

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

**SUÇ İŞLEMİŞ ERKEK ŞİZOFRENİ HASTALARINDA  
MADDE KULLANIM VARLIĞININ,  
SUÇ VE ŞİDDET ÖZELLİKLERİNE ETKİSİ**

**Dr. M. Emrah ÇİNİK**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Oya GÜÇLÜ GÖNÜLLÜ

İSTANBUL - 2013



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

**SUÇ İŞLEMİŞ ERKEK ŞİZOFRENİ HASTALARINDA  
MADDE KULLANIM VARLIĞININ,  
SUÇ VE ŞİDDET ÖZELLİKLERİNE ETKİSİ**

**Dr. M. Emrah ÇİNİK**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Oya GÜÇLÜ GÖNÜLLÜ

İSTANBUL - 2013

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

TEZ DEĞERLENDİRME FORMU

ADI SOYADI: DR. MUHAMMET EMRAH ÇİNİK

UZMANLIK DALI: RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

TEZİN ADI: SUÇ İŞLEMİŞ ERKEK ŞİZOFRENİ HASTALARINDA MADDE KULLANIM  
VARLIĞININ, SUÇ VE ŞİDDET ÖZELLİKLERİNE ETKİSİ

|                                         |            |
|-----------------------------------------|------------|
| 1-Sayfa Sayısı:                         | : 132      |
| 2-Tablo Sayısı                          | : 21       |
| 3-Şekil Sayısı:                         | : 0        |
| 4-İstatistik Sayısı:                    | : 4        |
| 5-Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu | : 357      |
| 6-Yazı Tertibi                          | : BAŞARILI |
| 7-Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet    | : BAŞARILI |
| 8-İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu  | : BAŞARILI |
| 9-Orijinal Olup Olmadığı                | : ORJİNAL  |

SONUÇ: BAŞARILI

TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Üye

Doç. Dr. Murat ERKIRAN  
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman  
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.  
Psikiyatri Kliniği Koordinatörü  
Sicil No: 59221

Üye

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

Üye

Doç. Dr. M. Cem İLNEM  
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman  
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.  
Psikiyatri Kliniği Koordinatörü  
Eğitim Görevlisi  
Sicil No: 22002

ONAY

05.06.2013

Doç. Dr. Murat ERKIRAN

Başhekim



## I. ÖNSÖZ

*Mesleki beceri ve bilgimin oluşmasında en büyük pay sahibi olan hastalarım,*

*Uzmanlık eğitimim süresince klinik bilgi ve tecrübesini esirgemeyen, deneyimlerinden yararlandığım değerli Klinik şefim ve Hastane Başhekimimiz;*

*Doç. Dr. Murat ERKIRAN' a,*

*Klinik eski şefim; Prof. Dr. Hüsnü ERKMEN'e,*

*Tezimin tüm aşamalarında yardım ve katkılarından dolayı, Değerli uzmanım ve tez danışmanım; Uzm. Dr. Oya GÜÇLÜ'ye, Tezimin istatistik aşamasında desteğini esirgemeyen bu konudaki bilgisine hayran kaldığım Uz. Dr. Ömer ŞENORMANCI'ya, her zaman varlığıyla bana destek olan ve yol gösteren değerli uzmanım Uzm. Dr. Ramazan KONKAN'a,*

*Rotasyonlarım sırasında birlikte çalışma fırsatı bulduğum değerli hocalarım; Uz. Dr. Nihat ALPAY, Doç. Dr. Baki ARPACI, Doç. Dr. Defne Tamar GÜROL, Uz. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Erhan KURT, Doç. Dr. Cüneyt Evren, Uz. Dr. Özden Şükran ÜNERİ'ye,*

*9.psikiyatri başta olmak üzere eğitimim süresince beraber çalıştığım, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım tüm uzman ve asistan doktor arkadaşlarıma, birlikte çalışmaktan keyif aldığım psikolog, tıbbi sekreter, hemşire ve yardımcı sağlık personeli arkadaşlarıma,*

*Sonsuz destek ve sevgileri için, canım ailem'e,*

*Tez sürecinde Van depreminde hayatını kaybeden canım teyzem Melek'e,*

*Umutum oğlum Rüzgar'ıma,*

*Sonsuz Teşekkürler...*

Dr. M.Emrah ÇİNİK

İstanbul 2013

## II. İÇİNDEKİLER

### Sayfa No

|                                                                         |            |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>I. ÖNSÖZ</b> .....                                                   | <b>I</b>   |
| <b>II. İÇİNDEKİLER</b> .....                                            | <b>II</b>  |
| <b>III. ÖZET</b> .....                                                  | <b>IV</b>  |
| <b>IV. ABSTRACT</b> .....                                               | <b>V</b>   |
| <b>V. KISALTMALAR</b> .....                                             | <b>VI</b>  |
| <b>VI. TABLO LİSTESİ</b> .....                                          | <b>VII</b> |
| <b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....                                           | <b>1</b>   |
| <b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....                                          | <b>5</b>   |
| <b>2.1. Şizofreni</b> .....                                             | <b>5</b>   |
| 2.1.1. Tanım.....                                                       | 5          |
| 2.1.2. Tarihçe .....                                                    | 5          |
| 2.1.3. Epidemiyoloji .....                                              | 7          |
| 2.1.4. Etyoloji .....                                                   | 7          |
| 2.1.4.1. Genetik.....                                                   | 8          |
| 2.1.4.2. Çevresel Etkenler .....                                        | 8          |
| 2.1.4.3. Sosyal Etkenler .....                                          | 9          |
| 2.1.4.4. Hastalık Öncesi Kişilik Özellikleri .....                      | 10         |
| 2.1.4.5. DSM-IV-TR tanı ölçütleri .....                                 | 11         |
| 2.1.4.6. ICD-10 Tanı Ölçütleri.....                                     | 12         |
| 2.1.4.7. DSM-IV-TR'ye Göre Şizofreni Alt Tipleri ve Tanı Ölçütleri..... | 13         |
| 2.1.5. Şizofrenide Remisyon Kavramı.....                                | 14         |
| 2.1.6. Prognoz .....                                                    | 15         |
| <b>2.2. Şiddet, Saldırganlık ve Suç</b> .....                           | <b>18</b>  |
| 2.2.1. Psikiyatrik Hastalıklar ve Suç ilişkisi .....                    | 18         |
| 2.2.2. Şizofreni ve Suç .....                                           | 21         |
| 2.2.3. Türkiye'de Yasal Süreç .....                                     | 24         |
| <b>2.3. Madde Kullanım Bozuklukları</b> .....                           | <b>31</b>  |
| 2.3.1. Madde Bağımlılığı.....                                           | 32         |
| 2.3.2. Şizofreni Hastalarında Alkol-Madde Kullanımı.....                | 35         |
| 2.3.2.1. Yaygınlık .....                                                | 35         |

|                                                                      |            |
|----------------------------------------------------------------------|------------|
| 2.3.2.2. Komorbid hastaların Sosyodemografik Özellikleri: .....      | 37         |
| 2.3.2.3. Komorbid hastaların Tercih Ettiği Maddeler .....            | 38         |
| 2.3.2.4. Etyoloji.....                                               | 41         |
| 2.3.2.5. Komorbid Madde kullanımının Hastalık Gidişine Etkileri..... | 43         |
| 2.3.2.6. Komorbid Hastalarda Şiddet.....                             | 44         |
| 2.3.2.7. Komorbid Hastalarda Suisid .....                            | 45         |
| <b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>                                      | <b>48</b>  |
| <b>3.1. Çalışma Evreni .....</b>                                     | <b>48</b>  |
| 3.1.1. Çalışmaya Alınma Ölçütleri .....                              | 49         |
| 3.1.2. Dışlama Ölçütleri.....                                        | 49         |
| <b>3.2. Çalışmada Kullanılan Gereçler .....</b>                      | <b>50</b>  |
| <b>3.3. İstatiksel Yöntem .....</b>                                  | <b>51</b>  |
| <b>4. BULGULAR .....</b>                                             | <b>52</b>  |
| <b>5. TARTIŞMA.....</b>                                              | <b>72</b>  |
| <b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>                                    | <b>84</b>  |
| <b>7. KAYNAKLAR.....</b>                                             | <b>85</b>  |
| <b>8. EKLER.....</b>                                                 | <b>114</b> |
| Etik Kurul Onayı .....                                               | 114        |
| Bilgi Toplama Formu .....                                            | 115        |
| Taylor Suç Şiddet Değerlendirme Ölçeği .....                         | 120        |
| PANNS Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği .....                        | 121        |
| İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği.....                    | 122        |
| Onam Formu .....                                                     | 123        |

### III. ÖZET

#### Suç İşlemiş Erkek Şizofreni Hastalarında Madde Kullanım Varlığının, Suç ve Şiddet Özelliklerine Etkisi

Dr. M. Emrah ÇİNİK

**Amaç:** Çalışmanın amacı suç işlemiş erkek şizofreni hastalarında madde kötüye kullanımının; suç ve şiddet davranışı ,hastalığın klinik bulguları, ve tedavi uyumu üzerine etkilerinin araştırılması amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Adli psikiyatri biriminde işledikleri bir suç nedeniyle yatarak gözlem ya da koruma ve tedavi amacıyla bulunan, 18-65 yaş arası, en az iki psikiyatri uzmanı tarafından DSM–IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konmuş erkek hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalardan yaşamının bir döneminde ve veya şu anda DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre madde kullanım bozukluğu bulunanlar belirlenerek Madde kullanımı öyküsü olan (n= 50) ve Madde kullanım öyküsü olmayan (n=50) olarak iki grupta Sosyodemografik Veri formu, PANNS, İç görünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Taylor Suç Şiddet Derecelendirme Skalası ile değerlendirildi. Her iki grup sosyodemografik özellikleri, hasta bilgileri ve ölçek skorları bakımından karşılaştırıldı.

**Bulgular:**Çalışmaya katılan madde kullanım Eş tanılı grubun %90 oranında paranoid alt tip olduğu saptanmıştır.ayrıca çocuklukta şiddete maruziyet, suicid girişimi, kendine zarar verme,eş tanılı grupta daha yüksek bulunmuştur.PANSS puanları arasına pozitif alt ölçek, genel psikopatoloji ve PANSS toplam puanları madde kullanan grupta daha yüksek saptanmıştır.madde kullanan grubun belirgin şekilde tedaviye uyum sağlamadığı bulunmuştur.Madde kullanan grubun toplam suç işleme sayısının fazla olduğu, suçu daha çok tanıdık olmayan kişilere karşı işledikleri bulunmuştur.madde kullanan grubun % 88'inin suç sırasında madde kullandığı ve madde çeşidi olarak esrar ve karışık madde tercih ettiği bulunmuştur, madde kullanan grubun ciddi şiddet işlediği,suç aletinin daha çok bıçak,tabanca olduğu ve suçun niteliği olarak adam öldürme, öldürme girişimi olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:**Çalışmamızda şizofreni hastalarında madde kullanımının , psikopatoloji ,şiddet davranışı ,suç işleme davranışı ve tedavi uyumuna belirgin etkide bulunmasından hareketle, komorbiditenin tanı ve tedavi sürecinde dikkate alınması gerektiği söylenebilir. Şizofreni hastalarında madde ve suç arasında nedensel ilişkinin araştırıldığı çalışmalar korumaya yönelik önlemler geliştirmemize de yardımcı olabilir.

**Anahtar kelimeler:** Şizofreni, Eş tanı, Şiddet, Madde kullanımı

**İletişim adresi:**dr.emrahc@gmail.com

## IV. ABSTRACT

### **Impact of Using Substances on a Schizophrenic Criminal Patient's Offensive and Violent Behaviour**

Dr. M. Emrah ÇİNİK

**Objective:** The aim of this study is to investigate the effects of substance use on a schizophrenic criminal patient's offensive and violent behaviour.

**Method:** A hundred male inpatient diagnosed with schizophrenia according to DSM-IV criteria, under observation or prevention and treatment due to crime committed in Bakırköy Research and Training Hospital for Psychiatry were included in the study population. Patients were divided as two groups according to present and/or past substance use that was assessed by a structured clinical interview for DSM-IV. They were assessed with a sociodemographic questionnaire, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), The scale of three component of insight, Taylor violence scale two group. Both groups were compared according to their sociodemographic variables, clinical features and score of the scales.

**Results:** In our study patient's with substance use disorder's comorbidity was %90 paranoid subtype. They also had exposure to physical violence at childhood, tried suicide attempts and showed self destructive behaviour. PANNS positive subscale, general psychopathology and total scores were higher in the group who were using substance. Beside that they had no treatment compliance. They had committed a great amount of criminal behaviour, which were usually intended to strangers. It is showed that %88 of this group used substance during criminal behaviour. Cannabis and combined substance were used with knife, gun and sharp tools for criminal act. Nature of the crime was found as murder, attempt to kill and wounding.

**Conclusion:** We suggest the essential importance of diagnose and treatment of comorbidities should be considered due to high substance prevalence in schizophrenia patients who had criminal behaviour. The studies that are planned to research the casual relationship of substance use and criminal act in schizophrenia patients may help us to develop preventive precautions.

**Key words:** Schizophrenia, comorbidity, crime, substance use

**Contact Information:** dr.emrahc@gmail.com

## V. KISALTMALAR

|                  |                                                                     |
|------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>5-HT</b>      | : Serotonin                                                         |
| <b>DSM-III</b>   | : Psikiyatrik Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı           |
| <b>DSM-IV-TR</b> | : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı                |
| <b>DSÖ</b>       | : Dünya Sağlık Örgütü                                               |
| <b>GABA</b>      | : Gamma aminobutirik asit                                           |
| <b>ICD-10</b>    | : Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması Klinik Tanımlar |
| <b>İÜBDÖ</b>     | : İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği                      |
| <b>M.S.</b>      | : Milattan sonra                                                    |
| <b>MKB</b>       | : Madde Kullanım Bozukluğu                                          |
| <b>NMDA</b>      | : N-metil D-aspartat                                                |
| <b>PANSS</b>     | : Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği                                 |
| <b>SDA</b>       | : Serotonin-dopamin Antagonisti                                     |
| <b>TCK</b>       | : Türk Ceza Kanunu                                                  |

## VI. TABLO LİSTESİ

### Sayfa No

|                                                                                                                                                                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 1:</b> Şizofrenide Olumlu Prognoz Göstergeleri .....                                                                                                                                                                       | 16 |
| <b>Tablo 2:</b> Şizofrenide Olumsuz Prognoz Göstergeleri .....                                                                                                                                                                      | 17 |
| <b>Tablo 3:</b> Gruplara göre yaş, eğitim, meslek durumlarının karşılaştırılması .....                                                                                                                                              | 52 |
| <b>Tablo 4:</b> Gruplara göre iş durumunun, medeni durumun, kiminle yaşadığının karşılaştırılması.....                                                                                                                              | 53 |
| <b>Tablo 5:</b> Gruplara göre doğum yerinin, yaşadığı yerin, kendine ait gelirin olup olmadığının, sosyal güvencenin, göç öyküsünün, kardeş sayısının, göç sırasındaki yaşın, göç ile suç arasındaki sürenin karşılaştırılması..... | 54 |
| <b>Tablo 6:</b> Gruplara göre anne baba ayrılığının, askerlik durumunun, soygeçmişinde psikiyatrik hastalık olup olmadığının, akrabalarında suç öyküsü olup olmadığının, anne baba ayrılık yaşının karşılaştırılması .....          | 56 |
| <b>Tablo 7:</b> Gruplararası çocuklukta şiddete maruziyet ve maruz kaldığı şiddetin türünün karşılaştırılması.....                                                                                                                  | 58 |
| <b>Tablo 8:</b> Gruplara göre şizofreni alt tiplerinin karşılaştırılması.....                                                                                                                                                       | 58 |
| <b>Tablo 9:</b> Gruplara göre hastalık başlama yaşının, hastalık süresinin ve tedavi süresinin karşılaştırılması.....                                                                                                               | 59 |
| <b>Tablo 10:</b> Gruplara göre İÜBDÖ, PANSS toplam ve PANSS alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.....                                                                                                                            | 60 |
| <b>Tablo 11:</b> Gruplara göre tedavi uyumu ve ilaç kullanımlarının karşılaştırılması .....                                                                                                                                         | 61 |
| <b>Tablo 12:</b> Gruplara göre hezeyan ve hallüsinasyon içeriğinin karşılaştırılması .....                                                                                                                                          | 62 |
| <b>Tablo 13:</b> Gruplara göre hastaneye yatış özelliklerinin ve madde kullanımının karşılaştırılması.....                                                                                                                          | 63 |
| <b>Tablo 14:</b> Gruplara göre intihar girişimi ve kendine zarar verici davranış özelliklerinin karşılaştırılması.....                                                                                                              | 65 |
| <b>Tablo 15:</b> Gruplara göre toplam suç sayısının, kaçınıcı suçu olduğunun, ilk kez suç işleme yaşının, hastalık sonrası suç sayısının karşılaştırılması .....                                                                    | 66 |
| <b>Tablo 16:</b> Gruplararası geçmişteki cezaevi yaşantısının ve suç öncesi koruma tedavi öyküsünün karşılaştırılması .....                                                                                                         | 67 |

|                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 17:</b> Gruplararası suç sırasındaki yaşın, suçun kime karşı işlendiğinin karşılaştırılması.....    | 68 |
| <b>Tablo 18:</b> Gruplararası suçun şiddetinin ve suç aletinin karşılaştırılması .....                       | 69 |
| <b>Tablo 19:</b> Madde kullanan hastalarda suç sırasında madde kullanımı ve kullandığı maddenin çeşidi ..... | 70 |
| <b>Tablo 20:</b> Gruplararası suçun niteliğinin karşılaştırılması.....                                       | 71 |
| <b>Tablo 21:</b> Madde kullanan hastalarda yaşam boyu kullandıkları madde çeşitleri:.....                    | 71 |

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Saldırganlık, sözel olarak veya fiziksel bir güç harcayarak bir amaca yönelik zorlayıcı eylem olup; kızgınlık, öfke, hiddet veya düşmanlık gibi duygulanımların motor karşılığı olarak tarif edilmektedir (1). Şiddet, saldırganlığın bir türü olup, Harrington tarafından saldırgan davranış sürecinin bir uç noktası olarak tariflenmiştir (2). Suç ise; hukuki bir zarar meydana getiren, kişi veya toplum güvenliğini sarsan, kamu düzenini bozup, gelişimini engelleyen sonuçlar doğuran ve cezalandırılması gereken davranıştır. Şiddetin suç davranışı ile ilişkisi ve araştırmaların genellikle suç işlemiş kişiler üzerinde yapılmış olması nedeniyle suç tanımı önemlidir (3).

Saldırgan davranış ile psikiyatrik hastalıklar arasında doğrudan bir ilişki olduğu tarih boyunca söylenmiştir, insanların akıl hastalarına ilişkin deneyimleri, akıl hastalığı ile şiddet arasında bağlantı olduğu yargısına yol açmıştır (4).

Psikiyatrik bozuklukların hepsinde şiddet davranışı riski aynı değildir, öte yandan toplumdaki şiddet davranışının yükselmesiyle birlikte psikiyatrik olguların şiddet davranışının da yaygınlaşmakta ve buna bağlı olarak artmakta olduğu ileri sürülmektedir (5,6).

Psikiyatrik bozukluklar içinde saldırgan davranışla en alakalı grup şizofrenidir (7). Şizofreni hastalarının daha fazla şiddet davranışı gösterdiği, şiddet davranışı gösterme sıklığının kişilik bozukluğu ve genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik sendromlarda, şizofreniye göre daha az, hatta Krakowski'ye göre affektif bozukluklarda ise çok ender olduğu belirtilmektedir (8).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da psikiyatrik hastalıklarla suç ilişkisi ve özellikle şizofreni hastalarında suç işlemeyi öngören etkenler araştırılmıştır.

Türkcan ve ark.nın (9) ceza ehliyetinin tespiti için gönderilen 1831 adli olguyu araştırdıkları bir çalışmada, tüm vakaların % 34'ünün geçmişte suç işlediği, % 48.9'unun ceza ehliyetinin olmadığı ve bunların % 32.8'inde şizofreni olduğu bildirilmiştir.

1410 şizofreni hastasının son 6 aydaki şiddet davranışlarını inceleyen bir çalışmada, bu hastaların %19,1'inin şiddet davranışı gösterdiği, %3.6'sının ise ciddi şiddet davranışında bulunduğu ildirilmiştir. Ciddi şiddet davranışları psikotik ve depresif semptomatoloji, davranım bozuklukları ve travmayla ilişkilendirilirken, basit şiddet davranışları madde kötüye kullanımı, kişiler arası ve sosyal faktörlerle alakalı bulunmuştur (10).

Krakowski ve ark Şiddet eyleminin psikotik belirtilerle yakın ilişkili olduğunu belirtmiştir (11,12). Bir çok kez dezorganize ya da ajite davranışın bir parçası olarak ya da sanrı sistemi ile varsanıların doğasından kaynaklanmakta olduğunu söylemişlerdir. Kötülük görme şeklinde sanrılar ve varsanılar hastanın diğer kişiler tarafından zarar göreceğini, kendisine kötülük yapılacağını ya da tehditleri içerir. Hastanın duygulanımı da etkilenir; böylece kızgın, öfkeli ve sıkıntılı olan hasta, bu tekrarlayan tehditlere karşı bir reaksiyon olarak şiddet davranışına başvurabilir (11,13,14,15). Özellikle emir veren işitme varsanıları, saldırgan davranışların ortaya çıkmasına neden olabilir (12).

Yakın zamanda yapılmış çalışmalar şizofreni hastalığı olan bireylerde suç açısından artmış bir risk saptamışlardır. Bu risk artışı orta derecede olsa da istatistiksel açıdan önem taşıyan bir oranda bulmuşlardır (16,17). Fazel ve arkadaşları (18), şizofreni hastalarında cinayet işleme riskinin %0.3 olduğunu, bu sıklığın genel toplumda ise %0.02 olduğunu bildirmişlerdir.

Ran ve arkadaşlarını Çin'in kırsal bölgesinde yaptıkları 14 yıllık prospektif çalışmada, izlem süresince şizofreni hastaları arasında kriminal davranış oranı %10 olarak saptanmıştır (19).

Şiddet davranışı riskinin değerlendirilmesinde içgörünün değerlendirilmesi de önem taşımaktadır. Şizofreni hastalarında içgörünün kısmi ya da tamamen yok olmasının tedaviye uyumu bozduğu bilinmekte (10), ağır akıl hastalığı olan kişilerin düzenli tedavi aldıklarında ise genel popülasyona göre daha tehlikeli olmadıkları söylenmektedir (20).

Dünyada madde kullanım bozuklukları en önemli sağlık sorunlarından bir tanesidir. Madde kullanımı ile ilişkili bozuklukların, dünyada ve ülkemizde yaygınlığı giderek arttığı

görülmektedir (21). Psikiyatrik hastalarda da madde kullanım bozukluğunun göze çarpıcı bir şekilde fazla olduğu öne sürülmektedir (22) psikiyatrik bozukluklarla madde kullanımının birlikteliği pek çok çalışmada tanımlanmaktadır (23).

Epidemiyolojik çalışmalarda, şizofreni hastalarında Madde Kullanım Bozukluğu'nun yaşam boyu yaygınlığı %47'lere varan oranlar bildirilmektedir. Aynı anda ikiden fazla madde kullanımına da bu hasta grubunda sık rastlanmaktadır (24).

Madde kullanım bozukluklarının, bilişsel ve davranışsal dürtü kontrol mekanizmalarını zayıflattığı, depresyon, şüphecilik ve öfkeyi arttırdığı; sonuç olarak şiddete ve saldırganlığa yol açtığı öne sürülmektedir (25, 26).

Eş tanılı hastaların tek tanılı hastalara kıyasla daha belirgin oranda yasal sorun yaşadığı, yasaların ihlali nedeniyle daha sık tutuklanıp cezaevine girdiği ve hukuk sistemi ile temaslarının arttığı, son dönemde Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen çalışmalarla da desteklenmiştir (27,28,29,30).

Steadman ve arkadaşları madde kullanım bozukluğunun şizofren hastalarda şiddet için en önemli risk faktörü olduğunu iddia etmişlerdir (31). Yine 618 suçluyu inceleyen Rice ve Harris'e göre, alkol kullanan şizofrenik bireylerin %26'sı şiddet uygularken, alkol kullanmayan hastalarda bu oran sadece %7'dir (32). İngiltere'de %78'ini şizofrenlerin oluşturduğu 27 çifte tanılı hasta, %68'i şizofreni tanılı 65 saf psikotik hasta ile, dual tanının agresyon ve saldırganlıkla ilişkili olup olmadığını saptamak amacıyla karşılaştırılmış ve eş madde kullanan grupta suç ve hostil davranış oranlarının belirgin olarak yüksek olduğu kanaatine varılmıştır (33).

Seçilmiş bazı şizofren örneklerde elde edilen bulgular göstermektedir ki, komorbid alkol kullanım bozukluğu tanısı bulunan hastalar, alkolik olmayan şizofrenlere oranla iki kat daha sık şiddet suçu işleme eğilimindedirler (34, 35, 36). Danimarka'da Hodgkin tarafından yürütülen bir çalışmada (1996) major mental bozukluğu bulunan 3130 erkek hastanın 2.4-4.5 kat daha fazla şiddet içeren suç işledikleri, bunlardan ayrıca alkol kullanan 1731'inin ise 4.2- 6.7 kat daha fazla suç işlediği bulunmuştur (37).

Dervaux ve arkadaşları 100 şizofren hastada yaşamboyu madde kullanım bozukluğu bulunan şizofrenlerin daha impulsif ve daha yoğun heyecan arayışında

olduklarını ortaya koymuşlardır (38).

Mueser ve arkadaşları 2000’de yayınladıkları bir çalışmalarında yatarak tedavi edilmiş 325 şizofren hastada davranım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu belirtilerinin ve cezaevinde geçirilen gün sayısının güçlü bir biçimde yaşam boyu alkol, esrar ve kokain kullanım bozuklukları ile bağlantılı olduğuna dair bulgularını kaydetmişler, davranım ve antisosyal kişilik bozukluğunun şizofren popülasyon için madde kullanımı açısından sensitif belirleyiciler olabileceğini bildirmişlerdir (39).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, madde kullanımı ile suç arasında bir ilişki görülmektedir ,Alpay ve ark yapmış oldukları çalışmada . İstanbul’da suç prevalansı yüz bin kişide 186.73 iken, 2180 madde bağımlısı arasında 1878 kişi hayatlarının bir döneminde en az bir kez suç işlediğini belirtmiştir (40). Çakmak ve ark’nın yapmış olduğu bir çalışmada yatarak tedavi gören 1679 madde kullanıcısı arasında yapılan çalışmada, %59.7’sinin en az bir kez cezaevi yaşantısı olduğu gösterilmiştir (41).

Madde kullanım bozukluklarının, bilişsel ve davranışsal dürtü kontrol mekanizmalarında zayıflamaya yol açtığı, depresyon, şüphcilik ve öfkeyi arttırdığı; sonuçta şiddete ve saldırganlığa yol açtığı öne sürülmektedir (42,43).

Çalışmamızda suç işlemiş erkek şizofreni hastalarının madde kullanımı ile ilişkili olarak suç ve suç şiddetine yönelik özellikleri, klinik özellikleri, hastalığa yönelik iç görü, tedavi uyumu açısından farklılıklarının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. ŞİZOFRENİ**

#### **2.1.1. Tanım**

Şizofreni; davranışın bilişsel, emosyonel, algısal ve diğer yönlerini kapsayan, değişkenlik gösteren, fakat derinden yıkıcı psikopatolojik olan bir klinik hastalıktır.

Görünümü hastadan hastaya ve zamanla değişkenlik gösterir, fakat hastalığın etkisi her zaman ağırdır ve genelde uzun sürelidir (44). Hastalığın temel bulguları; varsanılar, sanrılar, dezorganize konuşma ve hareketler, uygunsuz duygulanım, bilişsel kayıplar, psikososyal işlevsellikte bozulmalardır (45).

#### **2.1.2. Tarihçe**

Şizofreni ile ilgili ilk tanımlamalardan en bilineni Fransa'da Philippe Pinel (1745-1846) tarafından yapılmıştır (350). Pinel bu hastaların çoğunu “düşünme yeteneğinin ortadan kalkması ya da bozulması (demans)” diye isimlendirdiği bir kategoriye sokmuştur (350). Pinel'e yakın olarak İngiltere'de Haslam (1764-1844) “genç kişilerde olan bir delilikten” bahsetmiştir (350). Avusturya'lı psikiyatrist olan Benedict Agustin Morel (1809-1873) “juvenil demans” diye adlandırdığı genç olgular bildirmiştir (350). Almanya'da Karl Kahlbaum (1828-1899) katı postur ve mutizmle karakterize bir tablo olan “katatoni” tanımını yapmıştır (350). Öğrencisi Ewald Hecker de (1843-1909) uygunsuz, saçma manyerizmler, aşırı derecede regresif davranışlar ve anlamsız, saçma düşünmeyle seyreden psikotik tabloları “hebefreni” olarak isimlendirmiştir (350). Psikozların sınıflandırılmasında betimleyici yaklaşım, özellikle Emil Kraepelin ile gelişme göstermeye başlamıştır. Kraepelin 1898'de demans precox, katatoni, hebefreni ve daha önce paranoid demans diye isimlendirdiği durumların aynı hastalık sürecinin alt tipleri olabileceğini ileri sürmüştü ve bu durumu ifade etmek için “Dementia Praecox” terimini önermiş ve daha sonra bunu nüks ve remisyonlarla devam

eden manik-depresif psikozdan ayırmıştır (350). 1911 yılında ise isviçre’li bir psikiyatri profesörü olan Eugen Bleuler “Dementia Praecox” yerine yunanca akıl yarılması anlamına gelen ‘şizofreni’ terimini ilk kez kullanan kişidir (351). Bu terim ile düşünce, duygu ve davranışlar arasındaki bölünmeyi (schisms) belirtmeye çalışmış, “Dementia Praecox” tanımının kapsamını da eleştirerek, bu durumunun tek bir hastalıktan çok, heterojen bir grup olduğunu söylemiştir. (351). Bleuler, erken başlangıç ve şiddetli yıkımın sadece ağır hastalarda görüldüğünü ve şizofreninin mutlaka yıkımlı bir gidişe sahip olmasının gerekmediğini belirtmiştir. Bleuler’e göre şizofrenide gerçek patoloji düşünce sürecindeki çağrışım kaybıdır; sanrı ve varsanılar ise bu çağrışım bozukluğuna sekonder olarak ortaya çıkmaktadır (351). Bleuler şizofrenide dört belirtinin temel semptom olduğunu belirtmiştir.

Bunlara ‘Dört A Belirtisi’ adını vermiştir. Bunlar:

- 1- Autism (otizm)
- 2- Assosiasyon bozukluğu (düşünce akışı bozuklukları)
- 3- Affekt Bozukluğu (duygulanım bozuklukları)
- 4-Ambivalans’tır (351).

1930’larda Kurt Schneider şizofreni hastalığı için patognomik olarak kabul edilen birincil sıra belirtileri tanımlanmıştır. Bunlar; düşünce çekilmesi, düşünce yayılması, düşünce okunması, yorum yapan, tartışan, emir veren işitsel varsanılar, somatik varsanılar, sanrılı algılama, duygu ve davranışların başkalarının etkisi altında olduğu sanrılarıdır (352). ABD’de DSM III’un 1980’de basılmasıyla birlikte psikiyatride önemli bir değişiklik olmuştur (350). Bu basım, ruhsal hastalıkları betimleyici klinik özelliklerine göre tanımlayıp gruplayarak sınıflama ve tanı koymayı ruhsal işlevselliğe ilişkin kuramlar ve kanıtlanmamış etiyolojik varsayımlara dayandıran önceki çalışmalardan oldukça değişiktir (350). DSM-III ile tanı ölçütleri dışına itilen Bleuleri kavramlar daha ayrıntılı tanımlamalarla araştırma ölçeklerine dönüşerek klinik değerlendirme sürecine geri döndüler ve 1994 yılında yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 4. Baskı (DSM-IV)’sında tanı ölçütleri arasında negatif belirtilere de yer vererek bu dönüşü kesinleştirdi (351).

### 2.1.3. Epidemiyoloji

Şizofreni tüm toplumlarda ve coğrafi bölgelerde görülür (44). Sıklık ve yaşam boyu yaygınlık oranları tüm dünyada hemen hemen eşittir (44). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre şizofrenin bir yıllık sıklığı binde 0.07 ile 0.14 arasında değişmektedir (46). Şizofreninin nokta yaygınlığı ise yüzde 0.06 ile 1.7 arasında saptanmıştır (46). Önceki bildiriler şizofreninin yaşam boyu yaygınlığını bütün toplumlar için %1'e yuvarlamış olsa da 1960-2000 arasında 46 ülkede yapılmış araştırmalara dayanan yakın zamanlı bir sistematik gözden geçirme, yaşam boyu yaygınlık tahminlerinin geniş bir aralıkta (1000 kişide 4.6 ile 9.2 arası), heterojen bir dağılım olduğunu göstermiştir (353).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise Türkiye'de şizofreni yaşam boyu yaygınlığı (1000 kişide 8.9) farklı ülkelerde yapılmış araştırmaların sonuçlarına dayanan bir sistematik gözden geçirmenin bildirdiği değerden (1000 kişide 4.0) daha yüksek bulunmuştur (353). Şizofreninin başlangıç yaşı erkeklerde 20-25 ve 30-35 yaşları arasında iki kez tepe yaparken kadınlarda hastalık başlangıcı erkeklerden ortalama 5 yıl daha geç olarak ortaya çıkmaktadır (350). 30'lu yaşlara kadar kadın/erkek oranı erkek lehine fazla iken, 40 yaşından sonra bu oran kadınlar lehine iki kat olarak artmaktadır (350). Hastalığın 10 yaşından önce ve 60 yaşından sonra başlaması nadirdir (44, 16). Şizofreni tanısı alanlarda evlilerin oranı toplum ortalamasının altındadır (46). Şizofreni prevalansı sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda % 2.5, yüksek olanlarda ise % 0.5 olarak verilmektedir (350). Şizofreni kentlerde kırsal alanlara göre daha fazla görülür (44). Kentlerde şizofreninin daha sık görülmesi önceleri sosyal kayma fenomenine bağlanırken, daha sonra yapılan çalışmalarda kentleşme derecesinin şizofreni için göreceli risk olduğu bulunmuştur (44). Enlemlere göre şizofreni insidans ve prevalansının incelendiği bir çalışmada erkeklerde yüksek enlemlerin yüksek şizofreni insidansı ile anlamlı olarak ilişkili olduğu bulunmuştur (348).

### 2.1.4. Etyoloji

Şizofreninin çok sayıda faktörün bir araya gelmesi ile oluşan bir hastalık olduğu görüşü kabul edilmektedir (46). Bu görüşe göre kişilerin şizofreni için genetik bir yatkınlığı olabilir, ancak bu yatkınlığa başka faktörler eklenmedikçe hastalık ortaya

çıkılmamaktadır (46). Bu faktörler mutasyon oluşumuna ya da gen ekspresyonunda değişikliğe neden olan doğum komplikasyonları, beslenme gibi biyolojik ve daha az oranda psikolojik etkenleri kapsayan çevresel etkenlerdir (46). Etiyolojide rol oynayan önemli faktörler şunlardır:

#### **2.1.4.1.Genetik**

Şizofreni ve şizofreni ile ilişkili bozuklukların şizofreni hastalarının yakınlarında genel topluma göre yüksek oranlarda görülmesi genetik etkenlerin rolünü desteklemektedir (44). Şizofreni etiyolojisinde genlerin rol aldığı açık olarak bulunmuş olmasına rağmen gerçekte çok az hastalık primer olarak genetik orijinlidir ve birçok hastalıkta genler etiyolojide risk faktörleri olarak kabul edilmekte, ancak bazı çevresel faktörlerin şizofreninin ortaya çıkması için gerekli olduğu kabul edilmektedir (355). Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarından elde edilen genetik epidemiyolojik sonuçlar, şizofreninin genetik ve çevresel etkenlere bağlı olarak gelişen multifaktöriyel bir hastalık olmakla beraber şizofrenide poligenik kalıtımın varlığını da göstermiştir (19, 20). Yeni genom tarama projeleri ve daha önceki yapılan çalışmalar, 1q, 2q, 5q, 6q, 6p, 8p, 10p, 13q, 15q ve 22q kromozomları üzerinde yer alan bazı gen bölgelerinin şizofreni için aday gen bölgeleri olduğunu söylemektedir (106). Bağlantı analizi çalışmalarında, neuregulin-1 (NRG1, 8p21-p12), dysbindin (DTNBP1, 6p22.3), proline dehydrogenase (PRODH2, 22q11.21), G72 (13q34), D-amino acid oxidase (DAAO, 12q24) ve catechol-O-methyltransferase (COMT, 22q11.21) gen bölgelerinin hastalığın etiyolojisinde rol aldığını göstermektedir (106).

#### **2.1.4.2.Çevresel Etkenler**

Çevresel etkenler gebe kalma sırasında, gebelik boyunca, doğum ve gelişim suresince maruz kalınan biyolojik, fiziksel ve psikososyal faktörleri kapsamaktadır (332). Şizofreni hastalığının, güçlü bir genetik komponent ile norogelişimsel bir hastalık olduğu hipotezi, genlerin embriyonik nörogelişimi kontrol altında tuttuğu, ancak çevrenin bunu değiştirdiği, çevresel etkenlerin genotiple etkileşip noropatoloji ve bilişsel defektlerle sonuçlandığı şeklinde açıklanabilir (332).

#### 2.1.4.3.Sosyal Etkenler

Düşük sosyoekonomik düzey yüksek şizofreni oranları ile ilişkili saptanmıştır (329). Bu ilişki düşük sosyoekonomik düzeylerin stresli yaşam tarzı, enfeksiyon, doğum öncesi yetersiz bakım ile şizofreni hastalığına yatkınlık oluşturduğu şeklinde ve diğer bir görüş ise şizofreninin sosyal ve iş yaşamını olumsuz olarak etkileyerek bu hastaların daha alt sosyoekonomik seviyelere kaymalarına sebep olmasıdır şeklinde açıklanmaktadır (329). Stres yatkınlık kuramı şizofreni için norodinamik bir modeldir (351). Yaşantısal faktörler doğal yapıdaki biyoloji ve genetik yatkınlıkla etkileşerek şizofrenik bir sürecin oluşmasına neden olmaktadır (351). Şizofreniye özgü bir yaşam olayı belirtilmemekle birlikte hastalığın nökslerinden önceki dönemlerde ve akut şizofreni belirtilerinin başlamasından önceki yaşadığı ağır stresli yaşam olaylarının varlığından bahsedilmektedir (306). Göç etmiş kişilerde şizofreni sıklığı artmış olarak saptanmaktadır. Göç eden kişiler için adapte olmak, şehirleşme sorunları gibi dezavantajlarla stresli bir yaşam oluşturarak şizofreniye yatkınlık oluşturduğu düşünülmektedir. Yine göç edenlerde artmış esrar kullanım sıklığı da şizofreniye sebep olabilmektedir (307). Sosyal desteğin az olması ve göreceli sosyal yalıtım şizofreni için bir risk faktörüdür (308). Şehirleşme ile şizofreni arasındaki ilişkiyi inceleyen Danimarka’da yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre beş farklı kentleşme düzeyinde büyük şehirlerden küçük şehirlere doğru gittikçe şizofreni sıklığının azaldığı ve şizofreninin ortaya çıkmasından önce yüksek derecede kentselliğe maruz kalmanın şizofreni gelişme riskini artırdığı bulunmuştur (175, 180). Kentleşme ve şizofreni arasında bir ilişki olup olmadığının nedensellik modelleri etrafında tartışıldığı bir makalede elimizdeki verilerin kentleşme ile şizofreni arasında bir nedensellik ilişkisi olabileceğine işaret ettiği ancak bu ilişkinin kesinlik derecesinin henüz oldukça düşük olduğu ve kent etkisinin bir risk belirteci olduğu sonucuna varılmıştır (175). Şizofreni hastalarında evlilerin oranı toplum ortalamasından daha azdır (46). Evlenmemiş olmak şizofreni için bir risk faktörü olarak değerlendirilirken, hastalığın da evlenme olasılığını azalttığını göz önüne almak gerekmektedir (350).

