildiğini ileri sürmüştür. Lidz' e göre, anne- babadan biri çok aşırı baskın ve saldırgan, öbürü de ileri derecede bağımlı, edilgendir. Aile yarımasında ana- babadan biri öbüründen destek ve doyum bulamamakta; bu yüzden doyum ve destek için çocuğa yönelmektedir. *Bateson, Jackson ve Haley* şizofreni etyolojisinde “ *ikili çıkmaz* ” ( double bind ) teorisini ortaya attılar. Buna göre çocuk, aile içinde uzun yıllar birbirine çelişkili mesajlar ile karşılaşmakta ve çıkmaza girmektedir. Giderek bu iletilere aldırılmamayı öğrenerek kendine özgü acayip bir anlayış ve iletişim biçimi oluşturmaktadır. *Wynne*, şizofreniklerin aileleri içinde yalancı sevgi ve yalancı birlikteliğin ( pseudo-mutuality ) önemini vurgulamaktadır. Artık spesifik bir etken, spesifik bir patojenik aile teorilerinin yalnız başına geçerli olmadığı anlaşılmıştır. Fakat ailede ağır bozukluğun, uzun süreli stresin hastalığın iyileşmesinde, uzun sürmesinde, nöbetlerin ortaya çıkmasında büyük rol oynayabileceğini biliyoruz.

Şizofreni etyolojisinde şizofrenojenik anne ya da şizofrenojenik aile görüşlerinin geçerli olmadığı anlaşılmıştır. Ancak hastalığın gidişinde ve tedavisinde aile içinde duygusal ortamın çok önemli olabileceği görülmektedir. Son yıllarda aile içinde duygu dışavurumu ( *expressed emotions* ) üzerinde yapılan araştırmalarda yüksek duygu dışavurumu gösteren ailelerde hastalığın tekrarlama hızı ve sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Bu aileler daha eleştirici, hastaya daha çok düşkün ve karışan ailelerdir. Duygu dışavurumunun azaltılabilmesi oranında hastalığın tekrarlama sıklığı ve hızı azalmaktadır ( 16, 52, 53 ).

### 2.1.7 Şizofreninin Psikanalitik Teorisi

Şizofrenik fenomenlerin çeşitliliği bunların anlaşılmasını güçleştirir. Zaman zaman bu fenomenlerin anlaşılmasını sağlayacak bir yönelimin olanaklı olup olmadığı ve çeşitli şizofrenik fenomenlerin gerçekten ortak bir yönü bulunup bulunmadığı konusunda kuşkuya düşülmüştür. Şizofreni etiketi o denli farklı şeylere uygulanmıştır ki, prognoz yönünden bir değeri kalmamıştır. Hastalık dönemlerinden önce ve sonra tamamen normal olan kimselerde “ şizofrenik epizodlar ” olduğu gibi, kalıcı bir demansla sonlanan ciddi psikozlar da vardır. Bundan dolayı bazen “ Şizofrenik epizodlar ” la habis “psikoz süreçleri” arasında bir ayırım yapılmıştır. Kuşkusuz “ şizofreni ” belli bir nozolojik antite değildir, daha çok bütün bir hastalıklar grubunu kapsamaktadır. Bütün grubu tek bir formüle sokmak güç olmakla birlikte, bu grup bazı ortak özelliklerle karakterizedir. Ortak yönler, semptomların yabancı ve garip niteliğini, duyguların ve entellektüel fikirlerin tutarsızlığı ve önceden kestirilemezliğini ve fikirlerle duygular arasındaki açık uyumsuzluğu kapsar ( 15 ).

Freud. Bütün şizofrenik fenomenleri temel regresyon kavramı çevresinde toplayarak, şizofrenik mekanizmaları nevrotik semptom oluşumu kuramıyla uygunluk haline getirmeyi başarmıştır. Böyle bir gruplandırma, bu regresyonun somatojenik veya psikojenik kaynaklı mı olduğu konusunda bir yargı getirmez. Farklı vakalarda regresyonun nedenleri ve yaygınlığı farklı olabilir, fakat hepsinde çok derin bir regresyon söz konusudur. Nevrozlardaki herhangi bir regresyondan çok daha erken dönemlere kadar, özellikle ego'nun ilk kez ortaya çıktığı çağa kadar uzanır. Kişi şizofrenik narsisizme regresse olmuştur, şizofrenik objelerini yitirmiştir, şizofreniğin ego'su yıkılmıştır.

Birçok fenomenler şizofreni'nin diğer nevrozlardan temelden farklı bir şey olduğunu gösteriyor gibidir; ancak yine de ortak özellikleri vardır. Şu halde öğrenilmesi gereken şey, bu farklılıkların prensipte benzer süreçlerin derinliği ve ağırlığındaki bir farka mı bağlı olduğu, yoksa şizofreni ve nevrozların, herbiri farklı patoloji yasalarına boyun eğen, tamamen farklı etyolojileri mi olduğudur.

Şizofrenik davranışın mantık dışı niteliği, hastanın duygularını onunla birlikte hissetmemizi olanaksız kılar gibi görünse bile, bir kimse haklı olarak şizofrenik düşünceyle nevrotik veya normal mantalite arasındaki bu ayrılığı psikolojik terimler içinde anlamaya çalışabilir ve şizofreni etiyolojisinin temelde somatik olduğu kanıtlanırsa bile; heterojen bir şekilde ortaya çıkan bu mental çözümlemenin psikolojik yönlerini incelemek yine de önemli olacaktır. Bu alandaki araştırmalara psikanalizin katkıları, genel şizofreni kuramının ancak bir bölümünü oluşturabilir.

Bugün şizofreni, psikanalitik yönden yeterince anlaşılmış ve diğer nevrozlardan ayırt edilmiştir. Ancak bu ayırım, belirleyici de olsa, somatik etyolojik faktörlerin oynadığı rolün, prensipte nevrozlardakinden farklı olmadığı düşüncesine engel değildir. Şizofrenideki, ego'nun temel fonksiyonu olan gerçeği değerlendirme'nin ani çöküşü ve kişiliğin sürekliliğinde ciddi bir kopukluğa varan "ego'nun çözülmesi "; benzer şekilde ego'nun henüz kurulmamış olduğu veya tam kuruluş halinde bulunduğu çağa bir dönüş olarak yorumlanabilir.

Bazı şizofreni semptomları, ego'nun regresif bir yıkılışının ve mental gelişim boyunca kazanılmış farklılaşmaların yitmesinin ( bir ilkelleşme ) doğrudan belirtileridir. Diğer semptomlar ise onarım çabalarıdır. Birinci grupta dış dünyanın yıkım fantazileri, fizik duyular, depersonalizasyon, büyüklük delirileri, arkaik düşünce ve konuşma, hebefrenik ve bazı katatonik semptomlar gibi fenomenler bulunur. İkinci grup halüsinasyonları, deliriumları, şizofrenik sosyal tutum ve konuşma özelliklerinin çoğunu ve diğer katatonik semptomları kapsar ( 15, 53 ).

#### *a.Şizofrenide Regresyon Semptomları*

Objekt ilişkilerinin yitmesinin içrek olarak algılanması, Freud' a göre, şizofrenin erken dönemlerinde sık rastlanan bir fantaziye yol açar: *Dünyanın sonunun geldiği fantezisi*. Böyle bir duygu hisseden hastalar, bir anlamda haklıdırlar; çünkü onlar bununla ilgilenirken bir obje dünyası gerçekten yıkılmaktadır. Bazen dünyanın yalnız bir bölümü varlığını yitirmiş gibi hissedilir. Örneğin, bir kimsenin öldüğü şeklindeki deliran inanç, bu kimseyle olan libidinal bağıntının geri alınmış olmasının, intrapsişik olarak algılandığını belirtir.

Dünya libidoyla donatıldığı sürece, canlı ve anlamlı olarak hissedilir. Bir şizofrenik, dünyanın " boş ", " anlamsız ", " monoton " göründüğünü, bir şeylerin değişmiş gibi olduğunu, kişilerin uçucu imgeler gibi olduğundan yakındığında ve kendisini bu yeni dünyada şaşkın ve terkedilmiş hissettiğini söylediğinde, libidosunun objelerden geri çekildiğini yansıtmaktadır. Depersonalizasyon daha yerel bir biçimde ve katatonik stupor, daha tam ve şiddetli olarak aynı şeyi belirtirler.

Şizofrenikler objelere ilgi gösterme oyunu oynar, bu ilgi zaman zaman o derece fazladır ki, ziyaretçi birden, hastanın şehvetli, şefkatli veya düşmanca transferans eylemlerinin objesi haline gelebilir. Ancak varsayılan zıtlığı ortadan kaldıran yine bu düzensiz ve şiddetli tepkilerdir; çünkü transferans eylemlerinin uçucu ve güvenilmez nitelikte oluşu, narsistik bir dönemi yaşayan ve nesnel dünya ile yeniden ilişki kurmaya çalışan bu hastaların, bunda ancak ani ataklar halinde ve kısa bir süre için başarı kazanabildikleri izlenimini doğurur. Objelere karşı bu davranış tipleri, "onarım" semptomlarının bir bölümüdür.

Bazı şizofrenik semptomlar, objelerin yitirilmesinin maksatlı oluştuğunu ortaya koyar. Bir mütizm, yalnız hastanın artık nesnel dünyayla hiçbir ilgisi kalmadığını belirtmekle kalmaz, aynı zamanda bir miktar düşmanca karşıtlık da içerir. Negativizm semptomlarında dış dünyaya duyulan duygular açık bir anlatım bulur ( 15 ).

#### *b.Vücut Duyumları Ve Depersonalizasyon*

Bir çok şizofreni, karakteristik hipokondriyak duyumlarla başlar. Organların enerji yükünün, objelerdeki enerji yükleri pahasına kazanıldığını ileri süren hipokondri kuramı, bu erken belirtinin anlaşılmasını sağlar. Şizofrenik sürecin başlangıcı, narsisizme bir regresyondur. Bu regresyon, vücudun "libido tonus" unda bir artmayla birlikte olur ( ya tüm vücutta, ya da kişinin geçmiş yaşantılarına bağlı olarak bazı organlarda ) ve bu artış hipokondriyak duyumlar biçimde kendini hissettirir.

Freud, ego'nun öncelikle gövdeyle ilgili bir şey, yani kendi vücudunun algılanması olduğunu belirtmiştir. "Vücudun imajı", ego' nun çekirdeğidir. Şizofreninin başlangıcındaki hipokondriyak duyumlar, ego'nun regresif değişimiyle bu çekirdeğin değiştiğini ve yeniden ortaya çıktığını gösterir.

Başlangıç halindeki şizofrenide görülen vücut semptomlarının, şiddetli duyular niteliğinde olması zorunlu değildir. Çoğu kez, tüm duyuların yitmesi duygusundan oluşmaktadır. Bazı organlar ve vücut bölgeleri veya tüm vücut, artık kişiye ait değilmiş gibi, ya da hiç değilse olağan durumlarında değilmiş gibi algılanır. Bu da, aynı libidinal değişikliğe dayanarak açıklanabilir.

Normal vücut duygusunun bilinçten yitmesi, ille de söz konusu organdan buna karşılık olan bir libido miktarının da çekildiği anlamına gelmez; daha çok bu organın şiddetli bir karşıt enerji yükü ile gizlenen, büyük bir libido enerjisiyle yüklenmiş olduğunu belirtir. Tausk, böyle bir vücudun yabancılaşması döneminin, genellikle daha eski bir hipokondriyak dönemi izlediğini belirtmiştir. Enerjinin objeden çekilmesi, organın enerji yükünü arttırır, bu da önce hipokondriyak duyular biçiminde algılanır; ancak ego daha sonra karşıt enerji yükleri aracılığıyla bu duyuları önler; bunun sonucu da yabancılaşmadır. Vücut duyularının hem artması, hem de azalması zorunlu olarak hastanın vücut imajını değiştirir ve kendini yabancı hissetmesine yol açar. Vücut imajının garip değişikliklerini, bunların altında gizlenen mental çatışmalar belirlemektedir; bu nedenle analiz için başlangıç noktası olarak bu değişiklikler ele alınabilir. Yabancılaşma dönemlerinde, vücudun artan enerji yüklerine savunucu tepkilerle karşı konulmaktadır; depersonalizasyonda mental süreçlerin narsisistik enerji yüklerinin artması, aynı tepkiyle karşılanır. Depersonalizasyonda aşırı enerji yüklenmiş duygular veya kavramlar repress edilmiştir.

Hasta kendisini gözleyerek, tıpkı bir kimsenin dilinin ucundaki unutulmuş bir ismin yokluğunun farkında olması gibi, tüm duygularının eksikliğini farkeder. Yabancılaşma ve depersonalizasyon yaşantıları, özel bir savunma tipine, yani kişinin narsisizmin daha önceden artmasıyla değişmiş ve şiddetlenmiş bulunan kendi duygularına karşı karşıt enerji yükleri çıkarmasına bağlıdır. Narsisizmin bu artışını, ego hoşnutsuzluk verici olarak algılar ve dolayısıyla ona karşı savunucu tedbirler alır. Bu savunma tedbirleri bazen libidonun tepkisel olarak geri çekilmesi şeklindedir; ancak genellikle bir karşıt enerji yatırımıyla kurulurlar. Artmış iç gözlem ve unutulmuş bir isim gibi, duyuların eksikliğinin hâlâ devam ettiği duygusu, bu karşıt enerji yükü yatırımının klinik belirtileridir.

Schilder, “ Depersonalizasyona uğramış kimselerin duygulardan yoksun olmadıklarını; hastaların sadece kendi yaşantılarına karşı içeriden bir karşıtlığın doğduğunu algıladıklarını ” ileri sürer; atmış bir iç gözlem, bu karşıtlığın açık bir anlatımdır; öyle ki, “ depersonalizasyonda iki çatışma yönü buluruz ” yani; vücut duyuları, duyguları yönünde ve ona karşıt olan yönler. “ Depersonalizasyona en çok konu olan organ, narsistik enerji yüklerini taşıyan organdır ” ( 15, 39 ).

### *c.Büyüklik Duyguları*

Enerji yükü yatırımının objelerden ego' ya çekilmesi, kendisini ille de bir depersonalizasyon olarak göstermez. Narsistik artış, her zaman önlenmez; bazı koşullarda hasta ego'sunun büyük ve hoş bir kabarması olarak kendisini hissettirir. Objeye reprezentasyonlarının ve ego'nun ani olarak enerji yüküne boğulması, bir tür manik duruma ve esrik yaşantıya neden olabilir. Şizofrenik hastaların kavramları ve sözcükleri kullanma biçimi her zaman düzensiz değildir. Gerçekte düşüncelerinde belirli bir düzen vardır, ancak bu bizim “ normal ” mantık kurallarımıza uymaz. Şizofreni hastasındaki mantığın işleyişine; ilkel ve majik düşünce hakimdir; yani nevrotilerde, küçük çocuklarda, yorgunluk hallerindeki insanlarda bazen de normal kimselerin bilinç dışında “ öncü ” düşünce olarak rastladığımız bir düşünce biçimidir. Bu, arkaik bir düşünce biçimidir. Şizofrenik düşünce, normal düşünceye oranla daha somut ve etkindir; gerçekçi soyutlamalar yapamaz, gelecek eylemlere hazırlanmaktan çok bu eylemin sembolik bir eş değeri olur. Psikotik olmayan kimselerde de bu düşünce tipi bilinç dışında hala etkindir. Bundan dolayı şizofrenide “ bilinç dışının bilinç haline geldiği ” izlenimi doğar. “ Primer süreç ” ve arkaik düşünce biçimleri yeniden ön plana geçtiği için, şizofrenikler bu mekanizmalara hiç de yabancılaşmazlar. Örneğin şizofrenikler sembolizm konusunda sezgisel bir anlayış gösterirler. Analizde nevrotiler, sembollerini yorumlamayı güçlükle kabul ettikleri halde, şizofrenikler bunu kendiliğinden ve doğal bir şey olarak yaparlar. Sembolik düşünce onlar için sadece deformasyon yöntemi değil, gerçekten onların arkaik düşünce biçimidir. Fikirlerin içeriği açısından da, şizofrenikler diğer kimselerin derin bir şekilde repress ettikleri fikirleri, örneğin odipus kompleksini serbestçe anlatırlar. Bu durum, şizofrenik ego'nun bilince çıkan şiddetli içgüdüsel isteklerinin saldırısına uğradığı izlenimini verir. Ancak ego' nun içgüdüsel istekle kapsanması, savunucu bir regresyon da meydana getirebilir.

Bazen bu regresyon, hastayı kötü ve tehlikeli bir dünyadan, hoş ve arzularını gerçekleştiren bir dünyaya çekiyormuş gibi görünür. Çatışma çoğunlukla devam eder; gerçekten kaçınmanın tehlikeli bir yolu olarak kendisini çocuksu cinsel fantezilere bırakan hasta, bu konuda başarısızdır ve kaçmaya çalıştığı tehlike, kapsayıcı çocuksu dürtüleri için geri gelir. Hebefrenide objektif dünyanın veya bu dünyaya herhangi bir ilginin yitimi, daha ileri komplikasyona uğramaksızın görülebilir.

Regresyon mekanizmasının pasif niteliği burada daha açıktır; ego, kendini savunmak amacıyla eyleme girişmez, fakat çatışmalar tarafından kuşatılınca “ kendini bırakır”. “Eğer içinde yaşanılan zaman hoş değilse, ego geçmişe döner; eğer yeni uyum tipleri başarıya ulaşamıyorsa, daha eski uyum tiplerine sığınır; yani pasif – reseptif belki de intrauterin uyum tiplerine döner. Eğer farklılaşmamış bir yaşam biçimi çok güç hale gelirse, az çok ve jetatif bir varoluş yararına bu yaşam bırakılır”. Campell bu duruma “ şizofrenik teslimiyet” ismini vermiştir. Görülebilir onarım çabalarının yokluğu, hebefreniyi şizofreninin en regressif tipi olarak karakterize eder. Obje ilişkilerinin yitmesi çoğu kez yavaş, fakat ilerleyişi çok amansızdır. Genel inhibisyonları olan kimselerde hebefreniyeye geçiş hallerine rastlanabilir ( 39, 42 ).

#### *d. Regressif Fenomenler Olarak Katatonik Semptomlar*

Tausk, bir çok şizofrenik semptomun, gelişmekte olan ego’ nun kendisini ve çevresini keşfettiği dönemin yaşantılarını yeniden canlandırıldığını göstermiştir. Hastanın kendi eylemlerini, sanki kendisi yapmıyor da bazı hareketleri yapmağa zorlanıyormuş veya kafasına “ sokulmuş” gibi hissettiği bazı fikirleri düşünmeğe zorlanıyormuş gibi pasif bir biçimde yaşaması, ego gelişimindeki ilkel bir dönemle ilişkilidir. Aynı şey, sözcüklerin ve jestlerin omnipotensine inanma için de geçerlidir. Negativizm ve otomatik boyun eğme ( ekolali, ekopraksi) gibi diğer tipik şizofrenik davranış örnekleri, meme emme dönemi belirtileri olduğu hemen tanınmamakla birlikte, kuşkusuz yine de arkaik ve ilkel örneklerdir; bu belirtiler objelerin ayırt edilmeden algılanmasına, ego sınırlarının belirsizliğine ve obje dünyasına karşı derin ( oral ) bir ambivalansa yol açarlar ( 15 ).



