

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN

RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI

EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

8. PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

Başhekim: Doç. Dr. Erhan KURT

Klinik Şef V. : Uzm. Dr. Ali Rıza ÇELİKER

**SUÇ İŞLEYEN VE İŞLEMİYEN BİPOLAR I
BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA DÜRTÜSELLİK
VE SUÇ İŞLEMeye ETKİSİ**

Dr. Seda ŞÜKÜROĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Fatih ÖNCÜ

İSTANBUL-2010

ÖNSÖZ

Hastanemiz Başhekimi Doç. Dr Erhan Kurt'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlanma imkanını veren klinik şefim Dr. Niyazi Uygur'a

İş disiplini, hastayı hissetmesini ve yaklaşımını kendime örnek aldığım, tez çalışmam sırasında yardımlarını esirgemeyen klinik şef vekilim Dr. Ali Rıza Çeliker'e,

Birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum, tezimin noktasından virgüline kadar her satırında emeği bulunan, klinik bilgi ve tecrübesini esirgemeyen tez danışmanım Dr. Fatih Öncü'ye,

Tezimin hazırlanmasında ki desteğinden dolayı Dr. Tuba Hale Camcioğlu'na,

Bilgi, deneyim ve birikimlerinden yararlandığım, Doç. Dr. M. Emin Ceylan, Dr. Nevzat Satmış, Prof. Dr. Hayrettin Kara, Dr. Şahap Erkoç, Doç. Dr. Defne Tamer Gürol, Dr. Ceyda Güvenç, Dr. Ejder Yıldırım, Dr. Ahmet Türkcen, Doç. Dr. Timuçin Oral, Doç. Dr. Yüksel Altıntaş, Prof. Dr. Nahit Motavallı Mukaddes'e,

Uzmanlık eğitimimde tanımaktan büyük mutluluk duyduğum Dr. Semra Yalçinkaya'ya,

Asistanlığımın son döneminde beraber çalışma fırsatı bulduğum, hastalara yaklaşımından çok şey öğrendiğim ve tez yazım sürecince desteğini esirgemeyen Dr. Meltem Efe Sevim'e,

Sağladıkları huzurlu çalışma ortamı ve dostlukları için başta servis sorumlu hemşiresi Zeynep Aslaner'e ve tüm 40. Servis çalışanlarına,

Gösterdikleri büyük sabır için anneme ve babama, her zaman sevgisini ve desteğini esirgemeyen eşim Ahmet Şüküroğlu'na

Biricik oğlum Aras'a,

Sonsuz minnet ve teşekkürlerimle...

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
ÖZET.....	IV
ABSTRACT.....	VI
KISALTMALAR.....	VII
TABLO LİSTESİ.....	IX
ŞEKİL LİSTESİ.....	XII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Bipolar Bozukluk	3
2.1.1. Bipolar Bozukluğun Tanımı	3
2.1.2. Bipolar Bozukluğun Tarihçesi.....	4
2.1.3. Bipolar Bozukluğun Sınıflandırılması ve Kliniği	5
2.1.4. Manik Epizod	6
2.1.5. Hipomanik Epizod	6
2.1.6. Depresif Epizod.....	7
2.1.7. Karma Epizod.....	8
2.1.8. Bipolar Bozukluğun Etyolojisi.....	9
2.1.8.1. Biyolojik Etkenler	9
2.1.8.2. Psikososyal Etkenler	12
2.1.9. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi	12

2.1.10. Bipolar Bozuklukta Seyir ve Sonlanım	14
2.2. Saldırganlık ve Şiddet	17
2.2.1. Psikiyatrik Bozukluklar, Şiddet ve Suç İlişkisi.....	19
2.2.2. Bipolar Bozukluk, Şiddet ve Suç İlişkisi.....	21
2.3. Dürtüsellik	22
2.3.1. Dürtüsellğin Nöroanatomik Nedenleri	23
2.3.2. Dürtüsellğin Nörokimyasal Nedenleri.....	24
2.3.3. Dürtüsellğin Psikodinamik Nedenleri.....	25
2.3.4. Dürtüsellik ve Bipolar Bozukluk	26
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	28
3.1. Örneklem	28
3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Değerlendirme Araçları.....	29
3.3.İstatistiksel İncelemeler	33
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA	79
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	90
7. KAYNAKLAR	91
8. EKLER	100

ÖZET

SUÇ İŞLEYEN VE İŞLEMİYEN BİPOLAR I BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA DÜRTÜSELLİK VE SUÇ İŞLEMESİ ETKİSİ

Dr. SEDA ŞÜKÜROĞLU

Çalışmamızda suç işleyen ve suç işlemeyen bipolar I bozukluğu olan hastalar arasında dürtüsellik skorları yönünden fark bulunduğunu ve bunun suç işlemeye katkısının olduğunu ileri sürmekteyiz. Bu amaçla suç işlemiş ve suç işlememiş hastaların dürtüsellik yönünden karşılaştırılması hedeflenmiştir.

Araştırmamıza, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Adli Psikiyatri biriminde işledikleri suç nedeniyle ayaktan ya da yatarak gözlem ya da koruma ve tedavi amacıyla bulunan 47 erkek hasta ile Raşit Tahsin Duygudurum Merkezi'nde 2003 yılından itibaren izlenmekte olan adli suç kaydı olmayan 50 erkek kayıtlı hasta sosyodemografik özellikleri, hastalığa ilişkin bilgileri, dürtüsellik ve saldırganlık yönünden karşılaştırılmış, suç işlemiş olgularda suça ait özellikler incelenmiş ve bipolar bozukluğun dürtüsel ve saldırgan davranışla ilişkisi araştırılmıştır.

Çalışmaya alınan olguların yaş ortalamasının 38, öğrenim süresinin 5 yıl olduğu, suç işlemeyenlerde öğrenim süresinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Suç işleyenlerin evli olma oranlarının daha düşük ve çoğunluğunun bir mesleğinin olmadığı, yüksek oranda işsiz oldukları, sosyal güvencelerinin olmadığı saptanmış olup suç işlemeyen olgularla aralarında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.

Dürtüsellik genellikle olumsuz sonuçlar doğuran, düşünmeden yapılan davranışlar olarak değerlendirilmektedir. Suç işleyen ve suç işlemeyen olgular dürtüsel davranış açısından karşılaştırıldığında alt skalalar ve toplam puanda anlamlı fark olduğu, suç işleyen grubun daha dürtüsel olduğu saptanmıştır. Suç işleyen grubun toplam yatış sayısı, ortalama epizod süresi, toplam suç sayısı ile dürtüsellik alt skalaları ve dürtüsellik toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. İlgörü derecelendirme puanı suç işlemeyen olgulardan daha düşük olan suç işleyen grupta dürtüsellik skorlarıyla ilgörü değerlendirme ölçeği puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Olguların saldırgan davranış yönünden karşılaştırıldığında suç işleyen grupta fiziksel, sözel, öfkesel saldırı puanları ileri düzeyde anlamlı yüksek bulunmuştur. Suç işleyen olguların saldırganlık ölçeği sonuçlarıyla BIS-11 alt birimlerinin karşılaştırması sonucu fiziksel ve sözel saldırganlıkla tüm alt skalalar arasında; öfkesel saldırganlıkla sebat, dolaylı saldırganlıkla sebat, motor, planlanmamış ve dikkatle ilişkili dürtüsellik arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Suç işleyen Bipolar I bozukluğu olan olgularda remisyon dönemlerinde bile saldırganlığın ve dürtüsellüğün önemli bir faktör olduğu, dürtüsellüğün hastalık seyrindeki epizod süresiyle, psikotik özellikli, karma ya da hızlı döngülü epizodlarla, yatış süresiyle, önceki suç sayısı ile ve içgörü ile yakın ilişkili olduğu, dolayısıyla bu faktörlerin suç işleme riskini etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, Suç, Dürtüsellik, Saldırganlık

ABSTRACT

IMPULSIVITY AND ITS RELIATION TO CRIMINAL BEHAVIOUR IN OFFENDERS AND NON-OFFENDERS WITH BIPOLAR-I DISORDER

Dr. SEDA ŞÜKÜROĞLU

In our research, we found significant difference on impulsivity scores between offenders and non-offenders having bipolar-I disorder and we proposed that to be a determining factor in exhibiting criminal behaviour. In this context, we purposed to compare the offender and non-offender patients in terms of impulsivity.

The research consisted of comparison of the social and demografical features, impulsivity, aggressivity and knowledge about the disease of 47 male patients who were on inpatient or outpatient treatment and protection programme in “Bakırköy Research and Training Hospital for Psychiatry, Neurology and Neurosurgery, Forensic Psychiatry Department” because of criminal behaviours and of 50 male patient who had no criminal records and who were attending the outpatient treatment programme in “Raşit Tahsin Mood Disorders Center” of the same hospital. In offending patients, characteristics of the criminal behaviour were examined and the relationship between bipolar disorder and impulsive or aggressive behaviour had been investigated.

The mean age of patients included in the research was 38, the mean educational level was 5 years of primary education. In non-offenders, educational level was found to be higher. Offenders were less likely to be married, most of them being unemployed and lacking vocational abilities, health insurance and there were statistical difference on these aspects from non-offenders.

Impulsivity is generally considered to be unintentional behaviours creating unfavorable results. The comparison of offenders and non-offenders in terms of impulsivity resulted with significant difference in both total scores and sub-scores, offenders determined to be more impulsive. In offender's group, There had been statistically significant relationship between total scores and subscores of impulsivity with the total number of hospitalisations, mean duration of episodes and total number of criminal behaviours. In offenders, The Insight Rating Scale scores were lower with

comparison to non-offenders and significant relationship was also detected between Insight Rating Scale scores and impulsivity scores in offenders.

The comparison of the patients in aggressive behaviours resulted in significantly higher scores of physical, verbal, affective aggression scores in offenders. The comparison of aggression scale results and BIS-11 sub-scores showed significant relationship between physical and verbal aggression and all sub-scores, between affective aggression and perseverance, between passive aggression and perseverance and between motor, unintended and attention related impulsivity.

In offenders with bipolar I disorder, aggression and impulsivity were determined to be an important factor even in remission periods and impulsivity was defined to be related with duration of episodes during disease, psychotic, mixed or rapidly cycling episodes, duration of inpatient hospitalisations, number of previous criminal behaviours and insight, therefore these factors were proposed to have influence on risk of criminality.

Keywords: Bipolar Disorder, Crime, Impulsivity, Aggression

KISALTMALAR

MAO :Monoamin oksidaz A

5-HTT: Serotonin taşıyıcı

COMT: Katekol-O-Metiltransferaz

GABA: Gama amino bütirik asit

HHB: Hipotalamus-hipofiz-böbreküstü

CRH: Kortikotropin salınım hormon

ACTH: Adrenokortikotropik hormon

DST: Deksametazon supresyon testi

TRH: Tirotropin salınım hormon

T4: Tiroksin

NA: Noradrenalin

MHPG:3-metoksi 4-hidroksifenilglükol

5-OH-IAA: 5-hidroksi-indol asetik asit

STEP-BD: Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder

BOS: Beyin omurilik sıvısı

HVA: Homovalinik asit

DBP: Depresif bipolar

DUP: Depresif unipolar

ÖBP: Ötimik bipolar

ÖUP: Ötimik unipolar

HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

BIS-11: Barratt İmpulsivity Scale 11

DÖM: Depresyon ötimi mani

MDÖ: Mani depresyon ötimi

DMÖ: Depresyon mani ötimi

MÖD: Mani ötimi depresyon

DDD: Duygudurum düzenleyici

Ap: Antipsikotik

Ad: Antidepresan

EKT: Elektrokonvülsif terapi

TABLO LİSTESİ

- Tablo 1:** Demografik özelliklere göre grupların değerlendirilmesi
- Tablo 2:** Kiminle Yaşandığının Dağılımı
- Tablo 3:** Doğum yeri, halen yaşadığı bölge göre değerlendirmeler
- Tablo 4:** Halen Yaşanılan Yer
- Tablo 5:** Göçe ilişkin bilgilerin dağılımı
- Tablo 6:** Askerliğe ilişkin bilgilerin dağılımı
- Tablo 7:** İş düzeninin suça göre değerlendirilmesi
- Tablo 8:** Meslek Grubu özelliklerine göre grupların değerlendirilmesi
- Tablo 9:** Halen bir işinin ve kendine ait gelirinin olma durumuna göre değerlendirmeler
- Tablo 10:** Sosyal Güvence özelliklerine göre grupların değerlendirilmesi
- Tablo 11:** Aile bireyi kaybı ve ayrılıklarının suç işleme durumuna göre değerlendirilmesi
- Tablo 12:** Çocuklukta şiddet görme ve şiddetin türüne göre değerlendirmeler
- Tablo 13-14-15:** Sadece suç işleyen gruba ait özelliklerin dağılımı
- Tablo 16:** Hastalığa ilişkin bilgilerin dağılımı
- Tablo 17:** Hastalığa ilişkin özelliklerin suç işleme durumuna göre değerlendirmeleri
- Tablo 18:** İlk hastalık döneminin suç işleme durumuna göre değerlendirilmesi
- Tablo 19:** İlk Epizodla İlişkilerin Değerlendirmesi
- Tablo 20:** İlk epizodun düzelmesi durumunun suç işlemeye göre değerlendirilmesi
- Tablo 21:** Suç işleyen ve işlemeyen grubun ilk tedavi yaşlarının değerlendirilmesi
- Tablo 22:** Ortalama epizod süresinin suç işlemeye göre değerlendirilmesi
- Tablo 23:** Epizod özelliklerinin suç işleme durumuna göre değerlendirilmesi
- Tablo 24:** Hezeyan ve halüsinasyon durumu
- Tablo 25:** Hezeyan ve halüsinasyon içeriği
- Tablo 26:** Suç durumuna göre kendini yaralama değerlendirmesi
- Tablo 27:** Suç işleme durumuna göre Hamilton Depresyon değerlendirmesi

Tablo 28: Suç işleme durumuna göre Young Mani Derecelendirme Ölçeği değerlendirilmesi

Tablo 29: Suç işleme durumuna göre iç görü ve bipolarite indeksi değerlendirilmesi

Tablo 30: Suç işleme durumuna göre Saldırganlık ölçeği alt boyut puanları ve total puanın değerlendirilmesi

Tablo 31: Suç işleme durumuna göre Barrat ölçeği (Türkçe) puanlarının dağılımı

Tablo 32: Suç işleme durumuna göre Barrat ölçeği (Orijinal) puanlarının dağılımı

Tablo 33-34-35-36: Saldırganlık ölçeği puanlarının ilişkisi

Tablo 37: Suç işleyen hastalarda Barrat Dürtüsellik ölçeği ile hastalık özelliklerinin ilişkisi

Tablo38: Suç işleyen grupta alkol-madde kullanımının Barrat Dürtüsellik Ölçeği ile ilişkisi

Tablo 39: Suç işlemeyen hastalarda Barrat Dürtüsellik alt ölçek toplam ve alt skala puanları ile hastalık özelliklerinin ilişkisi

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Eğitim durumuna göre suç işleme oranlarının dağılımı

Şekil 2: Medeni duruma göre suç işleme oranlarının dağılımı

Şekil 3: Kiminle yaşadığına göre suç işleme oranlarının dağılımı

Şekil 4: Doğum yerine göre suç işleme oranlarının dağılımı

Şekil 5: Halen yaşadığı bölgeye göre suç işleme oranlarının dağılımı

Şekil 6: Göç şekli duruma göre suç işleme oranlarının dağılımı

Şekil 7: Askerlik durumuna göre suç işleme oranlarının dağılımı

Şekil 8: Meslek Grubuna göre suç işleme oranlarının dağılımı

Şekil 9: Halen işi olması ve kendine ait gelirin olması durumuna göre suç işleme durumunun dağılımları

Şekil 10: Çocuklukta şiddet görme durumuna göre suç işleme oranlarının dağılımı

Şekil 11: Hezeyan içeriğinin dağılımı

Şekil 12: Halüsinasyon içeriğinin dağılımı

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ruhsal hastalıklar ve suç işleme eğilimi arasındaki ilişki üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Ancak, bipolar I bozukluğu olan hastaların suç işlemeleri ile bilginiz sınırlıdır.

Yapılan bir çalışmada tutuklanma öyküsü olan bipolar I bozukluğu olan hastaların, tutuklanma öyküsü olmayan bipolar I bozukluklu hastaların aksine, sıklıkla erkek, madde kötüye kullanım bozukluğu olan ve daha sık ancak kısa süreli hastane yatışlarının olduğu saptanmıştır. Quanbeck ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, suç nedeniyle tutuklanan bipolar I bozukluğa sahip hastaların çoğunluğunun tutuklandıkları sırada hastalığın manik epizodunda ve psikotik özelliklerinin olduğu, yakın zamanda yatarak tedaviden topluma salıverildikleri ve hastane çıkışı sonrası ayaktan tedavi almayan hastalar oldukları belirtilmiştir (1).

Modestin ve arkadaşlarının hastanede yatmakta olan 261 erkek affektif bozukluklu hastada suçla ilgili davranışın yaygınlığını incelemek için genel popülasyonla karşılaştırmalı olarak yaptıkları çalışmada, hasta olan grupta suç için eğilimin daha yüksek olduğu, suç kaydı olan hastaların daha genç, genellikle bekar ve düşük sosyoekonomik sınıftan olduğu, bu kişilerin tedavi başvurusunun daha erken yaşlarda olduğu, kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu tanılarını daha sık aldıkları görülmüştür (2).

Dürtüsellik ortama uygun olmayan veya aşırı riskli, olgunlaşmamış, iyi planlanmamış ve çoğunlukla istenmeyen sonuçlara yol açan çeşitli davranışları kapsar. Sabırsızlık, dikkatsizlik, risk alma, heyecan arama, zevk arama, zarar görme ihtimalini düşük hesaplama ve dışadönüklük gibi özellikler ile kendini gösterir. Dürtüsellik çok sayıda psikiyatrik bozukluğun çekirdek belirtilerinden biridir (3).

Dürtüsellik, davranışın başlatılmasının bir bileşeni olarak duygulanım bozukluklarının etyopatogenezinde önemli rol oynar. Dürtüsellğin manik epizodla ilişkisi açıkça gösterilmiştir. Bununla birlikte ötimi ve diğer epizodlarda da dürtüsellik bulunabilir. Manik dönemin psikiyatrik değerlendirmesinde kullanılan ölçeklerde diğer özellikler yaygın olarak çeşitlilik gösterirken; dürtüsellğin hemen her zaman yer aldığı bildirilmiştir (4). Hem manik, hem de depresif dönemde hastalıkla dürtüsellğin ilişkisi yaygın olarak kabul görürken, hastalık belirtilerinin görülmediği epizodlar dışındaki dönemlerde (ötimik) dürtüsellğin bozuklukla ilişkisi hakkında bilgilerimiz sınırlıdır.

Yapılan çalışmalar dürtüsellğin depresif ve manik epizodlarla farklı bağlantısı olduğu göstermiştir. Motor dürtüsellik, manik dönemle ilişkili bulunurken, planlanmamış dürtüsellik depresyonla ilişkili bulunmuştur.

Dürtüsellik, bipolar bozukluğu olan hastalarda birçok negatif sonuçla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca intihar ve madde kötüye kullanımı gibi bipolar bozukluk komplikasyonlarına katkıda bulunduğu saptanmıştır (5-7).

Sonuç olarak yapılan geçmiş çalışmaların ışığında suç işleyen ve suç işlemeyen bipolar I bozukluğu olan hastalar arasında dürtüsellik skorları yönünden fark bulunduğu ve bunun suç işlemeye katkısının olduğunu ileri sürmekteyiz. Yaptığımız çalışmada DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre remisyonda bipolar I bozukluğu tanısı almış, suç işlemiş ve suç işlememiş hastaların dürtüsellik yönünden karşılaştırılması hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk

2.1.1. Tanımı

Bipolar bozukluk (iki uçlu bozukluk), belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini kapsayan mikst (karma) epizodlarla giden ve bu epizodlar arasında kişinin tamamen sağlıklı duygudurumu haline dönebildiği, bazen de eşik altı belirtilerin bulunduğu kronik seyirli bir hastalıktır (8) .

Bipolar bozukluğun genel popülasyonda yaşam boyu prevalansı, çeşitli çalışmalarda %0,7 – 1,6 arasında değişmekte olduğunu göstermektedir. Yapılan son klinik ve epidemiyolojik çalışmalar bipolar spektrum bozukluklarının toplumun yaklaşık %6'sını etkilediğini göstermektedir (9). Bipolar bozukluk genellikle hayat boyu sürer, epizodik, aralarda ötimik dönemlerin bulunduğu manik veya depresif dönemler içerir.

Bipolar bozukluk yineleyici özellikte, işlev kaybına yol açan, Dünya Sağlık Örgütü tarafından toplumda yeti yitimi oluşturan hastalıklar arasında sekizinci sırada olduğu bildirilen önemli bir hastalıktır (10). Düzenli tedavi gerektiren bipolar bozukluk tanılı olguların büyük kısmında, kişiye ve ailesine sosyal ve mesleki yükler getirmektedir (11).

Hastaların üçte birinden fazlasının, belirtilerin başlamasından yaklaşık 10 yıl sonra doğru tanı aldığı bildirilmektedir (12). Yanlış veya gecikmiş tanı iyileşme kalitesinde bozulma görülebilmektedir (13).

2.1.2. Bipolar Bozukluğun Tarihçesi

Mani ve depresyon kavramlarının tarihçesi antik Yunan ve Roma dönemlerine kadar uzanmaktadır. Tarih öncesi çağlara ait din kitaplarında, Yunan eserlerinde bu hastalığı geçiren kişilerden bahsedilmiştir. Homeros; İlyada destanının giriş bölümünde “mani” sözcüğünü ilk kez kullanılmıştır. Mani, Yunanca’da öfke ve gazap anlamına gelmektedir. Keder, uykusuzluk, yememe, umutsuzluk, huzursuzluk halindeki görünüm için “melankoli” (kara safra) deyimini ilk olarak Hipokrat M.Ö. 450 yılında kullanmıştır. Depresyonun ve melankoliye yatkın mizacın klinik görünümelerini anlatan Grek tanımları DSM-IV’de de yansımıştır (8).

M.S. 150 yılında bugün bildiği şekilde maninin ana belirtilerini tanımlayan, aynı zamanda mani ile melankoli arasında bir bağlantı olduğunu ilk kez olarak dile getiren Kapadokyalı Aretaeus’tur (14).

Jean-Philippe Esquirol (1840) depresyonun pek çok türünün ve bağlantılı paranoid psikozların temelinde, birincil olarak bir duygudurum bozukluğu olduğu fikrini öne süren ilk modern psikiyatristtir. Esquirol’un iki öğrencisi Jules Baillarger ve Jean-Pierre Falret bu klinik tabloya sırasıyla “folie a double forme” (çift biçimli ruh hastalığı) ve “folie circulaire” (sirküler, döngüsel ruh hastalığı) adını vermişlerdir (12).

19.yüzyıl sonlarında Emil Kraepelin, bu iki bilim adamından etkilenip depresyondaki temel patolojiyi ruh halinde düşme ile fiziksel ve mental işlevlerde yavaşlama; manideki temel patolojiyi ise ruh halinde yükselme ile fiziksel ve mental işlevlerde artma olarak belirtmiştir. Krapelin (1856-1926) sadece maninin ve melankolinin bütün türlerini gruplandırmakla kalmamış, manik depresif rahatsızlığı nozolojik olarak ve bir hastalık olarak ortaya koymuştur(15).

Karl Abraham (1911) depresyon tartışmalarına dinamik bir yorum getirirken, Sigmund Freud mani ve depresyonun fazla enerjinin değişik yollarla boşalma şekli olduğunu belirtmiştir (16).

1930’larda Bleuler, depresif ve manik sendromları “afektif bozukluklar” başlığı altında bir araya toplamıştır (16).

1959’da Leonard Kraepelin, manik depresif hastalık tanısını, manik ve depresif ataklarla giden “bipolar bozukluk” ve sadece depresif ya da sadece manik ataklarla giden “monopolar bozukluk” olmak üzere iki alt gruba ayırmayı önermiştir. İlerleyen zamanda sadece manik epizodlarla giden hastalar bipolar bozukluk tanımı içine dahil edilirken, sadece depresif ataklarla giden hastalar “unipolar” olarak adlandırılmıştır(16).

1980’ de DSM-III sınıflandırmasının kullanıma girmesiyle “afektif bozukluklar” tanımı kabul edilmiş ve affektif bozukluklar içinde temel ayrım, bipolar bozukluk ile major depresyon arasında yapılmıştır(16).

1994 yılında DSM-IV ve 2000 yılında yapılan DSM-IV-TR bipolar bozukluk tanımlaması ve sınıflandırılması son halini almıştır(16).

2.1.3. Bipolar Bozukluğun Sınıflandırması ve Kliniği

Bipolar bozukluk, hastanın sosyal, mesleki ve genel iyilik hali üzerinde önemli etkisi olan kronik bir psikiyatrik bozukluktur (17) .

Bipolar Bozukluk DSM-IV-TR Sınıflandırması’nda aşağıdaki şekilde yer almaktadır.

- ❖ Bipolar I Bozukluğu
- ❖ Bipolar II Bozukluğu
- ❖ Siklotimik Bozukluk
- ❖ Başka Türlü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk

Bipolar I bozukluğun başlıca özelliği, bir ya da birden çok manik epizodun ya da karma epizodun ortaya çıkması ile belirli bir klinik gidişin olmasıdır. Tekrarlayan duygudurum dönemleri arasında tam iyileşme periyotlarının ve işlevsellikte tam düzelmenin olması bipolar tip I için tipiktir. Bipolar II bozukluğun başlıca özelliği ise, en az bir hipomanik epizodun yanı sıra bir ya da birden çok major depresif epizodun ortaya çıkması ile belirli klinik gidişin olmasıdır (DSM-IV TR) .

2.1.4. Manik Epizod

DSM-IV'e göre manik dönem tanısı konması için en az bir hafta, eğer hasta hastaneye yatırılmak zorundaysa daha kısa süreyle, anormal düzeyde ve ısrarlı yükselmiş, taşkın ya da irritabl duygudurumun bulunması gerekir. Manik dönemler benlik saygısında abartılı artma, uyku gereksiniminde azalma, basınçlı konuşma, fikir uçuşmaları, dikkat çelinebilirliği (distraktibilite) amaca yönelik etkinliklerde artma ya da psikomotor ajitasyon ve kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere katılma ile karakterizedir. Manik hastaların düşünce içerikleri, büyük işlerin peşinde koşma tasarıları ile birlikte kişisel niteliklerin ve yeteneklerin abartılması ile yüklüdür. Böyle bir düşünce içeriğinden, parasal konularda becerikli olma, cinsel yönden güçlü olma, dinsel konuları kavrayabilme, yaratıcı yetenekleri olma ya da toplumsal önderlik yapma gibi büyüklük sınırlarına geçiş kısa süre içinde olur. Manik hastalarda görülen persekütif temalar, kendilerini büyük amaçlarına ulaşmaktan alıkoymaya çalışan belirli birtakım kişilere ya da örgütlere yöneliktir. Ağır manik hastaların yaklaşık %25'inde daha çok işitme ve görme varsanıları olmak üzere varsanılar bulunur. Genelde özel bir takım güçleriyle ilgili olarak kendileriyle konuşan sesler biçiminde duyulur. Tanrıdan gelen sesler duyabilirler. Bazen dinsel içerikli görüntüler, parlayan renkler ve ışıklar görürler. Manik hastalar megalomanilerinin ve yargı bozukluklarının bir sonucu olarak kendileri ve aileleri için sorun yaratan, çok para harcama, uygunsuz toplumsal davranışlarda bulunma, çok fazla söz verme ve yükümlülük altına girme ve insanlarla karşı karşıya gelme gibi soruna yol açabilecek bir takım davranışlarda bulunur. Hiperseksüalite, sedüktivite (baştan çıkarma) ve rastgele cinsel ilişkiler manik hastaların davranışlarına sınır koyamamaları sonucu ortaya çıkan, sık görülen durumlardır. Belirtilerin yoğun olduğu hastalarda çoğunlukla yatarak tedavi gerekir (18).

2.1.5. Hipomanik Epizod

Bir hipomanik dönem en az dört günlük süreye sahiptir ve sosyal ya da mesleki işlevsellikte bozulmaya yol açmayacak şiddette olması ve psikotik özelliklerin bulunmaması hariç bir manik döneme benzer. Belirgin bir grandiositeden çok

eleştirilmeye gelemeyen bir kendine güven duygusunun olduğu, benlik saygısında abartılı bir artma vardır. Çoğu zaman uyku gereksiniminde bir azalma vardır, kişi her zamankinden daha erken bir saatte enerji dolu olarak uyanır. Hipomanik epizoddaki birçok kişi çoğu zaman biraz daha yüksek sesle ve her zamankinden daha hızlı konuşur, ancak konuşmalarını kesmek zor değildir. Çok çeşitli ilgisiz dış uyarana tepki göstermenin bir sonucu olarak konuşmada ve yapılan etkinliklerde hızlı değişimler olması ile belirli bir distraktibilite çoğu zaman bulunur. Amaca yönelik etkinlikte artma, birden çok etkinliğe katılmayı tasarlayıp durmayı ve katılmayı kapsar. Toplumsal girişkenlik artmıştır ve cinsel etkinlikte bir artma olabilir (18).

2.1.6. Depresif Epizod

Depresif duygudurum ve ilgi kaybı ya da zevk alınan etkinliklerden artık zevk alınamıyor olması, depresyonun ana belirtileridir. Hastalar kendilerini hüznü, kederli, umutsuz ya da değersiz hissedebilirler (18).

Depresyondaki hastaların hemen hepsi görevlerini yapmada zorluk doğuran, okulda ve işte başarısızlıkla sonuçlanan bir enerji azlığından ve yeni tasarılar kurmak için istek azlığından yakınır. Hastaların %80’inde uyku sorunları görülür; genellikle erken uyanırlar (terminal insomnia), gece sık sık uyanırlar ve “sorunları” ile ilgili olarak düşüncelere dalarlar. Hastaların birçoğunda iştah azalması ve kilo kaybı vardır. Ancak bazı hastalarda iştah artması ve aşırı uyuma görülebilir.

Düşüncelerini belli bir konu üzerine yoğunlaştırma yeteneğinde azalma ve düşünce bozuklukları gibi kognitif semptomlar görülebilir (18).

Depresyondaki hastaların yaklaşık üçte ikisi intihar etmeyi düşünür ve %10-15’i intihar girişiminde bulunur.

Psikomotor retardasyon depresyonun en sık görülen semptomu olup, fizik etkinlikte azalma ve toplumdan uzaklaşma ile birlikte hastanın hareketlerinde yavaşlama, yüz ifadesinde donuklaşma, bakışlarında sabitleşme görülür. Ağır depresif hastalarda ve yaşlılarda bunun yerine psikomotor ajitasyon da görülebilir.

Depresif hastaların düşünce içerikleri genellikle hezeyan düzeyinde olmayan kayıp, pişmanlık, suçluluk, intihar, ölüm düşünceleri ile yüklüdür. Sık karşılaşılan temalar, umutsuzluk, kişisel yetersizlik, işe yaramazlık duyguları ya da kendi kendini aşırı ya da uygunsuz bir biçimde eleştirme, kınama ya da suçlama, geçmişteki “başarısızlıklar”ı abartma, vücut görüntüsünü beğenmeme ve karar vermede güçlölüdür. Benlik saygıları azalmıştır. Psikotik depresyonda duygudurumla uyumlu olarak suçluluk, günahkarlık, değersizlik, yoksulluk, başarısızlık, perseküsyon hezeyanları, nihilizm gibi hezeyanlar göröllebilir (18).

Depresif dönemlerin süresi çoğunlukla daha uzun sürer ve şiddeti değışkendir. Kesitsel olarak bakıldığında bipolar depresyon, bipolar olmayan depresyona göre pek çok yönden farklılık gösterir. Bipolar depresyonu olan hastalar, bipolar bozukluğu olmayan depresyonlu hastalarla karşılaştırıldığında daha fazla psikomotor retardasyon ve toplam uyku süresi, intihar girişimleri, sanrı ve varsanılar, postpartum başlangıç, bölünmüş REM uykusu, hastalık dönemleri arası değışkenlik ve dönem içi duygudurum oynaklığı gösterirler. Öte yandan anksiyete, aşırı öfke dışavurumları, bedensel yakınmalar, psikomotor ajitasyon, ağrıya duyarlılık ve kilo kaybının da bipolar olmayan depresyonlarda daha sık görölldüğü çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (19).

2.1.7. Karma Epizod

Hemen her gün hem majör depresif epizodun, hem de manik epizodun tanı ölçütlerinin karşılandığı bir dönemle (en az 1 hafta süren) belirlidir. Kişi, manik epizod ve major depresif epizod semptomlarının yanı sıra hızla değışen duygudurumlar (üzüntü, iritabilite, öfori) yaşar. Semptomlar arasında sıklıkla ajitasyon, insomnia, iştah düzensizlikleri, psikotik özellikler ve intihar düşünceleri vardır (18).

Karma dönem, temelde manik dönemin bir alt tipi gibi düşünülür ve ona depresif belirtilerin net, uzun süreli eşliğinde akla gelir. Hasta her iki dönem ölçütlerini dolduracak derecede ciddi dalgalanmaları, aynı dönem içinde ardı ardına yaşantılamakta ve sergilemektedir (20).