#### **2.1.4.4. Hastalık Öncesi Kişilik Özellikleri**

Bleuler, şizofreni başlamadan önce var olan çeşitli psikotik olmayan anormalliklerden bahsetmiştir (51). Daha sonra değişik hastalarda şizofreniye öncülük eden somatik yakınmalar, obsesyon ve kompulsif davranışlar, anksiyete, panik, depresif belirtiler ve diğer psikopatolojik özellikler saptanmakta birlikte şizofreninin klinik özellikleri ile ilgili heterojenite ve belirsizlikler, prodromal belirtilerin tanımlanması ve değişik prodromal belirti örüntülerinin varlığında da kendini gösterir (51). DSM-IV hem prodromal ve hem de rezidüel belirtileri oldukça hafif ya da A tanı ölçütünde belirtilen pozitif belirtilerin eşikaltı biçimleri olarak tarif edilmektedir (51). Bu kişiler sanrısız yoğunlukta olmayan olağandışı veya acayip çeşitli inanışlarını dile getirebilirler (referans veya büyüsel düşünceler gibi), olağandışı algısal yaşantıları olabilir (biçimlenmiş varsanılar olmadan görünmeyen bir kişinin veya gücün varlığını hissetme gibi) (51). Konuşmaları genellikle anlaşılabilir ancak konu dışı, belirsizlikler içeren veya ileri derecede soyut ya da somuttur; davranışları anormal olabilirse de ileri derecede dezorganize değildir (kendi kendine mırıldanma, acayip ya da açıkça değersiz nesneleri toplama gibi) (51). Bu belirtilerin yanı sıra negatif belirtiler de sık görülür ve çoğu zaman oldukça ağır olabilir, kişi toplumdan uzaklaşabilir, daha önceden zevk aldıkları etkinliklere karşı ilgilerini yitirirler, daha az konuşkan ve meraklı bir hale gelebilirler ve zamanlarının çoğunu uyuyarak geçirebilirler (51).

Başlangıç bazen çocukluk dönemi veya 30'lu yaşlarda da olmakla birlikte, genellikle ergenlik ve erken yetişkinlik çağlarında olmaktadır (51). Hastalık Seyrini inceleyen çalışmalar, ilk psikotik ataktan önce olguların yaklaşık %75'inde yıllar boyu devam eden negatif ve özgün olmayan belirtilerle belirgin bir prodromal evre olduğunu göstermektedir (51, 52).

#### **2.1.5. Şizofreni Tanısı**

Günümüzde Hastalıkların ve Bunlarla ilişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası istatistiksel sınıflandırması 10. Baskı (ICD-10) ve DSM-IV-TR tanı sistemleri sıklıkla kullanılmaktadır. Klinik uygulamada en sık kullanılan tanı ölçütleri DSM-IV-TR ölçütleridir.

#### 2.1.4.5.DSM-IV-TR tanı ölçütleri

DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı için hezeyan ve varsanıların varlığı gerekli değildir. Hastada saptanan bozukluğun üçten beşe kadar listelenen belirtilerden ikisinin varlığında şizofreni tanısı konulabilir. DSM-IV-TR' ye göre şizofreni tanı ölçütleri şu şekildedir (54):

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

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

Not: Sanrılar bizar ise, ya da varsanılar kişinin davranışları veya düşünceleri hakkında sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin bir birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa, A tanı ölçütünden sadece bir belirtinin olması yeterlidir.

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

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

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

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

**F. Bir Yaygın Gelişimsel Bozuklukla olan ilişkisi:** Otistik Bozukluk ya da diğer bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan ya da halüsinasyonlar da varsa şizofreni ek tanısı konabilir.

#### **2.1.4.6.ICD-10 Tanı Ölçütleri**

DSM IV-TR'nin aksine ICD-10 tanı için birden dörde kadar olanlardan en az birinin belirgin olmasını veya ikisinin daha az belirgin olmasını veya besten sekize kadar olan belirtilerden en az ikisinin bir ay veya daha uzun süre varlığını gerekli kılar. Bir aydan daha kısa süren için benzer durumlar şizofreni benzeri bozukluklar olarak isimlendirilir. Şizofreni tanısı koymak için altı aylık süre ikisinde de geçerlidir (14).

ICD-10'a göre şizofreni tanısı için 9 semptom önemlidir:

1. Düşünce yankılanması, sokulması, çekilmesi, yayınlanması.
2. Kontrol edilme, etkilenme ve edilgenlik sanrıları (beden hareketlerini, özel düşünceleri, eylemleri ya da duyuları etkileyen), sanrılı algılama.
3. Hastanın davranışlarını yorumlayan ya da kendi aralarında hastayı tartışan işitme varsanıları ya da bedenin belli bölgelerinden gelen sanrısız sesler
4. Tümüyle olanak dışı, kültüre uygun olmayan, süreklilik gösteren diğer sanrılar  
Örneğin, dinsel ya da siyasal kimliğe ya da inancın üstü güç ve yeteneklere sahip olma (hava durumunu denetleme, başka dünyadan yabancılarla iletişime girebilme, vb).
5. Herhangi türden inatçı varsanılar. Bu varsanılar duygulanımla uyum göstermeyen, gelip geçici ya da yarı sistemli sanrılarla ya da aşırı değer kazanmış fikirlerle birlikte olmalı ya da haftalarca, aylarca kesintisiz olarak her gün bulunmalıdır.
6. Düşünce akısında kopma ve başka düşünce sokulmaları; bunun sonucu oluşan çağrışımlarda dağınıklık (enکوherans), uygunsuz konuşma ya da neolojizm.
7. Katatonik davranış (eksitasyon, bedeni belli bir pozisyonda tutma, balmumu

esnekliği, negativizm, mutizm ve stupor).

8. Negatif Belirtiler (örneğin, belirgin konuşma azlığı, apati, duygusal tepkilerde küntleşme, ya da uygunsuzluk, vb.). Bu belirtiler genellikle sosyal çekilme ve sosyal performansın düşmesine yol açarlar. Bu belirtilerin depresyona ya da antipsikotik ilaç tedavisine bağlı olmadığıının bilinmesi gerekir.

9. Tüm davranışlarda değişme. Kişiliğin bazı yönleri ile ilişkili belirgin ve sürekli nitelik değişiklikleri; bunlar ilgi yitimi, amaçsızlık, tembellik, kendi kendisi ile uğraşma ve sosyal çekilme biçiminde ortaya çıkabilir (55).

ICD-10'da şizofreni 10 alt grupta incelenmiştir. DSM-IV-TR'den farklı olarak postşizofrenik depresyon ve basit şizofreni yer almıştır. Ancak bu gruplara uymayanlar için başka ve belirlenmemiş tanı grupları bulunmaktadır

#### **2.1.4.7.DSM-IV-TR'ye Göre Şizofreni Alt Tipleri ve Tanı Ölçütleri**

##### **2.1.4.7.1. Paranoid Tip**

Aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılandığı şizofreni tipi:

**A.** Bir ya da birden fazla sanrı ya da sıklıkla işitme varsanılarının olması.

**B.** Sunlardan hiçbirinin bulunmaması: Dezorganize konuşma, dezorganize ya da katatonik davranış, dönük ya da uygunsuz affekt.

##### **2.1.4.7.2. Darmadağın (Dezorganize) Tip**

**A.** Aşağıdakilerden hepsi belirgindir:

(1) Dezorganize konuşma.

(2) Dezorganize davranış.

(3) Donuk ya da uygunsuz affekt.

**B.** Katatonik tip için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

##### **2.1.4.7.3. Kasılakalmış (Katatonik) Tip**

Aşağıdakilerden iki veya daha fazlası klinik görünümüne hakimdir.

**1)** Katalepsi (balmumu esnekliğini de kapsamalı) ya da stupor ile karakterize motor hareketsizlik

- 2) Amaçsız ve dış uyarıdan etkilenmeyen asırı motor aktivite.
- 3) Aşırı negativizm (tüm girişimlere hareketsiz direnç ya da hareket ettirme girişimlerine rağmen katı postürü sürdürme) ya da mutizm.
- 4) Postür alma, bunun da kanıtı olarak istemli hareketlerde tuhafliklar (uygunsuz ve bizar postürlerin takınılması), stereotipik hareketler, belirgin mannerizm veya belirgin grimasin ile belirlendiği üzere istemli davranışlarda acayipliklerin olması.
- 5) Ekolali veya ekopraksi.

#### **2.1.4.7.4. Ayrışmamış (Farklılaşmamış) Tip**

DSM-IV-TR'deki A ölçütleri karşılanmıştır ancak paranoid, dezorganize, katatonik tip tanı ölçütleri tam olarak karşılanmaz.

#### **2.1.4.7.5. Tortu (Rezidüel) Tip**

Aşağıdaki ölçütler karşılanmıştır:

A) Belirgin sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma ve ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranışın olmaması.

B) Negatif semptomların ya da A ölçütündeki iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçiminin varlığı ile belirlendiği üzere bu bozukluğun sürdüğüne ilişkin kanıtlar vardır.

#### **2.1.5. Şizofrenide Remisyon Kavramı**

Şizofreni hastalarında remisyonun değerlendirilmesi için 2005 yılında ABD'li bir çalışma grubu (The Remission in Schizophrenia Working Group) tarafından önerilen ölçütler geliştirilmiş ve bildirilmiştir. (69). Bu ölçülere göre remisyon, hastaların temel belirti ve semptomlarında, ilk şizofreni tanısının konmasında kullanılan eşğin altında olmasını sağlayacak derecede bir düzelme ve bu düzelme ile semptomların, hastanın davranışını anlamlı derecede değiştirmeyecek kadar düşük yoğunlukta olması olarak belirtilmiştir (69). Bu remisyon tanımı için önerilen ölçütler zaman temelli ve semptom temelli olmak üzere iki bileşenden meydana gelmektedir (69, 70). Semptom temelli bileşen için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğindeki aşağıda belirtilen sekiz maddenin tamamında eşzamanlı olarak 3 veya 3'ten daha düşük skorların olması eşik düzey olarak kabul edilmiştir (69, 70).

Bu maddeler:

1. Sanrılar;
2. Olağandışı düşünce içeriği;
3. Varsanlı davranış;
4. Düşünce dağınıklığı;
5. Postur ve kişiye özgü hareketler;
6. Duygulanımda küntleşme;
7. Sosyal geri çekilme;
8. Spontanlıkta azalma olarak belirlenmiştir (69,70).

Remisyon tanımının zaman temelli bileşenini ise aynı çalışma grubu, hastaların tanımlanan semptomatik düzelmeyi sürdürmeleri gereken en az sureyi altı ay olarak bildirmişlerdir (69,70).

#### **2.1.6. Prognoz**

Kraepelin ve Bleuler şizofreninin kronik ve yıkımla giden bir hastalık olduğundan bahsetse de günümüzde uzunlamasına yapılan çalışmaların verileri, antipsikotik kullanan hastaları da kapsamaktadır ve daha iyimser bir prognoz göstermektedir (112). Şizofreni her zaman ciddi bir hastalık olmakla birlikte, bazı hastalarda göreceli olarak daha iyi bir gidiş görülebilmektedir (112). Bugün için net olan şizofreninin uzun dönemde farklı gidiş özellikleri gösterebileceğidir ve hastalık her zaman yıkımla sonlanmasa da genelde hasta için belirgin ve uzun süreli olumsuz sonuçları olmaktadır (112). İzlem çalışmaları, şizofreni hastalarının yaklaşık %55'inin orta derecede iyi, %45'inin daha ağır şekilde sonuçlanacağını saptamıştır (112). Hastalığın gidişi genel olarak alevlenmeler ve remisyonlar şeklindedir (71). Herbir relapsı, hastanın işlevselliğinde daha fazla kayıp izler (112). Ölüm oranı şizofreni hastalarında genel nüfusa göre iki kat daha fazladır. Şizofreni hastalarında en önemli ölüm nedenleri intihar, kazalar ve diğer hastalıklardır (71).

Şizofreni hastalarında olumlu ve olumsuz prognoz göstergeleri Tablo 1 ve Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 1:** Şizofrenide Olumlu Prognoz Göstergeleri (112).

---

|                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hastalık öncesi kişiliğin sağlıklı olması: Çevreye uyum sağlayabilme, sağlıklı kişiler arası ilişki kurabilme, sağlıklı ve dengeli duygusal ve cinsel yaşamın olması. |
| ~ Hastalık öncesi işlevselliğin sağlıklı olması. Sağlıklı bir ev ve aile yaşamının, sağlıklı okul ya da iş yaşamının olması.                                          |
| ~ Zeka düzeyinin normal olması.                                                                                                                                       |
| ~ Orta ve yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olması.                                                                                                                   |
| ~ Kadın cinsiyet.                                                                                                                                                     |
| ~ Evli olmak.                                                                                                                                                         |
| ~ Prenatal komplikasyonların olmaması.                                                                                                                                |
| ~ Ailede şizofreni öyküsünün bulunmaması.                                                                                                                             |
| ~ Hastalığın yirmili yaşlar ve sonrasında başlaması.                                                                                                                  |
| ~ Hastalığın akut biçimde başlaması (72).                                                                                                                             |
| ~ Hastalığın bir stresle bağlantılı olarak ortaya çıkması.                                                                                                            |
| ~ Hastalık başlangıcında konfüzyon ve atipik belirtilerin varlığı.                                                                                                    |
| ~ Dezorganizasyon ve negatif ve bilişsel belirtilerin olmaması (tartışmalı).                                                                                          |
| ~ Depresif belirtilerin varlığı.                                                                                                                                      |
| ~ Hastalık alt tipinin katatonik, paranoid olması.                                                                                                                    |
| ~ Yapısal beyin anomalisi ve patolojisinin bulunmaması .                                                                                                              |
| ~ Norokognisyonun iyi olması.                                                                                                                                         |
| ~ Hastalık belirtilerinin “ego distonik” olması.                                                                                                                      |
| ~ Hastanın tedavi uyumunun iyi olması.                                                                                                                                |
| ~ Tedaviye erken başlanması: Katatoni tabloları, intihar, bağımlılık gibi durumlar yönünden olumsuz sonuçları önleyebilir.                                            |
| ~ Hastaneye yatış sayısı ve süresinin az olması.                                                                                                                      |
| ~ Ailenin hasta, hastalık ve tedaviye karşı olumlu tutumu.                                                                                                            |
| ~ Ailede sağlıklı duygu dışı vurumunun varlığı.                                                                                                                       |

---

**Tablo 2:** Şizofrenide Olumsuz Prognoz Göstergeleri (112).

---

|   |                                                                                                                                                                                                                                    |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ~ | Hastalık öncesi kişiliğin sağlıklı olması: Çevreye uyum sağlayamaması, sağlıklı kişiler arası ilişki kuramaması, sağlıklı ve dengesiz duygusal ve cinsel yaşamın olması ve sizotipal, sizoid kişilik yapısı özelliklerinin olması. |
| ~ | Hastalık öncesi işlevselliğin sağlıklı olması: Ev, okul, aile ya da iş yaşamının sağlıklı olması, sosyal işlevselliğin iyi olmaması.                                                                                               |
| ~ | Zeka düzeyinin düşük olması.                                                                                                                                                                                                       |
| ~ | Düşük sosyoekonomik düzeyde olması.                                                                                                                                                                                                |
| ~ | Erkek cinsiyet.                                                                                                                                                                                                                    |
| ~ | Hiç evlenmemiş olması.                                                                                                                                                                                                             |
| ~ | Prenatal komplikasyon varlığı.                                                                                                                                                                                                     |
| ~ | Ailede şizofreni öyküsünün bulunması.                                                                                                                                                                                              |
| ~ | Hastalığın erken yasta (20 yaş öncesi) başlaması.                                                                                                                                                                                  |
| ~ | Hastalığın sinsi ve belirgin olmayan biçimde başlaması.                                                                                                                                                                            |
| ~ | Hastalığın bir stresle bağlantılı olmadan ortaya çıkması.                                                                                                                                                                          |
| ~ | Hastalık başlangıcında konfuzyon gibi belirtilerin olmaması.                                                                                                                                                                       |
| ~ | Negatif ve bilişsel bozukluk belirtilerinin varlığı ve yoğunluğu (tartışmalı).                                                                                                                                                     |
| ~ | Dezorganizasyon olması.                                                                                                                                                                                                            |
| ~ | Hastalık alt tipinin basit ya da hebefrenik olması.                                                                                                                                                                                |
| ~ | Obsesif kompulsif belirtilerin varlığı.                                                                                                                                                                                            |
| ~ | Hastalık öncesinde ya da hastalıkla birlikte alkol kullanımı olması.                                                                                                                                                               |
| ~ | Yapısal beyin anomalisi: Ventriküler genişleme ya da atrofi, gibi yapısal anormalliklerin izlenmesi.                                                                                                                               |
| ~ | Norokognisyonun normal olmaması.                                                                                                                                                                                                   |
| ~ | Hastalık belirtilerinin “ego sintonik” olması: hastanın yaşadığı sanrı ve varsanı gibi belirtilerden rahatsız olmaması ve bunları kabullenmesi.                                                                                    |
| ~ | Hastanın tedavi uyumunun iyi olmaması.                                                                                                                                                                                             |
| ~ | Tedaviye geç başlanması: Katatoni, intihar, komorbid bağımlılık gibi durumlar yönünden olumsuz sonuçlara neden olabilirse de, defisitler gidişe çok fazla etkili değildir.                                                         |
| ~ | Sosyal izolasyon: Hastanın sosyal yönden izole bir yaşam sürmesi.                                                                                                                                                                  |
| ~ | Hastaneye yatış sayısı ve süresinin çok olması, giderek önemini kaybettiği çalışmalarla gösterilmektedir.                                                                                                                          |
| ~ | Ailenin hasta, hastalık ve tedaviye karşı olumsuz tutumu.                                                                                                                                                                          |
| ~ | Ailede sağlıklı duygu dışı vurumunun varlığı.                                                                                                                                                                                      |

---

## **2.2. ŞİDDET, SALDIRGANLIK VE SUÇ**

Saldırganlık, sözel olarak veya fiziksel bir güç harcayarak bir amaca yönelik zorlayıcı eylem olup; kızgınlık, öfke, hiddet veya düşmanlık gibi duygulanımların motor karşılığı olarak tarif edilmektedir (1).

Saldırganlık ve şiddet kavramları genellikle aynı anlamda kullanılsa da aralarındaki sınır genellikle tartışma konusudur. Şiddet; yakıp yok eden, saldırgan davranışlar içeren, kaba kuvvet ve beden gücünü kötüye kullanarak bireye veya topluma zarar veren eylemleri ve birçok ilişki tarzındaki aşırı duygudurumu ifade eden yaklaşımları içinde barındıran bir davranış şeklidir. Şiddet, ayrıca, genel anlamda da öfke, kaygı ve korku duygularının değişik boyutlarıyla dışa vurumudur. (74). Kapsamlı şiddet tanımından bir tanesi de, DSÖ'nün yaptığı tanımdır. DSÖ (2002) şiddeti; "bireyin kendisine, başkasına, belirli bir topluluk veya gruba yönelik yaralama, ölüm, fiziksel zarar, bazı gelişim bozuklukları veya yoksunluk ile sonuçlanabilen, tehdit ya da fiziksel zor kullanma" olarak tarif etmektedir (75). Şiddet, saldırganlığın bir türü olup, Harrington tarafından saldırgan davranış sürecinin bir uç noktası olarak tariflenmiştir (2).

Suç ise; hukuki bir zarar meydana getiren, kişi veya toplum güvenliğini sarsan, kamu düzenini bozup, gelişimini engelleyen sonuçlar doğuran ve cezalandırılması gereken davranıştır. Şiddetin suç davranışı ile ilişkisi ve araştırmaların genellikle suç işlemiş kişiler üzerinde yapılmış olması nedeniyle suç tanımı önemlidir (3).

### **2.2.1. Psikiyatrik Hastalıklar ve Suç ilişkisi**

Psikiyatrik hastalıklar ve şiddet eğilimi arasındaki ilişki oldukça tartışmalıdır genelde psikiyatrik hastalarda atak sırasında şiddet gösterme, psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre daha fazla olduğu kabul edilmektedir. Ancak psikiyatrik hastalarda şiddet davranışı değişkenlikler gösterir. Ciddi psikiyatrik hastalıklarla şiddet arasında ilişki olup olmadığı, şimdiye kadar birçok araştırmanın konusu olmuştur.

Tutuklularda 1922, 1930, 1938 ve 1945 yıllarında yapılan çalışmalarda akıl hastalığı olanların topluma oranla daha fazla tehlikeli olmadığı ve daha az tutuklandığı saptanmış, ancak 1959'dan sonraki 20 yılda hastaneden taburcu olan hastaların suç işleme oranlarının, toplumdaki suç işleme oranına göre eşit veya daha yüksek olduğu saptanmıştır (71).

Yapılan bir çalışmada, şiddet davranışının ciddi psikiyatrik hastalığı (şizofreni, duygudurum bozuklukları) olan kişilerde olmayanlara kıyasla 5 kez, alkol ve madde kullananlarda ise 12–16 kez daha fazla olduğu tespit edilmiştir (79).

Tiihonen ve arkadaşları (83) ciddi psikiyatrik bozukluğu olan erkek hastaların, herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayanlara göre 4 kez sık şiddet suçu işlediklerini belirtmişlerdir.

Giovannoni ve Gurel 4 yıl takip ettikleri 1142 psikotik hastada yaralama, öldürme ve hırsızlık suçlarını genel popülasyona göre daha yüksek oranda bularak, hastaların % 95'inin şizofrenik olup, bunların çoğunda alkol kötü kullanım öyküsü bildirilmiştir (344).

İsveç'te 1988–2000 yılları arasında tüm hastane başvuruları ve cinayetlerin incelendiği bir çalışmada, şiddet suçu işlemiş kişiler içinde psikiyatrik hastalığı olanların oranı yaklaşık %5 olarak saptanmıştır (84). İngiltere, Galler ve İskoçya'da özel evlerde (private household) yaşayan 16–74 yaş arası 8886 kişide son 5 yıl içindeki şiddet davranışlarının incelendiği bir çalışmada, bu kişilerin %12'sinin son 5 yıl içinde şiddet davranışında bulunduğu, şiddet davranışı gösteren bu grubun %66'sında bir psikiyatrik bozukluk saptandığı bildirilmiştir. Alkol-madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları, duygudurum ve anksiyete bozukluklarının şiddetle bağlantılı olduğu tespit edilmiş, psikotik bozuklukların ise bağımsız olarak şiddetle doğrudan ilişkisi saptanmamış, komorbiditenin riski arttırdığı bildirilmiştir (85).

Maner ve ark'nın yapmış olduğu çalışmada adli psikiyatri servisinde yatan hastaları incelemişlerdir. Erkeklerde şizofreni %25.0, kişilik bozukluğu 9/217.1, alkol ve madde kullanım bozukluğu 11.1, paranoid bozukluk %97, mental retardasyon %9.6, kadınlarda şizofreni %28.2, atipik psikoz %20.8, mental retardasyon %15.9, duygulanım bozukluğu %11.3 şeklindeki oranlarla belirtmişlerdir (346).

Rappoport ve Lassen, Maryland'da psikiyatri hastanelerinden çıkarılan erkek hastalarda genel populusyona göre hırsızlığın en yüksek oranda olup, bunu öldürme ve cinsel suçun takip ettiğini, şizofrenik hastaların en fazla suç işlediğini bildirmiştir (345).

Bu konuda yapılan çalışmaların birçoğunda daha önceki şiddet ya da suç öyküsünün gelecekteki şiddet davranışı açısından en önemli ön belirleyici olduğu (88), ayrıca alkolizm, madde bağımlılığı ve antisosyal kişiliğin suç ile daha fazla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (86-87).

Psikiyatrik hastalıklarla şiddet ve suç davranışı arasında belirgin istatistikî ilişki olmasına rağmen yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumlarla karşılaştırıldığında bu ilişki hâlâ tam olarak ortaya konamamıştır. Psikiyatrik olan ve olmayan olgularda cinsiyet (erkek olma), iş durumu (işsizlik), düşük öğrenim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey gibi etmenlerin suç işleme riskini artırdığı yönünde çok fazla sayıda yayın vardır (89-10).

Saldırganlık ve şiddet davranışının görüldüğü durumlar DSM-IV-TR'de şu şekilde tanımlanmıştır:

- 1- Zekâ Gerilikleri
- 2- Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
- 3- Davranım Bozuklukları
- 4- Bilişsel Bozukluklar (deliryum, demans)
- 5- Psikotik Bozukluklar (şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar)
- 6- Duygulanım Bozuklukları
- 7- Intermitan Patlayıcı Bozukluk
- 8- Davranım Bozukluğu ile Birlikte Olan Uyum Bozukluğu
- 9- Kişilik Bozuklukları (Paranoid, Antisosyal, Borderline, Narsistik)
- 10- V. Eksen kodları; çocukluk, ergenlik ve erişkin çağlarının topluma karşı davranışı (91-92).

### 2.2.2. Şizofreni ve Suç

Psikiyatrik bozukluklar içinde saldırgan davranışla en alakalı grup şizofrenidir (7). Şizofreni hastalarının daha fazla şiddet davranışı gösterdiği, şiddet davranışı gösterme sıklığının kişilik bozukluğu ve genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik sendromlarda, şizofreniye göre daha az, hatta Krakowski'ye göre affektif bozukluklarda ise çok ender olduğu belirtilmektedir (8).

Tehlikelilik, psikotik hastaların toplumdaki diğer bireylerle ilişkilerini belirleyen ve bu nedenle öncelikle ele alınması gereken özelliklerden biridir (93). Psikotik hastalarda tehlikeliliğin en somut göstergesi olan saldırgan davranış riskinin değerlendirilmesi, hangi faktörlerin bu riski arttırdığı ve bunların nasıl daha azaltılabileceği, bu hastaların topluma nasıl kazandırılacağı konularının araştırılması son derece önemlidir (83).

Şizofreni hastalarındaki Şiddet için risk faktörleri araştırılmış olsa da, psikozda görülen homisid ile ilişkili faktörler hakkında çok fazla bilgi bulunmamaktadır (95).

Sosyodemografik özellikler ve saldırgan davranış üzerine yapılan bir çok çalışmada parçalanmış ailelerden gelen, genç, erkek, bekâr veya boşanmış olan, eğitim düzeyi düşük, yeterli sosyal desteği olmayan ve maddi güçlükleri olan hastalarda toplum geneline oranla daha fazla saldırgan davranış görüldüğü belirtilmiştir (96)

Genel toplumda yapılan epidemiyolojik çalışmalarda şiddet davranışının genç yaş, erkek cinsiyet, düşük sosyoekonomik durum ve madde kullanımı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (10).

1410 şizofreni hastasının son 6 aydaki şiddet davranışlarını inceleyen bir çalışmada, bu hastaların %19,1'inin şiddet davranışı gösterdiği, %3.6'sının ise ciddi şiddet davranışında bulunduğu bildirilmiştir. Ciddi şiddet davranışları psikotik ve depresif semptomatoloji, davranım bozuklukları ve travmayla ilişkilendirilirken, basit şiddet davranışları madde kötüye kullanımı, kişiler arası ve sosyal faktörlerle alakalı bulunmuştur (10).

Yakın zamanda yapılmış çalışmalar şizofreni hastalığı olan bireylerde suç

açısından artmış bir risk saptamışlardır. Bu risk artışı orta derecede olsa da istatistiksel açıdan önem taşıyan bir oranda bulmuşlardır (347,348). Fazel ve arkadaşları (355), şizofreni hastalarında cinayet işleme riskinin %0.3 olduğunu, bu sıklığın genel toplumda ise %0.02 olduğunu bildirmişlerdir.

Şizofrenide şiddet; paranoid hezeyanlar sonucu, emir veren işitsel varsanılara yanıt olarak veya edilgenlik deneyimlerine sekonder olarak ortaya çıkabilir (101). şiddet, hezeyanlı bir düşünce üzerine yoğunlaştığında birden bire ve dürtüsel olarak da eyleme dökülebilir (102). Hastaların büyük bir kısmında suç işledikleri esnada aktif psikotik bulgular gözlenmektedir ve suç sonrası şizofren bireylere neden suç işledikleri sorulduğunda bu davranışlarının psikotik belirtilerinden etkilendiği anlaşılmaktadır. O nedenle, şiddetin potansiyel hedefinin saptanması ve riskin hesaplanmasında psikotik semptomların teması ve içeriğinin farkında olunması faydalıdır (103). Şizofreninin katatonik ve dezorganize tiplerindeki şiddet ise psikotik dezorganizasyondan ve ileri derecede ajitasyon ya da eksitasyondan ileri gelmektedir ve çoğunlukla plansız, belirli bir hedef gözetmeksizin olmakta ve daha az tehlikeli olduğu saptanmaktadır (104-105).

Krakowski ve ark Şiddet eyleminin psikotik belirtilerle yakın ilişkili olduğunu belirtmiştir (349,350). Bir çok kez dezorganize ya da ajite davranışın bir parçası olarak ya da sanrı sistemi ile varsanıların doğasından kaynaklanmakta olduğunu söylemişlerdir. Kötülük görme şeklinde sanrılar ve varsanılar hastanın diğer kişiler tarafından zarar göreceğini, kendisine kötülük yapılacağını ya da tehditleri içerir. Hastanın duygulanımında etkilenir; böylece kızgın, öfkeli ve sıkıntılı olan hasta, bu tekrarlayan tehditlere karşı bir reaksiyon olarak şiddet davranışına başvurabilir (351,352,353,349). Özellikle emir veren işitme varsanıları, saldırgan davranışların ortaya çıkmasına neden olabilir (350).

Ran ve arkadaşlarını Çin'in kırsal bölgesinde yaptıkları 14 yıllık prospektif çalışmada, izlem süresince şizofreni hastaları arasında kriminal davranış oranı %10 olarak saptanmıştır (19).

Şiddet davranışı riskinin değerlendirilmesinde içgörünün değerlendirilmesi de önem taşımaktadır. Şizofreni hastalarında içgörünün kısmi ya da tamamen yok olmasının tedaviye uyumu bozduğu bilinmekte (10), ağır akıl hastalığı olan kişilerin düzenli tedavi aldıklarında

ise genel popölasyona göre daha tehlikeli olmadıkları söylenmektedir (20).

Yapılmış olan bir gözden geçirme çalışmasında, şiddet ve içgörü arasında pozitif ilişki bulunmuş ve bu konuda prospektif çalışmaların gerektiği bildirilmiştir. (108) yapılan bir çalışmada adli şizofreni hastalarının içgörü oranlarının genel psikiyatri hastaları ile benzer olduğu saptanmıştır (109). Yapılan başka bir çalışmada yine zayıf içgörü, fiziksel agresyon ile ilişkilendirilmemiştir (110).

Şizofreni hastalarında taburculuk sonrası homisid davranışlarının araştırıldığı bir vaka kontrol çalışmasında; hastaneye yatış öncesi ve taburculuk sonrasında alkol ve uyuşturucu madde kullanımı olması, ruhsal hastalığın kronikleşmesi ve taburculuk sonrası tedavi uyumunun olmaması risk faktörleri olarak bildirilmiştir (95).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da psikiyatrik hastalıklarla suç ilişkisi ve özellikle şizofreni hastalarında suç işlemeyi öngören etkenler araştırılmıştır.

Türkcan ve ark.nın (112) ceza ehliyetinin tespiti için gönderilen 1831 adli olguyu Araştırdıkları bir çalışmada, tüm vakaların % 34'ünün geçmişte suç işlediği, % 48.9'unun ceza ehliyetinin olmadığı ve bunların % 32.8'inde şizofreni olduğu bildirilmiştir.

Kayatekin ve ark. (113) 469 hasta üzerinde geriye dönük olarak yaptıkları çalışmada; % 98'inin suç işlediği dönemde herhangi bir tedavi almadığı, % 72'sinin kronik hasta olduğunu, tanı gruplarına göre % 32'sinin şizofreni (özellikle paranoid tip) olduğunu, % 83'ünün saldırganlığının tanıdığı kişilere yönelik olduğunu ve sadece % 5 'inin sosyal güvencesinin olduğunu belirtmişlerdir.

Suç işlemiş 50 şizofren hastanın incelendiği çalışmada, Uygur ve ark. (2) olguların %16'sında tekrarlayan suç olduğunu, suçların %77'sinin kişiye yönelik olduğunu ve suçun en çok hastalığın 2-5. yılları arasında işlendiğini belirtmişlerdir. Şeker ve arkadaşları da (114) çalışmalarında yineleyen suç işleyen psikotik bozukluğu olan grubun %56.2'sinin şizofreni olduğunu ve suçlar arasında geçen sürenin ortalama 6 yıl olduğunu bildirmişlerdir.

Ural ve ark. yapmış oldukları çalışmayla suç işlemiş şizofreni hastalarının, daha çok 30'lu yaşlardan sonra suç davranışında bulunan, daha öncesinde daha az

oranda suç işleyen, kendine zarar verici davranışı daha az oranda olan, suç esnasında daha az oranda alkol-madde kullanan, daha çok gündüz suç işleyen, daha çok yakınlarını hedef alan ancak öncesinde kurbanı yönelik daha az oranda şiddet uygulayan kişiler olarak saptamışlardır.

Yineleyen suç ile ilgili çalışmalarda ortak olan özellikler; bekâr olma, erkek cinsiyet, sosyal desteklerin yetersiz olması, sağlık güvencelerinin bulunmaması, kişilik bozukluğu olması, alkol-madde kullanımı ve daha önce suç işlenmiş olmasıdır (88).

Şiddet davranışında bulunan psikiyatrik bozukluğu olanların hedef kitlesi Genel olarak aile üyeleridir. Uygur ve ark. (2) 1992 yılında yaptıkları çalışmada suç işlemiş 50 şizofren olguyu değerlendirmiş ve % 41'inde hedef kitlenin aile üyeleri olduğunu, % 27.4 oranında ebeveynlerin şiddet davranışına maruz kaldığını bildirmişlerdir.

### **2.2.3. Türkiye’de Yasal Süreç**

Bir eylemin suç olarak sayılabilmesi için kişinin suçu bilerek işlemiş olması, yaptığıının ne tür sonuçlara yol açacağını biliyor olması, karşılığında ceza göreceğinden haberdar olması ve içinden gelen dürtüleri denetim altında tutabiliyor olması gerekmektedir (83).

Suçlu kişi yaptığı eylemin karşılığında, yargılamadan sonra cezalandırılır. Cezada ölçü, suçlunun kasıt ve kusur derecesi ile işlenen suçun ağırlığıdır. Cezanın amacı, suçluyu korkutmak, uslandırmak ve yaptığı kötülükten pişmanlık duymasını sağlamaktır. Cezanın bir yararı da suç işleme eğiliminde olanlara ibret verici olmasıdır (115).

Küçük çocuklar ve ciddi psikiyatrik hastalığı olanların cezadan korkması ve cezalandırma ile uslanması beklenmemelidir. Ayrıca onlara ceza verilmesi, diğer çocuklara ve hastalara da ibret olmaz (116). Bu sebepten dolayı, kişinin ruhsal yetilerini tamamen ortadan kaldıran ya da önemli ölçüde etkileyen bir psikiyatrik hastalığı olduğu kararı verilirse kişiye ceza verilmez ya da bu ruhsal yetileri kısmen etkileyen bir psikiyatrik hastalığı olanlara azaltılmış olarak ceza verilir.

## Cezai Sorumluluk

### T.C.K’da Cezai Sorumluluk Kavramı

Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) tanımlanmış olan suçların yaptırımını olarak belirli miktarlarda cezalar öngörülmektedir. Kişinin çeşitli sebeplerle cezalandırılmadığı veya ceza indirimine gidildiği durumlar, “**Ceza Sorumluluğunu Kaldıran veya Azaltan Haller**” başlığı altında ayrı bir bölüm halinde (ikinci bölüm) düzenlenmiştir. Bu sebeplerin bir kısmı bütünüyle hakimın karar vereceği; **meşru savunma ve zorunluluk hali, sınırın asılması, haksız tahrik** gibi durumları tanımlayan hallerdir ki nadiren bilirkişi görüşüne ihtiyaç duyulur. Örnek olarak

TCK’nun 28. ve 29. maddelerini verebiliriz.

**TCK madde 28;** *Karsı koyamayacağı veya kurtulamayacağı cebir ve şiddet veya muhakkak ve ağır bir korkutma veya tehdit sonucu suç isleyen kimseye ceza verilmez. Bu gibi hallerde cebir ve şiddet, korkutma ve tehdidi kullanan kişi suçun faili sayılır.*

**TCK madde 29. – (1)** *Haksız bir fiilin meydana getirdiği hiddet veya şiddetli elemin etkisi altında suç isleyen kimseye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine onsekiz yıldan yirmidört yıla ve müebbet hapis cezası yerine oniki yıldan onsekiz yıla kadar hapis cezası verilir. Diğer hallerde verilecek cezanın dörtte birinden dörtte üçüne kadarı indirilir.*

Bilirkişi görüşüne genellikle ihtiyaç duyulan diğer haller ise **TCK’nun 31., 32., 33., 34.** maddelerinde tanımlanmıştır. Ceza indirimine karar verilen veya cezai sorumluluğun olmadığı gerekçesiyle ceza verilemeyen ve güvenlik tedbirine gerek duyulan adli tıbbi durumlar burada belirtilmektedir. Bunlar sırasıyla **yaş küçüklüğü (31. madde), akıl hastalığı (32.madde), sağır ve dilsizlik (33.madde) ve geçici nedenler,alkol ve uyuşturucu etkisinde olma (34.madde)** dır.

Cezai sorumluluğun ortadan kalktığı veya azalmış olduğu haller kanun koyucunun ceza yaptırımından beklediği fayda ve gerekçelerle alakalıdır. Suç işlemiş kişiye ceza verilmesi ıslah etme, cezanın caydırıcı ve ibret verici olduğu varsayımı,

toplumu koruma, toplumda adalet duygusunun tesisi gibi amaçlar taşımaktadır. Bu amaçların geçerli olamayacağı hallerde ceza yaptırımını uygulanamaz. Çünkü yaş küçüklüğü, akıl hastalığı gibi sebeplerle kişinin hem islediği sucun hukuki anlam ve sonuçlarını muhakeme edebilecek, hem de kendisine verilecek cezadan gerekli dersleri çıkartabilecek ölçüde mental sağlık ve yeterlilik yetisi ya mevcut değildir ya da yeterince gelişmemiştir. Yani kişi ya yası veya sağır-dilsizliği sebebiyle henüz yeterli mental olgunluğa erişmemiştir ya da bu olgunluğa eristiği kabul edilen yaslarda ortaya çıkan bir akıl hastalığı veya geçici bir sebeple mental sağlığını yitirmiştir.