### *e.Hallüsinasyonlar*

Hallüsinasyonlar, gerçeğin objektif değerlendirilmesi fonksiyonu yitirdikten veya zarara uğradıktan sonra algıların yerini alan fenomenlerdir. İçerik faktörler projekte edilir ve dıştan gelen algıların gibi hissedilir. "Algı substitüt" ları terimi, gerçek bir algı olmadığı anlamına gelmez. Hallüsinasyonlar algılara eşlik edebilir, hatta " illüzyonlar" şeklinde algılara karışabilir. Şizofreninin ve akut hallüsinatuar psikozların halüsinasyonları birbirinden farklı olmakla birlikte, bazı ortak yönleri vardır; ego, gerçekten koştuktan sonra, daha uygun olacak yeni bir gerçek yaratmağa çalışır. Gerçekle normal ilişkiler hiçbir zaman tek başına bellek imajlarına dayanmaz, yeni algıları da gerektirir; şizofrenik için halüsinasyonlar, yeni gerçek algılar bloke edildiğinde ortaya çıkan, bu algıların substitüt' sudur. Böylece yeniden yaratılan bir gerçek substitüt' su ile ilişki olanağı doğar.

Bununla birlikte şizofrenik halüsinasyonların çoğu zevk verici değildir ve basit bir arzu gerçekleşmesini temsil ediyor gibi görünmezler. Çoğu kez son derece ıstırap verici veya korkutucudurlar. Freud, nevrozlarda anksiyetenin, İd' in tanınmayan bölümünün yeniden ortaya çıkmasına bağlı olması gibi, sıklıkla hallüsinasyonlara eşlik eden anksiyetenin de gerçeğin tanınmayan bölümünün yeniden ortaya çıkmasına bağlı olduğunu ileri sürmüştür.

Bununla birlikte halüsinasyonlar şeklinde geri dönen, yalnız tanınmayan gerçek değil, aynı zamanda tanınmayan bir İd ve superego' dur. Halüsinasyonlar yalnız ego'nun kaçışını değil, bu kaçıştaki başarısızlığı ve represe dürtülerin projeksiyonlar biçiminde deforme bir geri dönüşünü de belirtirler. Bu, özellikle ego' nun yenmeğe çalıştığı superego tehditlerini veya cezalarını temsil eden şizofrenik hallüsinasyon tipinde açıkça görülür. Görüldüğü gibi halüsinasyonlar algı, düşünce ( duyumlar haline çevrilmiş) ve bellek ( hallüsinasyonların tarihsel özü ) öğeleri içeren karmaşık fenomenlerdir; düşünce ve anılar, represe edilmiş içgüdüsel anıları ve superego'nun tehditlerini işaret ederler. Halüsinasyonlar rüyalar gibi yorumlanabilirler ( 15 ,16, 44 ).

### *f. Delirler*

Delirlerin yapısı da hallüsinasyonlara benzer. Bunlar, projeksiyona dayalı olarak gerçeğin hatalı yargılanmalarıdır. Halüsinasyonun öğeleri algısal duyumlarla sınırlı olduğu halde, delirler daha karmaşık ve bazen de daha sistemli fikirlerden oluşur. Delirler bazen halüsinasyonlar gibi arzu gerçekleştirici tiptedir; fakat daha çok ıstırap verici ve korkutucudurlar. Gerçeğin yitirilen bölümlerinin yerini doldurma çabalarını belirttiklerinden, çoğu kez reddedildiği halde geri dönen gerçek öğelerini, repressede edilmiş güdü bölümlerini ve projekte edilmiş superego isteklerini içerirler. Delirlerin bu özelliği, en karmaşık; fakat en iyi incelenmiş delir tipi olan perseküsyon delirleri örneğinde görülebilir.

Bu delirlerin anlamı ilk kez Freud tarafından Schreber vakasında ortaya konulmuş ve o zamandan beri birçok araştırmacı tarafından doğrulanmıştır. Schreber'in delir sistemi, Tanrıya karşı ambivalan tutumuyla ve içi dışı edilme fikirleriyle karakterizedydi. Freud bunu, Schreber'in baba kompleksini ve özellikle bunun pasif – homoseksüel ögesini aşma çabası olarak inandırıcı bir şekilde yorumlanmıştır. Schreber, delirleri aracılığıyla kendisini, çocukluğunda babasına karşı takındığı tutumdan kaynak alan pasif homoseksüel kışkırtmalardan korumaya çalışıyordu.

Staercke (1465) ve Van Ophuijsen (1203), persekütörün, gerçek bir objeyi temsil ettiği halde, bilinç dışında oldukça garip bir şekilde hastanın kendi dışkısı olarak algılandığını göstermişlerdir; perseküsyon duyumları, narsistik regresyonun bir sonucu olarak şiddetlenmiş ve daha sonra projekte edilmiş olan entestinal duyumları temsil ederler. Bibring, "Behind- arka taraf" isimli bir erkek tarafından kendisine kötülük yapıldığına inanan bir kadın hasta bildirilmişti. Hasta, bu erkekte, gerçekte kendi gluteal bölgesinde bulunan bazı özelliklerin olduğuna inanıyordu.

Kendi vücudu, ya da vücut bölümleriyle dış dünyada karşılaşma fikri, hastanın narsistik yönelimine uygundur; çünkü bu yönelim, kendine âşık hastanın bir obje olarak kişileşmiş kendi egosuyla karşılaşma arzusuna yol açar. Persekütöre projekte edilen organlar arasında dışkıının ve gluteaların üstün bir rol oynamaları ilginçtir. Abraham' a göre, paranoid fantazilerde enkorporasyon süreci, anüsle gerçekleştirilen bir şey olarak düşünülür.

Anal entrojeksiyon, libidonun erken anal- sadistik düzeyindeki obje ilişkilerini belirtir. Objenin bir yıkımı olarak algılanır, ancak kompülsiyon nevrozlarının regrese olduğu ve objenin korunduğu anal- sadistik düzeyden daha arkaik niteliktedir.

Bununla birlikte paranoid şizofreniklerdeki enkorporasyon fantazileri anal bölgeyle sınırlı değildir. Oral, epidermal, ya da solunumsal enkorporasyon fantazilerine rastlanır. Yeme veya yenilme, solukla içe çekme veya çekilme fikirlerinin varlığı, bunların bulunduğunu gösterir. En sık görülen fantezi, hastanın persükatörünün makinalar tarafından kullanıldığına, onlar tarafından etkilendiğine ve bu makinaların kendi vücudunun kopyaları olduğuna dair fikridir. Aygıt çoğu kez hastanın en çok değerlendirilmiş organlarından birisini temsil eder.

Bazı şizofreniklerin organlarının projeksiyon olduğu tanınabilen bazı keşif fikirleri konusunda da benzer şeyler söylenebilir. Keşif yapmağa iten dürtü, iç karışıklıklarından kurtulma gereksiniminin bir projeksiyonudur. Bu makinalar konusunda en dikkate değer olgu, hasta vücudu kopyalarının zevk verici fantazilerde kullanılmamaları, bunun yerine tasarılanan persekütörün elindeki zalim objeler olarak ve bazı vakalarda persekütörün kopyaları olarak ortaya çıkmalarıdır. Savunma, beklenen erojen zevki, korkunç bir tehdit edici ıstıraba dönüştürmüştür. Diğer delir temleri de, perseküsyon formülüne benzer biçimde kurulur: "Onu ( erkek) sevmiyorum, ondan nefret ediyorum; çünkü bana kötülük ediyor ". Freud' a göre, erotomani şu formülü izler: “ O erkeği sevmiyorum, bu kadını seviyorum; çünkü o beni seviyor”. Belirli bir erotomanisi olmayan şizofreniklerde bile bu mekanizmanın izlerine rastlanır.

Kıskançlık delirleri de aynı psikolojik amaca yarar. Bu delirler şu formülü izler: “ Onu ( erkek ) sevmiyorum, çünkü bir kadın onu seviyor”. Deliran kıskançlık, gerçek bir nedene dayanmamasıyla normal veya nevrotik kıskançlıktan ayrılır. Analizde, hastanın karısından kuşkulandığında, gerçekte öbür erkeklerle ilgilendiği ortaya çıkar. Hasta projeksiyon aracılığı ile homoseksüalitesinden kendini kurtarmaya çalışır. Kıskançlık alanında da normal bir davranışla, belirli psikotik bir davranış arasında geçiş şekilleri vardır ve her kıskançlık vakasında bu tip bir homoseksüalite projeksiyonu kırıntısı bulunur.

Psikanalitik literatür, klinik kitapları derecesinde Paranoya' yı paranoid şizofreniden ayırt etmemiştir. Her ikisinde de aynı temel mekanizmaların etkin olduğu düşünülebilir. Asıl paranoya'da psikolojik güçlerin daha iyi düzenlenmiş olması patolojik sürecin sınırlı kalmasını sağlar. Hastanın gerçekte ilişkisi sadece bir noktada kırılmış ve aradaki boşluk deliran sistemle doldurulmuş gibidir.

Kompülsiyon nevrozlarında bir savunma olarak ortaya çıkan sistemleştirmeden daha kuvvetli olan paranoid sistemleştirme, paranoyak ego' nun delirleri sınırlı bırakabilmesine olanak verir. Gerçekten kopma ani ve tam olmaktan çok, parsiyeldir. Freud, sinsi başlayan ve gelişen paranoya vakalarında delirlerin, diğer yönleri sağlam olan kişilikte, tam gerçekte ilişkideki yarıklığın üzerine konan bir yama gibi görüldüğünü söyler.

Klasik paranoyaklarla ego'su “ tam bir kopmadan kaçınmak için kendisini deforme etmeye, bütünlüğünden bir şey vermeğe, hatta sonunda bölünüp parçalanmağa” razı olan “ekzantrikler” arasında dereceli bir geçiş vardır. Genellikle şizofreniklerde daha önemsiz, daha az tipik ve daha sistemsiz delirler bulunur; bu, hastanın narsistik yöneliminin bir sonucu olarak gerçek olayların yanlış anlaşıldığını gösterir. Geçen her olayın onun için “ özel bir önemi” vardır, çünkü bu olaylar subjektif ve mantık dışı bir biçimde yaşanmaktadır. Anksiyete histerisine ilişkin olarak tartışılmış olan korkulan uyarımların doğaya ve özel çevre koşullarına projeksiyonu, şizofrenide daha açık ve belirgin biçimde yapılır.

Özet olarak delirler de halüsinasyonlar gibi, belirli eğilimlere uygun olarak sistemli biçimde deforme olmuş algı, düşünce ve bellek öğelerinin yoğunlaşmış karışımlarıdır; buradaki eğilimler bastırılmış içgüdüsel istekler kadar superego'nun tehditlerini de belirtirler. Delirler de rüyalar gibi yorumlanabilirler; analizde bir delir haline deforme edilmiş olan “ tarihsel öz” ü ortaya çıkarırlar ( 2, 5, 16, 34, 44).

*g. Gerçekten Kopma*

Şizofreninin özünün hastanın gerçekten kopması olduğu gerçeği farklı iki görüş açısından tanımlanabilir. Birinci görüş, şizofreni ile nevrozlar arasındaki benlik üzerinde durur. Nevrozlar gibi psikozlar da organizmanın çatışmalara regresyonla tepki göstermesine dayanır; ancak regresyonun derinliği farklıdır. İkinci görüş, psikozlarla nevrozlar arasındaki zıtlık üzerinde durur. Freud' a göre şöyle bir kıyaslama yapılabilir: Her iki durumda da temel çatışma id ( içgüdüsel bir dürtü ) ile dış dünya arasındadır. Nevrotiğin ego'su dış dünyaya boyun eğer ve bir represyon yaparak İd'e karşı çıkar. Psikotiğin ego'su ise, aksine içgüdüsel özgürlüğü kısıtlayan dış dünyadan kopar. Ancak bu zıtlık çok ileri götürülmemelidir; nevrotiğin ego'su İd'e karşı çıkarak dış dünyanın isteklerini yerine getirdiğine göre, basit bir şekilde psikotik ego' nun dış dünyaya karşı çıkarak İd'in yanında yer aldığı söylenemez.

Bu, bazı hallüsinatuar psikoz vakaları için doğru olabilir; fakat şizofreni vakalarının çoğunluğunda gerçekten kopma, içgüdüsel zevk elde etme amacından çok, objelere yönelmiş içgüdüsel dürtülerle savaşıma amacına hizmet eder görünüyor; gerçek, früste edici etkilerden çok, kişiyi baştan çıkarıcı etkileri nedeniyle reddedilmiştir. Freud, daha sonraları bu zıtlığın kesin bir zıtlık olmadığını ısrarla belirtmiştir: çünkü psikotiklerde de İd' e karşıt enerji yükleri bulunur ve nevrotiklerde hoşla gitmeyen gerçekleri bilinç dışı olarak reddetmekle, gerçekten kopma belirtileri gösterebilirler.

Nevrozlarda iki aşama ayırt edilmelidir: (a) İd'in kabul edilmeyen isteklerinin represyonu; (b) Represse edilen şeyin deforme bir biçimde geri gelmesi. Psikozların gelişiminde de benzer iki aşama görülebilir: (a) Gerçekten kopma; ( b) Yitmiş gerçeği yeniden kazanma çabaları. Bununla birlikte, Freud'un belirttiği gibi, aralarında karakteristik farklar vardır. Nevrozlarda ikinci aşamanın; represse edilenin represyondan çıkmasının, hastalığın meydana gelmesinde daha büyük önemi vardır; psikozlarda ise patolojik sonucun nedeni, gerçeği yitirmesidir ( 16, 28 ).

## 2.1.8 Şizofreninin Rorschach Testinde Görünümü

### a. Tanımlanamayan ( Ayrışmamış ) Şizofreni

Bunda şizofreni tanısı koyduracak belirtiler bulunur; fakat bu belirtiler paranoid, hebefrenik, katatonik tiplerden birinin tanısını biçimde ayrılmış değildir. Yani bunlar, karışık ve acayip tablolarıdır ve klasikleşmiş dört kategoriden ( hebefrenik, paranoid, katatonik veya basit) hiç birisine de uymamaktadırlar.

Bununla birlikte; uygunsuz affekt, geri çekilme, gerçeği test etmede bozulma, genelleşmiş deorganize düşünce, kısıtlanma, karmaşıklık, delüzyonlar, halüsinasyonlar gibi birçok özelliğe sahip oldukları da açıkça görülmektedir. “Akut” demekten kast edilen şey semptomların açık ve kurulumunun son günlerde oluştuğudur. “ Kronik” derken bazı zamanlar yaşayan şizofreni anlatılmak istenir. Her bir testin özelliği daha önce saptanmış olan genel şizofreniyi ima eder ve farklı tanı kitaplarında bu tarz tartışmalar olur. Kısıtlanmış, deprese olmuş veya zekası düşük olan hastalar dışında, akut durumdaki hastaların protokolleri, genellikle ortalama en az 20- 25 tepkiden oluşmakta, sık sık da 30 cevaptan fazla olabilmektedir. K / C oranı genellikle genişlemiştir. Sıklıkla birçok K’ lar vardır. Ve birçok renk cevabı ise bazen saf C cevabı şeklinde olmaktadır.FC’ lerin ortaya çıkması istenmez; çünkü bu erken ortaya çıkmaları istenmeyen semptomların öncü belirtisi olabilir. FC ‘ lerin sık ve keyfi FC‘ lerle ( “ Mavi yarasa” ) yan yana oluşu, kişinin adaptif güçlerini devam ettirme çabası içinde olduğunu gösterir. Ancak tüm bunların yanı sıra bu “ uyumdan uzaklaşma ” davranışının keyfi olma özelliği de vardır.

F% ‘ si sıklıkla yeterli oranlardadır fakat bunun yanında bir veya daha fazla absürd cevaba rastlamak da mümkündür. Birkaç kontamine ve konfobule olmuş kombinasyonun yanı sıra, garip veya rahatsız edici sözelleştirmelere de sık sık rastlanılmaktadır. Seks cevapları oldukça siktir ve çoğu zamanda sohbet etme tarzında verilmektedir. Genelde, kayıtlarda yüzdelerin beklenen oranlarda olması ( yeterli F+ % si, K’ ların ve FC cevaplarının beklenen düzeyde olmasının yanı sıra saf C ‘ lerde bir artışın olması ) aynı zamanda şizofrenik organizasyonun bir belirtisidir.

Şizofrenideki düşük zeka kendini genellikle kuru ( zayıf ) cevaplarla ve az sayıda, fakat fazla dramatik olmayan tanı kriterleri ile göstermektedir. Eğer hasta hem deprese hem de bloke olmuşsa, baştan savma ve yüzeysel cevaplarla dolu bir protokol elde etmiş olmak, sıklıkla tanıyı kuvvetlendiren en güvenilir yol olmaktadır.

Bloke olmuş şizofrenler birçok kartta başarısız olurlar veya stereotipik, tekrarlayıcı ya da belirsiz veya parçalanmış cevaplar verirler ki, bu durumlar sıklıkla ya paranoid ya katatonik şizofrenide ya da her ikisinde birlikte görülür. Kronik halde, K' lar ve FC' ler sayı olarak sifira inmekte ve saf C' ler de bir artış söz konusu olmaktadır; F+ % genellikle % 60 ' ın altına düşer; aynı zamanda H % 'de düşme eğilimdedir; sapkın sözelleştirmenin sayısında ve absürd formlarda artış olur; belirgin bir şekilde bozulmuş C cevaplarında neolojizm, obj, sembolik ve “ otistik” sonuçlara varma ( irin, kangren, yumurta, şarap, portakallar) görülür. Test materyalini oluşturan kartlarla karşılaştığında körelmiş ve uygun olmayan cevaplar verirken gerçeği test etmede yıkım, iletişim kurma yeteneğinde bozulma, algı ve düşünce moodlarında basmakalıp değişiklikler görülmektedir. Kural olarak, K' lar yoksa, sistematize olmuş kapasite ve yoğun olarak tarif edilmiş delüzyonel cevaplara da testte rastlanılmayacaktır.

Seks ve anatomi cevaplarında artma eğiliminin olması, hastanın zihninin bunlarla meşgul olduğunu göstermektedir. Kronik durumlarda duygularını gizlemeyip fikirlerini açık bir şekilde ifade ederse bu durum, G% sinin yükselmesine neden olur: Bu da G % ' sinin hem D %' si hem de ortalama cevap sayısından yüksek olması anlamına gelir. Şizofren kayıtlarında birçok fazlaca gölgelenmiş cevaplar tablonun kronikliğini gösterir; bu tarz kayıtlarda sıklıkla gölge cevaplarının olması hastanın bizar özellikli panik atak potansiyelinin olduğuna işaret eder ( 5, 35, 39 ).