2.1.8. Bipolar Bozukluğun Etyolojisi

Bipolar bozukluğun etyolojisi kesin olarak gösterilememiştir. Biyolojik ve psikososyal etkenler birbirleri ile etkileşerek duygudurum bozukluklarına neden olurlar. Hastalar dikkatle incelendiğinde, özellikle hastalığın başlangıcında hem depresyon hem de mani epizodlarının ortaya çıkmasında psikososyal etkenlerin payı olduğu görülür. Ancak, zamanla hastalık ilerledikçe duygudurum dönemleri açık psikososyal etken olmaksızın, kendiliğinden ortaya çıkabilmektedir. Manide ve yineleyici depresyonlarda biyolojik etkenlerin daha büyük rol oynadığı kabul edilir. Erken çocukluk çağında karşılaşılan olumsuz yaşam olaylarının da beyinde kalıcı izler bırakabildiği bilinmektedir (21).

2.1.8.1. Biyolojik Etmenler

Genetik Temeller: Bipolar bozuklukta kalıtsal geçisin nasıl ve ne yolla olduğu henüz aydınlatılamamıştır. Farklı çalışmalarda kromozomların çoğunda bir ya da daha fazla yerleşim bipolar bozuklukla bağlantılı bulunmuştur. Farklı yerleşimdeki genlerin birbirleriyle etkileşimleri (epistaksis) sonucu hastalık ortaya çıkıyor olabilir (21). Duygudurum bozukluklarının etyopatogenezinde rol oynayan serotonerjik ve monoaminerjik dizgelerde yer alan birçok gen polimorfizmi bipolar bozukluğun ilişkilendirme çalışmalarında incelenmiştir. Her iki dizge üzerine de etkisi olan X kromozomu üzerinde yer alan monoamin oksidaz A (MAO-A) geni ile yapılan ilişkilendirme çalışmaları çelişkili sonuçlar vermektedir. Yapılan çalışmalardan gelen veriler de bipolar bozuklukla serotonin taşıyıcı (5HTT) geni polimorfizmi arasında ilişki olmadığı yönündedir. Benzer şekilde, monoaminerjik nörotransmitterlerin yıkımında rol oynayan katekol-O-metiltransferaz (COMT), gama amino butirik asid (GABA) reseptör

alt tipleri, kortikotropin salınım hormonu (CRH), adenosin A1 ve serotonin reseptör alt tiplerine ilişkin genlerle yapılan ilişkilendirme çalışmaları da sonuç vermemiştir (21).

Bipolar bozuklukta yapılan ikiz çalışmalarının hepsinde tek yumurta ikizlerindeki eş hastalanma (concordance) oranını çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bipolar bozukluğu olan hastaların tek yumurta ikiz eşlerindeki eş hastalanma dağılımı farklı çalışmalarda %45-75 arasında saptanmıştır. Tek yumurta ikizlerinde yapılan çalışmalar bipolar bozukluk yatkınlık genleri ile ilişkili bir fenotip yelpazesi sunmaktadır. Tek yumurta ikiz eşlerinde fenotipik eş hastalanma oranının bipolar, unipolar, şizoaftif bozukluk ve nadiren şizofreni görülebilmektedir (22). Tek yumurta ikizlerinde fenotipik eş hastalanma oranının tam olmaması hastalığa genetik dışı, yani çevresel etkenlerin de önemli katkısı olduğu yolunda güçlü bir kanıt oluşturmaktadır. Hastalığın kalıtımında genetik faktörlerin mi yoksa çevresel faktörlerin mi daha önemli olduğunu göstermek amacıyla uygulanan evlat edinme çalışmalarında bipolar bozukluğu olan hastaların biyolojik ana babalarında duygudurum bozukluğu riskinin kendisini yetiştiren ana babaya oranla üç kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir (21).

Beyin araştırmaları: Son zamanlarda yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğu olan hastalarda özellikle sol taraftaki ön singulat hacminde ve gri cevher yoğunluğunda sağlıklı kontrollere göre belirgin azalma saptanmıştır. Lityum kullanmakta olan hastalarda ise böyle bir fark bulunmamaktadır (21).

Endokrin Dizge: Son yıllarda bipolar bozuklukta hipotalamus-hipofiz-böbreküstü (HHB) bezi üzerinde yapılan araştırmalar soucunda bipolar bozukluğu olan hastalarda kortikotropin salınım hormon (CRH), adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve kortizol yanıtlarında düzensizlik bildirilmiştir. Unipolar ve Bipolar Bozukluk hastalarında deksametazon ile kortizol baskılanmasının olmaması asıl sorunun glukokortikoid reseptörleri kaynaklı olabileceğine işaret etmektedir. Manik hastalarda CRH'ya ACTH yanıtı normal kontrollere göre artmış bulunmaktadır, bu bulgunun yatkınlığa bağlı olduğu düşünülmektedir. Deksametazon supresyon testi (DST), bipolar depresyonda unipolar depresyondan daha sık bozulmaktadır. (HHB) eksen bozukları

belli bir hastalık epizodu ile bağlantı göstermemekte, manide de depresyondakine benzer sonuçlar verebilmektedir (21).

Hipotalamus-hipofiz-tiroid eksenine üzerine yapılan çalışmalarda depresyonda tirotropin salınım hormona (TRH), tiroid stimüle edici hormon (TSH) yanıtının azaldığı ve serum tiroksin (T4) düzeyinin yükseldiği saptanmıştır (21).

Biyokimyasal Etmenler: Biyolojik aminlerden Serotonin ve Norepinefrin bipolar bozukluk patofizyolojisi ile en ilişkili iki nörotansmitterdir. Noradrenalin (NA) yıkım ürünü olan 3--methoksi-4-hidroksifenilglükol (MHPG) düzeylerinin idrarda ve beyin omurilik sıvısında ya çok azaldığı ya da arttığı görülerek noradrenerjik etkinlikte artma ya da azalma varsayımı ortaya atılmıştır. Manide NA'nin arttığı, sağaltım ve korumada etkili olan lityumun NA salınımını düşürdüğü ve geri alımını artırdığı ileri sürülmüştür. Başka araştırmalar da serotoninin beyindeki ama yıkım ürünü olan 5-hidroksi-indol-asetik asit (5-OH-IAA) düzeylerinin beyin omurilik sıvısında düşük bulunması nedeniyle, depresyonda serotonerjik etkinlikte bir azalma olabileceği varsayımını ileri sürmüşlerdir. Tedavide kullanılan serotonin geri alım inhibitörleri ile başarılı sonuçlar alınması bu varsayımı desteklemektedir.

Duygudurum bozukluklarında nörotansmitter etkinliğinin niceliğinden çok reseptörlerin yoğunluğu ve duyarlılığı üzerinde durulmaktadır (21).

İyon Sistemleri

Sodyum: Manik epizod sırasında hücre içi sodyum düzeyinin arttığı, iyileşme döneminde ise normale döndüğü gözlenmiştir (14)

Kalsiyum: Kalsiyumun nöral iletide çok önemli bir rolü vardır. Kalsiyum kanal blokörlerinin antimanik etkinliğinin olması da, kalsiyumun etyolojideki rolünü desteklemektedir (14).

2.1.8.2. Psikososyal Etmenler

Yaşam Olayları ve Çevresel Zorlanmalar: İlk duygudurum bozukluğu epizodunu sıklıkla stres verici önemli bir yaşam olayı tetikler. Önemli ekonomik sorunlar, aile bunalımları, iş yaşamındaki çatışmalar ve doyumsuzluklar, emeklilik, iş yitimi, sevgi nesnesinin yitimi, beden sağlığının bozulması, benliği örseleyen, onur kırıcı durumlarla karşılaşmak gibi fiziksel ya da psikososyal olaylar duygudurum bozukluklarının ortaya çıkmasında ve süregenleşmesinde büyük rol oynarlar. Depresyona yatkınlık sağlayan en önemli etken, bebeklik ve ilk çocukluk yıllarında karşılaşılan ana-babadan uzun süreli ayrılma durumlarıdır (21).

Kişilik Yapısı: Son yıllarda Bipolar Bozuklukta hastalık öncesi kişilik üzerine yapılan çalışmalar yoğunlaşmıştır. Bu çalışmalar Krapelin'in bazı mizaçları manik depresif hastalığın kalıntısı gibi görünebileceği görüşünü temel almaktadır. Akiskal duygudurum bozukluklarında görülen dört mizaç özelliği tanımlamıştır. Depresif, hipertimik, siklotimik ve öfkeli mizaç olarak adlandırdığı bu kişilik özelliklerinin farklı duygudurum bozukluklarında normal toplumdan daha sık görüldüğünü gösteren çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Kişilik boyutlarını değerlendiren ölçeklerle yapılan çalışmalarda Bipolar Bozukluk ile bağlantı kurulabilen iki tip kişilik yapısı dikkat çekmektedir. Birincisi nörotiklik ya da olumsuz duygulanım olarak adlandırılabilen öfke, bunaltı, depresyon, suçluluk ve başka olumsuz duygu ve bilişlere yatkın kişilik özelliklerinden oluşmaktadır. İkinci olarak ise yenilik arayışı, dışadönüklük, inhibisjonsuzluk ve oynak duygulanım yer almaktadır (21).

2.1.9. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi

Bipolar bozukluk için yaşam boyu prevalans ortalama % 1,2 olarak saptanmışken, bu oran bipolar I bozukluğu için % 0,4 - % 1,6 ve bipolar II bozukluğu için % 0,5 olarak bildirilmektedir. Bipolar I'in yaşam boyu yaygınlık oranı erkeklerde %0,7, kadınlarda %0,9 olarak bildirilmiştir. Son yıllarda bipolar I ve II bozukluğunu da kapsayan çalışmalar %5'e kadar yükselen yaşam boyu sıklık oranları vermektedir (23).

Bipolar bozukluğun yaygınlığı (prevalansı) ırklar arasında farklı değildir (23). Ana-babadan birini bipolar I bozukluğu varsa çocuklarında bir duygudurum bozukluğu gelişme olasılığı %25'tir. Hem anne, hem de babada bipolar I bozukluğu varsa çocuklarında bir duygudurum bozukluğu gelişme olasılığı %50 - 75 arasındadır (18).

DSM- IV'te bildirilen epidemiyolojik verilere göre bipolar I bozukluğu olan kişilerin birinci derece biyolojik akrabalarında bipolar I bozukluğu oranları (%4-24), bipolar II bozukluğu oranları (%1-5) ve major depresif bozukluk oranları (%4-24) daha yüksektir. İkiz ve evlat edinme çalışmaları bipolar I bozukluğunda genetik bir etkinin olduğuna ilişkin güçlü kanıtlar sağlamaktadır (18).

Bipolar II kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir. Ayrıca, hızlı döngülülüğün, karma dönemlerin, döngü kayması ve depresyon ilaçlarıyla tetiklenen manik kaymanın, tiroid hastalıkları ve migren eş tanılarının, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığının kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğü bildirilmektedir (21).

En sık başlama yaşı 20'lerin ortaları gibi görünmekteyse de ilk belirtinin ortaya çıkması en sık 15-19 yaşları arasına rastlamakta, bunu 20-24 yaşları arasındaki ikinci çıkış izlemektedir. 12 yaşın altında mani görülmesinin nadir olduğu düşünülür. Yaşlıda, 60 yaşın üzerinde başlaması çok nadir olmamakla birlikte daha çok organik bir nedeni düşündürür. Bipolar bozukluğun kadın/erkek oranı 1,2/1 olarak bulunmuştur (20). Bununla birlikte erkeklerde ilk başlangıç sıklıkla mani, kadınlarda ise depresyondur (23). Bipolar I bozukluğu olan kadınlarda sonraki epizodların (çoğu kez psikotik epizodlar) hemen postpartum dönemde gelişme olasılığı yüksektir. Bazı kadınlar ilk epizodlarının postpartum dönemde geçirirler. Epizodun doğumdan sonraki 4 hafta içinde başladığını göstermek için "postpartum başlangıçlı" belirleyicisi kullanılır. Kadınlarda ayrıca hızlı döngülülük oranı daha fazladır (18).

Bipolar I bozukluk boşanmış ve yalnız yaşayan insanlarda evli insanlara kıyasla daha sık görülmektedir, ancak bu fark erken başlangıcı ve hastalığın evlilikte uyumsuzluk özellikleriyle sonuçlanmasını yansıtır olabilir (23).

Bipolar I bozukluğunun üst sosyoekonomik grup ve düşük eğitim seviyesi olan grupta daha sık gözlemlendiği vurgulanmaktadır (24).

2.1.10. Bipolar Bozuklukta Seyir ve Sonlanım

İki uçlu bozukluklar ciddi ve kronik hastalıklardır. Hastalığın klinik seyri ve sonlanımının bozukluğu anlamada önem taşımasının ileri ve kuramsal bir nedeni vardır. 19. yüzyılın ortalarında ve sonlarında Falret, Kahlbaum, Kraepelin ve diğer yazarlar geçerli bir tanı için kesitsel bir gözlem değil uzun dönemli bir gözlemin gerektiğini belirtmişlerdir. Genel olarak bozukluğun tanısı sadece uzun dönemde yapılabilir, çünkü birçok olguda bozukluğun ilk dönemi depresif olabilmektedir (25).

Diğer ruhsal bozukluklarda olduğu gibi iki uçlu bozuklukların klinik gidişi de hastalığın başlangıcından itibaren meydana gelen tüm olayları kapsar (25). Klinik gidişi etkileyen en önemli özellikleri şunlardır:

- ❖ Bozukluğun başlangıcı (örneğin; başlama yaşı ve şekli, ortaya çıkaran etkenler)
- ❖ Dönemler (örneğin; dönem tipi, sayısı, uzunluğu)
- ❖ Döngüler (örneğin; döngülerin sayısı, sıklığı, ısrarcı belirtiler)
- ❖ Sonlanım (örneğin; belirlenen bir süre sonunda klinik seyrin sonucu)

Bazen “iyi sonlanım” terimi daha az dönem yaşanması anlamında kullanılırken bazen de tam düzelme ya da iyileşmeye işaret eder. Tohen ve arkadaşları sendromik ve işlevsel iyileşmeyi ayırmak için bir ölçüt önermiş; işlevsel iyileşmeyi hastalık öncesi psikososyal aktivite seviyesine dönüş olarak tanımlamışlardır (25). Bipolar I hastalarının çoğu hastalık dönemleri arasında eski işlev düzeylerine dönmekle birlikte, önemli oranda duygudurum oynamaları göstermekte ve insan ilişkilerinde ve mesleklerinde güçlükler yaşamaktadırlar. Ara dönemde eşikaltı depresyon belirtilerinin bulunmasının yaşamın niteliğini olumsuz etkilediği, geçirilmiş depresif epizod sayısı ve eşikaltı belirtilerin varlığının yetiyitimini arttırdığı saptanmıştır (21).

Hastalığın başlangıç yaşının gidiş üzerine etkilerini inceleyen araştırmalar çelişkili sonuçlar vermektedir. Hastalığın ergenlik döneminde başlamasının, bu dönemde kişinin psikososyal uyumunun özellikle önemli olması nedeniyle kötü gidişe yol açtığı görüşünü savunanlar vardır. Bir başka yaklaşım da ergenlik döneminde gelişen duygudurum bozukluklarının sıklıkla yanlış tanıya yol açabilen psikotik

özellikler taşıdığını ileri sürmektedir. Yanlış tanılar dışında çok uzun süreli izleme ile ergenlik ve erişkinlikte başlayan bipolar hastalık seyrinin birbirinden çok farklı olmadığı gösterilmiştir. Hastalık 60 yaşından sonra başlarsa ailede bipolar bozukluk öyküsü olsa bile altta bir bedensel neden yatabileceği düşünülmelidir. İleri yaşta başlayan bipolar bozuklukta morbidite ve mortalite oranları yüksektir (21).

Bipolar bozukluk tedavi altbaşlığı altında özetlenen geniş ölçekli STEP-BD (Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder) çalışması bipolar bozuklukta yinelemenin en güçlü yordayıcılarından biri olarak ara dönemlerde kalıntı belirtilerin varlığı olduğunu göstermiştir. Aynı çalışmada bipolar bozuklukta yeni bir epizod geçirmenin önemli bir başka yordayıcısı ise eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalığın (anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları ya da madde kullanım bozukluğu) varlığı olarak bulunmuştur (26).

Bipolar bozukluğu olan hastaların önemli bir kısmına başka bir psikiyatrik hastalık da eşlik eder. Anksiyete bozuklukları bipolar bozukluğu olan hastalarda normal toplumdan 35 kat daha fazla görülür. Bütün psikiyatrik hastalılar içinde madde kullanım bozukluklarının en fazla eşlik ettiği hastalık bipolar bozukluktur (21).

Bipolar bozuklukta bedensel hastalık ektanısı ile de sık karşılaşılmaktadır. Migren, tiroid hastalıkları, aşırı şişmanlık, tip II diabetes ve kardiyovasküler hastalıklar bipolar bozuklukta en sık görülen bedensel hastalıklardır. Bedensel hastalık ektanısı olan bipolar bozukluğun daha kötü gidiş özellikleri gösterdiği bilinmektedir (21).

Bipolar hastalardaki intihar oranı toplumdan 30 kat daha fazla olup, hastaların %25-50'si intihar girişiminde bulunmakta, bunların %15'i hayatlarını kaybetmektedir. Özkıyım girişimlerinin %46,3'ünün depresyon döneminde olduğu gösterilmiştir (14). Psikotik belirtilerin özkıyım riskini artırıp arttırmadığı hala kesinlik kazanmamıştır. Ayrıca toplum geneliyle karşılaştırıldığında iki uçlu bozukluk hastalarının ölüm oranları oldukça yüksektir. Yapılan son çalışmalarla da desteklenen 2,3 kat gibi bir artıştan bahsedilmektedir (25). Bu oldukça yüksek ölüm oranı sadece özkıyım ile açıklanamaz olup daha fazla incelemeyi hak etmektedir.

Bipolar bozuklukta epizodlar arasındaki iyilik sürelerinin uzunluğu önceden kestirilemez. Düzenli mevsimsel hastalık geçiren hastalar uzun süre izlenirse, mani, depresyon ve iyilik dönemlerinin sırası ve süresi önceden bilinebilir. Bipolar bozukluğu

olan hastalarda iyilik dönemlerinde belirgin bir rahatsızlık belirtisi bulunmaz, yani hastalar az çok uyum yapabilirler. Yineleyici depresyon geçiren hastalarda kronikleşme olasılığı daha yüksektir. Ancak bipolar bozukluğun ağır ve koruyucu tedaviye yanıt vermeyen türlerinde zamanla epizodlar sıklaşabilir; mani ve depresyon belirtileri birbiriyle içiçe geçebilir ve aynı zamanda birlikte bulunabilir (karma epizod).

Hastaların önemli bir kısmı koruyucu tedaviye alınmadığından, genç yaştan itibaren birçok kez hastanelere yatarak her bir epizodun ayrı ayrı tedavi edilmesiyle yıllar geçer. Bu da önemli derecede yeti yitimine yol açar (21).

Bipolar Bozuklukta Gidiş Göstergeleri:

Olumlu Göstergeler:

- ❖ Mani epizodlarının baskın olması
- ❖ Hasta ve ailesinin tedaviye uyum yapması
- ❖ İyilik dönemlerinin uzun sürmesi
- ❖ Aile, iş ve uğraşı koşullarının olumlu olması
- ❖ Ailede düşük duygu dışavurumu

Olumsuz Göstergeler:

- ❖ Erken başlangıç
- ❖ İleri yaş
- ❖ Ara dönemde kalıntı mani ve depresyon belirtilerinin varlığı
- ❖ Eşlik eden başka psikiyatrik bozukluk bulunması
- ❖ Geçirilmiş mani epizodlarının sayısının 10'dan fazla olması
- ❖ İlk hastalık epizodunun mani ya da karma dönem olması
- ❖ Karma epizodlar
- ❖ Alkol ve ilaç/madde alışkanlıklarının bulunması
- ❖ Depresif epizodlarının uzun sürmesi
- ❖ Hızlı döngülülük
- ❖ Kişilik bozukluğu ektanısı

- ❖ Ailede madde kullanım bozukluğu öyküsü
- ❖ Ailede duygu dışı vurumunun yüksek olması (21).

2.2. Saldırganlık ve Şiddet

Saldırganlık, sözel olarak veya fiziksel bir güç harcayarak bir amaca yönelik zorlayıcı eylem olup, kızgınlık, öfke, hiddet veya düşmanlık gibi duygulanımların motor karşılığı olarak tanımlanmaktadır (27).

Saldırganlığın diğer bir tanımı, başka bir insana, canlıya, çevreye zarar vermeye yönelik herhangi bir tür davranış; güç ve baskı uygulamak anlamında kullanılmaktadır (28).

Erich Fromm insan saldırganlığını iki şekilde olduğunu belirtmiştir;

- ❖ Hayvanlarla paylaştığımız, savunmaya yönelik saldırganlık
- ❖ Yıkıcılığı içeren zarar verici saldırganlık

Zarar verici saldırganlık, biyolojik uyum sağlamaya yönelik değildir ve sosyal öğrenme sonucu olduğu düşünülür. Burada saldırganlık dürtüsünün kötüye kullanımı söz konusudur (29).

Saldırganlığın içgüdüsel bir davranış olduğunu öne süren Konrad Lorenz'e göre saldırganlık esas olarak dış uyaranlara karşı bir tepki değil insanın içinde "gömülü" serbest kalmaya çabalayan ve dış dürtülerin yetersiz olup olmamasına bakmaksızın anlatımını bulacak bir uyarımadır (30).

Saldırganlık ve şiddet kavramları genellikle eşanlamlı gibi kullanılsa da aralarındaki sınır genellikle tartışma konusudur. Şiddet; yakıp, yok eden, saldırgan davranışlar içeren, kaba kuvvet ve beden gücünü kötüye kullanmayı, bireye veya topluma zarar veren eylemleri; birçok ilişki-etkileşim tarzındaki aşırı duygu durumunu ifade edici yaklaşımları içerisinde barındıran bir davranış biçimidir.

Şiddet, ayrıca, genel anlamda da öfke, kaygı ve korku duygularının değişik boyutlarıyla dışa yansımasıdır. Kapsamlı şiddet tanımından biri de, Dünya Sağlık

Örgütünün yaptığı tanımdır. Dünya sağlık örgütü (2002) şiddeti; “bireyin kendisine, başkasına, belirli bir topluluk veya gruba yönelik yaralama, ölüm, fiziksel zarar, bazı gelişim bozuklukları veya yoksunluk ile sonuçlanabilen, tehdit ya da fiziksel zor kullanma” olarak tanımlamaktadır. Ancak bu kavram ana özellikleri ne olursa olsun zamana ve topluma göre değişiklik göstermektedir. Yves Michaud’a göre, bir karşılıklı ilişkiler ortamında taraflardan biri veya birkaçının bedensel bütünlüğüne veya törel (ahlaki-moral-manevi) bütünlüğüne veya mallarına veya simgesel, sembolik ve kültürel değerlerine, oranı ne olursa olsun zarar verecek her davranış şiddet olarak tanımlanmaktadır (31).

Şiddet saldırganlığın bir türü olup, Harrington tarafından saldırgan davranış sürecinin bir uç noktası olarak tanımlanmıştır (32).

Şiddetin suç davranışı ile ilişkisi ve araştırmaların genellikle suç işlemiş kişiler üzerinde yapılmış olması nedeniyle suç tanımı da önem kazanmaktadır.

Suç; hukuki bir zarar yaratan, kişi veya toplum güvenliğini sarsan, kamu düzenini bozup, gelişimini engelleyen sonuçlar doğuran ve cezalandırılması gereken davranıştır (33).

Suç davranışının biyolojik görüş açısından önemli iki fenomenolojik ayrımı vardır:

❖ **Şiddet içeren / içermeyen suç davranışı:** Şiddet suçları, kişilere saldırganlığı içerir. Bu eylemler homisid, homisid girişimi, diğer ciddi fiziksel saldırılar ve tecavüzdür. Şiddet içermeyen suçlar, mala karşı suçları içerir. Şiddetin tanımı özkıyımı (kendine dönük saldırganlığı) kapsamaz. Ancak şiddet ve özkıyım biyolojisi arasında önemli ortak noktalar vardır.

❖ **Dürtüsel olan / olmayan suç davranışı:** Dürtüsel suç davranışında önceden tasarlama ve kasıt yoktur. Dürtüsel olmayan şiddet suçlarında ise kasıt söz konusudur. Genellikle dürtüsel şiddet içeren suç davranışında biyolojik görüş daha çok desteklenmiş ve araştırmalar bu yönde gelişmiştir (34).

2.2.1. Psikiyatrik Bozukluklar, Şiddet ve Suç İlişkisi

İnsanların akıl hastalığına ilişkin deneyimleri tarih boyunca akıl hastalığı ile şiddet davranışı arasında bağlantı olduğu kanısına neden olmuştur. Grek ve Roma literatüründe akıl hastalarının şiddet potansiyeline ilişkin çeşitli özelliklerden söz edilmiştir. Platon'un "alcibiade II" adlı eserinde Sokrates'in akıl hastalığına ilişkin bir diyalogu yer almaktadır. Sokrates, Atina'daki akıl hastalığı oranının fazla olamayacağını çünkü Atinalıların şiddet davranışını oranının çok düşük olduğunu söylemektedir. Grek ve Roma literatüründe akıl hastalarının şiddet potansiyeline ilişkin çeşitli özelliklerden söz edilmiştir. Roma ve eski Yunan'da akıl hastalarının bakımını üstlenen kişilere, bu hastaların tehlikeli olabileceği belirtilerek, zarar görmemek için onları tespitte tutmalarının iyi olacağı tavsiye edilmiştir (35).

Antik çağlarda bile akıl hastalarının hepsinin saldırgan olarak değerlendirilmediği belirtilmektedir. Romalı filozof Philo Judarus, akıl hastalarını "kolay idare edilebilen yumuşak hastalar" ve "hem kendilerine hem çevresindekilere zararlı olabilecek saldırgan hastalar" olarak iki gruba ayırmıştır (36).

Ciddi akıl hastalığı olan kişilerin şiddet davranışlarının olabileceği fikirleri 19. yüzyılda yaygınlaşmaya başlamıştır. Kraepelin, 1919'da bazı koşullarda şizofrenlerin dürtüsel eylemlerinin ileri derecede tehlikeli olabileceğini belirtmiştir (37).

1922, 1930, 1938 ve 1945'de tutuklularda yapılan çalışmalarda akıl hastalığı olanların topluma oranla daha tehlikeli olmadığı ve daha az tutuklandığı, ancak 1959'dan sonraki 20 yılda hastaneden çıkarılan hastaların suç işleme oranlarının, toplumdaki suç işleme oranı ile eşit veya daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, daha sonraki sağlık politikaları sonucu hastaların toplum içinde tedavi edilmelerine bağlanmıştır. Psikiyatrik bozukluklarda görülen şiddet davranışı, toplumdaki şiddet davranışının artmasına paralel olarak giderek yaygınlaşmakta ve muhtemelen artmaktadır (37).

Psikiyatrik bozuklukların hepsinde şiddet davranışı riski aynı değildir, öte yandan toplumdaki şiddet davranışındaki yükselmeye koşut olarak psikiyatrik olguların şiddet davranışının da yaygınlaşmakta ve büyük olasılıkla artmakta olduğu ileri sürülmektedir (38-39), Swanson ve arkadaşlarının (1990) büyük örneklem gruplarıyla

yaptıkları çalışmada, ciddi psikiyatrik hastalığı olanlar kişilerde olmayanlara kıyasla (şizofreni, duygudurum bozuklukları) şiddet davranışının 5 kez, alkol ve madde kullananlarda ise 12-16 kez daha sık olduğu saptanmıştır (36).

Psikiyatrik hastalarda şiddet oranını yüksek bulan bir epidemiyolojik çalışmada bu yüksekliğin doğrudan psikotik belirtiler ile ilgili olduğunu bildirmiştir (28,40). Şiddetin çeşidi, sıklığı ve doğası özgün olayın çevresel özelliğine ve bozukluğun psikopatolojisine bağlıdır (38,41).

DSM-IV'e göre saldırgan davranışın görüldüğü durumlar aşağıdaki gibidir (23):

1. Psikotik Bozukluklar

- ❖ Şizofreni
- ❖ Başka türlü adlandırılmayan Psikotik Bozukluklar

2. Duygulanım Bozuklukları

- ❖ Mani
- ❖ Psikotik depresyon
- ❖ Genel Tıbbi Duruma Bağlı Duygulanım Bozuklukları
- ❖ Madde Kullanımına Bağlı Duygulanım Bozuklukları

3. Kişilik Bozuklukları

- ❖ Paranoid Kişilik Bozukluğu
- ❖ Antisosyal Kişilik Bozukluğu
- ❖ Borderline Kişilik Bozukluğu
- ❖ Narsistik Kişilik Bozukluğu

4. Bilişsel Bozukluklar

- ❖ Deliryum
- ❖ Demans

5. Zekâ Geriliği

6. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu

7. Davranım Bozukluğu

8. Davranım Bozukluğu ile Birlikte Olan Uyum Bozukluğu

2.2.2. Bipolar Bozukluk, Şiddet ve Suç İlişkisi

Şiddet davranışı ile bipolar bozukluk ilişkisini araştıran çalışmaların çoğunda, suçlu erkek popülasyonunda affektif bozukluk prevalansı çalışılmış olup, farklı örneklem gruplarında oran %1-7'den %31' kadar değişmektedir. Çalışmaların az bir kısmında bipolar hastaları da içeren psikiyatrik hastalarda suçla ilgili davranışlar araştırılmış, psikiyatrik hastalığı olan şiddet suçluları arasında affektif bozukluk oranı sadece %7 olarak bulunmuştur (2).

Modestin ve arkadaşlarının (1997) (2) suç işlemiş affektif bozukluğu olan hastalar ve hastalık öyküsü bulunmayan suçluları karşılaştırdığı bir çalışmada, hasta grupta suç kaydının 1,65 kat daha fazla olduğu, cinsel suçlar ve trafik suçları dışında kalan cinayet, kasıtsız adam öldürme, saldırı ile yaralama, soygun, tehdit içerikli eylemler, ırza geçme, çocuk istismarı gibi tüm suç tiplerinin daha fazla tespit edildiği, buna karşın, ilk suç işleme yaşı yönünden önemli derecede farklılık görülmediği belirtilmiştir.

Çalışmaların çoğunda özellikle manik epizodlarda ani ve ciddi şiddet ortaya çıkabildiği saptanmıştır (41). Yesavage 1983'te bipolar hastalarda şiddet davranışı riskinin manik epizoda, depresif epizoda göre daha fazla olduğunu belirtmiştir. Manik ya da karma epizoddaki hastalar çok küçük provokasyonlara yanıt olarak şiddet davranışı sergileyebilirler (42). Neil ve ark. (1) 1988'te bipolar bozuklukta, genellikle hastalığın akut döneminde şiddetin görüldüğünü ve hastaneye yatışı öncesi 2 haftalık sürede şiddet davranışı gösteren manik hastalarda, hastaneye yatışın ilk 3 gününde şiddet davranışı oranının yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bipolar I bozukluğu olan olgularla yapılmış bir başka çalışmada, grandiyozite, yargılama bozukluğu, dürtüsellik, içgörü kaybı ve psikoz gibi manik belirtilerin suç işleme için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (1, 43). Suç işlemiş bipolar I bozukluğu olan olgularla yapılan bir çalışmada, suç sırasında olguların %74,2'sinin manik ya da karma epizoda olduğu,

bunların da %63,3'ünün psikotik olduğu, depresif olguların ise %41,2'sinin psikotik olduğu, toplamda %59'unun suç sırasında psikotik olduğu saptanmıştır (1). Bipolar I bozukluğu olan 66 tutuklu hasta ile tutuklanma öyküsü olmayan bipolar I bozukluğu olan 52 hastanın geriye dönük olarak veri tabanı üzerinden karşılaştırıldığı bir çalışmada tutuklanan hastaların sıklıkla erkek, madde kötüye kullanım bozukluğu olan ve daha sık ancak daha kısa süreli hastane yatışlarının olduğu saptanmıştır (44).

Yaşam boyu suç işleme sayısını etkileyen en önemli etmenin, geçirilmiş manik epizod sayısı ve hastaneye yatış sıklığı olduğu belirtilmiştir (45).

Ciddi suç işlemiş affektif bozukluğu olan olgularda duygudurum dengeleyici tedaviye uyumun iyi olmadığı, aynı zamanda bu olgularda alkol/madde kullanım bozukluğunun da bulunduğu ve klinik olarak tekrarlayan manik epizodlarının olduğu saptanmıştır (46).

2.3. Dürtüsellik

Dürtüsellik, ortama uygun olmayan veya aşırı riskli, olgunlaşmamış, iyi planlanmamış ve çoğunlukla istenmeyen sonuçlara yol açan çeşitli davranışları kapsar. Dürtüsellik sabırsızlık, dikkatsizlik, risk alma, heyecan arama, zevk arama, zarar görme ihtimalini düşük hesaplama ve dışadönüklük (extroversion) gibi özellikler ile kendini gösterir. Dürtüsellik çok sayıda psikiyatrik bozukluğun temel belirtilerinden biridir (47). Ayrıca sonucunu düşünmeden, hızla yapılan bir eylem ya da davranış şeklinde de kendini gösterebilir (48).

Dürtüsel davranışların üç boyutu olduğu kabul edilmektedir:

1. Davranışın sonuçlarını düşünmek için mevcut bilgileri kullanamamak;
2. Daha sonra elde edilecek daha büyük bir ödül için o an elde edilecek küçük bir ödülünden vazgeçememek;
3. Yerleşmiş güçlü motor tepkileri baskılamakta eksiklik (49).