### **Yaş Küçüklüğü**

Yaş küçüklüğü ile ilgili durumlar **TCK 31.** maddede belirtilmektedir. Tam metni aşağıda verilen bu maddenin birinci fıkrasına göre; sucu islediği sırada on iki yasını doldurmamış yani on üç yasından küçük çocuklarda islenen sucun niteliği ne olursa olsun hiçbir şekilde ceza kovuşturması yapılamaz . Ancak mahkeme sucun ciddiyeti, tekrarlanması, çocuğun suca zorlanarak istismar edilmesi gibi halleri dikkate alarak ocuk hakkında ilgili kanun hükmünce çeşitli güvenlik tedbirlerine hükmedebilir. Bu yastan daha büyük olan çocuklar için iki yaş kademesi belirlenmiştir; 16 yasına kadar olan yastaki çocuklar ve 16 yaş ile henüz 18 yasını doldurmamış yaş aralığındaki ocuklar. Her iki grupta da değerlendirme kriteri aynıdır: **“sucu islediği sırada islediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması** “Bu gibi hallerde çocuğun cezai sorumluluğu yoktur. Cezai sorumluluğun var olduğu durumlarda çocuğun cezası, içinde bulunduğu yaş grubuna bağlı olarak daha küçük yasta olanlarda yarısı, büyük yaş grubunda da üçte biri indirilerek uygulanır. Çocuğun mental durumunun değerlendirilmesinde dikkat edilmesi gereken şey sadece ; çocukluk çağına ait bir ruhsal hastalık veya zihinsel yetersizlik olup olmadığının saptanması değil, kanunun belirttiği şekilde her çocuğun farklı gelişim sureci dikkate alınarak mental acıdan sağlıklı bir çocukta da “işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişip gelişmediğinin” tespit edilmesi gerektiğidir.

şüphesiz ki; çocukluk ağı ruhsal bir bozukluğa musap olsa bile; bir çok ocuk

istenmeyen bir şey veya kötü bir şey yaptığının belirli bir ölçüde ayırdındadır. Ancak kanun içeriğinden anlaşılması gereken sadece yanlış bir şey yaptığının farkında olması değil bu eylemin tüm hukuki sonuçlarını bütünüyle idrak edip etmediği veya iradi olarak davranışını başlatabilecek ya da sonlandırabilecek denetim gücüne sahip olacak kadar gelişip gelişmediğidir. Çocukların adli tıbbi değerlendirmelerinde tüm bunlar gözetilerek gerektiğinde sosyal inceleme raporları da irdelenerek bir mutalaa düzenlenmesi zorunludur.

### **TCK madde 31**

*(1) Fiili işlediği sırada oniki yasını doldurmamış olan çocukların ceza sorumluluğu yoktur. Bu kişiler hakkında, ceza kovuşturması yapılamaz; ancak, çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanabilir.*

*(2) Fiili işlediği sırada oniki yasını doldurmuş olup da onbeş yasını doldurmamış olanların işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması halinde ceza sorumluluğu yoktur. Ancak bu kişiler hakkında çocuklara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur. İşlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı halinde, bu kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde oniki yıldan onbeş yıla; müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde dokuz yıldan onbir yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların yarısı indirilir ve bu halde her fiil için verilecek hapis cezası yedi yıldan fazla olamaz.*

*(3) Fiili işlediği sırada onbeş yasını doldurmuş olup da onsekiz yasını doldurmamış olan kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde onsekiz yıldan yirmidört yıla; müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde oniki yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların ucte biri indirilir ve bu halde her fiil için verilecek hapis cezası oniki yıldan fazla olamaz.*

### **Akıl Hastalığı**

Akıl hastalığı ile ilgili düzenlemeler TCK 32. maddede tanımlanmıştır.

### **TCK madde 32.**

*(1) Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur.*

***(2) Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte islediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmibeş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hallerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkum olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına öz güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.***

Kanun koyucunun yaş küçüklüğü dışındaki bir sebeple ceza sorumluluğunu ortadan kaldırdığı en önemli adli tıbbi husus akıl hastalığıdır. 31. maddede tanımlandığı şekilde burada kişide bir akıl hastalığının mevcut olması tek başına cezai sorumluluğu etkileyecek ya da ortadan kaldıracak bir şey değildir. Kaldı ki kanun koyucu “akıl hastalığı” tanımından ne anladığını da tarif etmemiş ve bunun kararını hekimlere bırakmıştır. Bugün çeşitli psikiyatrik sınıflamalarında akıl hastalığı olarak tanımlanmış olsa dahi bir çok psikiyatrik bozukluk cezai sorumluluğu etkileyecek düzeyde bir hastalık olarak algılanmaz. Ciddi akıl hastalıkları olarak bilinen; şizofreni ve benzeri diğer psikotik bozukluklar, psikotik özellikli duygudurum bozuklukları gibi gerçeklik sınamasının ağır boyutta bozulduğu haller, bilinçte ciddi boyuttaki dalgalanmalar ve bilişsel bozukluklarla seyreden kronik organik beyin sendromları ve ikinci eksen tanısı olarak orta ve ağır derecedeki mental retardasyonlar bütün ülkelerdeki uygulamalarda cezai sorumluluğu ortadan kaldırabilecek hastalıklar olarak kabul edilirler. Ağır seyreden bazı itki denetim bozukluklarının (kleptomani, piromani v.s), bazı parafililerin (fetisizm gibi) ve saplantı-zorlantı bozuklukları (obsesif kompulsif bozukluklar) ile hafif derecedeki zeka geriliklerinin ise cezai sorumluluğu ortadan kaldırmaya bile ceza indirimine yol açabileceği inanılır.

Fakat, TCK da belirtildiği gibi bir kişide yukarda sayılan türden bir psikiyatrik bozukluğun teşhis edilmiş olması 31. maddenin birinci veya ikinci fıkrasının uygulanması için yeterli değildir. 31. maddenin uygulanabilmesi için:

- 1- Kişide akıl hastalığı olarak tanımlanabilecek bir hastalık hali tespit edilmesi,
- 2- Tespit edilen akıl hastalığının suç tarihinde-anında mevcut olması,
- 3- İşlediği eylemin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin önemli derecede azalmış olması gerekir. Bu üç şartın bir arada mevcut olmadığı hallerde kişide bir akıl hastalığı saptanmış olsa

dahi cezai sorumluluk tamdır.

TCK 31. maddesinin ikinci fıkrasında; yukarda tanımlandığı derecede olmamakla birlikte davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış kişiler için yapılacak uygulamalar tarif edilmektedir. Bu durumda kişilerin cezası altıda birden daha fazla olmamak üzere indirilir ve gerektiği takdirde ceza yüksek güvenli bir sağlık kurumunda kısmen veya tamamen infaz edilebilir. Burada uygulanan koruma ve tedavi maksatlı bir güvenlik tedbiridir ve 32. maddenin birinci fıkrasında yer alan cezai sorumluluğun tam olarak ortadan kalkması olarak tanımlanan durumdaki güvenlik tedbirleri ile aynıdır.

### **Güvenlik Tedbirleri,**

Suç islediği sırada akıl hastalığı nedeniyle fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamaz ve fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendiremez bir durumda olan kişiye hukuken ceza verilmesi imkansız olsa da “toplumu koruma” ilkesi hala mevcudiyetini sürdürdüğünden, akıl hastası kişi hakkında tehlikeliliği ortadan kalkıncaya veya önemli derecede azalıncaya kadar, yüksek güvenli bir sağlık kurumunda koruma ve tedaviye alınmasına karar verilir. Güvenlik tedbiri olarak adlandırılan bu durum TCK 57. maddesinde ayrıntıları ile tarif edilmiştir.

### **TCK madde 57.**

*(1) Fiili islediği sırada akıl hastası olan kişi hakkında, koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilen akıl hastaları,yüksek güvenli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınırlar.*

*(2) Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilmiş olan akıl hastası, yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca düzenlenen raporda toplum açısından tehlikeliliğinin ortadan kalktığı veya önemli ölçüde azaldığının belirtilmesi üzerine mahkeme veya hakim kararıyla serbest bırakılabilir.*

*(3) Sağlık kurulu raporunda, akıl hastalığının ve islenen fiilin niteliğine göre, güvenlik bakımından kişinin tıbbi kontrol ve takibinin gerekip gerekmediği, gerekiyor ise, bunun süre ve aralıkları belirtilir.*

*(4) Tıbbi kontrol ve takip, raporda gösterilen süre ve aralıklarla, Cumhuriyet savcılığınca bu kişilerin teknik donanımı ve yetkili uzmanı olan sağlık kuruluşuna*

*gönderilmeleri ile sağlanır.*

*(5) Tıbbi kontrol ve takipte, kişinin akıl hastalığı itibarıyla toplum açısından tehlikeliliğinin arttığı anlaşıldığında, hazırlanan rapora dayanılarak, yeniden koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Bu durumda, bir ve devamı fıkralarda belirlenen işlemler tekrarlanır.*

*(6) İşlediği fiille ilgili olarak hastalığı yüzünden davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişi hakkında birinci ve ikinci fıkra hükümlerine göre yerleştirildiği yüksek güvenli sağlık kuruluşunda düzenlenen kurul raporu üzerine, mahkum olduğu hapis cezası, suresi aynı kalmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, mahkeme kararıyla akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.*

*(7) Suç isleyen alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlısı kişilerin, güvenlik tedbiri olarak, alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılarına özgü sağlık kuruluşunda tedavi altına alınmasına karar verilir. Bu kişilerin tedavisi, alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılığından kurtulmalarına kadar devam eder. Bu kişiler, yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca bu yönde düzenlenecek rapor üzerine mahkeme veya hakim kararıyla serbest bırakılabilir.*

57. madde aynı zamanda madde bağımlısı kriminaller için de bir düzenleme getirmektedir. Akılda kalması gereken önemli husus kriminal akıl hastalarının tehlikeliliğinin ortadan kalktığını belirten kurul raporunun tedavi gördüğü yüksek güvenli sağlık kuruluşu (YGSK) tarafından düzenlenmesi gerektiği belirtilmişse de ülkemizde halen bu tür yüksek güvenli kurumlar bulunmadığından hastaların koruma ve tedavileri “Bölge Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri”nde yapılmaktadır (116). Ancak YGSK tarafından düzenlenen rapora uyup uymama kararı mahkemenindir ve mahkeme ikna olmadığı veya şüpheye düştüğü durumlarda başka kurumlardan veya Adli Tıp Kurumu IV. İhtisas Kurulu’ndan görüş isteyebilir. Kişinin tıbbi kontrol ve takipleri sırasında tehlikeliliğinin arttığı düşünüldüğünde yine 57. Maddenin 5. fıkrası gereğince Adli Tıp Kurumu veya başka kurumlardan görüş istenebilir.

T.C.K’nın 57/1 maddesinde suçun işlendiği sırada ceza sorumluluğunun olmadığı tespit edilen kişilerin yüksek güvenli bir sağlık kurumunda koruma ve tedavi altına alınmaları gerektiği belirtilmişse de ülkemizde halen bu tür yüksek güvenli kurumlar bulunmadığından hastaların koruma ve tedavileri “Bölge Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri”nde yapılmaktadır (116).

T.C.K.’nın 32. madde hükümlerine göre ceza sorumluluğu olmayan hastaların

zorunlu klinik tedavi süreçleri tamamlandıktan sonra bulundukları hastanenin sağlık kurulunca haklarında ruhsal hastalık nedeniyle toplum için tehlikeliliklerinin önemli ölçüde azaldığı ya da ortadan kalktığına dair rapor düzenlenir ve ilgili ceza mahkemesine kurul raporu gönderilir.

T.C.K.'nın 57/2. maddesi gereğince hakkında ilgili mahkeme tarafından hastaneden çıkarılma kararı verilen hasta, T.C.K 57/3 ve 57/4. maddeleri ile belirtilen süre ve aralıklarla (genellikle kontrol süreleri 5 ila 20 yıl arasında, aralıklar ise 3 veya 6 ay olmaktadır), yaşadığı yere en yakın psikiyatri kliniği bulunan resmi kurumda tıbbi olarak kontrol muayenelerine tabi tutulur. Bu muayenelerin takibi, kişinin yaşadığı yerdeki Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yürütülür. İlgili Cumhuriyet Başsavcılığı kişiyi tıbbi kontrol muayenelerine gönderir. Bu muayeneler psikiyatri uzmanı ve sağlık kurulu bulunan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde, Devlet Hastanesinde ya da Üniversite Hastanesinde yapılır. Yapılan psikiyatrik kontrol muayenesi ve değerlendirilmesi sonucunda sağlık kurulu raporu düzenlenerek ilgili Cumhuriyet Başsavcılığı'na gönderilir. Eğer tıbbi kontrol muayenesi sonucunda suç tarihinde mevcut olan akıl hastalığının nüksetmiş olduğu bulunursa T.C.K 57/5. maddesi gereğince tekrar Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine yatırılarak muhafaza ve tedavi altına alınır ve ilgili Cumhuriyet Başsavcılığına bilgi verilerek, ilgili ceza mahkemesince tekrar koruma ve tedavi kararı alınması istenir (117-118).

### **2.3. MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI**

Çağlar boyunca insanlar, ruh halinde değişiklik oluşturabilecek ajanları kullanmıştır. Psikoaktif madde kullanımına ait geçmiş verilere göz gezdirdiğimizde duyulan endişenin oldukça eski olduğu, birey ve toplum sağlığı üzerine olumsuz etkilerinin çok erken dönemlerde farkedilip önlemler alınmaya, toplumsal yasalar ve törelerle kullanımlarının kontrol edilmeye çalışıldığını görmekteyiz (119).

Milattan önce Hamurabi kanunlarında alkol ticaretinden bahsedilmiştir. Alkol kullanımı ilk çağlardan beri bazen kabul görmüş, bazen yasaklanmıştır. Anadolu, Mezopotamya, Mısır ve Akdeniz bölgelerinde birçok toplumun alkol kullandıkları ve aynı zamanda ticaretini yaptıkları bilinmektedir. Eski Yunanlılarda 'Dionysos' veya Romalılarda 'Bakkhos' içki tanrıları olarak bilinir ve adlarına düzenlenen törenlerde

içki içilirmiş. Eski çağlarda alkol kullanımını kanunlarla yasaklayan toplumlarda vardır. En son olarak 1878'de Kanada'da, 1919- 1934 yılları arasında Amerika'da alkollü içkilerin üretimi ve tüketimi yasaklanmıştır. Osmanlı padişahları arasında IV. Murat döneminde, alkol, afyon, tütün yasaklanmış, içenlere çok ağır cezalar verilmiştir. Alkol asırlarca tıpta da kullanılmıştır, fakat 17. yüzyıldan itibaren giderek büyük ölçüye varan kötüye kullanım maddesi olmuştur. Tarih boyunca Hipokrat'tan başlayarak pek çok hekim alkollü içkilerin insan sağlığına zararından söz etmişlerdir. Günümüzde bazı ülkelerde alkolü yasaklayıcı tutum, devlet politikası olarak devam etmektedir (120).

Ondokuzuncu yüzyıldan itibaren cilt altı iğnelerinin bulunması ile morfin enjekte edilebilir olmuştur ve bu şekilde morfinin kötüye kullanımı başlamıştır. İ.V morfin ve eroin kullanımı 20.yy'ın başında uygulanmıştır. Yirminci yüzyılın ortalarından itibaren sigara içme popüler olmuştur ve sigara kullanımının sonucu akciğer kanseri ve bir çok hastalık gözlenmiştir. Sigara kullanımının bağımlılık yapıcı gücünün kabul edilmesi 20 yıllık bir zaman almıştır (121).

### **2.3.1. Madde Bağımlılığı**

Madde bağımlılığının en önemli özelliği maddenin zarar verici etkileri bilinmesine rağmen kişi tarafından madde alımının kontrol edilemediğini gösteren bilişsel, davranışsal bozuklukların ve fizyolojik etkilerin varlığıdır. Bağımlılık belirtileri birçok kişi için benzerlik göstermesine rağmen bazı maddeler için belirtiler daha hafiftir. Madde bağımlılığında görülen önemli kavramlardan biri toleranstır.

Tolerans, bireyin istediği etkiye ulaşabilmek için maddeyi giderek daha yüksek dozlarda alması, yüksek dozlara dayanma gücünün artmasıdır. Metabolik ve farmakodinamik nedenlere bağlıdır. Maddenin metabolize olma ve karaciğerde yıkım hızındaki değişiklikler, santral sinir sisteminde maddenin etki ettiği hedef hücrelerin işlev ve tepkilerindeki değişimlere bağlıdır. Bir maddenin bir etkisine karşı tolerans gelişirken, diğer bazı etkilere karşı tolerans olmayabilir. Belli bir maddeye karşı tolerans gelişmişse, aynı gruptaki diğer maddelere karşı da çapraz tolerans olabilmektedir. Tolerans derecesi maddelere göre değişiklikler gösterebilir. Yoğun şekilde eroin, kokain, amfetamin kullanan kişiler, kullanmayanlar için öldürücü olabilecek dozların 10 katı dozlara tolerans geliştirebilmektedir (125).

Madde kullanımının sürdürülmesine yol açan etkenlerden bir tanesi de yoksunluk belirtileridir. Yoksunluk, uzun süre yoğun madde kullanan kişilerde kan ve dokularda madde miktarı düştüğü zaman ortaya çıkan fizyolojik ve bilişsel belirtilerle birlikte görülen davranış değişiklikleridir. Kişi yoksunluk belirtilerinden kaçınmak için veya belirtileri düzeltmek için madde almaya yönelir, tipik olarak uyanır uyanmaz tekrar madde alıp, gün boyu kullanmaya devam eder. Kullanılan maddenin cinsine göre yoksunluk belirtileri ve belirtilerin şiddeti de değişkenlik gösterir. Alkol, opiyatlar, sedatif- hipnotikler, anksiyolitikler için belirgin yoksunluk belirtileri vardır. Nikotin, amfetamin ve kokain için yoksunluk belirtileri daha düşük düzeydedir. Tolerans ve yoksunluk, madde kullanımını kısır döngü oluşturarak fazlalaştırır. Yoksunluk belirtilerini yatıştırmak ve tolerans nedeniyle madde kullanımı süre, sıklık ve miktar bakımından arttıkça fiziksel bağımlılık derecesi de artmaktadır. Madde bağımlılığı olan bireylerde madde amaçlanandan fazla miktar ve sürelerde alınır, madde kesme girişimleri vardır, ancak genelde olumsuzlukla sonuçlanır. Kişi zamanının çoğunu maddeyi bulmak, kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için uğraşmakla geçirir. Toplumsal ilişkiler bozulur. İşlevselliğindeki düşmeye bağlı, işini yapamama, işe gidememe sorunları bazen iş kayıplarına yol açabilir.

#### **DSM-IV'e göre Madde Bağımlılığı Tanı Ölçütleri(126)**

**A-** Maddenin uyumu bozacak, klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa yol açacak biçimde kullanılması ve 12 aylık bir süre içinde herhangi bir zamanda aşağıdakilerden üçünün bulunması:

1. Tolerans,
2. Yoksunluk (kesilme) belirtilerinin olması ve bunları gidermek için maddeye gereksinim duyma,
3. Maddenin tasarlandığından çok daha fazla miktarda ve daha uzun bir süre alınması,
4. Madde kullanımına son vermek ya da bunu denetim altına almak için sürekli bir istek hissetme ve birçok kez bırakma girişiminde bulunma,

5. Maddeyi elde etmek için ve madde etkisi altında çok zaman harcama,
6. Kişinin günlük işlevlerini yerine getirmesi beklenen zamanlarda madde etkisi altında olma ve bunları yerine getirememesi,
7. Madde kullanımının neden olduğu sosyal, ruhsal veya bedensel bir sorunun varlığına rağmen madde kullanmayı sürdürüyor olma.

Fizyolojik bağımlılık var: Tolerans veya kesilme belirtileri var

Fizyolojik bağımlılık yok: Tolerans veya kesilme belirtileri yok

#### **DSM-IV-TR Madde Kötüye Kullanımı Tanı Ölçütleri :**

A) Maddenin uyumu bozacak, klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa yol açacak biçimde kullanılması ve 12 aylık bir süre içinde aşağıdaki ölçütlerden biri veya daha fazlasının bulunması :

- 1) Kişinin işte, evde veya okuldaki yükümlülüklerini sürdürmesini önleyecek şekilde yineleyici biçimde madde kullanması
  - 2) Fiziksel tehlike yaratabilecek durumlarda (örn. araç kullanırken) madde etkisi altında olma ve bu durumun tekrar tekrar olması
  - 3) Madde kullanımı ile ilişkili olarak yasal sorunların varlığı
  - 4) Madde kullanımının sosyal yaşamda ve kişinin yakınları ile ilişkisinde yineleyici ve kalıcı sorunlara yol açmış olmasına rağmen madde kullanımını sürdürme
- B) Bu madde için kişinin bağımlılık tanısı almamış olması (127) .

#### **Madde Bağımlılığının Yaygınlığı:**

A.B.D.'de Ulusal Eşanlık Araştırmasında (National Comorbidity Survey – NCS) 1990- 1992 yılları arasında madde kullanımının yaşam boyu sıklığı %14.7 (erkeklerde %16.4, kadınlarda %12.6) olarak saptanmıştır. Yine aynı çalışmada 12 aylık madde kullanım yaygınlığı %1.8 olarak bulunmuştur. Yaşamlarının herhangi bir bölümünde madde kullananlarda ise 12 aylık yaygınlık %3.5 olarak saptanmıştır. Opiyat

bağımlılığının yaşam boyu yaygınlığı %0.7, kannabis bağımlılığı %4.4, halüsinojen bağımlılığı %0.4, kokain bağımlılığı %0.2, sedatif hipnotik bağımlılığı %1.2 olarak bildirilmiştir. Amerika’da Ulusal Madde Bağımlılığı Enstitusunun (National Institute on Drug Abuse – NIDA) yapmış olduğu bir çalışmada 1991 yılında ABD nüfusunun %37’sinin hayatında en az bir kez yasadışı madde kullandığı, %13’unun son 1 yıl içinde madde kullandığı tespit edilmiştir. NCS’nin madde kötüye kullanım ve bağımlılık oranları Epidemiyolojik Alan Çalışması’nın (Epidemiological Catchment Area - ECA) sonuçları ile benzerlik göstermektedir. ECA, A.B.D.’de 18 yaş ve üzeri nüfusunun %16.7’sinde madde kullanım bozukluğu bulunmuştur (128).

Yapılan birçok araştırmada madde kötüye kullanım ve bağımlılığı erkeklerde, kadınlara oranla daha fazladır. Son yıllarda bütün dünyada 18 yaşın altındaki ergen ve çocuklarda maddeye başlama yaşı giderek düşmektedir. Londra’da 16 yaşına kadar olan çocukların %26 ‘sının en az bir defa madde kullandığı ve %16 oranında düzenli kullanımı olduğu saptanmıştır. Ülkemiz de madde kullanım bozukluklarının yaygınlığı hakkında hastane ve polis kayıtlarının dışında yeterli araştırmalar bulunmamaktadır. 1990 yılında İstanbul’da üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir araştırmada sedatif hipnotik kullanım oranı %15, uyarıcı ilaç kullananlar %2.6 ve esrar kullanımı olanlar %6 olarak bulunmuştur (129).

1995 yılında Sağlık bakanlığının 7 ilde yaptığı bir çalışmada alkol dışı madde kullanım oranı %3.5 olarak bulunmuştur. Bir diğer çok merkezli araştırmada, 6800 öğrenciye uygulanan anket taramasında lise öğrencilerinin %4.2’si en az bir kez madde kullandığı bulunmuştur. En sık kullanılan madde esrar olarak saptanmıştır (130).

### **2.3.2. Şizofreni Hastalarında Alkol-Madde Kullanımı**

#### **2.3.2.1.Yaygınlık**

Son yıllarda Şizofreni ve alkol-madde kullanımı eşanısına olan ilginin belirgin bir biçimde artış göstermiş olmasının başlıca nedeni, eşanının tanı, tedavi ve prognozda taşıdığı önemin farkedilmiş olmasıdır (131) Klinik örneklemelerde ve epidemiyolojik araştırmalarda, şizofrenide madde kullanım bozukluğu eşanısına ait yüksek oranlar saptanmaktadır (132, 133).

Şizofrenideki alkol-madde kullanım bozuklukları oranı, tüm psikiyatrik bozukluklar içinde en yüksek olanıdır. şizofrenideki madde kötüye kullanım eştanısı hastalığın seyri, nüksü, yaşam kalitesi, morbidite ve tedaviye uyum süreçlerinde son derece etkilidir. Madde kötüye kullanımı açısından bu yüksek eştanı oranı belki de bir kısım biyolojik faktörlere bağlı olabilir (134). Pek çok çalışmada, ilk psikotik atağı sırasında değerlendirilen şizofren bireylerde, madde kullanım bozukluğu en sık rastlanılan eştanı olarak bildirilmektedir (135,136).

Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün Epidemiyolojik Alan Çalışmasında şizofreni spektrum bozukluğu olan bireylerin %47'sinin alkol-madde kullanım bozukluğu eştanı ölçütlerini karşıladığı saptanmıştır. Bu oran alkol kullanım bozukluğu tanısı için %33.7, madde kullanım bozukluğu tanısı için ise %27.5 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, şizofrenili bireylere, genel toplumla kıyaslandığında 4.6 kat daha fazla alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu, 3 kat daha fazla alkol kullanım bozukluğu ve 9 kat daha fazla alkol dışı madde kullanım bozukluğu tanısı konma olasılığı bildirilmektedir (137). ABD'de Freed ve arkadaşları (138) daha önce yayınlanmış 11 çalışmayı gözden geçirerek, şizofreni hastalarında alkol kötüye kullanımı yaygınlığının %3 ile %63 arasında değiştiğini bildirmektedir. Son dönemde yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde de, %40 ile %70 arasında değişen yaşam boyu madde kullanım bozukluğu yaygınlığı oranları saptanmakta ve şu anki madde kullanım oranları ise genellikle %20 ile %40 arasında bildirilmektedir (139,140). Oranlardaki farklılıklar, örneklemelere, sosyodemografik özelliklere, kullanım bozukluğu tanısına (kullanım, kötüye kullanım, bozukluk), tanıların şimdi, yaşam boyu ya da geçmişte alınıp alınmadığından kaynaklanmaktadır (124). Cuffel ve arkadaşları (141) şizofreni tanısı almış her üç kişiden birinin alkol probleminin bulunduğunu ileri sürmektedir.

Bir alan çalışmasında madde bağımlılığı olma oranı şizofrenik bozukluğu olanlarda toplumun geri kalan üyelerine göre 4.6 kat fazladır. Alkol kullanım bozukluğu ve alkol dışı madde kullanım bozuklukları için oran sırasıyla 3.3 ve 6.2'dir (235). Şizofrenik bozukluğu olanlarda madde kötüye kullanımı eşlik ettiğinde hastaneye yatma, şiddet uygulama, evsizlik gibi olumsuz sonuçlar daha sıklaşır (236, 237).

Madde kullanan şizofrenikler benzer özellikleri gösterirler. Ergenlik çağında davranışsal sorunları vardır, erken yaşlarda madde kullanımı başlar, erişkin yaşantıda bir çok

psikososyal sorunla karşılaşır. Buna karşın diğer şizofrenik olgularla karşılaştırıldıklarında hastalık öncesi sosyal ilişkileri daha iyidir, detoksifiye olurlarsa daha az olumsuz belirti gösterirler ve daha iyi prognostik özellikleri vardır. Yüksek risk çalışmaları iyi prognostik özellikleri olan şizofrenik olguların çocuklukta daha çok hiperaktif davranış biçimleri gösterdiği bulunmuştur. Çalışmalar şizofrenide davranış biçimi, mizaç ve madde kötüye kullanımı arasında bir ilişkinin olduğunu göstermektedir (238).

Şizofreni hastaları daha çok sigara, alkol, esrar, kokain ve amfetamin kullanmaktadır. Hastalar öncelikle uyarıcı maddeleri tercih etmektedirler. Yaşam boyu kokain kötüye kullanımının %15-50 arasında, amfetamin kötüye kullanım oranının ise %2-25 arasında olduğu bildirilmektedir (132). Uyarıcı madde kullanımının şizofrenili bireylerde diğer bireylere göre dört kat daha fazla olması, madde tercihinde seçici davrandıklarını düşündürmektedir. Ancak, kullanılan maddenin tipini maddenin özel farmakolojik etkisinin değil, ulaşılabilirliğinin de belirlediği öne sürülmektedir (142). şizofreni hastalarında alkol kullanım bozukluğu %20-60, esrar kullanım bozukluğu %12-42 arasındadır (132). Ancak bazı yazarlar, gerçekte alkol ve esrar kullanımının çok daha sık olduğunu bildirmektedirler (132). Sigara kullanımının ise genel toplumda %26 iken şizofreni hastalarında %70-90 oranında olduğu, olguların %14'ünde çoğul madde kullanımı bulunduğu bildirilmektedir (143).

#### **2.3.2.2. Komorbid hastaların Sosyodemografik Özellikleri:**

Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve ırk gerek genel, gerekse şizofrenik popülasyonda madde kullanımı açısından önemli belirleyicilerdir (144). Eşanı olasılığı sıklıkla; genç yaş, erkek cinsiyet, işsizlik, düşük eğitim düzeyi, antisosyal kişilik bozukluğu ve davranım bozukluğu öyküsü, ailevi problemler, evsizlik, erken şizofreni başlangıç yaşı ile ilişkili bulunmuştur (145,146, 147). Myers ve arkadaşları (148) erkeklerin kadınlardan iki kat fazla madde kullanım bozukluğu, dört kat daha fazla alkol kullanım bozukluğu sergilediğini saptamışlardır.

Şizofreni ve madde kullanım bozukluğu olan kadınlar, erkeklerden tercih ettikleri maddeler ve kullanım dozları bakımından da ayrılmaktadır. Ampirik çalışmalar kadın hastaların alkol ve esrar kötüye kullanımının daha nadir olduğunu, erkeklerin daha çok stimülanları tercih ettiklerini ve kadın hastaların yasadığı maddelerden ziyade

reçete edilen maddeleri kötüye kullanmayı yeğlediklerini, erkeklere nazaran daha düşük dozlarda madde kullandıklarını bildirmektedir (149,150,151,152). şizofrenide cinsiyet farklılıkları ile ilişkili literatür gözden geçirildiğinde, çalışmaların büyük bölümünde kadınların daha geç yaşta hastalandığı, hastane başvurularının daha ileri yaşta gerçekleştiği, premorbid işlevselliklerinin yüksek olduğu (eğitim düzeyi, medeni durum, maternal özellikler, mesleki durum vs bakımından), ağırlıklı olarak pozitif belirtiler sergiledikleri, tedaviye daha düşük ilaç dozlarında yanıt verdikleri ve daha az hastaneye yatıp daha kısa süre kaldıkları, daha az tutuklanıp daha nadiren agresif davranışlar sergiledikleri saptanmaktadır (152-153). Birçok çalışma şizofrenide madde kullanım bozukluğu ile genç yaş ilişkileştirmiştir (132,135,154,155,156,157). Düşük eğitim düzeyinin de eştanı ile ilişkili olup, özellikle esrar kullanım bozukluğu için önemli belirleyicilerden olduğu ileri sürülmektedir (132,149). Farklı maddeler farklı sosyodemografik özelliklerle ilişkilidir. Örneğin genç yaş ve düşük eğitim seviyesi alkol-dışı madde kullanımı ile daha güçlü ilişki göstermektedir. Madde tercihinin zaman içinde ve toplumdan topluma değiştiğini göz önüne alınırsa, demografik ilişkilerin de değişim gösterebileceği bildirilmektedir (156, 158).

### **2.3.2.3.Komorbid hastaların Tercih Ettiği Maddeler**

Schneier ve Siris (151) yaptıkları gözden geçirme çalışmalarında, şizofreni hastalarının öncelikle uyarıcı maddeleri tercih ettiklerini öne sürmektedir. şizofreni hastalarında yaşam boyu kokain kötüye kullanım yaygınlığı %15-50 olarak bildirilmektedir. Cuffel ve arkadaşlarının (144) 231 şizofreni hastası ile yürüttükleri çalışmada, hastaların %31'inin öncelikle alkol ve esrar, %14'ünün ise çoğul madde kötüye kullandıkları bildirilmektedir. Blanchard ve arkadaşlarının (159) gözden geçirme çalışmalarında, şizofrenide en sık kullanılan maddenin alkol olduğunu ve onu esrar ve uyarıcıların izlediğini ileri sürmüşlerdir. ECA çalışmasında psikiyatrik tanıya göre madde kullanım tipinde farklılık saptanmamıştır (137). Mueser ve arkadaşları (142) çalışmalarında BAB, major depresyon ve şizofreni arasında madde kullanım tipi açısından fark olmadığını ileri sürmüşlerdir. şizofrenili hastalarda alkol dışı madde kötüye kullanımı genel toplumdaki kullanımı yansıtır olabilir. Seçilen maddeler gözden geçirilirken çoğul madde kullanım bozukluğunun özellikle üzerinde durulmaktadır. Esrar kullanıcılarının hemen hepsinin sigara ve/veya alkol, alkol

kullananların %95'ine yakın bir kısmı ise aynı zamanda sigara kullanmaktadır. Bununla birlikte sigara içenlerde içmeyenlere oranla alkol kullanım bozukluğu görülme sıklığı artmaktadır (160). Araştırmalar sigara kullanımının alkol kullanımına yatkınlığı artırıyor olabileceğini göstermektedir (161). Bir çalışmada sigara ve alkol bağımlılığı arasında güçlü bir genetik korelasyon bulunduğu ve üst üste binen genetik faktörlerin klinik ve epidemiyolojik ilişkilere katkıda bulunuyor olabileceği ileri sürülmektedir (162). Çoğul madde kullanımı şehirlerde daha sık saptanırken (132), buna karşıt olarak kırsal bölgelerde yapılan çalışmalar alkol kullanım bozukluklarının ön plana çıktığını göstermektedir (163).

#### **A.Amfetaminler ve şizofreni**

Nedenleri konusunda çelişkiler olmasına karşın amfetamin kullanımı şizofrenik bozukluk tanılı olgularda daha sık görülmektedir. Bunun yanı sıra amfetamin tipi uyarıcıların kullanımını takiben ortaya çıkan psikopatolojik yanıt amfetamin psikozu olarak bilinir (222).

#### **B.Antikolinerjikler ve şizofreni**

Antikolinerjik özelliği olan ilaçlar öforizan etkilerinin olması ve nöroleptiklerin oluşturduğu yan etkileri dramatik bir şekilde düzeltebilmesi nedeniyle nöroleptik kullanan şizofrenik olgularda denetimsiz bir şekilde kullanıldıklarında kötüye kullanılabilirler.

#### **C.Benzodiazepinler ve şizofreni**

Bir çok hasta grubunda uzun süre ve yüksek doz benzodiazepin kullanımı vardır. Bunlardan biri de şizofrenik bozukluk tanısıyla benzodiazepin dışı bir ilaç tedavisi ile izlenen ve eşlik eden anksiyete bozukluğu veya tardif diskinezisi için benzodiazepin tedavisinde olan olgulardır. Bir aydan daha uzun süre ve 30 mg'ın üzerinde diazepam eşdeğeri dozlarda benzodiazepin kullanımında fiziksel bağımlılık gelişme riski artmaktadır (223).

#### **D.inhaleler ve şizofreni**

İnhale kullanan kişilerde entoksikasyon sırasında halüsinasyon ve düşünce bozukluklarının olduğu bir psikotik bozukluk görülebilir. Paranoid durumlar inhale

entoksikasyonu sırasında en sık görülen psikotik durumlardır (224).

Psikotik belirtilerin ön planda olduğu inhalan kullanıcılarında ailede şizofrenik bozukluğun daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu hastalarda psikotik belirtilerin ortaya çıkmasında sadece inhalan sorumlu olmayıp, genetik faktörler de etkili olabilmektedir. Aynı zamanda psikotik belirtileri olan olgularda %43 oranında başka psikoaktif madde kötüye kullanımı saptanmıştır (225).

### **E.Kannabis ve şizofreni**

Kannabisin, kalıcı klinik tanı koyulabilecek "kannabis psikozu" yaptığı yolunda pek fazla inandırıcı kanıt yoktur. Kannabisle oluşan psikotik bozukluk nadirdir, kullanımda daha çok geçici paranoid düşünceler görülür. Uzun süre esrar kullanımından sonra ortaya çıkan psikozun karakteristik bir görüntüsü, ortaya çıkış biçimi yoktur. Daha da ötesinde bu klinik tablonun sadece esrarın kendisi ile ilişkili olup olmadığı da kesin değildir. Belirgin psikozun uzun süre boyunca kannabinoid oranı yüksek esrar kullanımının yaygın olduğu yörelerde daha sık olduğu belirtilmektedir (224). Buna karşın kannabis kullanımı, yatkınlığı olan bireylerde şizofreni gelişmesi için risk oluşturmaktadır (226, 227).

Yüksek miktarda kannabis kullananlarda (örn. esrarı 50 kereden fazla kullananlarda), kullanmayanlara göre şizofreni relatif riskinin 6.0 olduğunu saptamıştır. Bu sonuca etkili olabilecek değişkenler kontrol altında tutulmaya çalışılsa dahi risk 2.9 civarında kalmıştır. Bu bulgu marijuana kullanım yatkınlığı olan bireylerde şizofrenik bozukluğun ortaya çıkmasını tetikleyebilecek bir durum olduğunu göstermektedir.

Nöroleptik kullanımı kannabis psikozunu kısa süre içinde düzeltmektedir (228). Ancak kannabisin psikotik belirtiler sürerken de kullanılması kannabis ile nöroleptikler arasında bir antagonistik etki oluşturabilmesi nedeniyle nöroleptiklerin etkinliğini azaltmaktadır. Bu durum nöroleptik tedavisi ile remisyonda olan şizofrenik olgularda kannabis kullanımı ve atakların ortaya çıkması ile belirginleşmektedir (229). Ayrıca şizofreni tanısı alan ve nöroleptik tedavisinde olan olgularda tardif diskinezi ve kannabis kullanımı arasında bir ilişki bulunmuştur (230).

## **F.Kokain ve şizofreni**

Şizofrenik bozukluk olan olgularda kokain kullanımı nadir görülür. Bir çalışmada tedaviye başvuran kokain bağımlılarında yaşam boyu şizofrenik bozukluk oranı %0.3 olarak bulunmuştur (231).

Kokain kullanıcılarının yaklaşık %50'sinde paranoid halüsinasyonlar oluşur. Bu psikotik belirtiler doza, kullanım süresine ve bireyin maddeye duyarlılığına bağlıdır. Kokainin ortaya çıkardığı psikotik bozukluklar IV kullanıcılarda ve "crack" kullananlarda daha fazladır. Erkeklerde kadınlara kıyasla daha fazla psikotik bulgu görülür. Psikotik belirtiler içinde en sık paranoid belirtiler görülür, işitsel halüsinasyonlar da pek nadir değildir. Psikotik belirtiler ortaya çıktığında, belirtilerin içeriği ile ilişkili olabilecek uygunsuz cinsel davranışlar, garip davranışlar ve şiddete yönelme görülebilir (224).

Crack kullanımı şizofrenik hastaların sağaltımını daha güçleştirmektedir. Bu hastalarda desipramin ve mazindol sağaltımları denenmektedir (232, 233).

## **G.Opioidler ve şizofreni**

Opioid kullanımı halüsinasyonların ön planda olduğu psikotik bozukluğa sebep olabilir (224). şizofrenik hastalarda da sık olmasa da opioid kullanımı bildirilmiştir. şizofrenisi olan hastalarda opioid bağımlılığının sağaltılmasında metadon kullanılabilir. Metadonun şizofrenisi olan hastalarda psikotik belirtileri azalttığı belirtilmektedir (234).