## b.Paranoid Şizofreni

Bu tipte düşünce içeriğinde bozukluk baskındır. Başlangıç genellikle yavaş ve daha geç yaşadadır. Kötülük görme sanrıları ve büyüklük sanrıları, etkilenme fikirleri, kuşkuculuk en sık görülen düşünce bozukluklarıdır. Başlangıçta hastanın konuşması mantıklı ve düzenli imiş gibi görünebilir. Dikkatle izleyince düşünce kopuklukları, gerçeğe uyumsuzluk ve hastanın sanrılarındaki tutarsızlık belli olur. Hasta, sanrıları yüzünden kendisini savunma davranışlarına geçer ve öfkeli, sert, kavgacı olur. Bu hastalar sıklıkla rahatsızlığı kabul etmezler ve belirtileri gizlemeye çalışırlar.

Test sonuçlarının temelinde, bazı gecikmiş akut paranoid şizofreni ile psikotik ya da katı nevrotik depresyonu birbirinden ayırmak zordur. Kural olarak, bu durumlar testin tanı grupları arasında yer alıyorsa, ortaya çıkarılmaları mümkün olabilir. Yani sonuçta; Rorschach testi haricinde iyi organize edilmiş herhangi bir test ile de tespiti mümkün olabilmektedir.

Akut paranoid durumların, test uygulamaları sırasında belirgin biçimde ortaya konuluyor olmaları “kliniksiz gözlem” e paralel olarak beliren delüzyonel yapının, belki de hemen hemen konvensiyonel mantıkla bağlantıların oluşturduğu sistemin bir parçası olabilir. Test sonuçlarındaki en temel özellik, temeldeki organize olmayan düşünce biçiminin ara sıra verilen tepkilerle ortaya çıkmasıdır ve burada inhibisyonun varlığı kabul edilebilir. Buna ek olarak nedenselliğin bulunmasına rağmen, hastanın şüpheliğe olan yatkınlığı, konfüzyonu ya da ajitasyonu konusunda dikkatli olmak gerekir. Ancak tüm bunlara rağmen gene de uyguladığımız herhangi bir testin en belirgin özelliği şizofreninin bir yönünün vurgulanması olarak karşımıza çıkmaktadır.

Akut paranoid tabloların Rorschach protokollerinde, tepki sayısı ( R ), genellikle 25 ‘ in üzerindedir ve alınan en düşük tepki sayısı ise 15 ‘ ten yukarıdadır. K/ C oranı daralmıştır. Test içeriğinde muhakkak 2 veya 3 K cevabı bulunmakla birlikte renk cevabına rastlanmaz; zaman zaman zihinsel blokajlar olsa ve hem anatomik cevaplara hem de perseverasyonlara rastlansa da F % ‘ si yüksektir ve F+% si de yeterli orandadır. A% si ve H % si yüksektir, Dbl % sinin yüksek olduğu kayıtlara da rastlanmaktadır.



Örneğin; toplam tepki sayısının 20 olduğu protokollerde 5 tane kadar Dbl cevabı bulunmaktadır. 2 ya da 3 ‘ ten fazla olmayan pervers sözelleştirmenin olduğu bir formun içinde konfobulasyonlar, kontaminasyonlar, garip veya acayip sözelleştirmeler, absürd düzeyde abstraksiyon cevapları veya K cevapları bulunabilir. Test materyalini oluşturan kartlar ya blokajı ya inhibisyonu ya da uyarıyı göstermektedir. “İyi yüzünün” ardında gerçeği test etme bozukluğu, anlama kıtlığı, ender rastlanan soyut detaylara, kendi anlamlarını fazla özenle hazırlama ve bütünleştirme eğilimi vardır. Do cevapları protokollerde çok sık rastlanan yanıtlar olmamakla birlikte, Do cevaplarının fazlalığı genellikle zihinsel blokajı niteler. Harf cevapları vermek, geometrik şekiller veya diğer semboller ( müzik notaları, dolar işareti ve buna benzer şeyler) paranoidlerde görülen tipik cevaplardır.

Kart I’de hayvan cevabı verilebilir veya Kart III’de hasta, orta kırmızı yeri insan olarak görebilir. Kart II’ de beyaz boş alanın içinde aşağıda orta kısımdaki Dbl “ iki tane küçük elmas “ olarak görülebilir. Bu gruptaki bazı hastalardan “ gözler ” veya “ bir şeyin arkasına saklanmış şeyler” şeklinde cevaplar almak mümkündür. Paranoidlerin testlerinde tipik olarak iki şey arasında bağlantı kurma ve referans fikirleri görülmektedir ( 5, 6, 35, 39 ).

### c. Basit Tip Şizofreni

Kraepelin çağından beri varlığı kabul edilen bu şizofreni tipi belirli tanı ölçütleri olmadığı için DSM- III dizgisine konmamıştır. Gene de bir çok ülkede bir tanı kategorisi olarak kullanılmaktadır. ICD-10 bu tanıyı içermektedir. Basit şizofreni; sinsi ve yavaş başlayan, ilerleyici olan ve daha çok negatif belirtilerin egemen olduğu şizofreni türüdür. Genç yaşta yavaş başlayan klinik semptomları, psikotik parçalanmanın yakın olduğunu gösterir. Bu hastalara ait bazı protokolleri obsessif nevrozların protokollerinden ayırmak zordur. Ağır şizoid kişilik bozukluğu olanlar organize olmamış veya akut şizofrenlerle aynı semptomları göstermezler. Kural olarak, testörün tespit etmesi gerekenler şunlardır; dramatik olan ve azalmış konseptler, izole edilmiş çağırışılara veya hayal gücüne bağlı olarak fantastik kaçışlar ve geri çekilmeden oluşan bir düşünce yapısının olması, affektlerdeki uygunsuzluk ve zayıflık. Ancak protokolde dikkatte bir azalmanın varlığı dikkati çekiyorsa ya da hasta tarafından tarif ediliyorsa o zaman paranoid şizofreni olabileceği düşünülmelidir.

Protokollerin birçoğunda edinilen izlenim önemlidir, gerçekle bağlarında kopmalar mevcutken yaygın depersonalisasyona rastlanmaz. Bazen görülen depersonalizasyon ile “yaygın” depersonalizasyon arasında kesin bir çizgi çizmek zordur. Protokollerde bu gibi durumların olması bize akut şizofreniyi düşündürmelidir. Bazı olgularda ise sonuçların farklı patternleri olsa bile, bu kişilerde belirgin bir geri çekilme ve patolojik biçimde otistik bir dünya fantezisi vardır. Bu prognostik tanının henüz yeni başlamış şizofreniyi az ya da çok etkilediğini görmekteyiz. Akut psikotik kırılmaları fark etmek ise deneyim ile birlikte oluşan bir beceridir. Rorschach testi bize her zaman deorganizasyon prosesinin erken dönemini gösterir. Bu tablonun birçok işareti protokolda şu şekilde görülebilir: bir veya iki K cevabı, bir veya iki FC ( sarı bebekler, yeşil koyun) veya birkaç saf C ‘ nin ( ki bunlar sınırları körelmiş C’ lerdir.) ,bir – iki tane konfobule cevabın olması ve bu konfobülasyonların seksüel ve agresif içerikli olması. Pek çok konfobule ve kombine olmuş cevaplar verir; bir veya iki kontamine cevaplara rastlanır. Gereğinden fazla, yani birkaç tane soyutlaştırılmış G cevabı ( mektuplar, geometrik şekiller gibi) verir. Bu G’ lerin verilişinde garip sözleştirmeler vardır. Protokollerde sayıca orantılı olmayan hareket – renk cevaplarının yüzdesi ( örneğin 15 ‘e 0 veya 0’a 13.5 gibi. Özellikle de 5 pür ( saf ) C cevabı ile birlikte ise ) dikkati çeker ( 5, 10, 35, 38, 52, 53 ).

## 2.2 SUÇ KAVRAMI

### 2.2.1 Suçun Tarihçesi

İnsanlık tarihi kadar eski olan suç kavramına, her çağda farklı bir açıklama getirilmiştir. Her toplumda anti- sosyal davranışlarda bulunan toplumsal ya da hukuksal yatırımlara konu olan bireylerin varlığı, yüzyıllar boyu düşünürleri, yöneticileri, hukukçuları ve bilim adamlarını yakından ilgilendirmiştir. Bir başka Yunan düşünürü Platon “ Kanunlar” yapıtında, suçu bir tür hastalık olarak düşünmüş; bunun tutkular, haz arama alışkanlığı ve bilgisizlik olmak üzere üç nedeni olduğunu öne sürmüştür. Bu nedenle Platon, suçlunun aydınlatılmak yoluyla iyi edilmesini öngörür. Bir başka Yunan düşünürü olan Aristoteles, suçluları kanun düşmanı olarak kabul eder ve suç işlemenin nedenlerini yoksulluk, devrim gibi toplumsal koşullara bağlar. Hippocrates ise toplumsal koşulların yanı sıra, beden yapısıyla kişilik ve suç arasındaki ilişkileri görerek ünlü tipolojisini oluşturmuştur. Suçun daha bilimsel açıklaması, daha sonra dinler tarafından yapıldı. Tanrının kanunlarının ihlâli üzerinde duruldu. Suç günah ile aynı anlama geliyordu.

Orta çağda suç, şeytani bir davranış ve kötü ruhların teşvikiyle ortaya çıkan bir eylem olarak kabul edilmişti. Thomas d’ Aquin, suçların çoğunun kökeninde sosyal ihtirasların yattığını, ancak yoksulluğun da suça neden oluşturan bir etken olduğunu ortaya koymuştur. 1700–1800’ lerde insanlararası ilişkilerin üstünde duran Voltaire, Rousseau gibi sosyal felsefecilere göre suç, ahlaki bir konu idi. Özgür irade, özgür seçim ve hedonizm konuları bu dönemde ortaya çıktı. 18. yüzyılda Lombrosso suçu, doğum ve ölüm gibi doğal bir olay olarak görmüştür. Çağdaş bilim adamlarından Burt, suça yalnızca bir semptom gözüyle bakılabileceğini ve bunun kökeninin de zihin olduğunu, suçluluğun ruhsal bir sorun olarak ele alınması gerektiğini öne sürmüştür ( 11,18, 28, 40 ).

### 2.2.2 Suçun Tanımı

Suçun tanımını yapmaya çalışan birçok görüş ve yaklaşım vardır. Suçun birçok sosyolojik ve hukuki tanımı vardır. Ceza hukukunda suç, teknik hukuki yani normatif maksatları karşılar nitelikte değişik yazarlar tarafından, çeşitli biçimlerde tarif edilmektedir.

Lombrosso' ya göre suç: Bir davranış ya da eylem, belirli bir ülkenin ve dönemin adet, töre, gelenek ve düşünceleriyle çelişki halinde bulunduğu taktirde suç niteliğini taşır. 19. yüzyılın başlarından itibaren, biyolojik, antropolojik ve psikolojik girişimler, suçlu insan üzerinde yapılan çalışmalarda dikkate alınmıştır. Aristo, çok önceleri kafatası şekli ve ruhi istidat arasında bir ilişkiyi tahmin etmişti. Fakat bilimsel olarak ilk defa 18' inci yüzyılda problemle ilgilenilmiştir.

Kriminolojinin amaçlarından birincisi suçun nasıl doğduğunun açıklanması olduğundan, bilimsel kriminoloji tarihinde, kriminoloji teorilerinin her zaman önemli bir rol oynaması mucize değildir. Hatta Lombrosso' dan önce suçluluğun oluşumu üzerine teorik düşünceler bulunmakla birlikte, ancak Lombrosso'yla ilk defa başlayan bilimsel açıklama teşebbüsleri, teori olarak vasıflandırılabilir. Kriminoloji teorileri kendilerini iki şekilde sistemize ettirirler, bu sistem çok kuvvetli değildir. Suçluluk teorilerinin bu gün geçerli objektif temsil edilebilir ayrımı, “açıklama girişimleri” ikiye ayrılır. Eski suçluluk teorileri, niçin insanların ceza hukuku tarafından cezalandırılan hareketleri yaptıklarını açıklamayı denerken; yeni tanımlama girişimleri, niçin belirli insanların suçlu olarak tanımlandıklarını açıklamak isterler.

Suçun anlaşılabilir yapan dört unsur dikkat çekicidir: *Kişiliği oluşturan gerçekler: Failin yapısı, kişiliği gösteren gerçekler: Gelişim durumu, kişiliğe şekil veren gerçekler: O âna kadar yaşayıp öğrendikleri, fiile şekil veren gerçekler: Fiil zamanındaki dış etkiler.*

Kişilik, ruhi ve sosyal faktörlerin oluşturduğu bir bütündür. Kalıtım, onun hammaddesini ortaya koymakla birlikte; aile, arkadaşlar, okul, komşular ve millettir; çevre bunu şekillendirir. Kişiliğin oluşumu ve gelişiminde etkili olan bu kalıtımsal ve sosyal faktörlerin önemlerini belirlemek ve bunlardan hangisinin daha büyük rol oynadığını saptamak amacıyla çeşitli araştırmalar yapılmıştır ( 11, 18, 51 ).

Mannheim, bu faktörleri üç ana gruba ayırır:

Fiziki- antropolojik- biyolojik

Psikolojik - psikiyatrik

Ekonomik - sosyal

*Dönmezer* (1979) suçu “ sorunlu bir kimse tarafından, müspet veya menfi bir hareketle meydana getirilen, ceza tehdidini taşıyan, bir kanunda yazılmış tarife uygun ve hukuka aykırı olan bir fiil ” olarak tanımlamaktadır (11). Jhering’e göre suç “ toplum halinde yaşama şartlarına yönelmiş her türlü saldırıdır” (11). Garofalo’ ya göre suçlar, tarif ve tasnif edilmelidir. Garofalo tabii suçları tarif ederken, bunların üstün ırklardaki ölçüler içinde, insanların merhamet, namuskârlık gibi duygularını ihlâl eden hareketlerden ibaret bulunduğunu ileri sürmüştür.

Sosyolojik nitelikte de tarifler verilmiştir. Örneğin Durkhiem' e göre suç "kollektif bilincin kuvvetli ve belirmiş tutumlarını ihlâl eden fiilerdir". Thomas ve Znaniecky ise eserlerinde sosyal psikoloji yönünden meseleyi ele alarak şu şekilde tarif edilmektedirler: "Suç kişinin kendisini mensubu saydığı grupta, varlığı, toplum dayanışması ile çelişki gösteren fiildir".

Ceza hukununun temelini oluşturan suçun genel tanımı kolay ve kanun için de gerekli olmadığından, kanunlar suçun genel tanımını yapmazlar. Suçun unsurlarını açıklarlar. Bu suçun varlığı için birden fazla unsurun bulunması gerekir. Her suçta bulunması gereken unsurlara " suçun genel unsurları " adı verilir. Bu unsurlardan herhangi birinin bulunmaması, fiili suç olmaktan çıkarır. Suçun unsurlarını hareket, tipiklik, hukuka aykırılık ve kusurluluk olarak dörde ayırdığımızda suçu şöyle tanımlayabiliriz: Suç, tipe uygun hukuka aykırı, kusurlu bir harekettir.

Günümüzde sosyokültürel bilimler, suç teşkil eden insan tavır ve hareketini, toplumda yürürlükte olan sosyal normlardan bir nevi sapış ( deviation ) olarak tanımlamaktadır. Suç sapıcı bir eylemdir; ancak sapıcı eylemlerden, kanun koyucu tarafından seçilmiş ve bir ceza müeyyidesi ile karşılanmış olanıdır. Bir başaka ifadeyle suç, topluma zarar verdiği ya da tehlikeli olduğu, kanun koyucu tarafından kabul edilen ve belirtilen eylem, davranış, tavır ve harekettir.

Suç bu şekilde tanımladıktan sonra suçlu kişiyi de tanımlamak yararlı olacaktır. Hukuki açıdan değerlendirirsek suçlu, kanun tarafından suç sayılan fiili işleyen kişidir. Suçlu içinde yaşadığı toplumun normları ile kişisel kuvvetleri arasında bir denge kurmamış olan kişidir. Suçlu bireyle suçlu olmayan birey arasındaki en belirgin fark, suçlu olmayan bireyin " suçluluk impulslarını " kontrol edebilmesi ve toplumsal açıdan zararsız bazı faaliyetlerle onlara çıkış yolları aramasıdır ( 11,18, 40, 43).

### 2.2.3 Suçun Unsurları

Suçun unsurlarını maddi unsur ( hareket), manevi unsur ( kusurluluk), hukuka aykırılık ve kanuni unsur ( tipiklik ) olarak dört bölümde inceleyeceğiz.

#### **a-Kanuni Unsur ( Tipiklik )**

Kanunilik prensibinin zorunlu bir sonucu olarak gerçekten bir suçun varlığını kabul etmek için, işlenen fiilin kanunda gösterilen tarife uygun olması gerekir. Tipiklik bir fiilin ceza kanundaki soyut tasviridir. Bireysel olaylardan soyutlanarak bir araya getirilen bir takım özellikler bir bütün oluştururlar ve ceza tehdidi altına koyulurlar. Soyut bir kavram olan tipikliği somut hale, hareket getirir ( 11 ).

#### **b- Maddi Unsur ( Hareket )**

Suçun ikinci unsuru çeşitli biçimlerde bir fiilin bulunmasından ibarettir. Çağdaş hukuk düzeni gerçekten maddi bir fiil işleyen kimsenin cezalandırılmasını artık geçerli saymakta, kimseyi sadece fikir ve niyetinden, düşünce ve hayallerinden sorumlu tutmamaktadır. Hareket unsuru iki şekilde ortaya çıkabilir: Bir şeyi yapmak ( icrai) veya yapmamak ( ihmali ) ( 11 ).

#### **c- Hukuka Aykırılık**

Bir fiilin hukuka aykırı olabilmesi için, işlenen ve suç tipine uygun olan fiilin sadece ceza hukukuyla değil bütün hukuk düzeniyle çatışma bulunması gerekir. Ceza kanununda veya hukuk dalında izin veriliyorsa, o fiil hukuka aykırı değildir.

#### **d-Manevi Unsur ( Kusurluluk )**

Bir suçun bulunabilmesi için, kanuni tarife uygun ve hukuka aykırı bir fiilin, iradi yani faile isnat edebilecek şekilde kusurlu olarak işlenmiş olması şarttır. Kusurluluğun varlığı failin kusurlu davranabilme kabiliyatine sahip olmasına bağlıdır. Kusur yeteneği ( isnat yeteneği ) doğruyu yanlıştan, haklıyı haksızdan ayırabilme ( temyiz kabiliyeti ) ve buna göre davranabilme yeteneğidir ( 11 ).