Bu üç boyut birarada değerlendirildiğinde, dürtüsellüğün değişen çevresel koşullar altında, belirli bir amaç arayışında durumu değerlendirme ve bu duruma esnek olarak yanıt verme yeteneğindeki aksaklığı yansıttığı düşünülebilir (50) .

Patton ve arkadaşları (1995) (51) dürtüsellik tanımlamasını, anında içinden geldiği gibi davranmak (motor), eldeki verilere odaklanmamak (dikkat), plansızlık ve dikkatlice düşünmemek şeklinde üç alt gruba ayırmıştır. Dürtüsellik davranışsal inhibisyonun azaldığı ve acilen yapılan haz seçimini içeren çok boyutlu yapıdır. Ainslie (1975) başlıbaşına riskli kararlar verme, olası uzun dönem olumsuz sonuçları düşünmeden şimdiki haza motive olma olarak tanımlamıştır (52).

Dürtüsellik genellikle olumsuz sonuçlar doğuran, düşünmeden yapılan davranışlar olarak değerlendirilmekle birlikte Dickman (1990) (53), dürtüsellığı işlevsel olmayan ve işlevsel olan şeklinde hem olumlu hem de olumsuz sonuçları olan bir kavram olarak tanımlamıştır.

2.3.1.Dürtüsellığın Nöroanatomik Nedenleri

Frontal Korteks: Frontal korteks hasarları, dürtüsellığın sebebi olarak gösterilmekte ve bu durumun en azından dürtüsellığın bazı yönleriyle ilgili olduğu ortaya konmaktadır. İnhibitör kontrol, karar verme ve yanıt verme süreçlerinde prefrontal korteks ve orbitofrontal korteks çok önemli role sahiplerdir. Prefrontal korteksin davranışın inhibitör kontrolü üzerinde önemli bilinmektedir. Bechara ve arkadaşları (1997) prefrontal kortikal yaralanmaları olan hastaların gelecekte iyi veya kötü sonuçlar doğurabilecek kararları ayırt etmede eksiklikleri olduğunu ve bunun fizyolojik yanıt eksikliği ile bağlantılı olduğunu bulmuşlardır (48).

Bilişsel kontrol, düşünce, duygu ve motor cevapları eşgüdümlü, amaca yönelik davranış olarak bütünleştirebilme yeteneğidir. Davranışın bilişsel kontrolünün orbitofrontal kortekse bağlı olduğu düşünülmektedir. Orbitofrontal korteks kişinin eylemlerinin sonuçları hakkındaki mevcut bilgiler temelinde davranışı yönlendirmede çok önemli görev alır. Orbitofrontal korteksi de kapsayan ventromedial frontal korteks hasarı olan kişilerin çoğunlukla dürtüsel olarak tarif edilen yanlış karar verme ve normalden sapmış sosyal davranışlar gösterdiği bildirilmiştir (3).

Orbitofrontal korteks aynı zamanda uyarıların ne kadar ödül verici olduğunun algılanmasında rol oynar. Görsel uyarılar ile ödüllendirici ya da cezalandırıcı sonuçlar arasındaki ilişkilerin öğrenilmesi ile de ilgilidir. Orbitofrontal korteks işlevi bozuk hastalar belirgin kayıplar sonrasında bile çoğunlukla seçimlerini değiştirmez ve ödül

beklentisi ile girilen riskli kararlar arasında doğru olanı belirleyemezler. Bu bozulma cezalara doğru şekilde yanıt vermede güçlük ve dolayısıyla tecrübeden birşey öğrenme güçlüğü ile ilişkilidir. Edinilen tecrübeden ders almama ise dürtüsel ve sosyal açıdan uygun olmayan davranışlarla ilgili olabilir (3).

Medial prefrontal korteks ve orbitofrontal korteks ile birlikte anterior singulat korteksi de içine alan ve ventromedial prefrontal korteks olarak adlandırılabilen bölgenin amigdala ile birlikte dürtüsellik ve agresyonun şekillendirilmesinde önemli rol oynadığına ilişkin beyin görüntüleme verileri bulunmaktadır (3).

Striatum: Prefrontal korteks ile bağlantıları olan striatumun, dürtüsel davranışta rolü vardır. Birçok çalışma ödül ile ilişkili davranışın düzenlenmesinde nukleus akumbensin önemine işaret etmiştir. Nukleus akumbens ile güçlü bağlantıları olan bazolateral amigdala lezyonlarının sıçanlarda dürtüsel seçim yapma eğilimini arttırdığı ve nukleus akumbens ile bazolateral amigdalanın dürtüsellik kontrolünde etkileşim içinde oldukları ileri sürülmüştür. Yapılan bir çalışmada bazolateral amigdalanın orbitofrontal korteks'in işlevini tamamlayıcı bir görevi de olduğu ileri sürülmüştür. Bazolateral amigdala hasarının orbitofrontal korteks'in davranışın sonuçlarının kestirilmesi ile ilgili değerlendirmesinde bozulmalar yarattığı belirtilmiştir (3).

Dürtüsellikte rolü olduğu düşünülen diğer bir yapı subtalamik çekirdektir. Subtalamik çekirdek lezyonları motor dürtüsellikte artışa sebep olmaktadır (54). Başka bir çalışmada subtalamik çekirdek lezyonlarının bir yanıtı durdurulması sürecinin doğru şekilde başlatılmasında arızaya yol açtığı ileri sürülmüştür (3).

2.3.2. Dürtüsellik Nörokimyasal Nedenleri

Serotonin: Serotoninin dürtü kontrolü ile yakından ilgili olduğu uzun zamandır bilinmektedir. Beyin serotonin düzeyindeki azalmanın davranışın inhibisyonunu azalttığı belirtilmiştir. Beyin omurilik sıvısında serotonin metabolitinin düzeyinin düşüklüğü ile dürtüsel saldırganlık, şiddet ve intihar davranışı arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Dürtüsel nitelikte suç işleyen, şiddet uygulayan kişilerde bunu planlı

olarak yapan kişilere göre 5-HIAA daha düşük bulunmuştur. Beyin bölgelerinde doğrudan serotonin döngüsünün belirlenmesi ile yapılan çalışmalar da azalmış serotonin döngüsünün, dürtüsellik fizyopatolojisinde rol oynadığını desteklemektedir (3).

Dopamin: Dürtüsellikte dopaminin rolü oldukça sağlam verilerle desteklenmektedir. Nukleus akumbenste dopamin aktivitesinin artışı motor dürtüsellığı artırırken, muhtemelen prefrontal kortekste veya onun bir parçası olan orbitofrontal kortekste dopamin artışının dürtüsel karar vermeyi azaltması ilginçtir. Bu nedenle, dopaminin dürtüsellikteki rolü dürtüsellığın heterojen niteliğine çok iyi bir örnek oluşturmaktadır. Dopamin dürtüsellığın iki farklı yönü üzerinde, farklı beyin bölgelerindeki etkileri yoluyla çift yönlü etki göstermektedir. Linnoila ve arkadaşlarının çalışmasında dürtüsel nitelikte şiddet suçu işleyen antisosyallerde dopamin metaboliti beyin omurilik sıvısında homovalinik asit (BOS HVA) düzeyinde düşme, dürtüsel saldırgan davranış ile BOS HVA arasında ters yönde korelasyon saptanmıştır (3).

Noradrenalin: Noradrenalin iletimi motor dürtüsellikte önemli rol oynar. Yapılan çalışmalar noradrenalin iletiminin artmasının, motor dürtüsellikte azalmaya yol açtığını göstermektedir. Siever ve arkadaşları dürtüsellik gösteren kişilik bozukluğu olanlarda plazma noradrenalinin dürtüsellikle olan ilişkisinin pozitif korelasyon gösterdiğini bildirmişlerdir (55). Noradrenerjik iletimin hangi beyin bölgeleri ve reseptörleri aracılığıyla dürtüsellığı etkilediği henüz tam olarak bilinmemektedir. Yine de, dürtüsel davranışların tedavisinde noradrenalin iletimini hedeflemek ümit verici bir yol gibi görünmektedir (3).

Glutamat: Yapılan çalışmalar glutamat iletimindeki bozuklukların dürtüsel davranışlarda rolü olabileceğine işaret etmektedir. Nöroanatomik açıdan bakıldığında, sıçanlarda medial prefrontal kortekste ve özellikle prefrontal korteksin infralimbik bölgesinde glutamat iletimindeki azalmalar motor dürtüsellik artışı ile ilişkili bulunmuştur (3).

2.3.3. Dürtüsellığın Psikodinamik Nedenleri

Dürtü, içsel dürtülerin oluşmasıyla ya da içsel dürtülere karşı azalmış benlik (ego) direnci nedeniyle artmış olan gerginliği azaltmak için meydana gelen eylem

durumudur. Fenichel, dürtüsel davranışı, esas olarak anksiyete, suçluluk, depresyon ve diğer acı veren duyguların üstesinden gelme çabası olarak yorumlar. Fenichel'e göre bu eylemler içsel tehlikelere karşı savunmadır, ama sonucunda olduğundan farklı anlamlar taşıyan agresyon ya da cinsel doyum meydana gelir. Dışardan bakıldığında büyük bir hırs sonucu meydana gelmiş gibi görünen dürtüsel davranış, gerçekte rahatsızlık veren durumdan rahata geçme isteğiyle ilişkili olabilir. Kohut dürtüsel davranışın birçoğunun kendilik duygumunun yetersiz gelişimi ilgili olduğunu söyler. Onun gözlemlerine göre kişiler yaşamlarındaki önemli ilişkilerde aradıkları güven ve onayı bulamazlarsa, kendilik duyguları zedelenabilir. Bu zedelenmenin üstesinden gelmenin bir yolu olarak, kendilik duygumundaki bütünlüğü yeniden kazanmak için bu hastalar kendilerine ya da başkalarına yönelik dürtüsel davranış içine girebilirler (56).

2.3.4. Dürtüsellik ve Bipolar Bozukluk

Dürtüsellik, bipolar bozuklukta önemli bir role sahiptir ve affektif semptomların sonuçları ve mekanizmasıyla ilişkilendirilmiştir. Bu ilişki eyleme başlayışdaki dürtüsellikten kaynaklanmaktadır (57,58). Moeller ve arkadaşları (58) dürtüsellikle bipolar bozukluk arasındaki ilişkiyi 5 maddede göstermiştir.

- ❖ Yatkinlıkla ilişkili
- ❖ Hastalık dönemleriyle ve dönemlerin prodromuyla ilişkili
- ❖ İntihar ve madde bağımlılığı gibi komplikasyon riski ile ilişkili
- ❖ Genel veya özgül tedaviye verilen yanıt ile ilişkili
- ❖ Hastalığın patofizyolojisi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Yapılan başka çalışmalarda da dürtüsellik, bipolar bozukluğu olan hastalarda birçok negatif sonuçla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca intihar (5,59) ve madde kötüye kullanımı gibi (6,7) bipolar bozukluk komplikasyonlarına katkıda bulunduğu saptanmıştır. Michaelis ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptıkları çalışmada intihar girişimi öyküsü olanların olmayanlara göre dürtüsellik skorlarında yükseklik tespit etmişlerdir (48). Yine 2003'de yaptıkları çalışmada tek intihar girişimi olan bipolar

hastalarla çoklu intihar girişimi olanlar arasında dürtüsellik skorları arasında istatistiksel açıdan fark bulamamışlardır. Affektif bozukluğu olan hastaların 14 yıl süreyle takip edilerek yapılan başka bir çalışmada intihar girişimi ve tamamlanması açısından uzun dönem prediktörlerden birinin dürtüsellik olduğu belirtilmiştir (48).

Peluso ve ark. 2007 (60) yılında yaptıkları çalışmada, 24 depresif bipolar (DBP), 24 depresif unipolar (DUP), 12 ötimik bipolar (ÖBP) ve 10 ötimik unipolar (ÖÜP) hasta 51 sağlıklı kontrol grubuyla birlikte dürtüsellik yönünden değerlendirilmiştir. DBP, DUP, ÖBP hastalarda sağlıklı kontrollere göre tüm dürtüsellik ölçeğinde yüksek değerler göstermiştir. ÖÜP hastalar sağlıklı kontrol grubuna göre sadece motor-dürtüsellikte yüksek değer göstermiştir.

Swann ve arkadaşlarının (61) 2001 yılında impulsivite ve bipolar bozukluğun fazı arasındaki ilişkiyi incelemek için yaptıkları çalışmada 39 bipolar hasta (20 kadın, 19 erkek) ve dürtüsellikle ilişkili hastalıklar çalışma programına devam eden 35 kişiden (18 kadın, 17 erkek) oluşan kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonunda ötimik ve manik bipolar hastalarda aynı ve kontrol grubuna göre dürtüsellik skorlarında anlamlı derecede yükseklik saptamışlardır. Dürtüsellik ölçümü ile depresif semptomlar arasında ilişki görülmemiştir.

Swann ve arkadaşlarının (62) 2007 yılında yaptığı başka çalışmada bipolar hastalarda dürtüsellik depresif ve manik epizodlarla farklı bağlantısı olduğu gösterilmiştir. Motor dürtüsellik, mani ile ilişkili bulunurken, planlanmamış dürtüsellik depresyonla ilişkili bulunmuştur. Manik semptomlardan görünür hiperaktivitenin dürtüsellik skorları üzerinde güçlü ilişkisi bulunurken, depresif semptomlardan umutsuzluk, anhedoni ve intihar düşüncesinin dürtüsellik skorlarıyla güçlü ilişkisi saptanmıştır.

Bipolar bozukluktaki dönemler arasında (inter-epizod) dürtüsellik varlığının, izleyecek “çoğul” (depresif, manik, karma) dönemlerin gelişmesinde hangi ölçüde risk oluşturduğu hala açıklığa kavuşmamıştır (4).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1.Örnekleme

Çalışmamıza, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Adli Psikiyatri biriminde işledikleri suç nedeniyle ayaktan ya da yatarak gözlem ya da koruma ve tedavi amacıyla bulunan 47 erkek hasta ile Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Raşit Tahsin Duygudurum Merkezi'nde 2003 yılından itibaren izlenmekte olan adli suç kaydı olmayan 50 erkek kayıtlı hasta ardışık olarak alındı.

Çalışmaya Alınma Ölçütleri

- ❖ 18 – 65 yaş arasında olmak
- ❖ Erkek cinsiyet
- ❖ Okuma yazma bilmek
- ❖ DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre Bipolar I bozukluğu tanısı almış olmak
- ❖ Halen remisyonda olmak
- ❖ Bir araştırmaya katıldığına dair bilgilendirilmiş olmak ve yazılı onay vermiş olmak

Dışlama Ölçütleri

- ❖ 18 yaş altı ve 65 yaş üstünde olma
- ❖ Kadın cinsiyet
- ❖ Okuma yazma bilmemek

- ❖ DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre Bipolar I bozukluk dışında kalan affektif spektrum bozuklukları
- ❖ Epilepsi, kafa travması ve major bir nörolojik bozukluk öyküsünün olması
- ❖ Genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluklar
- ❖ Mental retardasyonu olanlar (IQ < 70 olanlar)

Olgular hastaneye yatış, başvuru sıra ve süresi gözetilmeden toplam 8 aylık süre içerisinde değerlendirilmiştir. Çalışmada hastalarla görüşerek çalışma prosedürü konusunda bilgi verildikten sonra, çalışmaya onay veren hastalarla görüşme yapıldı. Elde edilen anamnez bilgilerini doğrulamak ve tamamlamak amacıyla hastalarla görüşme sonrasında aile fertleriyle ya da akrabalarıyla da görüşme yapıldı. Daha sonra hastaların hastanemizdeki izlem ve yatış kayıtları ile elde edilen bilgiler bütünleştirildi. Bu şekilde hastalığın klinik seyir özellikleri (ilk atak tipi, atak tipleri, atak sayıları, hastaneye yatış sayı ve süreleri, iyilik dönemlerinin süreleri, psikotik özelliklerin varlığı, suicid girişimleri, alkol – madde kullanımları, kullanılan tedavi şekilleri) belirlendi.

Psikiyatrik tanıları DSM-IV tanı ölçütlerine göre konulmuş, SCID-I kullanılmış, ayrıca olguların klinik remisyon halinde olduklarının tespiti için Young Mani Derecelendirme Ölçeği ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği uygulanmıştır.

3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Değerlendirme Araçları

❖ Sosyodemografik Veri Formu:

Çalışmamızda kullanılan sosyodemografik veri formunda yaş, doğum yeri, geldiği bölge, meslek ve çalışma düzeni, ekonomik durum, aile birey kaybı, anne-baba ayrılığı, çocuklukta şiddete maruziyet, medeni durumu, kiminle yaşadığı, kardeş ve çocuk sayıları, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, hastalık ve klinik gidişe ait çeşitli özellikler araştırılmıştır. Hastalık başlangıç yaşı, hastalık yılı, geçirdiği manik-depresif-karma-hipomanik atak sayısı, toplam atak sayısı, hastaneye yatış sayısı, hastaneye yatışların toplam süresi, hızlı döngülülük, psikotik ataklar, suicid girişimi, şekli ve

sayısı, kendine zarar verme davranışı, alkol- madde kullanım öyküsü, kullandığı ilaçlar, tedaviye uyumu hastalık ve klinik gidişe ait özellikler içinde incelenmiştir. Adli Psikiyatri Biriminde görüşülen hastalar için veri formuna suç kaydı, suçun niteliği, yönü, sayısı, cezaevi yaşantısı, koruma tedavi ve süresi, ailede suç öyküsü gibi suçla ilgili sorular dahil edilmiştir.

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

SCID-I major DSM-IV eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir (63). Yapılandırılmış görüşme, tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak tanının geçerliliğinin artırılması, semptomların sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. Bu ölçek, çalışmada yaşam boyu ve o anki (son 1 ay içindeki) DSM-IV eksen I majör tanılarının ve komorbidite durumlarının tesbiti için kullanılmıştır. SCID-I'in Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Çalışmaya alınan her hastaya önce bu ölçek uygulanarak Bipolar I Bozukluk tanıları kesinleştirilmiştir (64).

❖ **Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ):**

Depresyonun değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Depresyon şiddetini ölçmek amacıyla kullanılır. Tanı koydurucu değildir, depresyonun seyrini izlemek amacıyla kullanılır. Hamilton (1960) (65) tarafından hazırlanan orijinal ölçek 17 maddelidir. HDDÖ'nin en sık olarak kullanılan 17 maddeli formu dışında bulunan diğer formları da zaman zaman kullanımda kendine yer bulmaktadır. Somatik yakınmaları daha ön planda değerlendirmeye eğilimlidir. Her item için 0-4 arası puan verilir. En yüksek puan 53'tür. Ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları (66) tarafından yapılmıştır.

Çalışmaya alınan deneklerin depresif semptomlarının değerlendirilmesi ve remisyonun belirlenmesi için uygulanmıştır.

❖ Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ):

Young ve arkadaşları (67) tarafından 1978 yılında geliştirilmiştir. Oluşturulan birçok ölçeğe rağmen, günümüzdeki klinik araştırmalarda manik durumun şiddetini ölçmeye yönelik en yaygın olarak kullanılan ölçektir. Young Mani Ölçeği 11 maddeden oluşan ve her biri beş şiddet derecesi içeren bir ölçektir. Ölçekteki maddeler, manik ataktaki tanımlanmış çekirdek belirtileri (hafiften ağıra doğru değerlendirebilecek şekilde) kapsamaktadır. Young Mani Derecelendirme Ölçeği'nin ülkemiz için geçerlilik ve güvenirliğini Karadağ ve arkadaşları (68) tarafından yapılmıştır(). Çalışmamıza remisyonun değerlendirilmesi için uygulanmıştır.

❖ İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği:

David, (69) içgörünün var ya da yok şeklinde değerlendirilemeyeceğini bildirerek, tedavi uyum, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanımadan oluşan üç bileşenden yola çıkarak, klinisyen tarafından uygulanan ve içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği'ni (İÜBDÖ) geliştirmiştir. 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 (70) tarafından yapılmıştır. Çalışmada ölçeğin 8. sorusu değerlendirmeye alınmamıştır.

❖ Barratt İmpulsivite Ölçeği:

Dürtüsellliği değerlendirmede kullanılan hastanın doldurduğu bir ölçektir. Bireyin kendisinden yanıt olarak 'nadiren/hiçbir zaman', 'bazen', 'sıklıkla' ve 'hemen her zaman/her zaman' seçeneklerinden en uygun ifadeyi işaretlemesi istenir. Otuz maddeden oluşur ve kendi içinde üç altölçeği vardır; dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük). BIS-11 değerlendirilirken 4 farklı alt skor elde edilir; toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik. Toplam BIS-11 skoru ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. BIS-

11'in Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Güleç ve arkadaşları (71) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, Türk örnekleme özgü ifadelerin kullanılmasının uygun olacağı belirtilerek daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle bu çalışmamızda ölçeğin değerlendirilmesi için Patton ve arkadaşlarının önerdiği puan anahtarları kullanılmıştır (51).

❖ Saldırganlık Ölçeği:

Buss ve Perry tarafından, 1992 (72) yılında Buss-Durkee Hostility Inventory'nin düzenlenmesiyle "Aggression Questionnaire" elde edilmiştir. Kendini değerlendirme biçiminde hazırlanmış olup, 34 maddelik beşli Likert tipi yanıtlar içerir. "Karakterime hiç uygun değil, çok az uygun, biraz uygun, çok uygun, tam uygun" olarak beş seçeneği olan ölçekte hastanın kendine uyan cevabı işaretlemesi istenir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliği Can tarafından 2002 yılında uzmanlık tezi olarak yapılmış olup her madde için 1-5 arasında puan verilmektedir(29). Değerlendirilmesinde sözel, dolaylı, öfkesel, düşmanlık, fiziksel saldırganlık olmak üzere 5 alt skor ve toplam puana bakılır.

❖ Bipolarite İndeksi:

Bipolarite İndeksi, bipolar bozuklukların boyutsal değerlendirilmesinde kullanılmak üzere geliştirilmiş bir ölçektir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH) desteğiyle planlanan, iyi tanımlanmış geniş bir bipolar örneklem üzerinden hastalığın seyrini ve tedaviye yanıtını incelemek, dolayısıyla karşı karşıya kalınabilecek riskleri öngörmek amaçlı yürütülen STEP-BD (Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder) çalışmasında kullanılan birçok ölçekten biri olan Bipolarite İndeksi, kategorik yaklaşımı olan DSM tanı sisteminden farklı olarak, hastanın boyutsal değerlendirilmesine olanak verir. Böylece hastanın ne oranda bipolar olduğunu belirtmekle kalınmamış, aynı zamanda bipolaritenin nicel olarak da görülmesi sağlanmış olur (73).

Bipolarite İndeksi hesaplanırken, beş ayrı boyutta değerlendirilen hastadan alınan bilgiler puanlanmaktadır. İndeks, deneyimli bipolar araştırmacılardan oluşan bir kurul tarafından (Sachs G, Baldassano C, Ghaemi SN, Demopoulos C) geliştirilmiş olup, hastayı ayrıntılı değerlendirme ve aileden alınan öyküden elde edilen bilgiler

temelinde, beş ayrı boyutta inceleyerek (dönem özelliği, başlangıç yaşı, hastalık seyri, tedavi yanıtı ve aile öyküsü), bipolar I bozukluğun en karakteristik özelliklerine yakınlığına göre profilini hesaplamaktadır. Kısa süreli ilk görüşmede hesaplanan Bipolarite İndeksinin, hastalığın tanısı, boyutsal olarak değerlendirilmesi, dolayısıyla uygun tedavi yaklaşımının geliştirilmesinde, uzun süreli izlem sonucu hesaplandığı durumlara yakın derecede faydalı olabileceği gösterilmiştir (73). Çalışmamızda olgularla tek tek görüşme yapılarak hesaplanan Bipolarite İndeksi ile bipolar I bozukluğunun boyutsal incelemesi yapılmaya çalışılmıştır.

3.3. İstatistiksel İncelemeler

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. Parametreler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışmamıza Bipolar I bozukluğu tanısı almış remisyonda (ötimik) 97 hasta alınmıştır.

Suç Kaydı Olan Bipolar I Bozukluğu Olan Olgular: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Adli servislerinde işledikleri suç nedeniyle yatarak izlenen veya adli psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran 47 erkek olgu alınmıştır.

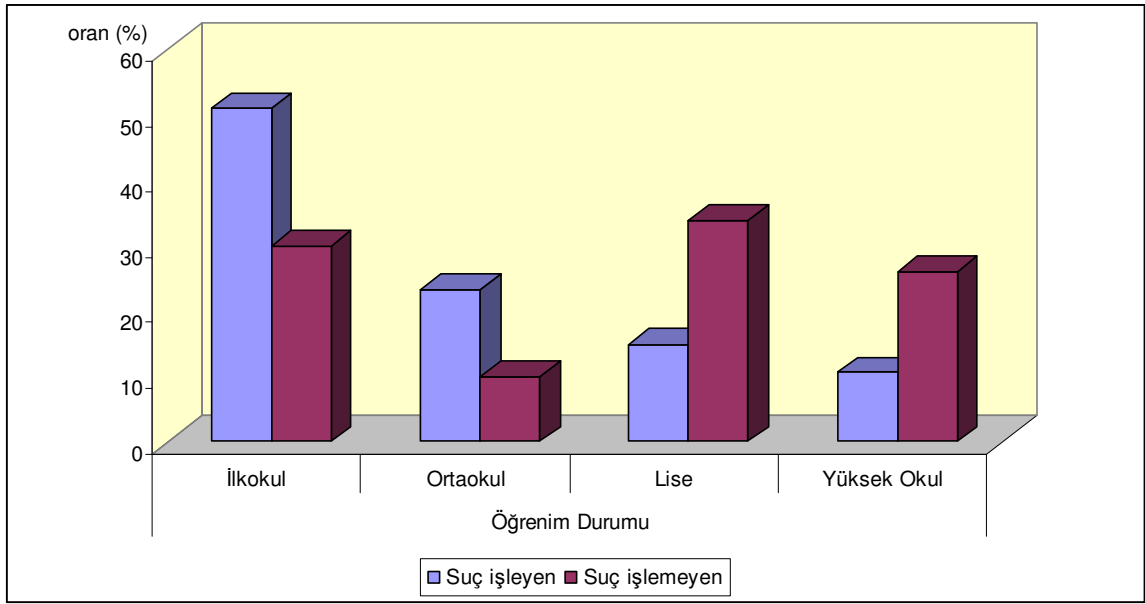
Suç Kaydı Olmayan Bipolar I Bozukluğu Olan Olgular: : Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Raşit Tahsin Duygudurum Merkezinde ayaktan takip edilen bilinen suç kaydı olamayan 50 erkek olgu alınmıştır.

❖ Sosyodemografik Özellikler:

Cinsiyet: Olguların hepsi erkektir.

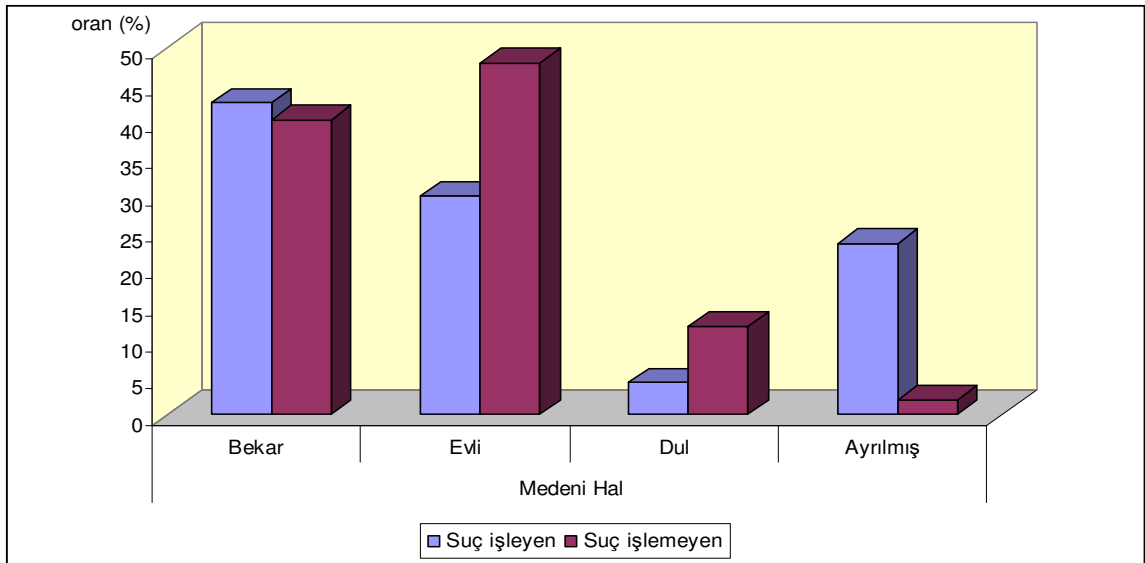
Yaş: Yaş ortalaması toplamda $38,96 \pm 10,34$ bulunurken, suç işlememiş olgularda $39,20 \pm 10,73$, suç işleyen grupta $38,70 \pm 10,06$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasında student t testine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Öğrenim Durumu: Olguların toplamda öğrenim durumuna bakıldığında %40,2'sinin ilkokul mezunu (eğitim süresi 5 yıl olarak alınmıştır.) olduğu, suç işleyen grupta bu oranın %51,1'e çıktığı saptanmıştır. Suç işlemeyen grup daha fazla lise mezunuyken (%34), suç işleyen grupta bu oran %14,9 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,001$). Dağılım Tablo-1'de verilmiştir.



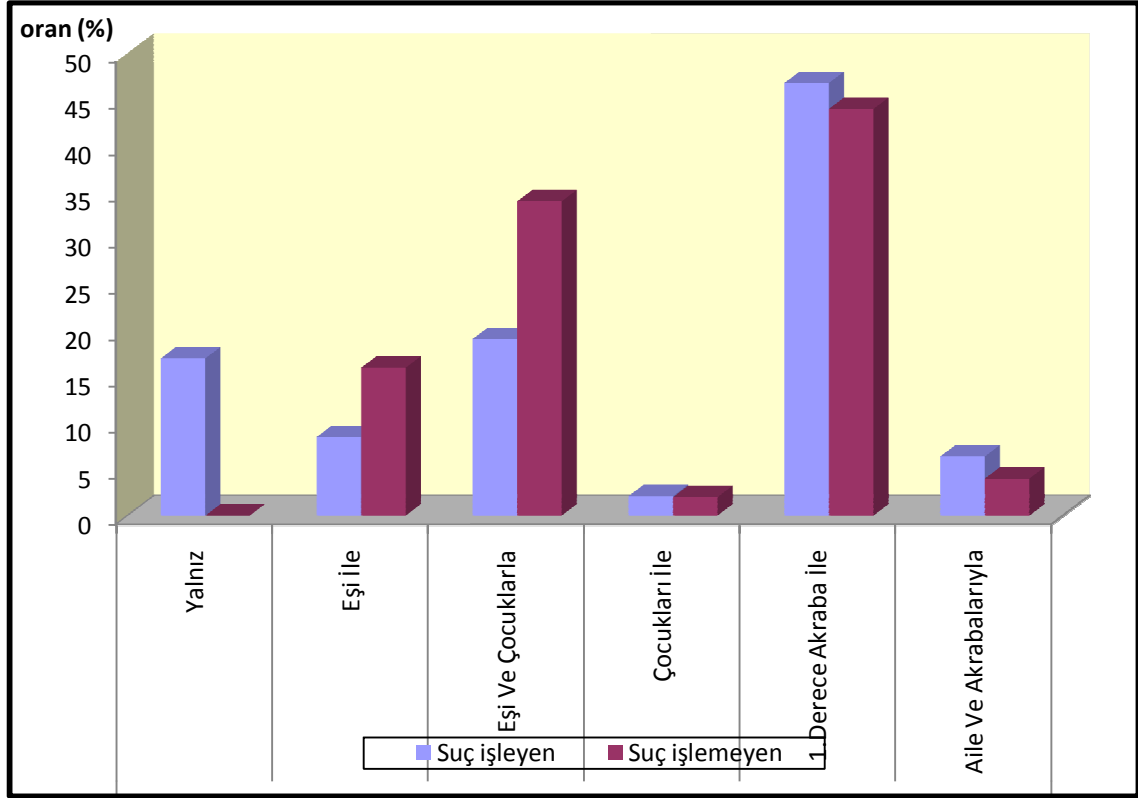
Şekil 1: Eğitim durumuna göre suç işleme oranlarının dağılımı

Medeni Durumu: Olguların %40,2'si bekarken, eşlerinden ayrılanlar ve eşleri ölenlerle birlikte bu oran %60,8' e yükselmiştir. Bekar olanların oranı suç işlemiş grupta %42,6 iken, suç işlememiş grupta %40,2 olarak bulunmuştur. Suç işlemeyen olguların evli olma oranları suç işleyenlerden anlamlı şekilde yüksekken; suç işleyen olguların eşlerinden ayrılmış olma oranları anlamlı şekilde yüksektir. Her iki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark ($p<0,01$) olduğu saptanmıştır. Dağılım Tablo- 1'de verilmiştir.