### **2.3.2.4.Etyoloji**

Şizofreni hastasının madde kullanımının 4 ana nedeni vardır:

- 1- Olumlu duygu durumu arttırmak
- 2- Olumsuz duygularla baş etmek
- 3- Sosyal etkiler; insanlara daha iyi tahammül etmek, halusinasyonu azaltmak, tedavi yan etkilerinden kurtulmak
- 4- Hastalık ve tedavi ile ilişkili etkiler; düşüncelerden uzaklaşmak, unutmak

şizofreni hastalarında madde kötüye kullanımı ile ilgili en çok ilgi gören hipotezler ise:

a-Self medikasyon (özsağaltım) hipotezi; hastalar disforiyi, şizofreninin pozitif ve negatif belirtilerini, bilişsel kayıpları azaltmak amacı ile maddeleri kötüye kullanmaktadırlar.

b-Madde kullanımını bir ödül olarak görmektedirler (164).

Son zamanlardaki gelişmeler, şizofrenideki nöropatolojinin maddelerin ödüllendirici ve pekiştirici etkileri ile ilişkili nöral devreler üzerine etki ederek, bağımlılık davranışına karşı artmış yatkınlığa neden olabileceğini düşündürmektedir.

Şizofrenideki hipokampal yapı ve frontal korteks anormalliklerinin, maddelerin ödüllendirici ve pekiştirici etkilerini kolaylaştırdığı ve madde arama davranışı üzerindeki baskılayıcı denetimi azalttığı varsayılmıştır. Bu modelde, hipokampal ve frontal kortikal işlev bozukluğundan kaynaklanan nükleus akumbensdeki dopamin ve glutamat nöral iletiminin düzenlenmesindeki bozukluk, kısmen ödül sisteminde bozukluğa neden olur. Bu da, uzun süreli madde kötüye kullanımı durumuna benzer nöral ve motivasyonel değişiklikler yaratır. Bu nedenlerle şizofreni hastalarının, şizofreniye bağlı olarak bağımlılık davranışına eğilimli oldukları öne sürülmektedir (165). Mezőlimbik dopamin sistemi, uyarıcı maddelerin pekiştirici etkilerine aracılık eden major nöral sistemdir. Bu sistem, ventral tegmental alan ve nucleus accumbens gibi ön beyin alanlarındaki dopamin nöronlarından oluşur. şizofreni hastalarının kullandığı alkol, nikotin, esrar olasılıkla ventral tegmental alandaki dopaminin disinhibisyonu yolu ile nükleus accumbensdeki dopamin salınımını artırır. Nükleus accumbensdeki dopamin artışı aşermeye neden olur. Stresin mezőlimbik dopamin sistemini aktive etmesi ile hem psikotik belirtilerin alevlenmesi hem de madde arama davranışının artması destekleyici bir kanıttır (166).

Şizofreni ve madde kullanım bozukluğu için genetik bir yatkınlığın olabileceğine ilişkin kanıtlar bulunmaktadır. Bu kanıtlardan biri, ikiz çalışmalarında alkolizm ve şizofreninin dizigotlara göre monozigot ikizlerde daha yüksek oranda bir arada gösterilmesidir (166). İkinci kanıt Fransa’da yapılan bir çalışmada, yaşam boyu madde kötüye kullanımı olan şizofrenlerde Dopamin D3 reseptör homozigot alelinin anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır (166).

### **2.3.2.5.Komorbid Madde kullanımının Hastalık Gidişine Etkileri**

Madde kötüye kullanımı şizofreninin erken başlangıçlı olması ve kötü klinik gidişle ilişkilidir. Rabinowitz ve arkadaşlarının (167) yaptıkları çalışmada, şizofreni ve madde kullanım bozukluğu olan olgularda psikozun başlama yaş ortalaması ve ilk hastaneye yatış yaşı ortalaması sadece psikozlu olan olgulara göre daha düşük olduğu bildirilmektedir. Alkol kötüye kullanan şizofreni hastalarının, kullanmayanlara göre daha şiddetli şizofreni belirtileri gösterdiği, daha fazla hastane yatışlarının olduğu ve hastalığın daha kötü gidiş gösterdiği bildirilmektedir (168). Bazı çalışmalar madde kullanım bozukluğu olan şizofreni hastalarında halusinasyon ve hezeyanların şiddetinin daha fazla olduğunu gösterirken, bazı çalışmalarda daha az şiddetli ya da sadece madde kullanımı olmayan şizofreni hastalarından farksız olduğunu göstermektedir (163). Cuffel ve Chase (169) şizofreni hastalarıyla yaptıkları ve 1 sene süren izleme çalışmalarında, madde kullanımına devam eden ya da yeni madde kullanım bozukluğu geliştirenlerin yıl içinde anlamlı derecede daha fazla depresif belirtiler gösterdiğini bildirmişlerdir. Madde kötüye kullanan şizofreni hastalarında, pozitif belirtilerin daha baskın olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (163). Pozitif belirtiler, alkol bağımlısı şizofreni hastalarında, alkol bağımlısı olmayanlara göre, negatif belirtiler ise sigara kullanan şizofreni hastalarında kullanmayanlara göre daha sık bildirilmektedir (168,170). Kokain kullanımının daha aralıklı olması nedeni ile pozitif ve negatif belirtilerin şiddeti ile bağlantılı olabileceği düşünülmektedir (163).

Madde kullanım bozukluğu olan şizofreni hastalarının, daha şiddetli bilişsel yetersizlik ve içe kapanıklığa bağlı olarak kötü toplumsal işlev gösterdiği bildirilmektedir (171). Addington ve Duchak (172) ise madde kötüye kullanan şizofreni hastalarında yaş, cinsiyet ve eğitim açısından eşleşmiş, madde kötüye kullanmayan hastalar arasında bilişsel ve toplumsal işlev açısından fark saptamamışlardır.

Şizofrenide madde kullanım bozukluğu suç işleme, şiddet davranışı ve yasal sistemle sorun yaşama ile yakından ilişkilidir (166). Kullanılan maddeler farmakodinamik ve farmakokinetik etkileşimler nedeniyle ilaç kan düzeylerini ve yan etkilerin şiddetini değiştirebilir. Araştırmalar madde kullanım bozukluğunun daha erken ve daha ağır tardif diskineziyle ilişkili olduğunu düşündürmektedir (173).

Şizofreni genel topluma kıyasla artmış mortalite ile bağlantılı olup eşanı madde kullanımı bu mortaliteye anlamlı katkıda bulunuyor görünmektedir. şizofreni hastalarında solunum ve dolaşım sistemi hastalıklarından ölüm oranının, yaş karşılaştırmalı olarak kontrol grubuna göre iki kat fazla olduğu ileri sürülmektedir (170).

### **2.3.2.6.Komorbid Hastalarda Şiddet**

“Şizofreni ve Suç” adlı makalelerinde, Lindquist ve arkadaşları (1990), şizofreni tanısı almış hastalarda kriminal risk açısından 14 yıllık bir izlem çalışması yapmışlar ve şiddet suçunun şizofrenik bireylerde 4 kat fazla olduğunu bildirmişlerdir (174 ).

Literatürde, alkol kötüye kullanımı ve şiddet davranışı ilişkisi üzerine kesin kanıtlar da bulunmaktadır (34). Mental bir bozukluğu olsa da olmasa da, suçlularda alkol ve madde kullanımının yaygın olduğu bilinmektedir. NIMH’nin Epidemiyolojik Alan Çalışması’nın sonuçlarına göre sağlıklı bireyler %2 oranında şiddet gösterirken, bu oran şizofren hastalarda %12.7, alkol kullanım bozukluğu bulunanlarda %24.57 ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde % 34.7 olarak bulunmuştur. (218). Şizofren bireylerde madde kullanımının, ileriki dönemde ortaya çıkabilecek şiddet ile ilişkisinin bulunup bulunmadığı, klinik ve toplumsal açıdan önem arz etmektedir (176).

Teorik olarak madde kullanım bozukluklarının, kognitif ve davranışsal impuls kontrol mekanizmalarını zayıflatarak; depresyon, paranoya ve öfke gibi belirtileri arttırarak şiddet ve saldırganlığa yol açabileceğinden bahsedilebilir (177, 178).

Son dönem ABD çalışmaları eş tanıli hastaların tek tanıli hastalara kıyasla daha belirgin oranda yasal sorunlarla karşı karşıya kaldıklarını, yasaların ihlali nedeniyle daha sık tutuklanıp cezaevine girdiklerini, bundan dolayı da madde kullanımının bu hastalarda zarar verici, tehdit edici, saldırgan davranışları tetikliyor olabileceğini ileri sürmüşlerdir (176, 178, 179, 35). Amerika’da cezaevlerinde yapılan çalışmalarda ek tanı oranlarının yüksekliği de bu iddiaları desteklemektedir (218). Dolayısıyla komorbid hastalarda yüksek tedavi masraflarına hukuk sistemine ait yüksek masrafların da ekleniyor olması, bu hastalarda şiddet riskinin önceden belirlenmesinde, eşlik eden alkol ve madde kullanımının da sorgulanması gereğine işaret eder (181).

Araştırmacıların bildirdikleri madde kullanımı ile artış gösteren şiddet davranışları; başkalarına zarar verme amaçlı verbal ve non-verbal tehditleri, fiziksel saldırıları, silah kullanımını ve çevredeki nesne ve eşyalara zarar vermeyi kapsamaktadır (176).

Artmış şiddet ve rahatsız edici boyuta ulaşan davranış riski, sadece klinik ve toplum-bazlı sayısız çalışma ile değil (183, 184), ayrıca epidemiyolojik çalışmalarla da doğrulanmıştır (36, 186). Steadman ve arkadaşlarına göre (1998) madde kullanım bozukluğu şizofren hastalarda şiddet için en önemli risk faktörüdür (187).

Seçilmiş bazı şizofren örneklerde elde edilen bulgular göstermektedir ki, komorbid alkol kullanım bozukluğu tanısı bulunan hastalar, alkolik olmayan şizofrenlere oranla iki kat daha sık şiddet suçu işleme eğilimindedirler(34, 35, 36). Danimarka'da Hodgkin tarafından yürütülen bir çalışmada (1996) major mental bozukluğu bulunan 3130 erkek hastanın 2.4-4.5 kat daha fazla şiddet içeren suç işledikleri, bunlardan ayrıca alkol kullanan 1731'inin ise 4.2- 6.7 kat daha fazla suç işlediği bulunmuştur (37).

Yenilik ve heyecan arayışı, antisosyal kişilik özellikleri, impulsivite şizofren hastalarda madde kullanım riskinin artışından sorumlu tutulmaktadır(206, 189, 190). Dervaux ve arkadaşları 100 şizofren hastada yaşamboyu madde kullanım bozukluğu bulunan şizofrenlerin daha impulsif ve daha yoğun heyecan arayışında olduklarını ortaya koymuşlardır (38).

Mueser ve arkadaşları 2000'de yayınladıkları bir çalışmalarında yatarak tedavi edilmiş 325 şizofren hastada davranım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu belirtilerinin ve cezaevinde geçirilen gün sayısının güçlü bir biçimde yaşam boyu alkol, esrar ve kokain kullanım bozuklukları ile bağlantılı olduğuna dair bulgularını kaydetmişler, davranım ve antisosyal kişilik bozukluğunun şizofren popülasyon için madde kullanımı açısından sensitif belirleyiciler olabileceğini bildirmişlerdir (39).

### **2.3.2.7.Komorbid Hastalarda Suisid**

Şizofreni ve şizoaftif bozukluk tanısı almış hastaların %40'lık bir dilimi yaşamlarının herhangi bir döneminde suisit girişiminde bulunmakta, yaklaşık olarak %10'u ise intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (194). Epidemiyolojik çalışmalar

göstermiştir ki suisid için en riskli dönem şizofreninin erken dönemleridir(195). Madde kullanım bozuklukları da, suisid girişimlerinin önemli bir oranı için risk faktörü olarak vurgulanmış; çalışmalarda yineleyen bir biçimde, primer madde kullanım bozukluğu bulunan bireylerin suisid sonucu ölüm oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur.(219, 196). Madde kötüye kullanımının, suisid fikri ve girişimi kadar tamamlanmış süisid ile de ilişkili olduğu savunulmuştur ( 196,197,198).

Genel popülasyonda yapılan çalışmalar, madde kullanımının özellikle genç bireylerde artmış suisid riski ile ilişkili olduğunu işaret etmektedir. Psikotik bozuklukların erken döneminin, madde kullanımı açısından yüksek riskli bir zaman dilimi olduğu hatırlanacak olursa, madde kötüye kullanımının yeni başlayan psikotik durumlarda artmış suisidalite için bir risk faktörü oluşturup oluşturmadığının araştırılması gerekmektedir (199).

Geçmişte veya şimdi alkol-madde kullanım öyküsü, zaten artmış bir suisid oranından bahsedilen şizofrenik hastalarda bu riski %60'tan fazla arttırmakta; bu da suisidi önlemek amacıyla hastaneye yatış sayısının artmasına neden olmaktadır (199).

Şizofreni ve madde kötüye kullanımının intihar için birbirinden bağımsız risk faktörleri mi oldukları, yoksa madde kullanımının zaten yatkınlığı bulunan şizofren hastaların intihar düşüncesini eyleme dönüştürmelerini mi kolaylaştırdığı tam olarak bilinmemektedir (212). Madde kullanımı bulunan şizofrenlerin, daha fazla depresif bulgular gösterdiği ve suisid eğilimi sergiledikleri (213); özellikle kokain kullanan şizofren hastaların major depresyon (214) ve suisid fikri (200) açısından daha da riskli gruplar oluşturdukları söylenmektedir.

Gut-Fayand ve arkadaşları (2001) 50 şizofrenik hasta ile yaptıkları çalışmada madde kullanan hastaların çok daha sık intihar girişiminde bulunduklarını belirtmişlerdir (189). Yine bir başka çalışmada, çifte tanılı hastaların kasıtlı olarak kendilerine zarar verme risklerinin ve self-destrüktif davranışlarının, saf şizofren hastalara kıyasla artmış olduğunu bildirmişlerdir (215, 216). Bu davranışlar arasında yüksek doz ilaç alımı, bileklerini kesme, ası girişimi ve boğulma ön planda bulunmuştur (215).

İlk başvuruda bulunan şizofren hastalar üzerinde yapılan ve suisidalite ile madde kullanım bozukluğu ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda, vakaların 1/4'ünden fazlasında parasuisidal öyküye rastlanmıştır; suisidalitenin en güçlü prediktörünün madde kullanım bozukluğu öyküsü olduğu bildirilmiştir (201). Bazı makalelerde madde kullanım bozukluğu intihar için bağımsız bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (202). Yine Fransa'da bir psikiyatri kliniğinde prospektif bir çalışma ile değerlendirilen 3460 şizofren hastada madde kullanım bozukluğu öyküsü suisidin en güçlü "bağımsız" prediktörü olarak saptanmış ve madde kullanan şizofrenik bireylerde kullanmayanlara göre, üç yıllık izlem döneminin sonunda, intihar nedeniyle iki kat fazla ölüm oranı tespit edilmiştir (203).

Öte yandan Verdoux ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarda, madde kullanımı ve suisidalite arasındaki ilişkinin diagnostik kategoriden bağımsız olduğunu, parasuisid riskinin çoğunlukla madde kullanımı bulunan hastalarda sadece esrar kullanan vakalardan daha yüksek olup, bu hastalarda madde kötüye kullanımı ve artmış özkıyım arasındaki ilişkinin nonspesifik olduğunu ve genel toplumla benzerlik bulunduğunu öne sürmüşlerdir (201).

Madde kötüye kullanımı ile artmış özkıyım arasındaki nedensellik, madde kötüye kullanımının şiddeti ve artmış suisidalite arasındaki doza bağımlı ilişkinin varlığı ile açıklanmıştır. Eğer nedensel bir ilişkiden bahsedilirse, parasuisidin madde kullanım bozukluğuna atfedilen maksimum oranı % 30'dur(201). Heila (1997) ve Soyka (2000) alkol bağımlılığını şizofrenide özkıyım için risk faktörü olarak belirtmiştir (186, 205). İlginç bir biçimde sigara kullanımı da suisidalite riski için prediktör olarak bulunmuştur (199).

Madde kullanım bozuklukları, intihar girişiminde veya tekrarlayan girişimlerde bulunan bireylerle yalnızca suisid fikri bulunanları ayırt etmede önem arz etmektedir. Örneğin madde kullanım öyküsü olan genç erkek şizofrenler, intihar fikri ve girişimine daha yatkındır(217, 176). Madde kullanan bireylerde suisid sonucu mortalite oranlarının yüksek olması, dual tanılı hastaların tedavisinde uzun süreli iyileşmeyi sağlamada depresyona yönelmenin gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır (212).

Klozapin tedavisinin komorbid hastalarda intihar riskini azalttığına dair makaleler vardır.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. ÇALIŞMA EVRENİ

Bakırköy ruh ve Sinir Hastalıkları hastanesi Adli psikiyatri biriminde işledikleri bir suç nedeniyle yatarak gözlem ya da koruma ve tedavi amacıyla bulunan, 18-65 yaş arası, en az iki psikiyatri uzmanı tarafından DSM-IV tanı ölçütlerine göre, şizofren tanısı konan hastalar çalışmaya dahil edildi. Çalışma yapılan dönemde yatarak tedavi görmekte olan kadın olgu sayısı istatistiksel veriler oluşturulamayacak kadar az olduğundan, çalışmaya yalnızca erkek olgular alınmıştır.

Adli psikiyatri biriminden alınan hasta grupları için “suç” tanımı olarak yargıya intikal etmiş suçlar alınmıştır.

Çalışmaya altı aylık süre içinde adli psikiyatri biriminde işledikleri bir suç nedeniyle yatarak gözlem ya da koruma ve tedavi amacıyla bulunan hastalar ardışık olarak çalışmaya dahil edilmiş olup, tümüne öncelikle görüşme ve ölçeklerin niteliğine ilişkin detaylı bilgiler verilerek bu uygulamanın tedavi ve /veya adli süreçlerinde olumlu ya da olumsuz herhangi bir değişikliğe yol açmayacağı anlatılmış ve dilerlerse çalışmaya katılmayı reddetme veya görüşmeyi herhangi bir noktasında sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklanmış, kayıtlarının yasaların öngördüğü biçimde gizli tutulacağına dair güvence verilmiştir. Bu bilgilendirmeden sonra onyedisi (17) hasta çalışmaya katılmayı kabul etmemiş, onam formumuzu imzalayan ve çalışmamıza katılamamak isteyen hastalardan yazılı onay alınarak hastalar değerlendirilmeye alınmıştır.

Hastalardan yaşamının bir döneminde ve veya şu anda DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre madde kullanım bozukluğu bulunanlar belirlenerek yaşam boyu madde kullanımı öyküsü olan (n= 50) ve yaşam boyu madde kullanım öyküsü olmayan (n=50) olarak iki grupta değerlendirilmiştir. Hastalara sosyodemografik özelliklerin, hastalığa ait klinik özelliklerin, adli özgeçmişin ve suça ait özelliklerin değerlendirilebilmesi için araştırmacılar tarafından oluşturulan bilgi toplama formu hastalığın değerlendirme dönemindeki klinik özellikleri için PANNS, İç görünüm Üç

Bileşenini Değerlendirme Ölçeği ile işlenen suça ait şiddet davranışının değerlendirilmesi için Taylor Suç Şiddet Derecelendirme Skalası uygulanmıştır.

Suç tarihi ve hastaların hastaneye yatış süresi arasında değişken süre geçmiş olması göz önünde bulundurulduğunda ,hastalık ve şiddet değerlendirilmesi olmaması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır.

Her yönden yıkımla giden bir hastalık olan şizofrenide hastaların madde kullanımı ile ilgili sadece kendi görüşlerinin değerlendirilmesinin bir kısıtlılık olduğu göz önüne alınmıştır. Suç tarihi ve hastaların hastaneye yatış süresi arasında değişken süre geçmiş olması nedeni ile sadece yatış sırasında yapılan idrarda madde tetkik sonuçları değerlendirilmeyip, madde kullanımının belirlenmesinde hastaların şimdiki ve veya geçmiş yatış dosyaları ve eski tıbbi evraklarındaki bilgiye başvurulmak zorunda kalınmış, yaşam boyu madde kullanımı değerlendirilmeye alınmıştır. Hasta ile birebir yapılan görüşmelerin yanında suç dönemlerine ait tıbbi ve adli evrakları incelenmiştir.

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 06.03.2012 Tarih ve 10044 protokol numarası, ile Etik Kurul onayı alınmıştır.

### **3.1.1. Çalışmaya Alınma Ölçütleri**

- 18-65 yaş arasında olmak
- Adli psikiyatri biriminde işledikleri bir suç nedeniyle yatarak gözlem ya da koruma ve tedavi amacıyla bulunmak
- DSM-IV-TR ölçütlerine göre “ Şizofreni” tanısı almış olmak
- Çalışmanın tanımı ve prosedürleri tam olarak açıklanmasının ardından yazılı onam alınmış olmak

### **3.1.2. Dışlama Ölçütleri**

- 18 yaş altı ve 65 yaş üstünde olmak
- Genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluklar
- Mental retardasyonu olanlar ( IQ <70)

- Kafa travması ve epilepsi gibi başka bir nörolojik bozukluk ya da dahili hastalık öyküsünün olması

Çalışmamıza alınan tüm hastalar ile birebir görüşme yapılmış, şizofreni ve madde kullanım bozukluğu öyküsü ile ilgili bilgilerin temininde,gerek hastalığa ait verilerin kayıtlı olduğu yatış dosyalarından,gerekse hastanın kendi bildirimlerinden yararlanılmıştır, Hastalara Sosyodemografik Veri formu,PANNS, İç görünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Taylor Suç Şiddet Dercelendirme Skalası uygulanmıştır.Hastalardan yaşamının bir döneminde veya şu anda DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre madde kullanım bozukluğu bulunanlar belirlenmiş ve madde kullanım bulunan ve bulunmayan hastalar sosyodemografik özellikleri,hasta bilgileri ve aşağıda belirtilen ölçek skorları bakımından karşılaştırılmıştır.

### **3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN GEREÇLER**

#### **A-SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU:**

Çalışmamızda kullanılan sosyodemografik veri formunda yaş, doğum yeri, göç öyküsü, meslek ve çalışma düzeni, ekonomik durum, aile bireyi kaybı, çocuklukta şiddete maruziyet, medeni durumu, kiminle yaşadığı, sosyal güvencesi, ailede psikiyatrik hastalık ve suç öyküsü, hastalık ve klinik gidişe ait çeşitli özellikler,Hastalık başlangıç yaşı, hastaneye yatış sayısı, intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışının olup olmadığı, alkol- madde kullanım öyküsü, tedaviye uyumu hastalık ve klinik gidişe ait özellikler içinde incelenmiştir. Adli Psikiyatri biriminde görüşülen hastalar için veri formuna suç kaydı, suçun niteliği, yönü, sayısı, koruma ve tedavi süresi, suç ve hastalık süresi ile ilişkisi gibi suçla ilgili sorular dâhil edilmiştir.

#### **B-Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS):**

Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Otuz maddelik ve yedi puanlı Şiddet değerlendirmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. PANSS tarafından değerlendirilen otuz psikiyatrik parametreden yedisi pozitif sendrom altölçeğine, yedisi negatif sendrom altölçeğine ve geri kalan onaltısı genel psikopatoloji altölçeğine aittir. Ölçeğin türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Kostaoglu ve arkadaşları tarafından 1999'da yapılmıştır (239).

### **C-İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ)**

David, içgörünün “var” ya da “yok” şeklinde değerlendirilemeyeceğini bildirerek, tedavi uyumu, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanımadan oluşan üç bileşenden yola çıkarak, klinisyen tarafından uygulanan ve içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren içgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği’ni (İÜBDÖ) geliştirmiştir (240). Sekiz sorudan oluşan, klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. İlk 7 sorunun en yüksek puan toplamı 14’tür. Sekizinci soru hipotetik olarak sunulmuştur, bu sorunun sorulması görüşmeciye bırakılmıştır. Bu soru ile birlikte en yüksek toplam puan 18’dir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Türkiye’de geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2001’de Arslan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (241).

### **D-Suç Şiddet Derecelendirme Skalası:**

Suç a ait şiddet davranışının derecelendirilmesinde Taylor’ın 1985’te geliştirdiği 5 maddeden oluşan Suç Şiddet Derecelendirme Skalası kullanılmıştır.

Suç şiddeti şu şekilde derecelendirilmiştir (242).

- 0.Şiddet dışı,
- 1.Minimal şiddet,
- 2.Orta derecede şiddet,
- 3.Orta derecede ciddi şiddet,
- 4.Ciddi derecede şiddet.

### **3.3. İSTATİKSEL YÖNTEM**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 17 Windows paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken niceliksel verilerin karşılaştırılmasında bağımsız örnekler (Independent samples) t testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında dört gözlü düzende ve çok gözlü düzende uygun olması durumunda ki-kare testi veya Fisher’in kesinlik (Fisher’s exact) testi kullanıldı. Tablolarda sayısal değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma (Ort $\pm$ SS), kategorik değişkenler ise gözlem sayısı ve yüzde (n-%) notasyonu kullanılarak gösterildi. Anlamlılık  $p<0.05$  ve  $p<0.001$  düzeyinde değerlendirildi.

## 4. BULGULAR

**Tablo 3:** Gruplara göre yaş, eğitim, meslek durumlarının karşılaştırılması

|                                     | Madde<br>kullanan<br>(n=50) | Madde<br>kullanmayan<br>(n=50) | $\chi^2$ | <i>p</i> |
|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------|----------|
|                                     | Ort±SS / n<br>(%)           | Ort±SS / n (%)                 |          |          |
| <sup>+</sup> Yaş                    | 38.2±10.3                   | 39.3±10.2                      | -0.563   | 0.57     |
| <sup>+</sup> Eğitim yılı            | 7.0±3.3                     | 6.8±3.2                        | 0.272    | 0.78     |
| <sup>++</sup> Meslek                |                             |                                |          |          |
| Mesleği yok                         | 16 (%32)                    | 23 (%46)                       |          |          |
| Çiftçi                              | 3 (%6)                      | 1 (%2)                         |          |          |
| İşçi                                | 12 (%24)                    | 12 (%24)                       |          |          |
| Hizmet meslekleri                   | 6 (%12)                     | 6 (%12)                        |          |          |
| Yüksek öğrenimle<br>edinilen meslek | 1 (%2)                      | -                              | 6.179    | 0.51     |
| Zanaatkar, esnaf, tüccar            | 3 (%6)                      | 3 (%6)                         |          |          |
| Güvenlik, polis                     | -                           | 1 (%2)                         |          |          |
| Diğer                               | 9 (%18)                     | 4 (%8)                         |          |          |

<sup>+</sup>bağımsız örnekler t testi, <sup>++</sup>ki-kare testi, *p*<0.05 anlamlılık düzeyi

Madde kullanan grubun yaş ortalaması 38.2, madde kullanmayan grubun yaş ortalaması 39.3 olarak bulunmuştur. Gruplara göre yaşlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (*p*>0,05).

Madde kullanan grubun eğitim yılı ortalaması 7.0 , madde kullanmayan grubun eğitim yılı ortalaması 6.8 olarak bulunmuştur. Gruplara göre eğitim süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (*p*>0,05).

Madde kullanan grupta 16 ( %32) kişinin mesleği bulunmamaktadır. 3 (%6) kişi çiftçi, 12 (%24) kişi, 6 (%12) kişi işçi, 6 (12) kişi hizmet meslekleri, 1 (%2) kişi yüksek öğrenimle edinilen meslek, 3(%6) kişi zanaatkar ,esnaf, tüccar, 9 (%18) diğer bulunmuştur.

Madde kullanmayan grupta 23 (%46) kişi mesleği bulunmamaktadır. 1(%2) çiftçi, 12 (24) kişi işçi, 6 (%12) kişi hizmet meslekleri, 3 (%6) kişi zanaatkar, esnaf, tüccar, 1 (%2) kişi, güvenlik, polis, 4 (%8) kişi diğer olarak bulunmuştur. Gruplara

göre meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 3).

**Tablo 4:** Gruplara göre iş durumunun, medeni durumun, kiminle yaşadığının karşılaştırılması

|                                          | Madde<br>kullanan (n=50) | Madde<br>kullanmayan<br>(n=50) | $\chi^2$ | $p$   |
|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|----------|-------|
|                                          | n (%)                    | n (%)                          |          |       |
| İş durumu                                |                          |                                |          |       |
| Çalışmıyor                               | 29 (%58)                 | 42 (%84)                       |          |       |
| Düzensiz<br>çalışıyor                    | 18 (%36)                 | 3 (%6)                         | 13.595   | 0.00* |
| Düzenli çalışıyor                        | 3 (%6)                   | 5 (%10)                        |          |       |
| Medeni durum                             |                          |                                |          |       |
| Bekar                                    | 29 (%58)                 | 35 (%70)                       |          |       |
| Evli                                     | 10 (%20)                 | 10 (%20)                       | 6.896    | 0.07  |
| Eşi ölmüş                                | 10 (%20)                 | 2 (%4)                         |          |       |
| Boşanmış                                 | 1 (%2)                   | 3 (%6)                         |          |       |
| Kiminle yaşadığı                         |                          |                                |          |       |
| Yalnız                                   | 12 (%24)                 | 7 (%14)                        |          |       |
| Eşi ile                                  | 2 (%4)                   | 2 (%4)                         |          |       |
| Eşi ve<br>çocukları ile                  | 7 (%14)                  | 6 (%12)                        |          |       |
| Çocukları ile                            | 1 (%2)                   | -                              |          |       |
| 1.derece akrabaları<br>ile               | 10 (%20)                 | 24 (%48)                       | 9.972    | 0.12  |
| Ailesi ve 1. derece<br>akrabaları ile    | 17 (%34)                 | 10 (%20)                       |          |       |
| Ailesi ve akrabaları<br>ile toplu olarak | 1 (%2)                   | 1 (%2)                         |          |       |

ki-kare testi, \*  $p<0.05$  anlamlılık düzeyi

Madde kullanan grupta iş durumu açısından 29 (%58) kişi çalışmıyor, 18 (%36) kişi düzensiz çalışıyor, 3 (%6) düzenli çalışıyor. Madde kullanmayan grupta 42 (%84) kişi çalışmıyor, 3 (%6) kişi düzensiz çalışıyor, 5 (%10) kişi, düzenli çalışıyor. Gruplara göre iş durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak farklılık bulunmaktadır. ( $p=0,00$ ) ( Tablo 4 ).

Madde kullanan grupta medeni durum açısından 29 (%58) kişi bekar, 10 (%20) kişi evli, 10 (%20) kişi eşi ölmüş, 1 (%2) eşi boşanmış bulunmuştur. Madde kullanmayan grupta 35 (%70) kişi bekar, 10 (%20) kişi evli, 2 (%4) kişi, eşi ölmüş, 3 (%6) kişi boşanmış olarak bulunmuştur. .Gruplara göre medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) ( Tablo 4 ).

Madde kullanan grupta kiminle yaşadığı açısından 12 (%24) kişi yalnız,2 (%4) kişi eşi ile, 7 (%14) kişi eşi ve çocukları ile,1 (%2) kişi çocukları ile 10 (%20) kişi 1.derece akrabaları ile,17 (%34) kişi,ailesi ve 1.derece akrabaları ile,1 (%2) kişi ailesi ve akrabaları ile toplu olarak yaşadığı bulunmuştur.

Madde kullanmayan grupta kiminle yaşadığı açısından 7 (%14) kişi yalnız,2 (%4) kişi eşi ile, 6 (%12) kişi eşi ve çocukları ile, 24 (%48) kişi 1.derece akrabaları ile,1 (%2) kişi ailesi ve 1 akrabaları ile toplu olarak yaşadığı bulunmuştur . Gruplara göre kiminle yaşadıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 4).

**Tablo 5:** Gruplara göre doğum yerinin, yaşadığı yerin, kendine ait gelirin olup olmadığının, sosyal güvencenin, göç öyküsünün, kardeş sayısının, göç sırasındaki yaşı, göç ile suç arasındaki sürenin karşılaştırılması

|                                           | Madde kullanan (n=50) | Madde kullanmayan (n=50) | $\chi^2$ | p    |
|-------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|----------|------|
|                                           | Ort±SS / n (%)        | Ort±SS / n (%)           |          |      |
| <sup>+</sup> Doğum yeri                   |                       |                          |          |      |
| Şehir merkezi                             | 15 (%30)              | 21 (%42)                 | 1.563    | 0.29 |
| İlçe merkezi                              | 35 (%70)              | 29 (%58)                 |          |      |
| <sup>+</sup> Yaşadığı yer                 |                       |                          |          |      |
| Köy                                       | 3 (%6)                | 3 (%6)                   | 4.896    | 0.08 |
| İlçe                                      | 20 (%40)              | 10 (%20)                 |          |      |
| Şehir                                     | 27 (%54)              | 37 (%74)                 |          |      |
| <sup>+</sup> Kendine ait geliri           |                       |                          |          |      |
| Yok                                       | 27 (%54)              | 33 (%66)                 | 1.500    | 0.30 |
| Var                                       | 23 (%46)              | 17 (%34)                 |          |      |
| <sup>+</sup> Sosyal güvence               |                       |                          |          |      |
| Yok                                       | 24 (%48)              | 33 (%66)                 | 0.360    | 0.69 |
| Var                                       | 26 (%52)              | 17 (%34)                 |          |      |
| <sup>+</sup> Göç öyküsü                   |                       |                          |          |      |
| Var                                       | 13 (%26)              | 21 (%42)                 | 2.852    | 0.13 |
| Yok                                       | 37 (%74)              | 29 (%58)                 |          |      |
| <sup>++</sup> Kardeş sayısı               | 3.7±1.6               | 4.1±2.4                  | -0.910   | 0.36 |
| <sup>++</sup> Göç                         | 12.3±8.8              | 17.5±13.7                | -1.197   | 0.24 |
| sırasındaki yaş                           |                       |                          |          |      |
| <sup>++</sup> Göç ile suç arasındaki süre | 17.3±9.7              | 16.9±11.8                | 0.091    | 0.92 |

<sup>+</sup>ki-kare testi veya Fisher'in kesinlik testi, <sup>++</sup>bağımsız örnekler t testi, p<0.05 anlamlılık düzeyi

Madde kullanan grubun doğum yeri açısından 15 (%30) kişi, şehir merkezinde,35 (%70) kişi ilçe merkezinde bulunmuştur. Madde kullanmayan grubun

doğum yeri açısından 21 (%42) kişi şehir merkezinde, 29 (% 58) kişi ilçe merkezinde bulunmuştur. Gruplara göre doğum yerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 5).

Madde kullanan grubun yaşadığı yer açısından 3 (%6) kişi köy, 20 (%40) kişi ilçe, 27 (%54) kişi, şehir merkezi, madde kullanmayan grubun 3 (%6) kişi köy, 10 (%20) kişi ilçe, 37 (%74) kişi şehir olarak bulunmuştur. Gruplara göre yaşadığı yer açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 5).

Madde kullanan grubun kendine ait geliri açısından 27 (%54) kişinin kendine ait geliri yok, 23 (%46) kişinin kendine ait geliri var olarak bulunmuştur. Madde kullanmayan grubun kendine ait geliri açısından 33 (%66) kişi kendine ait geliri yok, 17 (%34) kişi kendine ait geliri var olarak bulunmuştur. Gruplara göre kendine ait gelirleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 5).

Madde kullanan grubun sosyal güvence açısından, 24 (%48) kişinin sosyal güvencesi yok, 26 (%52) kişinin sosyal güvencesi var olarak bulunmuştur. Madde kullanmayan grubun sosyal güvence açısından, 33 (%66) kişinin sosyal güvencesi yok, 17 (%34) kişinin sosyal güvencesi var olarak bulunmuştur. Gruplara göre sosyal güvence açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 5).

Madde kullanan grubun göç öyküsü bakımından, 13 (%26) kişinin göç öyküsü var, 37 (%74) kişinin göç öyküsü yok olarak bulunmuştur. Madde kullanmayan grubun göç öyküsü bakımından, 21 (%42) kişinin göç öyküsü var, 29 (%58) kişinin göç öyküsü yok olarak bulunmuştur. Gruplara göre göç öyküsü bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 5).

Madde kullanan grubun kardeş sayısı bakımından ortalama 3.7, madde kullanmayan grubun ortalama 4.1 olarak bulunmuştur. Gruplara göre kardeş sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 5).

Madde kullanan grubun göç sırasındaki yaş ortalaması 12.3 yaş, madde kullanmayan grubun yaş ortalaması 17.5 yaş olarak bulunmuştur. Gruplara göre göç sırasındaki yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 5).

Madde kullanan grubun göç ile suç arasındaki geçen süre açısından ortalaması 7.3 yıl, madde kullanmayan grubun ortalaması 16.9 yıl olarak bulunmuştur. Gruplara göre göç ile suç arasında geçen süre açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 5).

**Tablo 6:** Gruplara göre anne baba ayrılığının, askerlik durumunun, soygeçmişinde psikiyatrik hastalık olup olmadığının, akrabalarında suç öyküsü olup olmadığının, anne baba ayrılık yaşının karşılaştırılması

|                                                        | Madde kullanan (n=50) | Madde kullanmayan (n=50) | $\chi^2$ | $p$   |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|----------|-------|
|                                                        | Ort±SS / n (%)        | Ort±SS / n (%)           |          |       |
| Anne baba ayrılığı                                     |                       |                          |          |       |
| Yok                                                    | 48 (%96)              | 48 (%96)                 | 0.000    | 1.00  |
| Var                                                    | 2 (%4)                | 2 (%4)                   |          |       |
| Anne baba ayrılık yaşı                                 | 10.0±9.8              | 19.0±0.0                 | -        | -     |
| Askerlik durumu                                        |                       |                          |          |       |
| Tam olarak yapmış                                      | 25 (%50)              | 21 (%42)                 | 2.548    | 0.63  |
| Askerliğe elverişsiz (psikiyatrik nedenli)             | 21 (%42)              | 24 (%48)                 |          |       |
| Normalden uzun sürede tamamlamış (psikiyatrik nedenli) | 1 (%2)                | 3 (%6)                   |          |       |
| Hava değişimi almış (normal sürede tamamlamış)         | 1 (%2)                | -                        |          |       |
| Diğer                                                  | 2 (%4)                | 2 (%4)                   |          |       |
| Soy geçmişinde psikiyatrik hastalık                    |                       |                          |          |       |
| Yok                                                    | 37 (%74)              | 43 (%86)                 | 12.769   | 0.02* |
| Anne                                                   | 1 (%2)                |                          |          |       |
| Baba                                                   | 3 (%6)                |                          |          |       |
| Kardeş                                                 | 6 (%12)               | 5 (%11)                  |          |       |
| 2. derece akraba                                       | 3 (%6)                | 2 (%4)                   |          |       |
| Akrabalarında suç öyküsü                               |                       |                          |          |       |
| Yok                                                    | 47 (%94.0)            | 43 (%86)                 | 2.678    | 0.26  |
| Kardeş                                                 | 3 (%6)                | 5 (%10)                  |          |       |
| 2. derece akraba                                       | -                     | 2 (%4)                   |          |       |

ki-kare testi veya Fisher'in kesinlik testi,  $p<0.05$  anlamlılık düzeyi

Madde kullanan grubun anne baba ayrılığı açısından anne baba ayrılı olmayan 48 (%96) kişi ,anne baba ayrılığı olan 2 (%4) kişi bulunmuştur .madde kullanmayan grubun anne baba ayrılığı açısından, anne baba ayrılığı olmayan 48 (%96) kişi,anne baba ayrılığı olan 2 (%4) kişi bulunmuştur. Gruplara göre sosyal anne baba ayrılığı

açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 6).