## 2.2.4 Suç Nedenlerine İlişkin Teoriler

Suç teorileri dört genel kategori altında incelenmektedir. Biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve sosyo – psikolojik teoriler .

### a- Biyolojik Teoriler

Bu teoriler, suçluların biyolojik ve genetik bakımından genel oranla daha aşağı durumda olduklarını savunmaktadırlar. İlk pozitivistler, suçlunun biyolojik bakımdan anormal, doğuştan suçlu olduğunu ve ilkelliğe, vahşi insana bir dönüş gösterdiğini iddia ederler. Bu görüşü savunan Lombroso “ Suç, organizma şartlarının ürünüdür.” der; bazı insanlar suçlu olarak doğarlar, nasıl ki bazı hayvanlar vahşi yırtıcı, bazı bitkiler parazit olarak doğmaktadırlar. Bu suçlular bedenlerinde bulunan bazı gayri tabiiyetler, stigma ve anomaliler ile ayrılırlar. Bu anomaliler onları iradeleri dışında suç işlemeye yöneltir.

Charles Goring, yaptığı araştırmalarda Lombroso’ nun görüşlerini çürütmüştür. Suçlu olanları olmayanlarla karşılaştıran Hooton ise yapısal bakımdan daha aşağı durumda olan kişilerin, çevrelerinin yarattığı baskı yüzünden, daha da kötü oldukları ve suçluluğa bunun yol açtığı sonucuna varılmıştır. “ Doğuştan suçluluk ” kavramından hareket eden bilim adamlarına göre; “ Suçlu; ana babası, yakın akrabası ya da çok uzak olan ilk dedelerinden geçen kalıtımla, topluma ahlak duygularından yoksun olarak gönderilen bireydir.” Suçluluğu, zihinsel yetersizlikle açıklayan kuram ise, yasaya karşı gelen her bireyde zihinsel yetersizlik olduğunu savunmaktadır. Bu kuramın savunucusu Goddard’ a göre “ Bütün geri zekalılar suçlu, bütün suçlular ise gerizekalıdır.” Geri zekalı olanlar, davranışlarının sonuçlarını ve yasaların kapsamını anlayamadıkları için suç işlerler.

Suçlu beden yapılarındaki farklılıklara dayandıran görüşler de vardır. 1921 yılında Kretschmer, beden yapısı ile akıl hastalıkları arasında bir bağlantı düşüncesiyle kişileri beden yapılarına göre piknik, atlet ve astenik tipler olmak üzere sınıflandırdı. Sheldon da dış görünüşün üç boyutunu inceleyerek; endomorfik, mezomorfik ve ektomorfik tiplerden bahsetmiştir.



Suçlu davranışın soya çekimle yakın ilgisi olduğunu savunan görüşler, suçluluğu, aileler, ikizler, kromozomlar üzerinde yapılan araştırma sonuçlarına dayandıran genetik teori ile açıklamaya çalışmışlardır. Kalıtım ve suçluluk arasındaki ilişkileri isbat için meydana getirilmiş olan bu üç tip inceleme, kesin hiçbir delil ortaya konulabilmesine imkan vermemiştir ( 11, 39 ).

#### b- Psikolojik Teoriler

XIX. yüzyıl sonu ile XX. yüzyılda suçun oluşumunu açıklama denemelerinden bir diğeri, psikoanalitik bakış açısı olmuştur. Bu konuda; Franz Alexander, Hugo Staub, Theoder Reik, August Aichhorn, Paul Reiwald, Eduard Naegeli ve elbette Sigmund Freud ( 1856- 1939 ), önemli olan isimlerdir. Son zamanlarda Tilmann Moser ve Helmut Ostermeyer da suçlulukla ilgili anlamlı psikoanalitik denemelerde bulunmuşlardır. Son on, onbeş yıl içinde suçluluğun psikoanalitik izahı önem taşımamaktaydı. Psikoanalitik açıklama için geçerli olan, psikoanalizmin tüm temsilcilerinin katıldığı belirli bir kapalı teori ile ilgili bulunmaktaydı. Her zaman Freud' un geleneksel öğretisinin psikanalizmine dönüliyordu, o kapalı suçu açıklayan bir psikanalitik teori oluşturmamıştı. Bugünkü psikanaliz, suçu iki seviyede açıklar; biri suçlunun yaşam kaderinden çıkar ve diğeri toplumsal yapılardan. Psikanalitik düşüncelerin anlaşılmasında birkaç psikanalitik kavramın kısaca ortaya koyulması gereklidir. Psikanaliz Freud tarafından kurulan libido teorisinde temsil edilir. Bilinçaltı ve onun içerdiği dinamik güçlerin neler olduğu konusunda kapsamlı teoriyi ortaya atan Freud olmuştur. Fakat psikanaliz aynı zamanda; Freud tarafından geliştirilen bilinmeyen araştırılması tekniğini de tasvir eder. Freud' un öğretisinin anlaşılması için id, ego ve süperego kavramlarının tanımı önemlidir.

Alt benlik ( id), cinsellik ve saldırganlık gibi içgüdüler, üst benlik ( süperego ), anne- baba ve diğer önemli kişiler ile etkileşim suretiyle geliştirilmiş değerlere dayanan vicdan; benlik (ego) ise, alt benliğin istekleri arasında arabulucudur. Benliğin alt benliği denetleyememesi ile üst benlikte yapısal bozukluklar bulunması halinde, dengesiz bir kişilik oluşmaktadır. Bu durum davranışı etkileyerek suça neden olmaktadır. Doğuşla birlikte yalnızca alt benlik vardır ve burada zaman ve gerçek kavramları değil, sadece zevk yer almaktadır. Kişi yaşama iki içgüdü ile başlamaktadır; bunlar, eros ( yaşama ya da cinsellik içgüdü ) ve thanatos ( ölüm ya da nefret içgüdü )' dur. Benlik kişinin toplum gerçekleriyle kurduğu ilişkinin bir bölümünü oluşturmaktadır.

Gerçekliğe uygun bir benliği olan kimse, doyumunu erteleyebilmekte, fakat tamamen vazgeçmemektedir. Buna karşılık, üst benlik; ahlak, pişmanlık ve suçluluk duygularını geliştirdiğinden, kişinin toplumsallaşmasında temel güçtür; bu şekilde üst benlik bilincin ve ideal benliğin gelişmesini sağlamaktadır. İdeal benlik, “ne yapmamız gerektiğini ”bilinç ise, “ yanlış davrandığımız zaman suçluluk duymamız gerektiğini ” gösterir.

Alt benliğin uygunsuz istekleri, benliğin sansür edici gücünce karşılanıp baskı altına alınır ve bilinçaltına itilir. Böylece alt benliğin, benlik ve üst benlikçe doyurulması ve hatta bilince kadar yükselebilmesi engellenir. Bu şekilde kişinin yaşı ilerledikçe çevresinin gerçekleri ve geleneksel değerler hakkında bilgisi arttıkça, sansürün bilinçaltına zorladığı isteklerin kapsamı da artar ve bilinçaltı genişler. Bilinçaltına kapatılan bu ruhsal malzeme cansız ve hareketsiz değildir; devamlı olarak kapandıkları yerden bir yolunu bulup kurtulmaya, kendilerini reddeden benlik ve üst benliğe kabul ettirmeye çalışırlar.

Psikanalitik görüşe göre suçluluk, benlik ile üst benlik gelişimindeki yetersizlikler nedeniyle suç dürtülerinin, yani alt benliğin denetim altına alınamamasından doğar. Diğer bir ifadeyle, çok gelişmiş alt benliğe sahip olan bir kişi, sonunda suç işlemektedir. Aşırı gelişmiş bir üst benlik ise, alt benliğin arzularının doyurulmasına izin vermemekte ve nevrotik bir kişiliğin oluşmasına neden olmaktadır. Tüm suçlular içinde nevrotik suçlular önemli bir grubu oluşturduğundan, Freud’un psikanalitik suççu açıklama anlayışı ruhsal hastalıklar ve nevrozlarda çok önemlidir.

Avusturyalı psikanalitik Alfred Adler ( 1870- 1937 ) kendisi tarafından temsil edilen bireysel psikolojide aynı şekilde suç ve suçluyu tartıştı. Adler’in görüşlerinin analizi Treffer/ Kaufmann tarafından (1998) aşağıdaki yapıda tasvir edildi: Suç, müşterek duygudaki bir eksikliktir ve sadece normdan bir derecede sapmadır. Özel zekanın ifadesi ve birliktelik yeteneğindeki eksikliktir. Sonuç olarak suç, ne yalnızca beden şartlı, ne de çevre şartlıdır. Aşağılık kompleksinden oluşur. Suçlu, özürler arayan, korkak fakat aktif bir kişilik olmalıdır. Suçlular aile içinde daima güçlüklerle karşılaşmışlardır. Psikanalitik suç açıklamaları herşeyden önce, ceza adaletinde, öteden beri sert görüşlerle karşılaşmış, hatta düşmanlıklara yol açmıştır. Psikanalitik, ceza hukukuna karşı sert cephe almış ve ceza adaletini bilinçsiz suçluları takibata tabi tuttuğu için eleştirmiştir.

Psikiyatride gerçek akıl hastaları psikoz olarak adlandırılır; göze çarpan karakter anormallikleri ise, psikopatlar ve nevrozlar olarak gruplandırılır; ruhsal yaşamdaki rahatsızlıklar, heyecan ( affekt ) ağırlıklı tepki göstermeye hazırdır ( 16 ). Psikiyatride hakim olan hastalık kavramı, bir somatolojik hastalık kavramıdır. Bir akıl hastalığından veya psikozdan, etkileri ruhsal yaşamda olan bedeni hastalıklar anlaşılır; bundan vücudun yapısı ve fonksiyonunda yani organlarında anormalliklerin olması halinde söz edilir. Bu dar ve sınırlı hastalık kavramı, bedene bağlı olmayan psikolojik rahatsızlıklar karşısında açık sınır çizmeyi mümkün kılar ( 15 ).

Genel olarak şizofreni dörde ayrılır: Paranoid, katatonik, hebefrenik ve simplex. Paranoid' de aşırı saçmalama vardır ve hasta sanrılarında ıstırap çeker; özellikleri kesin olmamakla birlikte, çoğunlukla duygu küntlüğü, gerçeklerden kaçıp bir hayal dünyasına sığınmak, sorumsuzluk ve genel olarak cinsel nitelikte sabit fikirler şeklinde kendini gösterir. Katatonik' de, donuk bir kas gerginliği şeklinde kendini gösteren hareketsiz bir tutukluluk hali görülür. Hebefrenik' de, düşünme ve davranışta çocukça davranış şekillerine gerileme görülür; gençlik yaşlarında ortaya çıkan şizofrenidir. Simplex' de, birçok vakanın bu üç tipten birine kesin olarak girmediği, karışık belirtiler gösterdiği saptanmıştır. Bunlara karışık haller denilir ( 9, 14, 15 ).

#### d-Sosyolojik Teoriler

Tanınmış Fransız sosyoloğu Emile Durkheim' a göre ahlaki yükümlülükler ve sosyal kurallar olmazsa yaşam çekilmez hale gelir ve anomi ile sonuçlanır. Anomi ise sosyal sistemin elemanları arasındaki ilişkileri düzenleyen temel bir mekanizmayı oluşturan, basit kuralların yıkılmasıdır. Tepki teorisini ortaya atan Cohen'e göre suç sosyal sınıf farklarından ve bunun sosyal statüye olan etkilerinden ortaya çıkmıştır. Suçu, Uyuşmazlık teorisine göre açıklayan Vold, suçun sosyal uyuşmazlığın bir ürünü, politik ve sosyal eşitsizliğin bir yansıması olduğunu ileri sürer. Suçun nedenlerini alt kültüre bağlayan teoriler, belirli bir alt kültüre mensup olmanın kişiyi belirli amaçlara yönelteceğini ve bunların da suç niteliği taşıyabileceğini ileri sürmektedir ( 18 ).

### e-Sosyo- Psikolojik Teoriler

Eysenck'e göre suçta soyçekimin önemli rolü bulunmaktadır, zira kişinin suça elverişli bir kişiliğe sahip olması soyçekimin etkisiyledir. Sosyalleşme ise iki etkiye bağlıdır; davranış ortaya çıkan sonuçlarla benimsenir, olumsuz sonuçlara yol açan davranışlar daha az tekrarlanır. Sınırlama teorisini ortaya atan Recless'e göre suçluluğun artmasının nedeni, sınırlamanın olmayışdır ve suçu ancak sınırlamalar önleyebilir.

En çok bilinen kuramlardan biri de Sutherland' ın ilk defa 1939' da formüle ettiğı ve sonraları geliştirdiğı “ Ayırıcı Birleşmeler ” kuramıdır. Bu kurama göre suç, temelde farklı grup ilişki ve etkileri sonucu meydana gelir ve tüm olarak öğrenme olgusunu içine alır ( 13, 28 ).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Adli servisinde Mart 2004 – Nisan 2005 tarihleri arasında, orada bulunan şizofreni tanısı almış hastalar ele alınarak yapılmıştır. Çalışmamızda bu tarihler arasında adli serviste bulunan 240 dosya incelenmiş ve şizofreni tanısı almış 60 dosya araştırmaya dahil edilmiştir. Bu 240 dosyanın 180'i erkek 60'ı kadın hastadan oluştuğu görülmüştür. İnceleme retrospektif ( geriye dönük ) olarak yapılmış ve dosyalardan deneklerin yaşı, cinsiyeti, mesleği, doğum yeri, eğitim durumu, medeni durumu, işledikleri suç tipi, suçun işlendiği yer, kullandıkları suç aleti, işledikleri suçun mağduru, kişilik özellikleri ve zeka düzeyleri ile ilgili bilgi edinmekle birlikte yaşadıkları yer ve meslekleri göz önüne alınarak sosyokültürel ve ekonomik durumları ise iyi- orta – düşük olarak sınıflandırılmıştır. Araştırma grubunun 30'u kadın 30'u erkek olmakla birlikte kadınların 18- 55 yaşları arasında erkeklerin ise 21-62 yaşları arasında olduğu, yaş ortalamalarının 39.3 olduğu bulunmuştur. Ayrıca araştırma grubunun kişilik özellikleri, işledikleri suç tipi, suçun aleti, suçun işlediği yer açısından cinsiyete göre karşılaştırılmıştır.

Cattell 2A zeka testi ise R.B.Catell tarafından 1957'de kullanılmaya başlamıştır. Zekanın Performansını ölçmeye yöneliktir. Bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulaması kolay bir testtir. Toplam 46 maddeden oluşan formun 4 alt testi vardır: Seriyi tamamlama ( 12 madde ), Tasnif ( 14 madde ), Yerleştirme ( 12 madde ), Yerleştirme ( 8 madde ).

Araştırmamızda elde edilen bulgular kullanılarak Rorschach' ın araştırma yöntemlerinde kullanılan formatına uygun hale getirilen sonuçlar aracılığıyla hastaların kişilik özellikleri incelenerek, sonrasında ise işlediği suçun tipi ( adam öldürme, tam teşebbüslü adam yaralama v.b ) ve suçu nasıl işlediği ( ateşli silahla, delici – kesici aletle v.b.) ile tespit edilen kişilik yapısı arasında bir karşılaştırmaya gidilmiştir.

Rorschach testi kişiliğin dinamiklerinin aydınlatılmasında kullanılır. Kişi kendini teste projekte ettiği için de projektif testler arasında yer almaktadır. Testin amacı kişiliğin sosyal yönünü ortaya çıkarmaktır. Ayrıca kişilikteki entelektüel boyut ile emosyonel boyut arasındaki bağlantıyı incelememizi sağlar.

Rorschach testinde uyaranlar yapılanmamıştır. Bu nedenle cevaplar doğru yanlış olarak puanlanmaz. Hastanın kartlara vermiş olduğu cevaplardan kişilik yapısı ve fikse olduğu noktalar tespit edilir. Bu cevaplar ve kişinin teste karşı tutumu psikiyatrik teşhise ışık tutar . Bu test hem teşhis, hem de prognostik yönden önemlidir.

Rorschach testi Herman Rorschach tarafından oluşturulmuş ve daha sonra da Beck tarafından geliştirilmiş şekil algısını kullanmak suretiyle, değişik ruhsal bozukluklarda değişik algıların görüldüğünü tespit eden bir testtir. Her birey uyaranı kendine göre yorumlar. Uyaran ne kadar az yapılanmışsa yorum o derece önemlidir. Cevaplar iki yönden ele alınır: Algı nasıl organize edilmiş, bu organizasyonun canlandırdığı çağrışımlar nelerdir.

Kişi algıladığı ile kendi düşüncelerini belirtirken, çeşitli şeyleri bir kavrama bağlamakta, yani soyut düşünce fonksiyonundan faydalanmaktadır. Algı – reaksiyon bireye göre değişir.Bu klinik sendromları verir. Algı çağrışım prosesini kontrol eder.

Uygulanan Rorschach Kişilik Testi ile hastalar 10 ayrı açıdan incelenmiştir.

#### *A- Dış Gerçeklere Yaklaşım*

*1- Çok Yönlü:* Olayları değişik açılardan ele alabilen, gereğinde olayları bir bütün olarak görebildiği gibi, olayların önemli, küçük detaylarını da değerlendirebilen yaklaşım. ( Zengin teatrel anlatım, G, D, Dd, Dbl.)

*2 - Katı – aşırı somut:* Olayları daha çok biçimsel özellikleri ile ele alan, ayrıntılara takılıp, olumlu bütünleştirmelere gitmekte güçlükleri olan yaklaşım. (D yüzdesi yüksek, F+ yüzdesi yüksek)

*3- Her şeye hakim olma çabalarıyla birlikte telafiye yönelik davranış:* İç güvensizliği nedeniyle olayları bir bütün olarak ele almaya, olaylar üzerinde denetim kurmaya çalışan ancak bunu başaramadığında, yani komplike, önemli bütünleştirmelere gidemediğinde, olayların çok küçük, önemsiz ayrıntılarına takılıp kalan yaklaşım. ( Dd ve ilkel G' ler.Hakim olucu G' ler yoksa ilkel G ve Dd ' ler )

4 – *Kaçış davranışıyla Belirlenen Savunucu Yaklaşım ve İnhibisyon, Negativizm:* Olaylar karşısında inhibisyona uğrayan, güvensizliği nedeniyle olaylarla yüz yüze gelmek ve kendinden açık vermek korkusuyla kaçış davranışına sığınan yaklaşım. ( Tepki sayısı az, Ad ve ya Hd cevaplarının varlığı, savunuculuk)

5- *İlkel- Basit – Ayrışmamış:* Olaylara tümüyle onlardan aldığı genel izlenimlerden yola çıkmak suretiyle yüzeysel yaklaşıma. Olumsuz D ve G ‘ ler.