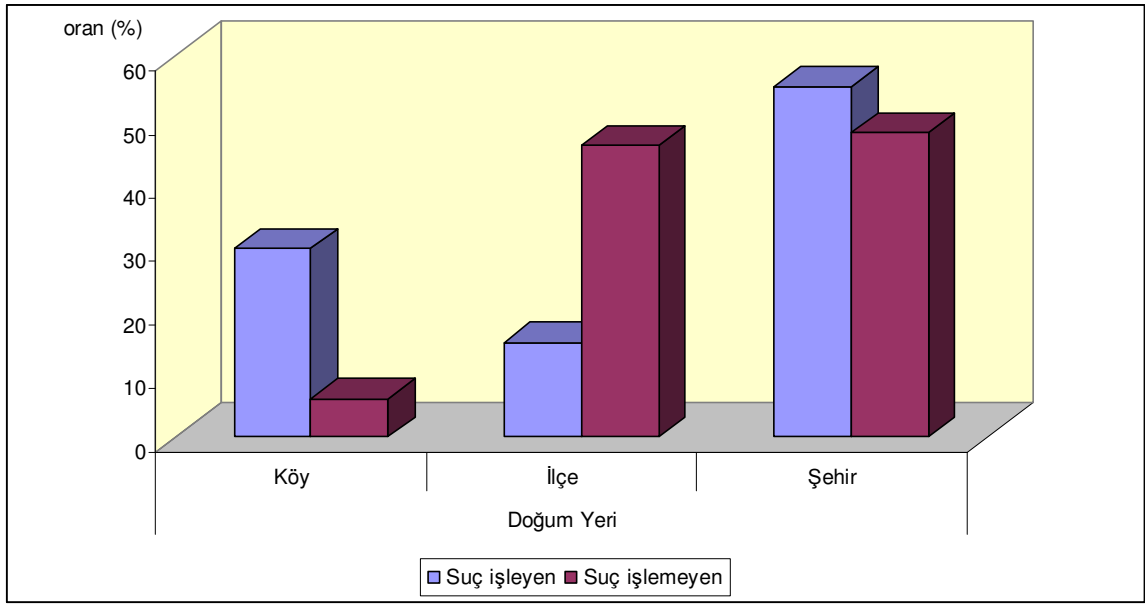
Şekil 2: Medeni duruma göre suç işleme oranlarının dağılımı

Kiminle Yaşadığı: Olguların büyük kısmının (%45,4) 1. Derece akrabaları ile yaşadığı, %8,2'sinin yalnız yaşadığı saptanmıştır. Suç işlemiş olgularda yalnız yaşama oranı %17 olarak bulunmuştur. Suç işleyen grupta eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşama oranı %19,1 iken suç işlemeyen grupta bu oran %34 bulunmuştur. Dağılım Tablo- 2'de verilmiştir.



Şekil 3: Kiminle yaşadığına göre suç işleme oranlarının dağılımı

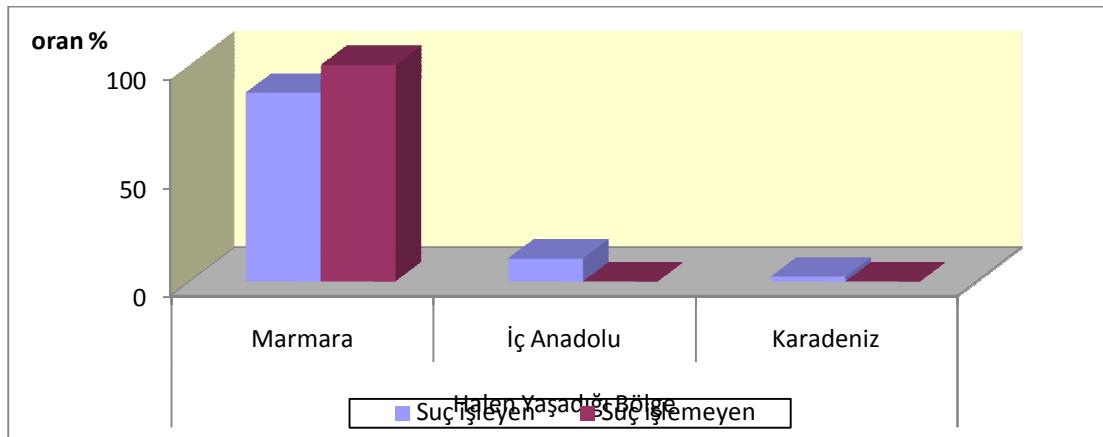
Doğum Yeri: Suç işlemiş olanların köyde doğmuş olma oranları (%29,8) suç işlememiş olanlardan (%6) anlamlı şekilde yüksektir. Doğum yerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.001$) Dağılım Tablo- 3'de verilmiştir.



Şekil 4: Doğum yerine göre suç işleme oranlarının dağılımı

Halen Yaşanılan Yer: Olguların %81,4'ü şehirde yaşamaktayken, suç işleyen grupta bu oran %72,3, suç işlemeyen grupta %90 idi. Halen yaşanılan yere göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Suç işlemiş olanların halen köyde yaşıyor olma oranları, suç işlememiş olanlardan anlamlı şekilde yüksektir. Dağılım Tablo-4'de verilmiştir.

Halen Yaşanılan Bölge: Halen yaşanılan bölgeye göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Suç işlememiş olguların tamamı Marmara Bölgesinde yaşıyor olma oranları, suç işlemiş olguların İç Anadolu bölgesinde yaşıyor olma oranları suç işlememiş olanlardan anlamlı şekilde yüksektir. Dağılım Tablo-3'de verilmiştir.



Şekil 5: Halen yaşadığı bölgeye göre suç işleme oranlarının dağılımı

Tablo 1: Demografik özelliklere göre grupların değerlendirilmesi

		Suç işleyen	Suç işlemeyen	Toplam	⁺ <i>p</i>
		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Yaş		38,70±10,06	39,20±10,73	38,96±10,36	0,814
		Suç işleyen n (%)	Suç işlemeyen n (%)	Toplam n (%)	⁺⁺ <i>p</i>
Öğrenim Durumu	İlkokul	24 (%51,1)	15 (%30)	39 (%40,2)	0,007**
	Ortaokul	11 (%23,4)	5 (%10)	16 (%16,5)	
	Lise	7 (%14,9)	17 (%34)	24 (%24,7)	
	Yüksek Okul	5 (%10,6)	13 (%26)	18 (%18,6)	
Medeni Hal	Bekar	20 (%42,6)	19 (%40,2)	39 (%40,2)	0,005**
	Evli	14 (%29,8)	24 (%48)	38 (%39,2)	
	Dul	2 (%4,3)	6 (%12)	8 (%8,2)	
	Ayrılmış	11 (%23,4)	1 (%2)	12 (%12,4)	

⁺ Student t test

⁺⁺ Ki-kare test

**** $p < 0.01$**

Tablo 2: Kiminle Yaşadığının Dağılımı

		Suç işleyen	Suç işlemeyen	Toplam
		n (%)	n (%)	n (%)
Kiminle Yaşadığı	Yalnız	8 (%17)	-	8 (%8,2)
	Eşi ile	4 (%8,5)	8 (%16)	12 (%12,4)
	Eşi Ve Çocuklarla	9 (%19,1)	17 (%34)	26 (%26,8)
	Çocukları ile	1 (%2,1)	1 (%2)	2 (%2,1)
	1.Derece Akraba ile	22 (%46,8)	22 (%44)	44 (%45,4)
	Aile Ve Akrabalarıyla	3 (%6,4)	2 (%4)	5 (%5,2)

Tablo 3: Doğum yeri, halen yaşadığı bölge göre değerlendirmeler

		Suç işleyen	Suç işlemeyen	Toplam	<i>p</i>
		n (%)	n (%)	n (%)	
Doğum Yeri	Köy	14 (%29,8)	3 (%6,0)	17 (%17,5)	0,001***
	İlçe	7 (%14,9)	23 (%46,0)	30 (%30,9)	
	Şehir	26 (%55,3)	24 (%48,0)	50 (%51,5)	
Halen Yaşadığı Bölge	Marmara	41 (%87,2)	50 (%100)	91 (%93,8)	0,033*
	İç Anadolu	5 (%10,6)	-	5 (%5,2)	
	Karadeniz	1 (%2,1)	-	1 (%1,0)	

*Ki-kare test** $p < 0.05$ *** $p < 0.001$

Tablo 4: Halen Yaşanılan Yer

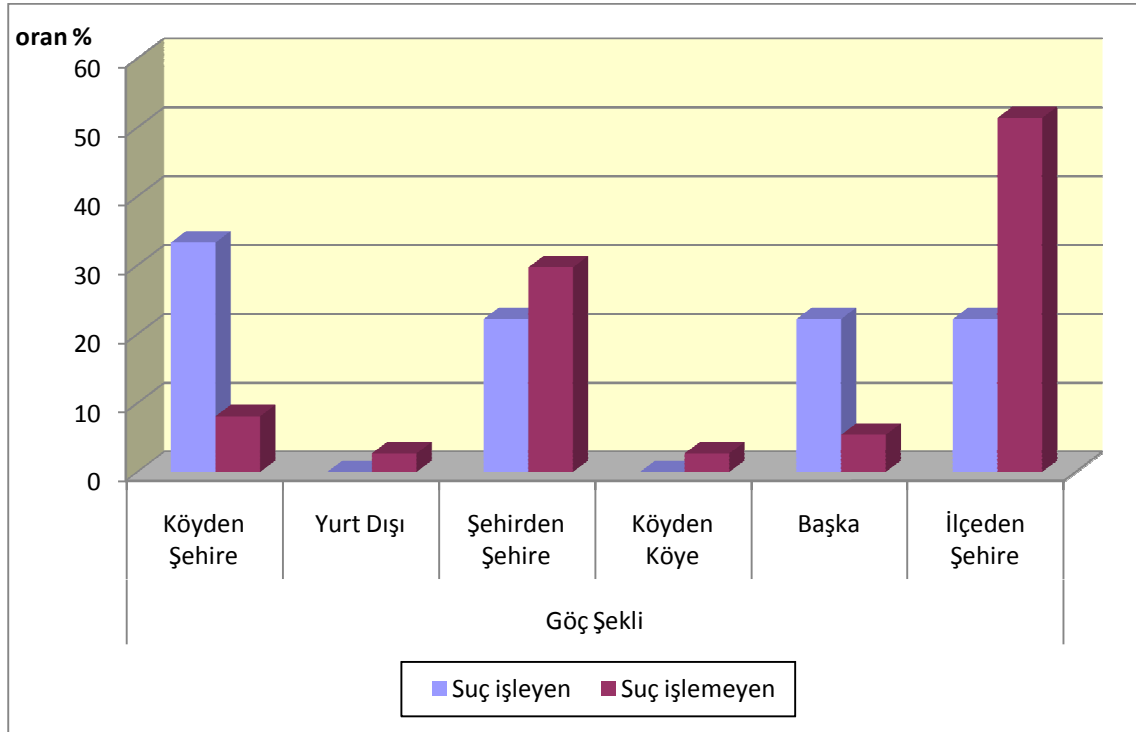
		Suç işleyen	Suç işlemeyen	Toplam	<i>p</i>
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Halen Yaşadığı Yer	Köy	4 (%8,5)	-	4 (%4,1)	0,037*
	İlçe	9 (%19,1)	5 (%10)	14 (%14,4)	
	Şehir	34 (%72,4)	45 (%90)	79 (%81,4)	

Ki-kare test

* $p < 0.05$

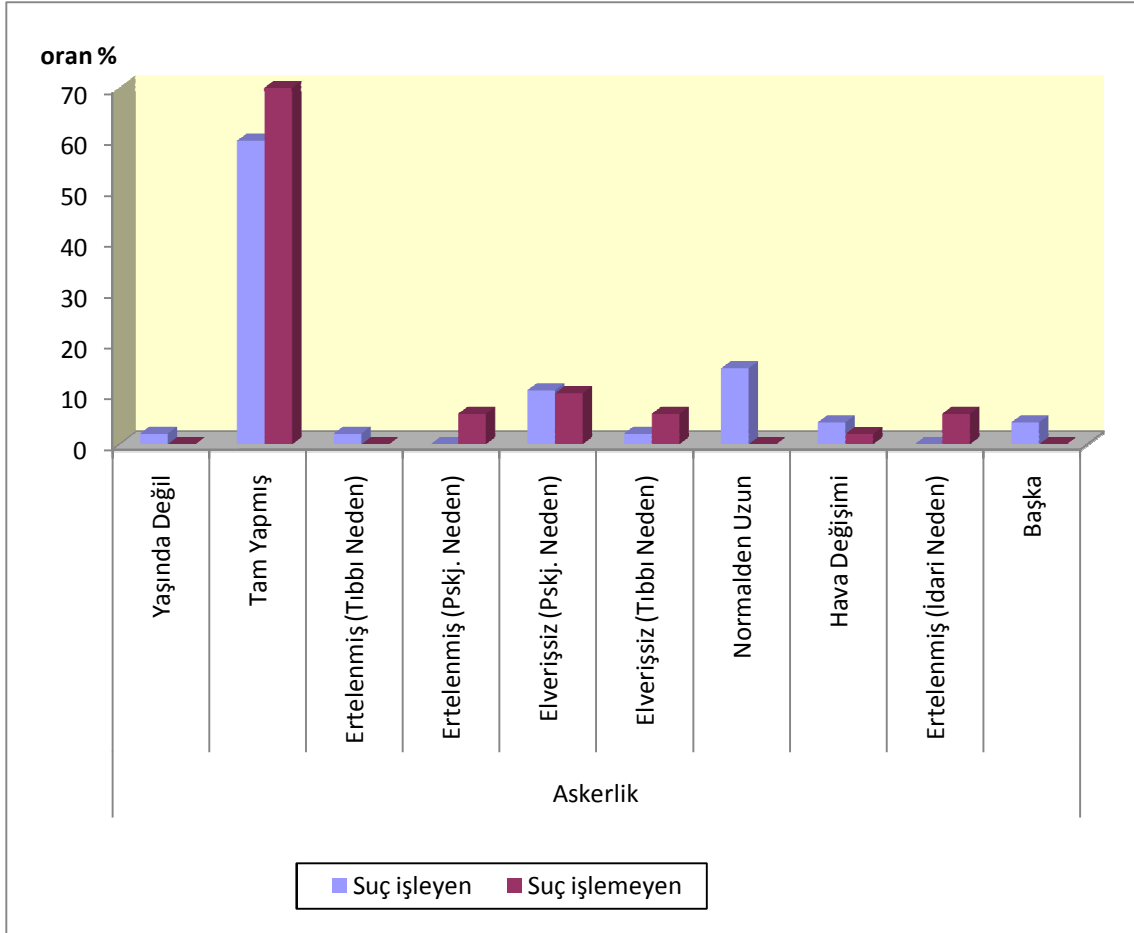
*** $p < 0.001$

Göç Etmiş Olma: Suç işlemiş olgularda % 38,3 oranında yaşamlarının bir döneminde göç öyküsünün bulunduğu, bu oranın suç işlememiş grupta daha fazla olduğu (%74) bulunmuştur. Suç işlemiş grupta köyden şehre göç oranı yüksek (%33,3) iken, suç işlememiş olgularda ilçeden şehre göç oranının yüksek (%51,4) olduğu bulunmuştur. Dağılım Tablo- 5’de verilmiştir.



Şekil 6: Göç şekli duruma göre suç işleme oranlarının dağılımı

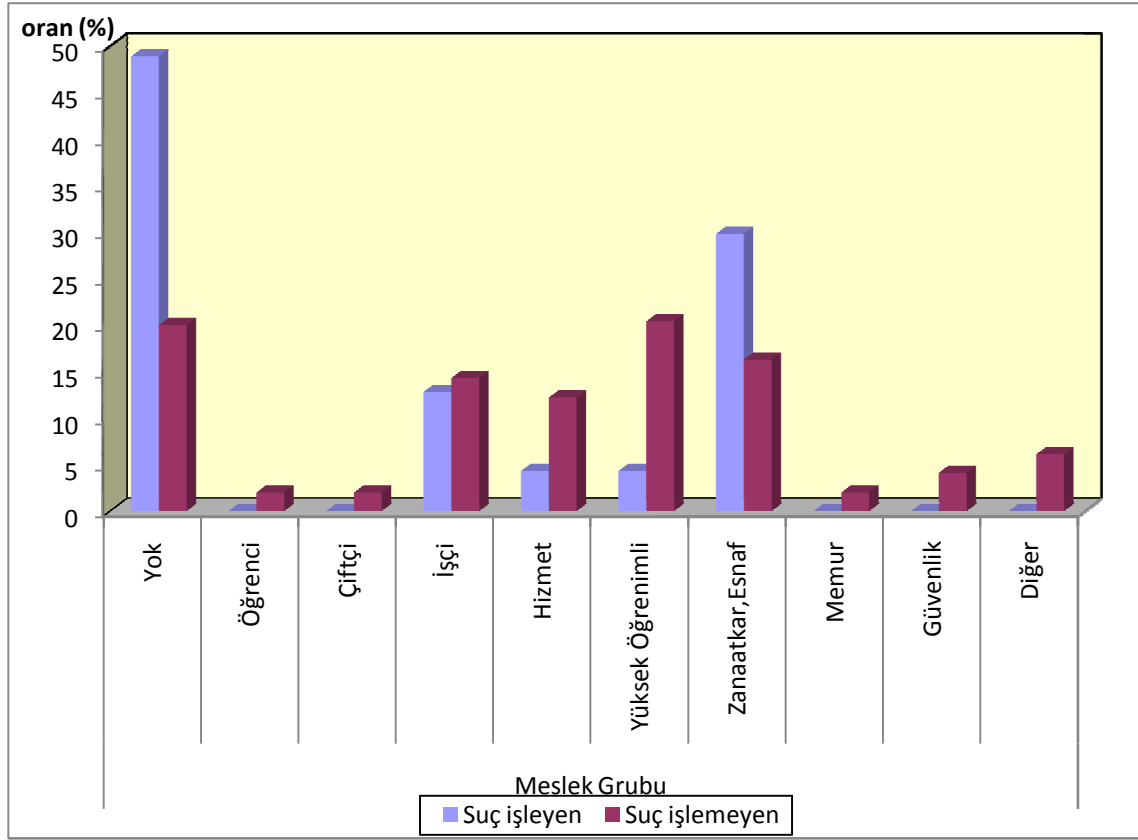
Askerlik: Olguların %64,9'u tam yaparken; %10,3'ü psikolojik nedenlerle elverişsiz raporu almıştır. Az sayıda olgu askerlik sırasında hava değişimi almış veya askerliği psikiyatrik nedenlerle ertelenmiş durumdadır. Dağılım Tablo- 6'da verilmiştir.



Şekil 7: Askerlik durumuna göre suç işleme oranlarının dağılımı

Meslek: Tüm olgular ele alındığında, %34'nün herhangi bir mesleğinin olmadığı, suç işlemiş olgularda bu oranın %48,9 olduğu, suç işlememişlerde ise %20 olduğu saptanmış olup iki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark ($p<0,01$) olduğu bulunmuştur. Suç işlemiş olgularda zanaatkar, esnaf, tüccar olanların oranı %29,8 iken, suç işlememiş olgularda bu oran %16,3'dür. Suç işlememiş olguların

yüksek öğrenimle edinilen meslek sahibi olma oranı %20,4 iken, suç işleyen grupta bu oran %4,3 olarak bulunmuştur. Dağılım Tablo- 7’de verilmiştir.

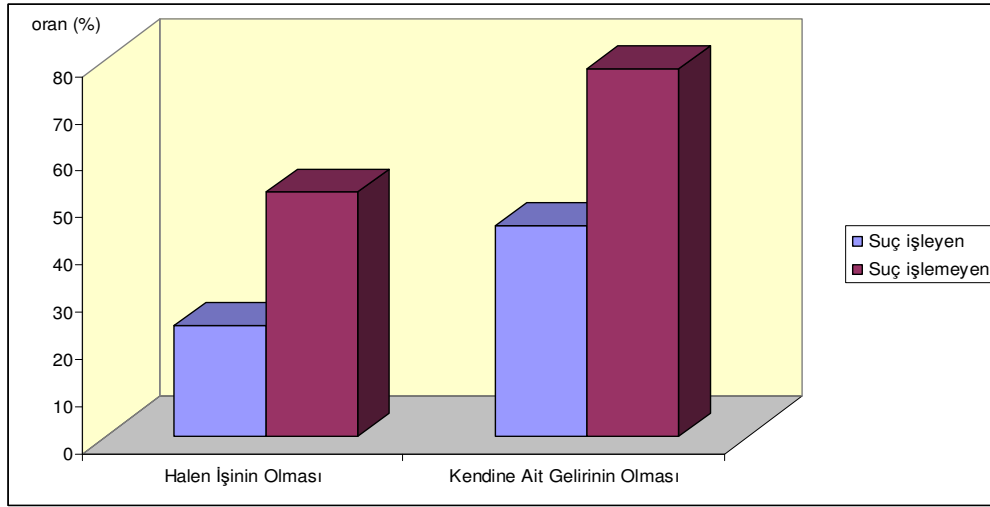


Şekil 8: Meslek Grubuna göre suç işleme oranlarının dağılımı

Çalışma Düzeni: Suç işlemiş olguların iş durumu değerlendirildiğinde, suç öncesinde % 46,8’nin işsiz olduğu, çalışanlarında büyük çoğunluğunun (%48,9) düzensiz çalıştığı saptanmıştır. Olguların %61,9’nun halen işsiz olduğu, bu oranın en büyük kısmını suç işleyenlerin oluşturduğu saptanmıştır. Halen bir işlerinin olma oranı suç işlemeyenlerde %52 iken suç işleyenlerde %23,4 olarak bulunmuş olup bu sonuç istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir.($p<0,01$)

Olguların %38,1’nin kendisine ait geliri olmadığı, suç işleyen grupta bu oranın %55,3, suç işlemeyen grupta %22 olduğu bulunmuştur. Suç işlemeyen olguların kendilerine ait bir

gelirlerinin olma oranı, suç işleyen olgulardan istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0.001$). Dağılım Tablo-7 ve 8’de verilmiştir.



Şekil 9: Halen iş olması ve kendine ait gelirinin olması durumuna göre suç işleme durumunun dağılımları

Tablo 5: Göçe ilişkin bilgilerin dağılımı

		Suç işleyen	Suç işlemeyen	Toplam	<i>p</i>
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Göç	Var	18 (%38,3)	37 (%74)	55(56,7)	0,001***
	Yok	29 (%61,7)	13 (%26)	42 (%43,3)	
Göç Şekli	Köyden Şehire	6 (%33,3)	3 (%8,1)	9 (%16,4)	
	Yurt Dışı	-	1 (%2,7)	1 (%1,8)	
	Şehirden Şehire	4 (%22,2)	11 (%29,7)	15 (%27,3)	
	Köyden Köye	-	1 (%2,7)	1 (%1,8)	
	Başka	4 (%22,2)	2 (%5,4)	6 (%10,9)	
	İlçeden Şehire	4 (%22,2)	19 (%51,4)	23 (%41,8)	

⁺⁺ *Ki-kare test*

***** $p<0.001$**

Tablo 6: Askerliğe ilişkin bilgilerin dağılımı

Askerlik	Suç işleyen	Suç işlemeyen	<i>Toplam</i>
	n (%)	n (%)	<i>n (%)</i>
Yaşında Değil	1 (%2,1)	-	1 (%1,0)
Tam Yapmış	28 (%59,6)	35 (%70)	63 (%64,9)
Ertelenmiş (Tıbbi Neden)	1 (%2,1)	-	1 (%1,0)
Ertelenmiş (Pskj. Neden)	-	3 (%6)	3 (%3,1)
Elverişsiz (Pskj. Neden)	5 (%10,6)	5 (%10)	10 (%10,3)
Elverişsiz (Tıbbi Neden)	1 (%2,1)	3 (%6)	4 (%4,1)
Normalden Uzun	7 (%14,9)	-	7 (%7,2)
Hava Değişimi	2 (%4,3)	1 (%2)	3 (%3,1)
Ertelenmiş (İdari Neden)	-	3 (%6)	3 (%3,1)
Başka	2 (%4,3)	-	2 (%2,1)

Tablo 7: İş düzeninin suça göre değerlendirilmesi

		Suç işleyen	
		n	%
Suç Öncesi İş	Var	25	53,2
	Yok	22	46,8
Suç Öncesi İş Düzeni	Çalışmıyor	19	40,4
	Düzensiz	23	48,9
	Düzenli	2	4,3
	Emekli	3	3,1

Tablo 8: Meslek Grubu özelliklerine göre grupların değerlendirilmesi

		Suç işleyen	Suç işlemeyen	Toplam	⁺⁺ <i>p</i>
		n (%)	n (%)	n (%)	
Meslek Grubu	Yok	23 (%48,9)	10 (%20)	33 (%34)	0,003**
	Var	24 (%51,1)	40 (%80)	64 (%66)	
	Öğrenci	0 (%0)	1 (%2)		
	Çiftçi	0 (%0)	1 (%2)		
	İşçi	6(%12,8)	7(%14,3)		
	Hizmet	2(%4,3)	6 (%12,2)		
	Yüksek öğrenimle edinilen	2 (%4,3)	10 (%20,4)		
	Zanaatkar,Esnaf	15 (%29,8)	8 (%16,3)		
	Memur	0 (%0)	1 (%2)		
	Güvenlik	0 (%0)	2 (%4,1)		
	Diğer	0 (%0)	3 (%6,1)		

⁺⁺ *Ki-kare test*

****** *p<0.01*

******* *p<0.001*

Tablo 9: Halen bir işinin ve kendine ait gelirinin olma durumuna göre değerlendirmeler

		Suç işleyen	Suç işlemeyen	Toplam	<i>P</i>
		n (%)	n (%)	n (%)	
Halen İşinin Olması	Yok	36 (%76,6)	24 (%48)	33 (%61,9)	0,004**
	Var	11 (%23,4)	26 (%52)	37 (%38,1)	
Kendine Ait Gelirinin Olması	Yok	26 (%55,3)	11 (%22)	37 (%38,1)	0,001***
	Var	21 (%44,7)	39 (%78)	60 (%61,9)	

Ki-kare test

****** *p<0.01*

******* *p<0.001*

Sosyal Güvence Durumu: Olguların tümü değerlendirildiğinde, sosyal güvencesi olmayanların oranı %29,9 olarak bulunmuş, suç işlemiş olgularda bu oranın %54,4, suç işlememiş olgularda ise %4 olduğu, istatistiksel olarak her iki grup arasında çok ileri derecede anlamlı fark ($p<0,001$) bulunduğu saptanmıştır. Suç işleyen olguların herhangi bir sosyal güvencelerinin olmama oranı, suç işlemeyen olgulardan anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 10: Sosyal Güvence özelliklerine göre grupların değerlendirilmesi

		Suç işleyen	Suç işlemeyen	Toplam	^{++}p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Sosyal Güvence	Yok	27 (%54,4)	2 (%4)	29 (%29,9)	0,001***
	Emekli Sandığı	0 (%0)	6 (%12)	6 (%6,2)	
	SSK	12 (%25,2)	27 (%54)	39 (%40,2)	
	Bağ-kur	3 (%6,4)	7 (%14)	10 (%10,3)	
	Yeşil Kart	5 (%10,6)	8 (%16)	13 (%13,4)	

Özgeçmişe Ait Özellikler:

15 Yaş Öncesi Aile Bireyi Kaybı: Olguların %18,6'sında 15 yaşından önce aile bireyi kaybı bulunmuştur. Suç işleyen ve işlemeyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Olguların birey kaybındaki yaşları 3 ile 14 arasında değişmekte olup ortalama $8,59\pm3,50$ 'dir. Dağılım Tablo- 11'de verilmiştir.

Anne Baba Ayrılığı: Suç işleyen grupta anne baba ayrılığı %8,7 oranında saptanmışken, suç işlemeyen grupta %6 bulunmuştur. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Dağılım Tablo- 11'de verilmiştir.

Tablo 11: Aile bireyi kaybı ve ayrılıklarının suç işleme durumuna göre değerlendirilmesi

	Suç işleyen	Suç işlemeyen	Toplam	<i>P</i>
	n (%)	n (%)	n (%)	
Aile Bireyi Kaybı	9 (%19,1)	9 (%18)	18 (%18,6)	0,884
Aile Bireyi Ayrılığı	4 (%8,7)	3 (%6)	7 (%7,3)	0,707

Ki-kare test

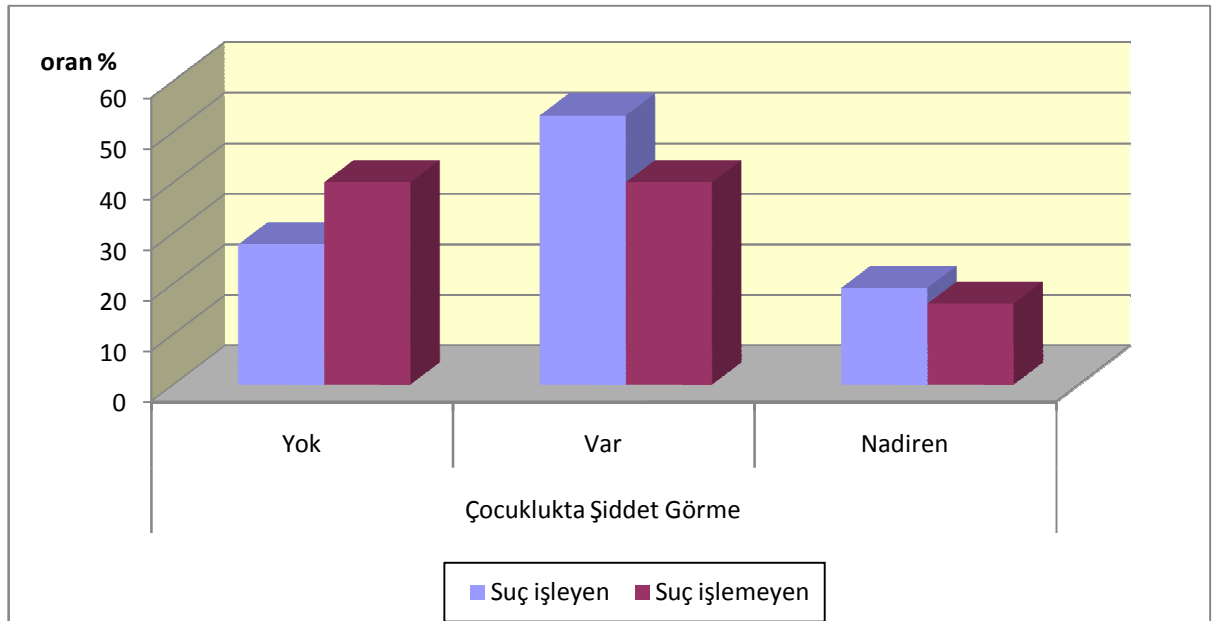
	Min-Max	Ort + SD
Birey Kaybındaki Yaş	3-14	8,59+350

Çocuklukta Şiddete Maruziyet: Olguların %66'sı çocukken şiddete maruz kalmışken suç işleyenlerde bu oran %72,3 olarak bulunmuştur. Çocuklukta şiddet görme ve görülen şiddetin türüne göre suç işleme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Dağılım Tablo- 12'de verilmiştir.

Tablo 12: Çocuklukta şiddet görme ve şiddetin türüne göre değerlendirmeler

		Suç işleyen	Suç işlemeyen	Toplam	<i>P</i>
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Çocuklukta Şiddet Görme	Yok	13 (%27,7)	20 (%40)	33 (%34)	0,440
	Var	25 (%53,2)	22 (%40)	47 (%48,5)	
	Nadiren	9 (%19,1)	8 (%16)	17 (%17,5)	
Şiddetin Türü	Elle	27 (%75)	28 (%93,3)	55 (%83,3)	0,128
	Sert Cisim	8 (%22,2)	2 (%6,7)	10 (%15,2)	
	Kırbaç gibi cisimle	1 (%2,8)	-	1 (%1,5)	

Ki-kare test



Şekil 10: Çocuklukta şiddet görme durumuna göre suç işleme oranlarının dağılımı

❖ Adli Özgeçmişle İlgili Özellikler:

İlk Suç İşleme Yaşı: Örneklem grubundaki 47 olgunun ilk suç işleme yaşları 13 ile 57 arasında değişmekte olup ortalama $32,15 \pm 10,39$ olarak bulunmuştur.

Halen durumu: Suç işlemiş olguların çalışma sırasındaki durumları değerlendirilmiş; %42,5'inin koruma tedavisinin tamamlandığı ve adli poliklinikten tıbbi kontrol ve takiplerinin yapıldığı, %19,1'inin halen yatarak koruma tedavi altında olduğu, %17'sinin işledikleri bir suç nedeniyle cezaevindeyken tedavi amacıyla hastanemize başvurduğu ve tutuklu servisinde tedavi edildiği, %10,6'sının cezaevindeyken hastalık şüphesi ya da iddiası nedeniyle hakkında rapor düzenlenmek üzere hastanemize gönderildiği ve tutuklu servisinde gözleminin yapıldığı, %6,3'ünün hakkında rapor düzenlenmek üzere hastanemiz adli psikiyatri kliniğinde yatırılarak gözlem altına alındığı, %4,2'sinin de halen remisyonda olup ayaktan tedavisinin yapıldığı görülmüştür.

Suçun Türü: Olguların %63,7'sinin kişiye yönelik suç işlediği, aynı anda kişi ve mala yönelik suçlarla birlikte bu oranın %82,9 olduğu, %34 oranında yaralama suçunun en yüksek olduğu, ikinci sırada %17 oranında adam öldürme suçunun işlendiği saptanmıştır. Şiddet dışı suçlar içinde en sık (%8,5) olarak tehdit suçunun işlendiği belirlenmiştir.