Madde kullanan grubun anne baba ayrılığı sırasındaki yaşı ortalaması 10.0, madde kullanmayan grubun anne baba ayrılığı sırasındaki yaşı ortalaması 19.0 olarak bulunmuştur. Gruplara göre sosyal anne baba ayrılığı sırasında ki yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 6).

Madde kullanan grubun askerlik durumu açısından tam olarak yapmış 25 (%50) kişi, askerliğe elverişsiz (psikiyatrik açıdan) 21 (%42) kişi, normalden uzun sürede tamamlamış (psikiyatrik nedenli) 1 (%2) kişi, hava değişimi almış (normal sürede tamamlamış ) 1 (%2) kişi, diğer 2 (%4) olarak bulunmuştur. Madde kullanmayan grubun askerlik durumu açısından tam olarak yapmış 21 (%42) kişi, askerliğe elverişsiz (psikiyatrik açıdan) 24 (%48) kişi, normalden uzun sürede tamamlamış (psikiyatrik nedenli) 3 (%6) kişi , diğer 2 (%4) olarak bulunmuştur. Gruplara göre askerlik durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 6).

Madde kullanan grubun soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü açısından hastalığı olmayan 37 (%74) kişi, anne hasta 1 (%2) kişi, baba hasta 3 (%6) kişi, kardeş hasta 6 (%12) kişi, 2.derece akraba hasta 3(%6) kişi saptanmıştır. Madde kullanmayan grubun soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü açısından hastalığı olmayan 43 (%86) kişi, kardeş hasta 5 (%10) kişi, 2.derece akraba hasta 2(%4) kişi saptanmıştır. Gruplar arası soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. **p= 0.02** (Tablo 6).

Madde kullanan grubun akrabalarında suç öyküsü açısından, suç olmayan 47 (%94) kişi, kardeş 3 (%6) kişi bulunmuştur. Madde kullanmayan grubun suç öyküsü açısından suç olmayan 43(%86) kişi, kardeş 5 (%10) kişi, 2.derece akraba 2 (%4) kişi bulunmuştur. Gruplara göre akrabalarında suç öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 7:** Gruplararası çocuklukta şiddete maruziyet ve maruz kaldığı şiddetin türünün karşılaştırılması

|                                 | <b>Madde<br/>kullanan (n=50)</b> | <b>Madde<br/>kullanmayan<br/>(n=50)</b> | <b><math>\chi^2</math></b> | <b><i>p</i></b> |
|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|-----------------|
|                                 | <b>n (%)</b>                     | <b>n (%)</b>                            |                            |                 |
| Çocuklukta<br>şiddete maruziyet |                                  |                                         |                            |                 |
| Yok                             | 21 (%42)                         | 41 (%82)                                |                            |                 |
| Var                             | 29 (%58)                         | 9 (%18)                                 | 16.968                     | 0.00*           |
| Maruz kaldığı<br>şiddetin türü  |                                  |                                         |                            |                 |
| Elle                            | 8 (%27.6)                        | 6 (%66.7)                               |                            |                 |
| Sert cisimle                    | 18 (%62.1)                       | 3 (%33.3)                               | 4.805                      | 0.09            |
| Kırbaç/kamçı                    | 3 (%10.3)                        | -                                       |                            |                 |

ki-kare testi veya Fisher'in kesinlik testi, \* $p < 0.05$  anlamlılık düzeyi

Madde kullanan grubun çocuklukta şiddete maruziyet açısından, şiddet yok 21 (% 42) kişi, şiddet var 29 (%58) kişi bulunmuştur. madde kullanmayan grubun çocuklukta şiddete maruziyet açısından şiddet yok 41 (%82) kişi, şiddet var 9 (%18) kişi bulunmuştur.

Gruplara göre çocuklukta şiddete maruziyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p < 0.00$ ).

Madde kullanan grubun maruz kaldığı şiddet türü açısından, elle 8 (%27.6), sert cisimle 18 (% 62.1) kırbaç kamçı 3 (%10.3) madde kullanmayan grubun maruz kaldığı şiddet türü açısından, elle 6 (%66), sert cisimle 3 (%33.3) bulunmuştur. Gruplara göre maruz kaldığı şiddetin türü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 7).

**Tablo 8:** Gruplara göre şizofreni alt tiplerinin karşılaştırılması

|                    | <b>Madde<br/>kullanan (n=50)</b> | <b>Madde<br/>kullanmayan<br/>(n=50)</b> | <b><math>\chi^2</math></b> | <b><i>p</i></b> |
|--------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|-----------------|
|                    | <b>n (%)</b>                     | <b>n (%)</b>                            |                            |                 |
| Şizofreni alt tipi |                                  |                                         |                            |                 |
| Paranoid tip       | 45 (%90)                         | 9 (%18)                                 |                            |                 |
| Dezorganize<br>tip | 4 (%8)                           | 11 (%22)                                | 54.421                     | <0.001**        |
| Ayrışmamış tip     | 1 (%2)                           | 25 (%50)                                |                            |                 |
| Rezidüel tip       | -                                | 5 (%10)                                 |                            |                 |

ki-kare testi, \*\* $p < 0.001$  anlamlılık düzeyi

Madde kullanan gruba ait şizofreni alt tipi incelemesinde,paranoid tip 45 (%90), dezorganize tip 4 (%8),ayrışmamış tip 1 (%2) bulunmuştur. Madde kullanmayan gruba ait şizofreni alt tipi incelemesinde, paranoid tip 9 (%18),dezorganize tip 11 (%22), ayrışmamış tip 25 (%50), rezidüel tip 5 (% 10 ) bulunmuştur.

Gruplara göre şizofreni alt tipleri arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı farklılık saptandı ( $p<0,001$ ) (Tablo 8).

**Tablo 9:** Gruplara göre hastalık başlama yaşının, hastalık süresinin ve tedavi süresinin karşılaştırılması

|                       | Madde kullanan<br>(n=50) | Madde kullanmayan<br>(n=50) | t      | p     |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------------|--------|-------|
|                       | Ort±SS                   | Ort±SS                      |        |       |
| Hastalık başlama yaşı | 22.5±6.4                 | 22.5±6.3                    | -0.037 | 0.97  |
| Hastalık süresi (yıl) | 18.1±17.5                | 16.9±9.6                    | 0.430  | 0.66  |
| Tedavi süresi (ay)    | 130.2±108.9              | 86.1±97.2                   | 2.138  | 0.03* |

*bağımsız örnekler t testi, \* $p<0.05$  anlamlılık düzeyi*

Madde kullanan grubun hastalık başlama ortalama yaşı 22.5, madde kullanmayan grubun ortalama yaşı 22.5 olarak bulunmuştur. Gruplara göre hastalık başlama yaşının istatistiksel olarak anlamlı farkı bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

Madde kullanan grubun hastalık süresi ortalama 18.1 yıl, madde kullanmayan grubun 16.9 yıl olarak bulunmuştur. Gruplara göre hastalık süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

Madde kullanan grubun tedavi süresi ortalama 130.2 ay madde kullanmayan grupta 86.1 ay olarak bulunmuştur. Gruplara göre tedavi süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır ( $p=0,03$ )  $t=2.138$  (Tablo 9).

**Tablo 10:** Gruplara göre İÜBDÖ, PANSS toplam ve PANSS alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

|                                      | <b>Madde<br/>kullanan<br/>(n=50)<br/>Ort±SS</b> | <b>Madde<br/>kullanmayan<br/>(n=50)<br/>Ort±SS</b> | <b>t</b> | <b>p</b> |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------|----------|
| İÜBDÖ                                | 5.3±3.2                                         | 7.2±3.5                                            | -2.828   | 0.00     |
| PANSS pozitif alt ölçek              | 15.4±6.0                                        | 9.9±2.5                                            | 5.952    | <0.001** |
| PANSS negatif alt ölçek              | 14.1±4.6                                        | 11.4±3.2                                           | 3.393    | 0.00     |
| PANSS genel psikopatoloji alt ölçeği | 26.2±6.6                                        | 21.6±3.7                                           | 4.894    | <0.001** |
| PANNS toplam                         | 56.7±14.1                                       | 43.3±7.9                                           | 5.879    | <0.001** |

*bağımsız örnekler t testi, \*\*p<0.001 anlamlılık düzeyi, İÜBDÖ= İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, PANNS= Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği*

Madde kullanan grubun İÜBDÖ ortalama puanı 5.3, madde kullanmayan grubun ortalama puanı 7.2 olarak bulunmuştur. Gruplara göre İÜBDÖ puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. (p>0,05) (Tablo 10).

Madde kullanan grubun PANNS pozitif alt ölçek ortalama puanı 15.4 madde kullanmayan grubun ortalama puanı 9.9 bulunmuştur. Gruplara göre PANNS pozitif alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,001) t=5.952 (Tablo 10).

Madde kullanan grubun PANNS negatif alt ölçek ortalama puanı 14.1, madde kullanmayan grubun 11.4 bulunmuştur. Gruplara göre PANNS negatif alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 10).

Madde kullanan grubun PANNS genel psikopatoloji alt ölçeği ortalama puanı 26.2, madde kullanmayan grubun 21.6 bulunmuştur. Gruplara göre PANSS genel psikopatoloji alt ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,001) t=4.894.

Madde kullanan grubun PANNS toplam puanı 56.7, madde kullanmayan grubun 43.3 olarak bulunmuştur. Gruplara göre PANSS toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,001) t=5.879 (Tablo 10).

**Tablo 11:** Gruplara göre tedavi uyumu ve ilaç kullanımlarının karşılaştırılması

|                                          | <b>Madde<br/>kullanan (n=50)</b> | <b>Madde<br/>kullanmayan<br/>(n=50)</b> | <b><math>\chi^2</math></b> | <b>p</b> |
|------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|----------|
|                                          | <b>n (%)</b>                     | <b>n (%)</b>                            |                            |          |
| Tedavi uyumu                             |                                  |                                         |                            |          |
| Uyumsuz                                  | 48 (%96)                         | 25 (%50)                                | 26.839                     | <0.001** |
| Uyumlu                                   | 2 (%4)                           | 25 (%50)                                |                            |          |
| İlaç kullanımı                           |                                  |                                         |                            |          |
| Oral tipik antipsikotik                  | 7 (%14)                          | 5 (%10)                                 | 2.484                      | 0.64     |
| Oral atipik antipsikotik                 | 10 (%20)                         | 16 (%32)                                |                            |          |
| Oraltipik antipsikotik+depo antipsikotik | 7 (%14)                          | 8 (%16)                                 |                            |          |
| Oraltipik antipsikotik+depo antipsikotik | 24 (%48)                         | 20 (%40)                                |                            |          |
| Depo antipsikotik                        | 2 (%4)                           | 1 (%2)                                  |                            |          |
|                                          |                                  |                                         |                            |          |

ki-kare testi veya Fisher'in kesinlik testi, \*\*p<0.001 anlamlılık düzeyi

Madde kullanan grubun tedavi uyumu açısından,tedavi uyumsuz 48 (%96) kişi, tedavi uyumlu 2 (%4) madde kullanmayan grubun tedavi uyumu açısından,tedavi uyumsuz 25 (%50) kişi,tedavi uyumlu 25(%50) kişi bulunmuştur. Gruplara göre tedavi uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır (p<0,001). (Tablo 11).

Madde kullanan grubun ilaç kullanımı açısından, oral tipik antipsikotik kullanan 7 (%14) kişi,oral atipik antipsikotik kullanan 10 (%20) kişi,oral tipik antipsikotik+depo antipsikotik 7 (%14) kişi,oral atipik antipsikotik+depo antipsikotik 24 (%48) kişi,depo antipsikotik 2 (%4) kişi bulunmuştur. Madde kullanmayan grubun ilaç kullanımı açısından, oral tipik antipsikotik kullanan 5 (%10) kişi,oral atipik antipsikotik kullanan 16 (%32) kişi,oral tipik antipsikotik+depo antipsikotik 8 (%16) kişi,oral atipik antipsikotik+depo antipsikotik 20 (%40) kişi,depo antipsikotik 1 (%2) kişi bulunmuştur. Gruplara göre ilaç kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 11).

**Tablo 12:** Gruplara göre hezeyan ve hallüsinasyon içeriğinin karşılaştırılması

|                       | <b>Madde<br/>kullanan (n=50)</b> | <b>Madde<br/>kullanmayan<br/>(n=50)</b> | <b><math>\chi^2</math></b> | <b><i>p</i></b> |
|-----------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|-----------------|
|                       | <b>n (%)</b>                     | <b>n (%)</b>                            |                            |                 |
| Hezeyan içeriği       |                                  |                                         |                            |                 |
| Perseküsyon           | 11 (%22)                         | 11 (%22)                                |                            |                 |
| Referans              | 6 (%12)                          | 9 (%18)                                 |                            |                 |
| Grandiyöz             |                                  | 8 (%16)                                 |                            |                 |
| Kıskançlık            | 1 (%2)                           | 2 (%4)                                  | 20.082                     | 0.00*           |
| Erotomanik            |                                  | 2 (%4)                                  |                            |                 |
| Somatik               |                                  | 3 (%6)                                  |                            |                 |
| Birden fazla          | 32 (%64)                         | 15 (%30)                                |                            |                 |
| Hallüsinasyon         |                                  |                                         |                            |                 |
| Yok                   | 13 (%26)                         | 14 (%28)                                | 0.051                      | 1.00            |
| Var                   | 37 (%74)                         | 36 (%72)                                |                            |                 |
| Hallüsinasyon içeriği |                                  |                                         |                            |                 |
| Elementer             | 4 (%10.8)                        | 8 (%22.2)                               |                            |                 |
| Adını çağıran         | 2 (%5.4)                         | 9 (%25.0)                               |                            |                 |
| Emir veren            | 8 (%21.6)                        | 6 (%16.7)                               |                            |                 |
| Şiddet emiri veren    | 8 (%21.6)                        | 1 (%2.8)                                | 22.239                     | 0.00*           |
| Hakaret/küfür eden    | 11 (%29.7)                       | 2 (%5.6)                                |                            |                 |
| Tehdit                | 3 (%8.1)                         | 3 (%8.3)                                |                            |                 |
| Diğer                 | 1 (%2.7)                         | 7 (%19.4)                               |                            |                 |

*ki-kare testi veya Fisher'in kesinlik testi, \*p<0.05 anlamlılık düzeyi*

Madde kullanan grubun hezeyan içeriği açısından, perseküsyon 11(% 22) ,referans 6 (% 12),kıskançlık 1(%2),birden fazla 32 (%64), Madde kullanmayan grubun hezeyan içeriği açısından, perseküsyon 11(% 22) ,referans 9 (% 18), grandiyöz 8 (% 16) kıskançlık 2 (%4), erotomanik 2 (%4) , somatik 3 (%6),birden fazla 15 (%30) bulunmuştur. Gruplara göre hezeyan içeriği açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır (p=0,00) (Tablo 12).

Madde kullanan grubun halüsinasyon açısından, halüsinasyon yok 13 (% 26) kişi, hallüsinasyon var 37 (% 74), Madde kullanmayan grubun halüsinasyon açısından, halüsinasyon yok 14 (% 28) kişi, hallüsinasyon var 36 (% 72) kişi olarak bulunmuştur. Gruplara göre halüsinasyon açısından istatistiksel olarak farklılık bulunmamaktadır. (p>0,05) (Tablo 12).

Madde kullanan grubun hallüsinasyon içeriği açısından, elementer 4 (% 10.8), adını çağıran 2 ( % 5.4), emir veren 8 (%21.6),şiddet emiri veren 8 (%21.6), hakaret/küfür eden 11 (%29.7), tehdit 3 (%8.1) , diğer 1 (%2.7), Madde kullanmayan grubun hallüsinasyon içeriği açısından, elementer 8 (% 22.2), adını çağıran 9 ( %25), emir veren 6 (%16.7),şiddet emiri veren 1 (%2.8), hakaret/küfür eden 2 (%5.6),tehdit 3 (%8.3), diğer 7 (%19.4), Gruplara göre hallüsinasyon içeriği açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır (p=0,00) (Tablo 12).

**Tablo 13:** Gruplara göre hastaneye yatış özelliklerinin ve madde kullanımının karşılaştırılması

|                                                      |  | <b>Madde kullanan (n=50)</b> | <b>Madde kullanmayan (n=50)</b> | <b><math>\chi^2</math></b> | <b>p</b> |
|------------------------------------------------------|--|------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------|
|                                                      |  | <b>Ort±SS / n (%)</b>        | <b>Ort±SS / n (%)</b>           |                            |          |
| <sup>+</sup> İlk kez psikiyatri servisine yatış yaşı |  | 25.7±6.8                     | 24.9±8.0                        | 0.537                      | 0.59     |
| <sup>+</sup> Toplam yatış sayısı                     |  | 8.0±4.4                      | 5.4±4.2                         | 2.943                      | 0.00*    |
| <sup>+</sup> Toplam yatış süresi                     |  | 14.1±13.1                    | 19.6±36.4                       | -1.000                     | 0.32     |
| <sup>++</sup> Hastaneye yatış nedeni                 |  |                              |                                 |                            |          |
| Tedaviye uyumsuzluk                                  |  | 12 (%24)                     | 26 (%52)                        |                            |          |
| Saldırganlık                                         |  | 17 (%34)                     | 13 (%26)                        |                            |          |
| Tedaviye uyumsuzluk ve saldırganlık                  |  | 20 (%40)                     | 10 (%20)                        | 9.025                      | 0.02*    |
| Dezorganize davranış                                 |  | 1 (%2)                       | 1 (%2)                          |                            |          |
| <sup>++</sup> Madde kullanım süresi                  |  | 12.3±8.1                     | -                               |                            |          |

<sup>+</sup>bağımsız örnekler t testi, <sup>++</sup>ki-kare testi, \*p<0.05 anlamlılık düzeyi

Madde kullanan grubun ilk kez psikiyatri servisine yatış yaşı ortalaması 25.7, madde kullanmayan grubun yaş ortalaması 24.9 olarak bulunmuştur. Gruplara göre ilk kez psikiyatri servisine yatış yaşı açısından istatistiksel olarak farklılık bulunmamaktadır. (p>0,05) (Tablo 13).

Madde kullanan grubun toplam yatış sayısı ortalaması,8.0, madde kullanmayan grubun ortalaması 5.4 olarak bulunmuştur. Gruplara göre toplam yatış sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır ( $p=0,00$ )  $t = 22.239$  (Tablo 13).

Madde kullanan grubun toplam yatış süresinin ortalaması 14.1 ,madde kullanmayan grubun yatış süresinin ortalaması 19,6 olarak bulunmuştur. Gruplara göre toplam yatış süresi açısından istatistiksel olarak farklılık bulunmamaktadır. ( $p>0,05$ ) (Tablo 13).

Madde kullanan grubun hastaneye yatış nedeni, tedaviye uyumsuzluk 12 (%24), saldırganlık 17 (%34), tedaviye uyumsuzluk ve saldırganlık 20 (%40), dezorganize davranış 1 (%2), Madde kullanmayan grubun hastaneye yatış nedeni, tedaviye uyumsuzluk 26 (%52), saldırganlık 13 (%26), tedaviye uyumsuzluk ve saldırganlık 10 (%20), dezorganize davranış 1 (%2), olarak bulundu. Gruplara göre hastaneye yatış nedeni açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır ( $p=0,02$ ) (Tablo 13).

Madde kullanana grupta madde kullanım süresi ortalaması 12.3 yıl olarak saptandı (Tablo 13).

**Tablo 14:** Gruplara göre intihar girişimi ve kendine zarar verici davranış özelliklerinin karşılaştırılması

|                                                | <b>Madde<br/>kullanan (n=50)</b>     | <b>Madde<br/>kullanmayan<br/>(n=50)</b> | <b><math>\chi^2</math></b> | <b>p</b> |
|------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|----------|
|                                                | <b>Ort<math>\pm</math>SS / n (%)</b> | <b>Ort<math>\pm</math>SS / n (%)</b>    |                            |          |
| İntihar girişimi                               |                                      |                                         |                            |          |
| Evet                                           | 29 (%58)                             | 10 (%20)                                | 15.174                     | <0.001** |
| Hayır                                          | 21 (%42)                             | 40 (%80)                                |                            |          |
| İntihar girişimi<br>sayısı                     | 1.4 $\pm$ 0.6                        | 1.1 $\pm$ 0.3                           | 2.360                      | 0.24     |
| İntihar<br>girişiminin şekli                   |                                      |                                         |                            |          |
| İlaç içerek                                    | 12 (%41.4)                           | 5 (%50)                                 |                            |          |
| Ası                                            | 8 (%27.6)                            | 4 (%40)                                 |                            |          |
| Kimyasal<br>madde                              | 3 (%10.3)                            | 1 (%10)                                 | 3.880                      | 0.56     |
| Yüksekten<br>atlama                            | 1 (%3.4)                             |                                         |                            |          |
| Kesici alet                                    | 4 (%13.8)                            |                                         |                            |          |
| Kendini yakma                                  | 1 (%3.4)                             |                                         |                            |          |
| Kendine zarar<br>verici davranış               |                                      |                                         |                            |          |
| Evet                                           | 34 (%68)                             | 11 (%22)                                | 21.374                     | <0.001** |
| Hayır                                          | 16 (%32)                             | 39 (%78)                                |                            |          |
| Kendine zarar<br>verici davranışın<br>niteliği |                                      |                                         |                            |          |
| Bedeninin bir<br>parçasını                     | 3 (%8.8)                             | 3 (%27.3)                               |                            |          |
| çarpma                                         |                                      |                                         |                            |          |
| Yüzeyel deri<br>kesileri                       | 19 (%55.9)                           | 8 (%72.7)                               | 6.397                      | 0.09     |
| Derin deri<br>kesileri                         | 9 (%26.5)                            |                                         |                            |          |
| Daha derin<br>kesiler                          | 3 (%8.8)                             |                                         |                            |          |

ki-kare testi veya Fisher'in kesinlik testi, \*\*p<0.001 anlamlılık düzeyi

Madde kullanan grubun intihar girişimi evet 29 (%58) kişi, intihar girişimi hayır 21 (% 42) kişi, Madde kullanmayan grubun intihar girişimi evet 10 (%20) kişi,intihar girişimi hayır 40 (% 80) kişi bulunmuştur. Gruplara göre intihar girişimi açasından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır (p<0,001) (Tablo 14).

Madde kullanan grubun intihar girişimi sayısının ortalaması 1.4, Madde kullanmayan grubun intihar girişimi sayısının ortalaması 1.1 olarak bulunmuştur. . Gruplara göre intihar girişimi sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmamaktadır. ( $p>0,05$ ) (Tablo 14).

Madde kullanan grubun intihar girişimi şekli,ilaç içerek 12 (% 41.1),ası 8 (%27.6),kimyasal madde 3 (%10.3),yüksekte atlama 1 ( %3.4), kesici alet 4 (%13.8),kendini yakma 1 (%3.4),Madde kullanmayan grubun intihar girişimi şekli,ilaç içerek 5 (% 50),ası 4 (%40),kimyasal madde 1 (%10) Gruplara göre intihar girişiminin şekli açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmamaktadır. ( $p>0,05$ ) (Tablo 14).

Madde kullanan grubun kendine zarar verici davranışı : evet 34 (% 68) kişi,hayır 16 (%32) kişi, Madde kullanmayan grubun kendine zarar verici davranışı : evet 11 (% 22) kişi,hayır 39 (%78) kişi olarak bulunmuştur. Gruplara göre kendine zarar verici davranış açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır ( $p<0,001$ ) (Tablo 14).

Madde kullanan grubun kendine zarar verici davranışın niteliği : bedeninin bir parçasını çarpma 3 (%8.8), yüzeyel deri kesileri 19 (%55.9), derin deri kesileri 9 (%26.5), daha derin kesiler 3 (%8.8), Madde kullanmayan grubun kendine zarar verici davranışın niteliği : bedeninin bir parçasını çarpma 3 (%27.3),yüzeyel deri kesileri 8 (%72.7), olarak bulunmuştur. Gruplara göre kendine zarar verici davranış açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 14).

**Tablo 15:** Gruplara göre toplam su sayısının, kaçıncı suçu olduğunun, ilk kez suç işleme yaşının, hastalık sonrası suç sayısının karşılaştırılması

|                             | Madde<br>kullanan (n=50) | Madde<br>kullanmayan<br>(n=50) | t      | p     |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------|-------|
|                             | Ort±SS                   | Ort±SS                         |        |       |
| Toplam su sayısı           | 3.02±4.1                 | 1.5±0.8                        | 2.523  | 0.01* |
| Kaçıncı suçu olduğu         | 1.5±0.9                  | 1.3±0.6                        | 1.209  | 0.25  |
| İlk kez suç işleme yaşı     | 28.6±9.9                 | 30.2±9.5                       | -0.790 | 0.43  |
| Hastalık sonrası suç sayısı | 2.7±3.7                  | 1.4±0.7                        | 2.377  | 0.02* |

bağımsız örnekler t testi, \* $p<0.05$  anlamlılık düzeyi

Madde kullanan grubun toplam suç sayısının ortalaması : 3.02, Madde kullanmayan grubun toplam suç sayısının ortalaması: 1.5, olarak bulunmuştur. Gruplara göre toplam suç sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır (p=0,01) (Tablo 15).

Madde kullanan grubun kaçınıcı suçu olduğu ortalama :1.5, Madde kullanmayan grubun kaçınıcı suçu olduğu ortalama :1.3 olarak bulunmuştur . Gruplara göre toplam suç sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır . . (p>0,05) (Tablo 15).

Madde kullanan grubun ilk kez suç işleme yaşı ortalama :28.6, madde kullanmayan grubun ilk kez suç işleme yaşı ortalaması : 30.2, Gruplara göre ilk kez suç işleme yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. (p>0,05) (Tablo 13)

Madde kullanan grubun hastalık sonrası suç sayısı ortalama :2.7, Madde kullanmayan grubun hastalık sonrası suç sayısı ortalama:1.4 olarak bulunmuştur, Gruplara göre toplam hastalık sonrası suç sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır (p=0,02) (Tablo 15).

**Tablo 16:** Gruplararası geçmişteki cezaevi yaşantısının ve suç öncesi koruma tedavi öyküsünün karşılaştırılması

|                                                   | <b>Madde kullanan (n=50)</b> | <b>Madde kullanmayan (n=50)</b> | <b><math>\chi^2</math></b> | <b>p</b> |
|---------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------|
|                                                   | <b>Ort±SS / n (%)</b>        | <b>Ort±SS / n (%)</b>           |                            |          |
| <sup>+</sup> Geçmişte cezaevi yaşantısı           |                              |                                 |                            |          |
| Yok                                               | 16 (%32)                     | 24 (%48)                        | 2.667                      | 0.15     |
| Var                                               | 34 (%68)                     | 26 (%52)                        |                            |          |
| <sup>++</sup> Geçmişteki cezaevi yaşantısı süresi | 33.6±33.4                    | 22.7±32.4                       | 1.309                      | 0.19     |
| <sup>+</sup> Suç öncesi koruma tedavi öyküsü      |                              |                                 |                            |          |
| Yok                                               | 16 (%32)                     | 25 (%50)                        | 0.040                      | 1.00     |
| Var                                               | 26 (%52)                     | 25 (%50)                        |                            |          |

<sup>+</sup>ki-kare testi veya Fisher'in kesinlik testi, <sup>++</sup>bağımsız örnekler t testi, p<0.05 anlamlılık düzeyi

Madde kullanan grubun geçmişte cezaevi yaşantısı; yok : 16 (%32),var 34 (%68), Madde kullanmayan grubun geçmişte cezaevi yaşantısı; yok : 24 (%48),var 26 (%52), Gruplara göre geçmişte cezaevi yaşantısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 16).

Madde kullanan grubun geçmişte cezaevi yaşantısı süresi ortalaması 33.6, Madde kullanmayan grubun geçmişte cezaevi yaşantısı süresi ortalaması 22.7 olarak bulunmuştur. Gruplara göre geçmişte cezaevi yaşantısı süresi ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 16).

Madde kullanan grubun suç öncesi koruma tedavi öyküsü ; yok 16 (% 32) kişi, var 26 (%52) kişi, Madde kullanmayan grubun suç öncesi koruma tedavi öyküsü ; yok 25 (% 50) kişi, var 25 (%50) kişi olarak bulunmuştur. Gruplara göre suç öncesikoruma ve tedavi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 16).

**Tablo 17:** Gruplararası suç sırasındaki yaşın, suçun kime karşı işlendiğinin karşılaştırılması

|                                          | <b>Madde kullanan<br/>(n=50)</b> | <b>Madde kullanmayan<br/>(n=50)</b> | <b><math>\chi^2</math></b> | <b><i>p</i></b> |
|------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|-----------------|
|                                          | <b>Ort±SS / n (%)</b>            | <b>Ort±SS / n (%)</b>               |                            |                 |
| <sup>+</sup> Suç sırasındaki yaşı        | 30.5±9.0                         | 32.8±11.7                           | -1.077                     | 0.28            |
| <sup>++</sup> Suçun kime karşı işlendiği |                                  |                                     |                            |                 |
| Kişiye karşı                             |                                  |                                     |                            |                 |
| değil                                    | 2 (%4)                           | 1 (%2)                              |                            |                 |
| Öz anne                                  | 6 (%12)                          | 8 (%16)                             |                            |                 |
| Öz baba                                  | 3 (%6)                           | 3 (%6)                              |                            |                 |
| Üvey anne                                | -                                | 1 (%2)                              |                            |                 |
| Öz kardeş                                | 1 (%2)                           | 7 (%14)                             |                            |                 |
| Eş                                       | 1 (%2)                           | 2 (%4)                              |                            |                 |
| Akraba                                   | 1 (%2)                           | 8 (%16)                             | 28.349                     | 0.00*           |
| Hasım                                    | -                                | 1 (%2)                              |                            |                 |
| Arkadaş                                  | 4 (%8)                           | -                                   |                            |                 |
| Komşu                                    | 4 (%8)                           | 9 (%18)                             |                            |                 |
| İş arkadaşı                              | 1 (%2)                           | 1 (%2)                              |                            |                 |
| Kamu görevlisi                           | 1 (%2)                           | -                                   |                            |                 |
| Tanıdık olmayan kişi                     | 25 (%50)                         | 9 (%18)                             |                            |                 |
| Uzaktan tanıdık                          | 1 (%2)                           | -                                   |                            |                 |

<sup>+</sup>bağımsız örnekler *t* testi, <sup>++</sup>ki-kare testi veya Fisher'in kesinlik testi, \* $p<0.05$  anlamlılık düzeyi

Madde kullanan grubun suç sırasındaki yaşı ortalama :30.5, Madde kullanmayan grubun suç sırasındaki yaşı ortalama :32.8 olarak bulunmuştur. Gruplara göre suç sırasındaki yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. ( $p>0,05$ ) (Tablo 17).

Madde kullanan grubun suçun kime işlendiği : kişiye karşı değil 2 (%4),öz anne 6 (% 12),öz baba 3 (% 6),öz kardeş 1 (%2), eş 1 (% 2), akraba 1 (%2),arkadaş 4 (%8),komşu 4 (%8),iş arkadaşı 1 (%2),kamu görevlisi 1 (% 2),tanıdık olmayan kişi 25 (%50), uzaktan tanıdık 1 (%2), Madde kullanmayan grubun suçun kime işlendiği : kişiye karşı değil 1 (%2),öz anne 8 (% 16),öz baba 3 (% 6),üvey anne 1 (%2),öz kardeş 7 (%14), eş 2 (% 4), akraba 8 (%16),hısım 1 (%2),komşu9 (% 18),iş arkadaşı 1 (%2),tanıdık olmayan kişi 9 (% 18) bulunmuştur. Gruplara göre suçun kime karşı işlendiği açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır ( $p=0,00$ ) (Tablo 17).

**Tablo 18:** Gruplararası suçun şiddetinin ve suç aletinin karşılaştırılması

|                            | Madde kullanan (n=50) | Madde kullanmayan (n=50) | $\chi^2$ | p        |
|----------------------------|-----------------------|--------------------------|----------|----------|
|                            | n (%)                 | n (%)                    |          |          |
| Suçun şiddeti <sup>a</sup> |                       |                          |          |          |
| Şiddet dışı                | 1 (%2)                | 1 (%2)                   |          |          |
| Minimal şiddet             | -                     | 10 (%20)                 |          |          |
| Orta derecede şiddet       | 2 (%4)                | 25 (%50)                 | 54.012   | <0.001** |
| Orta derecede ciddi şiddet | 4 (%8)                | 6 (%12)                  |          |          |
| Ciddi şiddet               | 43 (%86)              | 8 (%16)                  |          |          |
| Suç aleti                  |                       |                          |          |          |
| Suç kişiye karşı değil     | 1 (%2)                | 1 (%2)                   |          |          |
| Bıçak                      | 22 (%44)              | 10 (%20)                 |          |          |
| Tabanca                    | 11 (%22)              | 6 (%12)                  | 16.014   | 0.00*    |
| Kesici delici alet         | 11 (%22)              | 12 (%24)                 |          |          |
| Taş, sopa                  | 2 (%4)                | 11 (%22)                 |          |          |
| Diğer                      | 3 (%6)                | 10 (%20)                 |          |          |

ki-kare testi veya Fisher'in kesinlik testi \* $p<0.05$  anlamlılık düzeyi ki-kare testi,\*\*  $p<0.001$  anlamlılık düzeyi, <sup>a</sup>Taylor şiddet ölçeği ile belirlenen işledikleri en şiddetli suç özellikleri karşılaştırılmıştır

Madde kullanan grubun suçun şiddeti ; şiddet dışı 1 (% 2) kişi, orta derecede şiddet 2 (%4) kişi, orta derecede ciddi şiddet 4 (%8) kişi,ciddi şiddet 43 (%86) kişi,

Madde kullanmayan grubun suçun şiddeti ; şiddet dışı 1 (% 2) kişi, minimal şiddet 10 (%20), orta derecede şiddet 2 (%50) kişi, orta derecede ciddi şiddet 6 (%12) kişi,ciddi şiddet 8 (%16) kişi olarak bulunmuştur. Gruplara göre suçun şiddeti açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,001$ ) (Tablo 18).

Madde kullanan grubun suç aleti ; suç kişiye bağlı değil 1 (%2), bıçak 22 (%44),tabanca 11 (% 22),kesici delici alet 11 (% 22) taş,sopa 2 (%4) diğer 3 (%6), Madde kullanmayan grubun suç aleti ; suç kişiye bağlı değil 1 (%2), bıçak 10 (%20),tabanca 6 (% 12),kesici delici alet 12 (% 24) taş,sopa 11 (%22) diğer 10 (%20),olarak bulunmuştur. Gruplara göre suç aleti açısından istatistiksel olarak ile anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır ( $p=0,00$ ) (Tablo 18).

**Tablo 19:** Madde kullanan hastalarda suç sırasında madde kullanımı ve kullandığı maddenin çeşidi

| Madde kullanan şizofreni hastaları (n=50) |          |
|-------------------------------------------|----------|
|                                           | n (%)    |
| Suç sırasında madde kullanımı             |          |
| Hayır                                     | 6 (%12)  |
| Evet                                      | 44 (%88) |
| Suç sırasında kullandığı madde çeşidi     |          |
| Esrar                                     | 19 (%38) |
| Uçucu madde                               | 7 (%14)  |
| Uyarıcı madde                             | 1 (%2)   |
| Karışık madde                             | 17 (%34) |

Madde kullanan grupta suç sırasında madde kullanımı hayır 6 (%12) kişi, evet 44 (%88) kişi olarak bulunmuştur (Tablo 19).

Madde kullanan grupta suç sırasında kullandığı madde çeşidi: esrar 19 (%38),uçucu madde 7 (%14),uyarıcı madde 1 (%2), karışık madde 17 (%34) bulunmuştur (Tablo 19).

**Tablo 20:** Gruplararası suçun niteliğinin karşılaştırılması

|                                     | <b>Madde<br/>kullanan (n=50)</b> | <b>Madde<br/>kullanmayan<br/>(n=50)</b> | $\chi^2$ | <i>p</i> |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|----------|----------|
|                                     | <b>n (%)</b>                     | <b>n (%)</b>                            |          |          |
| Suçun niteliği                      |                                  |                                         |          |          |
| Adam öldürme                        | 14 (%28)                         | 8 (%16)                                 |          |          |
| Öldürme girişimi                    | 14 (%28)                         | 5 (%10)                                 |          |          |
| Yaralama                            | 19 (%38)                         | 22 (%44)                                |          |          |
| Yaralama oluşturmaya saldıran       | -                                | 1 (%2)                                  |          |          |
| Mala zarar verme                    | -                                | 2 (%4)                                  |          |          |
| Tehdit                              | 1 (%2)                           | 7 (%14)                                 | 17.952   | 0.03*    |
| Cinsel suçlar                       | -                                | 2 (%4)                                  |          |          |
| Gasp/gasp girişimi                  | -                                | 1 (%2)                                  |          |          |
| Hırsızlık                           | 2 (%4)                           | 1 (%2)                                  |          |          |
| Şiddet içermeyen birden fazla eylem | -                                | 1 (%2)                                  |          |          |

ki-kare testi, \* $p < 0.05$  anlamlılık düzeyi

Madde kullanan grubun suç niteliği ;adam öldürme 14 (%28), öldürme girişimi 14 (%28),yaralama 19 (%38),tehdit 1(%2),hırsızlık 2 (%4), Madde kullanmayan grubun suç niteliği ;adam öldürme 8(%16), öldürme girişimi 5 (%10),yaralama 22 (%44), yaralama oluşturmaya saldıran 1 (%2), mala zarar verme 2 (%4),tehdit7 (%14),cinsel suçlar 2(%4) gasp/gasp girişimi 1 (%2) hırsızlık 1 (%2), şiddet içermeyen birden fazla eylem 1 (%2) . Gruplara göre suçun niteliği açısından istatistiksel olarak ile anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır (p=0,03) (Tablo 20).

**Tablo 21:** Madde kullanan hastalarda yaşam boyu kullandıkları madde çeşitleri:

| <b>Madde çeşitleri</b> | <b>Yüzde</b> |
|------------------------|--------------|
| Esrar                  | 22 (%48)     |
| Uçucu madde            | 8 (%16)      |
| Uyarıcı madde          | 1 (%2)       |
| Karışık madde          | 19 (%38)     |

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Adli psikiyatri biriminde işledikleri bir suç veya suçlar nedeniyle yatarak gözlem ya da koruma ve tedavi amacıyla bulunan, 18-65 yaş arası, DSM–IV tanı ölçütlerine göre, en az iki psikiyatri uzmanı tarafından bir süre içerisinde takip edilerek şizofreni tanısı alan, madde kullanımı öyküsü olan 50 erkek hasta ve madde kullanım öyküsü olmayan 50 erkek hasta olmak üzere 100 hasta karşılaştırıldı.