6- *Olayları bir bütün olarak görebilen, doğru değerlendirebilen, yaratıcı yaklaşım:* G, D ve Dd beklenen oranda pozitif orijinal cevaplar, zengin bir protokol ve tepki sayısı normal sınırlarda.

*B- Gerçeklerin Algılanması ve Değerlendirilmesi:*

1- *Nesnel Akılcı:* Gerçekleri, olayları doğru değerlendirebilen, rasyonel, mantıklı yaklaşım.( F+, K ve FC cevaplarının olması)

2- *Zaman zaman öznel olmakla birlikte tümüyle uyumsuz değil:* F yüzdesi daha düşük, CF ve Ka cevaplarının olması

3- *Aşırı biçimci ve kuru:* Olaylara kendinden bir şeyler katamayan, yaratıcı olamayan, olayları oluşturan şartları düşünmeksizin bunları karşılaştığı biçimiyle değerlendirmeye çalışan yaklaşım. ( F% , D% , A% yüksek. K ve Ka yok ya da çok az.)

4- *Tümüyle Öznel ve Uyumsuz:* Tümüyle kendi duygu ve beklentileri doğrultusunda hareket ettiğinden gerçekleri değerlendirışı oldukça bozuk, akılcılıktan uzak yaklaşım.( F- , C, CF, çığ dürtüler).

*C –Duyguların İfadesi ve Kullanımı:*

- 1- *Hafif labil:* CF ve C cevapları FC' den fazla ise
- 2- *Çiğ ve Kontrolsüz:* C, CF kısmen ya da tümüyle baskın
- 3- *Aşırı Biçimde Bastırılmış:* Hiç renk cevabı yok.
- 4- *Cansızlaştırılmış , Dondurulmuş:* Devitalizasyonlar, K' cevapları, kaya, buz, heykel gibi cevaplar.
- 5- *Uygun bir şekilde İfade edilen duygular:* FC 3 , CF 1 tane ya da yok.

*D- Affektif Gereksinimler ve İfadeleri:*

- 1- *Normal ve doyurucu:* H % , FC, CF, K cevapları beklenen oranlarda
- 2- *Zaman zaman Aşırıya Kaçan beklentiler:* FE , EF' den fazla ve E cevapları.
- 3- *İlkel, çiğ ve kontrolsüz :* Oral dürtülerin ön plana çıkması .
- 4- *Tümüyle bastırılmış:* FE, EF, E, K cevaplarının olmaması.

*E- Sosyal Çevre İle İlişkiler:*

- 1- *Uyumlu ve doyurucu:* H% , FC, CF, K cevapları beklenen oranlarda.
- 2- *Yoğun ilişki isteği ancak başarısız:* H% si çok yüksek ancak anksiyete nedeniyle nitelik olarak iyi insan cevapları değil.
- 3- *İlişkilerde aşırı bağımlılık ve egosantrizm:* CF cevapları çok fazla.
- 4- *İlişkiler kuru ve yüzeysel :* Renk cevabı yok, H% si düşük, K yok ya da çok az.
- 5 – *Sosyal çevre izolasyonu:* H, K, Renk yok, devitalizasyon daha yüksek.



*F- Anksiyetenin Niteliği:*

- 1- *Dış nesnelere bağlı fobik türde:* Fclob cevapları, şeytan, canavar gibi yanıtların olması.
- 2- *Free- floating Türü Anksiyete :* FE, EF, Bulut, axe- medyan, devitalizasyon.
- 3 – *Özbeğenin azalmasına ve bedenin tehlikede hissedilmesine bağlı anksiyete:* Anat % kan ve depressif defect cevaplarından fazla.
- 4- *Parçalanma, Çözülme*

*G- Agressif ve Cinsel Dürtülerin İfadesi:*

- 1- *Kontrollü:* K' larla birlikte agressif içerik veya belirli bir agresivite yok.
- 2 – *Zaman zaman çığ ve kontrolsüz:* CF ve saldırma cevaplarının olması.
- 3- *Çığ ve İlkel :* Form kötü, çığ , kan cevabı.
- 4 – *Aşırı bastırılmış:* Kırmızıdan kaçış, Ka , K, sex cevapları ve devitalizasyon.

*H- Beden İmajı:*

- 1 – *Önemli bir bozukluk yok.*
- 2- *Bedeniyle ilgili güvensizlik duyguları( IV. Planş, güvensizlik)*
- 3- *Tümüyle bozuk ve parçalanmış*

*I – Kişilik:*

- 1- *İçedönük :* K C ' den fazla.
- 2- *Dışa dönük :* Empulsif eğilim, K C' den daha az.
- 3- *Daralmış :* 0 : 0
- 4- *Zengin K ve C lerin yeterli miktarda olduğu protokol*

*J- Ego Yapısı ve Gücü:*

*1- Güçlü: Anksiyetesi yok, savunmalar başarılı*

*2- Hafif regresif eğilimleri olan çocuksu ego: Ani patlamaların varlığı.*

*3- Katı savunmaları olan zayıf ego: K ve Renk yok ya da çok az.*

*4- Birincil süreçlerin egemen olduğu zayıf ego: Ka , CF, C cevaplarının yoğun olması.*

#### 4. BULGULAR

Araştırma grubumuzun 30'u erkek, 30'u kadındır. 21 ile 63 yaşları arasındaki hastaların yaş ortalaması 39.3' tür. Erkeklerin yaş aralığı 21-62 iken yaş ortalamaları 41.7 SD:11.00, kadınların yaş aralığı 18-55 iken yaş ortalamaları ise 36.8, SD: 11.022 bulunmuştur. İstatistiki anlamlılığı tespit etmek için SPSS 11.5 paket program kullanılarak Ki- kare testi uygulanmıştır.

Tablo I

#### YAŞ GRUBUNA GÖRE DAĞILIM

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	N	%
18- 20	-	-	3	10,0	3	5,0
21-30	8	26,6	4	13,3	12	20,0
31-40	8	26,6	11	36,6	19	31,6
41-50	12	40,0	6	20,0	18	30,0
51-60	1	20,0	6	20,0	7	11,6
61 ve üstü	1	3,2	-	-	1	16,6
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Araştırma grubunun çoğunluğunun erkeklerde 41-50 yaş arasında, kadınlarda ise 31- 40 yaşları arasında olduğu bulunmuştur. İstatistiksel olarak cinsiyetler arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir,  $X^2: 7.9$  df : 5 p >0.05

Tablo II

## MEDENİ DURUMA GÖRE DAĞILIM

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evli	3	10,0	10	33,3	13	33,3
Bekar	36	60,0	20	66,7	16	53,4
Dul	2	3,3	1	3,3	1	3,3
Boşanmış	9	15,0	6	20,0	3	10,0
<b>Toplam</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Medeni durumlarını incelediğimizde, suç işlemiş erkek ve kadın şizofrenlerin çoğunluğunun bekar olduğu görülmektedir. İstatistiksel olarak cinsiyet ile medeni durum arasında farklılık belirlenmemiştir. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır,  $X^2: 5.4$  df: 3  $p > 0.05$ .

Tablo III

## MESLEK DURUMUNA GÖRE DAĞILIM

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	N	%
Mühendis ve Mimar	3	10,0	-	-	3	5,0
İşçi	10	33,5	2	6,7	12	20,0
Öğretmen	2	6,6	-	-	2	3,3
Çiftçi	1	3,3	-	-	1	1,7
Hasta Bakıcı	1	3,3	-	-	1	1,7
Öğrenci	1	3,3	-	-	1	1,7
EvHanımı	-	-	27	90,0	27	45,0
Emekli	1	3,3	1	3,3	2	3,3
İşsiz	11	36,7	-	-	11	18,3
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Erkeklerin % 56.7' sinin bir meslek sahibi olduğu, çoğunluğunun ise işçi olduğu, kadınların ise % 45' inin ev hanımı olduğu belirlenmiştir. İşsiz olanların içinde meslek sahibi bulunmamaktadır. İstatistiksel olarak cinsiyetler arasında fark belirlenmemiştir,  $X^2: 4,9$  df: 8  $p > 0.05$ .

Tablo IV

## EĞİTİM DURUMUNA GÖRE DAĞILIM

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Okuma- yazma yok	4	10,0	5	16,6	9	15,0
İlkokul	14	46,6	10	33,4	24	40,0
Orta	4	16,7	8	26,6	12	20,0
Lise	4	16,7	7	23,4	11	18,3
Önlisans	1	3,4	-	-	1	1,7
Lisans	3	6,6	-	-	3	5,0
Toplam	30	100	30	100	60	100

Tablo IV' ü değerlendirdiğimizde; her iki cinsiyette de çoğunluğun ilkököl mezunu olduğu görülmekle birlikte erkekler arasında üç kişi önlisans ya da üniversite mezunu iken kadınlarda önlisans ve üniversite mezununa rastlanmamıştır. İstatiksel olarak da cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamaktadır,  $X^2: 9,8$  df: 5  $p > 0.05$ .

Tablo V

## YAŞADIĞI YERE GÖRE DAĞILIM

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	N	%
Köy	9	30,0	11	36,7	20	33,3
Kasaba	8	26,7	10	33,3	18	30,0
Şehir	13	43,3	9	30,0	22	36,7
Toplam	30	100	30	100	60	100

Her iki cinsiyet grubunun yarısından fazlasının köy ve kasaba gibi küçük yerlerde yaşadıkları belirlenmiştir. İstatistiksel olarak cinsiyet ile yaşadıkları yer arasında anlamlı fark saptanmamıştır,  $X^2: 1$  df: 1  $p > 0.05$ .

Tablo VI

## EKONOMİK DURUMA GÖRE DAĞILIM

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	N	%
Düşük	18	60,0	11	36,6	29	48,3
Orta	10	33,4	10	33,4	20	33,3
İyi	2	6,6	9	30,0	11	18,4
Toplam	30	100	30	100	60	100

Tablo VII

## SOSYOKÜLTÜREL DURUMA GÖRE DAĞILIM

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Düşük	18	60,0	16	53,3	34	56,6
Orta	10	33,4	13	43,3	23	38,4
İyi	2	6,6	1	3,4	3	5,0
Toplam	30	100	30	100	60	100

Araştırma grubunun yaşadıkları yer ve meslekleri göz önüne alınarak yapılan sınıflandırmaya göre çoğunluğunun ekonomik ve sosyo- kültürel durumlarının orta ve ortanın altında olduğu belirlenmiştir. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak ekonomik durum bakımından;  $X^2: 4 \text{ df: } 2 \text{ } p > 0.05$ ; ve sosyo kültürel durumları açısından;  $X^2: 4 \text{ df: } 2 \text{ } p > 0.05$ ; anlamlı farklılık belirlenmemiştir.

Tablo VIII

## SUÇ TİPİNE GÖRE DAĞILIM

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Kasten Adam Öldürme	28	93,4	25	83,4	53	88,4
Kasten Yangın Çıkarma	2	6,6	5	16,6	7	11,6
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Adli serviste bulunan ve şizofreni tanısı almış hastaların dosyalarını incelediğimizde, gerek kadın, gerekse erkek hastaların kasten adam öldürme ve kasten yangın çıkarma suçlarından hüküm giydikleri belirlenmiş ve başka suçlara rastlanmamıştır. Kasten adam öldürme suçu işlemiş hastalardan dördü ise birden fazla adam öldürme suçu işlemiştir. Cinsiyetler arasında suç tipi açısından istatistiksel olarak farklılık belirlenmemiştir,  $X^2 : 2 \text{ df}: 1 \text{ p}>0.05$ .

Tablo IX

## SUÇUN MAĞDURUNA GÖRE DAĞILIM

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Anne	5	14,8	3	12,0	8	13,6
Baba	11	32,4	4	16,0	15	25,4
Kardeş	4	11,7	4	16,0	8	13,6
Eş	1	2,9	8	32,0	9	15,3
Çocuk	1	2,9	-	-	1	1,7
Akraba	4	11,7	2	8,0	6	10,1
Tanıdık	5	14,8	2	8,0	7	11,9
Yabancı	3	8,8	2	8,0	5	8,4
<b>Toplam</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Suç işleyen şizofrenlerin işlediği suçlardan etkilenen insanların % 79,7' sini yine şizofrenlerin yakın çevresindekiler oluşturmaktadır. Kasten yangın çıkarma suçunda hiç mağdur bulunmamaktadır. Ayrıca erkeklerin işlediği kasten adam öldürme suçunda birden fazla mağdur bulunduğundan toplam mağdur sayısı 34' tür. İstatistiksel olarak cinsiyetler arasında anlamlılık saptanmamıştır,  $X^2: 7,4 \text{ df}: 7 \text{ p}> 0.05$ .

Tablo X

## SUÇUN İŞLENDİĞİ YERE GÖRE DAĞILIM

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Ev	15	50,0	18	60	33	55,0
Sokak	5	16,6	12	40	17	28,7
İşyeri	4	13,3	-	-	4	6,7
Apartman	1	3,3	-	-	1	1,6
Öğretmenevi	1	3,3	-	-	1	1,6
Düğün Salonu	1	3,3	-	-	1	1,6
Köprü Altı	1	3,3	-	-	1	1,6
Araba	1	3,3	-	-	1	1,6
Kahvehane	1	3,3	-	-	1	1,6
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Kadınların yarısından fazlasının, erkeklerin ise yarısının evlerinde suç işledikleri belirlenmiştir. İstatiksel olarak cinsiyetler arasında suçun işlendiği yer bakımından farklılık belirlenmemiştir,  $X^2: 14.8$  df: 8  $p > 0.05$ .

Tablo XI

## SUÇ ALETİNE GÖRE DAĞILIM

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Bıçak	16	53,4	22	73,4	38	63,3
Balta	2	6,7	4	13,3	6	10,0
Balyoz	1	3,3	-	-	1	1,7
Ateşli Silah	6	20,0	3	10,0	9	15,0
Yanıcı Madde	5	16,6	1	3,3	6	10,0
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Erkeklerin % 53,4'ü ve kadınların % 73,4 'ü suç aleti olarak en fazla bıçak' ı kullanmışlardır. Ateşli silah ile suç işleyen kişilerden biri ise kendi ateşli silahını yapmıştır. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır,  $X^2: 6,8$  df: 4  $p > 0.05$



Tablo XII

## ŞİZOFRENİ TANISI ALMIŞ KİŞİLERİN ALT TİPLERİNE GÖRE DAĞILIM

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Paranoid	25	83,4	20	66,7	45	75,0
Deorganize	4	13,3	5	16,7	9	15,0
Ayrıtedilemeyen	1	3,3	1	3,3	2	3,3
Rezidüel	-	-	2	6,6	2	3,3
Basit	-	-	2	6,6	2	3,3
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Şizofreni tanısı almış kadınların % 66.7' sinin, erkeklerin % 83.4' ünün şizofreni paranoid tip alt tanısı aldıkları belirlenmiştir. İstatiksel olarak cinsiyetle şizofreni alt tipler arasında farklılık belirlenmemiştir,  $X^2: 6,7$  df: 4  $p > 0.05$ .

Tablo XIII

## DENEKLERİN IQ TOPLAMI

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
50- 69 ( Hafif )	9	30,0	13	43,3	22	36,7
70- 79 ( Sınır )	14	46,6	9	30,0	23	38,3
80- 89 ( Donuk )	5	16,7	3	10,0	8	13,3
90-109 ( Normal )	1	3,3	4	13,3	5	8,3
110-119 ( Parlak )	1	3,3	1	3,3	2	3,3
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Skorlar Cattell 2A Zeka testi ile elde edilmiş olup DSM – IV kriterleri esas alınarak deneklerin zeka düzeyleri tespit edilmiştir. Şizofreni tanısı almış hastaların zeka bölümü ortalaması 68.33 olarak bulunmuştur. Bu sonuç, hastalarımızın zeka bölümleri ortalamasının “düşük” seviyede olduğunu ortaya koymuştur. Başka açıdan değerlendirildiğinde ise, hastaların % 88.3' ünün zeka düzeylerinin normalin altında, %11.7' sinin normal ve normalin üstünde olduğu saptanmıştır. Kadınlarda normal ve üstü zeka düzeyine sahip olanların ( % 16,6) erkeklere göre daha fazla olduğu görülmektedir. İstatiksel olarak da zeka düzeyi açısından cinsiyetler açısından anlamlı farklılık belirlenmiştir,  $X^2: 18,4$  df: 4  $p < 0.05$ .

HER İKİ CİNSİYETİN RORSCHACH KİŞİLİK TESTİNDEN ELDE EDİLEN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ :

a- Dış Gerçeklere Yaklaşım

Tablo XIV

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
1- Çok yönlü	1	3,3	4	13,3	5	8,3
2- Katı, aşırı somut	4	13,3	4	13,3	8	13,3
3- Herşeye hakim olma çabalarıyla birlikte telafiye yönelik davranış	5	16,6	7	23,3	12	20,0
4-Kaçış davranışlarıyla belirlenen savunucu yaklaşım ve inhibisyon	10	33,3	6	20,0	16	26,6
5- İlkel,basit,ayrışmamış	9	30,0	5	16,6	14	23,3
6- Olayları bir bütün olarak görebilen	1	3,3	4	13,3	5	8,3
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Dış gerçeklere yaklaşımda erkeklerin %33,3'ü savunucu bir tutum sergilerken kadınların %23,3' ü herşeye hakim olma çabası içindedir. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmemiştir,  $X^2: 8.84$  df: 5  $p > 0.05$ .

b- Gerçeklerin Algılanması ve Değerlendirilmesi

Tablo XV

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
1- Nesnel, akılcı	1	3,3	2	6,6	3	5,0
2- Zaman zaman öznel olmakla birlikte tümüyle uyumsuz değil	4	13,3	9	30,0	13	21,6
3- Aşırı biçimci ve kuru	8	26,6	10	33,3	18	30,0
4- Tümüyle öznel ve uyumsuz	17	56,6	9	30,0	26	43,3
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Erkeklerin çoğunluğunun gerçekleri algılamak ve değerlendirmek için tümüyle öznel olduğu, kadınların ise aşırı biçimci ve kuru olduğu belirlenmiştir. İstatistiksel olarak cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır,  $X^2: 4.8$  df:3  $p > 0.05$ .

## c- Duyguların İfadesi ve Kullanımı

Tablo XVI

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
1- Hafif Labil	3	10,0	3	10,0	6	10,0
2- Çiğ ve kontrolsüz	8	26,3	9	30,0	17	28,3
3- Aşırı bastırılmış	13	43,3	9	3,0	22	36,6
4- Cansızlaştırılmış, dondurulmuş	6	20,0	5	16,6	11	18,3
5- Uygun biçimde ifade edilen duygular	-	-	4	13,3	4	6,6
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Erkeklerin % 43,3' ü duygularını aşırı bastırırken, kadınların % 30' u çiğ ve kontrolsüz bir biçimde duygularını ifade etmektedir. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır,  $X^2 : 7.4$  df: 4  $p > 0.05$ .