Suçun Yönü: Olguların %11,3'ünün anne, baba, kardeş ve eş gibi 1. derecede akrabalarını hedef aldığı, bunlar içinde %4,1 ile en çok annelerin hedef olduğu, ikinci sıklıkta %3,1 ile eşlerin ve babaların hedef olduğu saptanmıştır

Suç Sırasında Alkol/Madde Kullanımı: Olguların %44,7'sinde, suçun işlenmesi sırasında psikoaktif madde kullanımı olduğu, 15 olgu (%71,5) ile en çok alkol kullanıldığı, ikinci sırada esrar kullanımının olduğu (%14,3) saptanmıştır

Tedaviye uyum durumu: Olguların tedaviye uyumu değerlendirilirken, düzenli ilaç kullanımının olup olmadığı, ayaktan poliklinik takiplerine düzenli gelip gelmediklerine bakılmıştır. Suç işlemiş olguların %75'inin tedaviye uyum göstermedikleri, düzenli ayaktan ve yatarak tedavi olanların sadece %21,3 oranında olduğu saptanmıştır.

Dağılımlar Tablo- 13-14-15’de verilmiştir.

Tablo 13: Sadece suç işleyen gruba ait özelliklerin dağılımı (n=47)

		Suç işleyen	
		n	%
Servise Uyumu	Uyumsuz	14	29,8
	Uyumlu	33	70,2
Geçmişte Cezaevi yaşantısı	Var	21	47,7
	Yok	26	55,3
Halen Durumu	Tutuklu	13	27,6
	Serbest	34	72,4
Suçun Türü	Adam Öldürme	8	17
	Öldürme Girişimi	1	2,1
	Yaralama	16	34
	Mala Amaçlı Zarar	1	2,1
	Yangın Çıkarma	2	4,3
	Tehdit	4	8,5
	Konut Doku. İhmali	1	2,1
	Uyuşturucu Satmak	2	4,3
	Gasp	3	6,4
	Hırsızlık	3	6,4
	Dolandırıcılık	1	2,1
	Kamı Suçları	1	2,1
	Örgüt Üyeliği	2	4,3
	Silahla Tehdit	1	2,1
	Başka	1	2,1
Suç Kime Karşı İşlendi	Suç Kişiye Karşı	13	13,4
	Değil		
	Öz Anne	4	4,1
	Öz Baba	3	3,1
	Öz Kardeş	1	1,0
	Eş	3	3,1
	Akraba	3	3,1
	Arkadaş	4	4,1
	Komşu	1	1,0
	Kamu Görevlisi	2	2,1
	Birden Fazla	10	10,3
	Tanınmayan Kişi	3	3,1
Suç Aleti	Alet Yok	17	36,2
	Bıçak	2	4,3
	Ateşli Silah	1	2,1
	Kesici Delici Alet	19	40,2
	Taş Sopa	4	8,5
	Başka	4	8,5

Tablo 14: Sadece suç işleyen gruba ait özelliklerin dağılımı (devam)

		Suç işleyen	
		n	%
Suç Sırasında Madde Kullanımı	Evet	21	44,7
	Hayır	26	55,3
Kullanılan Madde	Alkol	15	71,5
	Esrar	3	14,3
	Uçucu Madde	1	4,8
	Karışık Madde	2	9,5
Görmekte Olduğu Tedavi	Düzenli Ayaktan Tdv	2	4,3
	Düzenli Ayaktan+Yatarak	10	21,3
	Düzensiz Ayaktan	1	2,1
	Düzensiz Ayaktan+Yatarak	13	27,7
	Yalnızca Yatarak	21	44,7

Suç İle Gözlem ve Koruma Tedavi Süresi: Olguların işledikleri suç sonrasında gözlem altına alınmalarına kadar geçen süre ortalama $9,97 \pm 15,43$ ay olup bu süre koruma tedavi için $16,74 \pm 16,44$ ay olarak bulunmuştur. Çalışmamıza aldığımız örneklem grubunda koruma ve tedavi süresi 0 ile 36 ay arasında olup ortalama $12,50 \pm 11,32$ ay bulunmuştur.

Tablo 15: Sadece suç işleyen gruba ait özelliklerin dağılımı (devam)

	Min-Max	Ort $\pm$ SD
İlk Suç İşleme Yaşı	13-57	$32,15 \pm 10,39$
Suç İle Gözlem Arasındaki Süre (ay)	0-67	$9,97 \pm 15,43$
Suç İle Koruma Tedavisi (ay)	1-50	$16,74 \pm 16,44$
Koruma Tedavi Süresi (ay)	1-36	$14,29 \pm 10,98$
Varsa Yaşam Boyu Madde Kullanımı(yıl)	0-37	$3,64 \pm 7,66$

❖ Hastalıkla İlgili Özellikler:

Hastalık Başlangıç Yaşı: Çalışmaya alınan olguların hastalık başlama yaşı 13 ile 50 arasında olup ortalama $23,72 \pm 7,73$ 'dür. Dağılım Tablo- 16'da verilmiştir.

Hastalık Süresi: Örneklem grubunda ortalama hastalık süresi 1 ile 41 yıl arasında değişmekte olup ortalama $15,23 \pm 8,50$ 'dir. Gruplara göre olguların hastalık süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Dağılım Tablo- 16 ve 17'de verilmiştir.

İlk Psikiyatrik Hastalık Nedeniyle Yatış Yaşı: İlk psikiyatri kliniğine yatış yaşı 13 ile 57 arasında olup ortalama $26,89 \pm 8,80$ 'dir. Suç işleyen grupta ilk kez psikiyatri kliniğine yatış yaşı $28,40 \pm 8,79$ olarak bulunurken, suç işlemeyen grupta $25,23 \pm 8,61$ olarak saptanmıştır. Suç işleyen olguların ilk kez psikiyatrik yatış yaşları, suç işlemeyen

olgulardan istatistiksel olarak anlamlı değildir. ($p>0.05$). Dağılım Tablo- 16 ve 17’de verilmiştir.

Toplam Yatış Sayısı ve Süresi: Olguların psikiyatrik hastalıkları nedeniyle psikiyatri kliniğine toplam yatış sayısı 0 ile 25 arasında değişmekte olup ortalama $4,81\pm4,63$ ’dür. Toplam yatış süresi ise 1 ile 72 ay arasında olup ortalama $8,84\pm12,19$ ’dur. Gruplara göre olguların toplam yatış sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Suç işleyen grupta toplam yatış süresi $13,87\pm14,92$ ay iken suç işlemeyen grupta bu süre $3,35\pm3,49$ ay olarak bulunmuştur. Suç işleyen olguların toplam yatış süreleri, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0.001$). Dağılım Tablo- 16 ve 17’de verilmiştir.

Tablo 16: Hastalığa ilişkin bilgilerin dağılımı

	Min-Max	Ort $\pm$ SD
Hastalık Başlama Yaşı (yıl)	13-50	23,72 $\pm$ 7,73
Hastalık Süresi (yıl)	1-41	15,23 $\pm$ 8,50
İlk Psikiyatrik Yatış Yaşı (yıl)	13-57	26,89 $\pm$ 8,80
Toplam Yatış Sayısı	0-25	4,81 $\pm$ 4,63
Toplam Yatış Süresi (ay)	1-72	8,84 $\pm$ 12,19

Tablo 17: Hastalığa ilişkin özelliklerin suç işleme durumuna göre değerlendirmeleri

	Suç işleyen	Suç işlemeyen	<i>P</i>
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	
Hastalık Süresi	14,85 $\pm$ 8,71	15,58 $\pm$ 8,38	0,676
İlk Kez Psikiyatrik Yatış Yaşı	28,40 $\pm$ 8,79	25,23 $\pm$ 8,61	0,08
Toplam Yatış Sayısı	5,47 $\pm$ 4,38	4,20 $\pm$ 4,81	0,179
Toplam Yatış Süresi (ay)	13,87 $\pm$ 14,92	3,35 $\pm$ 3,49	0,001***

Student t test

**** $p<0.01$**

***** $p<0.001$**

İlk Epizod Türü: Olguların tümü değerlendirildiğinde hastalığın bir manik epizod ile başlama oranı %60,8 olarak bulunmuş, suç işlemiş ve işlememiş gruplar arasında oranların birbirine yakın olduğu saptanmıştır. Hastalığın karma epizod ile başlama oranı suç işlemiş olgularda %10,6 olarak bulunurken, suç işlememiş olgularda hastalığın başlangıcında karma epizod olmadığı görülmüştür. İlk epizodun depresyon olma oranı, suç işlemiş grupta %27,7 iken, suç işlememiş grupta %38 olarak bulunmuştur. Suç işleyen olguların ilk hastalık dönemlerinin karma epizod, suç işlemeyen olgularda depresyon görülme oranı yüksekken, bu farklılık anlamlılığa yakın ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Dağılım Tablo- 18’de verilmiştir.

Tablo 18: İlk hastalık döneminin suç işleme durumuna göre değerlendirilmesi

		Suç işleyen	Suç işlemeyen	Toplam	<i>P</i>
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
İlk Hastalık Dönemi	Öforik Mani	29(%61,7)	30 (%60)	59(%60,8)	0,070
	Karma Epizod	5 (%10,6)	0 (%0)	5 (%5,2)	
	Depresyon	13(%27,7)	13 (%38)	32 (%33)	
	Siklotimi	0 (%0)	1 (%2)	1 (%1,0)	

Ki-kare test

İlk Epizodun Ortaya Çıkışında Yaşam Olayı: Tüm örneklem grubunda ilk epizodun ortaya çıkışında yaşam olayı görülme oranı %52,6 olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Dağılım Tablo- 19’da verilmiştir.

İlk Epizodda Psikoz: Olguların büyük bir bölümünün (%70,1) ilk epizod sırasında psikotik oldukları, suç işlemiş olgularda bu oranın %80,8, suç işlememiş olgularda ise %60, olduğu bulunmuştur. Suç işlemeyen olgularda ilk episodda psikoz görülme oranı, suç işleyen olgulardan daha yüksek olmakta ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Dağılım Tablo- 19’da verilmiştir.

Tablo 19: İlk Epizodla İlişkilerin Değerlendirmesi

		Suç işleyen	Suç işlemeyen	Toplam	<i>P</i>
		n (%)	n (%)	n (%)	
İlk Epizodun Ortaya Çıkışında Yaşam Olayı	Yok	23 (%48,9)	23 (%46)	46 (%47,4)	0,772
	Var	24 (%51,1)	27 (%54)	51 (%52,6)	
İlk Episodda Psikoz	Yok	9 (%19,1)	20 (%40)	29 (%29,9)	0,055
	Dd Uyumlu	37 (%78,7)	30 (%60)	67 (%69,1)	
	Dd Uyumsuz	1 (%2,1)	0 (%0)	1 (%1,0)	
İlk Episodda Psikoz	Yok	9 (%19,1)	20 (%40)	29 (%29,9)	0,029*
	Var	38 (%80,9)	30 (%60)	67 (%70,1)	

*Ki-kare test***p<0.05*

İlk Epizodun Düzelmesi: Tüm olgulara değerlendirildiğinde, ilk epizodda %55,7 oranında kombinasyon tedavisi uygulandığı, gruplar arasında ilk epizodun tedavisi yönünden birbirine yakın değerler saptanmamıştır. Dağılım Tablo- 20’de verilmiştir.

Tablo 20: İlk epizodun düzelmesi durumunun suç işlemeye göre değerlendirilmesi

		Suç işleyen	Suç işlemeyen	Toplam
		n (%)	n (%)	n (%)
İlk Episodun Düzelmesi	Kendiliğinden	7 (%14,9)	9 (%18)	16 (%16,5)
	Ddd İle	-	6 (%12)	6 (%6,2)
	Ap İle	6 (%12,8)	6 (%12)	12 (%12,4)
	Ad İle	3 (%6,4)	2 (%4)	5 (%5,2)
	Ekt İle	3 (%6,4)	-	3 (%3,1)
	Kombinasyon	27 (%57,4)	27 (%54)	54 (%55,7)
	Bilinmiyor	1 (%2,1)	-	1 (%1,0)

İlk Tedavi Yaşı: Olgulardan suç işleyen grupta ilk tedavi yaşı $27,04 \pm 8,87$ olarak bulunurken, suç işlemeyen grupta $24,28 \pm 8,52$ olarak bulunmuştur. Gruplara göre olguların ilk tedavi yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Dağılım Tablo- 21’de verilmiştir.

Tablo 21: Suç işleyen ve işlemeyen grubun ilk tedavi yaşlarının değerlendirilmesi

	İlk Tedavi Yaşı		<i>P</i>
	Ortalama	SD	
Suç İşleyen	27,04	8,87	0,121
Suç İşlemeyen	24,28	8,52	

Student t test ($p > 0,05$)

Ortalama Epizod Süresi: Tüm örneklem dikkate alındığında ortalama epizod süresinin 1,95 ay olduğu, suç işlemiş grupta bu sürenin 2,57 iken, suç işlememiş grupta 1,36 olduğu ve istatistiksel olarak gruplar arasında ortalama epizod süresinde çok ileri düzeyde anlamlı fark ($p < 0,001$) olduğu saptanmıştır. Dağılım Tablo- 22’de verilmiştir.

Toplam Epizod Sayısı: Olguların hastalık süreleri boyunca ortalama $9,06 \pm 5,41$ atak geçirdikleri, suç işleyen grupta $9,78 \pm 5,93$ atak geçirdikleri, suç işlemeyen grupta ise $8,30 \pm 4,72$ atak geçirdikleri saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Dağılım Tablo- 22’de verilmiştir.

Tablo 22: Ortalama epizod süresinin suç işlemeye göre değerlendirilmesi

	Suç işleyen Ort+SD	Suç işlemeyen Ort+SD	Toplam Ort+SD	
Ort. Epizod Süresi (ay)	2,57 $\pm$ 0,88	1,36 $\pm$ 0,66	1,95 $\pm$ 0,98	0,001***
Toplam Epizod Sayısı	9,78 $\pm$ 5,93	8,30 $\pm$ 4,72	9,06 $\pm$ 5,41	0,341

Ki-kare test *** $p < 0,001$

Mevsimsel Özellik: Tüm olguların %71,1'inin epizodlarının mevsimlerle ilişkili olduğu, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0,05$) bulunmadığı saptanmıştır. Dağılım Tablo- 23'de verilmiştir.

Epizodlarda Psikotik Özellik Durumu: Olgular, epizodlar sırasında genel olarak psikotik özellik gösterip göstermediklerine göre değerlendirilmiş olup, örneklem grubunun %84,5'inde psikotik özelliklerin bulunduğu, suç işlemiş olguların %95,7'sinde, suç işlememiş olguların ise %74'nün psikotik özellikler gösterdiği saptanmıştır. Her iki grup arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark ($p<0,01$) olduğu bulunmuştur. Dağılım Tablo- 23'de verilmiştir.

Hızlı Döngülü: Yılda 4 ya da daha fazla epizodu olan olgular hızlı döngülü olarak değerlendirilmiş, suç işlemiş olgularda hızlı döngülülük oranı %8,5 olarak bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,05$) saptanmıştır Dağılım Tablo- 23'de verilmiştir.

Epizod Örüntüsü: Olguların %36,1'nin epizodlarının belli bir sıra takip etmediği tutarsız olduğu, sıra takip eden hastalarinsa MÖD şeklinde (%22,7) olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında epizod örüntüsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Dağılım Tablo- 23'de verilmiştir.

Karma Epizod: Hastalık süresince karma epizod görülme oranı suç işlemiş olgularda %40,4 iken suç işlememiş olgularda bu oran %12 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı fark ($p<0,001$) saptanmıştır. Suç işleyen olgularda karma epizod görülme oranı suç işlemeyen olgulardan yüksektir. Dağılım Tablo- 23'de verilmiştir.

Antidepresif Tedavi ile Manik Kayma: Tüm örneklem grubunda antidepresan tedavi ile manik kayma oranı %14,4 olarak bulunmuş olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0,05$) saptanmamıştır. Dağılım Tablo- 23'de verilmiştir.

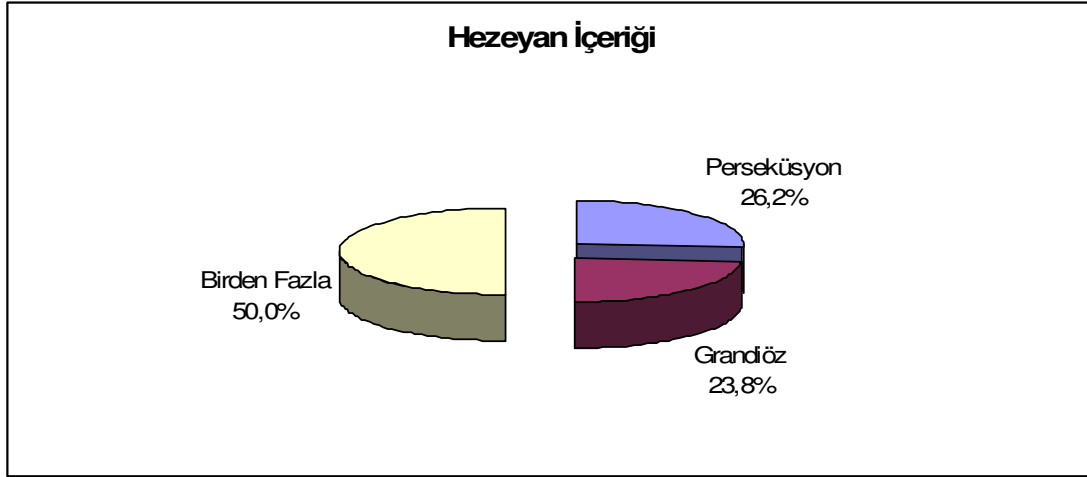
Tablo 23: Epizod özelliklerinin suç işleme durumuna göre değerlendirilmesi

		Suç işleyen	Suç işlemeyen	Toplam	<i>P</i>
		n (%)	n (%)	n (%)	
Mevsimsellik	Yok	14 (%29,8)	14 (%28)	28 (%29,9)	0,846
	Var	33 (%70,2)	36 (%72)	69 (%71,1)	
Psikotik özellik	Yok	2 (%4,3)	13 (%26)	15 (%15,5)	0,008**
	Dd uyumlu	44 (%93,6)	37 (%74)	81 (%83,5)	
	Dd uyumsuz	1 (%2,1)	-	1 (%1,0)	
Hızlı Döngülü	Yok	43 (%91,5)	50 (%100)	93 (%95,9)	0,050*
	Var	4 (%8,5)	-	4 (%4,1)	
Epizod Örüntüsü	DÖM	11 (%23,4)	7 (%14)	18 (%18,6)	0,625
	DMÖ	5 (%10,6)	4 (%8)	9 (%9,3)	
	MÖD	10 (%21,3)	12 (%24)	22 (%22,7)	
	MDÖ	6 (%12,8)	6 (%12)	12 (%12,4)	
	Tutarsız	14 (%29,8)	21 (%42)	35 (%36,1)	
	Bilinmiyor	1 (%2,1)	0 (%0)	1 (%1,0)	
Karma Epizod	Yok	28 (%59,6)	44 (%88)	72 (%74,2)	0,001**
	Var	19 (%40,4)	6 (%12)	25 (%25,8)	
Ad İle Manik Kayma	Yok	41 (%87,2)	40 (%80)	81 (%83,5)	0,106
	Var	4 (%8,5)	10 (%20)	14 (%14,4)	
	Bilinmiyor	2 (%4,3)	-	2 (%2,1)	

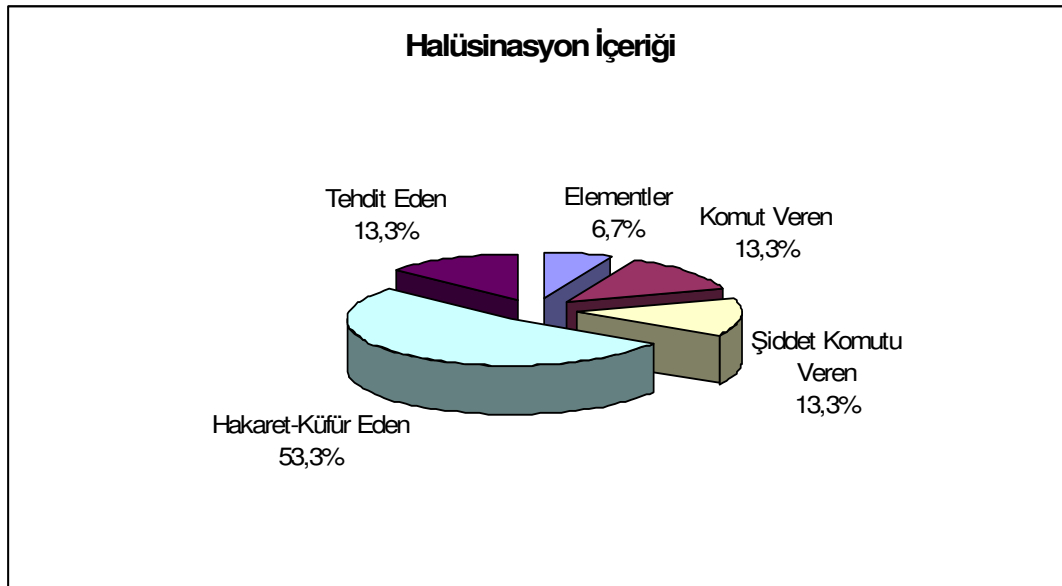
Ki-kare test

*** $p < 0.001$

Suç sırasında durumu: Olguların %95,7'sinin psikotik olduğu, sıklıkla (%50) birden fazla sanrı bulunmuştur. Suç işleyen olguların hezeyan içeriklerinin dağılımına bakıldığında, %26,2'sinde perseküsyon, %23,8'inde grandiyöz hezeyan içeriği olduğu görülmektedir. Suç işleyen olguların %63,8'inde işitsel varsanılarının bulunduğu ve en sık (%53,3) hakaret-küfür eden sesler şeklinde olduğu halüsinasyon içeriklerinin dağılımına bakıldığında, %6,7'sinde elementer, %13,3'ünde komut veren, %13,3'ünde şiddet komutu veren ve %13,3'ünde tehdit eden halüsinasyonlar olduğu görülmektedir. Dağılım Tablo 24-25' te dir.



Şekil 11: Hezeyan içeriğinin dağılımı



Şekil 12: Halüsinasyon içeriğinin dağılımı

Tablo 24: Hezeyan ve halüsinasyon durumu

Hezeyan	Suç İşleyenler	
	N	%
Yok	5	10,60
Var	42	89,40
Toplam	47	100,00
Halüsinasyon		
Yok	17	36,2
Var	30	63,8
Toplam	47	100

Tablo 25: Hezeyan ve halüsinasyon içeriği

		Suç işleyen	
		n	%
Hezeyan İçeriği	Perseküsyon	11	26,2
	Grandiöz	10	23,8
	Birden Fazla	21	50,0
Halüsinasyon İçeriği	Elementer	2	6,7
	Komut Veren	4	13,3
	Şiddet Komutu Veren	4	13,3
	Hakaret-Küfür Eden	16	53,3
	Tehdit Eden	4	13,3

Yaşam Boyu Kendine Zarar Verici Davranış: Örneklem grubunda, yaşam boyu kendine zarar verici davranış görülme oranı %18,6 olarak saptanmış olup, suç işlemiş grupta bu oran %36,3 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında kendini yaralama görülme oranları açısından istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.001$). Suç işleyen olgularda yüzeysel kesik görülme oranı, suç işlemeyen olgulardan anlamlı şekilde yüksektir. Dağılım Tablo- 26’da verilmiştir.

Tablo 26: Suç durumuna göre kendini yaralama değerlendirilmesi

		Suç işleyen	Suç işlemeyen	Toplam	<i>P</i>
		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
Kendini Yaralama	Yok	30(%63,8)	49 (%98)	79 (%81,4)	0,001***
	Vücudunu Çarpma	2 (%4,3)	0 (%0)	2 (%2,1)	
	Yüzeysel Kesik	13(%27,7)	1 (%2)	14 (%14,4)	
	Derin Kesik	2 (%4,3)	0 (%0)	2 (%2,1)	

Ki-kare test *** $p<0.001$

Tablo 27: Suç işleme durumuna göre Hamilton Depresyon değerlendirilmesi

	Hamilton Depresyon		<i>P</i>
	Ort+SD	Medyan	
Suç işleyen	1,28±0,97	1	0,001***
Suç işlemeyen	0,70±1,18	0	
Toplam	0,98±1,12	1	

Mann-Whitney U test *** $p<0.001$

Suç işleyen olguların Hamilton depresyon ölçeği puanları, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0.001$).

Tablo 28: Suç işleme durumuna göre Young Mani Derecelendirme Ölçeği değerlendirilmesi

	Young Mani DÖ		<i>P</i>
	Ort±SS	Medyan	
Suç işleyen	0,94±0,98	1	0,001***
Suç işlemeyen	0,12±0,33	0	
Toplam	0,52±0,83	0	

Mann-Whitney U test

***** $p < 0.001$**

Suç işleyen olguların Young mani depresyon ölçeği skorları, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p < 0.001$).

Tablo 29: Suç işleme durumuna göre iç görü ve bipolarite indeksi değerlendirilmesi

	Suç işleyen	Suç işlemeyen	<i>P</i>
	Ort±SS	Ort±SS	
İç görü	7,23±3,96	11,72±2,80	0,001***
Bipolarite indeksi	73,53±13,00	83,30±10,86	0,001***

Student t test

***** $p < 0.001$**

Suç işleyen olguların içgörü puanları, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı düşüktür ($p < 0.001$).

Suç işleyen olguların bipolarite indeksi puanları, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı düşüktür ($p < 0.001$).

Tablo 30: Suç işleme durumuna göre Saldırganlık ölçeği alt boyut puanları ve total puanın değerlendirilmesi

Saldırganlık Puanları	Suç işleyen	Suç işlemeyen	P
	Ort±SS	Ort±SS	
Fiziksel saldırı	27,72±5,87	17,56±7,65	0,001***
Sözel saldırı	17,04±2,76	12,70±3,63	0,001***
Öfkesel saldırı	24,32±4,44	19,60±4,74	0,001***
Düşmanlık	16,04±3,40	15,16±4,55	0,284
Dolaylı saldırı	12,40±3,02	10,68±3,29	0,009**
Saldırı total skor	97,53±14,61	75,70±19,66	0,001***

*Student t test ****

p<0.001

Suç işleyen olguların fiziksel saldırı puanları, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0.001$).

Suç işleyen olguların sözel saldırı puanları, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0.001$).

Suç işleyen olguların öfkesel saldırı puanları, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0.001$).

Grupların düşmanlık saldırı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Suç işleyen olguların dolaylı saldırı puanları, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0.01$).

Suç işleyen olguların saldırı total skorları, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0.001$).

Tablo 31: Suç işleme durumuna göre Barrat ölçeği (Türkçe) puanlarının dağılımı

Türkçe Barrat Dürtüsellik Ölçeği		Suç işleyen	Suç işlemeyen	<i>p</i>
		Ort±SS	Ort±SS	
Alt ölçekler	F1	30,60±5,64	22,56±5,49	0,001***
	F2	10,04±1,84	8,24±1,70	0,001***
	F3	13,32±1,97	10,88±2,55	0,001***
	F4	6,02±1,03	5,18±1,81	0,007**
	F5	5,51±1,66	4,44±1,34	0,001***
	F6	11,83±1,46	9,34±1,59	0,001***
	S1	36,62±6,30	27,92±5,92	0,001***
	S2	15,55±3,21	12,54±2,42	0,001***
	S3	25,17±3,03	20,14±2,94	0,001***

Student t test

**** $p<0.01$**

***** $p<0.001$**

Suç işleyen olguların F4 puan ortalaması ileri düzeyde ($p<0.01$), F1, F2, F3, F5 ve F6 puan ortalamaları, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0.001$).

Suç işleyen olguların S1, S2 ve S3 puan ortalamaları, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0.001$).

Tablo 32: Suç işleme durumuna göre Barrat ölçeği (Orijinal) puanlarının dağılımı

		Suç işleyen	Suç işlemeyen	<i>p</i>
		Ort±SS	Ort±SS	
Orijinal Barrat	Toplam	77,34±11,06	60,60±9,41	0,001***
	Barrat dikkat (B1)	12,26±2,08	9,28±2,45	0,001***
	Barrat motor (B2)	16,04±3,64	11,34±3,22	0,001***
	Barrat kendilik kontrolü (B3)	17,09±3,46	12,54±2,99	0,001***
	Barrat bilişsel düzensizlik (B4)	16,26±1,96	14,50±2,55	0,001***
	Barrat sebat (B5)	8,94±1,76	7,06±1,49	0,001***
	Barrat bilişsel kararsızlık(B6)	6,77±1,38	5,76±4,20	0,122
	Barrat DİKKAT (B21)	18,98±2,93	14,62±3,84	0,001***
	Barrat MOTOR (B22)	24,98±5,00	18,50±3,43	0,001***
	Barrat PLANSIZLIK (B23)	33,13±4,76	27,36±4,18	0,001***

Student t test

***** $p<0.001$**

Suç işleyen olguların Barrat toplam F puan ortalamaları, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0.001$).

Suç işleyen olguların Barrat dikkat (attention) puan ortalamaları, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0.001$).

Suç işleyen olguların Barrat motor (motor) puan ortalamaları, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0.001$).

Suç işleyen olguların Barrat kendilik kontrolü (self control) puan ortalamaları, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0.001$).

Suç işleyen olguların Barrat bilişsel düzensizlik (cognitive complexity) puan ortalamaları, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0.001$).

Suç işleyen olguların Barrat sebat (perseverance) puan ortalamaları, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0.001$).

Grupların Barrat bilişsel kararsızlık (cognitive instability) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Suç işleyen olguların Barrat dikkat (attention) puan ortalamaları, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0.001$).

Suç işleyen olguların Barrat motor puan ortalamaları, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0.001$).

Suç işleyen olguların Barrat plansızlık (non-planning) puan ortalamaları, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0.001$).

Saldırganlık Ölçek Puanları İle İlişkiler:

Tablo 33: Saldırganlık ölçeği puanlarının ilişkisi

		Hastalık süresi	Toplam yatış sayısı	Suç Sayısı	Yatış Süresi	Toplam epizod sayısı
Fiziksel saldırı	<i>r</i>	-0,098	0,293	0,336	0,075	-0,055
	<i>p</i>	0,339	0,046*	0,021*	0,614	0,715
Sözel saldırı	<i>r</i>	-0,090	0,185	0,132	0,112	-0,105
	<i>p</i>	0,381	0,213	0,376	0,452	0,484
Öfkesel saldırı	<i>r</i>	-0,106	-0,124	0,128	-0,058	-0,056
	<i>p</i>	0,302	0,405	0,393	0,699	0,711
Düşmanca saldırı	<i>r</i>	-0,035	-0,043	-0,052	0,139	0,091
	<i>p</i>	0,731	0,772	0,727	0,353	0,543
Dolaylı saldırı	<i>r</i>	-0,170	0,147	0,156	0,055	0,055
	<i>p</i>	0,097	0,323	0,294	0,712	0,713
Saldırı toplam skor	<i>r</i>	-0,127	0,089	0,155	-0,003	-0,046
	<i>p</i>	0,214	0,554	0,298	0,986	0,757

r:Spearman korelasyon katsayısı

**p*<0,05

Hastalık süresi ile saldırı alt ölçek puanları ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Toplam yatış sayısı ile fiziksel saldırı puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,05$); toplam yatış sayısı arttıkça fiziksel saldırı puanı artmaktadır. Diğer saldırı alt ölçek puanları ve toplam puanları ile toplam yatış sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Suç sayısı ile fiziksel saldırı puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,05$).

Suç sayısı ile diğer saldırı alt ölçek puanları ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Yatış süresi ile saldırı alt ölçek puanları ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Toplam epizod sayısı ile saldırı alt ölçek puanları ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 34: Saldırganlık ölçeği puanlarının ilişkisi (devam)

		Psikotik mani	Hipomani	Mani	Psikotik depresyon	Depresyon	Karma Epizod
Fiziksel saldırı	<i>r</i>	0,105	0,105	0,316	-0,189	-0,092	0,449
	<i>p</i>	0,895	0,895	0,684	0,578	0,448	0,05*
Sözel saldırı	<i>r</i>	0,105	0,105	0,316	-0,317	-0,085	0,398
	<i>p</i>	0,895	0,895	0,684	0,343	0,486	0,092
Öfkesel saldırı	<i>r</i>	0,833	0,833	-0,500	-0,219	0,054	0,412
	<i>p</i>	0,167	0,167	0,500	0,518	0,659	0,080
Düşmanca saldırı	<i>r</i>	-0,632	-0,632	0,632	0,068	-0,024	0,159
	<i>p</i>	0,368	0,368	0,368	0,842	0,841	0,516
Dolaylı saldırı	<i>r</i>	-0,211	-0,211	0,211	-0,010	0,019	0,412
	<i>p</i>	0,789	0,789	0,789	0,977	0,877	0,080
Saldırı toplam skor	<i>r</i>	0,105	0,105	0,316	-0,308	-0,064	0,422
	<i>p</i>	0,895	0,895	0,684	0,357	0,597	0,072

r:Spearman's korelasyon katsayısı

* $p<0,05$

Psikotik özellikli mani ile saldırı alt ölçek puanları ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Hipomani ve mani ile saldırı alt ölçek puanları ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Psikotik özellikli depresyon ve depresyon sayısı ile saldırı alt ölçek puanları ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Karma epizod sayısı ile fiziksel saldırı puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,05$); karma epizod sayısı arttıkça fiziksel saldırı puanı artmaktadır. Diğer saldırı alt ölçek puanları ve toplam puanları ile toplam yatış sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 35: Saldırganlık ölçeği puanlarının ilişkisi (devam)

		Ortalama epizod süresi	Yılda Epizod sayısı	Bipolarite İndeksi
Fiziksel saldırı	<i>r</i>	0,538	0,260	-0,173
	<i>p</i>	0,0001**	0,010**	0,090
Sözel saldırı	<i>r</i>	0,431	0,181	-0,186
	<i>p</i>	0,0001**	0,076	0,068
Öfkesel saldırı	<i>r</i>	0,386	0,259	-0,147
	<i>p</i>	0,0001**	0,010**	0,150
Düşmanca saldırı	<i>r</i>	0,173	0,144	-0,061
	<i>p</i>	0,090	0,159	0,553
Dolaylı saldırı	<i>r</i>	0,185	0,229	-0,079
	<i>p</i>	0,069	0,024*	0,440
Saldırı toplam skor	<i>r</i>	0,452	0,275	-0,195
	<i>p</i>	0,0001**	0,006**	0,056

r:Spearman's korelasyon katsayısı

* $p<0,05$

** $p<0,01$

*** $p<0,001$

Ortalama epizod süresi ile fiziksel saldırı puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,001$). (Süre arttıkça puan artmakta).