Çalışmamıza dahil edilen olguların yaşları değerlendirildiğinde, madde kullanan grupta yaş ortalaması 38.2, madde kullanmayan grupta 39.3 olarak bulunurken gruplar arası anlamlı fark saptanmadı. Şizofrenide yaş ile, madde kullanımı arasında ilişki bulunmadığını bildiren çalışmalar ile bizim verilerimiz uyumlu bulundu (250,251,252,247). Mueser ve arkadaşları (248), alkol-madde kullanan şizofreni hastalarının yaş ortalamasını 35, kullanmayan hastaların yaş ortalamasını ise 48 olarak saptanmış olup, yaşam boyu esrar ve kokain kullanım bozukluğu ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Bu veri çalışmamızla uyumlu bulunmamıştır.

Çalışmamız da eğitim süresi açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmaması, düşük eğitim düzeyi ile komorbidite arasında ilişki bulunduğunu öne süren pek çok çalışmayla uyumlu bulunmadı (248,253).

Olguların çalışma durumunu incelediğimizde madde kullanımı olmayan grupta işsizlik oranının daha yüksek oranda olduğunu saptandı. Literatürde iş düzeni ile alkol-madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını iddia eden çalışmalarla sonuçlarımız uyumlu bulundu (270,277,319). Literatürde madde kullanan şizofreni hastalarının daha fazla oranda işsiz oldukları bildirilmiştir. Bu çalışmalar ile bizim verimiz uyumlu değildi (245,246,248,253,257,258,259,260,261,262).

Olgular meslek sınıfları, kendine ait gelirleri ve sosyal güvence açısından incelendiğinde gruplar arası fark bulunmadı. İşsizlik madde kullanmayan grupta daha

fazla olsa da madde kullanmayan şizofreni grubunda çalışmayanların oranının fazla olmasına rağmen, aylık gelirlerinin benzer olması, ailede çalışan birisinin varlığını göstermektedir. Ayrıca aile gelirlerinin yakınları tarafından karşılandığı, bu nedenle aylık gelir açısından iki grup arasında anlamlı farklılık olmadığı yorumunu desteklemektedir. Ayrıca bu bulgular 2022 sayılı yasa ile devlet tarafından destekleniyor olmaları ile açıklanabilir

Çalışmamızda gruplar arasında medeni durum açısından anlamlı fark saptanmadı. Addington ve arkadaşları madde kullanan ve madde kullanmayan gruplar arasında medeni durum açısından fark bulamamıştır (263) ve bu veri bizim çalışmamızla uyumludur. Literatürde madde kullanımının aile ilişkilerini zedelediği, hastaların ebeveynlik görevlerini aksatmalarına neden olduğu ve boşanmaların arttığı öne sürülmektedir (260,264,265,266,267). Bu yayınlar bizim çalışmamızla uyumlu değildir.

Olguların kiminle yaşadığı incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Literatürde gelişmiş ülkelerde devlet, akıl hastalarına çok daha fazla sosyal destek sağlamakta (barınacak yer, iş, gelir, çok yönlü psikiyatrik tedavi hakkı, ev ziyaretleri, ilaçlar vs); rehabilitasyon programları hastaların bağımsız ve yalnız yaşayabilmesini hedeflemektedir (252, 272). Böyle toplumlarda hasta bireylerin birçoğunun aileleriyle değil, yalnız yaşamaları, alkol ve yasa dışı maddelere ve bunları satın alacak paraya ulaşma şansını doğurmaktadır. Bu veri çalışmamızla uyumlu bulunmadı. Olgularımızda madde kullanımı olsa da aile desteğinin sürdüğü görülmektedir.

Çalışmamızda gruplar arasında doğum yeri ve yaşadığı yer açısından anlamlı fark elde edilemedi. Bu sonuç madde kullanımının daha çok kırsal kesimlerde yaşayan hastalarda görüldüğüne dair literatürle uyumlu değildir (269,270,271). Bu, hastanemizin şehir içinde olmasından ve başvuruda bulunan hastaların daha ziyade İstanbul'da ve çevresindeki kentlerde yaşayan şizofrenik bireyler olmalarından kaynaklanabilir.

Olguların soygeçmişinde psikiyatrik hastalık yönünden incelendiğinde madde kullanımı olan olguların soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla bulundu. Genetik yatkınlığın şizofreni ve madde kullanım bozukluğunun gelişimine katkıda bulunduğuna dair deliller aile öyküsü ve ikiz

alışmaları ile desteklenmektedir. Alkol ve/veya madde kullanımı bulunan şizofren bireylerin aile öykülerinde yüksek alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu oranları bildirilmiştir (273, 274, 275). Bu veri çalışmamızla uyumludur.

Çalışmamızda ocuklukta şiddete maruziyet açısından madde kullanımı olan olgularımızda istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla bulundu.

Yapılan bir çalışmada uyuşturucu kullanan 138 ergen ve ailelerinin hayat şartları incelenmiş, %45 inin daha fazla duygusal travma, stres ve olumsuz deneyimler yaşadığı bildirilmiştir (320). lkemizde yapımış olan bir başka çalışmada, sokakta yaşayan evden kaçmış çocuklarda uçucu madde kullanımı, gittikçe yaygınlaşmaktadır.

Sosyodemografik zellikleri ayrıntılı bir şekilde incelendiği bu çalışmada, vakaların parçalamış aile ile bağımlı ebeveynlere sahip oldukları ve çocuklukta sıklıkla şiddet gördükleri rapor edilmiştir (321).bu veri bizim çalışmamızla uyumlu bulundu.

Çalışmamızda şizofreni alt tipi açısından karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark saptandı.madde kullanan grubun paranoid alt tipte oldukları daha sık görüldü. Çalışmamızdaki veriler literatürle benzer bulundu. Örneğin; yapılan bir çalışmada uzun süredir adli servislerde yatan madde kullanan şizofreni hastalarının çoğunun paranoid alt tip olduğu belirtilmiştir (357).

Belli ve arkadaşlarının yapımış olduğu bir çalışmada şizofreni hastalarında şiddet ve cinayet eylemi için risk faktörleri değerlendirilmiş ve şu bulgular bulunmuştur; alkol ve madde kötüye kullanımının varlığı, daha önce şiddet eylemlerinde bulunmuş olmak, paranoid şizofreni alt tipinin tanımlanması, antipsikotik tedaviye uyumsuzluk, sık sık hastaneye yatış hikayesi, intihar fikirlerinin bulunması gibi faktörler bireyi şiddete daha yatkın hale getirmekte ve bu eylemselliğin sonu cinayetle sonlanabilmektedir. (356). Bu veri çalışmamızla uyumludur.

Olgular hastalık başlama yaşına göre karşılaştırıldıklarında; gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Ülkemizde yapılan bir çalışmada alkol-madde kullanan şizofreni grubunun hastalık başlangıç yaşı ile, alkol-madde kullanmayan şizofreni grubunun hastalık başlangıç yaşları karşılaştırılmıştır (268). Her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamış olup, bu veri çalışmamızın sonuçları ile uyumludur. Verdoux ve arkadaşlarının (276) alışmasında alkol-madde kullanan şizofreni grubunda, hastalık

başlangıç yaşının, kullanmayan gruba göre daha erken olduğu saptanmıştır. Literatürde şizofreni hastalarında alkol-madde kullanımı ile hastalık belirtilerinin başlangıç yaşı arasında anlamlı ilişki saptanmamış yayınlar mevcuttur (270,278,277). Madde kullanım bozukluğu-şizofreni komorbiditesine ait literatürde stimulanlar ve esrar gibi bazı maddelerin, biyolojik olarak yatkın bireylerde dopaminerjik değişiklik yaratarak şizofreni başlangıç yaşını aşağı çektiğine dair deliller vardır (322,323,324,325). Bu veriler çalışmamızla uyumlu değildir.

Olguların hastalık süresi açısından karşılaştırıldıklarında gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Madde kullanımının uzun hastalık süresiyle açıklanmış olduğu yayınlardan, bizim çalışmamız farklı bir sonuç ile ayrılmaktadır (279). Uludağ ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde madde kullanan şizofreni hastaları ve madde kullanmayan şizofreni hastaları arasında hastalık süresi açısından anlamlı fark bulunamamıştır (319).

Olguların tedavi süresi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. madde kullanan şizofreni grubunun tedavi süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır. Bu veri literatürle de uyumlu olarak bulunmuştur (280,281).

Çalışmamızda PANSS pozitif alt ölçek, PANSS negatif alt ölçek, PANSS genel psikopatoloji alt ölçeği, PANSS toplam ölçekleri uygulanarak hastalarımız değerlendirildi.

PANSS pozitif alt ölçek, PANSS genel psikopatoloji alt ölçeği ve PANSS toplam ölçeklerinde her iki hasta grubunda anlamlı fark saptandı. madde kullanan grubun ölçek puanları daha yüksek bulundu.

Madde kötüye kullanan şizofrenili hastalarda pozitif belirtilerin daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (283,284,282). Pozitif belirtiler alkol ve /veya bağımlısı şizofrenlerde alkol ve /veya madde bağımlısı olmayan şizofrenlere göre (285) daha sık bildirilmiştir. Talamo ve arkadaşları (283) yapmış oldukları çalışmada; madde kullanan şizofreni hastalarında, kullanmayan şizofreni hastalarına göre pozitif belirti skorlarının daha yüksek, negatif belirti skorlarının daha düşük olduğunu saptamışlardır. Pozitif belirti skorlarının yüksek olması çalışmamızla uyumludur.

Compton ve arkadaşları (2004) şizofreni hastalarını esrar bağımlılığı ve negatif

belirtiler açısından incelemişler; esrar kullanan hastaların PANSS negatif skorlarının anlamlı bir biçimde daha düşük olduğunu ve iki grubun PANSS pozitif ve genel psikopatoloji alt skorlarında fark bulunmadığını bildirmişlerdir (286). Benzer şekilde Shaner, şizofren hastaları belli aralıklarla izlemiş ve kokain kullanımının psikozun pozitif belirtilerini arttırdığını bulmuştur (287).

Sevy ve arkadaşları kokain kullanımı ile PANSS'in pozitif, negatif, genel belirtiler alt itemlerinin global ölçümleri arasında herhangi bir ilişki bulamamışlardır (288). Hatta Test ve arkadaşları (1989) hastaların büyük bir kısmının pozitif bulgularının madde kullanımı ile düzeldiğini iddia etmişlerdir (289).

Olguların İDÖ toplam skorları ortalamaları da madde kullanımına göre değerlendirildi. Madde kullanan ve madde kullanımı bulunmayan gruplarımızın ortalama skorları birbirine yakın bulundu. bu veri Altınay ve arkadaşlarının (268) çalışmasına benzer şekildedir. Bu verimiz literatürle uyumlu değildir (13).

Olguların tedavi uyumu açısından karşılaştırıldıklarında anlamlı fark bulundu, madde kullanımı olan grubun tedaviye uyumsuzluğunun daha fazla olduğu bulundu. Bu veriler literatürle uyumludur. Tedavi uyumsuzluğu birçok çalışmada madde kullanım bozukluğu ile ilişkilendirilmiştir (259, 290). Owen ve arkadaşları ,madde kullanım bozuklukları, tedavi uyumu, hastalık belirtileri ve ayaktan tedaviye başvuru düzeni açısından değerlendirdikleri çalışmada; madde kullananların kullanmayanlara göre sekiz kat fazla tedavi uyumsuzluğu gösterdiklerini, sağlık çalışanları ile fazla iletişim kurmadıklarını ve hem madde kullanımı bulunan, hem de tedaviye uyum göstermeyen hastaların belirtilerinin çok daha şiddetli olduğunu bildirmişlerdir (291). Yatarak tedavi gören şizofren hastaların değerlendirildiği bir başka çalışmada, madde kullanımı olanların tedavi uyumsuzluğu gösterdiklerini bildirdiği saptanmıştır (292). Bu veriler çalışmamızla uyumludur.

Olgular ilaç kullanımı açısından kullandıkları ilaçlar karşılaştırıldı gruplar arasında anlamlı fark bulunamadı. Bu veri Altınay ve arkadaşlarının (268) yapmış olduğu çalışmada madde kullanımı bulunan ve madde kullanımı öyküsü bulunmayan şizofren hastaların oral antipsikotik tedavisi, parenteral (depo antipsikotik) tedavi uygulandığı. Hastaların bir dilimi ise her iki tedavi formu uygulandığı, Yaşam boyu madde kötüye kullanımı bulunan hasta grubu ile madde kullanmayan hasta grubu

arasında fark bulunmadığı belirtilmiştir. Bu veri bizim çalışmamızla uyumlu bulunmuştur. Literatürde madde kullanımı olan ve olmayan grup arasında tipik ve atipik antipsikotik kullanımı açısından fark bulunmayan çalışmalarla verilerimiz uyumludur (263).

Olguların hezeyan ve halüsinasyon içerikleri karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulundu. Çalışmamızda madde kullanımı olan olgu grubumuzda birden fazla hezeyan varlığı istatistiksel olarak daha fazla bulundu. Halüsinasyon içeriği açısından madde kullanan grupta, emir veren, şiddet emri veren ve hakaret ve küfür eden halüsinasyon içeriği bulundu. Aynı zamanda bu grubun panns pozitif alt ölçek puanların da daha yüksek idi Bazı çalışmalar alkol-madde kullanım bozukluğu ek tanı şizofreni hastalarında daha şiddetli hezeyan ve halusinyasyon olduğunu gösterir bu veri çalışmamızla uyumlu bulundu (270,293). Dixon ve arkadaşları (294) daha az şiddetli hezeyan ve halusinyasyon olduğu bildirmiştir bu veri çalışmamızla uyumlu bulunmamıştır. Ural ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada Şizofreni grubunun suç esnasındaki belirtilerinden sanrı ve varsanı içeriğine bakılmış en çok (%70,9) kötülük görme sanrısı saptanırken, bunların 4'üne kıskançlık sanrısı diğer 4'üne alınma sanrısı eşlik ettiği anlaşılmıştır. 9 olguda ise kötülük görme sanrısı, işitme varsanısı ile birlikte mevcut bulunmuştur. Bu veri çalışmamızla uyumlu bulundu (354).

Olguların ilk kez psikiyatri servisine yatış yaşı açısından karşılaştırıldıklarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Literatürde hastaneye ilk başvuru ve ilk yatış yaşının alkol- madde kullanan şizofreni grubunda daha erken olduğunu iddia eden çalışmalar (276,293) olduğu gibi, hastaneye ilk başvuru ve ilk yatış yaşı ile şizofrenide alkol- madde kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmayan çalışmalar (268,270,319) bulunmaktadır.

Olguların toplam yatış sayısı açısından karşılaştırıldıklarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. madde kullanan grubun yatış sayısı daha yüksek saptandı. Drake ve Wallach madde kullanan hastaların belli bir zaman dilimindeki izlemde yaklaşık iki kat fazla hospitalize edildiklerini bildirmiştir (295). literatürde yapılan çalışmaların çoğu madde kullanan hastaların daha çok yatarak tedaviye ihtiyaç duyduklarını göstermiştir (296,297,298). Bu veriler bizim çalışmamızla uyumludur.

Olguların toplam yatış süresi açısından karşılaştırıldıklarında istatistiksel olarak

anlamli fark saptanmadı. Literatürde madde kullanan grubun toplam yatış sürelerinin madde kullanmayan gruba göre daha uzun olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.bu veri çalışmamızla uyumlu bulunmadı (280,281). Ülkemiz koşulları göz önüne alındığında eş tanı varlığı olsa da yatış süreleri farklı olmayabilmektedir. Öte yandan Cantor-Graae ve arkadaşlarının çalışmasında yatış süresinin madde kullanıcılarında artmamış olduğunu bildiren bunu, madde kullanan hastaların yatırılarak tedavi edildiklerinde, tedaviye, madde kullanımı bulunmayan hastalardan daha iyi yanıt veriyor olmalarıyla açıklamışlardır (251).

Olguların hastaneye yatış nedeni açısından incelendiğinde, madde kullanan hastalarımızın tedaviye uyumsuz olduğunu belirtmiştik yatış nedenlerine bakıldığında her iki grupta suç işlemiş olmasına rağmen madde kullanan olguların hastaneye yatış nedenlerinin anlamlı derecede yüksek oranda tedaviye uyumsuzluk ve saldırganlık olması dikkat çekicidir. Madde kullanan grubun incelenmesi sonucu madde kullanım süresi ortalama 12.3 yıl olarak bulundu.

Çalışmamızda madde kullanan olguların anlamlı derecede yüksek oranda intihar girişiminde bulunduğu saptandı Verdoux ve arkadaşları (303), psikotik bozukluk nedeniyle hastaneye ilk kez yatırılan hastalarda madde kötüye kullanımının yüksek intihar girişimi eğilimi ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir.bu veri çalışmamızla uyumludur . Ancak Rosau ve arkadaşlarının (304) çalışmasında alkol-madde kullanan ve kullanmayan şizofreni grupları arasında intihar varlığı ve sayısı açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Olguların yaşam boyu intihar girişim sayısı ve şekli karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel fark bulunmadı. Ülkemizde yapılan bir çalışmada intihar girişim sayısı ve şekli açısından Madde kullanan ve madde kullanmayan grupta istatistiksel olarak birbirine yakın bulunmuştur. İntihar şekilleri açısından da iki grup arasında fark bulunmamıştır. Ve İki grubun ortalama suisid girişim sayıları da benzer bulunmuştur. (268) Bu veriler çalışmamızla uyumlu bulundu.

Olguların kendine zarar verici davranışları karşılaştırıldığında, istatistiksel fark bulundu. Kendine zarar verici davranışta bulunma bakımından gruplarımız arasında ileri derecede anlamlı fark saptanmış olması literatürle uyumludur (Verma ve ark, Hambrecht ve ark).Madde kullanımının hastaları daha dürtüsel kıldığını ve dürtüsellüğün

selfdestruktif davranışlara yol açtığını iddia etmek yanlış olmayacaktır.

Ancak çalışmamızda kendine zarar verici davranış yöntemleri arasında farklılık saptanmadı. Altınay ve arkadaşlarının (268) yapmış olduğu çalışmada; Zarar verme şekli bakımından benzer bulduğumuz gruplarımızın en sık başvurduğu yöntem bedende yüzeysel kesiler oluşturmaktı.Bunu, daha derin deri kesileri izliyordu.

Olgular toplam suç sayısı, kaçınıcı suçu olduğu, ilk kez suç işleme yaşları ve hastalık sonrası suç işlem yaşları açısından karşılaştırıldı. Toplam suç sayısı ve hastalık sonrası suç sayısında gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark saptandı.madde kullanan grubun toplam suç sayısı ve hastalık sonrası suç sayısı daha fazla bulundu.Finlandiya’da yapılan prospektif bir çalışmada, 26 yaşına dek takip edilen 11017 kişilik izlem grubunda, şizofrenlerin genel toplumdan 4-7 kat daha fazla suç işleme eğilimi taşıdığı, şizofrenlerden eş tanıli erkeklerin ise eş tanıli olmayan şizofreni hastalarına oranla 7 kat daha fazla şiddet suçu işleme eğiliminde oldukları bulunmuştur (305). Steadman ve arkadaşları,madde kullanım bozukluğunun şizofren hastalarda şiddet için en önemli risk faktörü olduğunu iddia etmişlerdir (31). Yapmış oldukları çalışmada suçluları inceleyen Rice ve Harris, alkol kullanan şizofrenik bireylerin %26’sının şiddet uyguladığını, alkol kullanmayan hastaların bu oranının sadece %7 olduğunu belirtmiştir.(32). İngiltere’de %78’ini şizofrenlerin oluşturduğu 27 çifte tanıli hasta, %68’i şizofreni tanıli 65 saf psikotik hasta ile, dual tanının agresyon ve saldırganlıkla ilişkili olup olmadığını saptamak amacıyla karşılaştırılmış ve eş tanıli grupta suç ve hostile davranış oranlarının belirgin olarak yüksek olduğu bildirilmiştir (33).

Madde kullanım bozukluklarının, bilişsel ve davranışsal dürtü kontrol mekanizmalarında zayıflamaya yol açtığı, depresyon, şüphencilik ve öfkeyi arttırdığı; sonuçta şiddete ve saldırganlığa yol açtığı öne sürülmektedir (25 ,26).

Dervaux ve arkadaşları ,100 şizofren hastaya Barret İmpulsivite Skalası uygulamışlar ve yaşam boyu madde kullanım bozukluğu bulunan şizofrenlerin ölçekte daha yüksek skorlara ulaştıklarını saptamışlardır (311). Alkol ya da madde intoksikasyonu içinde olmanın, şiddet davranışı ve yasal sorunlar için risk faktörü olabileceğine dair bildiriler de mevcuttur (312,313). Bu veriler çalışmamızla uyumludur.

Olguların geçmişte cezaevinde yatış hikayesi, cezaevinde kalış süresi ve suç öncesi koruma ve tedavi açısından karşılaştırıldı, gruplar arasında istatistiksel fark saptanmadı.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, madde kullanımı ile suç arasında bir ilişki görülmektedir. Alpay ve ark yapmış oldukları çalışmada. İstanbul’da suç prevalansı yüz bin kişide 186.73 iken, 2180 madde bağımlısı arasında 1878 kişi hayatlarının bir döneminde en az bir kez suç işlediğini belirtmiştir. (40). Çakmak ve ark’nın yapmış olduğu bir çalışmada Yatarak tedavi gören 1679 madde kullanıcısı arasında yapılan çalışmada, %59.7’sinin en az bir kez cezaevi yaşantısı olduğu gösterilmiştir (41).

Evren ve arkadaşlarının bu ilişkiyi sorgulamak ve kullanılan madde tipine göre bir farklılık olup olmadığını araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada, toplam 364 madde kullanıcısıyla görüşme yapılmış, madde kullanıcılarının %64’ünün yasalarla bir sorun yaşadığı belirtirken, madde kullanmaya başlamadan önce yasalarla ilgili bir sorun yaşayanların oranı ise %24.9 bulunmuştur (24). Bu veriler çalışmamızla uyumlu bulunmadı.

Altınay ve arkadaşlarının (268) yapmış olduğu çalışmada değerlendirilen 300 hastanın, madde kullanmayan şizofren grubun cezaevine girmiş olma oranı %4.6 iken, herhangi bir madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olan grupta bu oran %10.3 olarak bulunmuştur. Madde kullanımı bulunmayan grubun cezaevine ortalama yatış sayısı 1.17, madde kullanımı bulunan grupta ortalama 1.00 olarak bulunmuştur. Ayrıca Cezaevine yatış sürelerine ait ortalama değerler sırasıyla 6.58 ve 2.65 yıl bulunmuştur. Bu sonuçlarla her iki değişken açısından iki grup arasında anlamlı fark bulamamışlardır. Bu veri çalışmamızla uyumlu bulundu.

Olguların suçun kime karşı işlendiği incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Madde kullanımı olan grubun “ tanıdık olmayan kişilere “ karşı daha fazla suç işledikleri bulunmuştur. Literatürde alkol-madde kullanmayan kişiler daha çok anne, baba ve akrabalarına zarar verme eğilimi taşırken, alkol ve/ veya madde kullananlar daha sıklıkla eş ve çocuklarına tanımadıkları şahıslara ve de birden fazla kişiye zarar verme paterni gösterdikleri bulunmuştur (268). Bu veri çalışmamızla uyumlu bulundu.

Çalışmamızda suç şiddeti değerlendirildiğinde, madde kullanan olgularımızda istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olarak ciddi şiddet bulundu. Finlandiya’da, 12 yıllık sürede suç işlemiş 1423 kişi incelenmiş, madde bağımlılığı tanısı olmayan şizofreni tanılı bireylerin homisid riskinin, normal bireylerden 6 kat daha yüksek olduğu, madde bağımlılığı ve şizofreni birlikteliğinin bu olasılığı 17 kata kadar çıkarabildiği belirtilmiştir (318). Bu veriler çalışmamızla uyumlu bulunmuştur. Suç işlemiş yaşlılarda yapılan çalışmalarda alkol ve madde ile ilişkili bozuklukların oranı %7-67 arasında değişkenlik göstermektedir (314,315,317). Adam öldürme suçu işleyen yaşlı olguların %44’ünün olay sırasında alkol ve/veya madde etkisinde olduğu saptanmıştır (316). Bu veriler çalışmamızla uyumlu bulundu.

Demirsoy’un (1996), bir Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezine başvuran yatarak tedavi görmekte olan eroin bağımlısı 50 hastayı, suç işlemiş ve suç işlememiş olmak üzere iki grupta inceleyerek yaptığı araştırma sonuçlarında suç isleyen grupta saldırganlığın ve düşmanca duyguların anlamlı ölçüde yüksek olusudur. Suç grubundaki deneklerin isledikleri suç türleri incelendiğinde bunların çoğunlukla madde temin etmeye yönelik olmaktan ziyade şiddet içeren suçlar olduğu görülmüştür (338). Bu veriler çalışmamızla uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda suç aleti karşılaştırıldığında madde kullanan grubun istatistiksel olarak anlamlı derecede bıçak kullandığı, sırasıyla tabanca kullanıldığı belirlendi.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada (268) madde kullanan ve kullanmayan şizofreni hastaları incelenmiştir. Madde kullanan grupta hastaların büyük çoğunluğu darp yoluyla (%45.6) ya da kesici alet (%29.8) ve silah (%10.5) kullanarak. Diğer yöntemler arasında; yakarak öldürmeye çalışmak, ilaçla zehirleme girişiminde bulunmak şeklinde suç işlemişlerdir. Bu veri çalışmamızla uyumlu bulundu.

Çalışmamızda suçun niteliği karşılaştırıldığında madde kullanan olguların adam öldürme ve öldürme girişiminin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu.

Çoskun-Gülkan yapmış oldukları bir çalışmada opioid bağımlılığı tanısı almış hastalar üzerinde araştırma yapmıştır bakıldığında ise; %74’ ünün daha önce suç isledikleri görülmüştür. Bunlardan %36’sının madde kullanma ve bulundurma suçu,

%28'inin saldırı, darp ve yaralama suçu, %22'sinin cinayet suçu, %16'sının siyasi suç, %14'ünün madde kaçakçılığı suçu, %12'sinin hırsızlık suçu ve %6'sının gasp suçu işlediği tespit edilmiştir (336). Anderson ve Holcomb tarafından adam öldürme suçu isleyen 110 erkeğin değerlendirildiği araştırmada islenen suçların %82'sinin alkol alındıktan sonra işlendiğini ve suç isleyenlerde şizofreni belirtilerinin yüksek olduğu bulunmuştur (337). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada Ceza infaz kurumuna girmeden önce madde kullanan bireylerin isledikleri suç türlerine bakılmış %60'ının şiddet içeren suç isledikleri görülmektedir. Ayrıca şiddet içeren suç isleyenlerin %48.1'inin ceza infaz kurumuna girmeden önce madde kullanımı olduğu tespit edildiği bildirilmiştir (339). Bu veriler çalışmamızla uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızdaki madde kullanan şizofren hastaların %88'i suç sırasında da madde etkisinde olduklarını belirtmiş olup çoğunlukla esrar ve karışık madde kullanımı bildirilmiştir

Yavuz, Y. tarafından toplam 17 ceza infaz kurumunda bulunan 67'si uyuşturucu madde ile ilgili suçlardan hüküm almış, 783 adet hükümlü üzerinde araştırma yürütülmüştür.

Madde suçları isleyen hükümlülerin % 20.9'unun bu suçları islerken alkol etkisi altında, %33.3'ünün ise madde etkisi altında olduğu belirlenmiştir. Madde etkisi altında olanlardan %18.2'sinin eroin, %4.5'inin morfin ve kodein, %72.7'sinin esrar, %4.5'inin de kokain maddesi kullandığı belirtilmiştir. Ural, yapmış olduğu bir çalışmada psikotik bir hastalığı olan bireylerde suçu işledikleri sırada psikoaktif madde kullanımını %12,9 oranında bulmuştur. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar, madde kullanımının şizofrenlerde şiddet davranışını arttırdığı şeklindeki literatür bulguları (341,342) ile uyumludur.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada Ceza infaz kurumuna girmeden önce madde kullanımı ve ceza infaz kurumuna girmesine neden olan suçu islemeden kısa süre önce madde kullanım özelliklerine göre iki gruba ayrılan 225 kişiden 83'ü ceza infaz kurumuna girmeden önce madde kullanmakla birlikte isledikleri suçtan kısa süre önce de madde kullanmıştır. Buna göre araştırma grubunun %36.9'unun maddenin etkisi altında suç isleyen madde kullanımı olan bireyler olduğu söylenebilir (339). Amerika Birleşik Devletlerinin 2002 yılına ait istatistiklerine bakıldığında hükümlülerden madde

kullanım testleri tutuklandıkları sırada pozitif çıkanların oranının ortalama %60 olduğu gör÷lm÷ştür (343). Araştırma bulguları; suç davranışının altında yatan temel nedenler ne olursa olsun bu davranışı tetiklemede madde kullanımının önemli bir belirleyici olduğu değerlendirilmiştir. Literatürdeki bu veriler çalışmamızla uyumlu bulunmuştur.

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada suç işlemiş Şizofren hastalarda madde kullanımı ve suç davranışı arasındaki olası ilişkileri araştırmak amaçlanmıştır. Araştırmanın sonuçları; madde kullanan grubun suç sırasında madde etkisinde olduğu, daha çok sayıda ve daha ciddi şiddet unsurları içeren ve de daha kriminal suçlar işledikleri, işlenen suçların daha çok tanıdık olmayan kişilere karşı olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda suç işleyen şizofren hastaların çoğunlukla paranoid alt tipte olduğu, tedaviye uyumsuz olduğu, birden fazla hezeyan ve şiddet emri veren hallüsinasyon tariflediği, intihar girişimlerinin daha fazla olduğu, dikkat çekici bulgularımızdandı.

### **Öneri :**

Madde kullanan şizofreni hastalarının, yeniden suç isleme olasılıklarının yüksek olduğunun, kendilerine ve başkalarına zarar verme riskinin varlığının atlanmaması gerekmektedir. Bu nedenle adli sürecini tamamlayıp sosyal yaşantılarına başladıktan sonra madde kullanımının nüksetmesini önlemeye çalışmak yerinde olacaktır.

Şizofreni hastalarında Madde ve suç arasında nedensel ilişkinin araştırıldığı çalışmalar suç işleyen ve işlemeyen hasta gruplarının madde kullanımı açısından karşılaştırılacağı çalışmalar planlanabilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Sadock BJ. Signs and symptoms in psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA (Editors). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume1; 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia,2000, 677-688.
2. Taşcıoğlu K: Psikotik olgularda saldırganlık ve semptom dağılımının ilişkisi; Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul 1996
3. Uygur N, Işıklı M, Ögel K ve ark. Suç işlemiş Şizofrenlerin demografik özellikleri ve suç profili. Düşünen Adam 1992;5: 5-9.
4. Monahan J. Mental Disorder and Violent Behavior. American Psychologist 1992; 47(4): 511-521.
5. Erb JL. Assesment and manangment of the violent patient: Jacobson JL, Jacobson AM (Editors). Psychiatric Secrets Second ed. Philadelphia: Hanley& Belfus Inc., 2001, 440-447.
6. Menninger WW. Role of the psychiatric hospital in the treatment of mental illness: Sadock BJ, Sadock VA (Editors). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume II, 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 3210-3218
7. Garza ES, Trevino MD. Neurobiological Factors in Aggressive Behaviour, Hospital And Community Psychiatry 1994; 45(7): 690-696.
8. Krakowski M, Volavka J. Violence and Psychopatology: A Longitudinal Study. Comprehensive Psychiatry 1988; 29(2): 174-181.
9. Türkcan S, İncesu C, Canbek O ve ark. 1831 adli olgunun tanrı dağılımı ve tanrı suç bağlantısının değerlendirilmesi. Düşünen Adam 2000;13(3):132-137
10. Drake RE, Wallach MA. Substance abuse among the chronic mentally ill. Hospital and Community Psychiatry 1989;40: 1041-1046
11. Krakowski M, Volavka J, Brizer D (1986) Psycho patholoji and violence: A review of literature. Compr Psychiatry 27: 131- 48.
12. Torrey EF (1994) Violent behaviour by individuals with serious mental illness, Hospital Community Pscyhiatry 45:653-61.

13. Junginger J (1996) Psychosis and violence: The case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophr Bull* 22:91-103.
14. Tardiff K (2000) Adult antisocial behavior and criminality. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Cilt 2, 7. Baskı, BJ Sadock, VA Sadock (Ed), Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins s. 1908-16.
15. Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J (2000) Violence and delusions: Data from the Mac Arthur violence risk assesment study. *Am J Psychiatry* 157:566-72
16. Schanda H, Stompe T, Ortwein-Swoboda G (2010) Increasing criminality in patients with schizophrenia: Fiction, logical consequence or avoidable side effect of the mental health reforms? *Neuropsychiatr* 24:170-81
17. Gu Y, Hu Z (2009) More attention should be paid to schizophrenic patients with risk of violent offences. *Psychiatry Clin Neurosci* 63:592-3
18. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2009; 6:100-120
19. Ran MS, Chen PY, Liao ZG et al. Criminal behavior among persons with schizophrenia in rural China. *Schizophr Res.* 2010;122(1-3):213-8.
20. Torrey F. Violent behavior by individuals with serious mental illness. *Hospital and Community Psychiatry* 1994;45:653-654.
21. Uluğ B. Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar. Güleç C, Köroğlu E(Eds) *Psikiyatri Temel Kitabı*. 1.Baskı, Ankara: MedioGraphics Ajans Matbaacılık Hizmetleri, 1997: 299-320.
22. Hansen SS, Munk-Jorgensen P, Guldbaek B, Solgad T, Laussuz KS, Albrechtsen N. Psychoactive substance use diagnoses among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102:432-438 .
23. Abou-Saleh MT, Janca A. The epidemiology of substance misuse and comorbid psychiatric disorders. *Acta Neuropsychiatrica* .2004; 16: 3-8 .
24. Dilbaz N, Darçın AE. Şizofreni ve Madde Kullanım Bozukluğu Eş Tanılı Hastalarda Tedavi Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2011;21:80-90
25. Maughan B. Childhood precursors of aggressive offending in personality-disordered adults. In S Hoghins (Ed), *Mental disorder and crime*. Newbury Park, CA: Sage, 1993: 119-139.

26. Pihl RO, Peterson JB. Alcohol/drug use and aggressive behavior. In S Hodgins (Ed), *Mental disorder and crime*. Newbury Park, CA: Sage, 1993: 263-283.
27. Cuffel BJ, Shumway M, Chouljian TL, et al. A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1994; 182:704-708.
28. Bartels SJ, Drake RA, Wallach MA, et al. Characteristic hostility in schizophrenic outpatients. *Schizophrenia Bulletin*. 1991; 17:163-171.
29. Lehman AF, Myers CP, Thompson JW, et al. Implications of mental and substance use disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1993; 181: 365-370.
30. Swanson J, Holzer C, Ganju V, Jono R. Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*. 1990; 41: 761-770.
31. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*. 1998; 55: 393-401
32. Rice ME, Harris T. Psychopathy, schizophrenia, alcohol abuse and violent recidivism. *International Journal of Law and Psychiatry*. 1995; 18: 333-342.
33. Scott H, Johnson S, Menezes P. Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill. *British Journal of Psychiatry* 1998; 172:345-350
34. Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin*. 1996b; 22(1):83-89.
35. Swanson J, Holzer C, Ganju V, Jono R. Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*. 1990; 41: 761-770.
36. Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and assaultive behaviour: The role of alcohol and drug abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1989; 82:191-195.
37. Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M. *Mental Disorder and Crime: Evidence from a Danish cohort*. *Archives of General Psychiatry*. 1996; 53(6): 489-496.

38. Dervaux A, Baylé FJ. Is substance abuse in schizophrenia related to impulsivity, sensation seeking, or anhedonia? *Am J Psychiatry* 2001; 158: 492-494.
39. Mueser KT, Yarnold PR, Rosenberg SD. Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophrenia Bull.* 2000; 26: 179-192.
40. Alpay N, Karamustafalıoğlu N, Kükürt R (1995) Madde bağımlılarında suç. *Düşünen Adam.* 8: 16-17.
41. Çakmak D, Karalı A, Akvardar Y, Aral J, Aytaçlar S, Türkcan A (1996) Son beş yıl içinde AMATEM'e yatan madde bağımlılarının özellikleri (yayınlanmamış rapor).
42. Maughan B. Childhood precursors of aggressive offending in personality-disordered adults. In S Hoghins (Ed), *Mental disorder and crime*. Newbury Park, CA: Sage, 1993: 119-139 .
43. Pihl RO, Peterson JB. Alcohol/drug use and aggressive behavior. In S Hodgins (Ed), *Mental disorder and crime*. Newbury Park, CA: Sage, 1993: 263-283.
44. Buchanan RW, Carpenter WT. Sizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Volum II, (8th ed) (cev. ed. H Aydın, A Bozkurt)*. Gunes Kitabevi, Ankara, 2007;1329-1512.
45. Conley RR, DL. K: *Pharmacologic treatment of schizophrenia (3th ed)*. New York, Professional Communications Inc, 2007; 13-14.
46. Koroğlu E, Gulec C. *Psikiyatri Temel Kitabı (2. baskı)*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2007; 184-204 .
47. Bilder RM, Wu H, Bogerts B, Degreef G, Ashtari M, Alvir JM, Snyder PJ, Lieberman JA. Absence of regional hemispheric volume asymmetries in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1994; 151(10):1437-1447.
48. Buchsbaum MS, Someya T, Teng CY, Abel L, Chin S, Najafi A, Haier RJ, Wu J, Bunney WE, Jr. PET and MRI of the thalamus in never-medicated patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1996; 153(2):191-199.
49. Stanley JA et all. Membrane phospholipid metabolism abnormalities in left prefrontal cortex in drug-naive chronic schizophrenics via 31 P NMR spectroscopy. In: 10th annualmeeting of society of magnetic resonance in medicine. SanFrancisco, CA. 1991.

50. Pettegrew JW, Keshavan MS, Panchalingam K, Strychor S, Kaplan DB, Tretta MG, Allen M. Alterations in brain high-energy phosphate and membrane phospholipid metabolism in first-episode, drug-naïve schizophrenics. A pilot study of the dorsal prefrontal cortex by in vivo phosphorus 31 nuclear magnetic resonance spectroscopy. Arch Gen Psychiatry. 1991; 48(6):563-568.
51. Kırpınar İ. Sizofrenide Prodromal Belirtiler. Sizofreni Dizisi. 1998; 2:41-45.
52. Hafner H. Gender differences in schizophrenia. Psychoneuroendocrinology. 2003; 28:17-54.
53. Dereboy İF. Sizofreniye İlişkin Psikanalitik Yaklaşımlar. Sizofreni Dizisi. 200; 1: 11-19.
54. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği., Washington DC.; Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2007; 2000.
55. Katschnig H. Schizophrenia and quality of life. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2000;(407):33-37.
56. Uçok A. Sizofreninin Erken Döneminde Klinik Özellikler ve Tedavi İlkeleri. Klinik Psikiyatri. 2008;11(Ek 1):3-8
57. İpekçi S, Birsoz S. Sizofrenide Farmakolojik Tedavi. Psikiyatri Dünyası. 1999; 3: 91-95.
58. Yağcıoğlu AEA. Sizofreni Tedavisi ve Antipsikotik İlaçlar. Türkiye Klinikleri. 2005;1 (12):49-57.
59. Kane JM. The current status of neuroleptic therapy. J Clin Psychiatry. 1989; 50(9):322-328.
60. Cetin M. Sizofreni Tedavisinde Gelişen Nokta: Tipik Ve Yeni Antipsikotikler Ne Kadar Başarılılar? . Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi. 2010; 3 (2): 45-53
61. Tomruk NB, Oral T. Elektrokonvulsif tedavinin klinik kullanımı: Bir gözden geçirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007; 8:302-309.
62. National Institute of Mental Health. NIMH Consensus Statement on Electroconvulsive Therapy. 1985; 5:1-23.