## d- Affektif İhtiyaçlar ve İfadeleri

Tablo XVII

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
1- Normal	1	3,3	2	6,6	3	5,0
2- Zaman zaman aşırıya kaçan beklentiler	8	26,6	11	36,6	19	31,6
3- İlkel, çiğ, kontrolsüz oral dürtüler	11	36,6	9	30,0	20	33,4
4- Tümüyle bastırılmış	10	33,3	8	26,6	18	30,0
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Affektif ihtiyaçlarını erkekler çiğ ve ilkel bir biçimde ifade ederken kadınların zaman zaman aşırıya kaçan beklentilere kapıldığı belirlenmiştir. İstatistiksel olarak cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanamamıştır,  $X^2: 4.2$  df: 3  $p > 0.05$ .

## e-Sosyal Çevre İle İlişkiler

Tablo XVIII

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
1- Uyumlu ve doyurucu	-	-	1	3,3	1	1,6
2- Yoğun ilişki isteği ancak başarısız	7	23,4	8	26,6	15	25,0
3- İlişkilerde aşırı bağımlılık ve egosantrizm	3	10,0	3	33,3	13	21,6
4- İlişkilerde kuru ve yüzeysel	8	26,6	8	26,6	16	26,6
5- Sosyal çevre izolasyonu	12	40,0	3	10,0	15	25,0
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Sosyal çevre ile ilişkileri incelediğimizde, erkeklerin çoğunluğunun kendilerini sosyal çevreden izole ettiklerini kadınların ise ilişkilerde aşırı bağımlı olduğu bulunmuştur. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmemiştir,  $X^2$ : 6.1 df: 4  $p > 0.05$ .

## f- Anksiyetenin Niteliği

Tablo XIX

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
1- Dış nesnelere bağlı, fobik türde	1	3,4	-	-	1	1,6
2- Free- floating	9	30,0	7	23,4	16	26,6
3- Özbeğenin azalmasına ve bedenin tehlikede hissedilmesine bağlı anksiyete	9	30,0	11	36,6	20	33,4
4- Parçalanma, çözülme	11	36,6	9	30,0	20	33,4
5- Anksiyete tespit edilmedi	-	-	3	10,0	3	5,0
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Erkeklerin %36,6' sı çözülme anksiyetesi yaşarken kadınların % 36,6'sı ise özbeğenin azalmasına ve bedenin tehlikede hissedilmesine bağlı anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir. İstatistiksel olarak cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır,  $X^2$ : 4.8 df: 4  $p > 0.05$ .

## g- Agressif ve Cinsel Dürtülerin İfadesi

Tablo XX

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
1- Kontrollü	-	-	-	-	-	-
2- Zaman zaman kontrolsüz	11	36,6	8	26,8	19	31,6
3- Çiğ ve kontrolsüz	11	36,6	11	36,6	22	36,8
4- Aşırı bastırılmış	8	26,8	11	36,6	19	31,6
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Araştırma grubunun çoğunluğunun agresif ve cinsel dürtülerini ifade ederken çiğ ve kontrolsüz olduğu bulunmuştur. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmemiştir,  $X^2: 4.5$  df: 3  $p > 0.05$ .

## h- Beden İmajı

Tablo XXI

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
1- Önemli bir bozukluk yok	1	3,4	5	16,6	6	10,0
2- Bedeniyle ilgili güvensizlik	18	60,0	12	40,0	30	50,0
3- Tümüyle bozuk ve parçalanmış	11	36,6	13	43,4	24	40,0
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Tablo XXI' i incelediğimizde erkeklerin yarısından fazlası bedeniyle ilgili güvensizlik duyguları beslerken, kadınların yarıya yakını tümüyle bozuk ve parçalanmış beden imajına sahip olduğu belirlenmiştir. İstatistiksel olarak cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır,  $X^2: 3.06$  df: 2  $p > 0.05$ .

## 1- Kişilik

Tablo XXII

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
1- İçte dönük	5	16,6	7	23,3	12	20,0
2- Dışta dönük	9	30,0	11	36,6	20	33,3
3- Daralmış	16	56,6	7	23,3	23	41,6
4- Zengin	-	-	5	16,6	5	8,3
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Suç işleyen şizofrenlerin kişilik yapısına baktığımızda; erkeklerin % 56,6' sının daralmış kişiliğe, kadınların ise % 36,6' sının dışadönük bir kişiliğe sahip olduğu bulunmuştur. Cinsiyetler arasında anlamlı fark belirlenmemiştir,  $X^2: 4.8$  df: 3  $p > 0.05$ .

## j- Ego Yapısı ve Gücü

Tablo XXIII

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
1- Güçlü	-	-	4	13,0	4	6,6
2- Hafif regressif eğilimleri olan çocuksu ego	6	20,0	10	33,3	16	26,6
3- Katı savunmaları olan zayıf ego	10	33,3	9	30,0	19	31,6
4- Birincil süreçlerin hakim olduğu zayıf ego	14	46,6	7	23,3	21	35,0
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Araştırma grubunun ego yapısı ve gücünü incelediğimizde; erkeklerin çoğunluğunun birincil süreçlerin hakim olduğu zayıf egoya sahip olduğu, kadınların ise hafif regressif eğilimleri olan çocuksu egoya sahip olduğu belirlenmiştir. İstatistiksel olarak cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır,  $X^2: 3.6$  df: 3  $p > 0.05$ .

## 5. TARTIŞMA

Araştırmada suç işlemiş ve şizofreni tanısı almış kişilerin kişilik yapıları ve suç tipleri incelenmiştir. Konuyla ilgili bugüne dek yapılan çalışmalar, çoğunlukla şizofreni ve suç arasında nasıl bir bağ olduğunu şizofreni hastası olanlarda suç işleme oranı, suç işleyenlerde şizofreni olma olasılığı, şizofrenlerde ve şizofren olmayanlarda suç işleme oranlarının karşılaştırılması gibi çalışmalar ile üç değişik şekilde sorgulamıştır. Ancak erkek ve kadın şizofrenlerin işledikleri suçun tipi, suç aleti ve kişilik özellikler arasındaki farka değinilmemiştir. Araştırmamıza dahil olan suç işlemiş hastaların hepsi kronik şizofren olup alt tanı olarak paranoid tip, ayırtedilemeyen tip, deorganize tip, rezidüel tip, basit tip tanılarını almışlardır.

Çalışmamızda cinsiyetler arasındaki farka da bakılmıştır. Cinsiyet ile suç arasındaki ilişki incelendiğinde erkek hastaların kadınlardan daha fazla suç işlediklerine dair veriler vardır ( 27, 33 ). Araştırmayı yaptığımız dönemde Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Adli Servisinde bulunan 240 dosyanın 180' i erkek 60' ı ise kadın hastadan oluşmaktaydı. Suç işlemiş akıl hastalarının içinden şizofreni tanısı almış kişilere baktığımızda 30 erkek, 30 da kadın şizofren olduğu bulunmuştur. Bu da bize o dönemde suç işlemiş kadın ve erkek şizofrenlerin eşit olduğunu göstermektedir.

*Kulak ve ark.* çalışmasında (1996) deney grubundaki kadın- erkek oranı 1/9 olarak bulunurken ( 24 ), Özdemir (1992)'de bu oran 1/11' dir ( 32 ). *Sayıl ve Tuğcu* (1988) erkeklerin kadınlara oranla daha fazla ( 1/ 6 ) cinayet işlediklerini tespit etmiştir ( 37 ). *Maner ve ark* ( 1991 ) ise cinsiyet ile suç ilişkisini incelediklerinde erkek hastaların kadın hastalara oranla daha çok suç işlediklerini bulmuşlardır ( 28 ). *Durbin ve ark.* ( 1977 ) 286 erkek ve kadın hastayı inceledikleri araştırmada, erkek hastaların genel popülasyondaki erkeklerden fazla oranda tutuklandığını, kadın hastaların tutuklanma oranının ise genel popülasyona benzer olduğunu belirlemiştir ( 13 ). Çalışmamızda suç işlemiş akıl hastalarının kadın - erkek oranı 1/ 3 olarak bulunmuştur, bu oran yabancı ve yerli literatür' ün verdiği orana yakın bir orandır. Ancak suç işlemiş hastaların içinde şizofrenlerin kadın erkek oranı eşit tespit edilmiştir.

Deneklerimizin yaşlarına baktığımızda genelde %31,6' sını 31-40' lı yaşlar arasında bulunurken erkeklerin % 40' ını 21-30 yaşları arasında kadınların ise % 36.6' sını 31-40 yaşları arasında bulunmuştur. İstatistiksel olarak cinsiyetler arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir ( Bkz. Tablo I ). *Asnis* ( 1994 ), saldırganlık ve suç davranışını inceleyen çalışmasında, gençlerin daha saldırgan ve suçluların genellikle 25 - 30 yaşları arasında olduklarını belirtmiştir ( 4 ). *Özdemir* ( 1992 )' in ceza ehliyetine sahip ve sahip olmayan homisidal davranış göstermiş gruplarla yaptığı çalışmasında ceza ehliyetine sahip kişilerin % 73' ünün 20 - 30 ve 40' lı yaşlar olduğu belirlenmiştir ( 32 ). *Üge* ( 1993 ) ve *Aral* ( 1991 )' ın yaptığı çalışmalarda 20 - 30' lu yaşlar çoğunluğu oluşturmuştur ( 3, 48 ). Yine Kopenhag' daki adam öldürme oranlarının artışı ile ilgili yapılan 24 yıllık dönemi kapsayan araştırmada *Gootlieb ve arkadaşları* ( 1988 ) benzer sonuçları bulmuşlardır ( 17 ).

Olguların medeni hali incelendiğinde, % 53.4' ünün bekar olduğu ve % 33.3' ünün evli ve eşiyile birlikte yaşadığı, erkeklerin % 60' ının, kadınların ise % 66.7' sinin bekar olduğu bulunmuştur. İstatistiksel olarak cinsiyetler arasında farklılık belirlenmemiştir. *Üge* ( 1993 )' nin yaptığı çalışmada deneklerin % 39'u bekar, % 55' i evli olarak bulunmuştur (48). *Özdemir* ( 1992 )' in deneklerinin % 42'si bekar % 48.5 'i evlidir ( 33 ). Benzer çalışmalarda bekar olanların % 50 oranda olduğu ve bekarlarla boşanmışların daha fazla suç işledikleri bildirilmektedir ( 8, 10 ). Yapılan çalışmalarda suç işlemiş akıl hastalarında evli olma oranı % 20' den % 48'e kadar değişen oranlarda bildirilmiş ve bekarların evlilerden daha fazla suç işledikleri ve suçu yineledikleri belirtilmiştir ( 27 ). Bu da bulgularımızın literatürle paralellik gösterdiğini kanıtlamaktadır.

Araştırma grubumuzdaki erkeklerin % 36.7' sinin işsiz, % 33.5' inin işçi, %10' unun mühendis ve mimar olduğu, kadınların ise % 90' ının ev hanımı olduğu bulunmuştur. İstatistiksel olarak cinsiyetler arasında fark belirlenmemiştir. *Üge* (1993)' nin yaptığı çalışmada deneklerinin % 27.5' inin işçi, % 26.6' sının çiftçi, % 16.9 ' unun esnaf olduğu saptanmıştır ( 45 ). *Özdemir* ( 1992 )' in çalışmasında % 36.6' sının işçi, % 16.9' unun çiftçi, % 10.3' ünün ise serbest meslek sahibi, *Aral* ( 1991 )'ın çalışmasında ise deneklerin ise % 30' unun çiftçi, % 31 'inin serbest meslek sahibi, % 20' sinin ise işçi olduğu, benzer çalışmalarda suç işlemiş hastaların işsizlik oranları düşük olmakla beraber meslekler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.



Benzer çalışmalarda suç işlemiş hastaların işsizlik oranları daha düşük olmakla beraber, meslekler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hastaların büyük çoğunluğunun çalışmadığı veya düzensiz çalıştığı belirtilmektedir ( 3, 45, 47, 51).

Olguların eğitim düzeyi düşük bulunmuştur. Hastaların % 55' inin ya okuma-yazması yok ya da ilkokul mezunudur, bu oran erkeklerde % 56.6 iken kadınlarda % 50' dir ancak erkeklerin % 10' u önlisans ya da lisans mezunu iken kadınlarda önlisans ve üniversite mezununa rastlanmamıştır. İstatistiksel olarak da cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. *Öğünç* ( 1996 )' ün çalışmasında deneklerin %55.5' i ilkokul mezunu bulunmuştur ancak suç ile öğrenim düzeyi arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanamamıştır ( 32 ). Akıl hastalarının eğitim düzeylerinin lise birinci sınıf düzeyinde olduğu belirtilen çalışmalar da vardır ( 9 ). Aynı zamanda öğrenim düzeyinin her ülkenin genel öğrenim düzeyiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Erkek olguların % 43.3' ü şehirde yaşarken kadınların % 36.7' sinin köyde yaşadığı bulunmuştur. Olguların geneline bakıldığında deneklerin %36.7' si şehirde büyümüştür. İstatistiksel olarak cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgularımız *Öğünç* ( 1996 )'ün yaptığı çalışma ile paralellik göstermektedir ve literatür tarafından da desteklenmektedir ( 32 ).

Olguların % 93,4' ünün orta ve ortanın altında ekonomik duruma sahip olduğu belirlenmiştir. Erkeklerin % 60'ı, kadınların ise %36.6' sı düşük ekonomik duruma sahiptir. *Üge* ( 1993 )' nin çalışmasında da deneklerin % 69' unun düşük ekonomik duruma sahip olduğu bildirilmiştir ( 48 ). *Öğünç* ( 1996 ) ise deneklerinin % 79' unun ekonomik bağımlı olduğu, sadece % 21' inin kendi geçimlerini sağlayabildiklerini bildirmiştir. Bulgularımız literatür ile paralellik göstermektedir ( 32 ).

Olgularımızın sosyo-kültürel durumunu incelediğimizde % 93,4' ünün orta ve ortanın altında sosyo- kültürel duruma sahip olduğu bulunmuştur. Bu bulgu *Sayı* (1988) ,*Üge* ( 1993), *Aral* ( 1991) ve *Özdemir* (1992)'in çalışmaları sonucunda elde ettikleri bulgular ile benzerlik göstermektedir ( 3, 33, 38, 48, 45 ). Araştırma grubunun yaşadıkları yer ve meslekleri göz önüne alınarak sınıflandırma yapılmıştır. Buna göre istatistiksel olarak cinsiyetler arasında anlamlı fark belirlenmemiştir.

Şizofreni tanısı almış hastaların % 88.4' ünün kasten adam öldürme suçundan hüküm giydikleri, bunların içinde erkeklerin % 93.45' ünün kadınların ise % 83.4' ünün bu suçu işledikleri bulunmuştur. Cinsiyetler arasında suç tipi açısından istatistiksel olarak farklılık belirlenmemiştir. *Valdiserri* (1986), şizofrenik hastaların şizofrenik olmayanlara göre çoğunlukla şiddet içermeyen suçlar işledikleri, soygun, sahtekarlık ve cinsel suçlar gibi planlanmış suçların şizofrenik grupta olduğu bildirmiştir ( 49 ). Oysa bizim çalışmamızda çoğunluğun kasten adam öldürme suçu işlediği belirlenmiş ve başka suçlara da rastlanmamıştır.

Deneklerimizin % 79.7' si birinci dereceden akrabalarına ve tanıdıklarına, cinsiyete göre baktığımızda ise erkeklerin % 91.2' si kadınların ise % 92' si birinci dereceden akrabalarına ve tanıdıklarına karşı suç işledikleri bulunmuştur. Araştırma grubunda erkekler çoğunlukla babalarını öldürürken, kadınlar daha çok eşlerini öldürmüşlerdir. İstatistiksel olarak cinsiyetler arasında anlamlılık saptanmamıştır.

*Soysal ve ark.*( 1993)' nın yaptığı çalışmada suç davranışının hedefi incelendiğinde, adam öldürme davranışında hedefin çoğunlukla yakın çevre, bunlar arasında da özellikle aile bireyleri olduğu belirtilmiştir (41). *Öğünç* (1996)' ün çalışmasında erkek olguların % 37' si, kadın olguların ise % 44' ü birinci derecede akrabalarına, her iki cinsiyetin ise % 35' i tanıdıklara şiddet yönelmişler, yabancılara karşı ise erkeklerin % 29' u , kadınların ise % 20' si şiddet uygulamışlardır (32).

Literatürde % 45.3 ile anne, baba, kardeş, eş ve çocuk, % 37.5 ile ikinci dereceden yakınlar ve tanıdıklar, % 17.5 ile yabancılar suçun mağdurlarını oluşturmaktadır ( 9, 26, 27, 40, 43 ). *Kulak* (1996)' ın araştırmasında denek grubunun suç mağdurları % 79 ile sanığın yakın çevresi olurken ayrıca aile içindeki mağdurlar tüm mağdurların yaklaşık % 31' ini oluşturmuştur. Suç davranışının hedefi olan kişiler arasında farklılık saptanmamıştır ( 25 ).

Suç davranışının hedefi olan kişileri inceleyen çalışmalarda, aile bireylerinin en fazla saldırıya uğrayan grup olduğu konusunda görüş birliği olmasına rağmen kurban seçiminde cinsiyetin önemi üzerinde durulmuş, kadınların aile bireyelerine erkeklerden daha sık saldırıda bulunduğu, son yıllarda ise aile dışı saldırganlığın giderek arttığı, evsiz hastaların saldırılarında hedefin tanımadıkları kişiler olduğu belirtilmiştir ( 43 ).

Bizim araştırmamızda aile bireylerine karşı suç işleyen kadın erkek oranı birbirine yakın bulunmuştur. Kadınların daha çok eşlerine karşı, erkeklerin ise babalarına karşı suç işledikleri tespit edilmiştir. Toplumda zararın tanımadığımız kişilerden geleceğine ilişkin yaygın bir kanı bulunmaktadır ( 27 ). Oysa alışmamızda olduğu gibi çeşitli çalışmalarda da suçların çoğu birinci dereceden akrabalara ve tanıdıklara karşı işlenmektedir. *Özdemir* ( 1992 ) ve *Üge* ( 1993 )' nin çalışmaları da bizi destekler niteliktedir ( 33, 48 ).

Olguların suçu işledikleri yer incelendiğinde % 55 ile ilk sırayı ev almaktadır. Erkek olgularda bu oran % 50 olurken kadınlarda % 60 olarak bulunmuştur. Bu da bize, güvenli sayılan evin aslında şizofreni hastaları için suçu mekanı olduğunu göstermektedir. Burada suçu mağdurları ile suçu işlendiği yer arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmıştır. Kasten yangın çıkaran 7 kişi kendi evlerini yakmışlardır. İstatistiksel olarak cinsiyetler arasında suçu işlendiği yer bakımından farklılık belirlenmemiştir.