Ortalama epizod süresi ile sözel saldırı puanı arasında da pozitif yönde istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,001$).

Ortalama epizod süresi ile öfkesel saldırı puanı arasında yine pozitif yönde istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,001$).

Ortalama epizod süresi ile düşmanlık saldırı ve dolaylı saldırı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Ortalama epizod süresi ile saldırı total puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,001$).

Yılda epizod sayısı ile fiziksel saldırı puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,01$). Yılda epizod sayısı ile sözel saldırı ve düşmanlık saldırı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Yılda epizod sayısı ile öfkesel saldırı puanı arasında yine pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,01$).

Yılda epizod sayısı ile ve dolaylı saldırı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,05$).

Yılda epizod sayısı ile saldırı total puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,01$).

Bipolarite indeksi ile saldırı alt ölçek puanları ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 36: Saldırganlık ölçeği puanlarının ilişkisi (devam)

		Hamilton depresyon	Young mani	İçgörü
Fiziksel saldırı	<i>r</i>	0,284	0,472	-0,545
	<i>p</i>	0,005**	0,0001***	0,0001***
Sözel saldırı	<i>r</i>	0,288	0,406	-0,509
	<i>p</i>	0,004**	0,0001***	0,0001***
Öfkesel saldırı	<i>r</i>	0,352	0,380	-0,432
	<i>p</i>	0,0001***	0,0001***	0,0001***
Düşmanca saldırı	<i>r</i>	0,197	0,209	-0,220
	<i>p</i>	0,054	0,040*	0,030*
Dolaylı saldırı	<i>r</i>	0,121	0,238	-0,292
	<i>p</i>	0,239	0,019*	0,004**
Saldırı toplam skor	<i>r</i>	0,329	0,448	-0,525
	<i>p</i>	0,001***	0,0001***	0,0001***

r:Spearman korelasyon katsayısı

**p*<0,05

***p*<0,01

****p*<0,001

Hamilton depresyon ölçeği puanı ile fiziksel saldırı puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,01$). (Depresyon arttıkça fiziksel saldırı puanı artmakta).

Hamilton depresyon ölçeği puanı ile sözel saldırı puanı arasında da pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,01$).

Hamilton depresyon ölçeği puanı ile öfkesel saldırı puanı arasında yine pozitif yönde istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,001$).

Hamilton depresyon ölçeği puanı ile düşmanlık saldırı ve dolaylı saldırı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Hamilton depresyon ölçeği puanı ile saldırı total puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,001$).

Young mani derecelendirme ölçeği puanı ile fiziksel saldırı puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,001$). (Depresyon arttıkça puan artmakta).

Young mani derecelendirme ölçeği puanı ile sözel saldırı puanı arasında da pozitif yönde istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,001$).

Young mani derecelendirme ölçeği puanı ile öfkesel saldırı puanı arasında yine pozitif yönde istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,001$).

Youngmani derecelendirme ölçeği puanı ile düşmanlık saldırı ve dolaylı saldırı puanı arasında orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,05$).

Young mani derecelendirme ölçeği puanı ile saldırı total puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,001$).

İçgörü değerlendirme ölçeği puanı ile fiziksel saldırı puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,001$). (İçgörü arttıkça puan düşmekte).

İçgörü değerlendirme ölçeği puanı ile sözel saldırı puanı arasında da negatif yönde istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,001$).

İçgörü değerlendirme ölçeği puanı ile öfkesel saldırı puanı arasında yine negatif yönde istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,001$).

İçgörü değerlendirme ölçeği puanı ile düşmanlık saldırı arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,05$).

İçgörü değerlendirme ölçeği puanı ile dolaylı saldırı puanı arasında orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

İçgörü değerlendirme ölçeği puanı ile saldırı total puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,001$).

Tablo 37: Suç işleyen hastalarda Barrat Dürtüsellik ölçeği ile hastalık özelliklerinin ilişkisi

		B1	B2	B3	B4	B5	B6	B21	B22	B23	Barrat Toplam
Hastalık süresi	r	-0,283	-0,202	-0,202	-0,066	-0,005	-0,121	-0,225	-0,211	-0,132	-0,144
	p	0,054	0,174	0,173	0,661	0,976	0,417	0,128	0,156	0,377	0,334
Toplam yatış	r	0,316	0,141	0,347	0,305	0,228	0,018	0,222	0,318	0,190	0,449
	p	0,031*	0,344	0,017*	0,037*	0,123	0,906	0,133	0,029*	0,201	0,002**
Toplam yatış süresi	r	0,220	0,231	0,147	0,087	0,182	-0,040	0,157	0,192	0,242	0,210
	p	0,137	0,118	0,324	0,561	0,222	0,788	0,291	0,197	0,101	0,157
Toplam epizod sayısı	r	-0,057	-0,020	0,139	0,029	0,129	0,033	-0,036	0,023	0,047	0,076
	p	0,705	0,893	0,351	0,848	0,389	0,825	0,808	0,877	0,756	0,613
Ortalama epizod süresi	r	0,232	0,133	0,259	0,094	0,261	0,177	0,217	0,256	0,186	0,293
	p	0,117	0,373	0,079	0,529	0,076	0,233	0,143	0,082	0,210	0,046*
Toplam suç sayısı	r	0,396	0,176	0,325	0,120	0,246	0,376	0,472	0,382	0,243	0,386
	p	0,006***	0,236	0,026*	0,422	0,096	0,009**	0,001***	0,008**	0,100	0,007**
Bipolarite endeksi	r	0,078	0,024	0,111	0,301	-0,077	-0,147	-0,092	0,094	-0,028	0,215
	p	0,604	0,875	0,456	0,040*	0,608	0,323	0,540	0,530	0,852	0,148
İçgörü	r	-0,577	-0,520	-0,508	-0,072	-0,503	-0,519	-0,669	-0,615	-0,576	-0,400
	p	0,000***	0,000***	0,000***	0,631	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,005**
HDDÖ	r	0,274	0,349	0,285	0,070	0,214	0,078	0,243	0,294	0,311	0,216
	p	0,063	0,016*	0,052	0,638	0,149	0,605	0,100	0,045*	0,034*	0,146
YMDÖ	r	0,294	0,509	0,280	0,222	0,498	0,342	0,423	0,465	0,547	0,330
	p	0,04*	0,000***	0,056	0,134	0,000***	0,019*	0,003**	0,001***	0,000***	0,024*
Fiziksel saldırı	r	0,594	0,471	0,485	0,205	0,468	0,313	0,591	0,608	0,509	0,507
	p	0,000***	0,001***	0,001***	0,168	0,001***	0,032*	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***
Sözel saldırı	r	0,473	0,431	0,342	0,296	0,478	0,388	0,536	0,519	0,465	0,400
	p	0,001***	0,003**	0,019*	0,043*	0,001***	0,007**	0,000***	0,000***	0,001***	0,005**
Öfkesel saldırı	r	0,256	0,226	0,101	0,094	0,336	0,236	0,287	0,245	0,281	0,089
	p	0,083	0,127	0,501	0,529	0,021*	0,111	0,050	0,096	0,056	0,552
Düşmanlık	r	0,005	0,111	-0,087	0,012	0,283	0,280	0,154	0,057	0,161	-0,098
	p	0,975	0,457	0,560	0,935	0,054	0,057	0,303	0,701	0,280	0,512
Dolaylı saldırı	r	0,260	0,364	0,198	0,112	0,327	0,296	0,368	0,332	0,389	0,182
	p	0,077	0,012*	0,182	0,455	0,025*	0,043*	0,011*	0,022*	0,007**	0,222
Saldırı toplam Skor	r	0,396	0,415	0,249	0,134	0,490	0,407	0,511	0,442	0,471	0,230
	p	0,006**	0,004**	0,091	0,368	0,000***	0,005**	0,000***	0,002**	0,001***	0,121

r: Spearman korelasyon katsayısı

**p<0,05*

***p<0,01*

****p<0,001*

Suç işleyen hastalarda Barrat Dürtüsellik Ölçeği alt skala ve toplam puan ortalamaları ile hastalık özelliklerinin ilişkisi incelendiğinde;

Hastalık süresi, toplam hastaneye yatış süresi ve düşmanlık puanları ile Barrat Dürtüsellik alt ölçek ve toplam puanı arasında anlamlı ilişki görülmemektedir ($p>0.05$).

Toplam yatış sayısı ile B1, B3, B4 ve B22 puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki ($p<0.05$), Barrat toplam puanı arasında ise pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı ilişki ($p<0.01$) görülmektedir.

Ortalama epizod süresi ile Barrat toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0.05$).

Toplam suç sayısı ile B1, B6, B22 ve Barrat toplam puanları arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı ilişki ($p<0.01$), B3 arasında pozitif yönde anlamlı ilişki ($p<0.05$), B21 arasında pozitif yönde çok ileri düzeyde anlamlı ilişki ($p<0.001$) görülmektedir.

Bipolarite indeks puanları ile B4 puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$).

İçgörü değerlendirme ölçeği puanları ile B1, B2, B3, B5, B6, B21, B22, B23 puanları arasında çok ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.001$). Barrat toplam puanı ile ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı ilişki bulunmuş olup B4 puanlarıyla ilişkili bulunmamıştır ($p>0,05$).

HDDÖ puanları ile B2, B22 ve B23 puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$).

Young mani derecelendirme ölçeği puanları ile B1, B6, Barrat toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,05$). B2, B5, B22, B23 puanları arasında çok ileri düzeyde anlamlı ilişki görüldü ($p<0,001$). B21 puanıyla ileri düzeyde anlamlı ilişki bulundu ($p<0,01$).

Fiziksel saldırı puanları ile B1, B2, B3, B5, B21, B22, B23 ve Barrat toplam puanları arasında pozitif yönde çok ileri düzeyde anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,001$)

Sözel saldırı puanları ile B1, B5, B21, B22, B23 puanlarıyla çok ileri düzeyde ilişkili ($p<0,001$), B2,B6 ve Barrat toplam puanları arasında ileri düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,01$). B3 ve B4 alt skalalarıyla sözel saldırı puanları arasında anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$).

Öfkesel saldırı puanları ile B5 puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edildi.

Saldırganlık ölçeğinin düşmanlık alt skalasıyla Barrat ölçeğinin alt skalaları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Dolaylı saldırı puanları ile B2, B5, B6, B21, B22 ve B23 ($r=0,389$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edildi.

Saldırı toplam puanları ile B5, B21,B23 puanları arasında çok ileri düzeyde anlamlı ($p<0,001$), B1, B2, B6, B22 puanları arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,01$).B3, B4 ve toplam puanlar arasında anlamlı ilişki bulunamadı ($p>0,05$).

Tablo38: Suç işleyen grupta alkol-madde kullanımının Barrat Dürtüsellik Ölçeği ile ilişkisi

	Alkol-Madde kullanımı var	Alkol-Madde kullanımı yok	z	p
	Ort±SD	Ort±SD		
Dikkat (B1)	12,29±1,48	12,23±2,48	-0,599	0,549
Motor (B2)	16,86±3,67	15,38±3,54	-1,422	0,155
Kendilik kontrolü(B3)	17,43±3,48	16,81±3,49	-0,842	0,400
Bilişsel düzensizlik (B4)	15,71±2,30	16,69±1,54	-1,150	0,250
Sebat (B5)	9,52±1,83	8,46±1,58	-2,061	0,039*
Bilişsel kararsızlık(B5)	7,10±1,41	6,50±1,33	-1,359	0,174
DİKKAT (B21)	19,38±2,17	18,65±3,40	-0,206	0,837
MOTOR (B22)	26,38±5,26	23,85±4,56	-1,738	0,082
PLANSIZLIK (B23)	32,67±5,12	33,50±4,52	-0,369	0,712
TOPLAM SKOR	79,05±10,64	75,96±11,41	-0,975	0,330

Z, Mann-Whitney U Test * $p<0.05$

Suç işleyen hastalarda suç sırasında alkol madde kullanımı olan ve olmayan hastaların Barrat puanları karşılaştırılması tablo-38’de özetlenmiş olup, Barratt sebat alt skala ortalaması alkol madde kullanımı olan hastalarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 39: Suç işlemeyen hastalarda Barrat Dürtüsellik alt ölçek toplam ve alt skala puanları ile hastalık özelliklerinin ilişkisi

		B1	B2	B3	B4	B5	B6	B21	B22	B23	Barrat Total
Hastalık süresi	r	0,088	0,043	-0,066	0,275	0,050	-0,232	-0,077	-0,065	0,124	0,023
	p	0,543	0,769	0,649	0,053	0,728	0,105	0,596	0,653	0,392	0,876
Toplam yatış	r	0,105	0,058	0,099	0,441**	0,071	-0,085	0,021	0,072	0,287*	0,202
	p	0,469	0,691	0,493	0,001	0,625	0,556	0,886	0,619	0,043	0,159
Toplam yatış süresi	r	0,177	0,090	0,107	0,380**	0,139	-0,013	0,112	0,149	0,295*	0,263
	p	0,219	0,533	0,460	0,006	0,336	0,928	0,441	0,302	0,037	0,065
Toplam epizod sayısı	r	0,124	0,215	0,015	0,261	-0,143	-0,054	0,054	0,050	0,109	0,089
	p	0,391	0,133	0,920	0,067	0,322	0,708	0,712	0,731	0,453	0,539
Ortalama epizod süresi	r	0,132	-0,079	0,037	0,043	0,297*	0,101	0,113	0,082	0,199	0,150
	p	0,361	0,587	0,801	0,765	0,036	0,486	0,435	0,571	0,165	0,298
Bipolarite indeksi	r	0,093	0,083	0,067	-0,030	-0,068	-0,057	0,075	-0,077	0,094	0,041
	p	0,522	0,568	0,644	0,839	0,638	0,692	0,607	0,597	0,514	0,775
İçgörü	r	-0,111	-0,162	-0,246	-0,104	0,101	-0,173	-0,161	-0,242	-0,138	-0,215
	p	0,442	0,260	0,085	0,472	0,484	0,229	0,264	0,090	0,340	0,135
HDDÖ	r	0,250	0,186	0,207	-0,181	-0,115	0,064	0,179	0,054	0,020	0,114
	p	0,080	0,196	0,150	0,209	0,426	0,661	0,213	0,709	0,889	0,429
YMDÖ	r	0,196	0,111	0,227	0,155	0,079	0,225	0,231	0,168	0,173	0,229
	p	0,173	0,441	0,112	0,282	0,584	0,116	0,106	0,245	0,228	0,110
Fiziksel saldırı	r	0,316*	0,308*	0,259	0,058	0,010	0,305*	0,379**	0,356*	0,356*	0,419**
	p	0,025	0,030	0,070	0,689	0,948	0,031	0,007	0,011	0,011	0,002
Sözel saldırı	r	0,173	0,197	0,112	-0,070	-0,196	0,166	0,199	0,087	0,030	0,103
	p	0,229	0,171	0,440	0,629	0,172	0,248	0,167	0,550	0,838	0,476
Öfkesel saldırı	r	0,332*	0,243	0,101	-0,033	-0,238	0,471**	0,494**	0,175	0,176	0,328*
	p	0,019	0,089	0,485	0,820	0,096	0,001	0,000	0,223	0,221	0,020
Düşmanlık	r	0,351*	0,389**	0,264	0,002	0,001	0,371**	0,438**	0,376**	0,276	0,421**
	p	0,013	0,005	0,064	0,991	0,994	0,008	0,001	0,007	0,052	0,002
Dolaylı saldırı	r	0,253	0,224	0,161	0,010	-0,142	0,357*	0,363**	0,164	0,263	0,329*
	p	0,076	0,119	0,265	0,945	0,325	0,011	0,009	0,256	0,065	0,019
Saldırı toplam skor	r	0,404**	0,378**	0,290*	-0,028	-0,142	0,390**	0,482**	0,331*	0,307*	0,424**
	p	0,004	0,007	0,041	0,845	0,325	0,005	0,000	0,019	0,030	0,002

Suç işlemeyen hastalarda Barrat Dürtüsellik Ölçeği alt skala ve toplam puan ortalamaları ile hastalık özelliklerinin ilişkisi incelendiğinde;

Hastalık süresi, toplam epizod sayısı, bipolarite endeksi, içgörü, HDDÖ, YMDÖ ve sözel saldırı puanları ile Barrat Dürtüsellik alt ölçek ve toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Toplam hastaneye yatış sayısı ile B4 çok ileri düzeyde ($p<0,001$) ve B23 puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$).

Toplam hastaneye yatış süresi ile B4 çok ileri düzeyde ($p<0,001$) ve B23 puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$).

Ortalama epizod süresi ile B5 puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. ($p<0,05$).

Fiziksel saldırı puanları ile B21 ve Barrat toplam puanları arasında ileri düzeyde ($p<0,01$) ve B1, B2, B6, B22, B23 puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,05$).

Öfkesel saldırı puanları ile B6, B21 puanları arasında ileri düzeyde anlamlı ($p<0,01$) ve B1, barrat toplam puanları arasında anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$).

Düşmanlık puanları ile B2, B6, B21, B22 ve Barrat toplam puanları ($p<0,01$) arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı ilişki tespit edildi. B1 puanı arasında anlamlı ilişki ($p<0,05$) bulunurken diğer Barrat alt skalaları ile anlamlı ilişki bulunamadı ($p<0,05$).

Dolaylı saldırı puanları B6 puanı arasında anlamlı ve B21 puanları arasında ileri düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,01$).

Saldırı toplam puanları ile B1, B2, B6 ve Barrat toplam puanları arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,01$). B3, B22, B23 puanları arasında anlamlı ($p<0,05$), B21 puanları ile çok ileri düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($p<0,001$).

5.TARTIŞMA

Çalışmaya Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Adli Psikiyatri Birimi'nde işledikleri suç veya suçlar nedeniyle ayaktan ya da yatarak gözlem ya da koruma ve tedavi amacıyla bulunan, DSM-IV tanı ölçütlerine göre Bipolar I Bozukluk tanısı konmuş 47 erkek hasta ile yine hastanemiz bünyesindeki Raşit Tahsin Duygudurum Merkezi'nde ayaktan takip edilen DSM-IV tanı ölçütlerine göre Bipolar I Bozukluk tanısı olan ve suç kaydı bulunmayan 50 erkek hasta alınmıştır. Çalışma yapılan dönemde, suç işlemiş Bipolar bozukluğu olan kadın hasta sayısı istatistiksel veri oluşturamayacak kadar az olduğundan, çalışmaya sadece erkek hastalarla yapılmıştır.

Çalışmada Bipolar I bozukluğu olan 47 suç işlemiş olgu ile suç işlememiş 50 olgu sosyodemografik özellikleri, hastalığa ilişkin bilgileri, komorbid alkol/madde kullanım bozukluğu ve dürtüsellik yönünden karşılaştırılmış, suç işlemiş olguların suça ait özellikleri incelenmiş ve Bipolar bozukluğun suç ve şiddet davranışı ile ilişkisi araştırılmıştır.

Çalışma, yaşları 19 ile 62 arasında değişmekte olan toplam 97 olgu üzerinde yapılmıştır. Olguların ortalama yaşları 38.96 ± 10.34 'tür. Olguların 47'si (%48,5) suç işlemiş iken, 50'si (%51,5) herhangi bir suç işlememiştir. Olguların yaş ortalamalarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Öğrenim durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.01$). Suç işlemeyen olguların eğitim düzeyleri, suç işleyenlere göre anlamlı şekilde yüksektir. Olguların %40,2'sinin ilköğretim mezunu (öğrenim süresi 5 yıl) olduğu, suç işlemiş grupta bu oranın %51,1'e yükseldiği, yüksek okul mezunu olanların oranının suç işlememiş olgularda %26 iken, suç işlemişlerde %10,6 olarak saptandığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı

fark bulunduğu görülmüştür. Hemen tüm çalışmalarda düşük eğitim düzeyinin şiddet davranışı riskini artırdığı belirtilmiştir (37,74,75,77). Ülkemizin gelişmişlik düzeyine paralel olarak öğrenim sürelerinin halen batı ülkelerinin gerisinde olduğu ve şiddet davranışı için önemli bir risk faktörü olarak varlığını sürdürdüğü görülmektedir.

Medeni duruma göre gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır. Olguların medeni durumu incelendiğinde, %40,2'sinin bekar olduğu, bu değerin, eşlerinden ayrılanlar ve eşleri ölenlerle birlikte değerlendirildiğinde %60,8'e çıktığı, suç işlemiş olgularda %70,3'e, suç işlememişlerde ise %54,2'e yükseldiği saptanmıştır. Suç işlemeyen olguların evli olma oranları suç işleyenlerden anlamlı şekilde yüksekken; suç işleyen olguların eşlerinden ayrılmış olma oranları anlamlı şekilde yüksektir. Afektif bozukluğu olan olgularla yapılan bir çalışmada, suç işlemiş olguların %64'ünün bekar, suç işlememiş olgularda ise bu oranın %59 olduğu ve anlamlı bulunduğu saptanmıştır (2). Hemen tüm çalışmalarda, evli olmayanların evlilere göre daha sık suç işledikleri belirtilmiştir (38,74,75,76,78,79).

Suç işlemiş olguların %17'sinin yalnız yaşadıkları saptanmıştır. Olguların en sık (%45,4) ebeveynleri ile yaşadıkları, suç işlememiş olguların eş ve çocuklarıyla birlikte yaşama oranının suç işlemiş olgulara göre daha fazla olduğu (%34 -%19,1) saptanmış, ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Tüm olguların %45,42'i 1.derece akraba ile yaşarken; %26,8'inin eş ve çocuklarıyla; %8,22'sinin ise yalnız yaşadığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda evsizlik (%1-30) ve yalnız yaşama (%17-45) oranları ülkelere göre farklılık göstermiştir. Bu sonuçlardaki farklılıkların ülkelerin sosyokültürel yapısına ve gelişmişlik düzeyine göre değiştiği düşünülebilir (76, 78). Ülkemizde yapılan bir çalışmada suç işlemiş psikotik olguların %16 oranında evsiz ya da yalnız yaşadıkları saptanmıştır (79). Başka bir çalışmada suç işlemiş olguların büyük çoğunluğunun eş veya çocuklarıyla yaşadığı, yineleyici suç işleyenlerin ebeveynle yaşama oranının yüksek olduğu bulunmuştur (76).

Olguların, %48,4'nün köy-ilçe gibi kırsal bölgede, %51,5'inin şehirde doğduğu saptanmıştır. Suç işlemiş ve işlememiş olguların şehirde doğma oranının birbirine yakın olduğu (%55,3-%48), buna karşın suç işlemiş olguların %29,8'nin köyde, suç işlememişlerin ise %46'sının ilçede doğduğu belirlenmiş, aralarında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Suç işlemiş olguların %27,6'sı halen köyde ve ilçede yaşarken, suç

işlememiş olgular içinde köyde yaşayan olmadığı, %10'unun ise ilçede yaşadığı belirlenmiştir. Şehirde yaşayan oranının fazla olmasına rağmen, suç işleyen grupta kırsalda yaşayan oranı diğer gruba göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Büyük şehirlerde, kalabalık yaşamın şiddet riskini artırdığı belirtilmiştir (44, 80). Öncü ve arkadaşlarının (2007) yaptığı suç işlemiş ve işlememiş psikotik olguları karşılaştırdıkları çalışmada da suç işleyen olguların daha çok köyde ve ilçede yaşadıkları ve bunun suç işleme riskini istatistiki olarak artırdığı saptanmıştır (78). Bu sonuç literatürle uyumlu bulunmuştur. Kırsalda eğitim seviyesinin düşüklüğü ve tıbbi tedaviye ulaşamama ile ilgili faktörlerin etkili olabileceği düşünülmüştür.

Türkiye'deki şehirleşme olgusuna paralel olarak, tüm olguların %56,7'sinin göç ettiği, göç etme oranının suç işlememiş olgularda anlamlı derecede daha fazla olduğu (%74-%38,3), suç işlemiş olgularda göç sıklıkla köyden şehre (%33,3) olmuşken, suç işlememiş olgularda en sık ilçeden şehre (%51,4) göç olmuştur. Bunun da ülkemizdeki genel popülasyonun göç oranındaki yüksek oranlarla ilişkili olabileceği ya da sağlık hizmetlerinin daha yaygın olduğu bilinen büyük şehirlere yerleşme ile açıklanabileceği düşünülmüştür. Ülkemizde suç işlemiş psikotik olgularla yapılan bir çalışmada göç oranı %47 olarak saptanmıştır (79). Uygur ve arkadaşları (1992) suç işlemiş şizofreni olgularında göç oranının %60 olduğunu belirtmiştir (33).

Olguların %64,9'u askerliğini tam olarak yapmış olup %10,3'ü psikiyatrik rahatsızlık nedeniyle elverişsiz raporu almıştır. Her iki grup arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Suç işleyen olguların %14,9'u askerliğini normalden daha uzun yapmıştır.

Meslek açısından incelediğimizde, tüm olguların %34'nün, suç işlemiş olguların %48,9'nun herhangi bir mesleğinin olmadığı saptanmıştır. Olguların %61,9'nun halen işi yokken suç işleyenlerde bu oran %76,6 olarak saptanmıştır. Suç işlemeyen olguların halen bir işlerinin olma oranı, suç işleyen olgulardan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir. Suç işlemiş olguların iş durumu değerlendirildiğinde, suç öncesinde %46,8'inin, halen %76,6'nın işsiz olduğu saptanmıştır. İş düzeni yönünden incelendiğinde suç öncesinde %48,9'unun düzensiz çalıştığı belirlenmiştir. Son iş durumuna bakıldığında, suç işleyenlerin işlemeyenlere göre daha az iş sahibi olduğu (%23,4-52) saptanmış ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Ülkemizde suç işlemiş psikotik hastalarla yapılan bir çalışmada, hem suç öncesinde hem de suçtan sonraki dönemde %78-79'unun işsiz olduğu, suç öncesi %7,5'inin, suç sonrası ise %13'ünün düzenli çalıştığı belirlenmiştir (37). Sonuçlar literatürle uyumlu olup, işsizlik ve düzensiz iş yaşamının suç davranışı ile bağlantılı olduğu saptanmıştır (44, 49, 75, 80).

Olguların %61,9'unun kendine ait geliri mevcuttu. Suç işleyen olgularda bu oran %44,7'i olup suç işlemeyenlerde %78 olarak bulunmuştur.

Olguların %29,9'unun herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı, suç işlemiş olguların ise %54,4'nün sosyal güvenceden yoksun olduğu, suç işlememiş olguların %4'nün sosyal güvencesinin olmadığı ve iki grup arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Bu durum, özellikle suç işlemiş olgularda tedavi uyumunu bozabilecek bir etken olabilir. Öncü ve ark.(2007) (76) suç işlemiş ve işlememiş psikotik bozukluğu olan olguları karşılaştırdıkları bir çalışmada sosyal güvence olmamasının suç işleme riskini artırdığını belirtmişlerdir.

Olguların çocukluk çağı yaşantılarına bakıldığında 15 yaş öncesi aile üyesi kaybı yaşayanlar ve anne-baba ayrılığı olanlar yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak, suç işlemiş olguların %72,3'ünde çocukluk çağında travmaya maruz kalma (fiziksel ve duygusal istismar) saptanmış olup, gruplar arasında anlamlı fark bulunmadığı görülmüştür. 2005 yılında Neria ve arkadaşlarının psikotik bipolar bozukluğu olan olgularla yaptığı çalışmada, hastaların %40'ında çocukluk çağında travma öyküsünün olduğu saptanmıştır. (40, 80-82).

Psikiyatrik bozukluğun özellikleri incelendiğinde; hastalığın başlangıç yaşı ortalama 23 olarak bulunmuş, suç işlemiş ve işlememiş olgular arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Her iki grupta da hastalığın süresi ortalama 15 yıl olarak bulunmuştur. Hastalığın başlangıç yaşının gidiş üzerine etkisini inceleyen araştırmacıların bir kısmı, hastalığın ergenlik döneminde başlamasının, bu dönemde kişinin psikososyal uyumunun özellikle önemli olması nedeniyle kötü gidişe yol açtığı görüşünü savunurken, diğer kısmı ergenlik döneminde gelişen duygudurum bozukluklarının sıklıkla yanlış tanıya yol açabilen psikotik özellikler taşıdığını, yanlış tanıları dışında çok uzun süreli izleme ile ergenlik ve erişkinlikte başlayan bipolar hastalık seyrinin birbirinden çok farklı

olmadığını belirtmektedir (21). Bu bulgularla hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresinin suç işleme ile bağlantısı saptanamamıştır.

İlk epizoda ilişkin özellikler incelendiğinde; hastalığın sıklıkla bir manik epizod ile başladığı, suç işlemiş ve işlememiş olgular arasında oranların birbirine yakın olduğu (%61,7-%60), depresif epizodla başlama oranının suç işlemiş olgularda %27,7, suç işlememişlerde %38 olduğu saptanmıştır. Hastalık, suç işlemiş olgularda %10,6 oranında bir karma epizod ile başlarken, suç işlememişlerde karma epizod ile başlangıç olmadığı belirlenmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bipolar bozuklukta ilk epizodun mani ya da karma epizod olmasının olumsuz gidiş göstergesi olduğu belirtilmiştir (21). Olguların %52,6'ında, ilk epizodu stres verici bir yaşam olayının tetiklediği belirlenmiş, suç işlemiş ve işlememiş olgular arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Suç işlemiş olguların ilk epizodları sırasında psikotik olma oranı %80,8 olup, suç işlememiş olgulara göre (%60,4) anlamlıya yakın derecede fark olup ancak istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. İlk epizodun %16,5'inin tedavisiz, %55,7'inin kombinasyon tedavisi (tipik ve atipik antipsikotik, duygudurum dengeleyici, antidepresan gibi farmakolojik ajanlar ve EKT) ile düzeldiği, suç işlemiş ve işlememiş olgular arasında ilk epizodun tedavisi yönünden anlamlı fark bulunmamıştır.

Suç işlemiş olguların ortalama olarak epizodlarının 2,5 ay sürdüğü, suç işlememiş olgularda ise bu sürenin 1,5 ay olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Suç işleyen grupta hastaneye yatış sayısının daha fazla olduğu, toplam yatış süresinin de suç işlemeyen gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede uzun olduğu bulunmuştur. Suç işlemiş olguların %8,5'ünün hızlı döngülü olduğu, suç işlememiş olgularda hızlı döngülü bipolar bozukluğa rastlanmadığı, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Yaşam boyu suç işleme sayısını etkileyen en önemli etmenin, geçirilmiş manik epizod sayısı ve hastaneye yatış sıklığı olduğu belirtilmiştir (45).

Olgular, epizodlar sırasında genel olarak psikotik özellik gösterip göstermediklerine göre değerlendirilmiş olup, tüm olguların %84,5'inde psikotik özelliklerin bulunduğu, suç işlemiş olguların %95,7'sinde, suç işlememiş olguların ise

%74'ünde psikotik özelliklerinin bulunduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Tüm olguların %71,1'inde, epizodların mevsimsel ilişkisinin olduğu belirlenmiş, suç işlemiş ve işlememiş olgular arasında fark saptanmamıştır. Olguların %14,4'ünde antidepresif tedavi ile manik kayma olduğu saptanmış, anlamlı fark bulunamamıştır. Hastalığın seyri sırasında karma epizod görülme oranı suç işlemiş olgularda %40,4 olarak bulunurken, bu oran suç işlememiş olgularda %12 olarak saptanmış ve aralarında istatistiki olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Bipolar hastaların %40'ının hastalıkları boyunca en az bir karma dönem geçirdikleri bildirilmekle birlikte bütün duygudurum dönemleri içinde karma dönemlerin oranı çok daha düşük bulunmaktadır. Karma epizodların varlığı, bipolar bozuklukta olumsuz gidiş göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir (21).

Suç işlemiş olguların işledikleri suç sırasında %89,3'nün psikotik olduğu, sıklıkla (%44,6) birden fazla sanrının bulunduğu, %63,8'inde işitsel varsanılarının olduğu ve en sık (%34) hakaret-küfür eden sesler şeklinde olduğu bulunmuştur. Çalışmadan elde edilen bulgular literatürle uyumludur. Suç işlemiş bipolar bozukluğu olan olgularla yapılmış bir çalışmada, suç sonrası tutuklanan olguların % 74,2'sinin manik epizodda olduğu, %59'unun psikotik olduğu, manik ve karma epizoddaki olguların depresiflere göre daha fazla psikotik oldukları saptanmıştır. Aynı çalışmada tüm suçlar içinde şiddet suçunun ön planda olması nedeniyle şiddet ile ilişkili semptomlar araştırılmış, hastalığın epizodu ile şiddet davranışı arasında ilişki saptanmazken, grandiyozite, yargılama bozukluğu, psikotik belirtiler şiddet davranışına yakınlık sağladığı belirtilmiştir (1). Psikiyatrik hastalarla yapılan başka bir çalışmada da psikotik semptomların şiddet ve suç davranışı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (74). Çalışmaların çoğunda özellikle manik epizodlarda ani ve ciddi şiddet ortaya çıkabildiği saptanmıştır (41). Yesavage 1983'te bipolar hastalarda şiddet davranışı riskinin manik epizoda, depresif epizoda göre daha fazla olduğunu belirtmiştir. Manik ya da karma epizoddaki hastalar çok küçük provokasyonlara yanıt olarak şiddet davranışı sergileyebilirler (42). Suç işlemiş bipolar I bozukluğu olan olgularla yapılan bir çalışmada, suç sırasında olguların %74,2'sinin manik ya da karma epizodda olduğu, bunların da %63,3'ünün psikotik olduğu, depresif olguların ise %41,2'sinin psikotik olduğu, toplamda %59'unun suç sırasında psikotik olduğu saptanmıştır (1).

Olgularda %18,6 oranında kendine zarar verici davranışın olduğu belirlenmiş olup, suç işlemiş olgularda bu oranın istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu (%36,3-%2) saptanmıştır. Tüm olgularda kendine zarar verici davranış biçiminin en sık (%14,4) yüzeysel deri kesileri şeklinde olduğu görülmüştür. Saldırgan davranış gösteren olgularda özkıyım davranışı yanında, yüksek oranda kendine zarar verici davranış görüldüğü bildirilmiştir (83).

Olguların tedaviye ilişkin özellikleri incelendiğinde, suç işlemiş olguların (ortalama 27,4), işlememişlere (ortalama 24,2) göre daha geç yaşlarda tedaviye başvurdıkları belirlenmiş, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Suç işlemiş olguların ilk hastaneye yatış yaşı ortalama 28 olarak saptanırken, suç işlememişlerde 25 olduğu görülmüş, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir. Hastalık süresince suç işlemiş olguların ortalama 5 kez olmak üzere, ortalama 14 ay süre ile hastanede yattığı, aradaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu, bu farka koruma ve tedavi süresinin uzunluğunun önemli bir etkisinin olduğu belirlenmiştir. Suç işlemiş olguların %75'inin tedaviye uyumsuz olduğu ve bu oranın suç işlememiş olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Suç işlemişlerin %12,5'inin suçtan önce tedavi başvurusunun olmadığı, tedaviye gelenlerin de %50'sinin düzensiz ayaktan ve yatarak tedavisinin olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, suç işlemiş olguların daha sık hastaneye yattıklarını ve daha uzun süre kaldıklarını, büyük çoğunluğunun tedaviye uyumsuz olduğunu göstermektedir. Ciddi suç işlemiş affektif bozukluğu olan olgularda duygudurum dengeleyici tedaviye uyumun iyi olmadığı, aynı zamanda bu olgularda alkol/madde kullanım bozukluğunun da bulunduğu ve klinik olarak tekrarlayan manik epizodlarının olduğu saptanmıştır (46).

Bipolar bozukluğun boyutsal olarak değerlendirilmesinde kullanılan Bipolarite İndeksi, suç işlemiş olgularda ortalama 73,53 iken, işlememiş olgularda ortalama 83,30 olarak bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç ile suç işlememiş olguların işlemişlere göre daha tipik bipolar bozukluk özelliklerini taşıdığı belirlenmiştir.

İçgörü tedaviye uyumu etkileyen en önemli etmenlerden biridir. Suç işlemiş olguların hastalığa karşı daha zayıf içgörüye sahip oldukları saptanmıştır. Suç işleyen

olguların iç görü puanları, suç işlemeyen olgulardan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı düşüktür.

Alkol/madde kullanım bozukluğu komorbiditesi incelendiğinde, tüm olguların %26,8'sinde bulunduğu, suç işlemiş olguların suç işlememişlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla (%44,7-%10) alkol/madde kullanım bozukluğuna sahip olduğu bulunmuştur. En sık olarak %71,5 ile alkol kullanım bozukluğu saptandı. Bipolar I bozukluğu olan 66 tutuklu hasta ile tutuklanma öyküsü olmayan bipolar I bozukluğu olan 52 hastanın geriye dönük olarak veri tabanı üzerinden karşılaştırıldığı bir çalışmada tutuklanan hastaların sıklıkla erkek, madde kötüye kullanım bozukluğu olan ve daha sık ancak daha kısa süreli hastane yatışlarının olduğu saptanmıştır (44).

Suç işlemiş psikiyatrik hastalarla yapılan hemen tüm çalışmalarda alkol/madde kullanımının şiddet ve suç davranışı için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (37,38,41,74,78,84,85,86). Alkol/madde kullanımı dürtüsellikle de ilişkilendirilmiştir. Yapılan çalışmalarda dürtüsel davranış gösteren bireylerde alkol/madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı daha sıktır. Madde bağımlıları ve sağlıklı kontrollerin dürtüsellik ölçümleri açısından karşılaştırıldıkları çalışmalarda, madde bağımlılarında dürtüsellik daha yüksek olduğu gözlenmektedir (51). Brady ve arkadaşlarının (1998) (87) yaptığı bir araştırmalarında suç işleyen bireylerde, dürtüsel şiddet içeren davranışın, madde kullanımı veya bağımlılığının genel popülasyona oranla daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmada da, Bipolar bozuklukta komorbid alkol/madde kullanımının şiddet ve suç davranışı için önemli bir risk faktörü olduğu saptanmış ve dürtüsellik yönünden karşılaştırıldığında suç işleyen grupta ısrar alt skalasında anlamlı derecede yükseklik bulunmuştur.

Olguların saldırgan davranış yönünden karşılaştırıldığında suç işleyen grupta fiziksel, sözel, öfkesel saldırı puanları ileri düzeyde anlamlı yüksek bulunmuştur. Fiziksel saldırganlıkta bulunma dürtülerini kontrol edememe ile ilgili bir durumdur. Fiziksel saldırı puanıyla ortalama epizod süresi, yılda epizod sayısı, toplam hastaneye yatış sayısı, karma epizod sayısı ve suç sayısı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki görülmektedir. Sözel, öfkesel ve total saldırı puanlarıyla ortalama epizod süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Suç işleyen gruptakilerin epizodlarının daha uzun ve sık olduğu, daha çok karma epizod görüldüğü bu dönemde suç işlemeyen gruba

göre daha agresif oldukları, daha öfkeli, daha kavgacı oldukları saptanmıştır. Artmış agresyonun suç işlemeye neden olabileceğini, kolaylaştırıcı bir faktör olduğunu düşünmekteyiz.

Saldırganlık ölçeği ile HDDÖ ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmakta depresif semptomların artması saldırganlığı arttırdığı görülmektedir. YMDÖ puanıyla saldırganlık ölçeği tüm alt skalaları ve toplam puanı ile anlamlı ilişki saptanmış olup manik dönemin belirgin özelliği olan artmış agresyon literatürle uyumlu bulunmuştur (88) İçgörü değerlendirme ölçeği ile fiziksel, sözel, öfkesel saldırı puanlarıyla negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Hastalığına yönelik içgörüsünün düşük olan kişilerde tedaviye uyumun kötü olması, agresyonun artmasına veya mevcut agresyonun şiddetinin artmasına neden olmaktadır. Suç işleyen bipolar hastalarda dürtüsellik, içgörü kaybı ve psikotik belirtiler gibi maninin semptom profilinin, bu olgularda şiddet davranışına yatkınlık sağladığı belirtilmiştir (1).

Dürtüsellik içsel veya dışsal uyarılara karşı olumsuz sonuçlarını gözetmeden yapılmış planlanmamış reaksiyondur. Dürtüsellik tek başına psikiyatrik tanı olmamakla birlikte birçok mental bozukluğun ortak özelliğidir. Bipolar bozukluk da bu hastalıklardan birisidir. Suç işleyen ve suç işlemeyen olgular dürtüsel davranış açısından karşılaştırıldığında alt skalalar ve toplam puanda anlamlı fark olduğu, suç işleyen grubun daha dürtüsel olduğu saptandı. Dürtüsellüğün tanımına uyan olumsuz sonuçlarını düşünmeden davranmak suç işleyen grupta daha fazla olduğu bulundu.

Suç işleyen grubun toplam yatış sayısı, ortalama epizod süresi, toplam suç sayısı ile dürtüsellik alt skalaları ve toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur. İçgörü puanlarının suç işlemeyenlerden daha düşük olduğu grupta, dürtüsellik skorlarıyla içgörü değerlendirme ölçeği puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Suç işleyen olguların HDDÖ puanlarıyla BIS-11 arasında ilişkiye bakıldığında motor ve planlanmamış dürtüsellik alt skalalarında yükseklik saptandı. Swann ve arkadaşlarının 2007 (62) yılında yaptığı çalışmada depresyon skorlarıyla dikkatle ilişkili dürtüsellik, planlanmamış ve total BIS-11 puanları arasında korelasyon bulunmuştur. Yine aynı çalışmada mani skorlarıyla BIS-11 toplam, dikkatle ilişkili dürtüsellik ve motor dürtüsellik puanlarında ilişki bulunmuştur. Peluso ve ark. 2007 (60) yılında yaptıkları çalışmada, 24 depresif bipolar (DBP), 24 depresif unipolar

(DUP), 12 ötimik bipolar (ÖBP) ve 10 ötimik unipolar (ÖUP) hasta 51 sağlıklı kontrol grubuyla birlikte dürtüsellik yönünden değerlendirilmiştir. DBP, DUP, ÖBP hastalarda sağlıklı kontrollere göre tüm dürtüsellik ölçeğinde yüksek değerler göstermiştir. ÖUP hastalar sağlıklı kontrol grubuna göre sadece motor-dürtüsellikte yüksek değer göstermiştir. Bizim çalışmamızda suç işleyen grubun YMDÖ puanıyla BIS-11 toplam, motor, planlanmamış ve dikkatle ilişkili dürtüsellik alt skalalarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

Suç işleyen olguların saldırganlık ölçeği sonuçlarıyla BIS-11 alt birimlerinin karşılaştırması sonucu fiziksel ve sözel saldırganlıkla tüm alt skalalar arasında, öfkesel saldırganlıkla sebat, dolaylı saldırganlıkla ısrar, motor, planlanmamış ve dikkatle ilişkili dürtüsellik arasında anlamlı ilişki tespit edildi. Saldırganlık toplam puanı kendilik kontrolü ve bilişsel düzensizlik alt skalaları hariç hepsiyle ilişkili bulunmuştur. Güleç ve arkadaşlarının (2009) (4) bipolar hastalarla yaptıkları çalışmalarında saldırganlık alt ölçeklerle BIS-11 toplam, motor, planlanmamış ve dikkatle ilişkili dürtüsellik alt skalalarında anlamlı ilişki bulmuşlardır Çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar suç işleyen olgularda dürtüsellik ve agresyonun daha da yüksek olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Suç kaydı olmayan olguların klinik özellikleriyle BIS-11 ölçeği alt skalaları karşılaştırılmasında, toplam hastaneye yatış sayısı, süresi, ortalama epizod süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, fiziksel saldırı puanı ile motor, planlanmamış, dikkatle ilişkili dürtüsellik, bilişsel kararsızlık alt ölçekleri arasında, öfkesel saldırı puanı ile dikkatle ilişkili dürtüsellik, kognitif düzensizlik arasında, düşmanlık saldırı puanı ile dikkatle ilişkili dürtüsellik, bilişsel kararsızlık ve total puan arasında, saldırganlık toplam puanıyla BIS-11 toplam, motor, dikkatle ilişkili dürtüsellik, planlanmamış dürtüsellik arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Güleç ve ark. yaptığı ötimik bipolar bozukluğu olan olgularla sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı çalışmada da bipolar bozukluğu olan olguların sağlıklı kontrol grubuna göre daha agresif, öfkeli ve daha dürtüsel oldukları, saldırganlık ve öfke puanları ile dürtüselliklerinin ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da suç işlemeyen grubun saldırganlık alt ölçekleri ile dürtüsellik arasında ilişki olmasına rağmen suç işleyen olgularda bu ilişki daha ileri düzeyde ve daha anlamlı bulunmuştur. Bu da

bipolar bozukluğun etiyopatogenezinde dürtüselliğin olduğuna dair bilgilere rağmen suç işlemede başka faktörlerin de etkisi olabileceğini düşündürmüştür. Çalışmamızda hastalık seyrinin, epizod süresinin ya da psikotik veya karma tip epizodların saldırganlık ya da dürtüselliği etkilemesi bunu desteklemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; suç kaydı olan olguların eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu, bekar ve yalnız yaşadığı, köyde doğdukları ve köyden şehre göç ettikleri, askerliklerini normalden uzun yaptıkları, mesleklerinin ve düzenli çalışma hayatlarının daha az olduğu, sosyal güvencelerinin daha yükdek oranda olmadığı, psikiyatrik nedenle ilk kez hastaneye yatış yaşlarının daha büyük olduğu, toplam yatış süresi ve ortalama epizod sürelerinin daha uzun olduğu, epizodlarında psikotik özellik görülme oranlarının daha yüksek olduğu, karma epizod ve hızlı döngülü bipolar bozukluk daha fazla bulunduğu, kendine zarar verici davranışların çoğunlukta olduğu saptanmıştır.

Suç işleyen ve suç işlemeyen bipolar bozukluğu olan olguların dürtüsellik ve dürtüsel davranış olan saldırganlık yönünden karşılaştırıldığında, suç işleyen örneklemde BIS-11 orijinal ve Türk versiyonuna göre daha dürtüsel oldukları, negatif sonuçları düşünmeden anlık haz ve doyum için tasarlamadan davrandıkları, bu durumun suç işlemeye kadar götürdüğü, dürtüselliğin suç işleme sayısı ile bağlantılı olduğu, dürtüsel davranışlar arttıkça suç sayısının arttığı, dürtüselliğin sadece ataklarla ilişkili durumsal bir özellik olmadığı, remisyon dönemlerinde bile suç işleyen bipolar bozukluklu grubun suç işlemeyen gruptan saldırganlık ve dürtüsellik puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik bozukluklar ve suç arasındaki ilişkinin çok faktörlü olduğu göz önüne alındığında, daha fazla sayıdan oluşan örneklem gruplarıyla, kişilik özellikleri ya da bozukluklarının da dikkate alındığı karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmüştür.

7. KAYNAKLAR

- 1) Quanbeck CD, Stone DC, Scott CL, McDermott BE, Altshuler LL, Frye MA: Clinical and legal correlates of inmates with bipolar disorder at time of criminal arrest; Journal of Clinical Psychiatry, 65 2004, S:198-203.
- 2) Modestin J, Hug A, Ammann R: Criminal behavior in males with affective disorders; Journal of Affective Disorders, 42 1997, S:29-38
- 3) Yazıcı K, Yazıcı AE: Dürtüsellik Nöroanatomik ve Nörokimyasal Temelleri Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010;2(2):254-280
- 4) Güleç H, Tamam L, Usta H, Saygılı İ, Güleç MY, Zengin M, Karakuş G: Bipolar Bozuklukta Dürtüsellik; Anatolian Journal of Psychiatry 2009;10:198-203
- 5) Fawcett J, Busch K.A, Jacobs, D, Kravitz, H.M, Fogg L: Suicide: a four-pathway clinical-biochemical model. Ann. N.Y. Acad. Sci. 1997, 836, 288-301
- 6) Allen T.J, Moeller F.G, Rhoades H.M, Cherek D.R, İmpulsivity and history of drug dependence. Drug Alcohol Depend. 1998, 50, 137-145
- 7) Swann AC, Abay E, Tuğlu C: Şiddet ve agresyonun nörobiyolojisi; Klinik Psikiyatri, 3 2000, S:21-26
- 8) Akiskal: Bipolar Bozukluk (ed: Maj M, Akiskal H, Sartorius N, Lopez-İbor JJ), WPA Yayınları, S.5-40
- 9) Kessler RC, Akiskal HS, Angst J, Guyer M, Hirschfeld RM, Merikangas KR, Stang PE: Validity of the assessment of bipolar spectrum disorders in WHO CIDI 3.0. J Affect Disord 2006; 96:259-269
- 10) Sachs GS, Thase ME, Otto MW, Bauer M, Miklowitz D, Wisniewski SR et al. Rationale, design and methods of the treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD) Biol Psychiatry, 2003; 53(11):1028-1042.

11) Abood Z, Abood A, Sharkey M, Weeb A, Kelly and M. Gill. Are patients with bipolar affektive disorder socially disadvantaged? A comparison with a control group; Bipolar Disord 2002, 4:243-248

12) Özalmete EO: Bipolar bozuklukta başlangıç yaşının afektif mizaç özellikleri ve bozukluğun boyutsal özellikleri ile ilişkisi; Uzmanlık tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul-2009

13) Askland K, Parsons M.: Toward a bixial model of bipolar affective disorders:spectrum phenotypes as the products of neuroelectrical and neurochemical alterations. J Affect Disord 2006; 94(1-3):15-33

14) Işık E: Depresyon ve Bipolar Bozukluklar 2003,1.Baskı, Ankara Görsel Sanatlar Yayınevi, S:467-483

15) Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatri, Edition 2005, Chapter 13.1, S:1559-1575

16) Ciğerli G: Travma sonrası stres bozukluğunun bipolar bozukluk üzerine etkisi; Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul 2007

17) Revicki DA, Matza LS, Flood E: Bipolar disorder and health-related quality of life; Pharmacoeconomics 2005, 23(6):583-594

18) Köroğlu E: Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri; Hekimler Yayın Birliği, 2004 Ankara

19) Vahip S: Araştırmalardan Klinik Uygulamaya Bipolar Depresyon Tedavisi; Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 1999; 9: 213-221

20) Köroğlu E: Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri; Hekimler Yayın Birliği, 2007 Ankara

21) Öztürk MO, Uluşahin A: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları; Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti. Ankara, 2008, S: 337-428

22) Smoller JM, Finn CT: Family, twin and adoption studies of bipolar disorders. American Journal of Medical Genetics, Part C 2003; 123C: 48-58

23) Sadock BJ, Sadock VA (2005): Mood disorders. Kaplan&Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. Türkçe çeviri editörü H. Aydın, A. Bozkurt. Williams&Wilkins; S: 171-210

24) Karşıdağ Ç: Remisyon dönemindeki mani hastalarında yeti yitimi düzeyi değerlendirmesi, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul 1999

25) Süner Ö: Bipolar bozuklukta anksiyete bozukluğu komorbiditesi hastalık seyri, yaşam kalitesi ve yetiyitimiyle komorbidite ilişkisi. Uzmanlık tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul-2007

26) Perlis RH, Ostacher MJ, Patel J ve ark: Predictors of recurrence in bipolar disorder: Primary outcomes from the systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD); American Journal of Psychiatry, 2006 163:2, S:217-224

27) Sadock BJ: Signs and symptoms in psychiatry; Sadock BJ, Sadock VA (Editors):Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume:1; Seventh Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia-2000 S:677-688

28) Dilbaz N: Şiddet riskinin değerlendirilmesi ve saldırgan hastaya yaklaşım; Klinik Psikiyatri, 1999 2, S:179-188

29) Can S. Aggression Questionnaire adlı ölçeğinTürk popülasyonunda geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, İstanbul 2002.

30) Fromm E:İnsandaki Yıkıcılığın Kökenleri-1; Alpagut Ş.(Çev.):Payel Yayınevi, 2.basım, İstanbul-1993

31) Ünsal A:Genişletilmiş bir şiddet tipolojisi; Şiddet(içinde); Cogito:6-7, 1996, S:29-36

32) Taşcıoğlu K: Psikotik olgularda saldırganlık ve semptom dağılımının ilişkisi; Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul-1996

33) Uygur N, Işıklı M, Ögel K ve ark: Suç işlemiş şizofrenlerin demografik özellikleri ve suç profili; Düşünen Adam, 1992, 5:1,2,3 S:5-9

34) Abay E, Tuğlu C: Şiddet ve agresyonun nörobiyolojisi; *Klinik Psikiyatri*, 3 2000, S:21-26

35) Türkcan S, Yeşilbursa D, Saatçioğlu Ö, Alpkan L, Uygur N: Adli psikiyatri ve kurumdışı izleme; Düşünen Adam, 10:2 1997, S:39-43.

36) İter M. Anneye-babaya yönelik homisidal davranışları olan adli olgularda suç işlemeyi etkileyen etmenler, Uzmanlık tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul-2010

37) Öncü F: Psikiyatrik bozukluğu olan suçluların zorunlu klinik tedavi sonrası hastalık ve suçluluk seyirleri, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul-2002

38) Erb JL: Assesment and manangment of the violent patient; Jacobson JL, Jacobson AM(Edts); *Psychiatric Secrets*; second edition, Hanley&Belfus Inc. Philadelphia-2001, S:440-447

39) 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; Seventh Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia-2000 S:3210-3218

40) Borum R, Swartz M, Swanson J: Assesing and managing violence risk in clinical practice; *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 2:4 1996, S:205-222.

41) Tardiff K: Adult antisocial behavior and criminality; Sadock BJ, Sadock VA (Editors): Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume:II; *Seventh Edition*, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia-2000 S:1908-1916

42) Yager J, Gitlin MJ: Clinical manifestations of psychiatric disorders, Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry USA 2005 3894

43) Wulach JS: Mania and crime: a study of 100 manic defendants; Bulletin of the American Academy of Psychiatry Law, 11 1983, S:69-75

44) Quanbeck CD, Stone DC, McDermott BE, Boone K, Scott CL, Frye MA: Relationship between criminal arrest and community treatment history among patients with bipolar disorder; Psychiatric Services, 56 2005, S: 847-852.

45) Solomon P, Draine J: Explaining lifetime criminal arrests among clients of a psychiatric probation and parole service; Journal of American Academy of Psychiatry and the Law, 27 1999, S:239-251

46) White T: Homicide and affective disorder; Medicine Science and the Law, 44:2 2004, S:133-139

47) Hollander E, Evers M. New developments in impulsivity. Lancet 2001; 358:949-950

48) Kısa C, Yıldırım SG, Göka E: Ataklık ve ruhsal bozukluklar. Türk Psikiyatri Dergisi 2005; 16(1):46-54

49) Chamberlain SR, Muller U, Deakin JB, Corlett PR, Dowson J, Cardinal RN, et al. Lack of deleterious effects of buspirone on cognition in healthy male volunteers. J Psychopharmacol 2007; 21:210-215.

50) Torregrossa MM, Quinn JJ, Taylor JR. Impulsivity, compulsivity, and habit: the role of orbitofrontal cortex revisited. Biol Psychiatry 2008; 63:253-255.

51) Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. J Clin Psychol 1995; 51:768-774

52) Ainslie G. Specious reward: A behavioral theory of impulsiveness and impulse control. Psychological Bulletin. 1975;82(4):463-496

53) Dickman SJ: Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. J Pers Soc Psychol, 1990 58:95-102

54) Instanley CA, Baunez C, Theobald DE, Robbins TW. Lesions to the subthalamic nucleus decrease impulsive choice but impair autoshaping in rats: The importance of the basal ganglia in Pavlovian conditioning and impulse control. Eur J Neurosci 2005;21:3107-3116

55) Siever LJ, Trestman RL: The serotonin system and aggressive personality disorders; International Clinical Psychopharmacology, 1993;2:33-39

56) Güleç C, Köroğlu E: Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1998, S: 698

57) Barratt ES, Patton JH: Impulsivity: Cognitive, behavioral, and psychophysiological correlates. In Zuckermann, 1983, 77-116

58) Moeller FG, Barrat ES, Dougherty DM: Psychiatric aspects of impulsivity. Am J Psychiatry, 2001,158:1783-1793

59) Swann AC, Pazzaglia P, Dougherty DM, Moeller FG: Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. Am J Psychiatry 2005,162: 1680-1687

60) Peluso MAM, Hatch JP, Glahn DC, Monkul ES, Sanches M, Najt P: Trait impulsivity in patients with mood disorders. Journal of Affective Disorders 2007, 100: 227-231

61) Swann AC, Anderson JC, Dougherty DM, Moeller FG: Measurement of inter-episode impulsivity in bipolar disorder. Psychiatry Res. 2001,101: 195-197

62) Swann AC, Bjork JM, Moeller FG ve ark. (2002) Two models of impulsivity: relationship to personality traits and psychopathology. Biol Psychiatry, 15:988-994

63) First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinical Version. Washington D.C.:American Psychiatric Press Inc, 1997

64) Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı AE, Köroğlu E. SCID'in Türkiye İçin Uyarlama ve Güvenirlilik çalışması. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1999

65) Hamilton M: A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960 Feb;23:56-62

66) Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı; Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 4 1996, S:251-259

67) Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA: A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity Br J Psychiatry. 1978 Nov;133:429-35

68) Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F ve ark. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2002; 13:107-114

69) David AS: Insight and psychosis; *British Journal of Psychiatry*, 156 1990, S:798-808.

70) Arslan S, Günay Kılıç B, Karakılıç H ve ark.: İlgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği: güvenilirlik ve geçerlik çalışması; Türkiye'de Psikiyatri; 3 2001, S:17-24

71) Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G, Zengin M, Stanford MS: Psychometric properties of the turkish version of the barratt impulsiveness scale-11; Klinik Psikofarmakoloji Bül.2008;18:251-258

72) Buss AH, Perry M: The aggression questionnaire. Journal of the Personality and Social Psychology, 1992;63:452-459

73) Aküzüm N: Bipolarite indeksi ilk görüşmede hesaplandığında ayrıntılı değerlendirme ile elde edilen sonuçları öngörebilir mi?; Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul-2007.

74) Camcıoğlu TH: Bipolar I bozukluğu olan olgularda suç işlemeyi etkileyen etmenler. Uzmanlık tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul-2010

75) Şeker N: Psikotik bozukluklarda yineleyici suç davranışı, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul-1996

76) Öncü F, Sercan M, Ger C ve ark.: Sosyoekonomik etmenlerin ve sosyodemografik özelliklerin psikotik olguların suç işlemesinde etkisi; *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18:1 2007, S:4-12

77) Ural C: Psikotik hastalarla psikotik olmayan kişilerin suçta hedef aldıkları kitle profilinin karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul-2007

78) Marzuk PM (Edt): Violence, crime and mental illness-How strong a link?; *Archives of General Psychiatry*, 53, June-1996, S: 481-486.

79) Türkcan S, İncesu C, Canbek Ö, Can Y, Sercan M, Uygur N: 1831 adli olgunun tanı dağılımı ve tanı-suç bağlantısının değerlendirilmesi; *Düşünen Adam*, 13:3 2000, S: 132-137.

80) Feldmann TB: Bipolar Disorder and violence; *Psychiatric Quarterly*, 72:2 2001, S:119-129.

81) Nilsson KW, Sjoberg RL, Damberg M ve ark.: Role of monoamine oxidase A genotype and psychosocial factors in male adolescent criminal activity; *Biological Psychiatry*; 59 2006, S: 121-127.

82) Neria Y, Bromet EJ, Carlson GA, Naz B: Assaultive trauma and illness course in psychotic bipolar disorder: findings from the suffolk county mental health project; *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111 2005, S:380-383.

83) Krakowski M, Czobor P, Chou JC: Course of violence in patients with schizophrenia: Relationship to clinical symptoms; Schizophrenia Bulletin, 25:3 1999, S:505-517

84) Elbogen EB, Johnson SC: The intricate link between violence and mental disorder; Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions; Archives of General Psychiatry, 66:2 2009, S:152-161.

85) Amore M, Menchetti M, Tonti C, Scarlatti F ve ark: Predictors of violent behavior acute psychiatric patients; Clinical study; Psychiatry and Clinical Neurosciences; 62 2008; S:247-255.

86) Swanson JW, Holzer E, Ganju VK, Jono RT: Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys; Hospital and Community Psychiatry, 41 1990, S: 761-770

87) Brady KT, Myrick H, McElroy S (1998) The relationship between substance use disorders, impulse control disorders, and pathological aggression. Am J Addict, 7:221-230.

88) Cassidy F, Ahead EP, Carroll BJ: Symptom profile consistency in recurrent manic epizodes, Comput. Psychiatry, 2002,179-181

8. EKLER

Bilgi Toplama Formu

ADI SOYADI:

DOĞUM TARİHİ:

ADRES:

TELEFON NO:

POLİKLİNİK ZARF NO:

DOSYA PROTOKOL NO:

1. OLGU NO:

2. ALINAN BİLGİLER:

1.HASTANE
KAYITLARINDAN (DAVA
DOSYASI VE BAŞKA
KURUMA AİT TIBBİ
BELGELER DAHİL)
2.KENDİSİNDEN
3.YAKINLARINDAN

4.HASTANE KAYITLARI VE
KENDİSİNDEN
5.HASTANE KAYITLARI VE
YAKINLARINDAN
6.HASTANE KAYITLARI,
KENDİSİ VE
YAKINLARINDAN

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

3. YAŞI:.....

4. CİNSİYETİ:

1. KADIN

2. ERKEK

5. DOĞUM YERİ:

1. AKDENİZ
2. DOĞU ANADOLU
3. EGE
4. MARMARA
(İL:.....)

5.KARADENİZ
6.GÜNEYDOĞU ANADOLU
7.YURTDIŞI
8.İÇ ANADOLU

6. DOĞUM YERİ:

1. KÖY
2. İLÇE
3. ŞEHİR

4.YURT DIŞI
5.BİLİNMIYOR

7. HALEN YAŞADIĞI YER:

1. AKDENİZ
2. DOĞU ANADOLU
3. EGE
4. MARMARA
(İL:.....)

5.KARADENİZ
6.GÜNEYDOĞU ANADOLU
7.YURTDIŞI
8.İÇ ANADOLU

8. HALEN YAŞADIĞI YER:

1. KÖY
2. İLÇE
3. ŞEHİR

4.YURT DIŞI
5.BİLİNMIYOR

9. YER DEĞİŞİKLİĞİ (GÖÇ)
VAR MI?

1. VAR

2.YOK

10. GÖÇ SIRASINDAKİ YAŞI?

.....

11. GÖÇ ETMİŞ İSE ŞEKLİ?

1. ŞEHİRDEN KÖYE
2. KÖYDEN ŞEHİRE
3. YURTDIŞI GÖÇ

4. ŞEHİRDEN ŞEHİRE
5. KÖYDEN KÖYE
6. İLÇEDEN ŞEHİRE

12. GÖÇ ETMİŞ İSE GÖÇ İLE
SUÇ ARASINDA GEÇEN
SÜRE:

.....

13. ÖĞRENİM DURUMU	1. OKUR YAZAR DEĞİL 2. OKUR YAZAR 3. İLKOKUL MEZUNU	4. ORTAOKUL MEZUNU 5. LİSE MEZUNU 6. YÜKSEK OKUL MEZUNU
14. ÖĞRENİM SÜRESİ (Yıl olarak):	.....	
15. AİLE BİREYİ KAYBI(15 yaşından önce):	1.VAR	2.YOK
16. ÖLEN AİLE ÜYESİ:	1.ANNE 2.BABA	3.KARDEŞ
17. BİREY KAYBINDAKİ YAŞI:	.....	
18. ANNE BABA AYRILIĞI:	1. YOK	2.VAR
19. ANNE BABA AYRILIĞI VARSA, BU SİRADAKİ YAŞI:	.....	
20. ÇOCUKLUKTA ŞİDDETE MARUZ KALMIŞ MI?	1. YOK 2. VAR	3.NADİREN 4.SIK
21. MARUZ KALDIĞI ŞİDDETİN TÜRÜ:	1.ELLE 2.SERT CİSİMLE 3.KIRBAÇ-KAMÇIYLA DAYAK 4.ATEŞLİ SİLAHLA YARALAMA	5. 13 YAŞINDAN ÖNCE ERİŞKİNLE CİNSEL İLİŞKİ 6.ÖZ/ÜVEY AİLE BİREYİ İLE CİNSEL İLİŞKİYE ZORLANMA 7.DAYAK+CİNSEL TACİZ 4. AYRILMIŞ 5. BAŞKA
22. MEDENİ DURUMU (Kimlikte geçen)	1. BEKAR 2. EVLİ 3. DUL	
23. KİMİNLE YAŞADIĞI:	1. EVSİZ 2. YANLIZ 3. EŞİ İLE 4. EŞİ VE ÇOCUKLARI İLE 5. ÇOCUKLARI İLE 6. 1.DERECEDE AKRABALARI İLE 7. 2.DERECEDE AKRABALARI İLE	8. EV ARKADAŞLARI İLE 9. AİLESİ VE 1. DERECE AKRABALARI İLE 10. AİLESİ VE AKRABALARI İLE TOPLU OLARAK 11. BAŞKA
24. KARDEŞ SAYISI:	.....	
25. ÇOCUK SAYISI:	.....	
26. ASKERLİK DURUMU	1. ASKERLİK YAŞINDA DEĞİL 2. HALEN ASKER 3. TAM OLARAK YAPMIŞ 4. ERTELENMİŞ (TIBBİ NEDENLE) 5. ERTELENMİŞ (PSİKİYATRİK NEDEN) 6. ERTELENMİŞ (İDARİ NEDENLE)	7. ASKERLİĞE ELVERİŞSİZ (PSİKİ) 8. ASKERLİĞE ELVERİŞSİZ (TIBBİ) 9. ASKER KAÇAĞI 10. NORMALDEN UZUN (PSİKİYAT) 11.HAVA DEĞİŞİMİ ALM. (ZAMAN. TAM.) 12. BAŞKA
27. MESLEĞİ:	1. MESLEĞİ YOK 2. ÖĞRENCİ 3. ÇİFTÇİ 4. İŞÇİ 5. HİZMET MESLEKLERİ 6. YÜKSEK ÖĞRENİMLE EDİNİLEN MESLEK	7. ZANAATKAR, ESNAF, TÜCCAR 8. MEMUR 9. GÜVENİK, POLİS 10. BAŞKA (BELİRTİNİZ):.....
28. SUÇ ÖNCESİ İŞİ VAR MI? (Son 1 yıl)	1. VAR	2. YOK
29. SUÇ ÖNCESİ İŞ DÜZENİ:	1.ÇALIŞMIYOR-İŞSİZ 2.DÜZENSİZ ÇALIŞIYOR	3.DÜZENLİ ÇALIŞIYOR
30. HALEN İŞİ	1. YOK	2. VAR
31. İŞ DÜZENİ:	1.ÇALIŞMIYOR 2.DÜZENSİZ ÇALIŞIYOR	3.DÜZENLİ ÇALIŞIYOR

32. KENDİSİNE AİT GELİRİ:	1. YOK	2. VAR
33. SOSYAL GÜVENCESİ:	1. YOK	2. VAR

ADLİ ÖZGEÇMİŞ

34. KRİMİNAL ÖZGEÇMİŞ	1. YOK	2- VAR
35. TOPLAM SUÇ SAYISI (yargıya intikal eden)	.....	
36. İLK KEZ SUÇ İŞLEME YAŞI:	.....	
37. HASTALIK SONRASI SUÇ SAYISI:	.....	
38. ÖNCEDEN KORUMA TEDAVİ UYGULAMASI	1. YOK 99. BİLİNİYOR	2- VAR
39. GEÇMİŞTE CEZAEVİ YAŞANTISI	1. YOK	2. VAR
40. GEÇMİŞTE CEZAEVİ YAŞANTISI SÜRESİ (Toplam-AY)	.....	
41. ADLİYEYE YANSIYAN SUÇ - 1	1. ADAM ÖLDÜRME 2. ÖLDÜRME GİRİŞİMİ 3. YARALAMA 4. YARALAMA OLUŞTURMAYAN SALDIRI 5. MALA AMAÇLI ZARAR 6. YANGIN ÇIKARMA 7. TEHDİT 8. SUÇA AZMETTİRME 9. KONUT DOKUNULMAZLIĞINI İHLAL 10. CİNSEL SUÇLAR 11. SALDIRGAN SARHOŞLUK	12. UYUŞTURUCU MADDE SATMAK 13. RUHSATSIZ SİLAH KULLANMA 14. GASP / GASP GİRİŞİMİ 15. HIRSIZLIK 16. DOLANDIRICILIK / SAHTEKARLIK 17. KAMU SUÇLARI 18. ŞİDDET İÇERMİYEN BİRDEN FAZLA SUÇ 19. ŞİDDET DE İÇEREN BİRDEN FAZLA SUÇ 20. BAŞKA 99. BİLİNİYOR
42. SUÇ - 1'İN YÖNÜ	1. İNSANA DÖNÜK 2. MALA DÖNÜK	3. KAMU DÜZENİYLE İLGİLİ 4. BAŞKA:
43. SUÇ 1 SIRASINDA ALKOL- MADDE KULLANIMI	1. YOK 2. ALKOL	3. MADDE..... 4. ALKOL-MADDE.....
44. SUÇ - 2	1. ADAM ÖLDÜRME 2. ÖLDÜRME GİRİŞİMİ 3. YARALAMA 4. YARALAMA OLUŞTURMAYAN SALDIRI 5. MALA AMAÇLI ZARAR 6. YANGIN ÇIKARMA 7. TEHDİT 8. SUÇA AZMETTİRME 9. KONUT DOKUNULMAZLIĞINI İHLAL 10. CİNSEL SUÇLAR 11. SALDIRGAN SARHOŞLUK	12. UYUŞTURUCU MADDE SATMAK 13. RUHSATSIZ SİLAH KULLANMA 14. GASP / GASP GİRİŞİMİ 15. HIRSIZLIK 16. DOLANDIRICILIK / SAHTEKARLIK 17. KAMU SUÇLARI 18. ŞİDDET İÇERMİYEN BİRDEN FAZLA SUÇ 19. ŞİDDET DE İÇEREN BİRDEN FAZLA SUÇ 20. BAŞKA 99. BİLİNİYOR
45. SUÇ - 2 YÖNÜ	1. İNSANA DÖNÜK 2. MALA DÖNÜK	3. KAMU DÜZENİYLE İLGİLİ 4. BAŞKA:
46. SUÇ 2 SIRASINDA ALKOL- MADDE KULLANIMI	1. YOK 2. ALKOL	3. MADDE..... 4. ALKOL-MADDE.....
47. SUÇ - 3	1. ADAM ÖLDÜRME 2. ÖLDÜRME GİRİŞİMİ 3. YARALAMA 4. YARALAMA OLUŞTURMAYAN SALDIRI 5. MALA AMAÇLI ZARAR 6. YANGIN ÇIKARMA	12. UYUŞTURUCU MADDE SATMAK 13. RUHSATSIZ SİLAH KULLANMA 14. GASP / GASP GİRİŞİMİ 15. HIRSIZLIK 16. DOLANDIRICILIK / SAHTEKARLIK 17. KAMU SUÇLARI

	7. TEHDİT 8. SUÇA AZMETTİRME 9. KONUT DOKUNULMAZLIĞINI İHLAL 10. CİNSEL SUÇLAR 11. SALDIRGAN SARHOŞLUK	18. ŞİDDET İÇERMİYEN BİRDEN FAZLA SUÇ 19. ŞİDDET DE İÇEREN BİRDEN FAZLA SUÇ 20. BAŞKA 99. BİLİNMIYOR
48. SUÇ -3 YÖNÜ	1. İNSANA DÖNÜK 2. MALA DÖNÜK	3. KAMU DÜZENİYLE İLGİLİ 4. BAŞKA:
49. SUÇ 3 SIRASINDA ALKOL- MADDE KULLANIMI	1. YOK 2. ALKOL	3. MADDE..... 4. ALKOL-MADDE.....
50. SUÇ -4	1. ADAM ÖLDÜRME 2. ÖLDÜRME GİRİŞİMİ 3. YARALAMA 4. YARALAMA OLUŞTURMAYAN SALDIRI 5. MALA AMAÇLI ZARAR 6. YANGIN ÇIKARMA 7. TEHDİT 8. SUÇA AZMETTİRME 9. KONUT DOKUNULMAZLIĞINI İHLAL 10. CİNSEL SUÇLAR 11. SALDIRGAN SARHOŞLUK	12. UYUŞTURUCU MADDE SATMAK 13. RUHSATSIZ SİLAH KULLANMA 14. GASP / GASP GİRİŞİMİ 15. HIRSIZLIK 16. DOLANDIRICILIK / SAHTEKARLIK 17. KAMU SUÇLARI 18. ŞİDDET İÇERMİYEN BİRDEN FAZLA SUÇ 19. ŞİDDET DE İÇEREN BİRDEN FAZLA SUÇ 20. BAŞKA 99. BİLİNMIYOR
51. SUÇ -4 YÖNÜ	1. İNSANA DÖNÜK 2. MALA DÖNÜK	3. KAMU DÜZENİYLE İLGİLİ 4. BAŞKA:
52. SUÇ 4 SIRASINDA ALKOL- MADDE KULLANIMI	1. YOK 2. ALKOL	3. MADDE..... 4. ALKOL-MADDE.....
53. SUÇ -1 İÇİN SAĞLIK KURULU KARARI	1. YOK	2. VAR
54. SUÇ -1 İÇİN KORUMA - TEDAVİ SÜRESİ (Ay olarak)	.....	
55. SUÇ -2 İÇİN SAĞLIK KURULU KARARI	1. YOK	2. VAR
56. SUÇ -2 İÇİN KORUMA - TEDAVİ SÜRESİ (Ay olarak)	.....	
57. SUÇ -3 İÇİN SAĞLIK KURULU KARARI	1. YOK	2. VAR
58. SUÇ -3 İÇİN KORUMA - TEDAVİ SÜRESİ (Ay olarak)	.....	
59. SUÇ -4 İÇİN SAĞLIK KURULU KARARI (59 Gibi)	1. YOK	2. VAR
60. SUÇ -4 İÇİN KORUMA - TEDAVİ SÜRESİ (Ay olarak)	.....	

SUÇLA İLGİLİ BİLGİLER

61. HALEN DURUMU
62. KAÇINCI SUÇU OLDUĞU:

1. TUTUKLU
2. SERBEST
.....

3. BAŞKA SUÇTAN TUTUKLU
4. BAŞKA SUÇTAN HÜKÜMLÜ

63. SUÇ SIRASINDAKİ YAŞI:

64. SUÇUN TÜRÜ:

1. ADAM ÖLDÜRME
2. ÖLDÜRME GİRİŞİMİ
3. YARALAMA
4. YARALAMA OLUŞTURMAYAN
SALDIRI
5. MALA AMAÇLI ZARAR
6. YANGIN ÇIKARMA
7. TEHDİT
8. SUÇA AZMETTİRME
9. KONUT DOKUNULMAZLIĞINI
İHLAL
10. CİNSEL SUÇLAR
11. SALDIRIĞAN SARHOŞLUK
1. İNSANA DÖNÜK
2. MALA DÖNÜK

12. UYUŞTURUCU MADDE SATMAK
13. RUHSATSIZ SİLAH KULLANMA
14. GASP / GASP GİRİŞİMİ
15. HIRSIZLIK
16. DOLANDIRICILIK / SAHTEKARLIK
17. KAMU SUÇLARI
18. ŞİDDET İÇERMİYEN BİRDEN
FAZLA SUÇ
19. ŞİDDET DE İÇEREN BİRDEN
FAZLA SUÇ
20. BAŞKA
99. BİLİNMIYOR

65. SUÇUN YÖNÜ:

3. KAMU DÜZENİYLE İLGİLİ
4. BAŞKA:

66. SUÇ İLE GÖZLEM

ARASINDAKİ SÜRE (Ay olarak)

67. SUÇ İLE KORUMA –

TEDAVİ ARASINDAKİ SÜRE

(Ay olarak)

68. KORUMA TEDAVİ SÜRESİ

(Ay olarak)

69. SERVİSE UYUMU:

70. TEDAVİ UYGULANIYOR
MU?

71. TEDAVİYE UYUMU

72. VERİLEN İLAÇ:

1. UYUMSUZ
1. HAYIR
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
2. EVET

2. UYUMLU
7. DUYGUDURUM
DÜZENLEYİCİ+ORAL TİPİK
8. DUYGUDURUM
DÜZENLEYİCİ+ORAL ATİPİK
9. DUYGUDURUM DÜZENLEYİCİ+DEPO
ANTİPSİKOTİK
10. DEPO ANTİPSİKOTİK
11. DİĞER.....

73. SUÇ ÖNCESİ YA DA
SUÇTAN HEMEN SONRA
ÖZKİYİM GİRİŞİMİ OLMUŞ
MU?

1. EVET

2. HAYIR

74. ÖZKİYİM GİŞİMİ ŞEKLİ:

1. İLAÇ İÇEREK
2. ASI YOLU
3. ATEŞLİ SİLAH İLE
4. KİMYASAL MADDE

5. YÜKSEKTEN ATLAMA
6. KESİCİ ALET İLE
7. KENDİNİ YKMA
8. DİĞER
99. BİLİNMIYOR

75. (Varsa) ÖZKİYİM GİRİŞİMİ
SAYISI

76. SUÇ ÖNCESİ KENDİNE
ZARAR VERİCİ DAVRANIŞI
OLMUŞ MU?

1. EVET

2. HAYIR

77. (Varsa) KENDİNİ
YARALAMA NİTELİĞİ

1. VÜCUDUN BİR PARÇASINI
ÇARPMA
2- YÜZEYSEL DERİ KESİLERİ

- 3- DERİN DERİ KESİLERİ
4- DAHA DERİN KESİLER
99- BİLİNMIYOR

78. SUÇ KİME KARŞI İŞLENDİ
(Kişiyi Karşı Suçlarda)

- 0- SUÇ KİŞİYE KARŞI DEĞİL
1- ÖZ ANNE
2- ÖZ BABA
3- ÜVEY ANNE
4- ÜVEY BABA
5- ÖZ KARDEŞ

- 10- AKRABA
11- HİSİM
12- ARKADAŞ
13- KOMŞU
14- İŞ ARAKADAŞI
15- AMİR

79. SUÇ ALETİ	6- ÜVEY KARDEŞ 7-EŞ 8- ÖZ ÇOCUK 9-ÜVEY ÇOCUK 0- SUÇ KİŞİYE KARŞI DEĞİL 1- (6136) ZNE BAĞLI BİÇAK 2- TABANCA	16-KAMU GÖREVLİSİ 17-RASTGELE-TANINMAYAN KİŞİ 18-UZAKTAN TANIDIK 99-BİLİNMIYOR 3- KESİCİ DELİCİ ALET 4- TAŞ SOPA 5-BAŞKA (BELİRTİNİZ)
80. SUÇ SİRASINDA MADDE KULLANIMI	1.EVET	2.HAYIR
81. SUÇ SİRASINDA MADDE KULLANIMI VARSA ÇEŞİDİ?	1.ALKOL 2.ESRAR 3.UÇUCU MADDE 4.UYARICI MADDE	5.HALUSİNOJEN 6.EROİN 7.KARIŞIK MADDE
82. YAŞAM BOYU MADDE KULLANIMI VARSA SÜRESİ (Yıl olarak)	.....	

TEDAVİYE UYUMU

83. SUÇ TARİHİNDEN BU YANA TEDAVİ GÖRMEKTE Mİ?	1- HAYIR 2- EVET	3- İLK ATAK
84. SUÇ TARİHİNDEN BU YANA GÖRMEKTE OLDUĞU TEDAVİ DÜZENİ	0.YOK 1- DÜZENLİ AYAKTAN TEDAVİ 2- DÜZENLİ AYAKTAN + YATARAK	3- DÜZENSİZ AYAKTAN TEDAVİ 4- DÜZENSİZ AYAKTAN + YATARAK 5- YALNIZCA YATARAK 99- BİLİNMIYOR
85. SUÇ TARİHİNDEN ÖNCE TEDAVİ VAR MI?	1.YOK 2.VAR	99- BİLİNMIYOR
86. SUÇ TARİHİNDEN ÖNCE GÖRMEKTE OLDUĞU TEDAVİ DÜZENİ	0.YOK 1- DÜZENLİ AYAKTAN TEDAVİ 2- DÜZENLİ AYAKTAN + YATARAK	3- DÜZENSİZ AYAKTAN TEDAVİ 4- DÜZENSİZ AYAKTAN + YATARAK 5- YALNIZCA YATARAK 99-BİLİNMIYOR
87. SUÇTAN ÖNCEKİ PSİKIYATRİK YATIŞ SAYISI	.....	

SOYGEÇMİŞ

88. SOYGEÇMİŞİNDE PSİKIYATRİK HASTALIK	1- YOK 2- ANNE 3- BABA	4- KARDEŞ 5- 2. DERECE AKRABA 6- BAŞKA
89. AKRABALARINDA SUÇ ÖYKÜSÜ	1- YOK 2- ANNE 3- BABA	4- KARDEŞ 5- 2. DERECE AKRABA 6- BAŞKA

HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİLER

90. I. EKSEN TANISI	1. YOK	2. VAR
91. (Eksen Tanısı varsa)	0 -TANI YOK	11-KISA PSİKOTİK BOZUKLUK
1.TANI	1- BUNAMA 2- DELİRYUM 3.AMNESTİK BOZUKLUK	12-ŞİZOFRENİFORM BOZUKLUK 13-BTA (ATİPİK) PSİKOTİK BOZUKLUK

	4-BTA KOGNİTİF BOZUKLUK 5-MADDE KULLANIMINA BAĞLI MİZAÇ /PSİKOTİK BOZUKLUK 6- MADDE KÖTÜYE KULLANIMI 7-MADDE BAĞIMLILIĞI 8- ŞİZOFRENİK BOZUKLUK 9- SANRISAL BOZUKLUK 10- ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK	14- MAJOR DEPRESYON 15-İKİ UÇLU MANİK EPİZOD 16- İKİ UÇLU DEPRESİF EPİZOD 17- KARIŞIK TİP MİZAÇ BOZ. 18- ATİPİK MİZAÇ BOZ. 19-TEMARUZ (SİMULASYON) 20-UYUM BOZUKLUKLARI 99- BAŞKA (Berlirtiniz)
92. (I. Eksen Tanısı varsa) TANI	.....	
93. (I. Eksen Tanısı varsa) TANI	.	
94. II. EKSEN TANISI	1. YOK	2. VAR
95. (II. Eksen Tanısı Varsa) TANI	01- HAFİF DERECEDE ZEKA GERİLİĞİ 02- ORTA DERECEDE ZEKA GERİLİĞİ 03- AĞIR DERECEDE ZEKA GERİLİĞİ 10- PARANOİD Kişilik BOZUKLUĞU 20-ŞİZOID Kişilik BOZUKLUĞU 30-ŞİZOTİPAL Kişilik BOZUKLUĞU 40- ANTİSOSYAL Kişilik BOZUKLUĞU	50- SINIR KİŞİLİK BOZUKLUĞU 60- OBSESİF- KOMPULSİF KİŞİLİK BOZ. 70- HİSTRİYONİK KİŞİLİK BOZ. 80- KAÇINGAN KİŞİLİK BOZ. 90- BAĞIMLI KİŞİLİK BOZUKLUĞU 99- BAŞKA (BELİRTİNİZ)
96. (II. Eksen Tanısı varsa) TANI	.....	
97. III.EKSEN TANISI	1. YOK	2. VAR
98. (III Eksen Tanısı varsa) TANI	1-YOK 2-CVA 3-EPILEPSİ	4-KAFA TRAVMASI 5-MSS DEGENERATİF HASTALIĞI 6-BAŞKA (Belirtiniz)
99. (III. Eksen Tanısı varsa) TANI	.....	
100. (Suç sırasında) HEZEYAN	1- YOK	2- VAR
101. HEZEYANIN İÇERİĞİ:	1.PERSEKÜSYON 2.REFERANS 3.GRANDİÖZ 4.KISKANÇLIK	5.BİZAR 6.EROTOMANİK 7.SOMATİK 8.BİRDEN FAZLA 9.DİĞER 2- VAR
102. (Suç sırasında) HALUSİNASYON	1- YOK	2- VAR
103. HALUSİNASYONUN İÇERİĞİ	1.ELEMENTER 2.ADINI ÇAĞIRAN 3.KOMUT VEREN 4.ŞİDDET KOMUTU VEREN 1- YOK	5.HAKARET-KÜFÜR EDEN 6.TEHDİT EDEN 7.DİĞER 2- VAR
104. (Görüşme sırasında) HEZEYAN	1- YOK	2- VAR
105. HEZEYANIN İÇERİĞİ (103'deki gibi)	.....	
106. (Görüşme sırasında) HALUSİNASYON	1- YOK	2- VAR
107.HALUSİNASYONUN İÇERİĞİ (105'deki gibi)	.....	
108. EEG	1-YOK 2- NORMAL 3-PATOLOJİK 1- YOK	2- VAR
109. SUÇ TARİHİNDEN ÖNCE BİLİNER İ. EKSEN HASTALIK		
110. (Varsa) I. EKSEN TANI (93 Gibi)	.....	

111. SUÇ TARİHİNDEN ÖNCE BİLİNEN II. EKSEN TANI	1- YOK	2- VAR
112. (Varsa) II. EKSEN TANISI (93 Gibi)	.....	
113. SUÇ TARİHİNDEN ÖNCE BİLİNEN III. EKSEN TANI	1- YOK	2- VAR
114. (Varsa) III. EKSEN TANI (93 Gibi)	.....	
115. HASTALIK BAŞLAMA YAŞI	.....	99. BİLİNMIYOR
116. HASTALIK SÜRESİ (Yıl olarak)	.....	99. BİLİNMIYOR
117. İLK KEZ PSİKİYATRİK YATIŞ YAŞI	.....	99. BİLİNMIYOR
118. TOPLAM YATIŞ SAYISI:	.....	99. BİLİNMIYOR
119. TOPLAM YATIŞ SÜRESİ (Ay olarak):	.....	99. BİLİNMIYOR
120. HASTALIĞIN GİDİŞİ	1-EPİSODİK 2-SÜREGEN 3-FARKLI BİR ÖRÜNTÜ	99. BİLİNMIYOR
121. İLK HASTALIK DÖNEMİ (EPİSOD)	1.ÖFORİK MANİ 2.KARMA EPİZOD 3.HİPOMANİ 4.DEPRESYON	5.DİSTİMİYLE BAŞLAMIS 6.SİKLOTİMİ
122. İLK EPİSODUN ORTAYA ÇIKIŞINDA YAŞAM OLAYI	1.YOK 2.VAR	99.BİLİNMIYOR
123. İLK EPİSODUN ŞİDDETİ (DSM-IV)	1.HAFİF 2.ORTA	3.ŞİDDETLİ 99.BİLİNMIYOR
124. İLK EPİSODDA PSİKOZ	1.YOK 2.DD UYUMLU 3.DD UYUMSUZ	4. 2+3 99.BİLİNMIYOR
125. İLK EPİSODUN DÜZELMESİ	1.YOK 2.KENDİLİĞİNDEN 3.DDD İLE 4.AP İLE	5.AD İLE 6.EKT 7.KOMBİNASYON 8.DİĞER
126. TOPLAM EPİSOD SAYISI	.....	
127. İLK TEDAVİ YAŞI	.....	
128. ALIŞILAGELMİŞ BAŞLANGIÇ	1.HIZLI	2.YAVAŞ
129. ALIŞILAGELMİŞ BİTİŞ	1.HIZLI	2.YAVAŞ
130. ORTALAMA EPİZOD SÜRESİ	.....	
131. MEVSİMSSEL ÖZELLİK	1.YOK	2.VAR 99.BİLİNMIYOR
132. PSİKOTİK ÖZELLİK	1.YOK 2.DD UYUMLU	3.DD UYUMSUZ 4.2+3 99.BİLİNMIYOR
133. EPİZOD ÖRÜNTÜSÜ	1.DÖM 2.DMÖ 3.MÖD 4.MDÖ	5.MDMMD 6.TUTARSIZ 99.BİLİNMIYOR
134. EPİZODLAR ARASI TAM DÜZELME	1.YOK	2.VAR 99.BİLİNMIYOR
135. KRONİK GİDİŞ (2 YIL < EPİZOD)	1.YOK	2.VAR
136. SIKLIK (Yılda epizod sayısı)	.....	
137. HIZLI DÖNGÜLÜ	1.YOK	2.VAR 99.BİLİNMIYOR
138. AD İLE MANİK KAYMA	1.YOK	2.VAR 99.BİLİNMIYOR

139.KARMA EPİZOD	1.YOK	2.VAR
140.ÖZKİYİM GİRİŞİMİ VAR?	1.YOK	99.BİLİNMIYOR
141.ÖZKİYİM GİRİŞİMİ		2.VAR
VARSA SAYISI	.....	
142.ÖZKİYİM GİRİŞİMİ ŞEKLİ	1.İLAÇ İÇEREK	5.YÜKSEKTEN ATLAMA
	2.ASI YOLU	6.KESİCİ ALET İLE
	3.ATEŞLİ SİLAH İLE	7.KENDİNİ YKMA
	4.KİMYASAL MADDE	8.DİĞER
		99.BİLİNMIYOR
143.KENDİNİ YARALAMA	1.YOK	2.VAR
DAVRANIŞI		
144.KENDİNE ZARAR VERME	1. VÜCUDUN BİR PARÇASINI	3- DERİN DERİ KESİLERİ
NİTELİĞİ	ÇARPMA	4-DAHA DERİN KESİLER
	2- YÜZEYSEL DERİ KESİLERİ	99- BİLİNMIYOR

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 Hiçbir zaman =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 uyarıdan 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 “Hastalığımın 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.”

BİPOLARİTE İNDEKSİ

I DÖNEM (EPİZOD) ÖZELLİĞİ

- 20 → Göze çarpan öfori, grandiyözite veya bulaşıcı olma ile belirli, belgelenmiş akut mani veya karma dönem (önemli genel tıbbi durum veya bilinen sekonder etyoloji olmayacak)
- 15 → Açık, net akut karma dönem veya disforik / irritable mani (önemli genel tıbbi durum veya bilinen sekonder etyoloji olmayacak)
- 10 → Açık, net hipomani (önemli genel tıbbi durum veya bilinen sekonder etyoloji olmayacak)
Açık, net siklotimi (önemli genel tıbbi durum veya bilinen sekonder etyoloji olmayacak)
- 5 → Açık, net antidepresan kullanımına sekonder hipomani
Hipomaninin tipik semptomlarının olduğu epizodlar; ama semptomlar, süre veya şiddet hipomani veya siklotimi için eşik altında.
Psikotik veya atipik özellikli tek bir major depresif epizod (Atipik -3'ün 2'si; hipersomnia, hiperfaji, kollar-bacakların kurşun paralizisi)
Postpartum depresyon
- 2 → Yineleyen tipik unipolar major depresif bozukluk
Geçmişte herhangi bir psikotik özellikli dönem öyküsü (sanrı, varsanıların, referans fikirlerinin veya büyüsel düşüncenin varlığı)
- 0 → Önemli duygudurum yükselmesi, yineleyen depresyon veya psikoz hikayesi yok.

II BASLANGIÇ YAŞI (İlk duygudurum dönemi / sendrom)

- 20 → 15-19 yaşları arası.
- 15 → 15 yaş altı veya 20-30 yaşları arası.
- 10 → İlk epizod 30-45 yaşları arası.
- 5 → İlk epizod 45 yaş üstü.
- 0 → Duygudurum hastalığının öyküsü yok (siklotimi, distimi veya bipolar epizodu yok)

III HASTALIK / İLGİLİ ÖZELLİKLERİN GİDİŞİ (HASTALIK SEYRİ)

- 20 → Tam iyileşme periyodları ile ayrılmış farklı manik dönemlerin tekrarı.
- 15 → Dönem arası iyileşmenin tam olmadığı farklı manik dönemlerin tekrarı.

- Epizodlar arası iyileşmenin tam olduğu farklı hipomanik epizodların tekrarı.
- 10 →** Madde kötüye kullanımı komorbiditesi.
Sadece akut duygudurum dönemleri süresince psikotik özellikler.
Gözüne alınma veya manik davranışla ilgili tekrarlayan suçlar (örneğin; dükkanlardan mal aşırma, gözü kara araba kullanma, iflas)
- 5 →** Üç veya daha fazla major depresif dönemlerle yineleyen unipolar major depresif bozukluk.
Dönem arası tam iyileşmenin olmadığı farklı hipomanik epizodların yinelemesi.
Tekrarlayan tedavi uyumsuzluğu.
Borderline kişilik komorbiditesi.
Anksiyete veya yeme bozuklukları komorbiditesi (örn; OKB, panik bzk, bulimia)
Çocuklukta DEHB öyküsü ve ortalamanın üstünde akademik veya sosyal işlevsellik periyodları.
Hasta, arkadaşlar veya aile için problem olacak şekilde kumar oynama, riskli yatırım, fazla para harcama, düşüncesizce cinsel davranış (açığa çıkmamış olsa da).
Duygudurum semptomlarının perimenstrüel alevlenmesinin davranışsal kanıtları.
- 2 →** Temelde hipertimik kişilik (manik veya depresif olmadığında).
Üç veya daha fazla evlilik (aynı kişiyle tekrarlayan evlilik dahil)
Yeni bir işe iki veya daha fazla yıl içinde başlamış olmak ve bir yıldan daha kısa süre sonra iş değiştirmek.
- 0 →** Yukarıdakilerden hiçbiri.

IV TEDAVİYE YANIT

- 20 →** Duygudurum dengeleyici tedavi ile 4 hafta içinde tam iyileşme.
- 15 →** Duygudurum dengeleyici tedavi ile 12 hafta içinde tam iyileşme veya tedaviye devam edilmeyen 12 hafta içinde relaps.
Yeni bir antidepresana başlanılan veya dozunun arttırıldığı 12 hafta içinde maniye kayma (saf veya karma).
- 10 →** Disforinin kötüleşmesi veya karma semptomların, eşik altı maninin antidepresanlarla tedavisi sırasında ortaya çıkması.
Bir veya iki duygudurum dengeleyici tedaviye 12 hafta içinde kısmi yanıt.
Antidepresanın neden olduğu yeni veya kötüye giden hızlı döngülüye gidiş.
- 5 →** Tedaviye direnç: Üç veya daha fazla antidepresanla tamamlanmış denemelere yetersiz yanıt.
Antidepresan geri çekilmesi ile mani veya hipomaniye kayma.
- 2 →** Antidepresanlara şimdiki tama yakın yanıt (1 hafta veya daha az süre içinde)
- 0 →** Yukarıdakilerden hiçbiri veya tedavi yok.

V AİLE ÖYKÜSÜ

- 20 →** Belgelenmiş bipolar hastalığı olan en azından bir birinci dereceden akraba.
- 15 →** Belgelenmiş yineleyen unipolar major depresif bozukluk veya şizoafektif bozukluğu olan birinci dereceden akraba.
- 10 →** Belgelenmiş bipolar hastalığı olan herhangi bir akraba.
Belgelenmiş yineleyen unipolar major depresif bozukluk ve bipolar hastalığı düşündüren davranışsal kanıt olan herhangi bir akraba.
- 5 →** Belgelenmiş madde kötüye kullanımı olan birinci dereceden akraba veya olası bipolar bozukluğu olan herhangi bir akraba.
- 2 →** Olası yineleyici unipolar major depresif bozukluğu olan birinci dereceden bir akraba.
İlgili hastalık tanısı olan birinci derece akraba: Anksiyete bozukluğu, yeme bozukluğu, DEHB.
- 0 →** Yukarıdakilerden hiçbiri veya ailede psikiyatrik hastalık yok.

DÖNEM ÖZELLİĞİ	20
BAŞLANGIÇ YAŞI	20
HASTALIK SEYRİ	20
TEDAVİYE YANIT	20
AİLE ÖYKÜSÜ	20

Adı soyadı:.....

Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği

	Lütfen size en uygun olan ifadeyi (X) şeklinde işaretleyiniz.	Hiç uygun değil	Çok az uygun	Biraz uygun	Çok uygun	Tam uygun
1	Arkadaşlarım çok münakaşacı olduğumu söyler					
2	Şans hep başkalarına gülüyor, onlardan yana oluyor.					
3	Birden parlarım, ama çabuk sakinleşirim					
4	Kendimi sık sık diğer insanlarla tartışırken bulurum.					
5	Bazen hayatın bana adaletli davranmadığını düşünürüm					
6	İnsanlarla aynı fikirde olmazsam , onlarla tartışmaktan kendimi alıkoyamam.					
7	Bazen hiçbir neden yokken parlarım					
8	Kız yada erkek birisi beni kışkırtırsa ona vurabilirim.					
9	Bazen niye bu kadar katı olduğumu merak ediyorum					
10	Tanıdığım insanları tehdit ettiğim olmuştur.					
11	Biri çok üzerime geldiğinde, sıkıştırdığında ona vurabilirim					
12	Öfkemi kontrol etmekte zorluk çekerim.					
13	Eğer çok kızarsam o kişinin yaptığı işleri berbat ederim.					
14	Kapıyı arkadan gelenin yüzüne çarpacak kadar çıldırabilirim.					

15	İnsanlar bana patronluk tasladığında, onların inadına iş ağırdan alırım.					
16	İnsanlar bana nazik davrandıklarında, ne isteyeceklerini merak ederim.					
17	Her şeyi dağıtacak kadar çıldırabilirim					
18	Bazen sevmediklerim hakkında dedikodu yayar, çamur atarım.					
19	Ben sakın biriyim.					
20	İnsanlar beni kızdırlırsa, onlara gerçek düşüncelerimi söyleyebilirim.					
21	Bazen insanların arkamdan bana güldüklerini hissedirim.					
22	İstediğimi elde edemediğim zaman kızgınlığımı gösteririm.					
23	Bazen birine vurma isteğimi kontrol edemem					
24	Pek çok insandan daha sık kavga ederim.					
25	Eğer biri bana vurursa bende ona vururum.					
26	Arkadaşlarımla aynı fikirde olmadığımda açıkça söylerim.					
27	Haklarımı korumak için şiddete başvurmam gerekirse hiç çekinmem.					
28	Fazla dostça davranan yabancılara güvenmem					
29	Bazen kendimi patlamaya hazır bir bomba gibi hissedirim.					
30	Beni gerçekten rahatsız edenlere susarak, ilgilenmeyerek tepki veririm.					
31	Arkadaşlarımla, arkamdan, benim					

	hakkımdan konuştuklarını bilirim.					
32	Bazı arkadaşlarım, benim düşünmeden hareket ettiğimi düşünürler.					
33	Bazen hiçbir şey düşünmeyecek kadar kıskanç olurum.					
34	El şakası yapmaktan hoşlanırım					

Barrat İmpulsivite Ölçeği (BIS 11)

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

O O O O

Nadiren/ Hiçbir zaman Bazen Sıklıkla Hemen her zaman/ Her zaman

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