63. Uçok A, Cakır S. Electroconvulsive therapy in first-episode schizophrenia. J ECT. 2006; 22(1):38-42.
64. Weiner RD. The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training, and privileging: A Task Force Report of the American Psychiatric Association: Amer Psychiatric Pub Inc; 2001.
65. Doğan O. Sizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002; 3:240-248.
66. Heinssen RK, Liberman RP, Kopelowicz A. Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. Schizophr Bull. 2000; 26(1):21-46.
67. Bustillo J KS, Lauriello J. Schizophrenia: psychosocial treatment. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2000; 1210- 1217.
68. Yıldız M. Sizofrenide Psikososyal Tedaviler. Türkiye Klinikleri. 2005; 1(12).
69. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. Am J Psychiatry. 2005; 162(3):441-449.
70. Birsoz S, Isık E, Yargıcı İ, Savas H, Isıklı H. Sizofrenide remisyon: Hayal mi, hedef mi? Klinik Psikofarmakoloji Bulteni. 2006; 16(2):128-132.
71. Herrman HE, Baldwin JA, Christie D. A record-linkage study of mortality and general hospital discharge in patients diagnosed as schizophrenic. Psychol Med. 1983;13(3):581-593.
72. Fenton WS, McGlashan TH. Natural history of schizophrenia subtypes. I. Longitudinal study of paranoid, hebephrenic, and undifferentiated schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 1991; 48(11):969-977.
73. Sadock BJ. Signs and symptoms in psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA (Editors). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume1; 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia,2000, 677-688.
74. Şüküroğlu S: Suç İşleyen ve İşlemeyen Bipolar I Bozukluğu Olan Hastalarda Dürtüsellik ve Suç İşlemeye Etkisi, Uzmanlık tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul 2010.
75. Ünsal A. Genişletilmiş bir şiddet tipolojisi. şiddet (içinde), Cogito sayı 6-7, 1996, 29-36.

76. Taşçıoğlu K: Psikotik olgularda saldırganlık ve semptom dağılımının ilişkisi; Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul 1996.
77. Uygur N, Işıklı M, Ögel K ve ark. Suç işlemiş şizofrenlerin demografik özellikleri ve suç profili. *Düşünen Adam* 1992;5: 5-9.
78. Monahan J. Mental Disorder and Violent Behavior. *American Psychologist* 1992; 47(4): 511-521.
79. Türkcan S, Yeşilbursa D, Saatçıoğlu Ö, ve ark. Adli psikiyatri ve kurum dışı izleme. *Düşünen Adam* 1997;10(2):39-43.
80. İlter M: Anneye-babaya yönelik homisidal davranışları olan adli olgularda suç işlemeyi etkileyen etmenler, Uzmanlık tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul 2010
81. Erb JL. Assesment and manangment of the violent patient: Jacobson JL, Jacobson AM (Editors). *Psychiatric Secrets Second ed.* Philadelphia: Hanley& Belfus Inc., 2001, 440-447.
82. Menninger WW. Role of the psychiatric hospital in the treatment of mental illness: Sadock BJ, Sadock VA (Editors). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume II, 7th ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 3210-3218.
83. Uslu N: Adli Psikiyatri Birimine Yatırılan Ya\_lılarda Suç işlemeyi Etkileyen Etmenler, Uzmanlık tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, istanbul 2010
84. Fazel S, Grann M. Psychiatric Morbidity Among Homicide Offenders: A Swedish Population Study. *Am J Psychiatry* 2004;161: 2129-2131.
85. Coid J, Yang M, Roberts A et al. Violence and Psychiatric Morbidity in a National Household Population-A Report from the British Household Survey. *Am J Epidemiol* 2006;15164(12): 1199-1208.
86. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorder and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57: 494-500.
87. Bowden P. What happens to patients released from the special hospitals? *British Journal of Psychiatry* 1981;138: 340-345

88. Öncü F, Soysal H, Uygur N ve ark. Zorunlu Klinik Tedavi Sonrası Yineleyici Suç İşleyen Adli Psikiyatri Olgularının Tanı ve Suç Niteliği Açısından Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam* 2002;15(3): 132-148.
89. Marzuk PM. Violence, crime and mental illness-How strong a link? *Arch Gen Psychiatry* 1996 Jun(53): 481-486.
90. Öncü F, Sercan M, Ger C ve ark. Sosyoekonomik Etmenlerin ve Sosyodemografik Özelliklerin Psikotik Olguların Suç işlemede Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18(1):4-12.
91. Drake RE, Wallach MA. Substance abuse among the chronic mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry* 1989;40: 1041-1046.
92. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Forth Edition, 1994 Washington.
93. Garza ES, Trevino MD. Neurobiological Factors in Aggressive Behaviour, *Hospital And Community Psychiatry* 1994; 45(7): 690-696.
94. Krakowski M, Volavka J. Violence and Psychopathology: A Longitudinal Study. *Comprehensive Psychiatry* 1988; 29(2): 174-181.
95. Fazel S, Buxrud P, Ruchkin V, Grann M. Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: a national case-control study. *Schizophr Res.* 2010 Nov;123(2-3):263-9.
96. Öztürk Altun Z: Şizofrenlerde İçgörü ve Agresyon İlişkisi Uzmanlık tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul 2010.
97. Davis S. Violence by psychiatric inpatients: A review. *Hospital and Community Psychiatry* 1991; 42(6): 585-590.
98. Binder RL, McNeil DE. The relationship of gender to violent behaviour in acutely disturbed psychiatric patient. *J clin Psychiatry* 1990;51: 110-114.
99. Noble P. Violence by Psychiatric Inpatients. *BJ of Psychiatry* 1989;155: 384-390.
100. Sootil K, Kapituksa P, Macmillan F. Compulsory hospital admission: dangerous decisions. *Med Sci Law* 1990; 30(1): 17-25.
101. Yager J, Gitlin MJ. Clinical manifestations of psychiatric disorders. *Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 2005, 3894.

102. Cancro R, Lehmann HE. Schizophrenia: Clinical features. Sadock BJ, Sadock VA (Editors). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume II; 7th Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 1169-1199.
103. Junginger J. Psychosis and violence: The case for a contentanalysis of psychotic experience. Schizophrenia Bulletin 1996;22: 91-103.
104. Asnis GM, Kaplan ML, Praag HM et al. Homicidal behaviors among psychiatric outpatients. Hospital Community Psycyhiatry 1994; 45(2): 127-132.
105. Tardiff K. Adult antisocial behavior and criminality. Sadock BJ, Sadock VA (Editors). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume II; 7th Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000,1908-1916.
106. Dolek B, Herken H. Sizofreni ve Bipolar Bozukluğun Genetiği; Ortusen ve Ayrılan Noktalar. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni. 2008; 18((Suppl. 1)):7-20 .
107. Gottesman II, Shields J. A polygenic theory of schizophrenia. Proc Natl Acad Sci USA. 1967; 58(1):199-205.
108. Bjorkly S. Empirical evidence of a relationship between insight and risk of violence in the mentally ill: A review of literature. Agression Violent Behavior 2006;11: 414-423.
109. Carroll A, Pantelis C, Harvey C. Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia. Aust N Z J Psychiatry 2004;38(3):169-73.
110. Lincoln TM, Hodgins S Is lack of insight associated with physically aggressive behavior among people with schizophrenia living in the community?J Nerv Ment Dış. 2008 Jan;196(1):62-6.
111. Large MM, Nielssen O. Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. Schizophr Res 2011;125(2-3):209-20.
112. Isık E, Taner E, Isık U. Guncel Klinik Psikiyatri. 2. baskı Ankara. 2008; 81-115
113. Kayatekin ZE, Maner F, Abay E ve ark. Ruh hastalarında homisidal saldırganlık. Düşünen Adam1991; 4(1):22-27.
114. Şeker N, Sercan M, Türkcan S ve ark. Psikotik bozukluklarda yineleyici suç davranışının risk etmenleri. Bahar Sempozyumları Kitapçığı, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara 1997.

115. Pedersen CB, Mortensen PB. Evidence of dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. Arch Gen Psychiatry 2001;58: 1039-1046.
116. Öncü F, Sercan M. Ceza hukukunda adli psikiyatri. Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu içinde. Sercan M(Ed). Türkiye Psikiyatri Derne\_i Yayınları, Ankara 2007, 33-39.
117. Öncü F: Psikiyatrik bozuklu\_u olan suçluların zorunlu klinik tedavi sonrası hastalık ve suçluluk seyirleri, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul 2002.
118. Çeliker AR. Ceza Hukuku Yönünden Adli Psikiyatri. Adli Psikiyatri Günleri Kitapçı\_1, 1997,1-11.
119. Kuru L : Bir süreç olarak opioid bağımlılığı. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul 1997
120. Güleç C. Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. 15: 299-321. Ankara, 1997
121. Kaplan ve Sadock"s comprehensive textbook of psychiatry . Eight Edition, 1998;375-456
122. Öztürk MO: Alkolizm. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği, 6. Baskı, Ankara 1995; 391-411
123. Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR, (2001); Substance use disorder in patients with PTSD, A review of the literature; Am J Psych; 158: 1184-1190.
124. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları, Duran Çakmak, Cüneyt Evren, İstanbul 2006
125. Özden SY. (2004). Uyuşturucu Madde Bağımlılığı, II. Baskı, İstanbul
126. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Çeviri Editörü Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1998; 215-363
127. Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-4 TR) (2000). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Çeviri Editörü Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara,2001

128. Jaffe H. (2000): Changing epidemiology of HIV. Int J. Clin Pract Suppl. Dec;(115):72-7.
129. Yuksel N, Dereboy C, (1994) Universite öğrencileri arasında madde kullanımı. Turk Psikiyatri Dergisi 5: (4).
130. Ogel K, Tamar D, Aral J, Gulan C, Ucar E. U Zanis, DA, McLellan AT, Corse S.(1994): Is the Addiction Severity Index a Reliable and valid Assesment Instrument Among Clients with Severe and Persistent Mental Illness and Subsutance Abuse Disorders. Community Mental Health Journal, 33 (3) :213-227  
yuşturucu maddeler ve bağımlılık eğitim paketi genclik anketi sonuçları. Özel okullar derneği, AMATEM, İstanbul, 1997
131. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the US: Results of the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1994; 51:8-19
132. Mueser KT, Yarnold PR, Levinson DF, Singh H, Bellack AS, Kee K, Morrison RL,Yadalam KG. Prevalence of substance abuse inschizophrenia: demographic and clinicalcorrelates. Schizophr.Bull. 1990; 16: 31-56
133. Dixon L, Haas GH, Weiden PJ, Sweeney J, Frances AJ. Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. Am. J. Psychiatry. 1991; 148: 224-230.
134. Myung A. Lee, Herbert Y. Meltzer, Substance Abuse and Mental Health, substance abuse in schizophrenia,77-101
135. Ziedonis DM, Fisher W. Assessment and treatment of comorbid substance abuse in individuals with schizophrenia. Psychiatric Annals. 1994; 24:477-483
136. Strakowski SM, Tohen M, Stoll AL, Faedda GL, Mayer PV, Kolbrener ML, Goodwin DC. Comorbidity in psychosis at first hospitalization. Am. J. Psychiatry. 1993; 150: 752-757
137. Regier DA, Farmer ME, Rae DS Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area Study. JAMA, 1990; 264:2511-2518
138. Freed EX. Alcoholism and schizophrenia:the search for perspectives. Journal of Studies onAlcohol. 1975; 36: 853-881
139. Duke PJ, Pantelis C, Mc Phillips MA. Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia. Br. J. Psychiatry. 2001; 179:509-513.

140. Cantor-Graae E, Nordstrom LG, McNeil TF. Substance abuse in schizophrenia:a review of literature and a study of correlates in Sweden.Schizophrenia Research. 2001
141. Cuffel BJ. Prevalence estimates of substance abuse in schizophrenia and their correlates. J Nerv Ment Dis. 1992; 180:589-592.
142. Mueser KT, Bellack AS, Blanchard JJ (1992) Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: implications for treatment. J Consult Clin Psychol, 60:845-856.
143. Barry KL,Flaming MF,Greenly JR Characteristics of Persons with severe mental illness and substance abuse in rural areas.Psychiatr Serv 1996,47:88-90
144. Cuffel BJ, Heithoff KA, Lawson W. Correlates of patterns of substance abuse among patients with schizophrenia. Hosp Community psychiatry 1993,44:247-251
145. Tsuang MT, Turner WM. Substance abuse and the course of schizophrenia. Biol Psychiatry. 1996; 39:551-552
146. Mueser KT, Drake RE. Wallach MA. Dual diagnosis: a review of etiological theories.Addict Behav. 1998; 23: 717-734.
147. Cantwell R, Brewin J, Glazebrook C, Dalkin T, Fox R, Medley I, Harrison G. Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. Br. J. Psychiatry. 1999; 174: 150-153
148. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, Holzer CE, Leaf PJ, et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. Archives of General Psychiatry. 1984; 41: 959-967
149. Mueser KT, Yarnold PR, Bellack AS. Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1992;85: 48-55.
150. Wallisch LS, Allness DJ, Ripp K. Substance use in young adults with schizophrenic disorders. Schizophr. Bull. 1989; 15: 465-476
151. Schneier FR.& Siris SG. A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia: Patterns of drug choice. Journal of Nervous and Mental Disease. 1987; 175,641-652. 114
152. Test MA, Burke SS, Wallisch LS. Gender differences of young adults with schizophrenic disorders in community care. Schizophr. Bull. 1990; 16: 331-344

153. Goldstein JM. Gender differences in the course of schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*. 1988;145: 684-689.-
154. De Quardo JR, Carpenter CF, Tandon R, 1994. Patterns of substance abuse in schizophrenia: nature and significance. *J. Psychiat. Res.* 1994; 28 (3): 267-275
155. Cantwell R, Brewin J, Glazebrook C, Dalkin T, Fox R, Medley I, Harrison G. Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *Br. J. Psychiatry*. 1999; 174: 150-153
156. Mueser KT, Yarnold PR, Rosenberg SD. Substance use disorder in hospitalized mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophrenia Bull* 2000; 26: 179-192
157. Goff DC, Henderson DC, Amico E. Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects. *Am J. Psychiatry*. 1992;149:1189-1194
158. Patkar AA, Alexander RC, Lundy A, et al. Changing patterns of illicit substance use among schizophrenic patients. *Am J Addict.* 1999;8(1):65-71
159. Blanchard JJ. Brown SA, Horan WP. Substance use disorders in schizophrenia: review, integration and a proposed model. *Clin Psychol Rev*, 20:207-213
160. Margolese HC, Malchy L, Negrete JC, Tempier R, Gill K. Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophrenia Research*. 2004; 67:157-166
161. Hughes JR. Clinical implications of the association between smoking and alcoholism. In: Fertig, J.B. Allen, J.P. (Eds.). *Alcohol and Tobacco: from Basic Science to Clinical Practice*. NIAAA Research Monograph No.30. National Institutes of Health, Bethesda, MD, 1995
162. True W, Xian H, Scherrer JF, Madden PA, Bucholz KK, Heath AC, Eisen SA, Lyons MJ, Goldberg J, Tsuang M. Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1999; 56: 655-661
163. Şizofreni ve Alkol Madde Kullanım Bozuklukları Ek Tanısı: Bir Gözden Geçirme Evren C, Evren B. *Türk Psikiyatri dergisi* 2003;14(3):213-224
164. Bağımlılık Ve Komorbidite, Duran Çakmak, Ömer Saatçioğlu, 2005, İstanbul sayfa 11-24

165. MD; Nina Ebner, MD; Gabriele Sachs, MD; Kenneth Thau, MD; Gabriele Fischer, MD Substance abuse in patients with schizophrenia Bernadette Winklaur, Dialogues in Clinical Neuroscience - Vol 8 . No. 1 . 2006
166. Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik 1. cilt IV. Baskı,2009,1371-1383, ince kara yayın
167. Rabinowitz J, Bromet EJ, Lavelle J. Prevalance and severity of substance use disorders and onset of psychosis in first admission psychotic patients. Psychol Med,28:1411-1419,1998
168. Robert E, Drake, Fred C, Osher, Douglas Diagnosis of Alcohol Use. Disorders in Schizophrenia, Schizophrenia Bulletin vol 16, no 1, 1990
169. Cuffel BJ, Chase P. Remission and relapse of substance use disorder in schizophrenia : Results from a one year prospective study. J Nerv Ment Dış, 182:342-348,1994
170. Üneri ve ark gizofreni ve sigara içimi: biyolojik bağlantı nerede? Türk psikiyatri dergisi 2006; 17 (1):55-64
171. Wobrock ve ark comorbid substance abuse and neurocognitive function in recet onset schizophrenia, eur arch psychiatry clin neurosci 2007;257: 203-210)
172. Addington J, Duchack V. Reasons for substance use in schizophrenia. Acta psychiatr Scand, 96:329-333,1997
173. Şizofreni ve eşanlı durumlar tanı ve tedavi, Hwang MY, Bermanzohn PC.yelkovan yayıncılık 2002;187-223
174. Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime: A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. British Journal of Psychiatry. 1990, 157: 345-350.
175. Baskak B BC, Saka MC. Sizofreni Etiyolojisinde Psiko-Sosyal Etmenlerin Rolu: Antipsikiyatriden Gen Cevre Etkilesimine. Noropsikiyatri Arsivi. 2009; 46 Özel Sayı:1-9.
176. Cuffel BJ, Shumway M, Chouljian TL, et al. A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. Journal of Nervous and Mental Disease. 1994; 182: 704-708.

177. Maughan B. Childhood precursors of aggressive offending in personality-disordered adults. In S Hoghins (Ed), Mental disorder and crime. Newbury Park, CA: Sage, 1993: 119- 139. 208-Pihl RO, Peterson JB. Alcohol/drug use and aggressive behavior. In S Hodgins (Ed), Mental disorder and crime. Newbury Park, CA: Sage, 1993: 263-283.
178. Bartels SJ, Drake RA, Wallach MA, et al. Characteristic hostility in schizophrenic outpatients. *Schizophrenia Bulletin*. 1991,.17:163-171.
179. Lehman AF, Myers CP, Thompson JW, et al. Implications of mental and substance use disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1993; 181: 365-370.
180. Pedersen CB, Mortensen PB. Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(11):1039-1046.
181. Rasanen P, Tiihonen J, Isohanni. Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior:a 26-year followup study of an unselected birth cohort. *Schizoph Bull*. 1998; 24(3):437-441.
182. Teague GB, Drake RE. Mental health services research through a public-academic liaison. *Proceedings of the First National Conference on State Mental Health Service Systems Research*. Washington, DC: National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute, 1990: 12-14.
183. Scott H, Joihnson S, Menezes P. Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill. *British Journal of Psychiatry* 1998; 172:345-350.
184. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA. Violence and mental illness:the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *American Journal of Psychiatry*. 1998; 155:226-231.
185. Allin M, Murray R. Schizophrenia: a neurodevelopmental or neurodegenerative disorder? *Curr Opin Psychiatr*. 2002; 15(1):9-15.
186. Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *Br J Psychiatry*. 2000; 176: 345-350.
187. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilites and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*. 1998; 55: 393-401.

188. Arıcıoğlu F. Sizofreni Norobiyolojisiinde Gelismeler. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2010; 3(2)::1-11.
189. Gut-Fayand A, Dervaux A, Olie J, Loo H, Poirier M, Krebs M. Substance abuse and suicidality in schizophrenia: a common risk factor linked to impulsivity. *Psychiatric Research*. 2001; 102:65-72.
190. Rabinowitz J, Bromet EJ, Lavelle J, Carlson G, Kovasznay B, Schwartz JE. Prevalence and severity of substance use disorders and onset of psychosis in first-admission psychotic patients. *Psychol Med*. 1998; 28: 1411-1419.
191. Davis KL, Kahn RS, Ko G, Davidson M. Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization. *Am J Psychiatry*. 1991; 148(11):1474-1486.
192. Hodgins S, Toupin J, Coté G. Schizophrenia and antisocial personality disorder: A criminal combination. In: Schlesinger, L.B., ed. *Explorations in Criminal Psychopathology: Clinical Syndromes With Forensic Implications*. Springfield, IL: Charles C. Thomas. 1997: 217-237.
193. Smith J, Hucker S. Schizophrenia and substance abuse. *Psychiatry*. 1994; 165: 13-21.
194. Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A metaanalysis. *Br J Psychiatry*. 1997;171:502-508.
195. Mortensen PB, Juel K. Mortality and causes of death in first-admitted schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*. 1993;163:183-189.
196. Hawton K, Fagg J, Platt S, Hawkins M. Factors associated with suicide after parasuicide in young people. *British Medical Journal* 1993;306:1641-1644.
197. Gould M, King R, Greenwald S et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*. 1998;37:915-923.
198. Whittters AC, Cadoret RJ, Widmer RB. Factors associated with suicide attempts in alcohol abusers. *Journal of Affective Disorders*. 1985; 9: 19-23.
199. Potkin SG, Alphs L, Hsu C. Predicting suicidal risk in schizophrenic and schizoaffective patients in a prospective two-year trial. *Soc of Biol Psychiatry*. 2003; 54:444-452.

200. Scibyl JP, Satel SL, Anthony D, Southwick SM, Krystal JH, Charney DS. Effects of cocaine on hospital course in schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1993; 181: 31-37.
201. Verdoux H, Liraud F, Gonzales B. Suicidality and substance misuse in first-admitted subjects with psychotic disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 1999; 100: 389-395.
202. Roy A. Suicide in schizophrenia. In: Roy A, ed. *Suicide*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1986:97-112.
203. Philippe A, Casadebaig J. Mortality among schizophrenic patients. Communication at the ninty European Symposium of the Association of European Psychiatrists Section Committea on Psychiatric Epidemiology and Social Psychiatry, Beaune, France, April 1988 .
204. Rosau CD, Mortensen PB. Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study. *Br J Psychiatry* 1997;171:355-359.
205. Heila H, Isometsa ET. Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex- spesific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia □ comments □. *Am J. Psychiatry* 1997; 154: 1235-1242.
206. Mueser KT, Drake RE, Ackerson TH, Alterman AI, Miles KM. Antisocial personality disorder, conduct disorder, and substance abuse in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology.* 1997; 106: 473-477.
207. Ebert MH, Loosen PT, B. N. *Psikiyatri Tanı ve Tedavi Kitabı*. Ankara. 2003; 260-277.
208. Caton CLM, Shrout PE, Dominguez B, Eagle PF. Risk factors for homelessness among women with schizophrenia. *Am. J. Public Health.* 1995; 85: 1153-1156.
209. Caton CL, Shrout PE, Eagle PF. Risk factors for homelessness among schizophrenic men: a case-control study. *Am. J. Public Health.* 1994; 84: 265-270.
210. Clark RE. Family support for persons with dual disorders. In: Drake, R.E., and Mueser, K.T., eds. *Dual Diagnosis of Major Mental Illness and Substance Abuse Disorder II: Recent Research and Clinical Implications. New Directions in Mental Health Services. Vol. 70*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1996: 65-78.

211. Fowler RC, Rich CL, Young D. San Diego suicide study II. Substance abuse in young cases. *Archives of General Psychiatry*. 1986; 43: 962-965.
212. Mueser KT, Yarnold PR, Bellack AS. Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1992;85: 48-55.
213. Krausz M, Mass R, Haasen C, Gross J. Psychopathology in patients with schizophrenia and substance abuse: a comparative clinical study. *Psychopathology*. 1996; 29: 95-103.
214. Brady K, Anton R, Ballenger JC, Lydiard RB, Adinoff B and Selander J. Cocaine abuse among schizophrenic patients. *Am. J. Psychiatry*. 1990; 147: 1164-1167
215. Verma SK, Subramaniam M, Chong S, Kua EH. Substance abuse in schizophrenia: A Singapore perspective. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37: 326-328
216. Hambrecht M, Hafner H. Cannabis, vulnerability, and the onset of schizophrenia: an epidemiological perspective. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 2000; 34: 468-475.
217. Test MA, Burke SS, Wallisch LS. Gender differences of young adults with schizophrenic disorders in community care. *Schizophr. Bull*. 1990; 16: 331-344.
218. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*. 1990; 264:2511-2518
219. Fowler RC, Rich CL, Young D. San Diego suicide study II. Substance abuse in young cases. *Archives of General Psychiatry*. 1986; 43: 962-965.
220. Mueser KT, Yarnold PR, Rosenberg SD. Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophrenia Bull*. 2000; 26: 179-192.
221. Clark RE. Family support for persons with dual disorders. In: Drake, R.E., and Mueser, K.T., eds. *Dual Diagnosis of Major Mental Illness and Substance Abuse Disorder II: Recent Research and Clinical Implications. New Directions in Mental Health Services*. Vol. 70. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1996: 65-78.
222. Ellinwood EH, Lee TH (1996) Psychopathology and treatment of amphetamine abuse in drugs of abuse. *Baillieres Clinical Psychiatry*, 2(3):487-500.

223. Juergens SM (1993) Benzodiazepines and Addiction. Recent Advances in Addictive Disorders. Psychiatr Clin North Am, 16(1):75-86
224. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1994) Synopsis of Psychiatry. 8. Baský, Maryland, Williams & Wilkins.
225. Okudaira K, Yabana T, Takahashi H ve ark. (1996) Inhalant abusers and psychiatric symptoms. Seishin Shinkeigaku- Zasshi, 98(4):203-212.
226. Thornicroft G (1990) Cannabis and psychosis. Is there epidemiological evidence for an association? Br J Psychiatry, 157: 25-33.
227. Andreasson S, Engstrom A, Allebeck P ve ark. (1987) Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. Lancet, 2:1483-1486.
228. Chaudry HR, Moss HB, Bashir A ve ark. (1991) Cannabis psychosis following bhang ingestion. Br J Addict, 86(9):1075-1081.
229. Knudsen P, Vilmar T (1984) Cannabis and neuroleptic agents in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand, 69(2):162- 174
230. Zaretsky A, Rector NA, Seeman MV ve ark. (1993) Current cannabis use and tardive dyskinesia. Schizophr Res, 11(1):3-8.
231. Rounsaville BJ, Anton SF, Carroll K ve ark. (1991) Psychiatric diagnoses of treatment seeking cocaine abusers. Arch Gen Psychiatry, 48:43.
232. Johnson RM, Seibyl J, Erdos J (1992) Mazindol augmentation of neuroleptics in cocaine abusers. New Research Program and Abstracts: American Psychiatric Association 145th Annual Meeting, Washington DC, s.92
233. Ziedonis D, Richardson T, Lee E (1992) Adjunctive desipramine in the treatment of cocaine abusing schizophrenics. Psychopharmacol Bull, 28:309-314.
234. Feinberg DT, Hartman N (1991) Methadone and schizophrenia. Am J Psychiatry, 148:1750-1751.
235. Reiger AR, Farmer ME, Rae DS ve ark. (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse, 264: 2511-2518
236. Brady KT, Killeen T, Jarrell P (1993) Depression in alcoholic schizophrenic patients. Am J Psychiatry, 150:1255-1256.

237. Haywood TW, Krawitz HM, Grossman LS ve ark. (1995) Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective and affective disorders. *Am J Psychiatry*, 152:852-861
238. Van Ammers EC, Sellman JD, Mulder RT (1997) Temperament and substance abuse in schizophrenia: Is there a relationship. *J Nerv Ment Dis*, 185(5):283-288.
239. Kostakoğlu (Anıl) AE, Batur S, Tiryaki A ve ark. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türkiye Psikoloji Dergisi* 1999;14: 23-32.
240. David AS. Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry* 1990;156:798-808.
241. Arslan S, Günay Kılıç B, Karakılıç H ve ark. içgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği: Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri* 2001;3:17-24.
242. Taylor, P.J. Motives for offending among violent and psychotic men. *British Journal of Psychiatry*, 1985; 147:491-498.
243. Duke PJ, Pantelis C, Mc Phillips MA. Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*. 2001; 179: 509-513.
244. Ziedonis DM, Fisher W. Assessment and treatment of comorbid substance abuse in individuals with schizophrenia. *Psychiatric Annals*. 1994; 24:477-483.
245. Mueser KT, Yarnold PR, Levinson DF, Singh H, Bellack AS, Kee K, Morrison RL, Yadam KG. Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophr. Bull.* 1990; 16: 31-56.
246. De Quardo JR, Carpenter CF, Tandon R, 1994. Patterns of substance abuse in schizophrenia: nature and significance. *J. Psychiat. Res.* 1994; 28 (3): 267-275.
247. Cantwell R, Brewin J, Glazebrook C, Dalkin T, Fox R, Medley I, Harrison G. Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *Br. J. Psychiatry*. 1999; 174: 150-153.
248. Mueser KT, Yarnold PR, Rosenberg SD. Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophrenia Bull.* 2000; 26: 179-192.

249. Goff DC, Henderson DC, Amico E. Cigarette smoking in schizophrenia:relationship to psychopathology and medication side effects. *Am J.Psychiatr.* 1992;149:1189-1194.
250. Verma SK, Subramaniam M, Chong S, Kua EH. Substance abuse in schizophrenia: A Singapore perspective. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002; 37: 326-328.
251. Cantor-Graae E, Nordstrom LG, McNeil TF. Substance abuse in schizophrenia:a review of literature and a study of correlates in Sweden.*Schizophrenia Research.* 2001; 48:69-82.
252. Menezes PR, Ratto LRC. Prevalence of substance misuse among individuals with severe mental illness in Sao Paulo. *Soc.Psychiatry Epidemiol.* 2004; 39:212-217
253. Salyers MP, Mueser KT. Social functioning, psychopathology, and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2001; 48, 109- 123.
254. Işık E. Güncel Şizofreni.1.Baskı. Ankara, 2006,195-212
255. Kaplan & Sadock . Klinik Psikiyatri. Synopsis of Psychiatry .Ninth edition.'den. Çeviri editörü: Hamdullah Aydın ., 2. baskı. Güneş Kitabevi İstanbul 2005, 134-154
256. Marwaha S, Johnson S, Bebbington PE, Angermeyer MC, Brugha TS, Azorin JM,Killian R, Hansen K, Toumi M. Predictors of employment status change over 2 years in people with schizophrenia living in Europe. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2009 Oct-Dec;18(4):344-51
257. Nora D.Volkow Substance Use Disorder in Schizophrenia-Clinical Implications of Comorbidity *Schizophrenia Bulletin* vol .2009;35 no.3pp.469-472
258. Barbee JG, Clark PD, Craganzano MS. Alcohol and substance abuse among schizophrenic patients presenting to an emergency service. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 1989; 177:400-407.
259. Drake RE, Wallach MA. Substance abuse among the chronic mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry.* 1989; 40: 1041-1046.
260. Mueser KT, Drake RE. Wallach MA. Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behav.* 1998; 23: 717-734

261. Tessler RC, Dennis DL. A synthesis of NIMH-funded research concerning persons who are homeless and mentally ill. NIMH Division of Education and Service System Liaison, Washington, DC, 1989.
262. Drake RE, Osher FC, Wallach MA. Homelessness and dual diagnosis. *Am. Psychol.* 1991; 46: 1149-1158.
263. Addington j. & Addington, D. Substance abuse and cognitive functioning in schizophrenia. *Journal of psychiatry and neuroscience*, 1997; 22, 99-104
264. Caton CLM, Shrout PE, Dominguez B, Eagle PF. Risk factors for homelessness among women with schizophrenia. *Am. J. Public Health.* 1995; 85: 1153-1156.
265. Caton CL, Shrout PE, Eagle PF. Risk factors for homelessness among schizophrenicmen: a case-control study. *Am. J. Public Health.* 1994; 84: 265-270.
266. Clark RE. Family support for persons with dual disorders. In: Drake, R.E., and Mueser, K.T., eds. *Dual Diagnosis of Major Mental Illness and Substance Abuse Disorder II: Recent Research and Clinical Implications. New Directions in Mental Health Services.* Vol. 70. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1996: 65-78.
267. Miller LJ, Finnerty M. Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr Serv.* 1996; 47: 502-506.
268. Altınay CU. şizofren hastalarda alkol madde kullanım bozukluğu komorbiditesi ve komorbiditenin hastalık gidişine etkileri . uzmanlık tezi (2005)
269. Cuffel BJ. Prevalence estimates of substance abuse in schizophrenia and their correlates. *J Nerv Ment Dış.* 1992; 180: 589-592.
270. Aich TK, SinhaVK, Khess CRJ, Singh S. Demographic and Clinical Correlates of Substance Abuse Comorbidity in Schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*, 2004, 46(2) 135-139
271. Soyka M. Alcoholism and schizophrenia. *Addiction.* 2000; 95 (11): 1613-1618
272. Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S. Serious criminal offending and mental disorder. *British Journal of Psychiatry.* 1998; 172: 477-484.
273. Tsuang MT, Simpson JC and Kronfol Z. Subtypes of drug abuse with psychosis. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1982, 39: 141-147.

274. Noordsy DL, Drake RE. Family history of alcoholism in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1994; 182:651-655.
275. Pulver AE, Wolyniec PS, Wagner MG. An epidemiologic investigation of alcoholdependent schizophrenics. *Acta Psychiatr. Scand*. 1989; 79: 603-612.
276. Verdoux H, Mury M, Besançon G, Bourgeois M. Comparative study of substance dependence comorbidity in bipolar, schizophrenic and schizoaffective disorders, *Encephale*. 1996;22(2):95-101
277. Swapna K.Verma • Mythily Subramaniam • Siow-Ann Chong • E. H.Kua Substance abuse in schizophrenia A Singapore perspective *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2002) 37: 326–328
278. Akvardar Y, Tumuklu M, Akdede BB. Substance use among patients with schizophrenia in a university hospital. *Bull Clin Psychopharmacol* 2004;14:191-197
279. Soyka M,Albus M,Kathman N, Finelli A, Hofstetter S,Holzbach R,Immler B,Sand P,Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic in patients . *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993 ;242:362-372
280. Brady K. Anton R. Ballenger J., Cocaine abuse among schizophrenic patients *Am j Psychiatry* 147:9, september 1990
281. Dervaux A, Laqueille X, Bourdel MC, Leborgne MH, Olié JP, Léo H, Krebs MO .[Cannabis and schizophrenia: demographic and clinical correlates] *Encephale*. 2003 Jan-Feb;29(1):11-7
282. Soyka M, Albus M, Immler B. Psychopathology in dual diagnosis and non-addicted schizophrenics- are there differences? *Eur. Arch. Psychiatry Clin Neurosci*. 2001; 251: 232- 238
283. Talamo ve ark Comorbid substance-use in schizophrenia:Relation to positive and negative symptoms. *Schizophrenia research* 2006;86: 251-255
284. Smith J, Hucker S Schizophrenia and substance abuse. *Br J Psychiatry*, 1994 165:13-21.
285. Lysaker P, Bell M, Beam-Goulet J .Relationship of positive and negative symptoms to cocaine abuse in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*.1994; 182:109-112

286. Compton MT, Furman AC, Kaslow NJ. Lower negative symptom scores among cannabis- dependent patients with schizophrenia-spectrum disorders: preliminary evidence from an African American first-episode sample. Schizophrenia Research 2004 (in press).
287. Shaner A, Eckman TA, Roberts LJ, Wilkins JN. Disability income, cocaine use, and repeated hospitalization among schizophrenic cocaine abusers-a government-sponsored revolving door? N. Engl. J. Med. 1995; 333: 777-783.
288. Sevy S, Kay S, Opler L, Praag H. Significance of cocaine history in schizophrenia. J Nerv Ment Dis. 1990; 178: 642-648.
289. Test MA, Wallisch LS, Allness DJ, Ripp K. Substance use in young adults with schizophrenic disorders. Schizophr. Bull. 1989; 15: 465-476.
290. Miner CR, Rosenthal RN, Hellerstein DJ, Muenz LR. Prediction of compliance with outpatient referral in patients with schizophrenia and psychoactive substance use disorders. Arch. Gen. Psychiatry. 1997; 54: 706-712.
291. Owen RR, Fischer EP, Booth BM, Cuffel BJ. Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. Psychiatry. Serv. 1996; 47: 853-858.
292. Pristach C, Smith C. Medication compliance and substance abuse among schizophrenic patients. Hosp Community Psychiatry. 1990; 41: 1345-1348.
293. Green A, Tohen M, Strakowski. First episode schizophrenia-related psychosis and substance use disorders: acute response to olanzapine and haloperidol Schizophrenia Research 2004;66(2) : 125-135
294. Dixon L, Haas GH, Weiden PJ, Sweeney J, Frances AJ. Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. Am. J. Psychiatry. 1991; 148: 224-230.
295. Drake RE, Wallach, MA. Substance abuse among the chronic mentally ill. Hospital and Community Psychiatry 1989;40:041-1046
296. Swofford CD, Scheller-Gilkey G, Miller AH, Woolwine B. Double Jeopardy: Schizophrenia and Substance use. Am.J. Drug Alcohol Abuse. 2000;26(3):343-353.
297. Swofford CD, Kasckow JW, Scheller-Gilkey G, Inderbitzin LB. Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. Schizophr. Research. 1996; 20: 145-151.

298. Bartels SJ, Teague GB, Drake RE, Clark RE, Bush PW, Noordsy DL. Substance abuse in schizophrenia : service utilization and costs. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181:227-32
299. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *JAMA* 1990; 164: 2511-2518.
300. Duke PJ, Pantelis C, McPhillips MA, Barnes TRE. Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 509-513.
301. Cantor-Graae E, Nordström LG, McNeil TF. Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophr Res* 2001; 48: 69-82
302. Soyka M., Albus M., Kathmann N. Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. *Eur Arch Psychiatry clin Neurosci.* 1993, 242:362-372
303. Verdoux H, Liraud F, Gonzales B ve ark. Suicidality and substance misuse in first-admitted subjects with psychotic disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 1999 100:389-395.
304. Rosau CD, Mortensen PB. Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study. *Br J Psychiatry* 1997; 171:355-359.
305. Rasanen P, Tiihonen J, Isohanni. Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26-year followup study of an unselected birth cohort. *Schizophr Bull.* 1998; 24(3):437-441.
306. Bebbington P, Wilkins S, Jones P, Foerster A, Murray R, Toone B, Lewis S. Life events and psychosis. Initial results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *Br J Psychiatry.* 1993; 162:72-79.
307. Brown AS. The environment and susceptibility to schizophrenia. *Prog Neurobiol.* 2011; 93(1):23-58.
308. Cantor-Graae E, Pedersen CB, McNeil TF, Mortensen PB. Migration as a risk factor for schizophrenia: a Danish population-based cohort study. *Br J Psychiatry.* 2003; 182:117-122.
309. Balım EO. Erken Başlangıçlı Şizofreni. *Klinik Psikiyatri.* 2001; 4:60-70 ...