Araştırma grubunun % 66.6' sı suçu aleti olarak bıçak, % 11.6' sı ateşli silah kullanmıştır. Erkek şizofrenlerin % 53.4' ü, kadın hastaların % 73.4' ü bıçak kullanırken, erkeklerin % 20' si, kadınların ise % 10' u ateşli silah kullanmıştır. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. *Kulak* ( 1996 )' in yaptığı çalışmada ateşli silah kullananlar % 42 ile birinci sırada iken % 38' lik bir oranla kesici- delici alet ikinci sırayı almaktadır ( 25 ). *Özdemir* (1992) ve *Üge* (1993)' nin çalışmalarında ilk sırayı % 39 ve % 42 ile ateşli silah almaktadır. *Cole* ( 1968 ), adam öldürmüş kadınlarla yaptığı bir çalışmada kadınların % 37 'sinin ateşli silah kullandıklarını bildirmiştir ( 1, 33, 48 ).

*Teplin* (1985), 2122 kişinin polis kayıtlarını inceleyerek yaptığı çalışmada, suçu işleme oranı açısından akıl hastalığı olan kişilerin, akıl hastalığı olmayanlardan farklı olmadığını bildirmiştir (46). Ancak adam öldüren erkeklerin incelendiği bir çalışmada, suçluların 1/3' ünden fazlasının psikiyatrik tanılarının olduğu belirlenmiş, bunların % 11' inin şizofren olduğu ve şizofreni sıklığının genel topluma oranla daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır ( 35, 43 ). *Wilcox* ( 1988 ), 127 adam öldüren olguyu incelediği çalışmasında, mahkum olan 71 kişinin 49'unda psikiyatrik hastalık saptamış ve şizofreni sıklığının toplumda beklenenden 10 kat daha fazla olduğunu belirlemiştir ( 51 ).

Araştırmamızdaki olgularımızın tümü şizofreni tanısı almış olup % 75'inin paranoid tip % 15' inin ise deorganize tip olduğu bulunmuştur. Erkeklerin % 83.4' ü kadınların ise % 66.7' si paranoid şizofren olarak bulunmuştur. İstatistiksel olarak cinsiyetle şizofreni alt tipler arasında farklılık belirlenmemiştir. Suç ile tanının ilişkisini araştıran çalışmalar incelendiğinde, suç işlemiş akıl hastalarında en sık rastlanan tanının şizofreni olduğu tespit edilmiştir. Paranoid olanların paranoid olmayanlara göre daha fazla suç işledikleri belirlenmiştir ( 29, 30, 43 ).

Deneklerimizin zeka düzeyine bakıldığında % 38.3' ünün 70-79 arası puan aldığı yani sınır zekaya sahip olduğu, % 36.6 ' sının ise 50-69 arası puan aldığı yani hafif zeka geriliğine sahip olduğu bulunmuştur. Hastalarımızın zeka bölümü ortalaması 68.33 olarak bulunmuştur. Kadınlarda normal ve üstü zeka düzeyine sahip olanların ( % 16.6 ) erkeklere göre daha fazla olduğu görülmektedir. İstatistiksel olarak da zeka düzeyi açısından farklılık belirlenmiştir. *Kulak* (1996) çalışmasındaki suç işleyen deneklerin zeka ortalaması 95 yani " normal zeka " olarak bulunmuşken, kontrol grubunun zeka ortalaması 106 ( normal ) bildirilmiştir. Bu da suç işleyen şizofrenlerin zeka düzeylerinin diğer suç işleyenlere göre düşük olduğunu bize göstermektedir.

Vakalarımızın Rorschach bulgularını incelediğimizde; % 91.5' inde dış gerçeklere yaklaşımının çok yönlü olmadığı görülmüştür. Hastaların % 26.6 gibi bir bölümünde ise olaylar karşısında inhibisyona uğrayan, güvensizliği sebebiyle olaylarla yüz yüze gelmekten ve kendinden açık vermektен korkup, kaçış davranışına sığınan bir yaklaşım sergilemektedir. Bu yaklaşım erkeklerde kadınlardan biraz daha fazla oranda rastlanmıştır ( % 7.3' lük fark ) ve erkeklerdeki % 33.3, kadınlardaki ise % 20 bulunmuştur. Kadın ve erkek deneklerin aralarındaki ilişki incelendiğinde istatistiki olarak -ki kare testine göre anlamlı bir fark bulunamamıştır. Erkek şizofrenlerde kaçış davranışlarıyla belirlenen savunucu yaklaşım ve inhibisyon ön sırayı almaktadır ( % 33.3 ); bu oran kadın şizofrenlerde % 20' ye kadar düşmektedir. Kadın şizofrenlerde ise her şeye hakim olma çabalarıyla birlikte telafiye yönelik davranış biçimi görülmektedir ( % 23.3 ); bu oran erkeklerde, % 16.6' ya düşmektedir. Diğer yaklaşım biçimleri daha düşük oranlarda bulunmuştur ve cinsiyetler arasında önemli farklar tespit edilememiştir ( Bkz. Tablo XIV ).

*Kulak* ( 1996 )'ın çalışmasında deney grubunun dış gerçeklere yaklaşımının ilkel, basit ve ayırmamış ( % 46 ) olduğu, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında ise kontrol grubunun dış gerçeklere yaklaşımının çok yönlü ve zihni sentez kabiliyetinin daha iyi olduğu belirtilmiştir ( 25 ).

Gerçeklerin algılanması ve değerlendirilmesinde, tümüyle öznel ve uyumsuz davranış erkeklerde % 56.6, kadınlarda % 30 gibi bir orana sahiptir. Aşırı biçimci ve kuru davranış % 30 oranında bulunmuştur ve kadınlarla erkekler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır ( Bkz.Tablo XV). *Kulak* (1996)' ın yaptığı çalışmada deney grubunun gerçekleri algılaması ve değerlendirmesi % 54' lük bir oranla tümüyle öznel ve uyumsuz olarak bildirilmiştir ( 25 ).

Duyguların ifadesi ve kullanımında aşırı bastırılmış duyguların her iki cinsiyette de yüksek olduğu bulunmuştur ( erkeklerde % 43.3, kadınlarda % 30, toplam % 36.6 ). Bunu, % 28.3 gibi bir oranla, çığ ve kontrolsüz duygular izlemektedir ve cinsiyetler arasında anlamlı fark arz etmemektedir. Cansızlaştırılmış, dondurulmuş duyguların ( % 18.3 ) erkeklerde ( % 20 ) kadınlardan ( % 16.6 ) daha yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir. Hafif labil duygular erkek ve kadın şizofrenlerde ( %10 ) eşit düzeyde bulunmakla birlikte, bunlar bütün grubun % 10' unu oluşturmaktadır ( Bkz.TabloXVI ). Uygun biçimde ifade edilen duygular erkeklerde rastlanmazken, kadınlarda % 13.3 tespit edilmiştir. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Benzer bir çalışmada da, kasten adam öldürme suçu işleyen kişilerin duygularını aşırı bastırıldığı bulunmuştur ( 25 ).

Affektif ihtiyaçlar ve bunların ifadesinin değerlendirilmesinde; vak'aların % 33.3 ' nün ilkel, çığ ve kontrolsüz oral dürtülere sahip olduğu bulunmuştur ( erkeklerde % 36.6, kadınlarda % 30 ). Zaman zaman aşırıya kaçan beklentiler, kadınlarda ( % 36.6 ) erkeklerden ( %26.6 ) daha yüksek oranda rastlanmıştır ( toplam % 31.6 ). Vak'aların önemli bir kısmının ( % 30 ) affektif ihtiyaçlarını tümüyle bastırıldığı, % 5' nin ise normal ifade edebildiği bulunmuştur ( Bkz. Tablo XVII ). İstatistiksel olarak cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. *Kulak* ( 1996 )' ın araştırmasında da deney grubunun % 60' ının ilkel, çığ ve kontrolsüz dürtülere sahip olduğu bildirilmiştir ( 22 ).

Olgularımızın sosyal çevre ile ilişkileri % 98.2 oranında bozuk bulunmuştur. Araştırma grubunda % 26.6 ile kuru ve yüzeysel ilişkiler ön sırayı almaktadır ( erkeklerde % 26.6, kadınlarda % 26.6) ve cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Sosyal çevre izolasyonuna erkeklerde ( % 40 ) daha yüksek oranda rastlanırken ( kadınlarda % 10 ), yoğun ilişki isteğine ise % 25 oranlarında tesadüf edilmiştir. İlişkilerde aşırı bağımlılık ve egosantrik ilişki tarzının kadınlarda ( %33.3 ) erkeklerden ( %10 ) daha fazla oranda olduğu bulunmuştur. Uyumlu ve doyurucu ilişki tarzına erkeklerde rastlanmazken, kadınlarda % 3.3 olarak tespit edilmiştir ( Bkz.Tablo XVIII ). Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmemiştir. Kulak (1996)' ın çalışmasındaki bulgularda bizi destekler niteliktedir ( 25 ).

Parçalanma anksiyetesi toplamda % 33.4 olarak bulunmuştur. Bu oran erkeklerde % 36.6'a yükselmekte iken kadınlarda % 30' a düşmektedir. Aynı zamanda özbeğenin azalmasına ve bedenin tehlikede hissedilmesine bağlı anksiyetede genel oran %33.4, erkeklerde % 30, kadınlarda ise % 36.6 olarak bulunmuştur. Kadınlarda yine özbeğenin azalmasına bağlı anksiyete % 36.6 ile ön sırayı almaktadır. Erkeklerde ikinci sırada özbeğenin azalmasına ve bedenin tehlikede hissedilmesine bağlı anksiyete varken, free floating anksiyete % 30 olarak bulunmuştur. Dış nesnelere bağlı fobik türde anksiyete kadınlarda rastlanmazken erkeklerde %3.4 olarak bulunmuştur. Sadece kadınların % 10' unda anksiyete tespit edilememiştir ( Bkz.Tablo XIX ). İstatistiksel olarak cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Agressif ve cinsel dürtülerin ifadesinde vakaların % 36.8' inde çığ ve ilkel dürtülerin varlığı tespit edilmiştir. Zaman zaman kontrolsüz ve aşırı bastırılmış dürtülerin varlığı da % 31.6 olarak bulunmuştur ( bu iki grupta cinsiyetler arasında %10 fark mevcuttur ). Kontrollü ifade biçimine her iki cinsiyette de rastlanmamıştır ( Bkz.Tablo XX). Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmemiştir. Bu bulgu, hem kadınların hem de erkeklerin aggrsyonlarını kontrol edemediklerini bize göstermektedir.

Bedenleriyle ilgili güvensizlik duyguları her iki cinsiyette de birbirine yakın orandadır ( erkeklerde % 60, kadınlarda % 40, toplam % 50 ). Araştırma grubuna genel olarak değerlendirdiğimizde tümüyle bozuk ve parçalanmış beden imajına % 40 oranında rastlanmış, kadın şizofrenlerin beden imajlarının erkeklerden daha bozuk ve parçalanmış olduğu bulunmuştur. Araştırma grubunun % 10' unun, kadınların ise % 16.6' sının beden imajında önemli bir bozukluk saptanmamıştır ( Bkz. Tablo XXI ). İstatistiksel olarak beden imajı ile ilgili cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Kişilik yapılarını incelediğimizde; daralmış kişilik yapısı erkeklerde % 56.6, kadınlarda % 26.6 oranındadır. Dışa dönüklük kadınlarda bariz bir şekilde yükselmekte ve % 36.6 'ya ulaşmaktadır ( erkeklerde ise % 30' dur).Buna ek olarak içedönüklük kadınlarda % 23.3 iken erkeklerde 16.6' dır. Ancak zengin kişilik yapısı kadınlarda % 8.3 iken erkeklerde rastlanmamıştır ( Bkz. Tablo XXII ). Cinsiyetler arasında anlamlı fark belirlenmemiştir.

Hastalarımız ego yapısı ve gücü açısından değerlendirildiğinde, % 35 ile birincil süreçlerin hakim olduğu zayıf ego yapısının ilk sırayı aldığı ve cinsiyetler arasında bu açıdan % 23.3 ' lük bir fark olduğu görülmektedir ( erkeklerde % 46.6, kadınlarda % 23.3 ). Bunu, % 31.6 gibi büyük bir oranla, katı savunmaları olan zayıf ego takip etmektedir ve cinsiyetler arası fark düşüktür. Hafif regressif eğilimleri olan çocuksu ego yapısına % 26.6 oranında rastlanırken cinsiyetler arasında % 13.3 oranında bir fark görülmüştür.. Güçlü ego yapısının sadece % 6.6 oranında bulunabilmiş olması, vakaların % 93.4' ünün yetersiz bir egoya sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca kadınların erkeklere oranla daha güçlü bir egoya sahip olduğu tespit edilmiştir ( Bkz. Tablo XXIII ). İstatistiksel olarak incelediğimizde; cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgular Üge ( 1993 ) ve Kulak ( 1996 )' ın bulgularıyla paralellik göstermektedir ( 25,48 ).

Yaptığımız literatür taramasında, suçluların kişilik özelliklerini tesbit için daha çok MMPI ( Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Minesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri )' in kullanıldığını görmekteyiz. *Kalichman*' da MMPI' ı kullanarak iki ayrı çalışma yapmıştır. Bu çalışmaların birinde yabancıları öldüren adamların, aile bireylerini öldüren kadın ve erkeklerden daha dışadönük, impulsif ve sosyopatik olduğunu tespit etmiştir. Mahkum edilmiş 118 erkek denekle yaptığı diğer çalışmada ise Kalichman, bu deneklerin MMPI profillerinden elde edilen skorlara göre, normallerden daha hipomanik ve psikopatik sapma gösterdiklerini bulmuştur ( 21, 22 ).

Kişilik özellikleri incelendiğinde; erkek hastalarda kaçış davranışlarıyla belirlenen savunucu yaklaşım ve inhibisyon, kadın hastalarda ise her şeye hakim olma çabalarıyla birlikte telafiye yönelik davranış ön plandadır, bunu erkeklerde ilkel, basit ve ayrışmamış davranış takip eder. Çok yönlü ve sıhhatli yaklaşımın her iki cinsiyette de düşük olduğu görülmektedir ( %8,3 ). Vakalarımızın tamamına yakın bir kısmının dış gerçeklere yaklaşımda psikotik davrandıkları söylenebilir. Gene vakalarımızın sadece % 5' inde gerçeklerin değerlendirilmesinde nesnellik ve rasyonellik bulunabilmiştir. Bu bulgular da psikotik yaklaşımı teyit etmektedir. Kadınlarda çığ ve kontrolsüz duygulara erkeklerden daha fazla rastlanırken, aşırı bastırılmış duygular erkeklerde kadınlardan daha fazla oranda rastlanmış olması ilginçtir.

Kadınların duygularının, çığ ve kontrolsüz olması onların aniden öfkelenmesine neden olurken, erkeklerin duygularının aşırı bastırılmış olması erkek hastaların öfkelerini biriktirdikleri yönünde bir delil olarak yorumlanabilir. Nitekim affektif ifadelerin ve ihtiyaçların ilkel, çığ ve kontrolsüz olduğunun tespit edilmesi vakaların % 33.4' ünün dürtülerini kontrol edemediğini, süperegolarının zayıflamış olduğunu ve suç işlemeye yatkın olduklarını göstermekle birlikte bu durumun erkeklerde daha fazla ( % 36,6 ) görüldüğü söylenebilir . Özbeğenin azalmasına ve beden tehlikede hissedilmesine bağlı anksiyete kadınlarda yüksek bulunurken, parçalanma ve çözülme anksiyetesi erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. Burada kadınların bedenlerini tehlikede hissetmesine bağlı bir anksiyete, erkeklerin ise çözülme anksiyetesi yaşadıkları söylenebilir.



Agressif ve cinsel duyguların çığ ve ilkel olması ( % 36.6) şizofreni hastalarının özelliklerindedir. Her iki cinsiyette de sosyal çevreyle ilişkilerin yetersiz, yüzeysel veya başarısız bulunması dikkat çekicidir. Uyumlu ve doyurucu ilişki düzeyi bütün vaka'ların sadece % 1.6' sında tespit edilebilmiştir. Sosyal çevre izolasyonu en fazla erkeklerde ( % 40 ) bulunmuştur. Bu da şizofreninin tanımlamaları arasında bulunmaktadır. Bu da şizofreni hastalarının sosyal ilişkide yetersiz ve yüzeysel olduklarını ya da tamamen sosyal çevreden kendilerini izole ettiklerini göstermektedir.

Vakalardaki anksiyete düzeyinin yüksek bulunması dikkat çekicidir. Aynı zamanda 55 vaka' da ( %91.6 ) anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Kadınlarda dışa dönüklüğün, erkeklerde ise daralmış kişiliğin daha fazla bulunması kadınların suç işlemeye daha yatkın olduklarını göstermektedir ( Suç ile kişilik arasındaki ilişki bakımından Eysenck “ extravert ( dışadönük ) – nörotiklerin “ suçlu olma eğiliminde olduklarını savunur.). Vakalarımızın %35' inde birincil süreçlerin hakim olduğu zayıf ego saptanmıştır. Erkeklerde zayıf ego ( %46.6 ), kadınlarda regressif eğilimleri olan çocuksu ego ( %33.3 ) ön planda bulunmuştur. Buna ek olarak erkeklerin dürtü ve duygularını kontrol edemediği söylenebilir.

Suç davranışının en çok genç hastalarda görüldüğü bildirilmişken; yaş ve tanı grubunu birlikte inceleyen araştırmalarda, genel olarak erkek hastaların kadın hastalardan daha saldırgan oldukları; erkeklerin saldırgan davranışta bulunmasının genetik ve kültürel etkenlere bağlı olabileceği; suçun boşanmış, dul ya da bekar erkeklerde daha sık görüldüğü, genelde bu kişilerin düşük sosyo- ekonomik sınıftan oldukları, tanı olarak özellikle şizofreni alt grubu olan paranoid tipin görüldüğü ve en çok aile bireylerini hedef aldığı bildirilmiştir ( 27, 32, 33, 43 ). Bizim araştırmamızda suç işlemiş akıl hastaların kadın ve erkek oranı 1/3 olarak bulunmuştur, bunların içinde 30 erkek 30 kadın şizofren tanısı almış hasta tespit edilmiştir. Bu da erkek hastaların kadın hastalardan daha saldırgan olduklarını göstermektedir. Hastalarımızın yaş ortalaması 39.3' tür. Bu da araştırma grubumuzun orta yaş'a yakın olduğunu göstermektedir. Boşanmış, dul ya da bekar suç işlemiş kadın şizofrenlerin erkeklerden daha fazla suç işlediği, genelde her iki cinsiyetin düşük ekonomik ve sosyo-kültürel sınıftan olduğu, daha çok şizofreni alt grubu olan paranoid tipin görüldüğü ve en çok ta aile bireylerini hedef aldıkları belirlenmiştir. Bulgularımız literatüre bu açıdan katkıda bulunmakta, diğer bulgular açısından da paralellik göstermektedir.

## 6. SONUÇ

Olguların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde suç işleyen erkek şizofrenlerin % 40'ının 41-50 yaş aralığında, kadın şizofrenlerin ise % 36.6'ının 31-40 yaş aralığında toplandığı, erkeklerin % 60'ının kadınların ise % 66.7'sinin bekar olduğu, erkeklerin % 36.7'sinin işsiz kadınların ise % 90'ının ev hanımı olduğu, erkeklerin % 43.3'ünün şehirde kadınların % 36.7'sinin köyde yaşadığı, erkeklerin % 46.6'sının kadınların ise % 33.4'ünün ilköğretim mezunu olduğu, erkeklerin % 60'ının kadınların % 36.6'sının düşük sosyo-ekonomik seviyeye sahip olduğu buna paralel olarak da erkeklerin % 60 ve kadınların % 53.3 oranla düşük sosyo- kültürel duruma sahip oldukları saptanmıştır.

Olguların işledikleri suç tipine baktığımızda erkeklerin % 93.4'ü, kadınların ise % 83.4'ü kasten adam öldürme suçunu işlemiştir. Şizofrenlerin suç mağdurlarına baktığımızda erkeklerin % 91.2'si kadınların ise % 92'si yakın çevresine ( anne, baba, kardeş, eş, çocuk ve akraba ) , erkek şizofrenlerin daha çok babalarına kadın şizofrenlerin ise daha çok eşlerine karşı suç işledikleri belirlenmiştir. Buna bağlı olarak da en çok suç işlenen yer her iki cinsiyette de % 55 ile ev olmuştur. En kolay şekilde temin edilebilecek kesici – delici suç aleti olarak bıçak % 66.7 ile ilk sıradadır.

Araştırma grubumuzu oluşturan erkek ve kadın şizofrenlerin dış gerçeklere yaklaşımı incelendiğinde erkeklerin % 33.3'ü kaçış davranışıyla belirlenen savunucu bir yaklaşım sergilerken kadınların % 23.3'ü herşeye hakim olma çabalarıyla birlikte telafiye yönelik bir tutum sergiledikleri, erkek şizofrenlerin % 56.6'sı gerçeklerin algılanması ve değerlendirilmesinde tümüyle öznel ve uyumsuz algılamalarda kadın şizofrenlerin ise % 33.3'ü nün aşırı biçimci ve kuru algılamalarda bulunduğu, erkeklerin % 43.3'ü duygularını aşırı bastırırken kadınların % 30'unun çığ ve kontrolsüz bir biçimde duygularını ifade ettikleri, erkeklerin %36.6'sı ilkel, çığ ve oral dürtüler kadınların ise % 36.6'sı zaman zaman aşırıya kaçan beklentileri doğrultusunda affektif ihtiyaçlarını ifade ettikleri saptanmıştır. Sosyal çevre ile ilişkilerine baktığımızda erkeklerin ve kadınların % 26.6'sının kuru ve yüzeysel ilişkiler sürdürdüğü görülmüştür.

Olgularımızın anksiyetesinin niteliğine baktığımızda erkeklerin %36.6' sının parçalanma ve çözümlenme anksiyetesi kadınların ise % 36.6' sının özbeğeniminin azalmasına ve beden tehlikede hissedilmesine bağlı anksiyete duyduğu görülmüştür. Agressif ve cinsel dürtülerini ifade ederken her cinsiyetin çığ ve kontrolsüz olduğu, bedenleriyle ilgili de güvensizlik duyguları yaşadıkları bulunmuştur. Erkeklerin % 56.6' sını daralmış bir kişiliğe sahipken kadınların % 36.6' sını dışadönük bir kişiliğe sahiptir. Ego yapıları incelendiğinde erkeklerin % 46.6' sının birincil süreçlerin hakim olduğu zayıf , kadınların ise % 33.3' ünün hafif regresif eğilimleri olan çocuksu egoya sahip olduğu bulunmuştur. Şizofrenlerin suç işlemlerinin sebeplerinden biri de güçlü bir egoya sahip olmamalarıdır.

IQ puanları açısından istatistiksel olarak cinsiyetler arasında belirgin bir fark belirlenmiştir. Bu da hem erkek şizofrenlerin hem de kadın şizofrenlerin suç işleminde zekanın önemli bir değişken olduğunu düşündürmektedir. Kadınlarda normal ve üstü zeka düzeyine sahip olanların erkeklere nazaran daha fazla olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak, kişilik testinden elde ettiğimiz bulgulara göre erkeklerin kadınlara göre entelektüel, affektif ve sosyal kontaktlarının ve ayrıca ego fonksiyonlarının zayıf olduğu, agresif ve cinsel dürtülerinin ifadesinin çığ ve kontrolsüz olduğu, daralmış kişilik özellikleri sergiledikleri görülmüştür. Bu bulgular ışığında, erkek şizofrenlerin kadın şizofrenlere göre suça daha yatkın oldukları söylenebilir.

Konu ile ilgili bilgilere katkıda bulunmak amacıyla yapılmış bu çalışmada, suç işlemiş kadın ve erkek şizofrenlerin kişilik yapılarını, sosyodemografik ve kriminolojik özelliklerini incelemeye çalıştık. Bu konu ile ilgili prospektif olarak geniş kapsamlı araştırmalar düzenlenebilir. Suçun ve suçlunun önceden tahmin edilmesi gibi son derece önemli bir konuya daha çok ışık tutmak amacıyla, şizofrenlerin suç içeren davranışlarını öngörmeye ve önlemeye yönelik her türlü bilginin ve bilimsel verinin ortaya konulması yararlı olacaktır.

## 7. ÖZET

Bu çalışma suç işlemiş ve şizofreni tanısı almış erkek ve kadınların kişilik yapılarını araştırmak amacıyla düzenlenmiştir.

Retrospektif olarak yapılan bu çalışmada temel amacımız, suç işlemiş ve şizofreni tanısı almış 30 erkek ve 30 kadının adli dosya özetleri ve psikogramlarını inceleyerek mukayese etmek suretiyle aralarında kişilik yapıları bakımından anlamlı fark olup olmadığını tespit etmektir.

Uygulanan kişilik testlerinden elde ettiğimiz bulgulara göre suç işlemiş erkek deneklerin kadın deneklere göre entelektüel, affektif ve sosyal kontaktlarının ve ayrıca ego fonksiyonlarının zayıf olduğu, agresif ve cinsel dürtülerinin ifadesinin çığ ve kontrolsüz olduğu, daralmış kişilik özellikleri sergiledikleri görülmüştür.

Kadın ve erkek denekler ( % 79.7 ) daha çok yakın çevrelerindeki kişilere karşı suç işlemektedir. Kadınların çoğu eşlerine karşı suç işlerken, erkekler babalarına karşı suç işlemektedir. Deneklerin çoğu ise ( % 88.4 ) kasten adam öldürme suçunu işlemiştir. Sosyodemografik özellikler açısından değerlendirdiğimizde deneklerin eğitim seviyelerinin düşük ve erkeklerin 41-50 , kadınların ise 31- 40 yaşları arasında oldukları bulunmuştur. Suç aleti olarak da bıçağı kullandıkları tespit edilmiştir.

## 8. SUMMARY

This study has been carried out in order to research the personalities of people who have committed crime and have been schizophrenia diagnosis.

Our main goal in this study, which has been retrospectively done, and compare the records of judicial conviction and psychograms of 30 men and 30 women who have committed crime and have been schizophrenia diagnosis.

According to findings we obtained from personality tests practised, it has been observed that the men participants who have committed crime and have been schizophrenia diagnosis had poor intellectual, affective and social contacts as well as poor ego functions, the explanation of aggressive and sexual impulse and bordered personality structures were dominant than women.

The mostly men and women participants in the group ( % 79.7 ) have committed crime towards people among their close environment. The majority of the women participants have committed crime especially towards their husbands, the men participants have committed crime towards their father. Also the majority of the participants in the group ( % 88.4 ) have committed homicide. When we assessed the participants in the group with respect to sociodemographic features, it has been found that participants educational level were low and men's clustered between the ages of 41-50 and women's clustered between the ages of 31-40. It has been found that mostly they have used knife as crime object.

## 9. KAYNAKLAR :

- 1 - *Appelbaum . P.S. , Robbins , P.C. & Monahan , J.*( 2000) Violence and delusions :data from the Macarthur Violence Risk Assesment Study . American Journal of Psychiatry , 157, 566- 572.
- 2- *Arkonaç, Oğuz ;* Acil Psikiyatri ; Nobel Tıp Kitabevleri (1989 ).
- 3- *Aral, F.* ( 1991) Altı Değişik Suç Türünde Psikopatik Eğilimlerin Suç Yatkınlığına Etkilerinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
- 4- *Asnis , G.M.* ( 1994 ) “ Homicidal Behaviours Among Psychiatric Outpatients”, Hospital and Community Psychiatry, 45-2; s: 127- 132.
- 5- *Beck, Samuel J;* Rorschach Tests Advances In Interpretation Grune & Stratton ( 1988 ).
- 6- *Binder, R.L., Mc Neil, D.E* ( 1988 ) Effects of Diagnosis And Context On Dangerousness, American Journal of Psyhiatry: 145- 6, s: 728- 732.
- 7- *Brennan . P.A ., Mednick , S.a. & Hodgins, S.* ( 2000 ) Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. Archives of General Psychiatry ,57, 494-500.
- 8- *Buckley Peter and Others* ( 2004 ), Insight and Its Relationship to Violent Behaviour in Patient With Schizophrenia, American Journal of Psychiatry, 161, 1712,1714.
- 9- *Chuang, H.T , Wilhans, R. Dalby, J.T.* ( 1987 ) Criminal Behaviour Among Schizophrenics, Canadian Journal of Psychiatry, 32-4, s: 255-258.
- 10- *Davis, S.* ( 1991) Violence By Psychiatric İnpatients: A Review, Hospital and Community Psychiatry: 42- 6, s: 585- 589.
- 11- *Dönmezer Sulhi,* Kriminoloji, Beta Basımevi, 1994,S.53.
- 12-DSM – IV Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı ( 4) Hekimler Yayın Birliği ( 1994 ).
- 13- *Durbin and Others* ( 1977 ) “ Criminality and Mental İllness: A study of Arrest in a Rural State”, American Journal of Psychiatry 134 – 1; s: 80-83.
- 14-*Eaton, W. & Kessler , L.* ( 1985 ) The NIMH Epidemeleogic Catchment Area Study . Epidemiological Field Methos in Psychiatry .New York : Academic Press.
- 15-*Fenichel Otto,* ( 1974 ), Nevrozların Psikoanalitik Teorisi, Ege Üniversitesi Matbaası, S.379-411.
- 16- *Gençtan, E.* ( 1988 ) Çağdaş Yaşam ve Normaldışı Davranışlar, Remzi Kitabevi, İstanbul, s: 73- 82.

- 17- *Gootlieb, P., Gabrielsen G., Kramp, P.* ( 1988 ) Increasing Rates Homicide in Copenhagen from 1959 to 1983, *Acta. Psychiatrica Scandinavica*, 77: 301- 308.
- 18- *Guttmacher, M.S.*( 1955). *Psychiatry and the law*.New York :Grune & Stratton.
- 19- *Harris, G., Rice , M. & Quinsey , V.* ( 1993) Violent Recidivism of mentally disordered offenders: the development of statistical prediction instrument .*Criminal Justice and Behavior*, 20 , 315- 335.
- 20- *Jablensky , A.* ( 1993 ) The epidemiology Of Schizophrenia .*Current Opinion in Psychiatry* , 6 : 43- 52.
- 21- *Kalichman, S.C.* ( 1988 ) Emprically Derived MMPI Profile Subgroups of Incarcerated Homicide Offenders, *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 4, No. 5: 733-738.
- 22- *Kalichman, S.C.* ( 1988 ) MMPI Profiles of Women and Men Convicted Of Domestic Homocide, *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 44, No: 6: 847-853.
- 23- *Kaplan I.Harold & Sadock J.Benjamin, Abay Ercan Prof.*, *Klinik Psikiyatri El Kitabı, Nobel Kitabevi* , II.Basım, S 74-87
- 24- *Koptagel- İlal, G.*( 1991 ) *Tıpsal Psikoloji, Yeni Eklerle Genişletilmiş, Güneş Kitabevi, Ankara*, 3. Baskı, s. 275-296.
- 25- *Kulak, H. Ve ark.* ( 1996 ) *Kasten Adam Öldürme Suçu Faillerinin Kişilik Yapıları ve Sosyodemografik Özellikleri, Adli Tıp Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, 1996, İstanbul.*
- 26- *Lidz T. ve Ark.*( 1966 ) *Schizophrenia and The Family. New York : International Univ. Press.*
- 27- *Lindqvist , P. & Allebeck , P.* ( 1990 ) Schizophrenia and Crime .A longitudinal follow – up of 644schizophrenics in Stockholm .*British Journal of Psychiatry* , 157 , 345 – 350.
- 28- *Maner, F, Kayatekin Z ve ark.* ( 1991) *Psikiyatrik Hastalıklar ve Suç, Düşünen Adam*, 4-1, s: 6- 13.
- 29- *Monahan, J .* (1992) *Mental disorder and violent behaviour:Perceptions and evidence.American Psychologist*, 47 ( 4 ), 511- 521
- 30- *Monahan , J. & Appelbaum ,P.* ( 2000) *Reducing violence risk : diagnostically based clues from the MacArthur Violence Risk Assesment Study .In Effective Prevention of Crime and Violence among Mentally III ( e.d.S. Hodgins ) ,pp. 19 – 34.The Netherlands :Kluwer Academic Publishers.*
- 31-*Mullen , P.E., Burgess, P. ,Wallace , C.,et al* ( 2000) *Community care and criminal offending in schizophrenia .Lancet ; 355 , 614 – 617 .*

- 32- *Öğünç, Faruk* ( 1996 ), Şiddet Suçu İşlemiş Akıl Hastalarının Sosyo – Demografik Karakteristikleri ve Psikiyatrik Tanıları, İ.Ü Adli Tıp Enstitüsü, Uzmanlık Tezi , İstanbul.
- 33- *Özdemir, F.S.* ( 1992 ) Adli Psikiyatri Açısından Homisidal Davranışlar, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Birimi, İstanbul.
- 34- *Öztürk, Orhan* ; Ruh Sağlığı ve Bozuklukları,Hekimler Yayın Birliği, 1997, S 175-215.
- 35- *Piotrowski, Z. A*; Perceptonalysis : A Fundemental Reworked, Expanded And Systematic Rorschach Method. Newyork Mc.Millan, ( 1957 )
- 36- *Rorschach, Herrman, Kronoberg, Rubber, Lemkamnal,L* ; Psychodiagnosics. A diagnostic Test Based On.Perception Hogrefe& Huber Press (1998 ).
- 37- *Rossi , M., Jacobs, M., Monteleone, M.* ( 1986 ) Characteristics of Pschiatric Patients Who Engage Assaultine or Other Fear- İnducing Behaviour, Journal of Nervous And Mental Disease; 174-3, s: 154- 160.
- 38- *Sayıl, I., Tuğcu, H.* ( 1988 ) Toplumumuzda İntihar ve Adam Öldürme Üstüne Kıyaslamalı Bir Çalışma, XXIV, Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Serbest Bildiriler, UDK Yayınları – Saypa, Ankara, s: 218- 226.
- 39- *Schaffer, Roy, Rapport David* : The Clinical Applicaton Of Psychological Tests, Brıgnam Pres, London, s: 115-200.
- 40- *Sokulu, F.* ( 1989) Kriminolojide Suç Nedenlerine İlişkin Teoriler, Ceza Hukuku El Kitabı, Birinci baskı, Beta Basımevi, İstanbul, s: 35-37.
- 41- *Soysal, H., Uygur, N.* ( 1993 ), Psikotik Hastaların Öldürme Davranışında Hedef Kitle, Nöropsikiyatri Arşivi, 30 – 2 , s: 342-347.
- 42- *Taylor , P.J, Gunn, J.* ( 1984 ) Violence and Psychosis: Risk of Violence Among Psychotic Men, British Medical Journal , 288, s: 1945- 1949.
- 43- *Taylor, P.J.*( 1985) .Motives for offending among violent and psychotic men .British Journal of Psychiatry , 147 , 491-498.
- 44- *Taylor, P.J.*(1998) When symptoms of psychosisı drive serious violence .Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology , 33 , S47 – S54.
- 45- *Taylor, P.J.& Gunn, J.* (1999) Homicides by people with mental illness: myth and reality . British Journal of Psychiatry , 174 , 9- 14 .
- 46- *Teplin, L.A.* ( 1984 ) Criminalizing mental disorder.The comparative arrest rate of the mentally ill. American Psychologist, 39, 784- 803.



- 47- *Tiihonen ,J., Isohannio , M., Rasanen , P.,et al* (1997) Specific major mental disorders and criminality : a 26- year prospective study of the 1966 northern finland Birth cohort. *American Journal of Psychiatry* ,154, 840 – 845 .
- 48- *Üge, B.* ( 1993 ) Agressivite ve Empulsivite Faktörlerinin Suçluların Şahsiyet Yapısındaki Rollerini, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 49- *Valdiserri, E. V.* ( 1986 ), A Study Of Offenses Committed By Psychotic İnmates İn A Country Jail, Hospital and Community Pscyhiatry: 37-2, s: 163 – 166.
- 50- *Wallace , C., Mullen , P., Burgess , P., etal* ( 1998) Serious criminal offending and mental disorder .Case linkage study . *British Journal of Psychiatry* , 172 , 477- 484 .
- 51- *Weller,M.P. et Weller ,B.G.* ( 1988 ) .Crime and Mental illness.Medicine, Science and the Law,28, 38 – 45.
- 52- *Yavuzer, H.* ( 1982 ) Çocuk ve Suç, 3. Baskı, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, s: 11-22, 330-302
- 53- *Zileli,Leyla* ; Ruh Sağlığı ve Bozuklukları . Hekimler Yayın Birliği ( 1995 ), s: 25-35.
- 54- *Ziyalar ,Adnan*; Psikiyatrik Semioloji ve medikal Psikoloji.Yüce Yayım ( 1999 ),s: 41-50.

## ÖZGEÇMİŞ

1979 İstanbul doğumluyum. İlk- orta ve liseyi Özel Kültür Koleji'nde okudum. 1997-2001 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji bölümünde okudum. Çeşitli kurumlarda eğitimci ve psikolog olarak görev yaptım. 2002 yılında Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim dalına lisansüstü eğitimimi tamamlamak için başvurduğum. 2003 – 2005 yılları arasında İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Androloji Anabilimdalı Cinsel Fonksiyon Bozuklukları biriminde asistan olarak görev aldım. 2005 yılı Ocak ayından itibaren Adalet Bakanlığı'na bağlı Zeytinburnu 1. Aile Mahkemesinde görev yapmaktayım.