310. Fis NP, Berkem M. Development of neurotransmitter systems and their reflections on psychopathology. Klinik Psikofarmakoloji Bultrni. 2009; 19(3):312-321.
311. Dervaux A, Baylé FJ. Is substance abuse in schizophrenia related to impulsivity, sensation seeking, or anhedonia? Am J Psychiatry 2001; 158: 492-494.
312. Hawton K, Fagg J, Platt S, Hawkins M. Factors associated with suicide after parasuicide in young people. British Medical Journal 1993;306:1641-1644.
313. Smith J, Hucker S. Schizophrenia and substance abuse. Psychiatry. 1994; 165: 13-21.
314. Lewis CF, Fields C, Rainey E. A study of geriatric forensic evaluatees: who are the violent elderly? J Am Acad Psychiatry Law 2006; 34:324-332.
315. Fazel S, Grann M. Older criminals: a descriptive study of psychiatrically examined offenders in Sweden. Int J Geriatr Psychiatry 2002;17: 907-913.
316. Kratcoski P. Circumstances surrounding homicides by older offenders. Crim Just Behav 1990;17:420-430.
317. McLeod C, Yorston G, Gibb R. Referrals of older adults to forensic and psychiatric intensive care services: a retrospective case-note study in Scotland. The British Journal of Forensic Practice March 2008; 10:1, 36-43.
318. Mullen PE, Burgess P, Wallace C, et al. Community care and criminal offending in schizophrenia. Lancet 2000; 355:614-617.
319. Şizofreni Ve Bipolar Affektif Bozukluk Tanısı Almış Hastalarda Madde Kullanım Yaygınlığı ; Karşılaştırmalı Bir Çalışma Dr. Yasemin Tekin Uludağ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi.
320. Demirsoy, C., Psikoaktif Madde Kullananlarda Sucu Etkileyen Faktörlerin Araştırılması, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 1996
321. Oral, G., Tanman, C., Bayar, R., İlky, E., Ziyalar, A.: Sokakta yaşayan evden kaçmış çocuklar ve ucucu madde bağımlılığı. Yeni Symposium, 33(2- 3): 73-79,1995.
322. Mueser KT, Yarnold PR, Bellack AS. Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1992; 85: 48-55.

323. Addington J, Addington D. Effect of substance misuse in early psychosis. *Br J Psychiatry*. 1998; 172 (1): 134-136.
324. Richard ML, Linskow BI, Perry PJ. Recent psychostimulant use in hospitalized schizophrenics. *J Clin Psychiatry*. 1985; 46: 79-83.
325. Tsuang MT, Simpson JC and Kronfol Z. Subtypes of drug abuse with psychosis. *Arch.Gen. Psychiatry*. 1982, 39: 141-147.
326. Grech A, Takei N, Murray RM. Maternal exposure to influenza and paranoid schizophrenia. *Schizophr Res*. 1997; 26(2-3):121-125.
327. Boksa P, Luheshi GN. On the use of animal modeling to study maternal infection during pregnancy and prenatal cytokine exposure as risk factors for schizophrenia. *Clin Neurosci Res*. 2003; 3(4-5):339-346.
328. Tochigi M, Okazaki Y, Kato N, Sasaki T. What causes seasonality of birth in schizophrenia? *Neurosci Res*. 2004, 48(1):1-11.
329. Aygun E. Sizofreni Etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri*. 2005; 1 (12):6-14.
330. Ates İ, Abay E. Sizofreninin Genetiği. *Klinik Psikiyatri*. 2001; 4:53-59.
331. Gottesman II. Schizophrenia genesis: The origins of madness: WH Freeman/Times Books/Henry Holt & Co; 1991.
332. Tsuang M: Schizophrenia: genes and environment. *Biol Psychiatry*. 2000; 47(3):210- 220.
333. Geddes JR et al. Schizophrenia and complications of pregnancy and labor: an individual patient data meta-analysis. *Schizophr Bull*. 1999; 25(3):413-423.
334. Kang K, Huang XF, Wang Q, Deng C. Decreased density of serotonin 2A receptors in the superior temporal gyrus in schizophrenia--a postmortem study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2009; 33(5):867-871.
335. Dean B, Crossland N, Boer S, Scarr E. Evidence for altered post-receptor modulation of the serotonin 2a receptor in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2008; 104(1-3):185-197.
336. Coskun-Gülkan, B. (1994). Eroin Bağımlılarının Kişilik ve Sosyodemografik Özellikleri. Yüksek Lisans Tezi. \_stanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı. istanbul.

337. Anderson, W. P. & Holcomb, W. R. (1983). Accused murderers: five personality types. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 761-768.
338. Demirsoy, Ç. (1996). Psikoaktif Madde Kullananlarda Suçu Etkileyen Faktörlerin Arastırılması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı. İstanbul.
339. Hükümlü Ve Tutuklularda Madde Kullanımı İle Suç Türü Ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkiler, Nalan Peker.
340. Disiplinlerarası Adli Tıp Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Yavuz, Y. (2003). Uyuşturucu Madde Suçu Nedeniyle Türkiye Cezaevlerinde Bulunan Mahkumların Profili. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı. İstanbul.
341. Swanson JW, Borum R, Swartz MS. Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health* 1996; 6: 309-329.
342. Ellouze F, Ayedi S, Masmoudi S Schizophrenia and violence, incidence and risk factors: a Tunisian sample *Encephale*. 2009 Sep;35(4):347-352.
343. NATIONAL INSTITUTE OF JUSTICE. (2000). 1999 annual report on drug use among adult and juvenile arrestees. Office of Justice Programs, National Institute of Justice, Washington, DC: U.S. Department of Justice.
344. Giovannini J. Gurel.L.: Socially, disruptive behavior of ex-mental patient. *Arch. Gen. Psychiatry* 17: 146-153.
345. Rappeport, J.R., Lassen, G.: Dangerousness-arrest Rate Comparisons of Discharged Patients and the General Population. *Am.J.Psychiatry*, 121:776-783, 1965.
346. Dr. F. Maner, Dr. Z. E. Kayatekin, Dr. E. Abay, Dr. S. Saygılı, Dr. A. İ. Şener, *Psikiyatrik Hastalıklar ve Suç*. düşünün Adam Cilt 4 sayı 1 Ocak 1991
347. Jablensky A. The 100-year epidemiology of schizophrenia. *Schizophr Res.* 1997; 28(2-3):111-125.
348. Saha S, Chant DC, Welham JL, McGrath JJ. The incidence and prevalence of schizophrenia varies with latitude. *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 114(1):36-39.
349. Krakowski M, Volavka J, Brizer D (1986) Psycho patholoji and violence: A review of literature. *Compr Psychiatry* 27: 131- 48.

350. Erdal I. Guncel Sizofreni. (1. baskı). Ankara, Format Matbaacılık. 2006; 18-60.
351. Cetin M, Ceylan ME. Sizofrenin tarihcesi. Ceylan E, Cetin M (editorler). Arastırma Ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Sizofreni-I Kitabında (4. baskı). İstanbul, Yerkure Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri. 2009; 83-86.
352. Özturk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, (10.Basım) Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. 2004; 217-219.
353. Binnay T, Ulas H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Basvuru Oranları Uzerine SistematiK Bir Gozden Gecirme. Turk Psikiyatri Dergisi. 2011; 22(1):40-52.
354. Adli PsikiyatriK Süreç İÇindeki Şizofreni Hastalarının Şiddet Davranışı Değişkenleri: Bir Olgu Kontrol Çalışması Dr. Cenk URAL, Dr. Fatih ÖNCÜ, Dr. Hasan BELLİ, Dr. Hüseyin SOYSAL Türk Psikiyatri Dergisi 2013;24(1):17-24
355. Fuller Torrey E, Yolken RH. Familial and genetic mechanisms in schizophrenia. Brain Res Brain Res Rev. 2000; 31(2-3):113-117.
356. Hasan Belli, Cenk Ural, Melek Kanarya Vardar,Bahar Tezcan Şizofrenide Şiddet ve Cinayet Eylemi: Risklerin Değerlendirilmesi, Önleyici Tedbirler ve Tedavide Klozapinin Yeri, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, Cilt 24, Sayı 3, Eylül 2011 / Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, Volume 24, Number 3, September 2011.
357. Bowden P. What happens to patients released from the special hospitals? British Journal of Psychiatry 1981;138: 340-345

## 8. EKLER

### ETİK KURUL ONAYI



BRSHH

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN  
RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI E. A. HASTANESİ  
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI :B.10.4.İSM.04.34.26.08-180  
KONU: Etik Kurul Başvurusu Hakkında

06.03.2012

#### KARAR

Sayın Asist. Dr. M. Emrah ÇİNİK,

İlgi: 05.03.2012 tarih ve 10044 sayılı Etik Danışma Kurulu başvuru dilekçeniz,

İlgi yazınızda belirttiğiniz “Şizofreni Hastalarında Madde Kötüye Kullanım Eş Tanısı ve Suç” konulu tez protokolünüz, 06.03.2012 tarihinde hastanemiz Etik Danışma Kurul’una sunulmuş makale ve ekleri, Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre incelenmiş ve tez protokolünüzün sonuçlarının yayın yapılması Etik Danışma Kurulumuz tarafından uygun görülmüştür.

| <i>Etik Kurul Üyeleri</i>                                                                     | <i>Katılım Durumu</i> | <i>Onay</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------|
| <b><u>BAŞKAN</u></b><br>Doç. Dr. Baki ARPACI<br>Nöroloji Kliniği Eğitim ve<br>İdari Sorumlusu |                       |             |
| Doç. Dr. M. Cem İLNEM<br>Psikiyatri Kliniği 7. Ünite<br>Koordinatörü<br>Eğitim Görevlisi      |                       |             |
| Uz. Dr. Şahap N. ERKOÇ<br>Psikiyatri Kliniği 2. Ünite<br>Koordinatörü<br>Eğitim Görevlisi     |                       |             |
| Uz. Dr. Nihat ALPAY<br>Psikiyatri Kliniği 1. Ünite<br>Koordinatörü<br>Eğitim Görevlisi        |                       |             |
| Op. Dr. Erhan EMEL<br>Nöroşirürji Kliniği<br>Eğitim ve İdari Sorumlusu                        |                       |             |
| Uz. Dr. Ramazan<br>KONKAN<br>Başhekim Yardımcısı                                              |                       |             |

# BİLGİ TOPLAMA FORMU

## Bilgi Toplama Formu

|                                                    |                                                                                                          |                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ADI SOYADI:                                        |                                                                                                          |                                                                                                                                                    |
| DOĞUM TARİHİ:                                      |                                                                                                          |                                                                                                                                                    |
| ADRES:                                             |                                                                                                          |                                                                                                                                                    |
| TELEFON NO:                                        |                                                                                                          |                                                                                                                                                    |
| POLİKLİNİK ZARF NO:                                |                                                                                                          |                                                                                                                                                    |
| DOSYA PROTOKOL NO:                                 |                                                                                                          |                                                                                                                                                    |
| 1. OLGU NO:                                        |                                                                                                          |                                                                                                                                                    |
| 2. GRUP:                                           | 1- SUÇ VAR                                                                                               | 2- SUÇ YOK                                                                                                                                         |
|                                                    | SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER                                                                               |                                                                                                                                                    |
| 3. YAŞI:                                           |                                                                                                          |                                                                                                                                                    |
| 4. CİNSİYETİ:                                      | 1. KADIN                                                                                                 | 2. ERKEK                                                                                                                                           |
| 5. DOĞUM YERİ:                                     | 1. KÖY<br>2. İLÇE<br>3. ŞEHİR                                                                            | 4. YURT DIŞI<br>5. BİLİNMIYOR                                                                                                                      |
| 6. HALEN YAŞADIĞI YER:                             | 1. AKDENİZ<br>2. DOĞU ANADOLU<br>3. EGE<br>4. MARMARA<br>(İL:.....)                                      | 5. KARADENİZ<br>6. GÜNEYDOĞU ANADOLU<br>7. YURTDIŞI<br>8. İÇ ANADOLU                                                                               |
| 7. HALEN YAŞADIĞI YER:                             | 1. KÖY<br>2. İLÇE<br>3. ŞEHİR                                                                            | 4. YURT DIŞI<br>5. BİLİNMIYOR                                                                                                                      |
| 8. YER DEĞİŞİKLİĞİ (GÖÇ) VAR MI?                   | 1. VAR                                                                                                   | 2. YOK                                                                                                                                             |
| 9. GÖÇ SIRASINDAKİ YAŞI?                           |                                                                                                          |                                                                                                                                                    |
| 10. GÖÇ ETMİŞ İSE ŞEKLİ?                           | 1. ŞEHİRDEN KÖYE<br>2. KÖYDEN ŞEHİRE<br>3. YURTDIŞI GÖÇ                                                  | 4. ŞEHİRDEN ŞEHİRE<br>5. KÖYDEN KÖYE<br>6. İLÇEDEN ŞEHİRE                                                                                          |
| 11. GÖÇ ETMİŞ İSE GÖÇ İLE SUÇ ARASINDA GEÇEN SÜRE: |                                                                                                          |                                                                                                                                                    |
| 12. ÖĞRENİM DURUMU                                 | 1. OKUR YAZAR DEĞİL<br>2. OKUR YAZAR<br>3. İLKOKUL MEZUNU                                                | 4. ORTAOKUL MEZUNU<br>5. LİSE MEZUNU<br>6. YÜKSEK OKUL MEZUNU                                                                                      |
| 13. ÖĞRENİM SÜRESİ (Yıl olarak):                   |                                                                                                          |                                                                                                                                                    |
| 14. AİLE BİREYİ KAYBI(15 yaşından önce):           | 1. VAR                                                                                                   | 2. YOK                                                                                                                                             |
| 15. ÖLEN AİLE ÜYESİ:                               | 1. ANNE<br>2. BABA                                                                                       | 3. KARDEŞ                                                                                                                                          |
| 16. BİREY KAYBINDAKİ YAŞI:                         |                                                                                                          |                                                                                                                                                    |
| 17. ANNE BABA AYRILIĞI:                            | 1. YOK                                                                                                   | 2. VAR                                                                                                                                             |
| 18. ANNE BABA AYRILIĞI VARSA, BU SIRADAKİ YAŞI:    |                                                                                                          |                                                                                                                                                    |
| 19. ÇOCUKLUKTA ŞİDDETE MARUZ KALMIŞ MI?            | 1. YOK<br>2. VAR<br>1. ELLE<br>2. SERT CİSİMLE<br>3. KIRBAÇ-KAMÇIYLA DAYAK<br>4. ATEŞLİ SİLAHLA YARALAMA | 3. NADİREN<br>4. SIK<br>5. 13 YAŞINDAN ÖNCE ERİŞKİNLE CİNSEL İLİŞKİ<br>6. ÖZÜVEY AİLE BİREYİ İLE CİNSEL İLİŞKİYE ZORLANMA<br>7. DAYAK+CİNSEL TACİZ |
| 20. MARUZ KALDIĞI ŞİDDETİN TÜRÜ:                   | 1. BEKAR<br>2. EVLİ<br>3. DUL                                                                            | 4. AYRILMIŞ<br>5. BAŞKA                                                                                                                            |
| 21. MEDENİ DURUMU (Kimlikte geçen)                 |                                                                                                          |                                                                                                                                                    |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22. KİMİNLE YAŞADIĞI:                             | 1. EVSİZ<br>2. YANLIZ<br>3. EŞİ İLE<br>4. EŞİ VE ÇOCUKLARI İLE<br>5. ÇOCUKLARI İLE<br>6. 1.DERECEDE AKRABALARI İLE<br>7. 2.DERECEDE AKRABALARI İLE                                                                                                           | 8. EV ARKADAŞLARI İLE<br>9. AİLESİ VE 1. DERECE AKRABALARI İLE<br>10. AİLESİ VE AKRABALARI İLE TOPLU OLARAK<br>11. BAŞKA                                                                                                                                                         |
| 23. KARDEŞ SAYISI:                                | .....                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 24. ÇOCUK SAYISI:                                 | .....                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 25. ASKERLİK DURUMU:                              | 1. ASKERLİK YAŞINDA DEĞİL<br>2. HALEN ASKER<br>3. TAM OLARAK YAPMIŞ<br>4. ERTELENMİŞ (TIBBİ NEDENLE)<br>5. ERTELENMİŞ (PSİKİYATRİK NEDEN)<br>6. ERTELENMİŞ (İDARİ NEDENLE)                                                                                   | 7. ASKERLİĞE ELVERİŞSİZ (PSİKİ)<br>8. ASKERLİĞE ELVERİŞSİZ (TIBBİ)<br>9. ASKER KAÇAĞI<br>10. NORMALDEN UZUN (PSİKİYAT)<br>11. HAVA DEĞİŞİMİ ALM. (ZAMAN. TAM.)<br>12. BAŞKA                                                                                                      |
| 26. MESLEĞİ:                                      | 1. MESLEĞİ YOK<br>2. ÖĞRENCİ<br>3. ÇİFTÇİ<br>4. İŞÇİ<br>5. HİZMET MESLEKLERİ<br>6. YÜKSEK ÖĞRENİMİLE EDİNİLEN MESLEK                                                                                                                                         | 7. ZANAATKAR, ESNAF, TÜCCAR<br>8. MEMUR<br>9. GÜVENİK, POLİS<br>10. BAŞKA<br>(BELİRTİNİZ):.....                                                                                                                                                                                  |
| 27. İŞ DÜZENİ:                                    | 1. ÇALIŞMIYOR<br>2. DÜZENLİ ÇALIŞIYOR                                                                                                                                                                                                                        | 3. DÜZENLİ ÇALIŞIYOR                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 28. KENDİSİNE AIT GELİRİ:                         | 1. YOK                                                                                                                                                                                                                                                       | 2. VAR                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 29. SOSYAL GÜVENCESİ:                             | 1. YOK                                                                                                                                                                                                                                                       | 2. VAR                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>ADLI ÖZGEÇMİŞ</b>                              |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 30. KRİMİNAL ÖZGEÇMİŞ                             | 1. YOK                                                                                                                                                                                                                                                       | 2. VAR                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 31. TOPLAM SUÇ SAYISI (yargıya intikal eden)      | .....                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 32. İLK KEZ SUÇ İŞLEME YAŞI:                      | .....                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 33. HASTALIK SONRASI SUÇ SAYISI:                  | .....                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 34. ÖNCEDEN KORUMA TEDAVİ UYGULAMASI              | 1. YOK<br>99. BİLİNİYOR                                                                                                                                                                                                                                      | 2. VAR                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 35. GEÇMİŞTE CEZAEVİ YAŞANTISI                    | 1. YOK                                                                                                                                                                                                                                                       | 2. VAR                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 36. GEÇMİŞTE CEZAEVİ YAŞANTISI SÜRESİ (Toplam-AV) | .....                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 37. ADLİYEYE YANSIYAN SUÇ - 1                     | 1. ADAM ÖLDÜRME<br>2. ÖLDÜRME GİRİŞİMİ<br>3. YARALAMA<br>4. YARALAMA OLUŞTURMAYAN SALDIRI<br>5. MALA AMAÇLI ZARAR<br>6. YANGIN ÇIKARMA<br>7. TEHDİT<br>8. SUÇA AZMETTİRME<br>9. KONUT DOKUNULMAZLIĞINI İHLAL<br>10. CİNSEL SUÇLAR<br>11. SALDIRGAN SARHOŞLUK | 12. UYUŞTURUCU MADDE SATMAK<br>13. RUHSATSIZ SİLAH KULLANMA<br>14. GASP / GASP GİRİŞİMİ<br>15. HIRSIZLIK<br>16. DOLANDIRICILIK / SAHTEKARLIK<br>17. KAMU SUÇLARI<br>18. ŞİDDET İÇERMİYEN BİRDEN FAZLA SUÇ<br>19. ŞİDDET DE İÇEREN BİRDEN FAZLA SUÇ<br>20. BAŞKA<br>99. BİLİNİYOR |
| 38. SUÇ - 1'İN ŞİDDET DERECE                      | 0- ŞİDDET DIŞI<br>1- MİNİMAL ŞİDDET<br>2- ORTA DERECEDE ŞİDDET<br>3- ORTA DERECEDE CİDDİ ŞİDDET<br>4- CİDDİ ŞİDDET                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 39. SUÇ - 1'İN YÖNÜ                               | 1. İNSANA DÖNÜK<br>2. MALA DÖNÜK                                                                                                                                                                                                                             | 3. KAMU DÜZENİYLE İLGİLİ<br>4. BAŞKA: .....                                                                                                                                                                                                                                      |
| 40. SUÇ 1 SIRASINDA ALKOL-MADDE KULLANIMI         | 1. YOK<br>2. ALKOL                                                                                                                                                                                                                                           | 3. MADDE: .....                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 41. SUÇ - 2                                       | 1. ADAM ÖLDÜRME<br>2. ÖLDÜRME GİRİŞİMİ<br>3. YARALAMA<br>4. YARALAMA OLUŞTURMAYAN                                                                                                                                                                            | 12. UYUŞTURUCU MADDE SATMAK<br>13. RUHSATSIZ SİLAH KULLANMA<br>14. GASP / GASP GİRİŞİMİ<br>15. HIRSIZLIK                                                                                                                                                                         |

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                           | SALDIRI<br>5. MALA AMAÇLI ZARAR<br>6. YANGIN ÇIKARMA<br>7. TEHDİT<br>8. SUÇA AZMETTİRME<br>9. KONUT DOKUNULMAZLIĞINI İHLAL<br>10. CİNSEL SUÇLAR<br>11. SALDIRGAN SARHOŞLUK                                                                                   | 16. DOLANDIRICILIK / SAHTEKARLIK<br>17. KAMU SUÇLARI<br>18. ŞİDDET İÇERMEYEN BİRDEN FAZLA SUÇ<br>19. ŞİDDET DE İÇEREN BİRDEN FAZLA SUÇ<br>20. BAŞKA<br>99. BİLİNİYOR                                                                                                             |
| 42. SUÇ - 2'NİN ŞİDDET DERECESE           | 0- ŞİDDET DIŞI<br>1- MİNİMAL ŞİDDET<br>2- ORTA DERECEDE ŞİDDET<br>3- ORTA DERECEDE CİDDİ ŞİDDET<br>4- CİDDİ ŞİDDET<br>1. İNSANA DÖNÜK<br>2. MALA DÖNÜK<br>1.YOK<br>2.ALKOL                                                                                   | 3.KAMU DÜZENİYLE İLGİLİ<br>4. BAŞKA: .....<br>3.MADDE.....<br>4.ALKOL-MADDE.....                                                                                                                                                                                                 |
| 43. SUÇ-2 YÖNÜ                            |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 44. SUÇ 2 SİRASINDA ALKOL-MADDE KULLANIMI |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 45. SUÇ-3                                 | 1. ADAM ÖLDÜRME<br>2. ÖLDÜRME GİRİŞİMİ<br>3. YARALAMA<br>4. YARALAMA OLUŞTURMAYAN SALDIRI<br>5. MALA AMAÇLI ZARAR<br>6. YANGIN ÇIKARMA<br>7. TEHDİT<br>8. SUÇA AZMETTİRME<br>9. KONUT DOKUNULMAZLIĞINI İHLAL<br>10. CİNSEL SUÇLAR<br>11. SALDIRGAN SARHOŞLUK | 12. UYUŞTURUCU MADDE SATMAK<br>13. RUHSATSIZ SİLAH KULLANMA<br>14. GASP / GASP GİRİŞİMİ<br>15. HIRSIZLIK<br>16. DOLANDIRICILIK / SAHTEKARLIK<br>17. KAMU SUÇLARI<br>18. ŞİDDET İÇERMEYEN BİRDEN FAZLA SUÇ<br>19. ŞİDDET DE İÇEREN BİRDEN FAZLA SUÇ<br>20. BAŞKA<br>99. BİLİNİYOR |
| 46. SUÇ - 3'ÜN ŞİDDET DERECESE            | 0- ŞİDDET DIŞI<br>1- MİNİMAL ŞİDDET<br>2- ORTA DERECEDE ŞİDDET<br>3- ORTA DERECEDE CİDDİ ŞİDDET<br>4- CİDDİ ŞİDDET<br>1. İNSANA DÖNÜK<br>2. MALA DÖNÜK<br>1.YOK<br>2.ALKOL                                                                                   | 3.KAMU DÜZENİYLE İLGİLİ<br>4. BAŞKA: .....<br>3.MADDE.....<br>4.ALKOL-MADDE.....                                                                                                                                                                                                 |
| 47. SUÇ-3 YÖNÜ                            |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 48. SUÇ 3 SİRASINDA ALKOL-MADDE KULLANIMI |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 49. SUÇ-4                                 | 1. ADAM ÖLDÜRME<br>2. ÖLDÜRME GİRİŞİMİ<br>3. YARALAMA<br>4. YARALAMA OLUŞTURMAYAN SALDIRI<br>5. MALA AMAÇLI ZARAR<br>6. YANGIN ÇIKARMA<br>7. TEHDİT<br>8. SUÇA AZMETTİRME<br>9. KONUT DOKUNULMAZLIĞINI İHLAL<br>10. CİNSEL SUÇLAR<br>11. SALDIRGAN SARHOŞLUK | 12. UYUŞTURUCU MADDE SATMAK<br>13. RUHSATSIZ SİLAH KULLANMA<br>14. GASP / GASP GİRİŞİMİ<br>15. HIRSIZLIK<br>16. DOLANDIRICILIK / SAHTEKARLIK<br>17. KAMU SUÇLARI<br>18. ŞİDDET İÇERMEYEN BİRDEN FAZLA SUÇ<br>19. ŞİDDET DE İÇEREN BİRDEN FAZLA SUÇ<br>20. BAŞKA<br>99. BİLİNİYOR |
| 50. SUÇ - 4'ÜN ŞİDDET DERECESE            | 0- ŞİDDET DIŞI<br>1- MİNİMAL ŞİDDET<br>2- ORTA DERECEDE ŞİDDET<br>3- ORTA DERECEDE CİDDİ ŞİDDET<br>4- CİDDİ ŞİDDET<br>1. İNSANA DÖNÜK<br>2. MALA DÖNÜK<br>1.YOK<br>2.ALKOL                                                                                   | 3.KAMU DÜZENİYLE İLGİLİ<br>4. BAŞKA: .....<br>3.MADDE.....<br>4.ALKOL-MADDE.....                                                                                                                                                                                                 |
| 51. SUÇ-4 YÖNÜ                            |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 52. SUÇ 4 SİRASINDA ALKOL-MADDE KULLANIMI |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 53. KAÇINCI SUÇU OLDUĞU:                  | SUÇLA İLGİLİ BİLGİLER                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 54. SUÇ SİRASINDAKİ YAŞI:                 |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

55. TEDAVİ SÜRESİ (Ay olarak)
56. TEDAVİYE UYUMU
57. VERİLEN İLAÇ:
58. ÖZKİYİM GİRİŞİMİ OLMUŞ MU?
59. ÖZKİYİM GİŞİMİ ŞEKLİ:
60. (Varsa) ÖZKİYİM GİRİŞİMİ SAYISI
61. KENDİNE ZARAR VERİCİ DAVRANIŞI OLMUŞ MU?
62. (Varsa) KENDİNİ YARALAMA NİTELİĞİ
63. SUÇ KİME KARŞI İŞLENDİ (Kişiyi Karşı Suçlarda)
64. SUÇ ALETİ
65. SUÇ SIRASINDA MADDE KULLANIMI
66. SUÇ SIRASINDA MADDE KULLANIMI VARSA ÇEŞİDİ?
67. YAŞAM BOYU MADDE KULLANIMI VARSA SÜRESİ (Yıl olarak)
68. SOYGEÇMİŞİNDE PSİKİYATRİK HASTALIK
69. AKRABALARINDA SUÇ ÖYKÜSÜ
70. 1. EKSEN TANISI (Şizofren tipi)
- 1.UYUMSUZ
- 1.YOK
- 2.ORAL TİPİK ANTİPSİKOTİK
- 3.ORAL ATİPİK ANTİPSİKOTİK
- 4.ORAL TİPİK +DEPO ANTİPSİKOTİK
- 5.ORAL ATİPİK +DEPO ANTİPSİKOTİK
- 6.DUYGUDURUM DÜZENLEYİCİ
- 2.UYUMLU
- 7.DUYGUDURUM DÜZENLEYİCİ+ORAL TİPİK
8. DUYGUDURUM DÜZENLEYİCİ+ORAL ATİPİK
- 9.DUYGUDURUMDÜZENLEYİCİ+DEPO ANTİPSİKOTİK
- 10.DEPO ANTİPSİKOTİK
- 11.DİĞER.....
- 1.EVET
- 1.İLAC İÇEREK
- 2.ASI YOLU
- 3.ATEŞLİ SİLAH İLE
- 4.KİMYASAL MADDE
1. EVET
1. VÜCUDUN BİR PARÇASINI ÇARPMA
- 2- YÜZEYSEL DERİ KESİLERİ
- 0- SUÇ KİŞİYE KARŞI DEĞİL
- 1- ÖZ ANNE
- 2- ÖZ BABA
- 3-ÜVEY ANNE
- 4-ÜVEY BABA
- 5- ÖZ KARDEŞ
- 6- ÜVEY KARDEŞ
- 7-EŞ
- 8- ÖZ ÇOCUK
- 9-ÜVEY ÇOCUK
- 0- SUÇ KİŞİYE KARŞI DEĞİL
- 1- (6136) ZNE BAĞLI BİÇAK
- 2- TARANCA
- 1.EVET
- 1.ALKOL
- 2.ESRAR
- 3.UÇUCU MADDE
- 4.UYARICI MADDE
- 2.HAYIR
- 5.YÜKSEKTEN ATLAMA
- 6.KESİCİ ALET İLE
- 7.KENDİNİ YKMA
- 8.DİĞER
- 99.BİLİNİYOR
2. HAYIR
- 3- DERİN DERİ KESİLERİ
- 4-DAHA DERİN KESİLER
- 99- BİLİNİYOR
- 10- AKRABA
- 11- HİSİM
- 12- ARKADAŞ
- 13-KOMŞU
- 14- İŞ ARAKADAŞI
- 15- AMİR
- 16-KAMU GÖREVLİSİ
- 17-RASTGELE-TANINMAYAN KİŞİ
- 18-UZAKTAN TANIDIK
- 99-BİLİNİYOR
- 3- KESİCİ DELİCİ ALET
- 4- TAŞ SOPA
- 5-BAŞKA (BELİRTİNİZ)
- 2.HAYIR
- 5.HALUSİNOJEN
- 6.EROLN
- 7.KARIŞIK MADDE
- SOYGEÇMİŞ
- 1- YOK
- 2- ANNE
- 3- BABA
- 1- YOK
- 2- ANNE
- 3- BABA
- HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİLER
1. YOK
- 1- PARANOİD TİP
- 2- DISORGANİZE TİP
- 3-KATATONİK TİP
- 4-AYRIŞMAMIŞ TİP
- 5-REZİDÜEL TİP
2. VAR
- 4- KARDEŞ
- 5- 2.DERECE AKRABA
- 6- BAŞKA
- 4- KARDEŞ
- 5- 2.DERECE AKRABA
- 6- BAŞKA

|                                    |                         |                      |
|------------------------------------|-------------------------|----------------------|
| 71. (I. Eksen Tanısı varsa) TANI   | .....                   |                      |
| 72. (I. Eksen Tanısı varsa) TANI   | .....                   |                      |
| 73. II. EKSEN TANISI               | 1. YOK                  | 2. VAR               |
| 74. (II. Eksen Tanısı varsa) TANI  | .....                   |                      |
| 75. (III. Eksen Tanısı varsa) TANI | 1- YOK                  | 2- VAR               |
| 76. HEZEYAN                        | 1.PERSEKÜSYON           | 5.BİZAR              |
| 77. HEZEYANIN İÇERİĞİ:             | 2.REFERANS              | 6.EROTOMANİK         |
|                                    | 3.GRANDİÖZ              | 7.SOMATİK            |
|                                    | 4.KISKANÇLIK            | 8.BİRDEN FAZLA       |
|                                    |                         | 9.DİĞER              |
| 78. HALUSİNASYON                   | 1- YOK                  | 2- VAR               |
| 79. HALUSİNASYONUN İÇERİĞİ         | 1.ELEMENTER             | 5.HAKARET-KÜFÜR EDEN |
|                                    | 2.ADINI ÇAĞIRAN         | 6.TEHDİT EDEN        |
|                                    | 3.KOMUT VEREN           | 7.DİĞER              |
|                                    | 4.ŞİDDET KOMUTU VEREN   |                      |
|                                    | 1- YOK                  | 2- VAR               |
| 80. (Görüşme sırasında) HEZEYAN    | .....                   |                      |
| 81. HEZEYANIN İÇERİĞİ              | 1- YOK                  | 2- VAR               |
| (103'deki gibi)                    |                         |                      |
| 82. (Görüşme sırasında)            |                         |                      |
| HALUSİNASYON                       |                         |                      |
| 83. HALUSİNASYONUN İÇERİĞİ         | .....                   |                      |
| (105'deki gibi)                    | .....                   |                      |
| 84. HASTALIK BAŞLAMA YAŞI          | .....                   | 99. BİLİNİYOR        |
| 85. HASTALIK SÜRESİ (Yıl olarak)   | .....                   | 99. BİLİNİYOR        |
| 86. İLK KEZ PSİKİYATRİK YATIŞ      | .....                   | 99. BİLİNİYOR        |
| YAŞI                               | .....                   | 99. BİLİNİYOR        |
| 87. TOPLAM YATIŞ SAYISI:           | .....                   | 99. BİLİNİYOR        |
| 88. TOPLAM YATIŞ SÜRESİ (Ay        | .....                   | 99. BİLİNİYOR        |
| olarak):                           |                         |                      |
| 89. YATIŞ NEDENLERİ:               | 1- TEDAVİYE UYUMSUZLUK  |                      |
|                                    | 2- ÇEVREYE SALDIRGANLIK |                      |
|                                    | 3- İNTİHAR RİSKİ        |                      |
|                                    | 4- DEZORGANİZE DAVRANIŞ |                      |
|                                    | 5- SOSYAL NEDENLER      |                      |

## TAYLOR SUÇ ŞİDDET DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

### SUÇ ŞİDDET DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (Taylor-1985)

0. Tamamen şiddet dışı
1. Minimal şiddet
  - a) Sözlü saldırganlık
  - b) Kullanmadan silah taşıma
  - c) Kazaen olmak kaydıyla mala minimal zarar
2. Orta derecede şiddet
  - a) Hafif bedensel zarara neden olan müessir fiil
  - b) Zor altında seksüel suç
  - c) Yaralanmaya neden olmadan suç sayılan alet kullanma
  - d) Mala amaçlı zarar verme
3. Orta derecede ciddi şiddet:
  - a) Ağır bedensel hasara neden olan müessir fiil
  - b) Mala geniş çaplı ve hayati tehlikeye neden olacak şekilde zarar verme
4. Ciddi şiddet:
  - a) Kurban ya da kurbanların ölümü
  - b) Kurbanda gerçek hayati tehlike ve 24 saatten fazla hastanede kalma

## PANSS POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ

| Hastanın Adı Soyadı: .....<br>Değerlendiren : ..... |                                          | PUAN  | TARİH   |         |         |         |         |         |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
|                                                     |                                          |       | /200... | /200... | /200... | /200... | /200... | /200... |
| <b>1) POZİTİF ALT ÖLÇEK</b>                         |                                          |       |         |         |         |         |         |         |
| P1                                                  | Hezeyanlar                               | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| P2                                                  | Kavramsal dağınıklık                     | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| P3                                                  | Varsanlı davranış                        | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| P4                                                  | Taşkınlık (Eksitasyon)                   | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| P5                                                  | Büyüklik                                 | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| P6                                                  | Şüphencilik / Kötülük görme              | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| P7                                                  | Düşmanlık                                | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| <b>2) NEGATİF ALT ÖLÇEK</b>                         |                                          |       |         |         |         |         |         |         |
| N1                                                  | Küntleşmiş duygulanım                    | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| N2                                                  | Emosyonel yoksunluk                      | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| N3                                                  | Zayıf uyum                               | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| N4                                                  | Edilgen / apatik sosyal çekilme          | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| N5                                                  | Soyut düşünme zorluğu                    | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| N6                                                  | Konuşma akışı ve kendiliğinden eksikliği | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| N7                                                  | Stereotipik düşünme                      | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| <b>3) GENEL PSİKOPATOLOJİ ALT ÖLÇEĞİ</b>            |                                          |       |         |         |         |         |         |         |
| G1                                                  | Bedensel yakınmalar                      | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| G2                                                  | Anksiyete                                | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| G3                                                  | Suçluluk hisleri                         | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| G4                                                  | Gerginlik                                | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| G5                                                  | Mannerizm ve Posturing                   | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| G6                                                  | Depresyon                                | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| G7                                                  | Motor yavaşlama                          | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| G8                                                  | İşbirliğine girmeme                      | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| G9                                                  | Olağandışı düşünce içeriği               | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| G10                                                 | Yönelim bozukluğu                        | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| G11                                                 | Dikkat zayıflığı                         | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| G12                                                 | Muhakeme ve içgörü eksikliği             | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| G13                                                 | İstenç bozukluğu                         | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| G14                                                 | Dürtü denetim zayıflığı                  | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| G15                                                 | Zihinsel meşguliyet                      | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| <b>AGRESYON RİSK PROFİLİ (ek itemler)</b>           |                                          |       |         |         |         |         |         |         |
| S1                                                  | Örke                                     | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| S2                                                  | Hazzı ertelemede güçlük                  | (1-7) |         |         |         |         |         |         |
| S3                                                  | Duygulanımda oynaklık                    | (1-7) |         |         |         |         |         |         |

1:Yok 2:Minimal 3:Hafif 4:Orta 5:Orta şiddetli 6:Şiddetli 7:Aşırı

# İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

## İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ:

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

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

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

1b. Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

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

2a. Hastaya sorunuz: "Bir hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?" ya da

"Bazı sorunlarınız olduğunu düşünüyor musunuz?" (mental, fiziksel, belirlenmemiş)

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

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

2b. hastaya "bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?" şeklinde sorunuz. (2a. nın maddeleri geçerlidir). Sıklıkla=2, Bazen =1, Hiçbir zaman =0.

2c (2b. eğer 1 ya da 2 ise) "Hastalığınızı nasıl açıklarsınız?" diye sorunuz.

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

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

".....( özgül halüsinasyonu) gerçekte olmadığını düşünüyor musunuz"

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

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

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

- o "Hastalığının bir parçası" =2
- o "Yorgunluk ve stres" gibi dış olaylara bağlıyorsa =1
- o Dış güçlere bağlıyorsa (delüzyonel olabilir) =0

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

0= "Yalan söylüyorlar."

1= "Ne söylerlerse söylesinler hala kendimi emin hissedirim."

2= "Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem."

3= "Bende bir hata olduğunu düşünürüm."

4= "İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum."

## ONAM FORMU

### TEZ ÇALIŞMASINA KATILIM İÇİN ONAM FORMU

“ Şizofreni hastalarında madde kötüye kullanım eş tanısı ve suç” konulu bilimsel araştırma çalışması yapmaktayım ve önceden hazırlanmış standart sorulara yanıt vermenizi beklemekteyim.

Bu araştırmada test uygulanan kişiye kimlik bilgileri, kişinin sosyokültürel ve hastalık özgeçmişinin değerlendirilmesi gibi konularda sorular yöneltilebilmektedir. Araştırma için sizden herhangi bir talepte bulunulmadığı gibi bu araştırmanın sağlık güvencenize hiçbir maddi külfeti de yoktur. Çalışmada uygulanacak testler bilimsel amaçlı olup ,sağlığınız ve ekonomik açıdan herhangi bir risk taşımamaktadır.Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Bu araştırmada toplam 100 hasta alınacaktır. Hastalar çalışmadan istediği zaman ayrılabilir.Çalışmadan ayrılmadan önce bildirilmesi istenmektedir.

Dr.M.Enrah ÇİNİK

Hastalığım , ilaç tedavim ve bilgilerim hasta ismi açıklamaksızın sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılacağı tarafıma açıklanmış bulunmaktadır .Bu çalışmaya gönüllü olarak katıldığımı imza ile onaylamam gerektiği ifade edildi. Yukarıda detayları anlatılan çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum.

Hasta Adı Soyadı:

İmzası:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasisinin Adı Soyadı, imzası: