

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ADLİ KAYDI BULUNAN VE BULUNMAYAN ŞİZOFRENİ
HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK, KLİNİK VE
ALEKSİTİMİ ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dilek BAYSAL

DİSİPLİNLERARASI ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Vesile ŞENTÜRK CANKORUR

ANKARA

2023

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Adli Kaydı Bulunan ve Bulunmayan Şizofreni Hastalarının Sosyodemografik, Klinik ve Aleksitimi Özelliklerinin Karşılaştırılması” başlıklı tez, bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikri tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Dilek BAYSAL

Tarih:

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Diaiplinlerarası Adli Bilimler Anabilim Dalı Kriminalistik Doktora Programında
Dilek BAYSAL tarafından hazırlanan
“Adli Kaydı Bulunan ve Bulunmayan Şizofreni Hastalarının Sosyodemografik, Klinik ve
Aleksitimi Özelliklerinin Karşılaştırılması” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından
DOKTORA TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

06.12.2023

Prof. Dr. Vesile ŞENTÜRK CANKORUR

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Nergis CANTÜRK

Ankara Ü. Adli Bilimler Enstitüsü

Üye

Prof. Dr. Aybüke Ayşe TURAN

Polis Akademisi Adli Bilimler Enstitüsü

Üye

Prof. Dr. Makbule Çiğdem AYDEMİR

Ankara Ü. Tıp Fakültesi

Üye

Doç. Dr. Sertaç Ak

Hacettepe Ü. Tıp Fakültesi

Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Fügen AKTAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

Adli Kaydı Bulunan ve Bulunmayan Şizofreni Hastalarının Sosyodemografik, Klinik ve Aleksitimi Özelliklerinin Karşılaştırılması

Ruhsal hastalıklar ile suç davranışı ilişkisini inceleyen çalışmalar tarafından, bu hastalıklar içerisinde şizofreninin suç içerikli davranışlar ile en çok ilişkilendirilen hastalık olarak bulunması nedeniyle, bu alanda yapılan çalışmaların sayısı giderek artmıştır. Suç ile şizofreni arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar incelendiğinde, şizofreni hastalarında suç işlemenin ve saldırgan davranışlar sergilemenin risk faktörlerinin neler olduğu konusu göze çarpmaktadır. Bu bağlamda sosyodemografik, çevresel, bağlamsal, bireysel, ailesel özellikler ve klinik faktörler ile olan ilişkiler üzerinde durulurken, ayrıca şizofreniye eşlik eden, başta alkol madde kullanım bozukluğu başta olmak üzere, diğer psikiyatrik hastalıkların varlığının suç davranışı sergilemedeki etkileri de incelenmiştir. Çalışmamızın temel amacı, adli kaydı bulunan şizofrenisi olan hasta grubu ile, adli kaydı bulunmayan şizofrenisi olan kontrol grubu arasındaki sosyodemografik ve klinik özellikleri, zeka ve içgörü düzeyleri, aleksitimik ve ruhsal belirtileri, saldırganlık ve dürtüsellik şiddetleri açısından farklılıklarının ortaya koyulması ve bu sayede şizofreni tanılı bireylerde bu bulguların adli nitelikli eylemlerin işlenmesinde ve öngörülmesinde yordayıcı belirtiler olup olmayacağının belirlenmesidir. Bu araştırmanın hipotezi, adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hastaların adli kaydı bulunmayan şizofreni tanılı hastalardan aleksitimi özelliklerinin farklılık gösterdiği şeklindedir. Bu çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Adli Psikiyatri Birimi ve Genel Psikiyatri Birimi'ne Kasım 2021-Kasım 2022 tarihleri arasında başvuran, 18-65 yaşları arasındaki DSM-5 tanı ölçütlerine göre 'şizofreni' tanısı konmuş olan ve ayaktan izlem ve tedavileri yapılan hastalarla yapılmıştır. Çalışmamız, vaka-kontrol çalışması şeklinde yapılmıştır. Çalışmamızın örneklemini, ardışık olarak seçilen 50 adli kaydı bulunan, 50 adli kaydı bulunmayan şizofreni tanılı hastalar oluşturmaktadır. Çalışmanın sonuçları adli olgu ve kontrol grupları arasında cinsiyet ($\chi^2= 4,336$ $p=0,037$), medeni durum ($\chi^2= 13,279$ $p<0,001$) ve eğitim durumu ($\chi^2=11,602$ $p=0,001$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğunu gösterdi. Ayrıca iki grup arasında hastaneye yatış durumu ($\chi^2=16,279$ $p<0,001$) bakımından da anlamlı farklılık olduğu gözlemlendi. Dahası adli olgu ve kontrol grupları arasında duyguyu söze dökmeye güçlük bakımından anlamlı bir fark olduğu belirlenirken ($t= -2,033$, $p=0,045$), kontrol grubunda bu alt test puanının daha yüksek olduğu görüldü. İki grup arasında BPSÖ toplam puan ($t= 5,281$, $p<0,001$), fiziksel saldırganlık alt ölçeği ($t= 8,875$, $p<0,001$) ve öfke alt ölçeği puanları ($t= 3,524$, $p=0,001$) bakımından anlamlı farklılıklar elde edilirken, BDÖ-11-KF toplam puan ($t= 5,493$, $p<0,001$), dikkat dürtüsellliği ($t= 5,935$, $p<0,001$), motor dürtüsellik ($t= 3,847$, $p<0,001$) ve plan yapamama ($t=2,734$, $p=0,007$) alt ölçekleri bakımından da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Yapılan regresyon analizi sonucunda cinsiyetin, medeni durumun, eğitim durumunun, duyguyu söze dökmeye güçlüğü, saldırganlık genel düzeyinin, fiziksel saldırganlığın, öfkenin, dürtüsellik genel düzeyinin, dikkat dürtüsellığının, motor dürtüsellığının ve plan yapamamanın şizofreni hastalarında adli olarak nitelendirilen davranışlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgular alanyazındaki bazı bulgularla paralellik gösterirken, bizim sonuçlarımızdan farklı sonuçlar elde eden çalışmalar da bulunmaktadır. Bu nedenle daha büyük ve farklı bölgelerden toplanılan örneklem gruplarının ve hastaların pozitif ve negatif belirtilerini daha kapsamlı irdeleyen ölçek ve metotların yer aldığı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Aleksitimi, Dürtüsellik, Saldırganlık, Suç, Şizofreni

SUMMARY

Comparison of Sociodemographic, Clinical, and Alexithymia Characteristics of Schizophrenia Patients with and without Criminal Records

The number of studies in the field investigating the relationship between mental disorders and criminal behavior has progressively increased, primarily due to schizophrenia being identified as the mental disorder most strongly associated with criminal conduct. When examining studies exploring the association between crime and schizophrenia, significant attention has been directed towards identifying the risk factors for criminal behavior and aggressive actions among individuals diagnosed with schizophrenia. In this context, particular focus has been placed on understanding the relationships with sociodemographic, environmental, contextual, individual, familial characteristics, and clinical factors. Furthermore, the impact of co-occurring psychiatric disorders, particularly substance use disorders like alcohol use disorder, alongside schizophrenia, on the manifestation of criminal behaviors has also been scrutinized. The primary objective of our study is to delineate differences between individuals diagnosed with schizophrenia who have a criminal record and those diagnosed with schizophrenia without a criminal record in terms of sociodemographic and clinical characteristics, levels of intelligence and insight, alexithymia, psychological symptoms, aggression, and impulsivity violence. In doing so, we aim to determine whether these findings serve as predictive indicators in the commission and prediction of criminally relevant actions in individuals diagnosed with schizophrenia. The hypothesis of this study is that there is a difference in alexithymia characteristics between schizophrenic patients with a criminal record and schizophrenic patients without a criminal record. This study was conducted with patients aged 18-65 who presented to the Ankara University Faculty of Medicine Cebeci Hospital's Department of Forensic Psychiatry and General Psychiatry between November 2021 and November 2022, and who were diagnosed with 'schizophrenia' according to DSM-5 diagnostic criteria and received outpatient follow-up and treatment. Our study followed a case-control design, comprising 50 individuals with a criminal record and 50 individuals without a criminal record who were consecutively selected to form the study sample. The results of the study demonstrated statistically significant differences between the forensic case and control groups in terms of gender ($\chi^2=4.336$, $p=0.037$), marital status ($\chi^2=13.279$, $p<0.001$), and educational status ($\chi^2=11.602$, $p=0.001$). Furthermore, a significant difference was observed between the two groups in terms of hospitalization status ($\chi^2=16.279$, $p<0.001$). Additionally, it was determined that there was a significant difference in the difficulty describing feelings between the forensic case and control groups ($t=-2.033$, $p=0.045$), with the control group exhibiting higher scores on this subtest. Statistically significant differences were obtained between the two groups in terms of BPAQ total score ($t=5.281$, $p<0.001$), the physical aggression subscale ($t=8.875$, $p<0.001$), and the anger subscale scores ($t=3.524$, $p=0.001$). Furthermore, there was also a statistically significant difference in terms of the BIS-11-SF total score ($t=5.493$, $p<0.001$), attention impulsivity ($t=5.935$, $p<0.001$), motor impulsivity ($t=3.847$, $p<0.001$), and non planning ($t=2.734$, $p=0.007$) subscales. Regression analysis indicated that gender, marital status, educational status, age of illness onset, difficulty in verbalizing emotions, overall aggression level, physical aggression, anger, overall impulsivity level, attention impulsivity, motor impulsivity, and inability to plan were associated with forensic behaviors in patients with schizophrenia. While these findings exhibit parallels with some findings in the literature, there are also studies obtaining results divergent from our own. Therefore, there is a need for studies that encompass larger and more diverse sample groups and patients from different regions. Additionally, these studies should incorporate scales and methods that comprehensively analyze both positive and negative symptoms.

Key Words: Aggression, Alexithymia, Crime, Impulsivity, Schizophrenia

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
Özet	iv
Summary	v
İçindekiler	vi
Önsöz	viii
Simgeler ve Kısaltmalar	xi
Çizelgeler	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Şizofreni	2
1.1.1. Tarihçe	3
1.1.2. Etiyoloji	4
1.1.2.1. Sosyodemografik Özellikler	4
1.1.2.2. Genetik Faktörler	5
1.1.2.3. Obstetrik Komplikasyonlar	6
1.1.2.4. Alkol ve Madde Kullanımı	7
1.1.2.5. Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	7
1.1.2.6. Stresli Yaşam Olayları	8
1.1.2.7. Çevresel Faktörler	8
1.1.2.8. Göç	9
1.1.2.9. Gen Çevre Etkileşimi	9
1.1.3. Tanı Ölçütleri	9
1.1.4. Epidemiyoloji	11
1.1.5. Klinik Belirti ve Bulgular	12
1.2. Suç Davranışı	14
1.3. Şizofreni ve Suç Davranışı	16
1.3.1. Şizofrenide Adli Nitelikli Eylemleri Gerçekleştirmeye Yönelik Risk Faktörleri	25
1.3.1.1. Sosyodemografik Faktörler	25
1.3.1.2. Klinik Özellikler	27
1.3.1.3. İlgörü	29
1.3.1.4. Zeka	30
1.3.1.5. Aleksitimi	31
1.3.1.6. Dürtüsellik ve Saldırganlık	34
2. GEREÇ VE YÖNTEM	37
2.1. Çalışma Evreni	37
2.2. Örneklem Seçimi	37
2.3. Kullanılan Gereçler	38
2.3.1. Sosyodemografik, Klinik ve Adli Bilgiler Formu	38
2.4. Kullanılan Ölçekler	39
2.4.1. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği (Yetişkin)	39
2.4.2. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ)	40
2.4.3. Wechsler Yetişkinler İçin Zeka Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu Benzerlikler Alt Testi (Yetişkin) (WAIS-R)	40
2.4.4. Akıl Hastalığına İlgörüsüzlük Ölçeği- Kısa Formu (AHİÖ)	41
2.4.5. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)	42
2.4.6. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ)	42

2.4.7. Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11-Kısa Form (BDÖ-11-KF)	43
2.5. İşlem	43
2.6. İstatistiksel Analiz	43
3. BULGULAR	45
3.1. Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi	45
3.2. Klinik Değişkenler	48
3.4. Ruhsal Hastalık Belirti ve Bulguları	52
3.4.1. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği Bulguları	52
3.4.2. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği Bulguları	53
3.5. Zeka Düzeyi Özellikleri	53
3.6. İçgörü Özellikleri	55
3.7. Aleksitimi Özellikleri	56
3.8. Saldırganlık ve Dürtüsellik Özellikleri	57
3.9. Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri	59
3.10. Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların Psikiyatrik Belirti ve Zeka Özellikleri	60
3.11. Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların İçgörü Özellikleri	61
3.12. Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların Aleksitimi Özellikleri	62
3.13. Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların Saldırganlık ve Dürtüsellik Özellikleri	62
3.14. Adli Nitelikli Eylemlerin İşlenmesi ile Aleksitimi ve Alt Boyutlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi	63
4. TARTIŞMA	66
5. SONUÇ ve ÖNERİLER	76
KAYNAKLAR	78
EKLER	105
Ek-1: Etik Kurul Onayı	105
Ek-2: Aydınlatılmış Onam Formu	106
Ek-3: Çalışmada Kullanılan Ölçekler	108

ÖZGEÇMİŞ

Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

ÖNSÖZ

Kasım 2021-Kasım 2022 tarihleri arasında klinik araştırması yapılan bu çalışma, aslında Ocak 2021 tarihinden beri üzerinde düşünülmüş, alan yazın taramasıyla şekillendirilmiş, okuma ve tecrübelerin üzerine eklemeler yapılarak, şu anda okumuş olduğunuz son halini almıştır. Bahsi geçen tarihler arasında Ankara Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na ayaktan başvuran şizofreni hastalarıyla çalışılmıştır. Adli psikiyatrik uygulamalar içerisinde önemli bir yer tutan ve üzerine daha birçok çalışmanın yapılmasına ihtiyaç duyulan şizofreni, bu çalışmamızın ana temalarından birini oluşturmaktadır. Bu çalışma içerisinde değindiğimiz bir diğer önemli konu ise, geçmişten günümüze sayı ve oranlarında büyük artış gösteren ve giderek daha karmaşık bir hale gelen suç kavramıdır. Bizim çalışmamızı, bu iki temayı ilişkilendiren diğer çalışmalardan ayıran en önemli noktalardan birisi aleksitimi konusuna değinilmiş olması, bir diğer önemli noktası ise suç ve şizofreni ilişkisinin çok boyutlu bir çerçevede ele alınmış olmasıdır. Bu kadar detaylı bir çalışma dolayısıyla beraberinde çok zahmetli bir süreci beraberinde getirmiştir. Ancak bu sürecin üstesinden gelmeme yardımcı olan, beni her konuda donanımlı bir hale getiren ve hayatım boyunca üzerimdeki emeklerini unutamayacağım en önemli isim, aynı zamanda bu çalışmaya tüm bilgi ve tecrübesiyle danışmanlık eden sayın Prof. Dr. Vesile Şentürk Cankorur'dur. Bu tez sürecinde kendisinden akademik çalışmaların nasıl yürütüleceğini öğrenmenin yanı sıra, bir akademisyenin nasıl durması ve nasıl bir tavır sergilemesi gerektiği hakkında da çok kıymetli bilgiler edinmeye fırsat bulabildim. Eğitim sürecimin en başından tez çalışmasına geçene kadar, beni her çalışmaya dahil ederek birçok bilgi ve tecrübesini paylaştı. Benimle bu kadar yakından ilgilendiği ve bu kadar çok şey öğrettiği için kendisine duyduğum vefa duygusunu her daim taşıyacağım.

Eğitim ve tez süreci boyunca bilim doktoru unvanını hakketmenin ne kadar zor ve meşakkatli olduğunu anladım. Bu unvanı hakkedebilmek adına birçok fedakârlık gösterdim. Hayatımdan, uykumdan, hatta zaman zaman sağlığımdan bile ödün vermek durumunda kaldım. Ama tüm bu süreçte yanımda olan ve desteğini her zaman hissettiğim sevgili eşim Fuat Baysal beni hiç yalnız bırakmadı. Her düştüğümde beni kaldırdığı ve bana her zaman güvendiği için kendisine çok teşekkür ederim. Üzerimde büyük emekleri olan, beni büyüten, yetiştiren ve bugünlere getirip ayakları üzerine basan bir kadın olmamı sağlayan, beni hiç yalnız bırakmayan ve bana her daim inanan canım annem ve babam Sevgi Tektaş ve Mustafa Tektaş'a teşekkürlerimi gönülden iletmek isterim, size minnettarım. Ayrıca her sınavımda bana destek olmak için kilometrelerce yoldan gelip imdadıma yetişen, hiçbir desteklerini

benden esirgemeyen, varlıklarıyla güçlendiğim canım ailem Hülya Baysal, Şükrü Baysal ve Mustafa Baysal'a teşekkür ederim. Bu süreçte önemini anladığım bir diğer konu, arkadaşlıkların ne kadar kıymetli ve önemli olduğudur. Beni her fırsatta motive eden ve beni güçlendiren dostlarım Sema Yurteri'ye, Şehriban Canpolat'a ve İrem Sevin'e teşekkür etmek isterim.

Adli bilimlere ilgim ben daha lisans eğitimi alıyorken başladı. O zamanlarda bu konuyla ilgili araştırmalarım derinleştikçe, bu alanın bir parçası olmakla ilgili düşüncelerim de giderek arttı. Sonra bunun için Prof. Dr. Erhan Büken'e başvurdum. Benimle engin bilgi ve tecrübelerini paylaşmaktan hiç sakınmadı, bana ışık tuttu ve yol gösterdi. Bugün adli bilimler alanında bu seviyeye gelebildiysem, bunu Erhan hocamın emeklerine ve bana olan inancına borçluyum. Sonrasında bu alan içerisinde lisansüstü eğitim serüvenim başladı ve Prof. Dr. Hamit Hancı'yla karşılaştım. Şimdi geriye dönüp baktığımda onunla birlikte çalışabildiğim ve onun öğrencisi olabildiğim için ne kadar şanslı olduğumu görebiliyorum. Dahası bu yolda yürürken akademik anlamda beni büyüten ve yol çizmemde destek olan, felsefeye duyduğum ilginin de mimarı Prof. Dr. Yıldırım B. Doğan'a da çok teşekkür ederim. Hem yüksek lisans hem de doktora eğitim aşamasında kendilerinden birçok şey öğrendiğim ve güler yüzlerini bizden hiç esirgemeyen Prof. Dr. Nergis Cantürk ve Prof. Dr. Gürol Cantürk hocalarıma teşekkürü borç bilirim. Beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan, her sorunuma çözüm bulan ve varlığıyla kendimi daha güçlü hissettiğim Prof. Dr. Halise Devrimci Özgüven hocama çok teşekkür ederim, iyi ki varsınız. Desteklerini hep hissettiğim Prof. Dr. Abdülkadir Çevik, Prof. Dr. Bedriye Öncü, Prof. Dr. Hatice Demirbaş, Doç. Dr. Sertaç Ak, Doç. Dr. Halide Nihal Açıkgöz, Dr. Öğr. Üyesi Zehtiye Fusun Yaşar hocalarıma minnetlerimi sunarım. Ayrıca bizi kırmayıp jüride yer almayı kabul eden Prof. Dr. Bora Baskak ve Prof. Dr. Aybüke Ayşe Turan hocalarıma teşekkür ederim. Yine eğitim sürecinde kendileriyle tanışma ve ders alma şansı yakalayabildiğim Prof. Dr. Ayla Sevim Erol ve Prof. Dr. Sinan Süzen hocalarıma teşekkür ederim. Kendisiyle doktora sürecimin sonunda tanışma fırsatı bulabilsem de, motive eden yönlendirmeleri sebebiyle enstitü müdürümüz sayın Prof. Dr. Nebile Dağlıoğlu'na teşekkürlerimi sunarım ve kendisiyle tanışmaktan onur duyuyorum. Ayrıca istatistik alanındaki tecrübesi ve bilgisiyle benden yardımlarını esirgemeyen sayın Batuhan Bakırarar'a çok teşekkür ederim.

Buraya sığdıramadığım ancak yardımları sebebiyle isimlerini hafızama kazıdığım daha birçok hocama ve arkadaşlarıma teşekkür ederim. İyi ki varsınız. Son olarak, her Türk genci ve kadını gibi bu topraklarda kendi ayakları üzerinde duruyor olmaktan ve böylesine

önemli eğitimler alıp, çalışmalar yapabiliyor olmaktan gurur duyduğumu belirtmek isterim. Biz kadınlara bu gururu yaşatan ve bu imkanları yaratan önderimiz Mustafa Kemal Atatürk’e şükranlarımı sunarım. Bu çalışmanın hem alanyazına katkı sağlaması hem de klinik ve akademik uygulamalara fikir vermesi en büyük temennim. Bundan sonraki araştırmacılara ilham sağlamak ve kaynak olabilmek ümidiyle...

Dilek BAYSAL



SİMGELER ve KISALTMALAR

DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
OR	Odds Ratio
CI	Confidence Interval
Rh	Rhesus Faktörü
HPA	Hipotalamus-Pituitary-Adrenal
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	International Classification of Disease
DSM-5 TR	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GBD	Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study
EKT	Elektrokonvülsif Terapi
TMS	Transkraniyal Manyetik Stimülasyon
WFSBP	World Federation of Societies of Biological Psychiatry
n	Sayı
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
t	Student's t-test
p	Anlamlılık değeri
SAPS	Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği
SANS	Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği
OAS	Açık Agresyon Ölçeği
CDSS	Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği
BIS-11	Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11
Y-BOCS	Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
BCIS	Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği
SUMD	Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği
PANNS	Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği
LHA	The Life History of Aggression
TMT	İz Sürme Testi
PCL:SV	Psikopati Kontrol Listesi
HCR-20	Özgeçmiş Klinik ve Risk Yönetimi Ölçeği
GAF	Global İşleyiş Değerlendirmesi Ölçeği
CGI	Klinik Global İzlenim Ölçeği
BACS	Şizofrenide Kısa Bilişsel Değerlendirme
MCCB	MATRICS Konsensus Bilişsel Batarya
TOPF	Test of Premorbid Functioning

SOFAS	Social and Occupational Functioning Assessment Scale
DUNDRUM-1	Triyaj güvenlik aracı
UPSA	UCSD Performance-Based Skills Assessment
MARS	Maryland Assessment of Recovery in Severe Mental Illness
PANAS	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği
SCID-I	DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
ÇÖYÖ	Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği
BPRS	Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği
PCL-R	Psikopati Değerlendirme Ölçeği-Revize
BWSÖ	Buss-Waren Saldırganlık Ölçeği
MOAS	Değiştirilmiş Açık Saldırganlık Ölçeği
C-SSRS	Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği
CTQ	Çocukluk Çağı Travmaları Anketi
NEO-FFI	Neo 5 Faktörlü Kişilik Envanteri
TCK	Türk Ceza Kanunu
UYAP	T.C. Adalet Bakanlığı Ulusal Yargı Ağı Projesi
KPDÖ	Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği
df	Serbestlik derecesi
WAIS-R BAT	Wechsler Yetişkinler İçin Zeka Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu Benzerlikler Alt Testi (Yetişkin)
WAIS-R	Wechsler Yetişkinler İçin Zeka Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu
AHIÖ	Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği- Kısa Formu
TAÖ-20	Toronto Aleksitimi Ölçeği
BPSÖ	Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği
BDÖ-11-KF	Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11-Kısa Form
SPSS	Package for the Social Sciences
Min.	Minimum
Max.	Maksimum
χ^2	Ki-kare
SS	Standart sapma
Ort.	Ortalama değer
MR	Manyetik Rezonans

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1.	Adli Kaydı Bulunan Şizofreni Hastalarıyla İlgili Yapılan Çalışmaların Özeti	18
Çizelge 1.2.	Şizofrenide Suç ile İlişkili Faktörlerle İlgili Yapılan Çalışmaların Özeti	22
Çizelge 3.1.	Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırmalı Değerlendirmesi	47
Çizelge 3.2.	Adli Olgular ile Kontrol Grubunun Klinik Verilerinin Karşılaştırmalı Değerlendirmesi	49
Çizelge 3.3.	Adli Olayların Özelliklerine Dair Bulgular	51
Çizelge 3.4.	Ruhsal Belirti ve Bulguların Karşılaştırılması	53
Çizelge 3.5.	İçgörü Özelliklerinin Karşılaştırılması	55
Çizelge 3.6.	Aleksitimi Özelliklerinin Karşılaştırılması	57
Çizelge 3.7.	Adli Kaydı Bulunan ve Bulunmayan Grubun Saldırganlık Özelliklerinin Karşılaştırılması	58
Çizelge 3.8.	Dürtüsellik Özelliklerinin Karşılaştırılması	59
Çizelge 3.9.	Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi	60
Çizelge 3.10.	Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların Klinik Özelliklerle İlişkisi	60
Çizelge 3.11.	Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların Psikiyatrik Belirtiler ve Zeka ile İlişkisi	61
Çizelge 3.12.	Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların İçgörü ile İlişkisi	61
Çizelge 3.13.	Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların Aleksitimi ve Alt Ölçekleri ile İlişkisi	62
Çizelge 3.14.	Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların Saldırganlık, Dürtüsellik ve Alt Ölçekleri ile İlişkisi	63
Çizelge 3.15.	Aleksitimi ile Adli Nitelikli Eylem İşleme Arasındaki Düzeltilmiş İlişkiler (OR, %95 CI)	65

1. GİRİŞ

Şizofreni, bireysel ve toplumsal olarak yeti kayıplarına yol açan, pozitif ve negatif belirtilerle karakterize olan ve bireyde bilişsel bozulmalar yaratan süreğen bir zihinsel bozukluktur (Girdler vd., 2019; Owen vd., 2016). Sanrılar, halüsinasyonlar ve düşünce bozuklukları gibi pozitif belirtiler ile; anhedoni, sosyal geri çekilme gibi negatif belirtilere ek olarak, bilişsel süreçlerde görülen kayıplar nedeniyle karmaşık bir bozulma yapısına sahiptir (Winship vd., 2019).

Uzun yıllar boyunca suç bilimi araştırmaları içerisinde ruhsal hastalıkların suç davranışı ile ilişkisi araştırılmış ve bazı ruhsal hastalıklar ile suç niteliği taşıyan eylemler arasında güçlü ilişkiler bulunduğu belirtilmiştir (Wehring ve Carpenter, 2011). Bu hastalıkların başında ise şizofreni, duygu durum bozuklukları, kişilik bozuklukları ve alkol ve madde bağımlılığı bulunmaktadır (Ayar ve Ayar, 2021). Bu ruhsal hastalıkların yanı sıra, adli psikiyatrik çalışmalar içerisinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanılı hastalar üzerinde de çalışmalar yapılmış ve bu bozuklukta ortaya çıkan davranışsal sorunlar sebebiyle, suç ile ilişkisi bulunduğu saptanmıştır (Galland vd., 2017). Cinsel suçlularla yapılan başka bir çalışmada ise, suçlu bireylerin %23,0'ünde anksiyete bozukluğu ve %9,0'unda yeme bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Booth ve Gulati, 2014). Carr ve arkadaşları tarafından 2021 yılında yapılan bir çalışmada, mahkumların %5,6'sında travma sonrası stres bozukluğunun olduğu görülmüştür (Carr vd., 2021). Bu sonuçlar neticesinde, adli psikiyatri kavramı hem çalışmalar hem de uygulamalar çerçevesinde öne çıkan bir disiplin olmuştur. Adli psikiyatri hem ruh sağlığı hem de hukuksal uygulamalara hizmet eden ve bu iki alanı birleştiren bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır (Kennedy vd., 2021).

1980'li yıllarda yapılan çalışmalarda, şiddet içeren davranışlar ile şizofreni arasında bir ilişki bulunmadığı bildirilse de, 2000'li yıllardan sonra bu anlayış değişerek, şizofreni ile şiddet davranışı arasında ilişki gösterilmeye başlanmıştır (Fazel vd., 2009). Ruhsal hastalıklar ile suç davranışı ilişkisini inceleyen çalışmalar, bu hastalıklar içerisinde şizofreninin suç içerikli davranışlar ile en çok ilişkilendirilen hastalık olduğunu bulmuşlardır (Whiting vd., 2021; Yee vd., 2020). Suç ile şizofreni arasındaki ilişkiyi konu alan çalışmalar, bu ilişkinin nedenlerine odaklanmıştır. Bu bağlamda, başta sosyodemografik (genç yaş, erkek olma, düşük gelir, işsizlik, düşük eğitim seviyesi), çevresel (yalnız yaşama, evsizlik, göç etmiş olma), bağlamsal (geçmiş stresli yaşam olayları varlığı), bireysel (saldırgan ve psikotizm kişilik özelliğine sahip olma, geçmiş şiddet öyküsü varlığı, baş etme becerilerindeki

eksiklikler), ailesel (ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, suç öyküsü, ailenin sosyoekonomik ve eğitim düzeyi) özellikler ve klinik faktörler (pozitif ve negatif belirtilerin varlığı, hastalığın erken yaşta başlaması, hastaneye yatış sayısı, içgörünün olmaması, düşük zeka seviyesi, dürtüselliğin varlığı, kendine zarar verme ve intihara teşebbüs öyküsü, bilişsel işlev bozukluğu, aleksitimi varlığı, tedaviye uyumsuzluk) ile olan ilişkiler üzerinde durulurken, ayrıca şizofreniye eşlik eden, alkol madde kullanım bozukluğu başta olmak üzere, diğer psikiyatrik hastalıkların varlığının suç davranışı sergilemedeki etkileri de incelenmiştir (Duke vd., 2018; Görgülü vd., 2021; Richard-Devantoy vd., 2013). Tüm bunların yanı sıra, özellikle son yirmi yılda yapılan çalışmalarda psikososyal faktörlerin yanı sıra, biyolojik faktörlerin suç davranışı ile ilişkisine de vurgu yapılmıştır. Bu ilişki, nörogörüntüleme yöntemlerinin gelişmesiyle birlikte ortaya çıkmış ve özellikle ruhsal bozukluğu olan ve saldırgan davranış gösteren bireyler üzerinde yapılan çalışmalarla desteklenmiştir (van der Gronde vd., 2014). Yakın zamanlı bir meta-analiz çalışmasında, şizofreni hastalarında kan lipid düzeyleri şiddet içeren davranışların biyolojik belirteçlerinden biri olarak gösterilmiştir (Sen vd., 2022). Suç ile ilişkilendirilen bir diğer biyolojik risk faktörü periferik enflamasyon bulgularıdır ve adli kaydı olan şizofreni hastalarında yüksek saldırganlık puanları ile artmış inflamatuvar ajanların ilişkili olduğu bildirilmiştir (Kaya vd., 2023). Bu ilişki, enflamasyonun nörotransmitterler üzerindeki etkisi ile açıklanmaktadır (Balcioglu vd., 2022). Şizofreni hastalarında yapılan ileriye yönelik suç riski tahminleri genellikle grup temelli olarak yapılmıştır. Bu da, klinik alanda bir hasta üzerinde risk değerlendirmesi yapılırken, kişiselleştirilmiş yordayıcı faktörlerin belirlenmesinde güçlükler doğurmaktadır. Bu nedenle, son yıllarda yapılan çalışmalarda, şizofreni hastalarıyla suç ilişkisini incelerken ve aynı zamanda tehlikeliliğin risk faktörlerini belirlerken yapay zeka ve tahmine dayalı analitik kullanımının artış gösterdiği görülmektedir (Watts vd., 2022). Bu bağlamda ortaya koyulan tahmine dayalı makine öğrenimi modelleri sayesinde, klinik değerlendirmeler içerisinde suç ve saldırganlık için potansiyel risk teşkil eden hastaların belirlenmesinin kolaylaştığı ve daha kesin sonuçlara ulaşılabileceği düşünülmektedir (Wang vd., 2020). Ancak bu modelleri ortaya çıkarabilmek için, adli kaydı olan ve olmayan şizofreni grupları arasında anlamlı farklılıklar gösteren suç riski faktörlerinin araştırmalarla birlikte belirlenmesinin gerekliliği karşımıza çıkmaktadır (Silverstein vd., 2015).

1.1. Şizofreni

Şizofrenisi olan bireylerde pozitif ve negatif belirtilerin yanı sıra bilişsel işlevlerde bozulmalar ve bunun sonucunda da fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden yıkıcı etkiler

görülebilmektedir (Nucifora vd., 2019). Pozitif belirtiler sanrılar, hallüsinasyonlar, konuşmada ve düşünce içeriğinde bozulmalar ile davranışlardaki sorunları tanımlarken; negatif semptomlar ise aloji, anhedoni, duygulanımda küntleşme, avolüsyon, sosyal geri çekilme gibi belirtileri içermektedir (Kocal vd., 2017). İşlevsellikte bozulma, özbakım eksikliği, şiddet davranışları ve saldırganlık görülebilmektedir (Dauwan vd., 2016; Li vd., 2020). Şizofreninin insidansına yönelik Van Der Werf vd. (2014) yaptığı meta-analiz çalışmasında, 1950-2017 yılları arasındaki çalışmalar incelenmiş ve yıl başına 100.000 kişide 4-52 arasında olduğu bildirilmiştir. Diğer bir meta-analizde 2002-2017 yılları arasındaki çalışmalar incelenmiş ve insidansın 100.000 kişide 3-76 arasında değiştiği gösterilmiştir (Jongsma ve Jones, 2019).

1.1.1. Tarihçe

Çeşitli uygarlıkların milattan önceki yazılı metinlerinde ve yapıtlarında, şizofreninin belirtilerine benzer tanım ve ifadeler yer alsa da şizofreni tanımlamasını ilk olarak 1899 yılında Emil Kraepelin gerçekleştirmiştir (Soygür ve Erkoç, 2007). Kraepelin, *dementia praecox* (erken bunama) olarak adlandırdığı hastalığın, varsanılar ve sanrılar gibi bir takım klinik bulguları olduğunu öne sürmüş ve bu tanımı manik-depresif psikozdan ayırarak, sonrasında sürekli olarak klinik alt tiplerini geliştirmiştir (Heckers, 2011). Bu klinik alt tiplerin başında katatoni, paranoid ve hebefreni gelirken, daha sonralarda bu alt tipleri 10 alt tipe kadar genişletmiş ve patolojik, genetik ve çevresel nedenlerini araştırmıştır (Heckers, 2008).

Eugen Bleuler, en basit anlamıyla bir beyin bozukluğu olarak tanımladığı şizofreni kelimesini ilk olarak ortaya koyan kişidir. “Anatomik bulguların, belirgin semptomların ciddiyeti ile örtüşmediği”ni savunan Bleuler, bu açıdan şizofreninin patolojik sebeplerinden çok klinik belirtilerine odaklanmıştır (Insel, 2010). Yirminci yüzyılın ikinci yarısına kadar, Bleuler etkisi ile şizofreni araştırmalarında zihnin ve ruhsal belirtilerin baskın olduğu görülürken, bu tarihten sonra nöroleptik ilaçların ortaya çıkmasıyla birlikte, dopamin bozukluğunun şizofreni üzerindeki etkisine dikkat çekilmeye başlanmıştır (Lieberman vd., 2005).

Günümüzde ise, şizofreni araştırmaları üzerinde Bleuler’in bakış açısının derin izleri görülürken, aynı zamanda nörolojik, fizyolojik ve genetik etkenlerin hastalıkla ilişkisi araştırılmaya devam edilmektedir. Bunlara ek olarak, son yıllarda yapılan çalışmalarda şizofreniyle ve diğer psikotik bozukluklarla ilişkili olduğu düşünülen biyobelirteçlerin araştırılmasına odaklanılmıştır (Davison vd., 2018). Ayrıca, 21. yüzyılda şizofreni

araştırmalarında, hastalığın ortaya çıkmasında ilişkili olan faktörlerin belirlenmesinin yanı sıra, hastalığın sonuçlarına da odaklanılmıştır. Güncel çalışmalarda, farmakolojik tedavilerin hedefinde pozitif belirtilerin tedavi edilmesinin yanı sıra, negatif ve bilişsel belirtilerin iyileştirilmesinin de yer aldığı görülmektedir (Ventriglio vd., 2021). 2000’li yıllardan bu yana şizofreni araştırmaları içerisinde yer alan bir diğerk önemli konu da, şizofreninin bireysel ve toplumsal olumsuz sonuçlarla olan ilişkisidir. İntihar, erken ölüm, şiddet mağduriyeti ve adli makamların konusu haline gelen olaylar ve suç eylemleri şizofreninin olumsuz sonuçları içerisinde yer almaktadır (Fazel vd., 2014; Whiting vd., 2022).

1.1.2. Etiyoloji

Şizofreni etiyo lojisi üzerine çalışmalar çok uzun yıllardır sürdürölmektedir ancak şizofreninin etiyo lojisi tam olarak aydınlatılmamıştır. Şizofreni gelişme risk faktörlerinin belirlenmesi ve bunlara yönelik alınabilecek önlemler sayesinde, yüksek risk altındaki bireylerde psikozun ortaya çıkışının geciktirilebileceğı veya hafifletilebileceğı düşünölmektedir (Millan vd., 2016). Şizofreni etiyo lojisine ilişkin çalışmalar sosyodemografik özellikler, genetik faktörler, obstetrik komplikasyonlar, göç, stresli yaşam olayları vb. gibi özelliklere odaklanmıştır.

1.1.2.1. Sosyodemografik Özellikler

Psikozun risk faktörlerini araştıran bir meta-analizde erkek cinsiyetin (OR=1,381 %95 CI= 1,147-1,663 p=0,001) riski arttırdığı bildirilirken (Fusar-Poli vd., 2017) bir başka araştırmada ilk psikotik atakla başvuran 2774 kişinin %56,9’unun erkek olduğı bildirilmiştir (Jongsma vd., 2018). Bunun yanı sıra erkek cinsiyet ile tedavinin gecikmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Chon vd., 2015). Yaş ve şizofreni ilişkisi ise cinsiyete bağılı olarak değişmektedir. Erkeklerde, şizofreni hastalığının başlangıç yaşı kadınlara göre daha düşük bulunmuştur ve bu durum, erkeklerin nöro gelişimsel hasarlara daha duyarlı olması (Stilo ve Murray, 2010) ve östrojenin kadınlarda koruyucu olması ile ilişkilendirilmiştir (Hafner, 2019). Östradiolün şizofreni belirtilerinin şiddetini azalttığına yönelik veriler bulunmaktadır (Leger ve Neil, 2016). Erkek cinsiyetin bilişsel işlevlerde bozulmaya daha duyarlı olduğunu bildiren çalışmaların yanı sıra bu ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da alan yazında yer almaktadır (Leger ve Neil, 2016).

Bireylerin medeni durumları incelendiğinde bekar olanların evli olanlara göre şizofreni hastalığına yakalanma oranı 5 kat daha yüksek bulunmuştur (Stilo vd., 2017). İşsizlik, düşük gelir düzeyi ve kötü yaşam koşulları da risk faktörleri arasında gösterilmektedir (Stilo vd., 2013). Çocuklukta olumsuz yaşam koşullarına maruz kalmak ve düşük ekonomik düzeye sahip ebeveynlere sahip olan bireylerde şizofreninin görülme riskinin arttığı bildirilmiştir. Düşük gelir ve kötü yaşam koşulları ile birlikte doğum sonrası bakımın yetersiz olması, sağlık hizmetlerinden yararlanılamaması, stres faktörlerinin artması ve sosyal uyumun azalmasıyla birlikte suça maruziyetin daha fazla olması ile şizofreni gelişme riskini arttırdığı bildirilmiştir (Kocal vd., 2017). Ancak bir meta-analiz çalışmasında, psikoz için yüksek risk altındaki kişilerin ebeveynlerinin düşük sosyoekonomik statüsüne sahip olma olasılığına dair herhangi bir kanıt bulunamamıştır (Fusar-Poli vd., 2017). Bir başka araştırmada eğitim seviyesinin ve akademik başarının düşük olması şizofreninin risk faktörleri olarak bildirilmiştir (Lin vd., 2017). Buna ek olarak, ilkokulu tamamlamama durumunun şizofreni riskini arttırdığı görülmüştür (OR=2,92 %95 CI=2,37-3,60) (Sørensen vd., 2018). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında ise, şizofreni hastalarının düşük eğitim seviyesine sahip olma olasılıklarının sağlıklı bireylere kıyasla daha fazla olduğu belirtilmiştir (Dickson vd., 2020).

1.1.2.2. Genetik Faktörler

Şizofreni gelişme riski faktörleri arasında genetik ve çevresel faktörler gösterilmiş ve yapılan ikiz çalışmalarının sonuçları tarafından da bu görüş desteklenmiştir (Hilker vd., 2018). Bu bağlamda, 31524 ikiz çiftleriyle yapılan bir çalışmada, genetik etkilerin şizofreninin ortaya çıkmasında %79,0'luk bir katkı sağladığı bulunurken, aynı zamanda monozigotik ikizlerde ağırlıklı ortalama uyumu %33,0 ve dizigotik ikizlerde ağırlıklı ortalama uyumu %7,0 bulunmuştur. Monozigot ikizlerde görülen uyum oranındaki bu düşüklüğün açıklaması olarak, şizofreniye yatkınlığın çevresel (epigenetik) faktörlerden de etkilendiğini ifade etmişlerdir (Hilker vd., 2018). Bu bağlamda yapılan çalışmalar şizofreninin çok genli ve çok etkenli bir kalıtım modeline sahip olduğunu bildirmiş ve aynı zamanda şizofreniyle ilişkili 100'den fazla risk lokusu tanımlanmıştır (Srinivasan vd., 2016). Tek Nükleotid Polimorfizmi (Single nucleotide polymorphism) tabanlı kalıtsallığın oranı %30,0 olarak bildirilmiştir (Pardiñas vd., 2018). Psikiyatrik Genomik Konsorsiyumu Şizofreni Çalışma Grubu (Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium) yaptıkları çalışmalarında, şizofreniyle ilişkili lokuslardaki genleri *CACNAC1*, *CCDC39*, *CDCH*, *CRCL*, *CUL3*, *DPEP2*, *DPYD*, *EP300*, *ESAM*, *GRIN2A*, *LRP1*, *NCAN*, *PDCDCC*, *PTPRF*, *RIMSC*, *SBNOC*, *SGSM2*, *SLC7A6*,

STAGC, TMEM2C9, ZDHHC5, ZNF536 şeklinde sıralamıştır (Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2014).

1.1.2.3. Obstetrik Komplikasyonlar

Şizofreni hastalığının risk faktörleri arasında, genetik etkenler kadar önemli bir yere sahip olduğu savunulan bir diğer konu da obstetrik komplikasyonlardır (Kotlicka-Antczak vd., 2014). Gebelik kanamaları, Rh uyumsuzluğu, preeklampsi, gebelik diyabeti, rahim atonisi, asfiksi, konjenital malformasyonlar, baş çevresinin kısıklığı, acil sezeryan vakaları ve doğum ağırlığının düşük olması şizofreniye yatkınlıkla ilişkilendirilirken (Kağızman ve Avşar, 2022), doğum sırasında forseps kullanımının psikozun başlama yaşının üzerindeki etkisi sebebiyle yordayıcı bir faktör olduğu yapılan çalışmalar sonucunda bildirilmiştir (Rubio-Abadal vd., 2015). Yapılan bir meta-analiz çalışmasına göre, anneye ilişkili olarak, anne yaşının 20'den küçük olmasının 1,17 kat; 3 ve daha fazla gebelik öyküsünün 1,30 kat; yetersiz doğum öncesi muayene ve kontrol başvurusunun 1,83 kat; Herpes simpleks tip2'nin 1,35 kat; toksoplazmanın 1,30 kat; tanımlanmamış doğum öncesi diğer enfeksiyonların 1,27 kat; gebelikte yetersiz beslenme ve gebelik hipertansiyonunun 1,40 kat; hipoksinin 1,63 kat; membranların yırtılmasının 1,86 kat; prematüre membran yırtılmasının 2,29 kat; polihidramniosun (amnion sıvısının normalden fazla olması) 3,05 kat; gebelik boyunca kan kaybının 1,54 kat çocukta psikoz gelişme riskini arttırdığı bildirilirken, baba yaşının 20'den küçük olmasının 1,31 kat ve 35 yaşından büyük olmasının 1,28 kat çocukta psikoz gelişme riskini arttırdığı bildirilmiştir (Davies vd., 2020). Bu bulgulara paralel olarak enfeksiyonların artış gösterdiği kış ve ilkbahar aylarında doğmuş olmanın, şizofreni ile doğum mevsimi ilişkisini açıklayan bir model olarak öne sürülmüştür (Robinson ve Bergen, 2021). Yapılan başka bir meta-analiz çalışmasında ise, doğum öncesi annenin kan D vitamini düzeyleri ile şizofreni arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Upadhyaya vd., 2022). Şizofreniyle ilişkili risk faktörlerinin araştırıldığı bir meta-analizde obstetrik komplikasyonlar ve annenin gebelikte enfeksiyona maruziyeti en önemli faktörler olarak bulunsa da, bu konuyla ilgili yapılan ve analize dahil edilen çalışmaların yarısında anlamlı olmayan etkiler bildirildiği ve anlamlı bulunan etkilerin çoğunun da düşük ve orta büyüklükte olduğu belirtilmiştir (Laurens vd., 2015). Perinatal dönemdeki olayların beynin gelişim süreçlerini (nörogenez, nöronal proliferasyon, sinaptogenez, gliogenez, subkortikal miyelinasyon vb.) olumsuz etkilediği düşünülmektedir (Fusar-Poli vd., 2017).

1.1.2.4. Alkol ve Madde Kullanımı

Yoğun esrar ve madde kullanımının psikotik atakların görülmesinde önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir (Desfossés vd., 2012; Khan ve Powell, 2018; Radhakrishnan vd., 2017). Özellikle de genetik olarak şizofreniye yatkınlığı bulunan bireylerde bu riskin daha da arttığını ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (Fernandez-Espejo vd., 2009). Esrar kullanım bozukluğu ile şizofreni spektrum bozukluğunun gelişme riskini araştıran meta analizde bu riskin 3,84 kat ($OR=3,84$ %95 $CI=2,34-6,29$) arttığı bildirilmiştir (Dragioti vd., 2022). Ayrıca madde kullanım bozukluğunun nüks riskini de 3 kat arttırdığı ifade edilmektedir (Alvarez-Jimenez vd., 2012). Yapılan çalışmalarda, maddeye maruziyet derecesinin yoğunluğunun psikoz riskiyle ilişkisine dair güçlü kanıtlar bulunamazken, madde kullanımına başlangıç yaşı ile psikoz görülme riski arasındaki ilişkinin ters orantılı olduğu görülmüştür (Marconi vd., 2016). Ayrıca madde kullanımının yoğunluk derecesine bağlı olarak da semptomların şiddetinde ve hastane yatış sürelerinde de artışlar görülmektedir (Stilo ve Murray, 2019). Psikoz gelişme riskinde tütün kullanımının etkisine dair yeterli kanıt mevcut değildir ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Kumar, 2015).

Yapılan bir meta-analiz çalışmasında şizofreni hastalarında görülen alkol kullanımının yaşam boyu prevalansı %24,3 olarak bildirilmiştir (Hunt vd., 2018). Auther vd. (2015) bu oranı psikoz riski yüksek olan bireyler için araştırmış ve %45,3 olarak bulmuşlardır. Başka bir çalışmada ise, katılımcıların %36,4'ünün ilk psikotik ataklarının öncesinde alkol kullanım bozukluğuna sahip olduğu görülmüştür (Brunette vd., 2018).

1.1.2.5. Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü

Şizofreni tanısı konmuş anneler ile yürütülen çalışmalar, şizofreninin apati, anhedoni, sosyal geri çekilme özelliklerinin anne-bebek/çocuk arasında güvenli bağlanma sürecini olumsuz etkileyebileceğini bildirmektedir (Gentile ve Fusco, 2019). Ayrıca bu annelerin, sağlıklı annelere göre daha düşük sosyal desteğe ve daha düşük gelire sahip olduğu, tek ebeveyn olma oranlarının daha yüksek olduğu ve stresli yaşam olaylarına daha fazla maruz kaldığı bildirilmiştir (Etchecopar-Etchart vd., 2022). Dahası, psikotik atak yaşayan bireylerin %38,5'inin birinci derece yakınlarının psikotik bozukluk tanısına sahip olduğu görülmüştür (Zimbron vd., 2013).

1.1.2.6. Stresli Yaşam Olayları

Şizofreninin risk faktörlerini araştıran çalışmalarda çocukluk ve yetişkinlik dönemlerinde yaşanan travma ve stresli yaşam olaylarının ilerleyen dönemlerde şizofreni riskiyle ilişkili olduğuna dair kanıtlar elde edilmiştir (Belbasis vd., 2017; Varese vd., 2012). Yapılan bir meta analiz araştırmasında, ilk psikoz atağından önceki yakın dönemde yaşanan olumsuz yaşam olaylarının bu atağın görülme oranını yaklaşık üç kat arttırdığı ifade edilmiştir (Beards vd., 2013). Strese yanıt vermede önemli bir rolü olan HPA eksenii reaktivitesinin, ruhsal hastalıklar ile stres ilişkisi içerisinde önemli etkileri bulunmaktadır (Holtzman vd., 2013). Bir meta-analiz çalışmasında şizofreni hastaları ile sağlıklı kontroller arasında kortizol stres yanıtlarının farklı olduğu bulunmuştur (OR=-0.594, 95%CI:(-1.150)-(-0.037), p=0.04) (Zorn vd., 2017). Bir diğer meta-analizde, çocukluk döneminde maruz kalınan stresli yaşam olaylarının (zorbalık, fiziksel, duygusal ve cinsel istismar, ihmal, ebeveyn kaybı, savaş travması, doğal afetler vb.) psikotik bozukluk tanısı konan hastaların yaklaşık olarak %38,0'inde görüldüğü bildirilmiştir ve psikotik bozukluklar ile çocukluk çağında yaşanan bu tür olumsuz olaylar arasındaki ilişki, dopamin nörotransmisyonuna duyarlılığın artmasıyla ve dolayısıyla ilerleyen yaşlarda psikoz gelişme riskinin artmasıyla açıklanmıştır (Dragioti vd., 2022; Egerton vd., 2016). Bir diğer çalışmada ise, sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında şizofreni tanıli hastaların çocuklukta stresli yaşam olaylarına maruz kalma oranlarının 3,6 kat (OR=3,60 %95 CI=2,08-6,23) daha fazla olduğu bulunmuştur (Coughlan ve Cannon, 2017).

1.1.2.7. Çevresel Faktörler

Kentsel bölgede yaşamak ile şizofreni ilişkisinin nüfus yoğunluğu, yeşil alana erişim güçlüğü, kötü çalışma koşulları, yüksek işsizlik oranları, çevre kirliliği, sosyal koşulların yetersizliği, mesafe ve sağlık kurumlarına ulaşımın güçlüğü şeklinde açıklamak mümkündür (Lederbogen vd., 2013). Kırsal bir bölgede doğan ve yaşayanlarla kıyaslandığında, kentsel bölgelerde doğan ve yaşayanların olumsuz sosyal ve çevresel olaylara daha çok maruz kaldıkları ve dolayısıyla şizofreni hastalığına yakalanma risklerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Vassos vd., 2019). Ayrıca kentsel yaşama maruziyet derecesi ve süresi ile şizofreni gelişme riski arasında doğrusal bir ilişki olduğu da bildirilmektedir (Vassos vd., 2019).

1.1.2.8. Göç

Göçün şizofreni gelişiminde risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Torrey ve Yolken, 2014). Sadece göç eylemini gerçekleştiren ve bunun getirdiği stres faktörlerine birebir maruz kalan nesilde değil sonraki nesillerde de şizofreni riskinin arttığı bildirilmiştir (Henssler vd., 2020). Göçün şizofreni için bir risk oluşturmasının ise kötü barınma koşulları, sosyal izolasyon, sağlık sistemine ulaşımındaki güçlükler ve ekonomik eşitsizliklerle ilişkilendirmek mümkündür (Gruebner vd., 2017; Jongsma vd., 2021). Henüz yeterli kanıtlar elde edilmemiş olsa da, D vitamini eksikliğinin göçmenlerde yoğun olarak görülmesinin, şizofreniye yakalanma riskini artırıcı bir faktör olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Veling, 2013).

1.1.2.9. Gen Çevre Etkileşimi

İki vuruş varsayımı, şizofreninin gelişiminde etkili olduğu düşünülen ve yaygın olarak kabul edilen bir varsayımdır. Buna göre, erken gelişimsel dönemde bireylerin beyin gelişimi çevresel ve genetik etkenler sebebiyle bozulmakta ve bunun akabinde ilerleyen süreçlerde karşılaştıkları stresli durumlar sebebiyle şizofreni belirtileri gösterebilmektedirler (Kağızman ve Avşar, 2022). Ayrıca şizofreniyle ilişkili genetik araştırmalarda, Neandertal genomu çalışmaları yapılmış ve günümüz insan genomu karşılaştırmasında, şimdiye kadar korunarak aktarılan şizofreni gen varyantlarının bulunduğu görülmüştür (Karagülleoğlu ve Çarhan, 2021). Şizofreni etiyojisi ile ilişkilendirilen kromozomlar 1, 5, 6, 8, 10, 13, 18, 22 ve ilişkili gen bölgeleri 22q11-12, 8p22-21, dp24-22 olarak belirlenmiştir (Kağızman ve Avşar, 2022). Tüm bu bulguların tersine, Fusar-Poli ve arkadaşları psikoz için yüksek risk altındaki bireylerin psikozla ilişkili genetik risk faktörlerine sahip olma durumuna ilişkin yeterli veri olmadığını ve bu alanın daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyduğunu belirtmişlerdir (Fusar-Poli vd., 2017).

1.1.3. Tanı Ölçütleri

Şizofreni tanımı, evrensel olarak kabul edilen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) veya International Classification of Disease (ICD) tanı ölçütlerine göre yapılmaktadır (Soares-Weiser vd., 2015). Bu iki tanı sisteminde şizofreni tanısı bazı benzerlikler ve farklılıklar göstermektedir. Her iki ölçüt de şizofreninin alt tiplerinin hastalığın klinik seyri ve tedavisiyle ilişkisinin az olduğunu gösteren çalışmalar sebebiyle, bu alt tipleri

ortaya koymayı göz ardı etmektedir (Gaebel ve Zielasek, 2015). Güncel olarak DSM-5 TR'ye göre şizofreni tanı ölçütleri şu şekildedir:

DSM-5 TR Şizofreni Tanı Ölçütleri

Tanı için A, B ve C kriterleri karşılanmalıdır

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

- 1) Sanrılar
- 2) Varsanılar
- 3) Dağınık konuşma (örneğin; sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılabilir konuşma)
- 4) İleri derecede dağınık davranış ya da katatonik davranış
- 5) Silik (Negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama)

B. Hastalığın başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir bölümünde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

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

D. Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da iki uçlu duygulanım bozukluğu dışlanır, çünkü ya açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak majör depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da açık evre belirtilerin olduğu sırada duygudurum

dönemleri ortaya çıkmışsa bile bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

E. Bu bozukluk bir maddenin (örnek: kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun doğrudan fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

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

Semptomların olası diğer sebepleri dışlanmalıdır (D, E, F kriterleri) (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

1.1.4. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2022'de yayınladığı bildirisinde şizofreninin dünya genelindeki yaygınlığını %0,32 (24 milyon) olarak belirtmiştir (World Health Organization, 2022). Şizofreninin küresel yaygınlığını araştıran bir çalışma ise, toplamda 19,78 milyon kişide şizofreni tanısının bulunduğunu bildirmiştir (He vd., 2020). DSÖ'nün 10 farklı ülkede gerçekleştirdiği çalışmaya göre, şizofreni görülme insidansının farklı ülkeler arasında benzerlik gösterdiği belirlense de, yapılan güncel çalışmalar neticesinde insidansın toplumlar arası çeşitlilikler gösterdiği görülmüştür (Patel vd., 2014). 204 ülke ve bölgede gerçekleştirilen bir meta-analiz çalışmasının sonuçları, 1990 yılında 14.2 milyon vakanın (289.9/100000), 2019'da ise 23.6 milyon vakanın (287.4/100000) tahmini olarak şizofreni hastalığı olduğunu göstermiştir (Global Burden of Disease Study 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Dünya genelindeki en kalabalık 20 ülke arasında 2017 yılı itibarıyla, en fazla şizofreni tanılı bireylere sahip olan ülke Çin'dir (0,29 milyon, %95 CI=0,26- 0,33 milyon) ve onu Hindistan takip etmektedir (0,21 milyon, %95 CI =0,19-0,25 milyon) (He vd., 2020). Genellikle erken ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde ortaya çıktığı görülen (Khavari ve Cairns, 2020) şizofreninin başlangıç yaşı, erkeklerde 20'li yaşların başında iken, kadınlarda bu yaş 20'li yaşların sonu ve 30'lu yaşların başına tekabül etmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014, s:43-45). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında ise, şizofreninin yaş standardize edilerek hesaplandığı küresel prevalansı %0,28 (%95 CI: 0,24-0,31) olarak belirtilmiştir ve bu prevalansta cinsiyet farkı görülmemiştir (Charlson vd., 2018). Şizofreni hastalarının doğrudan

sağlık maliyetleri, toplumsal toplam maliyetin %13,5 ile %64,0 ve işlevsellik kaybının %35,9 ile %83,0 arasında değiştiği bildirilmiştir (Jin ve Mosweu, 2017).

1.1.5. Klinik Belirti ve Bulgular

Şizofreninin belirtileri pozitif, negatif ve bilişsel belirtiler olmak üzere üç temel alanda sınıflandırılmaktadır. Pozitif belirti kavramı ile, gerçekliğin yanlış yorumlanmasıyla ortaya çıkan sanrılar ve varsanılar tanımlanmaktadır (Wroński vd., 2022). Pozitif ve negatif belirtilerin arasındaki farklılıklar ilk olarak J. Russell Reynolds tarafından 1862 yılında epilepsi bağlamında tanımlanmıştır (Azorin vd., 2014). Varsanılar (halüsinasyon), dokunma, işitme, koku, tat ve görsel alanlardan herhangi biriyle ya da birkaçıyla birlikte ortaya çıkan ve gerçeği yansıtmayan algıları içermektedir. Negatif belirtiler ise apati, işlevsellikte bozukluk, konuşmada azalma, duygusal küntlük, sosyal geri çekilme gibi belirtileri ifade etmektedir (Kim vd., 2023; Wroński vd., 2022). Odaklanmada güçlük ve bellek bozuklukları da bilişsel işlev bozuklukları içerisinde yer almaktadır (Salazar de Pablo vd., 2021). Bilişsel işlev bozukluklar yürütücü işlevler, bellekte, dikkati sağlamada, sözel akıcılıkta, problem çözme becerilerinde ve sosyal bilişsel işlevlerde eksiklikler olarak görülmektedir (Walker vd., 2017). Pozitif belirtilerle birlikte, düşünce içeriğinde bozulmalar meydana gelmekte ve gerçeği değerlendirme yetileri bozulmaktadır. Tüm bu bozulmalar etkisiyle, belirtilerin hastalıktan kaynaklandığının farkına varamama veya gerçek olmadığını kabul etmeme şeklinde tanımlanan içgörü eksikliği meydana gelmektedir (Tiryaki vd., 2018). Negatif belirtilerin etkisiyle, fiziksel aktivite azalmakta ve genel sağlık durumları bozulmaktadır. Fiziksel aktivitenin azalmasıyla birlikte hastalarda ani kilo alımı ve dolaşım bozuklukları gözlemlenebilmektedir. Kendine ve çevresine kayıtsızlık ile birlikte özbakım düşmektedir. Dolayısıyla şizofreni belirtilerinin yanı sıra enfeksiyon sorunlarıyla da başa çıkmak gerekebilmektedir (Azorin vd., 2014). Negatif belirtilerin içerisinde yer alan anhedoni ile birlikte, anlık duygularını anlama ve ifade etme yeteneğinde bozulma görülmesi bile, geçmişteki zevk alma duygularını hatırlayamama veya gelecekteki olaylardan zevk alma duygularını tahmin ve tasvir edememe görülebilmektedir. Bu da, hastalarda daha fazla donuklaşmaya ve ilgisizliğe dönüşerek, beraberinde de ek psikiyatrik tanılarının ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (Yohn ve Conn, 2019).

Bir sistematik derlemede, pozitif ve negatif semptomlar ileri yaş, erkek cinsiyet ve hastalığın geç başlaması ile ilişkilendirilirken; depresif ve ekstrapiramidal belirtiler uzun hastalık süresi, bilişsel ve sosyal işlev bozukluğu, yaşam kalitesinin düşüklüğü, zorunlu

yatışlar, hastaneye yatış öyküsü ve daha şiddetli başlayan hastalık belirtileri ile ilişkilendirilmiştir. Bilişsel işlev bozukluğu ise genç yaş, kadın cinsiyet, düşük eğitim seviyesi, bakım evlerinde yaşama, düşük zeka seviyesi, hastalık öncesinde uyum güçlüğü, temel bilişsel işlevlerin yetersizliği ve sık ve şiddetli pozitif ve negatif belirtilerin varlığı ile ilişkilendirilmiştir (Habtewold vd., 2020).

Kraepelin'in *dementia praecox*'u kronik seyirli ve kötü prognoz olarak tanımlamasıyla birlikte, şizofreninin de ilerleme, nüksetme ve kronikleşme süreçleriyle birlikte gözlemlendiği bilinmektedir (Molstrom vd., 2022). Aynı zamanda doğru teşhis ve tedavi yöntemleri ile şizofreninin klinik seyrinde belirtilerin gerilemesinin ve iyileşmesinin mümkün olduğu belirtilmiştir (Kocal vd., 2017).

Şizofreni hastalarında, hastalık süresinin uzaması ve yaşın artmasıyla, remisyonda da kısmi etkiler görülebilmektedir ve bu süreçte pozitif belirtilerin silikleşmesiyle birlikte negatif belirtilerin daha belirginleşebildiği çalışmalar tarafından bildirilmektedir (Şimşek vd., 2022). İşlevsellikte bozulma ve klinik tabloda kötüleşme genellikle hastalık başlangıcından itibaren ilk 5-10 yıl içerisinde görülebilmekte, ancak tedaviye uyum gösterilmesiyle birlikte, yaş arttıkça şizofreni hastalarında belirtilerde stabilizasyon veya belirgin iyileşmeler izlenebilmektedir (Aykut, 2017). Klinik tablodaki seyri inceleyen bir meta-analizin bulguları örneklemin kısa veya uzun vadede gözlenmesine göre farklılıklar göstermiştir. Buna göre, kısa süreli boylamsal çalışmalarda şizofreni hastalarının pozitif ve negatif belirtilerinde azalma veya sabit kalma görülürken; daha uzun gözlem süresi içeren çalışmalarda pozitif belirtilerin dalgalı bir seyir izlediği ve negatif belirtilerin aynı kaldığı bildirilmiştir (Heilbronner vd., 2016). Şizofreninin klinik seyrinde görülen karmaşıklık, kortikal alanlarda veya subkortikal yapılarda meydana gelen hasarların yanı sıra, beyin işlevindeki çok katmanlı bozulmalar ile ilişkilendirilmektedir (Jonak vd., 2023).

Şizofrenide hastalığın bireydeki yıkımlarını iyileştirmek veya en aza indirmek için klinik seyir boyunca farklı tedavi yöntemleri uygulanabilmektedir. Bunlar, farmakoterapi, psikoeğitim, psikososyal müdahaleler, psikoterapi, transkraniyal manyetik stimülasyon (TMS) ve elektrokonvülsif terapidir (EKT) (Sommer vd., 2012). Dünya Biyolojik Psikiyatri Dernekleri Federasyonu (World Federation of Societies of Biological Psychiatry, WFSBP) şizofreninin biyolojik tedavisi için 2012 yılında *Şizofreninin Akut Tedavisi ve Tedaviye Direncin Yönetimi*, 2013 yılında *Şizofreninin Uzun Süreli Tedavisi ve Antipsikotik Kaynaklı Yan Etkilerin Yönetimi* ve 2015 yılında *Şizofreni Tedavisinde Özel Durumların Yönetimi*:

Depresyon, İntihar, Madde Kullanım Bozuklukları Ve Gebelik Ve Emzirme olmak üzere üç ayrı kılavuz yayınlamıştır (Hasan vd., 2012; Hasan vd., 2013; Hasan vd., 2015). Şizofreni hastalarının erken tedavisi, ikinci basamak tedavi programlarına yönlendirilmesi, atakların erken belirtilerinin tespit edilmesi, evde bakım hizmetleri, fiziksel hastalıkların yönetilmesi ve fiziksel ve ruhsal sağlığın geliştirilmesi ve birinci basamak hizmetlerin önemine vurgu yapılmıştır (Jones vd., 2015). WFSBP tarafından yayınlanan *Şizofreninin Akut Tedavisi ve Tedaviye Direncin Yönetimi (2012)* kılavuzuna göre, şizofreni tanısı konmuş bireylerde birinci ve ikinci kuşak antipsikotiklerin en düşük etkili dozda başlanıp, kademeli olarak arttırılması önerilmektedir. Ancak, antipsikotiklerin kullanımında ekstrapiramidal yan etkilerin (akut distoni, parkinsonizm, akatizi ve diskinezi) ve metabolik parametrelerdeki değişimlerin yakından izlenmesi gerekmektedir. Antipsikotiklere ek olarak, huzursuzluk, uykusuzluk ve psikoza bağlı davranış bozukluklarının iyileştirilmesinde benzodiazepin grubu ilaçlardan destek alınabileceği belirtilmektedir (Hasan vd., 2012). Antipsikotikler pozitif belirtilerin iyileştirilmesinde önemli bir ajan rolü üstlenmektedir ve özellikle varsanıların iyileştirilmesini hızlandırdığı, ayrıca antipsikotik tedavisine 1 yıl boyunca uyum gösteren ilk atak hastalarının yalnızca %8,0'inin varsanıların farklı şiddetlerde devam ettiği belirtilmektedir (Bighelli vd., 2021; Sommer vd., 2012). Ancak uygulanan ilaç tedavisine rağmen hastaların %24,0'ünde 1 yıl içerisinde semptomların tekrar görülebildiği bildirilmektedir (Schneider-Thoma vd., 2022). Bu durum, şizofreni tedavisinin heterojen bir yapıda izlenmesi gerekliliğini doğurmaktadır. İlaç tedavilerinin yanı sıra hastaya ve ailelerine yönelik psikososyal ve psikoeğitim müdahaleleri ile uygulanan terapi yöntemlerinin etkililiğini araştıran bir meta analiz çalışmasında, bu tür terapi ve yaklaşımların bir arada bulunduğu uygulamaların, 1 yıl içerisindeki nüksleri önlemede etkili olduğu bulunmuştur (OR=0,62, %95 CI=0,44–0,87) (Bighelli vd., 2021).

1.2. Suç Davranışı

Suç olayları, güvenliği sarsıcı etkileri bakımından gelişmiş ve gelişmekte olan tüm toplumların ortak sorunudur (Zhang vd., 2022). Suç oranlarının giderek artmasından dolayı, araştırmalar suç ve şiddet davranışları ile bu davranışlara neden olan risk faktörlerinin belirlenmesi üzerinde yoğunlaşmaktadır. Toplumsal açıdan, suç ve şiddet olaylarının önlenmesi ve kamu güvenliğinin sağlanması hedeflenmektedir. Suç davranışı sergileme riski bulunan bireyler açısından ise, suç işlemelerinin önlenmesi, yaşadıkları sorunların iyileştirilmesi ve topluma yeniden kazandırılmaları amaçlanmaktadır. Bazı çalışmalar suç ve şiddet davranışının risk faktörlerini bireysel (düşük zeka seviyesi, düşük akademik başarı,

dürtüsellik, düşük empati yeteneği, dikkat eksikliği), ailesel (yetersiz ebeveyn kontrolü, çocukla ilgilenmede yetersizlik, parçalanmış aile, çocuk istismarı ve ihmali) ve sosyal (düşük sosyoekonomik durum, düşük aile geliri, kötü barınma koşulları, geniş aile, yaşadığı bölgede yüksek suç oranları) olmak üzere üç alanda incelemiştir (Farrington vd., 2015).

Ruhsal sağlığın suç ve şiddet davranışları ile yakın bir ilişkisinin olduğu vurgulanmaktadır (Mundt ve Baranyi, 2020). Yasaklanan bir fiilin işlendiği sırada bir ruhsal bozukluk veya akli yetersizlik nedeniyle işlediği fiilin önemini ve sonuçlarını kavrayamayan veya davranışlarını kontrol edemeyen bireyler adli yaptırımlardan muaf olmaktadır (Gosek vd., 2020). Suç işleyen bireylerde ruhsal hastalıklar topluma oranla daha sık görülmektedir (Prins, 2014). Alan yazında yer alan bir çalışmaya göre, yaşam boyu en az 1 ruhsal hastalık tanı kriterlerini karşılayan ve aynı zamanda kriminal davranışlar gösteren bireylerin oranı %81,0'dır (Beaudette ve Stewart, 2016). Bir meta-analiz çalışmasında şiddet ile en güçlü ilişkiye sahip olan faktörün nöropsikiyatrik hastalıklar olduğu ve bu hastalıkların içerisinde de madde kötüye kullanımının (OR=7,4, %95 CI=4,3-12,7) en büyük etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Fazel vd., 2018). Adli psikiyatri hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada (n=317), madde ile ilişkili bozukluklar (n=113, %35,6) birinci sırada, psikotik bozukluklar ise ikinci sırada (n=70, %22,1) yer almıştır. Duygudurum bozuklukları (n=29, %9,1) ve cinsel bozukluklar (n=12, %3,8) da çalışma içerisinde tespit edilen diğer ruhsal hastalıklardır (Billen vd., 2019).

Toplumsal sonuçları açısından önemli bir konu olan terör suçları araştırmaları, ruhsal hastalıklar ve suç arasındaki ilişkinin bulgularını ortaya koymayı hedefleyen çalışmaların içerisinde yaygın olarak yer almaktadır. Ancak terör suçları ile ruhsal hastalıklar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalardan bazıları olası nedensel bir ilişki saptarken (Capellan, 2015; Ho vd., 2019), bazıları bu konudaki ilişkinin belirsiz olduğunu ortaya koymuşlardır (Sarma vd., 2022). Dahası, böylesine nedensel bir ilişkinin ortaya koyulması, savunmasız gruplar içerisinde gösterilen ruhsal bir hastalığı olan bireylerin daha fazla damgalanmasına sebebiyet verebileceği de akılda tutulmalıdır (Knudsen, 2021). Bir sistematik derlemede, terör suçlularında ruhsal hastalıkların yaygınlık oranları heterojen bir yapı göstermiş ve %0,0-%57,0 arasında değişmiştir (Gill vd., 2021). Corner ve arkadaşları ise, terör suçlularında görülen ruhsal hastalıkları, travmatik beyin hasarı (%1,3), madde bağımlılığı (%0,7), şizofreni (%8,5), şizoaffektif bozukluk (%0,7), sanrısız bozukluk (%2,0), psikotik bozukluk (%0,7), depresyon (%7,2), bipolar bozukluk (%3,9), anksiyete bozukluğu (%1,3), dissosiyatif bozukluk (%0,7), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (%1,3), travma sonrası stres bozukluğu

(TSSB) (%3,3), tanımlanmamış uyku bozukluğu (%0,7), tanımlanmamış kişilik bozukluğu (%6,5) ve otizm spektrum bozukluğu (%3,3) şeklinde sıralanmışlardır (Corner vd., 2016). Ho ve arkadaşları, terör ve ruhsal hastalıklar arasındaki ilişkinin biyopsikososyal çerçevede incelenmesi gerekliliğini ortaya koyarken, aynı zamanda cinayet düşüncesi, intihar düşüncesi ve girişimleri, son bir yıl içerisinde geçirilmiş majör depresif atak, şiddet öyküsü ve ruhsal hastalık öyküsü gibi klinik risk faktörlerinin bu ilişki içerisinde önemli olduğunu belirtmişlerdir (Ho vd., 2019).

Suç olarak nitelendirilen davranışlar sergileyen psikiyatri hastalarının, adli makamlar tarafından değerlendirilme süreçlerinde bazı sorunlarla karşılaşmaktadır. Tedaviye ihtiyaç duyan bireylerin mahkûm edilmesiyle birlikte, sağlık hizmetlerine erişimleri de dolaylı olarak etkilenmekte ve engellenmektedir. Bu durum tıbbi, yasal ve toplumsal destek üçgeninde ele alınmalıdır (Niveau ve Welle, 2018).

1.3. Şizofreni ve Suç Davranışı

Suç davranışının yüksek olduğu bölgelerde yürütülen bir araştırmada, suç davranışı ile ruhsal hastalıklar ilişkili bulunmuştur (Baranyi vd., 2020). Şiddet ve suç eylemleri, ruhsal sorunların bir nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır, fakat aynı zamanda ruhsal sorunların ortaya çıkmasında etkili olan stresle ilişkili risk faktörlerinin sonucu olarak da gösterilmektedir (Purtle, 2017). Bir veya birden fazla ruhsal bozukluğun varlığı suç davranışına eğilimi arttırmaktadır (Karaaziz vd., 2015). Ruhsal hastalıkların suç ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, şizofreni hastalarının bipolar bozukluk tanısı olanlara göre, şiddet içeren bir suç işleme olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Sariaslan vd., 2016).

Fazel vd. (2018)'nin meta-analiz çalışmasında, şizofreninin şiddet eyleminin risk faktörleri arasında olduğu bildirilmiştir (OR=5,5 %95 CI=4,1-7,5). İsveç'te yapılan bir çalışmada ise şizofreni hastalarının şiddet içeren eylemlerden yaşam boyu mahkûmiyet alma oranlarının %23,0 olduğu bildirilmiştir (Whiting vd., 2021). Başka bir meta-analizde psikoza olan hastaların (n=15446) %22,0'sinin (n=3396) herhangi bir türde suç işlemiş olduğu görülürken, genel nüfustan oluşan kontrol grubunda (n=186752) bu oranın %10,8 (n=20167) olduğu belirlenmiştir ve buna göre psikoza olan hastaların suç işleme riski kontrol grubundan 2,65 kat yüksek bulunmuştur (OR=2,65 %95 CI=2,19-3,21, p<0,001) (Yee vd., 2020). İlk atak psikoza (n=458) olan hastalarda 12 aylık süreçte şiddetin görülme yaygınlığı %38,0 olarak bulunurken, hafif derecede şiddet eylemi gösteren ilk atak psikoza olan hastaların oranı %26,4

(n=121) ve ciddi derecede şiddet eylemi gösteren ilk atak psikoza olan hastaların oranı ise %11,8 (n=54) olarak belirlenmiştir (Coid vd., 2013). Başkalarına yönelik şiddet davranışı gösteren şizofreni hastalarının yaygınlığının araştırıldığı meta-analizde şiddet davranışı sergileyenlerin oranı %23,83 (%95 CI: %18,38–%29,75), itme ve tehdit gibi şiddet içeren fiziksel davranışlar sergileyenlerin oranı %23,16 (%95 CI: %8,04–%42,97), ciddi zarar veren fiziksel eylemlerde bulunanların oranı %17,19 (%95 CI: %8,2–%28,04), cinayet işleyenlerin oranı ise %0,62 (%95 CI: %0,08–%1,54) olarak bulunmuştur (Guo vd., 2022). Fleischman ve arkadaşlarının 3187 şizofreni tanıli hastayla yaptıkları çalışmada, şizofreni hastalarının sağlıklı kontrol grubuna göre şiddet içeren suç işleme riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (OR=4,3, %95 CI=3,8–4,9) (Fleischman vd., 2014).

Ülkemizde yürütülen bir çalışmada, adli psikiyatri birimine danışılan olguların en fazla şizofreni tanısına sahip olduğu bildirilmiştir (Gürkan vd., 2021). Başka bir çalışmada ise, adli olgu olarak nitelendirilen eylemlerde bulundukları iddiası ile değerlendirilen psikotik belirtili olguların %35,2'sini şizofreni hastalarının olduğu bildirilmiştir (Yıldız vd., 2020). Polat ve Hoccoğlu'nun yaptığı çalışmada ise bu oran %31,0 bulunurken (Polat ve Hoccoğlu, 2020), Görgülü ve arkadaşlarının çalışmada %32,8 (Görgülü vd., 2015) ve İnan ve arkadaşlarının çalışmada %42,5 olarak bulunmuştur (İnan vd., 2018).

Şizofreni ve suç eylemleri ile ilgili alanyazında yer alan çalışmalardan bazıları Çizelge 1.1 ve Çizelge 1.2'de gösterilmiştir. Makalelere ulaşım yöntemi şu şekilde özetlenebilir; altı elektronik veri tabanında (PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar, ScienceDirect, BMC Psychiatry) şizofreni (schizophrenia), şiddet, saldırganlık, suç, suçluluk, suçlu, suçlu olmayan, adli psikiyatri, adli kaydı olan, adli kaydı olmayan (violence, aggression, crime, offender, criminal, non-criminal, forensic psychiatry, forensic and non-forensic) psikoz, psikotik bozukluk, ruhsal bozukluk (psychosis, psychotic disorder, mental disorder) anahtar kelimeleri kullanılarak ve Ocak 2013-Mayıs 2023'e kadar yayımlanan makaleler taranmıştır. Ayrıca dahil edilen makalelerdeki referanslar da taranmıştır. Taramaya dahil etmek için makale türü filtrelemesi olarak klinik araştırma ve meta-analiz, yaş kriteri olarak 18 yaşından büyükler ve yayın dili olarak ise Türkçe ve İngilizce şeklinde belirlenmiştir. Uygunluk değerlendirmesi için başlıklar ve özetler taranmıştır; yetersiz bilgi verildiyse, tam metin dikkate alınmıştır. İlk taramadan sonra ise, dahil edilmeye uygunluğunu değerlendirmek için tam metinler incelenmiştir. Çizelge 1.1'de çalışmaların örneklem grupları arasında yapılan analizler sonucunda ortaya çıkan anlamlı farklılıklar gösterilmiş olup, anlamlı fark elde edilemeyen değişkenler dahil edilmemiştir.

Çizelge 1.1. Adli Kaydı Bulunan Şizofreni Hastalarıyla İlgili Yapılan Çalışmaların Özeti

Yazar, yıl, ülke	Çalışma dizaynı	Örneklem sayısı	Yaş	Gereçler	Temel bulguların özetleri
Ekinci ve Ekinci, 2013 Türkiye	Kesitsel	Toplam: 133 Şiddet gösteren şizofreni tanılı hastalar: 47(%35,3), Kadın: 17(%36,2), Erkek: 30(%63,8) Şiddet göstermeyen şizofreni tanılı hastalar: 86(%64,7), Kadın: 28(%32,6), Erkek: 58(%67,4)	Şiddet gösteren şizofreni tanılı hastalar: 36,8±11,9 Şiddet göstermeyen şizofreni tanılı hastalar: 36,2 ± 8,8	SAPS SANS OAS CDSS BIS-11 Y-BOCS BCIS SUMD	Adli kaydı bulunan grupta (n:36 %76,6), adli kaydı bulunmayan (n:2 %2,3) gruba göre şiddet öyküsü bulunanların sayısı anlamlı olarak daha fazla Adli kaydı bulunan grubun adli kaydı bulunmayan gruba göre hastalığa içgörü (t:-6,54 p<0,001), hastalığın sosyal sonuçlarına içgörü (t:-6,69 p<0,001) ve tedaviye içgörü (t:-6,02 p<0,001) puanları anlamlı olarak daha yüksek
Demirbuga vd., 2013 Türkiye	Vaka-Kontrol	Toplam: 76 Adli kaydı bulunan şizofreni grubu: 41(%53,9), Kadın: 6(%14,6), Erkek: 35(%85,4) Adli kaydı bulunmayan şizofreni grubu: 35(%46,1), Kadın:	Adli kaydı bulunan şizofreni grubu: 41,50 ± 7,56 Adli kaydı bulunmayan şizofreni grubu: 39,94 ± 6,79	PANNS Duygu Tanıma Testi	Adli kaydı olan grupta (n:35, %85,4) adli kaydı olmayan gruba (n:23, %65,7) göre erkek sayısı anlamlı olarak daha fazla Adli kaydı olan grupta (n:16) adli kaydı olmayan gruba (n:6) göre kırsalda yaşayanların sayısı anlamlı

Çizelge 1.1. Devam

		12(%34,3), Erkek: 23(%65,7)			olarak daha fazla Adli kaydı olan grubun (35,6 ± 6,7) adli kaydı olmayan gruba (28,2 ± 10,4) göre genel psikopatoloji puanları anlamlı olarak daha yüksek
De Sanctis vd., 2013 İngiltere	Vaka-Kontrol	Toplam: 70 Adli kaydı bulunan şizofreni grubu: 21(%30,0), Kadın: 4(%19,1), Erkek: 17(%80,9) Adli kaydı bulunmayan şizofreni grubu: 21(%30,0), Kadın: 4(%19,1), Erkek: 17(%80,9) Sağlıklı grup: 28 (%40,0), Kadın: 6(%25,0), Erkek: 22(%75,0)	Adli kaydı bulunan şizofreni grubu: 35,5±11,0 Adli kaydı bulunmayan şizofreni grubu: 41,0±8,6 Kontrol grubu: 39,7±10,0	LHA PANNS TMT	Şiddet eylemi gösteren grubun (11,7±2,1) eğitim yılı şiddet eylemi göstermeyen şizofreni (13,1±1,9) ve sağlıklı (14,7±1,7) gruba göre anlamlı olarak daha düşük Şiddet eylemi olan şizofreni hastalarında olmayanlara göre duygusal girdilere verilen yanıtlar daha geç başlangıçlı Şiddet eylemi gösteren şizofreni hastaları dikkati sürdürme yeteneklerinde daha ciddi bir eksikliğe sahip Adli kaydı olan şizofreni hastaları olmayanlara göre duygusal olarak değerli

Çizelge 1.1. Devam

					uyaranların işlenmesinde daha ciddi eksikliklere sahip
Frommann vd., 2013 Almanya	Vaka-Kontrol	Toplam: 38 Adli kaydı bulunan şizofreni grubu: 19(%50,0), (Tamamı erkek) Adli kaydı bulunmayan şizofreni grubu: 19(%50,0), (Tamamı erkek)	Adli kaydı bulunan şizofreni grubu: 35,3±8,2 Adli kaydı bulunmayan şizofreni grubu: 34,7±10,6	Benton Facial Recognition Test Raven matrices task PANNS PCL:SV HCR-20	Adli grubun (10,8±3,3) saldırganlık riski adli olmayan şizofreni grubuna (8,5±2,3) göre anlamlı olarak daha yüksek Adli grupta adli olmayan şizofreni grubuna göre duygu tanıma performansı önemli derecede zayıf
Short vd., 2013 Avustralya	Vaka-Kontrol	Toplam: 8809 Adli kaydı bulunan şizofreni grubu: 953(%22,9) Suçlu bulunan toplum örneği grubu: 357 (%7,7)	Şizofreni grubu: 45,2±11,2 Toplum örneği grubu: 39,2±12,1	Suç ve madde kullanım öyküsü	Şizofreni grubunun topluluk grubuna göre şiddet içeren bir eylemde bulunma riski 4,57 kat, şiddet içermeyen bir eylemde bulunma riski 2,51 kat, aile içi şiddet eyleminde bulunma riski 3,0 kat daha fazla Adli kaydı bulunan şizofreni grubunda madde kullanım bozukluğu ile suç arasında anlamlı bir ilişki yok
Landgraf vd., 2013 Almanya	Vaka-Kontrol	Toplam: 70 Adli kaydı bulunan	Adli kaydı bulunan şizofreni grubu:	GAF CGI	Adli grup (%20,0) adli olmayan gruba göre (%43,0) evli olma

Çizelge 1.1. Devam

		şizofreni grubu: 35(%50,0) (Tamamı kadın) Adli kaydı bulunmayan şizofreni grubu: 35(%50,0) (Tamamı kadın)	42,7±8,7 Adli kaydı bulunmayan şizofreni grubu: 39,6±9,2		durumu bakımından anlamlı olarak daha düşük Adli grupta çalışmayanların sayısı (%42,0) adli olmayan gruba (%3,0) göre anlamlı şekilde daha yüksek Adli grupta adli olmayan gruba göre anlamlı olarak daha fazla alkol-madde kullanım bozukluğu belirtileri var Adli grupta hastalık başlangıç yaşı adli olmayanların yaşına göre anlamlı olarak yaklaşık 7 yıl daha küçük Adli grupta adli olmayan gruba göre anlamlı olarak daha fazla ailede ruhsal hastalık öyküsü var Adli grup (6,5±0,8) adli olmayan gruba (6,0±0,7) göre anlamlı olarak daha yüksek CGI puanlarına sahip
--	--	---	--	--	---

Çizelge 1.1. Devam

Kashiwagi vd., 2015 Japonya	Vaka-Kontrol	Toplam: 54 Adli kaydı bulunan şizofreni grubu: 30(%55,5) (Tamamı erkek)	Adli kaydı bulunan şizofreni grubu: 44.1±11.5 Adli kaydı bulunmayan şizofreni grubu: 40.3±10.7	BACS PANNS	Adli kaydı bulunan hastaların bulunmayan hastalara göre daha iyi yürütücü işlevlere sahip olma eğiliminde
O'Reilly vd., 2015 İrlanda	Kohort	Toplam: 89 (76 şizofreni, 13 şizoaffektif bozukluk) Kadın n=5 (%5,6), Erkek n=84 (%94,4)	Şiddet içeren davranış gösterenler (n=10) 36.1±9.4 Şiddet içeren davranış göstermeyenler (n=79) 40.9±12.7	MCCB TOPF SOFAS PANNS HCR-20 DUNDRUM	Şiddet eylemi göstermeyen şizofreni grubunun genel psikotik belirti ölçeği puanı ortalaması (29,02±10,3), şiddet eylemi gösteren şizofreni grubunun puan ortalamasından (43,6±10,4) anlamlı olarak daha düşük Şiddet eylemi göstermeyen şizofreni grubunun şiddet riski değerlendirmesi toplam puan ortalaması (3,39±2,12), şiddet eylemi gösteren şizofreni grubunun puan ortalamasından (5,80±2,29) anlamlı olarak daha düşük Şiddet eylemi gösteren şizofreni hastaları (28,4±4,5) şiddet eylemi göstermeyen (33,9±7,6)

Çizelge 1.1. Devam

					hastalardan anlamlı olarak daha kötü sözel öğrenme yeteneğine sahip Şiddet eylemi gösteren şizofreni hastaları (24,4±6,3) şiddet eylemi göstermeyen (35,7±11,0) hastalardan anlamlı olarak daha kötü sosyal bilişsel yeteneğe sahip
Ghoreishi vd., 2015 İran	Kesitsel	Toplam: 358 Adli kaydı bulunan şizofreni hastaları: 212 (%59,2), Kadın: 62 (%29,3), Erkek: 150 (%70,7) Adli kaydı bulunmayan şizofreni hastaları: 146 (%40,8), Kadın: 64 (%43,9), Erkek: 82 (%56,1)	16-45 yaş arasındaki adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hastaların oranı %97,6 (n=207)	Sosyodemografik, klinik ve suç özellikleri	Adli kaydı bulunan hasta grubundaki (n:150,%64,7) erkek sayısı adli kaydı olmayan gruba (n:82,%35,3) göre anlamlı olarak daha yüksek Adli kaydı bulunan grupta (n:150,%83,3) erken başlangıç yaşına sahip olanlar adli kaydı bulunmayan hasta grubuna (n:30,%16,7) göre anlamlı olarak daha yüksek Adli kaydı bulunan grupta (n:150,%72,8) alkol kötüye kullanımı olanların sayısı adli kaydı bulunmayan hasta grubuna (n:56,%27,2)

Çizelge 1.1. Devam

					göre anlamlı olarak daha yüksek
Ahmed vd., 2015 Amerika	Randomize kontrollü	Toplam: 78 Adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hasta grubu: 43(%55,1), Kadın (n=2, %4,6), Erkek (n=41, %95,4) Adli kaydı bulunmayan şizofreni tanılı hasta grubu: 35 (%44,9)	Adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hasta grubu: 38,89±9,98 Adli kaydı bulunmayan şizofreni tanılı hasta grubu: 42.47±11.20	WASI-II MCCB PANNS OAS UPSA MARS	Adli kaydı bulunmayan şizofreni grubundaki (n:2) kadın sayısı adli kaydı bulunan şizofreni grubundan (n:8) anlamlı olarak daha fazla Adli kaydı bulunan şizofreni grubunda (2,15±1,23) hastaneye yatış sayısı adli kaydı bulunmayan şizofreni grubuna (2,72±1,36) göre anlamlı olarak daha az Adli kaydı bulunan şizofreni grubunda (22,21±6,31) hastanede kalış süresi adli kaydı bulunmayan şizofreni grubuna (21,25±7,79) göre anlamlı olarak daha yüksek
Sedgwick vd., 2017 29 çalışma	Meta-analiz	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş		Şiddet eylemlerinde bulunan şizofreni grubu şiddet eylemi göstermeyen şizofreni grubuna göre zeka düzeyi bakımından

Çizelge 1.1. Devam

					anlamli olarak daha dusuk puanlara sahip Şiddet uygulayan şizofreni grubu uygulamayan gruba göre bellek bakımından anlamli olarak daha dusuk performansla sahip Şiddet eyleminde bulunan şizofreni grubu yürütücü işlev bakımından şiddet eyleminde bulunmayan şizofreni grubuna göre anlamli olarak daha dusuk performansla sahip Şiddet uygulayan şizofreni grubu, şiddet eyleminde bulunmayan şizofreni grubuna göre hem dürtüsel hem de dürtüsel olmayan görevlerde anlamli olarak daha zayıf performansla sahip
Ahmed vd., 2018 Gürcistan	Vaka-kontrol	Toplam: 78 Adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hasta	Adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hasta grubu: 38,89±9,98	HCR-20 WASI-II MCCB PANAS PANNS	Adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hasta grubunun (9,34±2,11) eğitim yılı adli kaydı

Çizelge 1.1. Devam

		grubu: 43 (%55,1), Kadın:2 (%4,7), Erkek:41 (%95,3) Adli kaydı bulunmayan şizofreni tanılı hasta grubu: 35 (%44,9), Kadın: 8 (%22,8), Erkek: 27 (%77,2)	Adli kaydı bulunmayan şizofreni tanılı hasta grubu: 42,47±11,20	OAS	bulunmayan gruba (10,47±2,38) göre anlamlı olarak düşük Adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hasta grubunun (1,94±0,92) yatış sayısı adli kayı bulunmayan gruba (2,98±1,50) göre anlamlı olarak daha düşük Adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hasta grubundaki (n:41) erkek sayısı adli kayı bulunmayan gruba (n:27) göre anlamlı olarak daha yüksek Adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hasta grubundaki (n:33) alkol kullananların sayısı adli kayı bulunmayan gruba (n:19) göre anlamlı olarak daha yüksek Adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hasta grubundaki (n:31) madde kullananların
--	--	---	--	-----	--

Çizelge 1.1. Devam

					sayısı adli kaydı bulunmayan gruba (n:20) göre anlamlı olarak daha yüksek Adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hasta grubunun sözel saldırganlık ve fiziksel saldırganlık puanları adli kaydı bulunmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek
Taşkaynatan ve Erol, 2019 Türkiye	Vaka-Kontrol	Toplam: 90 Homisid girişimi olan şizofreni tanılı hasta grubu: 30, Kadın n=3 (%10,0), Erkek n=27 (%90,0) Homisid girişimi olan şizofreni tanılı hasta grubu: 30, Kadın n=3 (%10,0), Erkek n=27 (%90,0) Sağlıklı kontrol grubu: 30, Kadın n=3 (%10,0), Erkek n=27 (%90,0)	Homisid girişimi olan şizofreni tanılı hasta grubu: 41,46±13,1 Homisid girişimi olan şizofreni tanılı hasta grubu: 37,61±11,7 Sağlıklı kontrol grubu: 37,61±11,7	SCID-I ÇÖYÖ BPRS	Homisid girişimi olan şizofreni hastaları ile homisid girişimi olmayan şizofreni hastaları arasında anlamlı farklılıklar saptanamamıştır
Gürkan vd., 2019 Türkiye	Vaka-kontrol	Toplam: 120	Adli kaydı bulunan şizofreni tanılı	PANNS PCL-R BWSÖ	Adli kaydı olan şizofreni grubunun (39.9±8.5) yaş

Çizelge 1.1. Devam

		Adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hasta grubu: 60, Kadın n=5 (%8,3), Erkek n=55 (%91,7) Adli kaydı bulunmayan şizofreni tanılı hasta grubu: 60, Kadın n=7 (%11,7), Erkek n=53 (%88,3)	hasta grubu: 39.9±8.5 Adli kaydı bulunmayan şizofreni tanılı hasta grubu: 35,4±9,5		ortalaması adli kaydı olmayan şizofreni grubuna (35.4±9.5) göre anlamlı olarak daha yüksek Adli kaydı olan şizofreni grubunda (n=23 %38,3), adli kaydı olmayan gruba göre (n=13 %21,7) kendine zarar verme varlığı açısından anlamlı olarak daha yüksek
Çevik vd., 2019 Türkiye	Vaka-kontrol	Toplam: 202 Adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hasta grubu: 97 (%48,0) (Tamamı erkek) Adli kaydı bulunmayan şizofreni tanılı hasta grubu: 105 (%52,0) (Tamamı erkek)	Adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hasta grubu: 42,48±11,19 Adli kaydı bulunmayan şizofreni tanılı hasta grubu: 38,40±11,16	Sosyodemografik	Adli kaydı olan şizofreni grubunun (42.48±11.19) yaş ortalamaları adli kaydı olmayan şizofreni grubuna (38.40±11.16) göre anlamlı olarak daha yüksek Adli kaydı olan şizofreni grubunda (n:60 %42.9) ilçede doğanların sayısı, adli kaydı olmayan (n:80 %57,1) gruba göre anlamlı olarak daha düşük Adli kaydı bulunan şizofreni grubu (n:20 %66,7) boşanmış olma durumu bakımından adli kaydı

Çizelge 1.1. Devam

					bulunmayan (n:10 %33,3) gruba göre anlamli olarak daha yüksek sayiya sahip
Setlaba vd., 2020 Güney Afrika	Tanımlayıcı	Toplam: 110 (Tamamı adli kaydı bulunan ve şizofreni tanılı hastalar), Kadın n=2 (%1,8), Erkek n=108 (%98,2)	En fazla 26- 35 yaş arasındaki hastalar: %53,6	Sosyodemografik, klinik ve sosyal özellikler	Adli kaydı bulunan şizofreni hastalarının %98,2'si erkek ve %90,8'i bekar Adli kaydı bulunanların %64,6'sı çalışmazken aynı zamanda iş bulma kaygısı da yok Adli kaydı bulunan şizofreni hastalarında %38,2 ile en fazla olan suç türü saldırı
Wang vd., 2020 Kanada	Vaka- Kontrol	Toplam: 275 Şiddet eylemi gösteren şizofreni tanılı hastalar: 103 (%37,4), Kadın n=22 (%21,4), Erkek n=81 (%78,6) Şiddet eylemi göstermeyen şizofreni tanılı hastalar: 172 (%63,0), Kadın n=56 (%32,6), Erkek n=116 (%67,4)	Şiddet eylemi gösteren şizofreni tanılı hastalar: 44,82 ± 12,95 Şiddet eylemi göstermeyen şizofreni tanılı hastalar: 38,54±12,83	MOAS SCID-I C-SSRS CTQ NEO-FFI	Şiddet eylemi gösteren şizofreni tanılı hastaların (44,82 ± 12,95) yaş ortalaması şiddet eylemi göstermeyen şizofreni tanılı hastaların (38,54 ± 12,83) yaş ortalamasından anlamli olarak daha yüksek Hastaneye yatış sayısı beşten fazla olanların oranı şiddet eylemi gösteren şizofreni tanılı hasta grubunda (n:52,%50,0) şiddet eylemi

Çizelge 1.1. Devam

					göstermeyen gruba (n:49, %28,0) göre anlamlı olarak daha yüksek Çocuklukta fiziksel ihmal puan ortalaması şiddet eylemi gösteren şizofreni tanılı hasta grubunda ($9,27 \pm 3,80$) şiddet eylemi göstermeyen gruba ($8,31 \pm 3,75$) göre anlamlı olarak daha yüksek
Li vd., 2020 13 çalışma	Meta-analiz	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş		Şizofreni hastalarında genel saldırganlık havuzlanmış prevelansı %33,3 Şizofreni hastalarında sözel saldırganlık havuzlanmış prevelansı %42,6 Şizofreni hastalarında mülke yönelik saldırganlık havuzlanmış prevelansı %23,8 Şizofreni hastalarında kendine yönelik saldırganlık havuzlanmış prevelansı %23,5

Çizelge 1.1. Devam

					Şizofreni hastalarında başkalarına yönelik saldırganlık havuzlanmış prevelansı %23,7
Kaya vd., 2023 Türkiye	Vaka-Kontrol	Toplam: 113 Adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hasta grubu: 57 (Tamamı erkek) Adli kaydı bulunmayan şizofreni tanılı hasta grubu: 56 (Tamamı erkek)	Adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hasta grubu: $39,0 \pm 9,7$ Adli kaydı bulunmayan şizofreni tanılı hasta grubu: $41,2 \pm 10,7$	BWSÖ BIS-11 PANNS KPDÖ	Adli kaydı bulunmayan şizofreni grubundaki (n:43, %76,8) bekarların oranı adli kaydı bulunan gruba göre (n:33, %57,9) anlamlı olarak yüksek Adli kaydı olan grupta (n:30, %52,6) ebeveyni ayrı olanların oranı adli kaydı bulunmayan gruba göre (n:2, %3,6) anlamlı olarak yüksek Adli kaydı bulunan şizofreni grubunda (n:7, %12,3) madde kullanım oranı, adli kaydı bulunmayan gruptan (n:0) anlamlı olarak daha yüksek Adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hastalarda ($20,2 \pm 10,2$) fiziksel saldırganlık puan ortalaması adli kaydı bulunmayan gruba göre

Çizelge 1.1. Devam

					(15,9±6,3) anlamli olarak daha yüksek Adli kaydı bulunan şizofreni tanıli hastalarda (85,4±37,3) genel saldırganlık puan ortalaması adli kayı bulunmayan gruba göre (73,9±20,3) anlamli olarak daha yüksek Adli kaydı bulunan şizofreni tanıli hastalarda (31,0±7,6) plan yapmama puan ortalaması adli kayı bulunmayan gruba göre (26,7±6,5) anlamli olarak daha yüksek
--	--	--	--	--	--

SAPS: Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği
SANS: Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği
OAS: Açık Agresyon Ölçeği
CDSS: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği
BIS-11: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11
Y-BOCS: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
BCIS: Beck Bilişsel İlgörü Ölçeği
SUMD: Akıl Hastalığına İlgörüsüzlük Ölçeği
PANNS: Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği
LHA*: The Life History of Aggression
TMT: İz Sürme Testi
PCL:SV: Psikopati Kontrol Listesi
HCR-20: Özgeçmiş Klinik ve Rışsk Yönetimi Ölçeği
GAF: Global İşleyiş Değerlendirmesi Ölçeği
CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği
BACS: Şizofrenide Kısa Bilişsel Değerlendirme
MCCB: MATRICS Konsensus Bilişsel Batarya
TOPF*: Test of Premorbid Functioning

SOFAS*: Social and Occupational Functioning
Assessment Scale
DUNDRUM-1: Triyaj güvenlik aracı
UPSA*: UCSD Performance-Based Skills Assessment
MARS*: Maryland Assessment of Recovery in Severe
Mental Illness
PANAS: Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği
SCID-I: DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için
Yapılandırılmış Klinik Görüşme
ÇÖYÖ: Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği
BPRS: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği
PCL-R: Psikopati Değerlendirme Ölçeği-Revize
BWSÖ: Buss-Waren Saldırganlık Ölçeği
MOAS: Değiştirilmiş Açık Saldırganlık Ölçeği
C-SSRS: Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme
Ölçeği
CTQ: Çocukluk Çağı Travmaları Anketi
NEO-FFI: Neo 5 Faktörlü Kişilik Envanteri

*Bu ölçeğin Türkçe çevirisi bulunmamaktadır.

Çizelge 1.2. Şizofrenide Suç ile İlişkili Faktörlerle İlgili Yapılan Çalışmaların Özeti

Yazar, yıl, ülke	Çalışma dizaynı	Örneklem sayısı	Analiz	Düzeltilme	Suç işlemeyle ilişkili bulunan faktörler
Ekinci ve Ekinci,2013 Türkiye	Kesitsel	Toplam: 133 Adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hastalar: 47(%35,3) Adli kaydı bulunmayan şizofreni tanılı hastalar: 86(%64,7)	Lojistik regresyon		Hastalığa içgörüsü olmama Daha kötü bilişsel içgörü Sanrı belirtisinin bulunması Önceki şiddet öyküsü varlığı
Witt vd., 2013 27 ülke 110 çalışma	Meta-analiz	Toplam: 45533 Şiddet uygulayan şizofreni tanılı hastalar: 8.439(%18,5)	Meta-regresyon		Şiddete maruziyet öyküsü Evsizlik Erkek olma Düşük gelir düzeyi Geçmiş fiziksel istismar öyküsü Geçmiş cinsel istismar öyküsü Ailede suç öyküsü Ailede alkol kötüye kullanımı öyküsü Yüksek genel saldırganlık puanı Yüksek sözel saldırganlık puanı Yüksek düşmanlık puanı İçgörü eksikliği Eşlik eden antisosyal kişilik bozukluğu tanısı Yüksek dürtüsellik

Çizelge 1.2. Devam

					puanı Yüksek genel klinik belirti puanı İlaça uyumsuzluk İntihar girişimi öyküsü
Harris vd., 2014 12 çalışma	Sistematiik derleme				Düşmanca atıflar içeren düşünceler Olumsuz olayların sebebini başkasına yöneltme eğilimi
Fazel vd., 2014 İsveç	Kohort	Toplam: 24297 Adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hastalar: 8146	Lojistik regresyon	Yaş	Düşük gelir düzeyi Göç Alkol-madde kullanım bozuklukları Ceza gerektiren davranış öyküsü Ailede alkol ve madde kullanımı Ailede suç öyküsü Kendine zarar verme Düşük zeka düzeyi
Fleischman vd., 2014 İsrail	Vaka- Kontrol	Toplam: 3187 Adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hastalar: 656 (%20,6)	Lojistik regresyon		Erkek olma Madde kullanım bozukluğu 4'ten fazla hastaneye yatış Ailede suç öyküsü İntihar girişimi öyküsü 1.derece yakınlarında şizofreni görülme durumu
Iozzino vd., 2015 12 ülke 35 çalışma	Meta-analiz	Toplam: 23972 Şiddet eylemi gerçekleştiren	Meta- regresyon		Alkol kullanım bozukluğu öyküsü Yaşam boyu şiddet öyküsü

Çizelge 1.2. Devam

		şizofreni tanımlı hastalar: %17,0			Erkek olma Madde kötüye kullanım öyküsü
Sarıslan vd., 2016 İsveç	Vaka-Kontrol	Toplam: 2448595 Şizofreni: 10265 (%0,3), Bipolar affektif bozukluk: 12627 (%0,4), sağlıklı kontrol: 2425703 (%75,1) Şiddet eylemi gerçekleştiren şizofreni tanımlı hastalar: 2383 (%23,2)	Lojistik regresyon		Stresli yaşam olayları Kendine zarar verme Travmatik beyin hasarı ve kasıtsız yaralanmalar
Černý vd., 2018 Çek Cumhuriyeti	Vaka-Kontrol	Toplam: 316 Herhangi bir fiziksel saldırıda bulunan ve psikotik bozukluk tanısı alan hasta grubu: 64(%80,4), Kadın (n=25, %38,5), Erkek (n=39, %41,9)	Lojistik regresyon	Yaş, cinsiyet	Yaş Çalışma durumu Çocuklukta kötü muamele Fiziksel mağduriyet
Kirchebner vd., 2020 İsviçre	Kesitsel	Toplam: 370 (Tamamı adli kaydı bulunan ve şizofreni tanımlı hastalar), Kadın: 31(%7,4), Erkek: 339 (%91,6)	Makine öğrenmesi		Stresli yaşam olayları Stres faktörlerinin sayısı
Whiting vd., 2022 15 ülke 24 çalışma	Meta-analiz	Belirtilmemiş	Meta-regresyon		Madde kötüye kullanımı
Buizza vd., 2022 13 ülke 27 çalışma	Meta-analiz	Toplam: 1702	Meta-regresyon		Pozitif ve negatif belirtiler

1.3.1. Şizofrenide Adli Nitelikli Eylemleri Gerçekleştirmeye Yönelik Risk Faktörleri

Şizofreni tanılı hastalar, hastalığın getirdiği yıkımlar yüzünden yaşamları boyunca çeşitli güçlükler ve damgalanmalar yaşamaktadır. Suç eyleminin sonucu olarak adli sorunlarla da baş etmeye çalışmaktadırlar. Bu durumun getirmiş olduğu yük ve sorumluluk tedavi süreçlerinde olumsuz etkiler yaratırken, aynı zamanda toplumdan daha da dışlanmalarına sebebiyet vermektedir (Adil vd., 2022). Aynı zamanda hem hasta bireyin aile üyeleri hem de toplumdaki diğer bireyler, şizofreni hastalarındaki öngörülemeyen şiddet riskleri sebebiyle zaman zaman yaşamsal tehditler ile karşı karşıya gelebilmektedirler (Varshney vd., 2016). Tüm bu olumsuz sonuçların artış göstermesiyle birlikte, çalışmalar suç olgularının yaşanmasının önüne geçilmesine ve engellenmesine odaklanmıştır. Bu konuda atılabilecek en iyi adım, şizofreni hastalarında kriminal davranışların sergilenmesine yönelik yordayıcı etkiye sahip olan faktörlerin açıklanmasıdır. Bu faktörlerin iyi bilinmesiyle birlikte, hastaneye başvuran hastaların şiddet ve saldırganlık riskleri belirlenebilmekte ve buna yönelik tedavi tutumlarının oluşturulmasına katkı sağlanmaktadır (Whiting vd., 2022).

1.3.1.1. Sosyodemografik Faktörler

Toplum çalışmalarında erken yaşlar ile suç ilişkisinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Blonigen, 2010; Fabio vd., 2011; Le Blanc, 2020). Benzer şekilde şizofreni hastalarında da ilerleyen yaşın şiddet davranışlarında azaltıcı bir etkisinin bulunduğu bildirilmiştir (Sacchetti vd., 2018). Yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, şiddet eylemi gerçekleştiren psikoza olan hasta grubu (yaş ortalaması=29,4±10,3), şiddet eylemi göstermeyen psikoza olan hasta grubundan (yaş ortalaması=32,1±10,3) daha genç bulunmuştur (OR=0,97, %95 CI=0,95-0,99, p=0,02) (Coid vd., 2013). Şizofreni hastalarında şiddetin ve kriminal davranışın ortaya çıkmasında rol oynayan diğer risk faktörleri erkek cinsiyet ve bekar olma durumlarıdır (Meng vd., 2018) ve toplumsal çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir (Lochner, 2020; Yıldırım, 2014). Ancak erkek olma durumunun risk faktörü olduğunu bildiren çalışmaların aksine, yapılan bir meta-analiz çalışmasında psikoza olan erkeklerin suç işleme riski odds oranı (OR) 2,42 (%95 CI=1,63–3,59, p<0,001) bulunurken, psikoza olan kadınlarda bu oranın 2,81 (%95 CI =2,11–3,76, p<0,001) olduğu görülmüştür ve iki cinsiyet grubu arasında olasılık oranları bakımından anlamlı bir fark elde edilememiştir (p=0,55) (Yee vd., 2020). Fleischman ve arkadaşları da yaptıkları çalışmasında, şiddet içeren bir suç işleyen şizofreni hastaları ile kontrol grubu karşılaştırıldığında, kadınların

(OR=9,9, 95% CI=6,2–15,7) erkeklere (OR=4,2, 95% CI=3,7–4,9) göre şiddet içeren bir suç işleme riskini daha yüksek bulmuştur (Fleischman vd., 2014).

Eğitim seviyesindeki düşüklük ve aile desteği yetersizlikler genel toplumda ve şizofreni tanılı bireylerde suçun yordayıcı faktörlerindendir (Barbosa vd., 2019; Labella ve Masten, 2018; Maneeton vd., 2019; Uğurlu vd., 2020). Ancak, Refaat ve arkadaşları yüksek eğitim seviyesi ile saldırganlık arasında pozitif bir ilişki bulmuşlardır (Refaat vd., 2017). Ayrıca şizofreni hastalarında, yalnız yaşama durumunun suç işleme ile ilişkili olduğu bulunmuştur ve suç işleyen şizofreni hastalarının %86,7'sinin yalnız yaşadığı görülmüştür (Albarbari vd., 2021). Adli olgu olmayan şizofreni hastalarında da işsizlik oranları genel topluma kıyasla daha yüksek olduğu bilinirken, aynı şekilde adli olan olgularda da işsizlik oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Takeda vd., 2019). Oueslati ve arkadaşları, suç işleyen şizofreni hastalarının %68,0'inin düşük sosyoekonomik seviyeye sahip olduğunu ve %58,0'inin işsiz olduğunu bulurken, aynı zamanda suç işlemeyen şizofreni hastalarının %42,0'sinin düşük sosyoekonomik düzeye sahip olduğunu ve işsiz olanların oranının %37,0 olduğunu bildirmişlerdir (Oueslati vd., 2018). Coid ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, şiddet eyleminde bulunan ve bulunmayan psikoza olan hastalar arasında çalışma durumu ve sosyoekonomik seviye bakımından anlamlı bir fark bulunamamıştır (Coid vd., 2013).

Bunun yanı sıra, barınma konusunda yaşanan güçlükler de suç davranışı riskini arttırmaktadır ve bu ilişki, barınma güçlüğünde görülen sağlık sistemlerine erişimde zorlanma ve kötü yaşam koşulları ile açıklanabilmektedir (Nilsson vd., 2020). Golenkov ve arkadaşları, kırsal bölgede yaşama ile şizofreni hastalarında tekrarlayan suç davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır ($p<0,001$) (Golenkov vd., 2013). Göçün tek başına kriminal olaylarla yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir (Nyamathi vd., 2017) ve bu etkiyi toplumun her kesiminde görmek mümkündür (Adamson, 2020; Witt vd., 2013). Bu iki ilişki göz önüne alındığında, kriminal davranış, göç ve şizofreni üçgeninde bazı etkileşimlerin olabileceği varsayımında bulunabilmek mümkündür (He vd., 2022). Ancak göçmen olan ve göçmen olmayan hastalar arasında suç davranışı belirgin bir farklılık göstermemekle birlikte, göçmen olanlar daha çok mala yönelik suç davranışları sergilerken, göçmen olmayan grup ise insana karşı suç davranışları sergilemektedir (He vd., 2022). Suç işleyen ve işlemeyen hastalarda göç etme durumunun benzerlik göstermesinin yanı sıra, bazı çalışmalarda da genel nüfusla karşılaştırıldığında göçmen hastaların adli psikiyatri servislerine yatış riskinin daha fazla

olduğu bulunmuştur. Bu nedenle göçmen olma durumu, şizofreni ve şiddet riski ilişkisinin belirsizliğini korumaya devam ettiği bildirilmiştir (Kirchebner vd., 2023).

1.3.1.2. Klinik Özellikler

Şizofreni tanılı hastalarda saldırganlık, şiddet ve suç davranışı ile ilişkili klinik risk faktörleri çeşitlilik göstermektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda, hastalığın erken başlangıç yaşının söz konusu risk faktörlerinden biri olduğu bulunmuştur ve erken dönem başlangıçlı şizofrenisi olan bireylerde, düşük sosyoekonomik statüye, sosyal izolasyona ve suça yönelim riskine yüksek bir yakınlık olduğu gözlenmiştir (Özgen Hergül, 2022).

Yapılan çalışmalar, şizofreni hastalarında görülen şiddet içeren suç davranışı ile intihar düşüncesinin (OR=1,6, %95 CI=1,3–1,9) yanı sıra, dörtten fazla hastane yatış sayısının da (OR=2,9, %95 CI=2,4–3,6) yakından ilişkili olduğunu bildirilmiştir (Fleischman vd., 2014). Ancak Witt ve arkadaşları, şizofreni hastası erkek ve kadınlarda şiddet davranışları ile intihar düşüncesi arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı, bunun aksine intihar tehdidi ve intihar girişimi ile şiddet davranışı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu belirtmişlerdir (Erkek için intihar tehdidi: OR=3,8, %95 CI=2,4-6,0 ve intihar girişimi: OR=2,8, %95 CI=1,5-5,4; Kadın için intihar tehdidi: OR=9,4, %95 CI=4,0-21,6 ve intihar girişimi: OR=4,4, %95 CI=1,5-12,7) (Witt vd., 2014).

Aynı zamanda, tedavi ve ilaç uyumsuzluğu, belirtilerin şiddetlenmesine ve potansiyel olarak suça yönelik davranışların artmasına neden olabilmektedir (Rund, 2018). Şiddet içeren davranışlar sergileyen şizofreni hastalarının, sergilemeyenlere göre ilaç ve tedaviye uyumu 4 kat daha kötü olduğu bulunmuştur (OR=4,96, %95 CI=1,79–13,72) (Long vd., 2022).

Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, saldırgan davranışlar sergileyen şizofreni hastalarının %42,1’inde saldırgan davranış öyküsünün bulunduğu bildirilmiştir (Zhou vd., 2016). Ancak şizofreni hastalarında suç riski öngörüsünde, mevcut suç öyküsünün hangi tür olduğundan çok, hastanın şiddet davranışına eğiliminin belirlenmesi daha önemlidir. Suç ile ilişkili risk faktörleri arasında gösterilen mükerrer suç davranışı, klinik uygulamada bireysel anlamda farklılıklar gösterebilmektedir. Bu nedenle, benzer suç davranışlarının kesin olarak tekrarlılık göstereceği algısı yanıltıcı sonuçlar doğurabilmektedir. Bu anlayış, 2014 yılında Golenkov ve arkadaşları tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasının, şizofreni hastalarında

tekerrür eden cinayet suçlarının oranının çok düşük olduğu bulgusu ile desteklenmektedir (Golenkov vd., 2014).

Bazı çalışmalar genetiğin saldırgan davranışların %50,0'sinden sorumlu olduğunu bildirmiştir ve buna bağlı olarak da şizofreni hastalarında görülen bu tür davranışların genetik kökenli olabileceği düşünülmüştür (Cho vd., 2019). Şiddet davranışı gösteren şizofreni tanılı hastaların ailelerinde suç işleme davranışlarının görülmesi bu görüşü destekler niteliktedir (Aras, 2014). Bu nedenle şizofreni hastalarında görülen suç davranışlarının risk faktörleri arasında, ailede şiddet davranışlarının görülmesi de gösterilmektedir (OR=2,4, %95 CI=1,9–3,0) (Fleischman vd., 2014). Bunun yanı sıra, suç işlemiş şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada, şiddet içeren suç işlemiş şizofreni hastalarının ailesinde şizofreni hastalığı görülme oranı %30,8 bulunmuştur ve bu oran şiddet içermeyen suç işleyen şizofreni hastalarında %25,1 olarak belirlenmiştir (OR=1,3, %95 CI=1,1–1,7) (Fleischman vd., 2014). Bu nedenle adli olgu olarak karşımıza çıkan şizofreni hastaları değerlendirilirken, ailelerindeki ruhsal bozukluk öykülerinin araştırılması bir diğer önemli husus olarak karşımıza çıkmaktadır.

Şizofreniye eşlik eden alkol/madde kullanım bozukluğu, hastalarda şiddet davranışı riskini arttırmaktadır (Cho vd., 2019). Brown ve arkadaşları, adli psikiyatri hastalarında şiddet davranışlarının yanı sıra kendine zarar verme davranışlarının da yaygın olarak gözlemlendiği ve bu iki durum için geçerli olan risk faktörlerinin şizofreni ve madde kötüye kullanımı olduğunu belirtmişlerdir (Brown vd., 2019). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, alkol ve madde kullanım bozukluğunun eşlik ettiği şizofreni hastalarındaki şiddet davranışı, alkol ve madde kullanım bozukluğu olmayan şizofreni hastalarına göre yüksek bulunmuştur (Aras, 2014). Ancak, yapılan bir meta-analiz çalışmasının bulguları, şizofreniye eşlik eden alkol/madde kötüye kullanımının şiddet içeren davranışlar üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığını ortaya koymuştur (Brown vd., 2019).

Bunlara ek olarak, olumsuz ve stresli yaşam olayları da şizofreni hastalarında şiddet riskini arttırmaktadır (Witt vd., 2015). Ayrıca bazı çalışmalar tarafından, pozitif belirtilerin şiddet davranışı ile ilişkisini doğrusal orantılı olarak belirtilirken (Gu vd., 2023), negatif belirtilerle olan ilişkiyi ters orantılı olduğu ve bu semptomların şiddet davranışı üzerinde azaltıcı bir etkisinin bulunduğu ifade edilmiştir (Ullrich vd., 2018). İşitsel halüsinasyonların, şiddet riski üzerinde sanrılara göre daha fazla artırıcı etkisinin bulunduğu çalışmalar tarafından bildirilmiştir ve bu ilişki, hastanın uyaranlar sonucu artan strese karşı verilen tepkisi ile açıklanmaktadır (Sandi ve Haller, 2015). Yapılan başka bir çalışmada ise, sanrılara bağlı

olarak gelişen depresif duygulanım, hem hafif (OR=0,37, %95 CI=0,23-0,60, $p<0,001$) hem de ciddi şiddet (OR=0,45, %95 CI=0,24-0,87, $p<0,05$) ile anlamlı bir ters ilişki göstermiştir (Coid vd., 2013).

Şiddet davranışı gösteren şizofreni hastalarının göstermeyenlere göre, nörobilişsel ve sosyal bilişsel yeteneklerinin daha kötü olduğu bildirilmiştir (O'Reilly vd., 2015). Bireyleri stresli olaylara karşı dayanıklı hale getiren en önemli bilişsel aktivitelerin, öğrenme ve mantıksal düşünme yetilerinin olduğu bildirilmektedir (Hsu ve Ouyang, 2021). Bununla ilgili olarak da, O'Reilly ve arkadaşları şiddet davranışları sergileyen şizofreni hastalarının daha kötü sözel öğrenme yeteneklerine sahip olduklarını tespit etmişlerdir (OR=0,92, %95 CI=0,25-1,59, $p=0,007$) (O'Reilly vd., 2015).

Yapılan çalışmalar şiddet riski ile kişilik bozukluğu arasında güçlü bir ilişki olduğunu bulmuşlardır (Simonsen vd., 2021). Golenkov ve arkadaşları, tekrarlayan suç davranışı olan şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmasında, asosyal kişilik özellikleri ile suç tekrarının ilişkili olduğunu gösteren bulgular elde etmiştir (Golenkov vd., 2013).

Wu ve arkadaşlarının yaptıkları epidemiyolojik araştırmada, şizofreni hastalarında ek olarak görülen fiziksel hastalıkların (stres ve kaygı oluşturarak) saldırgan davranış göstermeyle ilişkisi olduğu bulunmuştur (Wu vd., 2018). Ancak Kirchebner ve arkadaşlarının çalışmasında, suç işlemeyen şizofreni hastalarında ek bir fiziksel hastalığın görülme oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiş ve bu durum suç işlemeyen hastaların psikiyatri dışındaki diğer sağlık hizmeti uzmanlarına başvurma ihtimallerinin daha yüksek olabilmesi ile açıklanmıştır (Kirchebner vd., 2023).

1.3.1.3. İçgörü

Gerçeği değerlendirme becerisi olarak ifade edilen içgörü kavramı, özellikle nevroz ile psikoz ayırımında göz önünde bulundurulmalıdır (Aslan ve Altınöz, 2010). İçgörü en yaygın tanımıyla bireyin hastalığının ve buna bağlı belirti ve sonuçlarının farkında olmasının yanı sıra, tedavi gereksinimini olduğunu da kabul etmesi olarak belirtilmektedir (Fıstıkçı vd., 2016). İçgörünün değerlendirmesi de tanımıyla uyumlu olarak kategorik bir şekilde yapılmaktadır. Hastaların içgörüsü hem hastalığın hem belirtilerin hem de tedavinin farkında olup olmadığı değerlendirilerek ortaya koyulmaktadır (Wiffen vd., 2010). Daha çok psikotik bozukluğu olan hastalarda araştırılan bir kavram olsa da, günümüz çalışmalarında diğer ruhsal

bozukluklarla da ilişkisi olduğu savunulmuş ve her hastalığın klinik değerlendirmesi içerisinde yer alması gerektiği görüşü öne sürülmüştür (Konstantakopoulos, 2019). Önceki araştırmalarda içgörünün, nörobilişsel süreçlerle ilişki içerisinde olduğu, ancak bu ilişkinin zayıf olması sebebiyle farklı açılardan da değerlendirilmesinin önemi ortaya koyulmuştur (Nair vd., 2014). Çalışmalar, içgörünün sosyal bilişsel süreçler ve zihin kuramıyla ilişkisi üzerinde yoğunlaşmaktadır (Konstantakopoulos vd., 2014).

Şizofreni hastalarında belirgin olarak görüldüğü bildirilen semptomlardan birisi de içgörü eksikliğidir (Lien vd., 2016). Şizofreni hastalarında içgörü eksikliğinin görülme oranı %50,0-80,0 arasında olduğu bildirilmiştir (Joseph vd., 2015). Hastalarda eşlik eden depresyon ile birlikte ortaya çıkan umutsuzluk duygusu ile hastalarda görülen içgörü eksikliği yakından ilişkilendirilmiştir (Belvederi vd., 2015; Cavelti vd., 2014). Şizofreni hastalarında ilaç ve tedaviye uyumsuzluk oranlarının yüksek olduğu ve özellikle suç işlemiş şizofreni hastalarında bu uyumun suç işlemeyenlere göre daha kötü olduğu bildirilmiştir. Bu durum hem suç işlemiş hem de işlememiş şizofreni hastalarında, hastalığın sonuçlarına ve tedaviye ihtiyaçlarına yönelik içgörü eksikliğinden kaynaklanabileceği belirtilmiştir (Kirchebner vd., 2023). Ekinci ve Ekinci'nin yaptığı çalışmasında, şiddet davranışı gösteren şizofreni tanılı hastalarda içgörünün şiddet davranışı göstermeyenlere göre daha kötü olduğunu, bu nedenle içgörü eksikliğinin şizofreni tanılı hastalarda şiddet davranışını öngören faktörlerden biri olduğunu belirtmişlerdir (Ekinci ve Ekinci, 2013). İçgörü eksikliği ile birlikte oluşan tedaviye uyumsuzluk hastalığa ilişkin atakların yaşanmasına yol açmakta ve dolaylı olarak hastalarda şiddet davranışları görülebilmektedir (Czobor vd., 2013, Kirchebner vd., 2023).

1.3.1.4. Zeka

Zeka düzeyi, bireylerin sosyal etkileşimlerine, kişiler arası iletişimlerine, problem çözme becerilerine, zihinsel süreçlerine, kısacası yaşamın her noktasına etki eden bir unsur olarak karşımıza çıkmakta ve ruhsal bozukluklara yatkınlık oluşturma açısından da önem arz etmektedir (Bilge vd., 2018). Zeka, eğitim ve sosyoekonomik başarıda belirleyici bir faktör olduğu kadar, genel sağlık üzerinde de aynı rolü oynamaktadır (Calvin vd., 2017).

Karpinski vd. (2018) yüksek zeka düzeyinin de ruhsal bozukluklar için bir risk faktörü olduğunu bildirmiştir. Ancak Williams vd. (2022) böyle bir ilişkinin bulunmadığını belirtmişlerdir. Görmez ve Kırkpınar'ın (2017) çalışmalarında, zeka geriliği bulunan 151

bireyde şizofreni görülme oranını %3,9 olarak bulmuşlar ve bu değerin genel toplumdaki görülme oranından yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Zeka düzeyi düşük olan bireylerin, genel toplumla karşılaştırıldığında daha fazla şiddet içerikli davranışlar gösterme eğiliminde oldukları bildirilmiştir (Fogden vd., 2016). Ayrıca, zekanın davranış sorunlarıyla olan yakın ilişkisi sebebiyle, düşük zeka düzeyine sahip bireylerde oluşabilecek saldırgan ve şiddet davranışları hakkında öngörülerde bulunabilmenin mümkün olduğu belirtilmiştir (Keyes vd., 2017). Ülkemizde yapılan bir çalışmada Türk Ceza Kanunu (TCK) 32. Madde kapsamında değerlendirilen olguların %16,2'sinin zeka geriliğine sahip olduğu, %3,1'inin ise hem şizofreni hem de zeka geriliğine sahip olduğu görülmüştür (Çöpoğlu vd., 2014). Başka bir çalışmada ise, yine TCK 32. Madde kapsamında değerlendirilen olguların içerisinde zeka geriliğine sahip olanların oranı %13,0 (Bolu vd., 2014) olarak bulunmuştur. Adli olgularla yapılan bir çalışmada, zorunlu yatışı yapılan ve zeka geriliği tanısı olan bireylerde erkek cinsiyet (%69,0) ve bekar olmak (%57,7) ile 8 yıl ve altı eğitime sahip olmak (%96,2) risk faktörleri olarak belirlenmiştir (Koç vd., 2022). Bir başka araştırmada düşük zekanın suç için bir risk faktörü olduğu, zeka ile suç arasındaki ilişkinin psikoz, anksiyete, depresyon, kişilik bozuklukları ve madde ile suç arasındaki ilişkiden daha güçlü olduğu bildirilmiştir (Moberg vd., 2015). Şizofreni ve zeka geriliğinin bir arada görülmesi ile birlikte, bireylerde dürtü kontrol bozuklukları ortaya çıkmakta ve suç davranışı riski ortaya çıkmaktadır (Soysal, 2015). Dahası, şizofreninin ve düşük zeka düzeyinin birlikte olması iletişim sorunlarına ve bilişsel bozulmalara neden olarak şiddet davranışıyla ilgili bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır (Araten-Bergman ve Bigby, 2020).

1.3.1.5. Aleksitimi

Duygular, bireyler arası iletişimin sağlıklı olarak sürdürülebilmesini mümkün kılarken, aynı zamanda bireysel olarak hayatın anlamının ve amacının belirlenmesinde anahtar görevi görmektedir. Sağlıklı bir yaşam sürdürülebilmesi için duyguları etkin yaşamaya ek olarak, bu duyguların tanımlanabilmesi ve ifade edilebilmesi de önemli bir rol oynamaktadır (Aşık ve Barlas, 2016). Aleksitimi, duyguları tanıma ve ifade etmedeki güçlük ve aynı zamanda hayal etme yeteneğinin kaybolmuş olması durumu olarak tanımlanmaktadır (Kinnaird vd., 2019). Alan yazında en yaygın olarak kullanılan Toronto Modeli aleksitimi, birbiriyle bağlantılı olan dört bileşen ile açıklamaktadır. Bu bileşenler, duyguları tanımadaki ve ifade etmedeki güçlük, kendinden çok çevresindeki ayrıntılara odaklanma eğilimindeki artış olarak tanımlanan dışa vuruk düşünce ve son olarak hayal kurmada zorluk şeklinde

sıralanmaktadır (Preece vd., 2017). Bu tanımlama ile paralel olarak, aleksitimi iki boyutlu bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu boyutlardan birisi, tanıyamama anlamına gelen *agnozi*, bir diğeri de ifade edememe anlamı taşıyan *anomidir* (Taylor vd., 2016).

Aleksitimi kavramı ilk ortaya çıktığı zamanlarda yalnızca psikosomatik hastalarda görülen bir durum olarak tanımlanmış, ancak yıllar içinde yapılan çalışmalarla sağlıklı ve diğer ruhsal ve fiziksel hastalıklara sahip bireylerde de görüldüğü ortaya koyulmuştur (Gaggero vd., 2020). Aleksitiminin fiziksel hastalıklarla ilişkisini araştıran çalışmalarda, özellikle dermatolojik, kardiyovasküler ve gastrointestinal sistem bozuklukların etkenleri psikolojik çerçevede ele alındığında aleksitiminin önemli bir role sahip olduğu görülmüştür (Myles ve Merlo, 2021). Ayrıca depresyon, şizofreni, yeme bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, duygudurum bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, madde kullanım bozukluğu ve kendine zarar verme ve intihar eğilimleri gibi klinik durumlarla da ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Gaggero vd., 2020; Veirman vd., 2021). Aleksitiminin tedavi süreç ve sonuçlarını yakından etkileyen bir kavram olması nedeniyle, klinisyenlerin aleksitimi varlığını sorgulamasıyla birlikte, bireylerin terapötik süreçlerinin en hızlı ve etkili şekilde sürdürülmesine katkı sağlayabilmektedir (Şaşıoğlu vd., 2014).

Aleksitimi gelişimini etkileyen faktörleri araştıran çalışmalarda, çocukluk ve yetişkinlik travmalarına odaklanılmıştır. Düşük aleksitimi puanlarına sahip olan bireylerde, aleksitimi ile çocukluk duygularının ebeveynler tarafından görmezden gelinmesi sorunları ilişkilendirilirken; yüksek aleksitimi puanlarına sahip olan bireylerde ihmal, fiziksel ve cinsel istismar ile doğal afetlere maruz kalma gibi yıkıcı etkisi büyük travmalarla bağdaştırılmıştır (Taylor vd., 2016). Bunun yanı sıra yapılan çalışmalarla aleksitimisi olan bireylerin olmayanlara göre daha zayıf sosyal destek mekanizmasına sahip oldukları bulunmuştur (Foran ve O'Leary, 2013). Aleksitimisi olan bireylerde duyguları aktarmada güçlükler yaşandığı için, somatik belirtilerin ifade edilmesinde artışlar gözlenmekte ve bu durum duyguları dile getirebilmenin bir yolu olarak kabul görmektedir (İzci, 2016). Aleksitimi ile eğitim düzeyinin de ilişkili olduğu ve eğitim seviyesi arttıkça aleksitiminin azaldığı ortaya koyulmuştur (Temiz, 2018). Çalışmalar aleksitiminin, duyguları anlama, ifade etme ve irdeleme becerisini tanımlayan bilişsel boyut ile duygusal anlamda uyarılma ve hayal kurma becerisini ifade eden duygusal boyut olmak üzere iki farklı yapıda ele alınmasını gerekliliğini belirtmişlerdir (van der Velde vd., 2015). Bu bilgiler ışığında, Tip I aleksitimi, duygusal becerilerde bozulmaya ek olarak, bilişsel işlevlerde meydana gelen eksikliklerle karakterize edilirken; Tip II aleksitimi

ise, duygusal becerilerin bozulmadan kaldığı, ancak bilişsel alanda görülen bozulmalarla ilişkilidir (van der Velde vd., 2015).

Aleksitiminin sadece ruhsal veya somatik hastalıklarda görülmediği, herhangi bir hastalık eşlik etmeden de sağlıklı bireylerde görülebildiği çalışmalar tarafından belirtilmiştir (Donges ve Suslow, 2015). Ancak, aleksitiminin şizofreni tanılı hastalarda, sağlıklı bireylere göre daha yaygındır ve bu durum sosyal işlevsellik sorunlarına yol açmaktadır (Kimhy vd., 2016). Picardi vd. (2012) çalışmalarında, aleksitimi puanlarının psikotik bozuklukların atak ve remisyon dönemlerinde benzer olduğu görülmüş ve böylelikle aleksitiminin şizofreniden bağımsız olarak bireylerde bir kişilik özelliği şeklinde var olabildiği yorumu yapılmıştır. Ospina vd. (2019) şizofreni hastalarıyla yaptıkları çalışmalarında, duyguları tanıma ve ifade etmede sağlıklı kontrollere göre daha kötü olduklarını bildirmişlerdir. Ayrıca, Usta vd. (2015) çalışmalarında, aleksitiminin şizofreni hastalarının yaşam kalite düzeylerine olumsuz etkilerinin bulunduğu görülmüştür.

Duygulanımda yaşanan düzensizlik ve bozukluklar, şiddet içerikli davranışlarla sonuçlanabilmektedir (Robertson vd., 2012). Duygulanımda görülen bu problemler, aleksitimi ve saldırganlık ilişkisini açıklamakta etkili görülmektedir. Ayrıca aleksitimi varlığı ile dürtüsellikte artışlar görülebilen, bunun yanı sıra emosyonel düzensizlikler de yaşanabilmektedir (Ahmed vd., 2018; Ogrodniczuk vd., 2011). Ayrıca yapılan çalışmalarla birlikte aleksitimi ile empati eksikliği arasında bir ilişki tespit edilmiştir (Grynberg vd., 2010). Aleksitimiyle birlikte hastalar yoğun stres ve öfke yaşayarak şiddete başvurabilmektedir (Ünüböl vd., 2020). Chung vd. (2016) çalışmasında, şiddet içerikli davranışlar sergileyen bireylerin, olayları sözel olarak ifade etme güçlüğü yaşamalarının yanı sıra, hayal kurmada ve duygu ve düşüncelerini söze dökmede de zorluklar yaşandığı belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada, aleksitiminin psikiyatrik belirtilerin şiddetinin artmasına ve travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin sürdürülmesine katkıda bulunduğu, dolayısıyla stresin şiddetinin artmasına ve suç davranışlarının ortaya çıkmasına sebebiyet verdiği bildirilmiştir (Chung vd., 2016). Aleksitimi araştırmalarında önemli bir yere sahip olan Sifneos (2000) bir makalesinde faillerin özellikle işledikleri suçları anlatırken, duygusal süreçlerdeki eksikliklerinin söz ve mimiklerinden anlaşılabilirdiğini ifade etmiştir. Ayrıca yapılan başka çalışmalarda da, psikopatik özellikler ile duygu işleme ve düzenlemedeki bozukluklar ilişkili bulunmuş ve sürekli olarak duygulanım problemleri yaşayan bireylerde, dürtüsel davranışları kontrol etmede güçlükler yaşandığı görülmüştür (Burns vd., 2015). Duygu işleme ve düzenlemedeki yetersizliklerin de yer aldığı sosyal bilişsel eksiklikler, şizofreni tanılı hastaların şiddet ve

saldırgan davranış gösterme eğilimini arttırdığı belirtilmiştir (Hsu ve Ouyang, 2021). Aleksitimisi olan bireylerde, duygu düzenleme problemleri, iletişim sorunları, sosyal bilişsel yetersizlikler ve dışsallaştırma tutumları sonucunda; dürtü kontrolünde azalma, sürekli saldırganlık davranışları gösterme, öfkede ve olumsuz duygulanımda artış gibi belirtiler görülmektedir. Kendini sürekli tehdit altında hisseden bireyler, duygulanım defisitleri nedeniyle gösterdikleri tutum ve davranışların şiddeti de yüksek olmaktadır (Velotti vd., 2016). Hsu ve Ouyang (2021) çalışmalarında, şiddet içerikli davranışlar gösteren şizofreni tanılı hastalarda, aleksitiminin alt boyutlarından biri olan ve duyguları tanımada yaşanan güçlüklerin şiddetle en çok ilişkilendirilen risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir. Duygularını tanımada güçlük yaşayan bireylerde dürtüsellikte artışlar görülmüş ve dolayısıyla da şiddet davranışı gösterme eğilimlerini düzenlemede güçlükler yaşadıkları belirtilmiştir (Garofalo vd., 2020).

1.3.1.6. Dürtüsellik ve Saldırganlık

Dürtüsellik, saldırgan davranışları arttıran ve dışa dönük tutumları etkileyen bir kişilik özelliği olarak tanımlanmaktadır (De Schutter vd., 2016). Barratt Dürtüsellik Ölçeği'nde dürtüsellik üç farklı alanından bahsedilmektedir. Bunlar, dikkatin azalması, planlamanın azalması ve motor hareketlilikte artıştır. Bireylerdeki dürtü kontrol bozuklukları, bu üç alanın değerlendirilmesiyle birlikte, birçok ruhsal bozuklukla ilişkisi de açıklanmaya çalışılmaktadır. Örneğin, dikkat ve planlamadaki azalma kişilik bozukluğu ile ilişkilendirilirken, motor hareketlilikteki artışlar mani bulgularıyla bağdaştırılmaktadır (Özdemir vd., 2012). Bunun yanı sıra, saldırganlık davranışlarıyla dürtüsellik ve düşmanlık içerikli düşüncelerin yakın bir ilişkisi olduğu bilinmektedir (Coccaro, 2015). Dürtüsellik ile ilişkili bulunan diğer iki durum ise, davranışların sonuçlarını düşünmede ve duyguları düzenlemede güçlülüdür (Rebetez vd., 2018).

Yapılan bir nörogörüntüleme çalışmasında, beynin beyaz cevher mikroyapısal bütünlüğü ile dürtüsellik arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Goldwasser vd., 2022). Elde edilen bu tür bulgular, araştırmacıları dürtüsellik içeren davranış sorunları sonunda ortaya çıkan suç eylemlerinin, beynin yapısıyla olan ilişkisini incelemeye yöneltmiştir. Buna göre, dürtüsel davranışlar sergileyen suçlu bireylerde görülen frontal lob disfonksiyonu bulgularının, nörogörüntüleme çalışmaları içerisinde önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir (Nummenmaa vd., 2021). Bunun yanı sıra, psikoz tanısı konan erişkinlerle

yapılan çalışmalar şiddet içeren adli eylemler üzerinde dürtüsellüğün etkisinin büyük olduğunu göstermiştir (Witt vd., 2013).

Benzer bir etkiye sahip olan diğer bir durum da saldırganlıktır. Saldırganlık teriminin yerine, bazı kaynaklarda agresyon terimi de kullanılabilir. Saldırganlık, bireyin karşısındaki kişi/kişilerin fiziksel veya ruhsal olarak zarar görmesini hedeflediği ve buna yönelik gerçekleştirdiği davranışlarının tümü olarak tanımlanmaktadır (Yalçın ve Erdoğan, 2013). Yıkıcı, atılğanlık (tepkiellik) ve edilgen olmak üzere saldırganlığın işlevsel açıdan üç türü bulunmaktadır. Yıkıcı saldırganlık düşmanlık kavramlarını barındıran bir durumdur ve beklentilerinin karşılanmaması ile birlikte yıkıcı saldırganlık gösteren bireyler, direkt olarak zarar verme eğilimi göstermektedirler (Warburton ve Anderson, 2015). Tepkiellikte (atılğanlık) ise, gösterilen davranış üzüntü veya öfkeye neden olan kişi veya olaylara karşıdır ve burada kendine zarar verme eğilimleri de söz konusu olmaktadır (Açıkgöz ve Özbaş Gençarslan, 2019). Edilgen saldırganlıkta ise, temel amaç bireyin kendi duygularını tatmin etmesidir ve karşısındaki bireyi incitme isteği ön plandadır (Warburton ve Anderson, 2015). Araştırmacılar tarafından bir başka saldırganlık sınıflandırması ise proaktif ve reaktif olmak üzere iki şekilde yapılmıştır ve bu iki tür arasındaki ayrım saldırganlığın amaçlarına dayandırılmaktadır (Wrangham, 2018). Proaktif saldırganlık bir hedefe yöneliktir ve planlama içermektedir. Bunun yanı sıra, proaktif saldırganlık düşük duygusal uyarılma ile karakterize edilmektedir ve önceden planlanmış cinayetler ve zorbalıklar bu tür saldırganlığın örnekleri arasında gösterilmektedir. Reaktif saldırganlık ise, algılanan tehdide karşı verilen tepki olarak adlandırılmaktadır ve daha çok öfke ile ilişkilendirilmektedir (Babcock vd., 2014).

Dürtüsel saldırganlığın davranış kontrolünün kaybedilmesiyle ortaya çıktığı savunulmakta ve reaktif saldırganlıkla bağdaştırılmaktadır (Babcock vd., 2014). Genetik faktörlerin saldırganlık davranışıyla olan ilişkisini araştıran çalışmalar, düşük doğum ağırlığı, annenin doğum zamanında yaşının küçük olması, prematüre doğum, annenin prenatal dönemde tütün kullanımı, paternal ilişkiye eşlik eden şiddet davranışları ve annede depresyon öyküsü gibi saldırganlık ve şiddetin epigenetik mekanizmalar ile ilişkili olduğunu bildirmektedir (Archer vd., 2012).

Hem saldırganlık hem de dürtüsellik, ruhsal bozukluklarda bir semptom olarak karşımıza çıkabilmektedir. Saldırganlık ile birlikte, aynı içgöründe olduğu gibi, tedaviye uyumsuzluk ortaya çıkabilmektedir ve böylece her iki etkenden ötürü şiddet içerikli eylemlerin ortaya çıkma riski de artış göstermektedir (Umut vd., 2012). Saldırganlık ile düşmanlık yakın

ilişkili iki kavramdır ve şizofreni tanılı hastalarda düşmanlık, şiddet eylemlerinin tekrarlanması ve davranış bozukluklarının ortaya çıkmasında bir risk faktörü olarak belirlenmiştir (Hsu ve Tu, 2014). Düşmanlık duygularıyla birlikte, hastalar stres altındayken bu duygularıyla başa çıkmakta güçlük çekmekte ve özellikle aile üyelerine karşı şiddet davranışları göstermektedirler.

Şizofrenide saldırganlık, pozitif belirtiler ve dürtüsellik ile yakından ilişkilendirilmiştir (Stahl, 2014). Diğer ilişkili faktörler ise, nörolojik bulgular, madde kullanımı ve tedaviye uyumsuzluktur (Witt vd., 2013). Çinik vd. (2015) adli kaydı bulunan şizofreni hastaları ile yaptıkları bir çalışmada, madde kullanımı olan hastalarda hastaneye yatış sebebi saldırganlık ve tedavi uyumsuzluğu olanların oranı %40,0 bulunurken, madde kullanımı olmayan ve aynı sebeple yatışı yapılan hastaların oranı ise %20,0 olarak bildirilmiştir. Şizofrenide saldırgan davranışların ortaya çıkmasında rol oynayan bir diğer önemli faktör ise, hastaların duygu düzenleme yetilerinde görülen eksikliklerdir (Hoptman, 2015). Biri tarafından kötülük göreceğine veya kendisine zarar verileceğine dair sanrıları ve emir verici tarzdaki işitsel varsanıları nedeniyle yoğun stres yaşayan hastalar, böyle bir durumda hem düşüncelerini hem de duygularını düzenleyememekte ve saldırgan davranışlara başvurumaktadırlar (Karaaziz vd., 2015). Coid ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, sanrılara bağlı olarak gelişen öfke ile hem hafif (OR=4,29, %95 CI=2,60-7,08, $p<0,001$) hem de ciddi düzeydeki (OR=6,75, %95 CI=3,28-13,89, $p<0,001$) şiddet eylemleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Coid vd., 2013).

Uluslararası ve ulusal alan yazında, şizofreniyle ilişkili suç ve şiddet eylemlerinin risk faktörlerine yönelik çalışmalar mevcuttur (Buizza vd., 2022; Gürkan vd., 2019; Iozzino vd., 2021; Iozzino vd., 2022; Köşger vd., 2016; Leshem vd., 2022; Ural vd., 2013) ve bu çalışmalarda bu hasta gruplarının sosyodemografik ve klinik özellikleri karşılaştırılmıştır. Ancak aleksitimi, zeka, içgörü, saldırganlık ve dürtüsellik özelliklerinin araştırıldığı çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu bilgiler doğrultusunda bu araştırmada adli kaydı bulunan ve bulunmayan şizofreni tanılı hastaların sosyodemografik, klinik, içgörü, saldırganlık ve dürtüsellik özelliklerinin yanı sıra aleksitimi özelliklerinin karşılaştırılması ve bu gruplarla ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca aleksitiminin ve alt boyutlarının adli nitelikli eylemlerle ilişkisinin araştırılması hedeflenmiştir. Bu araştırmanın hipotezi, adli kaydı bulunan şizofreni tanılı hastaların adli kaydı bulunmayan şizofreni tanılı hastalardan aleksitimi özelliklerinin farklılık gösterdiği şeklindedir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Çalışma Evreni

Çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Adli Psikiyatri Birimi ve Genel Psikiyatri Birimi'ne başvuran, 18-65 yaşları arasındaki DSM-5 tanı ölçütlerine göre 'şizofreni' tanısı konmuş, ayaktan takip ve tedavileri yapılan hastalarla yürütülmüştür. Çalışmamız, vaka-kontrol çalışması şeklinde yapılmıştır. 'Adli Kaydı Bulunan' tanımının sadece yargı sonucunda alınan kararları kapsamayı uygun görülmüştür. Çalışmaya, bir yıllık süre içerisinde adli psikiyatri birimine başvuran veya sevk edilen adli kaydı bulunan hastalar ile adli kaydı bulunmayan ve polikliniğe ayaktan başvuran hastalar dahil edilmiştir. Veri toplama süreci Kasım 2021-Kasım 2022 tarihlerini kapsamaktadır.

Ankara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 11.10.2021 tarih ve 15/158 sayı ile etik kurulu onayı alınmıştır.

2.2. Örneklem Seçimi

Adli kaydı bulunan ve bulunmayan şizofreni hastası grupları arasında sosyodemografik ve çeşitli klinik özellikler açısından farkı değerlendirmek için etki büyüklüğü 0,3 (orta) ile 0,05 anlamlılık düzeyinde 0,8 güç ile Ki-kare testi kullanılarak örneklem hesabı yapılmıştır. Buna göre, ardışık olarak seçilen 50 adli kaydı bulunan ve 50 adli kaydı bulunmayan şizofreni tanılı hastalar ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

Adli kaydı olan grubun araştırmaya dahil edilme ölçütleri (Vaka):

- Adli kaydının bulunması
- Türkçe biliyor olması
- DSM-5 kriterlerine göre şizofreni tanısı konmuş olması
- 18-65 yaş arasında olması
- En az ilkokul mezunu olması
- Araştırmada kullanılan ölçekleri tamamlamasına engel teşkil edecek herhangi bir tıbbi ve nörolojik hastalığının bulunmaması
- Şizofreni tanısı dışında herhangi bir ruhsal hastalık tanısının bulunmaması

Adli kaydı bulunmayan grubun araştırmaya dahil edilme ölçütleri (Kontrol):

- Adli kaydının bulunmaması
- Türkçe biliyor olması
- DSM-5 kriterlerine göre şizofreni tanısı konmuş olması
- 18-65 yaş arasında olması
- En az ilkokul mezunu olması
- Araştırmada kullanılan ölçekleri tamamlamasına engel teşkil edecek herhangi bir tıbbi ve nörolojik hastalığının bulunmaması
- Şizofreni tanısı dışında herhangi bir ruhsal hastalık tanısının bulunmaması

Dışlama ölçütleri (her iki grup için):

- Türkçe bilmiyor olmak
- DSM-5 tanı kriterlerine göre şizofreni hastalığı dışında herhangi bir ruhsal hastalık tanısına veya tanılarına sahip olmak
- 18-65 yaş sınırları içerisinde bulunmamak
- Okuma ve yazma bilmemek
- Araştırmada kullanılan ölçekleri tamamlamasına engel teşkil edecek herhangi bir tıbbi ve nörolojik hastalığa sahip olmak
- Araştırmaya katılmaya yönelik onam vermemek

2.3. Kullanılan Gereçler

2.3.1. Sosyodemografik, Klinik ve Adli Bilgiler Formu

Her iki grubun formunda ortak olarak hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çocuğunun olup olmadığı, çalışma durumu ve yılı, gelir durumu, doğum yeri (köy/ilçe/il şeklinde), yaşadığı yer (köy/ilçe/il şeklinde), yaşadığı ev (apartman dairesi/müstakil ev/gecekondu şeklinde), birlikte büyüdüğü aile bireyleri (anne/baba/anneanne/babaanne/dede/çocuk yurdu şeklinde), şimdi birlikte yaşadığı aile bireyleri (anne/baba/eş/çocuk/diğer şeklinde) bilgilerini sorgulayan sosyodemografik bilgiler ile; ruhsal hastalıklar dışında kronik hastalık/hastalıklara sahip olma durumu, tedaviye uyumu, alkol ve madde kullanım durumu, şizofreni hastalığının başlangıç yaşı, şizofreni tanısı nedeniyle psikiyatri servisine yatışı ve sayısı, vücudunda kesici alet veya sigara izinin varlığı,

intihar girişimi, ailede psikiyatrik hastalık ve suç öyküsü varlığı, çocukluk döneminde yaşanan stresli yaşam olayları öyküsü varlığı ve bunları hatırlama sıklığı ile buna bağlı devam eden stres yaşama durumu bilgilerini sorgulayan klinik bilgiler yer almaktadır.

Katılımcıların eğitim yılları “1-5 yıl”, “6-8 yıl”, “9-12 yıl” ve “13 yıl ve daha fazlası” şeklinde 4 grup olarak incelenmiştir. Ancak gruptaki kişi sayılarının küçük olması sebebiyle, bu gruplar “8 yıl ve altı” ve “9 yıl ve üstü” şeklinde iki gruba dönüştürülmüştür. Çocuk sahibi olma durumu ise, “çocuğum var” ve “çocuğum yok” şeklinde ikili değişken olarak değerlendirilmiştir. Gelir gruplarındaki kişi sayıları arasındaki farkların fazla olması nedeni ile, gelir düzeylerine ait bilgiler “Asgari ücret altı” ve “Asgari ücret ve üstü” şeklinde iki grupta incelenmiştir. Katılımcıların birlikte yaşadığı kişiler öncelikle ebeveyn, eş, çocuk ve diğer (arkadaş, akraba, partner) şeklinde gruplara ayırarak incelenmiştir. Ancak kişi sayılarının küçük olması nedeniyle gruplar, “ebeveyn” ve “diğer (eş, çocuk, arkadaş, akraba, partner)” olarak ikiye ayrılmıştır.

Vaka grubu formunda kontrol grubu formundan farklı olarak, adli olayın gerçekleştiği zamandaki yaşı, olay öncesi tedavi uyumuna ek olarak adli olguların bilgilerini sorgulamaya yönelik adli olayın türü, niteliği, kime karşı gerçekleştiği, eylemde bulunma şekli, eylemin gerçekleştiği hastalık dönemi, olayın meydana geldiği saat, olayı tek başına veya başkasıyla ve planlı veya plansız gerçekleştirme durumu, olay öncesi şizofreni tanısı sebebiyle psikiyatri servisine yatış durumu ve sayısı, bilinen adli olay öncesi adli vaka kaydı, tekrarlayan adli eylem davranışı soruları yer almaktadır. Bu form katılımcılar tarafından doldurulmuştur.

Araştırmanın gerçekleştirildiği kurumda T.C. Adalet Bakanlığı Ulusal Yargı Ağı Projesi (UYAP) erişimi olmaması sebebiyle, hastaların özgeçmiş ve ailesinin geçmiş bilgilerinin yanı sıra, hastaların klinik bilgileri ve adli olgu bilgileri hasta görüşmesi ile elde edilmiş olup, ayrıca tıbbi kayıt ve dosyaları ile kurum tarafından muhafaza edilen dava veya soruşturma dosyaları incelenerek bilgilerin teyidi gerçekleştirilmiştir.

2.4. Kullanılan Ölçekler

2.4.1. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği (Yetişkin)

DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği, araştırmacı ve klinisyenlerin, katılımcıların farklı ruh sağlığı alanlarındaki belirti ve şiddetlerini değerlendirmesine yardımcı

olmaktadır. Depresyon, öfke, mani, anksiyete, somatik belirtiler, intihar düşüncesi, psikoz, uyku sorunları, hafıza, tekrarlayan düşünce ve davranışlar, dissosiyasyon, kişilik ve madde kullanımı gibi 13 farklı alt alana sahiptir ve 23 sorudan oluşmaktadır. Her bir alan farklı sayıda sorular içermekte olup, bir özbildirim ölçeği olarak uygulanmaktadır. 5’li likert tipi (0=hiç, 1=hafif-1 veya 2 günden az, 2=orta-birkaç gün, 3=ılımlı-günlerin yarısından çoğunda ve 4=şiddetli-neredeyse her gün) ölçek olan DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği, katılımcı tarafından doldurulduktan sonra, uygulayıcı tarafından da her madde için işaretlenen her puan incelenmekte ve bir alan içerisindeki herhangi bir maddeden alınan en yüksek puan belirlenmektedir. Her alanın puanlaması belirlenen bu yüksek puana göre yapılmaktadır. Çalışmamızda, ölçeğin alt alanlarını oluşturan belirtiler “var” ve “yok” şeklinde belirtilmiş olup, bu belirleme ölçeğin yönergesinde yer alan DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği alt alanları ve ileri değerlendirilme ölçütü tablosu doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği Türkçe erişkin formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Çökmüş vd. (2017) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmaya göre ölçeğin içsel tutarlılığı 0.94 ve madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0.30-0.79 arasında olduğu belirlenmiştir (Çökmüş vd., 2017).

2.4.2. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ)

Katılımcılara Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (18 soru) uygulanmıştır. Overall ve Gorham (1962) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması Soykan (1989) tarafından yapılmıştır. KPDÖ, özellikle şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklarda hastaların pozitif/negatif bulgularının yanı sıra, dikkat ve yönelim gibi mevcut durum ve yeterliliklerinin ölçülmesi amacıyla oluşturulmuştur (Yıldızhan vd., 2022). KPDÖ likert tipi bir ölçektir ve bu ölçekle hastalara tanı konulmamakta, katılımcılardaki ruhsal sorunların varlığı ve şiddetinin değerlendirilmektedir (Esen vd., 2014). Görüşmeci tarafından uygulanan ve katılımcının cevabına göre görüşmeci tarafından puanlama yapılan bir ölçek olup, değerlendirme yapılırken katılımcının son üç günü değerlendirilmektedir. Her bir soru 0-6 arasında puanlanmakta ve her bir hasta için KPDÖ toplam puanı belirlenmektedir.

2.4.3. Wechsler Yetişkinler İçin Zeka Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu Benzerlikler Alt Testi (Yetişkin) (WAIS-R)

Katılımcıların zeka düzeylerini değerlendirmek amacıyla Wechsler Yetişkinler İçin Zeka Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu (WAIS-R) Benzerlikler alt testi (Yetişkin)

uygulanmıştır. Wechsler Yetişkinler İçin Zeka Ölçeği Gözden Geçirilmiş Yetişkin Formu'nun (WAIS-R-Adult) Türkiye standardizasyonunun ön çalışması Sezgin vd. (2014) tarafından yapılmıştır. WAIS-R'in sözel ve performans olmak üzere iki alt bölümü bulunmakta ve bu alt bölümler toplamda 11 alt testten oluşmaktadır. Benzerlikler alt testi ise sözel alt bölümü içerisinde yer almaktadır ve bu alt test ile akıl yürütme ve soyutlama yeteneği değerlendirilmektedir. Sorular içerisinde somut ve soyut benzerlikleri olan iki nesne bulunmaktadır ve bu nesnelerin ne bakımdan birbirine benzediği sorulmaktadır. İlk 2 soruda, katılımcıyı doğru yönlendirme amaçlı, somut benzerlik veya farklılık katılımcı tarafından söylenirse, uygulayıcı tarafından doğru veya istenilen cevap türü söylenmekte ve açıklamada bulunmaktadır. Ancak bu uygulama sadece ilk 2 soru için yapılmaktadır. Araştırmacı tarafından uygulanan ölçekte, katılımcıların cevapları doğrultusunda öncelikle ham puanlar elde edilmekte ve daha sonra elde edilen bu ham puanlar (1-28 puan arasında), ölçek geliştiricileri tarafından belirlenmiş olan standart puanlara (1-16 puan arasında) çevrilmektedir. Yürütücü işlevler, bireylerin hedef ve amaçları doğrultusunda gösterdikleri planlama yetenekleridir ve düşünce, davranış ve dürtü kontrolü yürütücü fonksiyonlar içerisinde gösterilmektedir (Karşıdağ, 2014). Yürütücü işlev testleri arasında yer alan Wechsler Yetişkinler İçin Zeka Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu (WAIS-R) Benzerlikler Alt Testi (Yetişkin), şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastalarda hem akıl yürütme hem de soyutlama yeteneklerinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır.

2.4.4. Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği- Kısa Formu (AHİÖ)

Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği, Amador vd. (1994) tarafından 3 giriş ve 9 sorudan oluşan kısaltılmış formuyla yayınlanmıştır. Likert tipi bir ölçektir ve uygulayıcı tarafından doldurulmaktadır. İlk üç soru ile hastalığa, tedavi ve sonuçlarına farkındalık değerlendirilmektedir. Her bir soruya 1 ile 5 arasında bir puan verilmektedir ve şimdi ile geçmiş olmak üzere ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Ölçek bu şekilde kısmi puanlama ile de kullanılabilir ve kesme puanı bulunmamaktadır. Puan yükseldikçe daha kötü içgörü seviyesi elde edilmektedir. Bu çalışmada katılımcılar “farkında” ve “farkında değil” şeklinde iki grupta değerlendirilmiştir. Her 3 madde geçmiş ve şimdi olmak üzere ayrı ayrı değerlendirilmiş olup, 2 ve altı puan alanlar “farkında”, 3 ve üzeri puan alanlar ise “farkında değil” olarak belirtilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bora vd. (2006) tarafından gerçekleştirilmiştir ve ilk 3 genel madde arasındaki korelasyon katsayıları 0,85-0,93 olarak bildirilmiştir (Bora vd., 2007; Ekinci ve Ekinci, 2012; Zorlu vd., 2017).

2.4.5. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

Bagby vd.'nin (1994) bireylerin aleksitimi düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirdiği Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) 20 sorudan oluşmaktadır. 5'li likert tipinde olan ölçek, katılımcılar tarafından doldurularak uygulanmaktadır. Duyguyu tanımada güçlük, duyguyu söze dökmede güçlük ve dışa vuruk düşünme olmak üzere 3 alt ölçeği bulunmaktadır (Bolat vd., 2017). Hem alt ölçeklerden hem de ölçeğin toplamından alınan puanlar yükseldikçe daha kötü seviyeye işaret etmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Güleç vd. (2009) tarafından gerçekleştirilmiştir. Cronbach alfa değeri ölçek toplamı için 0,78 bulunurken, alt ölçekler için 0,57-0,80 arasında olduğu bildirilmiştir. Taylor vd. (1997) tarafından yapılan çalışmaya göre, 61 ve üstü puan alanlarda aleksitiminin bulunduğu, 51 ve altı puan alanlarda aleksitiminin bulunmadığı bildirilirken, bu iki puan arasında bir değer alanları ise “borderline” olarak nitelendirmişlerdir. Ölçeğin Türkçe versiyonu kesme puanı ise Güleç ve Yenel (2010) tarafından yapılmıştır. Buna göre, aleksitimisi olmayanlar 51 ve altı puan alan katılımcılar olarak bulunurken, saf aleksitimi varlığı için ise 59 ve üzeri puan alan katılımcılar olarak bildirilmiştir.

2.4.6. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ)

Kişilerin saldırganlık ve şiddet düzeylerini ölçme amacıyla Buss ve Perry (1992) tarafından geliştirilen Buss Perry Saldırganlık Ölçeği, 5'li likert türünde bir ölçektir ve 29 sorudan oluşmaktadır. Katılımcının kendisi tarafından doldurulan ölçeğin, fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, düşmanlık ve öfke olmak üzere dört farklı alt ölçeği bulunmaktadır. Her bir alt ölçek farklı sayılarda sorular ve maddeler içermektedir. Fiziksel saldırganlık alt ölçeği, katılımcıların kendisi dışındaki bireylere fiziksel olarak zarar verme eğilimlerini değerlendirirken, sözel saldırganlık alt ölçeği ise, diğer bireylerin sözel açıdan incitilmesi eğilimine atfedilmektedir. Düşmanlık alt ölçeği, saldırganlık davranışını bilişsel açıdan değerlendirmekte ve öfke alt boyutu ise benzer davranışları duygusal çerçeveden ölçmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Madran (2012) tarafından yapılmıştır. Yapılan bu çalışmada, ölçeğin toplamından Cronbach-Alfa katsayısı 0,85 olarak bulunurken; ölçeğin toplam puanı için test-tekrar test güvenirlik katsayısı 0,97; ölçüt geçerliğini veren korelasyon katsayısı 0,49 olarak bildirilmiştir. Yüksek puanlar saldırganlık eğilimi, düşmanlık ve öfke artışını yansıtmaktadır.

2.4.7. Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11-Kısa Form (BDÖ-11-KF)

Bireylerin dürtüselliklerini değerlendirmek için geliştirilmiş özbildirim ölçeğidir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Tamam vd. (2013) tarafından yapılmıştır. Çalışmamızda kullanılan BDÖ-11-KF, özbildirime dayalıdır ve 4'lü likert tipi bir ölçektir (1= Nadiren/Asla; 2= Ara sıra; 3= Sık sık; 4= Hemen hemen her zaman/ Her zaman). Dikkat dürtüsellik, motor dürtüsellik ve plan yapmama şeklinde 3 alt ölçeği bulunmaktadır. Dikkat dürtüsellik alt ölçeği ile katılımcının dikkat düzeyi ve bilişsel düzeyi değerlendirilirken, motor dürtüsellik alt ölçeği ile sabretme ile ilgili özellikleri ve plan yapmama alt ölçeği ile de bilişsel problemlerine tahammül düzeyi ve kontrol sağlama yeteneği ölçülmektedir. Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır ve toplam ölçek ile alt ölçeklerden alınan puanlar yükseldikçe, daha yüksek dürtüsellik düzeyi elde edilmektedir. Tamam ve arkadaşlarının yaptığı geçerlik ve güvenirlik çalışmasına göre, BDÖ-11-KF'nin iç tutarlılığı 0,82; alt ölçekler Cronbach alfa değerinin ise 0,64-0,80 arasında olduğu ortaya konulmuştur (Tamam vd., 2013).

2.5. İşlem

Çalışmaya dahil edilen hastalara şizofreni tanısı, ilgili birimlerde çalışan sorumlu hekimler tarafından DSM-5 tanı ölçütleri çerçevesinde konulmuştur. Hastaneye ayaktan başvurusu olan hastalar, öncelikle hastanenin kayıt sisteminden tanılarına yönelik araştırma yapılarak seçilmiş ve hasta dosyasından çalışma ölçütlerine uygunluğu teyit edilmiştir. Rızası bulunan ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu imzalayan hastalar vaka ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılarak, ölçekleri uygulamak üzere görüşme odasına davet edilmiştir. Uygulamaların tümü tez öğrencisi D.B. tarafından yüz yüze uygulamalar şeklinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmada kullanılan ölçekler yukarıda belirtilen sırayla uygulanmış olup, görüşmeler hastanın durumuna göre 40-60 dakika arasında sürmüştür.

Adli kaydı bulunmayan 3 hastadan onam alınamadığı için çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu hastaların tümü yeterli vakitlerinin olmadığını gerekçe göstererek onam vermemişlerdir. Bu hastalardan 33 ve 42 yaşlarında 2 erkek ve 56 yaşında olan 1 kadındır.

2.6. İstatistiksel Analiz

Çalışmamızın veri analizleri IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Version 22.0 software kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin dağılım normalliği

Kolmogorov-Smirnoff testi ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı olarak nicel değişkenler için ortalama±standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum), nitel değişkenler için ise hasta sayısı (yüzde) kullanılmıştır. Verilerin karşılaştırmalı değerlendirmeleri için, kategorik değişkenlerde Pearson Ki-kare ve Fisher's Exact Testleri kullanılırken, normal dağılıma uyan sürekli değişkenlerde ise Student's t-test uygulanmıştır. Adli kaydı olan ve adli kaydı olmayan şizofreni hasta grupları ile değişkenler arasındaki korelasyon analizleri Spearman's Rho testi ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamızda yapılan korelasyon analizleri sonucunda olgu ve kontrol grupları ile anlamlı ilişkisinin bulunduğu tespit edilen değişkenlerin adli nitelikli eylem işleme ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla iki durumlu lojistik regresyon analizi yapıldı. TAÖ-20 toplam puanı ve alt ölçekleri için ayrı regresyon modelleri kullanıldı ve her bir modelde adli kaydı bulunma ve bulunmama durumu iki kategorili bağımlı değişken olarak girilip değerlendirildi. Modele giren bağımsız değişkenler ise sırasıyla şu şekilde belirlendi:

Model 1: Cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu için düzeltildi

Model 2: Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve hastaneye yatış durumu için düzeltildi

Model 3: Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastaneye yatış durumu ve BPSÖ toplam puanı için düzeltildi

Model 4: Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastaneye yatış durumu, BPSÖ toplam puanı ve BDÖ-11-KF toplam puanı için düzeltildi.

İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

3.1. Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi

Adli kaydı bulunan katılımcıların yaş ortalamaları $41,44 \pm 5,58$ (min-max), adli kaydı bulunmayan katılımcıların yaş ortalamaları ise $40,70 \pm 8,59$ (min-max) dir ve iki grubun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($t=0,51$ $p=0,61$). Adli kaydı bulunan katılımcıların adli olayın gerçekleştiği zamanki yaş ortalamaları ise $36,00 \pm 5,22$ (min-max) dir. Adli kaydı bulunan katılımcıların %90,0'ı erkek ($n=45$); adli kaydı bulunmayan katılımcıların ise %74,0'ü erkek ($n=37$)'tir. Adli kaydı bulunan grupta erkeklerin oranı diğer gruptaki erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksektir ($\chi^2= 4,336$ $p=0,04$). Adli kaydı bulunan katılımcıların %4,0'ü evli ($n=2$), %96,0'sı bekar ($n=48$), kontrol grubunda ise %32,0'si evli ($n=16$), %68,0'i bekar ($n=34$)'dır. Gruplar medeni durum açısından değerlendirildiğinde, adli kaydı bulunan grupta bekarların oranı, diğer gruptaki bekarların oranına göre anlamlı olarak daha yüksektir ($\chi^2= 13,279$ $p=0,00$). Katılımcıların eğitim yılları incelendiğinde, adli kaydı bulunan grupta en yüksek %70,0 oranında 8 yıl ve altı ($n=35$) iken, adli kaydı bulunmayan grupta %64,0 oranında 9 yıl ve üstü ($n=32$) olduğu görülmüştür. Adli kaydı bulunan gruptaki şizofreni hastalarının eğitim düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşüktür ($\chi^2=11,602$ $p<0,01$).

Adli kaydı bulunan grubun %30,0'unun çocuğunun bulunduğu ($n=15$) %70,0'inin bulunmadığı ($n=35$) ve diğer grupta %26,0'sının çocuğunun bulunduğu ($n=13$) %74,0'ünün bulunmadığı ($n=37$) görülmüştür. Adli kaydı bulunan grupta 2 çocuğu olanların oranı en fazla bulunurken ($n=7$, %46,6), diğer grubun da 2 çocuğu bulunanların sayısı fazladır ($n=5$, %38,4). Çocuk sahibi olma ($\chi^2= 0,198$ $p=0,65$) ve çocuk sayısı ($\chi^2=0,758$ $p=0,899$) durumları bakımından her iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur.

Adli kaydı bulunan gruptaki şizofreni hastalarının %20,0'sinin çalıştığı ($n=10$), %80,0'inin çalışmadığı ($n=40$) ve kontrol grubundaki şizofreni hastalarının %32,0'sinin çalıştığı ($n=16$), %78,0'inin çalışmadığı ($n=34$) saptanmıştır ve her iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2= 1,871$ $p=0,17$). Çalışanlar içerisinde, çalışma yılı 1-5 yıl arasında olanların oranı adli kaydı bulunan grupta %60,0 ($n=6$), kontrol grubunda ise %25,0 ($n=4$) olarak bulunmuş olup, çalışma yılı açısından her iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur. Adli kaydı bulunan grupta çalışanların hepsi serbest meslek grubundandır ($n=10$, %100,0), kontrol

grubunda da çalışanların en fazla %37,5 oranıyla serbest meslek mensubu (n=6) olduğu görülmüştür.

Hasta grupları gelir düzeyleri bakımından incelendiğinde, vaka grubunda asgari ücret ve üzeri gelire sahip olanların oranı %80,0 (n=40), kontrol grubunda ise aynı gelire sahip olanların oranı %68,0 (n=34) bulunmuş olup, her iki grup arasında gelir düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2= 1,871$ p=0,171).

Adli kaydı bulunan grupta köy veya ilçede doğanların oranı %60,0 (n=30)'dır, diğer grupta ise ilde doğanların oranı daha fazla olup %58,0 (n=29)'dir. Her iki grup arasında doğum yeri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2= 3,241$ p=0,072). Her iki grupta da ilde yaşayanların oranı daha yüksektir ve adli kaydı bulunan grupta bu oran %80,0 (n=40) iken, kontrol grubunda %84,0 (n=42)'dir. Her iki grup arasında yaşadıkları yer bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=0,271$ p=0,60). Adli kaydı bulunan grubun %52,0'si göç etmiştir (n=26) ve kontrol grubunda göç edenlerin oranı %50,0 (n=25)'dir ve iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2=0,40$ p=0,84). Adli kaydı bulunan gruptakilerin %80,0'i apartman dairesinde yaşarken (n=40), kontrol grubunda bu oran %94,0 (n=47)'tür. Her iki grup arasında yaşadığı ev açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2=4,332$ p=0,37). Her iki gruptaki katılımcılardan hiçbiri yalnız yaşamamaktadır. Adli kaydı bulunanlar %68,0 oranıyla daha çok ebeveyni ile birlikte yaşamaktadır (n=34), kontrol grubunda bulunanların %66,0'sı ise yine ebeveyni ile birlikte yaşamaktadır (n=33). Her iki grubun birlikte yaşadığı kişiler kıyaslandığında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2=0,045$ p=0,832). Her iki grupta da anne ve/veya babası ile birlikte büyüyenlerin oranı daha yüksektir (adli vaka: n=46, %92,0; kontrol grubu: n=47, %94,0) (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.1. Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırmalı Değerlendirmesi

Değişkenler		Adli Olgu	Kontrol	df değeri	t değeri	p değeri
		Ort.±SS (min-max)	Ort.±SS (min-max)			
Yaş		41,44±5,58	40,70±8,59	84	0,51	0,610
		%(n)	%(n)	df değeri	χ ² değeri	p değeri
Cinsiyet	Kadın	10,0 (5)	26,0 (13)	1	4,336	0,037*
	Erkek	90,0 (45)	74,0 (37)			
Medeni Durum	Evli	4,0 (2)	32,0 (16)	1	13,279	<0,001*
	Bekar	96,0 (48)	68,0 (34)			
Eğitim Durumu	≤8 yıl	70,0 (35)	36,0 (18)	3	11,602	0,001*
	≥9 yıl	30,0 (15)	64,0 (32)			
En az 1 çocuk	Evet	30,0 (15)	26,0 (13)	1	0,198	0,650
	Hayır	70,0 (35)	74,0 (37)			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	20,0 (10)	32,0 (16)	1	1,871	0,170
	Çalışmıyor	80,0 (40)	78,0 (34)			
Gelir Düzeyi	Asgari ücret altı	20,0 (10)	32,0 (16)		1,871	0,171
	Asgari ücret ve üzeri	80,0 (40)	68,0 (34)			
Doğum Yeri	Köy/İlçe	60,0 (30)	42,0 (21)	1	3,241	0,072
	İl	40,0 (20)	58,0 (29)			
Yaşadığı Yer, n(%)	Köy/ İlçe	20,0 (10)	16,0 (8)	1	0,271	0,600
	İl	80,0 (40)	84,0 (42)			
Göç	Var	52,0 (26)	50,0 (25)	1	0,40	0,840
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Ebeveyn	68,0 (34)	66,0 (33)		0,045	0,832
	Diğer	32,0 (16)	34,0 (17)			

SS: Standart sapma, Ort.: Ortalama değer, Min: Minimum değer, Max: Maksimum değer, χ²: Ki-kare, t: Student's t-test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı

3.2. Klinik Değişkenler

Adli kaydı bulunan ve bulunmayan şizofreni tanılı hasta grupları arasındaki klinik verilerin karşılaştırması Çizelge 3.2’de gösterilmiştir. Adli kaydı bulunan grupta hastalığın başlangıç yaşı ortalaması $20,92 \pm 5,69$ ve kontrol grubunda ise $23,66 \pm 7,94$ ’dir. Adli kaydı bulunan grupta hastalık başlangıç yaşı ortalamasının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu, ancak iki grup arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($t = -2$ $p = 0,05$).

Adli kaydı bulunan grupta kronik hastalık %20,0 (n=10) görülürken, kontrol grubunda %18,0 (n=9) görülmüştür. Her iki grubun intihar girişimi oranları (%32,0, n=16) aynı bulunmuştur ve iki grup arasında intihar girişimi açısından anlamlı fark bulunamamıştır ($\chi^2 = 0,000$ $p = 1,000$).

Adli kaydı bulunan grubun hepsinin en az bir kez hastaneye yattığı görülürken, adli kaydı bulunmayan grupta bu oranın %72,0 (n=36) olduğu görülmüş olup, adli kaydı bulunan gruptakilerin kontrol grubuna göre hastaneye yatış oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($\chi^2 = 16,279$ $p < 0,001$).

Her iki gruptaki katılımcılara vücutlarında herhangi bir kesici aletle veya sigarayla yapılmış kesik veya yanık izinin bulunup bulunmadığı sorulmuştur ve adli kaydı bulunan gruptakilerin %30,0’u (n=15) bu soruya “var” şeklinde yanıt verirken, adli kaydı bulunmayan kontrol grubundakilerin %18,0’i (n=9) aynı şekilde yanıt vermiştir. Vücutta kesici alet veya sigara izinin bulunması açısından her iki grup incelendiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 1,974$ $p = 0,160$).

Adli kaydı bulunanların %40,0’ının (n=20) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunurken, %12,0’sinde de (n=6) suç öyküsü bulunmaktadır. Kontrol grubunun ise %28,0’inin (n=14) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunurken, %14,0’ünde (n=7) suç öyküsü bulunmaktadır. Her iki grup, ailelerinde bulunan psikiyatrik hastalıklar açısından anlamlı bir fark göstermemiştir ($\chi^2 = 1,604$ $p = 0,205$) ve yine her iki grup ailelerindeki suç öyküleri bakımından incelendiğinde aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 0,088$ $p = 0,766$).

Olgu grubunda stresli yaşam olayları %26,0 (n=13), kontrol grubunda %54,0 (n=27) oranlarında belirtilmiştir ve iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 1,967$ $p = 0,161$).

Tüm katılımcıların son 6 ay içerisinde düzenli olarak ilaç kullandıkları belirlenmiştir. Adli kaydı bulunan grubun %60,0'nın (n=30) sadece antipsikotik ilaçların, %40,0'nın (n=20) ise antipsikotiklerin yanında başka psikofarmakolojik tedavilerin uygulandığı görüldürken, kontrol grubunun ise %48,0'inde (n=24) sadece antipsikotik ilaçların, %52,0'sinde (n=26) ise antipsikotiklerin yanında başka psikofarmakolojik tedavilerin kullanıldığı görülmüştür. Her iki grubun kullandıkları ilaçlar kıyaslandığında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=1,449$ p=0,229).

Çizelge 3.2. Adli Olgular ile Kontrol Grubunun Klinik Verilerinin Karşılaştırmalı Değerlendirmesi

Değişkenler		Adli Olgu (n=50)	Kontrol (n=50)	df	t	p
		Ort.±SS (min-max)	Ort.±SS (min-max)			
Hastalığın Başlangıç Yaşı		20,92±5,69	23,66±7,94	98	-2	0,050
		% (n)	%(n)	df	χ^2	p
Hastaneye Yatış	Yok	0	28,0 (14)	3	16,279	0,000*
	En az 1 Kez	100,0 (50)	72,0 (36)			
İntihar Girişimi	Yok	68,0 (34)	68,0 (34)	1	0,000	1,000
	Var	32,0 (16)	32,0 (16)			
Kesici Alet/Sigara İzi	Yok	70,0 (35)	82,0 (41)	1	1,974	0,160
	Var	30,0 (15)	18,0 (9)			
Stresli Yaşam Olayları Öyküsü	Yok	74,0 (37)	46,0 (23)	1	1,967	0,161
	Var	26,0 (13)	54,0 (27)			
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Yok	60,0 (30)	72,0 (36)	1	1,604	0,205
	Var	40,0 (20)	28,0 (14)			
Ailede Suç Öyküsü	Yok	88,0 (44)	86,0 (43)	1	0,088	0,766
	Var	12,0 (6)	14,0 (7)			
İlaç Türü	Sadece Antipsikotik	60,0 (30)	48,0 (24)			
	Antipsikotik ve diğer ilaçlar	40,0 (20)	52,0 (26)			
					1,449	0,229

SS: Standart sapma, Ort: Ortalama değer (mean rank), χ^2 : Pearson Ki-kare/ Fisher's Exact,t:Student's t-test, OR: Odds ratio p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı

3.3. Adli Olaylara İlişkin Bulgular

Adli kaydı bulunan grupta, adli olayın gerçekleştiği zamandaki ortalama yaş $36,00 \pm 5,22$ 'dir. Kişiyeye yönelik eylemde bulunanların oranı %64,0 (n=32), kamuya yönelik eylemde bulunanların oranı %10,0 (n=5) ve hem kişiyeye hem de mala yönelik eylemde bulunanların oranı %26,0 (n=13)'dir. Bu gruptaki katılımcıların %44,0'ünde (n=22) Yaralanmaya neden olmayan saldırı, %8,0'inde (n=4) uyuşturucu madde bulundurma/kullanmak/imal etme, %32,0'sinde (n=16) tehdit ve eşyaya zarar verme ve %16,0'sında (n=8) yangın çıkarma, eşyaya zarar verme, dolandırıcılık, basit yaralama, hakaret eylemlerini gerçekleştirdikleri belirlenmiştir. Adli kaydı bulunan katılımcıların %32,0'si (n=16) bu eylemleri anneye karşı gerçekleştirenken, %6,0'sı (n=3) babaya, %22,0'si (n=11) kardeşe, %18,0'si (n=9) akrabaya ve %12,0'si (n=6) komşuya karşı gerçekleştirmiştir ve %10,0'unun (n=5) kişiyeye yönelik olmadığı belirlenmiştir. Olayların %46,0'sı (n=23) çıplak el ile ve sözel olarak, %30,0'u (n=15) sadece çıplak el ile, %4,0'ü (n=2) sadece sözel olarak ve %10,0'unun (n=5) ise künt cisim, kesici delici alet ve kesici aletler ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların %28,0'inde (n=14) olayın hastalığın ilk yılında, %4,0'ünde (n=2) hastalığın 2-5. yılları arasında, %68,0'inde (n=34) hastalığın 10. yılından sonra gerçekleştiği görülmüştür. Grubun %30,0'u (n=15) olayın 12:00-18:00 saatleri arasında meydana geldiğini belirtirken, %70,0'i (n=35) 18:00-00:00 saatleri arasında meydana geldiğini söylemiştir. Katılımcıların %88,0'i (n=44) eylemi tek başına gerçekleştirdiklerini ve planlı bir şekilde yapmadıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %64,0'ünün (n=32) olaydan en az 6 ay öncesine kadar düzenli olarak ilaç kullandıkları ve %68,8'inde (n=22) antipsikotik ve antidepresanın birlikte kullanıldığı, %31,2'sinde (n=10) ise sadece antipsikotik kullanıldığı görülmüştür. Adli kaydı bulunan grupta intihar girişiminde bulunanların (n=16), %62,5'i (n=10) girişimi olaydan önce, %37,5'i (n=6) olaydan sonra gerçekleştirdiğini belirtmiştir. Bu gruptaki katılımcıların %34,0'ü (n=17) olaydan önce en az bir kez hastaneye yattığını bildirirken, %66,0'sı (n=33) olaydan sonra en az bir kez hastaneye yattığını belirtmiştir (Çizelge 3.3).

Çizelge 3.3. Adli Olayların Özelliklerine Dair Bulgular

Değişkenler		Ort.±SS
Adli Olaydaki Yaşı		36,00±5,22
		% (n)
Adli Açıdan Olayın Türü	Kişiyeye Yönelik	64,0 (32)
	Kamuya Yönelik	10,0 (5)
	Kişiyeye ve Mala Yönelik	26,0 (13)
Adli Olayın Şekli	Yaralanmaya neden olmayan saldırı	44,0 (22)
	Uyuşturucu madde bulundurmak/kullanmak/imal etmek	8,0 (4)
	Tehdit ve Eşyaya zarar verme	32,0 (16)
	Diğer	16,0 (8)
Adli Olayın Kime Karşı İşlendiği	Anne	32,0 (16)
	Baba	6,0 (3)
	Kardeş	22,0 (11)
	Akraba	18,0 (9)
	Komşu	12,0 (6)
	Kişiyeye yönelik değil	10,0 (5)
Eylemde Bulunma Şekli	Çıplak el	30,0 (15)
	Sözel	4,0 (2)
	Diğer	10,0 (5)
	Kişiyeye yönelik değil	10,0 (5)
	Çıplak el ve Sözel	46,0 (23)
Adli Olayın Hastalığın Hangi Döneminde Gerçekleştiği	Hastalığın ilk yılında	28,0 (14)
	Hastalığın 2-5. Yılları arasında	4,0 (2)
	Hastalığın 10. Yılından sonra	68,0 (34)
Adli Olayın Gerçekleştiği Saat	12:00-18:00	30,0 (15)
	18:00-00:00	70,0 (35)
Adli Eylem Tek Başına mı Gerçekleşti	Evet	88,0 (44)
	Hayır	12,0 (6)
Adli Eylem Planlı mı Gerçekleşti	Evet	12,0 (6)
	Hayır	88,0 (44)
Olay Öncesi Düzenli İlaç Kullanımı	Yok	36,0 (18)
	Var	64,0 (32)
Olay Öncesi Kullanılan İlaç Türü	Antipsikotik	31,2 (10)
	Antidepresan ve Antipsikotik	68,8 (22)
İntihar Girişimi Zamanı	Olaydan Önce	62,5 (10)
	Olaydan Sonra	37,5 (6)
Olay Öncesi Hastaneye Yatış	Hayır	66,0 (33)
	Evet	34,0 (17)

SS: Standart sapma, Ort: Ortalama değer

3.4. Ruhsal Hastalık Belirti ve Bulguları

3.4.1. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği Bulguları

Adli kaydı bulunan katılımcıların %78,0'i (n=39) depresyon belirtileri gösterirken, kontrol grubunun %86,0'sı (n=43) göstermiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t: 1,084 p:0,298). Adli kaydı bulunan katılımcıların %40,0'ı (n=20) öfke belirtileri gösterirken, kontrol grubunda bu oran %44,0'tır (n=22) ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (t: 0,164 p:0,685). Adli kaydı bulunan katılımcıların %6,0'sı (n=3) mani belirtileri gösterirken, kontrol grubunun %8,0'i (n=4) mani belirtileri göstermiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p:1,000). Adli kaydı bulunan katılımcıların %84,0'ü (n=42) anksiyete belirtileri gösterirken, kontrol grubunun %92,0'sı (n=46) anksiyete belirtileri göstermiştir ve iki grup arasında anksiyete bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t: 1,515 p:0,218). Adli kaydı bulunan katılımcıların %50,0'si (n=25) somatik belirtiler gösterirken, kontrol grubunun %40,0'ı (n=20) göstermiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t: 1,010 p:0,315). Adli kaydı bulunan katılımcıların %16,0'sında (n=8) intihar düşünceleri bulunurken, kontrol grubunun %20,0'sinde (n=10) bulunmaktadır ve iki grup arasında intihar düşünceleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t: 0,271 p:0,603). Adli kaydı bulunan katılımcıların %80,0'inde (n=40), psikoz belirtileri görülürken kontrol grubunun %86,0'sında (n=43) görülmüştür ve iki grup arasında psikoz bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t: 0,638 p:0,424). Adli kaydı bulunan katılımcıların %48,0'inde (n=24) uyku sorunları görülürken, kontrol grubunun %54,0'ünde (n=27) görülmüştür ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t: 0,360 p:0,548). Adli kaydı bulunan katılımcıların %34,0'ünde (n=17) hafıza ile ilgili sorunlar görülürken kontrol grubunda da aynı oranlar görülmüştür (n=17, %34,0). İki grup arasında hafıza sorunları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t: 0,000 p:1,000). Adli kaydı bulunan katılımcıların %68,0'inde (n=34) tekrarlayan düşünce ve davranış belirtileri görülürken kontrol grubunun %74,0'ünde (n=37) görülmüştür ve iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (t: 0,437 p:0,509). Adli kaydı bulunan katılımcıların %14,0'ü (n=7) dissosiyasyon belirtileri gösterirken kontrol grubunun %12,0'si (n=6) göstermiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (t: 0,088 p:0,766). Adli kaydı bulunan katılımcıların %72,0'sinde (n=36) kişilik bozukluğu belirtileri görülürken kontrol grubunun %80,0'sında (n=40) görülmüştür. İki grup arasında kişilik bozukluğu belirtileri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t:

0,877 p:0,349). Adli kaydı bulunan katılımcıların %66,0'sında (n=33) madde kullanımı ile ilgili sorunlar görülürken kontrol grubunun %68,0'inde görülmüştür (n=34). İki grup arasında madde kullanımı ile ilgili sorunlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t:-0,045 p:0,832) (Çizelge 3.4).

3.4.2. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği Bulguları

Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği'nin toplam puanın ortalaması adli vaka kaydı bulunan grup için $41,78 \pm 9,32$, kontrol grubu için $37,58 \pm 21,21$ 'dir. Adli kaydı bulunan ve bulunmayan gruplar arasında Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($t = -1,28$, $p = 0,203$) (Çizelge 3.4).

3.5. Zeka Düzeyi Özellikleri

WAIS-R Benzerlikler Alt Testi toplam puanının ortalaması adli vaka kaydı bulunan grup için $14,2 \pm 2,31$, adli vaka kaydı bulunmayan grup için $13,5 \pm 4,04$ 'dir. Her iki grup arasında Benzerlikler Alt Testi toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = -0,107$, $p = 0,291$) (Çizelge 3.4).

Çizelge 3.4. Ruhsal Belirti ve Bulguların Karşılaştırılması

Değişkenler		Adli Olgu		Kontrol		df değeri	X ² değeri	p değeri
			% (n)	% (n)				
DSM-5 Birinci Düzyey Kesitsel Belirti Ölçeği	Depresyon	Var	78,0 (39)	86,0 (43)				
		Yok	22,0 (11)	14,0 (7)				
					1	1,084	0,298	
	Öfke	Var	40,0 (20)	44,0 (22)				
		Yok	60,0 (30)	56,0 (28)				
					1	0,164	0,685	
	Anksiyete	Var	84,0 (42)	92,0 (46)				
		Yok	16,0 (8)	8,0 (4)				
					1	1,515	0,218	
	Somatik Belirtiler	Var	50,0 (25)	40,0 (20)				
		Yok	50,0 (25)	60,0 (30)				
					1	1,010	0,315	

Çizelge 3.4. Devam

	İntihar	Var	16,0 (8)	20,0 (10)	1	0,271	0,603
		Yok	84,0 (42)	80,0 (40)			
	Psikoz	Var	80,0 (40)	86,0 (43)	1	0,638	0,424
		Yok	20,0 (10)	14,0 (7)			
	Uyku	Var	48,0 (24)	54,0 (27)	1	0,360	0,548
		Yok	52,0 (26)	46,0 (23)			
	Hafıza	Var	34,0 (17)	34,0 (17)	1	0,000	1,000
		Yok	66,0 (33)	66,0 (33)			
	Tekrarlayan Düşünce	Var	68,0 (34)	74,0 (37)	1	0,437	0,509
		Yok	32,0 (16)	26,0 (13)			
	Dissosiyasyon	Var	14,0 (7)	12,0 (6)	1	0,088	0,766
		Yok	86,0 (43)	88,0 (44)			
	Kişilik Bozukluğu	Var	72,0 (36)	80,0 (40)	1	0,877	0,349
		Yok	28,0 (14)	20,0 (10)			
	Madde	Var	66,0 (33)	68,0 (34)	1	-0,045	0,832
		Yok	34,0 (17)	32,0 (16)			
			<i>Ort.±SS</i> <i>Ortanca</i> <i>(Min.-</i> <i>Maks.)</i>	<i>Ort.±SS</i> <i>Ortanca</i> <i>(Min.-</i> <i>Maks.)</i>	<i>df</i> <i>değeri</i>	<i>t</i> <i>değeri</i>	<i>p</i> <i>değeri</i>
Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği	Toplam		41,78±9,32	37,58±21,21	67,2	-1,28	0,203
	Puan		43,00 (21,00- 57,00)	38,5 (2,00- 74,00)			
WAIS-R Benzerlikler Alt Testi	Toplam		14,2±2,31	13,5±4,04	78	-0,107	0,291
	Puan		15,00 (7,00- 17,00)	14,00 (7,00- 23,00)			

SS: Standart sapma, Ort: Ortalama değer, Min.: Minimum değer, Max.: Maksimum değer, t: Student's t-test, χ^2 : Pearson Ki-kare/ Fisher's Exact $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

3.6. İlgörü Özellikleri

Adli kaydı bulunan katılımcıların %74,0'ünün (n=37) ölçeğin uygulandığı dönemde hastalığa ilgörü bulunurken, kontrol grubunda bu oran %64,0 (n=32)'dür. Her iki grup arasında şimdiki dönemdeki hastalığa ilgörü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,280). Adli kaydı bulunan katılımcıların %12,0'sinin (n=6) geçmişte hastalığa ilgörü bulunurken, kontrol grubunda bu oran %26,0 (n=13)'dür. Her iki grup arasında geçmiş dönemdeki hastalığa ilgörü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,074). Adli kaydı bulunan katılımcıların %68,0'inin (n=34) ölçeğin uygulandığı dönemde tedaviye ilgörü bulunurken, kontrol grubunda bu oran %70,0 (n=35)'dir. Her iki grup arasında şimdiki dönemdeki tedaviye ilgörü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,829). Adli kaydı bulunan katılımcıların %26,0'sının (n=13) geçmişte tedaviye ilgörü bulunurken, kontrol grubunda bu oran %28,0 (n=14)'dir. Her iki grup arasında geçmiş dönemdeki tedaviye ilgörü bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,822). Adli kaydı bulunan katılımcıların %38,0'inin (n=19) ölçeğin uygulandığı dönemde hastalığın sonuçlarına ilgörü bulunurken, kontrol grubunda bu oran %44,0 (n=22)'dür. Her iki grup arasında şimdiki dönemdeki hastalığın sonuçlarına ilgörü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,542). Adli kaydı bulunan katılımcıların %26,0'sının (n=13) geçmişte hastalığın sonuçlarına ilgörü bulunurken, kontrol grubunda bu oran %30,0 (n=15)'dur. Her iki grup arasında geçmiş dönemdeki hastalığın sonuçlarına ilgörü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,656) (Çizelge 3.5).

Çizelge 3.5. İlgörü Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler		Adli Olgu	Kontrol	df değeri	X ² değeri	p değeri
		% (n)	% (n)			
Hastalığa İlgörü (Şimdi)	Farkında	74,0 (37)	64,0 (32)	1	1,169	0,280
	Farkında Değil	26,0 (13)	36,0 (18)			
Hastalığa İlgörü (Geçmiş)	Farkında	12,0 (6)	26,0 (13)	1	3,184	0,074
	Farkında Değil	88,0 (44)	74,0 (37)			

Çizelge 3.5. Devam

Tedaviye İlgörü (Şimdi)	Farkında	68,0 (34)	70,0 (35)	1	0,047	0,829
	Farkında Değil	32,0 (16)	30,0 (15)			
Tedaviye İlgörü (Geçmiş)	Farkında	26,0 (13)	28,0 (14)	1	0,051	0,822
	Farkında Değil	74,0 (37)	72,0 (36)			
Hastalığın Sonuçlarına İlgörü (Şimdi)	Farkında	38,0 (19)	44,0 (22)	1	0,372	0,542
	Farkında Değil	62,0 (31)	56,0 (28)			
Hastalığın Sonuçlarına İlgörü (Geçmiş)	Farkında	26,0 (13)	30,0 (15)	1	0,198	0,656
	Farkında Değil	74,0 (37)	70,0 (35)			

χ^2 : Pearson Ki-kare $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

3.7. Aleksitimi Özellikleri

Adli kaydı bulunan katılımcıların Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden aldıkları toplam puanların ortalaması $62,02 \pm 9,57$ (min-max) olarak bulunurken, kontrol grubunun ortalaması $63,58 \pm 12,74$ (min-max) olarak bulunmuştur. Adli kaydı bulunan ve bulunmayan gruplar arasında Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = -0,692$, $p = 0,491$). Adli kaydı bulunan katılımcıların Duyguyu Tanımda Güçlük alt ölçeğinden aldıkları toplam puanların ortalaması $20,98 \pm 6,51$ ve kontrol grubunun ortalaması $21,54 \pm 7,50$ 'tür. Her iki grup arasında duyguyu tanımda güçlük açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = -0,398$, $p = 0,691$). Adli kaydı bulunan katılımcıların Duyguyu Söze Dökmede Güçlük alt ölçeğinden aldıkları toplam puanların ortalaması $14,80 \pm 3,98$ ve kontrol grubunun ortalaması $16,66 \pm 5,09$ 'dır. Adli kaydı bulunan grupta Duyguyu Söze Dökmede Güçlük alt ölçeği puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t = -2,033$, $p = 0,045$). Adli kaydı bulunan katılımcıların Dışa Vuruk Düşünme alt ölçeğinden aldıkları toplam puanların ortalaması $26,24 \pm 2,47$ ve kontrol grubunun ortalaması $25,38 \pm 4,65$ 'dir. Adli

kaydı bulunan ve bulunmayan gruplar arasında dışa vuruk düşünme açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($t=1,194$, $p=0,251$) (Çizelge 3.6).

Çizelge 3.6. Aleksitimi Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Adli Olgu	Kontrol			
TAÖ-20	Ort.±SS Ortanca (Min.- Maks.)	Ort.±SS Ortanca (Min.- Maks.)	df değeri	t değeri	p değeri
Toplam Puan	62,02±9,57 61,50 (32,00-85,00)	63,58±12,74 62,5 (46,00-95,00)	98	-0,692	0,491
Duyguyu Tanımada Güçlük	20,98±6,51 20,00 (7,00-35,00)	21,54±7,50 21,00 (10,00-35,00)	98	-0,398	0,691
Duyguyu Söze Dökmede Güçlük	14,80±3,98 14,50 (5,00-24,00)	16,66±5,09 16,50 (5,00-25,00)	98	-2,033	0,045*
Dışa Vuruk Düşünme	26,24±2,47 27,00(20,00-30,00)	25,38±4,65 25,00(16,00-35,00)	98	1,194	0,251

TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği, SS: Standart sapma, Ort: Ortalama değer, Min.: Minimum değer, Max.: Maksimum değer, t: Student's t-test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

3.8. Saldırganlık ve Dürtüsellik Özellikleri

Adli kaydı bulunan katılımcıların Buss Perry Saldırganlık Ölçeği'nden aldıkları toplam puanların ortalaması $82,00\pm15,23$ olarak bulunurken, kontrol grubunun ortalaması $64,26\pm18,19$ olarak bulunmuştur. Adli kaydı bulunan grubun Buss Perry Saldırganlık Ölçeği'nden aldıkları toplam puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur ($t=5,281$, $p<0,001$). Adli kaydı bulunan katılımcıların fiziksel saldırganlık alt ölçeğinden aldıkları toplam puanların ortalaması $27,22\pm7,57$ ve kontrol grubunun ortalaması $14,46\pm6,77$ 'dir. Adli kaydı bulunan grubun fiziksel saldırganlık alt ölçeğinden aldıkları toplam puanların kontrol grubuna göre daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=8,875$, $p<0,001$). Adli kaydı bulunan katılımcıların öfke alt ölçeğinden aldıkları toplam puanların ortalaması $20,08\pm5,46$ ve kontrol grubunun ortalaması $15,88\pm6,41$ 'dir. Adli kaydı bulunan grubun öfke alt ölçeğinden aldıkları toplam puanların kontrol grubuna göre daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=3,524$, $p=0,001$). Adli kaydı bulunan katılımcıların düşmanlık alt ölçeğinden aldıkları toplam puanların ortalaması $19,96\pm6,77$ ve kontrol grubunun ortalaması $21,48\pm8,29$ 'dur. Adli kaydı bulunan ve bulunmayan gruplar arasında düşmanlık alt ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($t=-1,004$, $p=0,318$). Adli kaydı bulunan katılımcıların sözel saldırganlık alt ölçeğinden aldıkları

toplam puanların ortalaması $14,72 \pm 7,44$ ve kontrol grubunun ortalaması $12,44 \pm 6,29$ 'dur. Adli kaydı bulunan ve bulunmayan gruplar arasında sözel saldırganlık alt ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($t=1,653$, $p=0,101$) (Çizelge 3.7).

Adli kaydı bulunan katılımcıların Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11-Kısa Form'dan aldıkları toplam puanların ortalaması $38,16 \pm 4,84$ olarak bulunurken, kontrol grubunun ortalaması $29,8 \pm 9,64$ olarak bulunmuştur. Adli kaydı bulunan grupta BDÖ-11-KF'den aldıkları toplam puanların kontrol grubuna göre daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=5,493$, $p<0,001$). Adli kaydı bulunan katılımcıların dikkat dürtüsellik alt ölçeğinden aldıkları toplam puanların ortalaması $13,82 \pm 1,54$ ve kontrol grubunun ortalaması $10,02 \pm 4,25$ 'dir. Adli kaydı bulunan grubun dikkat dürtüsellik alt ölçeğinden aldıkları toplam puanların kontrol grubuna göre daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=5,935$, $p<0,001$). Adli kaydı bulunan katılımcıların motor dürtüsellik alt ölçeğinden aldıkları toplam puanların ortalaması $10,28 \pm 2,20$ ve kontrol grubunun ortalaması $8,46 \pm 2,51$ 'dir. Adli kaydı bulunan grubun motor dürtüsellik alt ölçeğinden aldıkları toplam puanların kontrol grubuna göre daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=3,847$, $p<0,001$). Adli kaydı bulunan katılımcıların plan yapmama alt ölçeğinden aldıkları toplam puanların ortalaması $14,06 \pm 4,63$ ve kontrol grubunun ortalaması $11,30 \pm 5,43$ 'tür. Adli kaydı bulunan grubun plan yapmama alt ölçeğinden aldıkları toplam puanların kontrol grubuna göre daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=2,734$, $p=0,007$) (Çizelge 3.8).

Çizelge 3.7. Adli Kaydı Bulunan ve Bulunmayan Grubun Saldırganlık Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Adli Olgu	Kontrol			
BPSÖ	Ort.±SS Ortanca (Min.- Maks.)	Ort.±SS Ortanca (Min.- Maks.)	df değeri	t değeri	p değeri
Toplam Puanı	$82,00 \pm 15,23$ 80,00 (55,00-129,00)	$64,26 \pm 18,19$ 63,5 (32,00-127,00)	98	5,281	<0,001*
Fiziksel Saldırganlık	$27,22 \pm 7,57$ 26,00(15,00-43,00)	$14,46 \pm 6,77$ 13,00(9,00-45,00)	98	8,875	<0,001*
Öfke	$20,08 \pm 5,46$ 20,00(11,00-30,00)	$15,88 \pm 6,41$ 16,00(7,00-35,00)	98	3,524	0,001*
Düşmanlık	$19,96 \pm 6,77$ 19,00(8,00-36,00)	$21,48 \pm 8,29$ 21,50(8,00-36,00)	98	-1,004	0,318
Sözel Saldırganlık	$14,72 \pm 7,44$ 13,00(5,00-25,00)	$12,44 \pm 6,29$ 10,50(5,00-25,00)	98	1,653	0,101

BPSÖ: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği, SS: Standart sapma, Ort: Ortalama değer, Min.: Minimum değer, Max.: Maksimum değer, t: Student's t-test, $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Çizelge 3.8. Dürtüsellik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Adli Olgu	Kontrol	df	t	p
	Ort.±SS Ortanca (Min.- Maks.)	Ort.±SS Ortanca (Min.-Maks.)	değeri	değeri	değeri
Toplam Puan	38,16±4,84 38,50 (31,00-50,00)	29,8±9,64 27,00 (16,00-54,00)	98	5,493	0,000*
Dikkat Dürtüselligi	13,82±1,54 13,00(11,00-17,00)	10,02±4,25 9,00(5,00-20,00)	98	5,935	0,000*
Motor Dürtüsellik	10,28±2,20 10,00(7,00-15,00)	8,46±2,51 8,00(5,00-15,00)	98	3,847	0,000*
Plan Yapmama	14,06±4,63 15,50(5,00-20,00)	11,30±5,43 11,00(5,00-20,00)	98	2,734	0,007*

BDÖ-11-KF: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-Kısa Form SS: Standart sapma, Ort.: Ortalama değer, Min: Minimum değer, Max: Maksimum değer, t: Student's t-test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı

3.9. Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Çalışmada yer alan adli kaydı olan ve olmayan grupların sosyodemografik özelliklerle ilişkisi Tablo Çizelge 3.9'da gösterilmiştir. Buna göre, adli kaydı olan ve olmayan grupların cinsiyet ile negatif yönlü ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir (r: -0,208 p<0,05). Bunun yanı sıra, adli kaydı olan ve olmayan grupların medeni durum ile pozitif yönde ilişkisinin olduğu belirlenirken (r:0,364 p<0,05), eğitim durum ile pozitif yönlü ilişkisinin olduğu saptanmıştır (r:0,341 p<0,05). Dahası, bireyin yaşadığı evin özellikleri ile adli kaydı olan ve olmayan gruplar arasında pozitif yönde bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir (r:0,208 p<0,05).

Adli kaydı olan ve olmayan grupların klinik özelliklerle olan ilişkisi ise Çizelge 3.10'da gösterilmiştir. Buna göre, adli kaydı olan ve olmayan grupların sadece hastaneye yatış durumu ile pozitif yönlü bir ilişkisinin bulunduğu belirlenmiştir (r:0,403 p<0,05).

Çizelge 3.9. Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi

r	Yaş	Cinsiyet	Medeni durum	Eğitim durumu	Çocuk sahibi olma	Çalışma durumu	Gelir düzeyi	Doğum yeri	Yaşadığı yer	Göç	Yaşadığı ev	Birlikte yaşadığı kişiler
Adli kaydı olan/olma yan hasta grupları	0,037	-0,208*	0,364*	0,341*	-0,045	0,137	-0,137	-0,180	-0,052	0,020	0,208*	-0,021

r: Spearman sıralama korelasyon testi katsayısı, *Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı (two-tailed).

Çizelge 3.10. Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların Klinik Özelliklerle İlişkisi

r	Hastalık başlangıç yaşı	Hastaneye yatış	İntihar girişimi	Kesici alet/sigara izi	Stresli yaşam olayları öyküsü	Ailede psikiyatrik öykü	Ailede suç öyküsü	Psikiyatrik ilaç türü
Adli kaydı olan/olmayan hasta grupları	-0,119	0,403*	0,000	0,140	-0,140	0,127	-0,030	-0,120

r: Spearman sıralama korelasyon testi katsayısı, *Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı (two-tailed).

3.10. Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların Psikiyatrik Belirti ve Zeka Özellikleri

Adli kaydı olan ve olmayan grupların KPDÖ, WAIS-R BAT ve DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği ile olan ilişkisi Çizelge 3.11’de gösterilmiştir. Buna göre, yapılan korelasyon analizinde hiçbir ölçek toplam puanı ve alt test puanları ile anlamlı bir ilişki elde edilememiştir (Çizelge 3.11).

Çizelge 3.11. Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların Psikiyatrik Belirtiler ve Zeka ile İlişkisi

r	KPDÖ	BAT	DSM-5 .depresyon	DSM-5 öfke	DSM-5 mani	DSM-5 anksiyete	DSM-5 somatik belirtiler	DSM-5 intihar	DSM-5 psikoz	DSM-5 uyku	DSM-5 hafıza	DSM-5 tekrarlayan düşünce	DSM-5 dissosiyasyon	DSM-5 kişilik	DSM-5 madde
Adli kaydı olan/ olmayan hasta grupları	0,097	0,139	0,156	0,000	-0,118	0,123	0,181	-0,052	0,080	0,100	0,000	0,022	-0,030	0,047	0,106

r: Spearman sıralama korelasyon testi katsayısı, *Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı (two-tailed).

3.11. Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların İçgörü Özellikleri

Adli kaydı olan ve olmayan grupların AHİÖ ile olan ilişkisi Çizelge 3.12’de gösterilmiştir. Buna göre, yapılan korelasyon analizinde hiçbir içgörü alanı ile anlamlı bir ilişki elde edilememiştir.

Çizelge 3.12. Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların İçgörü ile İlişkisi

r	Hastalığa içgörü (Şimdi)	Hastalığa içgörü (Geçmiş)	Tedaviye içgörü (Şimdi)	Tedaviye içgörü (Geçmiş)	Hastalık sonuçlarına içgörü (Şimdi)	Hastalık sonuçlarına içgörü (Geçmiş)
Adli kaydı olan/ olmayan hasta grupları	0,108	-0,178	-0,022	-0,023	-0,061	-0,045

r: Spearman sıralama korelasyon testi katsayısı, *Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı (two-tailed).

3.12. Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların Aleksitimi Özellikleri

Adli kaydı olan ve olmayan grupların TAÖ-20 toplam puanı ve alt ölçekleriyle olan ilişkisi Çizelge 3.13'te gösterilmiştir. Buna göre, adli kaydı olan ve olmayan grupların sadece duygularını söze dökmede güçlük alt ölçeği ile negatif yönlü ve zayıf bir ilişkisinin bulunduğu belirlenmiştir ($r: -0,213$ $p < 0,05$).

Çizelge 3.13. Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların Aleksitimi ve Alt Ölçekleri ile İlişkisi

r	TAÖ-20 Toplam puan	Duygularını tanımada güçlük	Duygularını söze dökmede güçlük	Dışa vuruk düşünme
Adli kaydı olan/ olmayan hasta grupları	-0,008	-0,026	-0,213*	0,199

r: Spearman sıralama korelasyon testi katsayısı, *Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı (two-tailed).

3.13. Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların Saldırganlık ve Dürtüsellik Özellikleri

Adli kaydı olan ve olmayan grupların BPSÖ toplam puanı, BDÖ-11-KF toplam puanı ve alt ölçek puanları ile olan ilişkisi Çizelge 3.14'te gösterilmiştir. Buna göre, adli olgu ve kontrol olarak ikiye ayırdığımız hasta gruplarının BPSÖ toplam puanı ile pozitif yönlü ve orta derecede ($r: 0,559$ $p < 0,005$), fiziksel saldırganlık alt testi ile pozitif yönlü ve yüksek derecede ($r: 0,736$ $p < 0,005$) ve öfke alt ölçeği ile pozitif yönlü ve zayıf derecede ($r: 0,349$ $p < 0,005$) korele olduğu bulunmuştur. Adli kaydı olan ve olmayan grupların BDÖ-11-KF ve alt ölçekleriyle ilişkisi değerlendirildiğinde ise, toplam puanı ile pozitif yönlü ve orta derecede ($r: 0,499$ $p < 0,005$), dikkat dürtüsellliği alt ölçeği ile pozitif yönlü ve orta derecede ($r: 0,536$ $p < 0,005$), motor dürtüsellik alt ölçeği ile pozitif yönlü ve zayıf derecede ($r: 0,346$ $p < 0,005$) ve plan yapamama alt ölçeği ile pozitif yönlü ve zayıf derecede ($r: 0,243$ $p < 0,005$) korele olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 3.14. Adli Kaydı Olan ve Olmayan Grupların Saldırganlık, Dürtüsellik ve Alt Ölçekleri ile İlişkisi

r	BPSÖ Toplam	Fiziksel saldırganlık	Öfke	Düşmanlık	Sözel saldırganlık	BDÖ-11-KF toplam puan	Dikkat dürtüsellliği	Motor dürtüsellik	Plan yapamama
Adli kayı olan/ olmayan hasta grupları	0,559*	0,736*	0,349*	-0,084	0,137	0,499*	0,536*	0,346*	0,243*

r: Spearman sıralama korelasyon testi katsayısı, *Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı (two-tailed).

3.14. Adli Nitelikli Eylemlerin İşlenmesi ile Aleksitimi ve Alt Boyutlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi

Aleksitimi ve alt boyutları ile adli nitelikli eylem işleme arasındaki düzeltilmiş ilişkiler Çizelge 3.15'te görülmektedir. Öncelikle TAÖ-20'nin toplam puanının ve alt ölçek puanlarının düzeltilmemiş analizle ilişki kuvvetleri, odds oranları ve güven aralıkları belirlendi (TAÖ-20 toplam puanı için OR:0,988 %95CI:0,953-1,023, $p>0,05$; duygu tanımada güçlük alt ölçeği için OR:0,989 %95CI:0,934-1,046, $p>0,05$; duyguyu söze dökmede güçlük için OR:0,914 %95CI:0,835-0,999, $p<0,05$; dışa vuruk düşünme için OR:1,065 %95CI: 0,956-1,187, $p>0,05$). Ayrıca sadece duyguyu söze dökmede güçlük alt ölçeğinin anlamlı etkiye sahip olduğu ve bu etkinin ters yönlü olduğu görüldü (TAÖ-20 toplam puanı için B:-0,013; duygu tanımada güçlük alt ölçeği için B:-0,012; duyguyu söze dökmede güçlük için B:-0,090; dışa vuruk düşünme için B:0,063).

Model 1'de yapılan düzeltmeler sonucunda TAÖ-20 toplam puanının ve tüm alt ölçeklerinin odds oranlarında ve güven aralıklarında azalma saptanırken sadece duyguyu söze dökmede güçlük alt ölçeğinin anlamlı etkiye sahip olduğu belirlendi (TAÖ-20 toplam puanı için OR:0,965 %95CI: 0,924-1,007, $p>0,05$; duygu tanımada güçlük alt ölçeği için OR:0,958 %95CI: 0,895-1,025, $p>0,05$; duyguyu söze dökmede güçlük için OR:0,877 %95CI: 0,786-

0,979, $p<0,05$; dışa vuruk düşünme için OR:1,025 %95CI: 0,902-1,165, $p>0,05$). Dahası, TAÖ-20 toplam puanının, duygu tanımada güçlük ve dışa vuruk düşünme alt ölçeklerinin adli nitelikli eylem işleme üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı görülürken, duyguyu söze dökmede güçlük alt ölçeğinin ters yönlü anlamlı etkisini korumaya devam ettiği görüldü (TAÖ-20 toplam puanı için B:-0,036; duygu tanımada güçlük alt ölçeği için B:-0,043; duyguyu söze dökmede güçlük için B:-0,131; dışa vuruk düşünme için B:0,025).

Model 2’de yapılan düzeltmeler sonucunda, TAÖ-20 toplam puanının ve tüm alt ölçeklerinin odds oranlarında ve güven aralıklarında azalma saptandı (TAÖ-20 toplam puanı için OR:0,929 %95CI: 0,881-0,980, $p<0,05$; duygu tanımada güçlük alt ölçeği için OR: 0,928 %95CI: 0,858-1,003, $p>0,05$; duyguyu söze dökmede güçlük için OR: 0,796 %95CI: 0,691-0,916, $p<0,05$; dışa vuruk düşünme için OR:0,937 %95CI: 0,812-1,081, $p>0,05$). Ayrıca, model 2’de yapılan düzeltmeler sonucunda TAÖ-20 toplam puanının adli nitelikli eylem işleme üzerinde negatif yönlü anlamlı bir etkiye sahip olduğu ve duyguyu söze dökmede güçlük alt ölçeğinin negatif yönlü anlamlı etkisinin devam ettiği belirlendi (TAÖ-20 toplam puanı için B:-0,074; duygu tanımada güçlük alt ölçeği için B:-0,075; duyguyu söze dökmede güçlük için B:-0,229; dışa vuruk düşünme için B:-0,065). Bunun yanı sıra model 2’de görülen bir başka değişim ise, model 1’deki düzeltmeler sonucunda adli nitelikli eylem işleme üzerinde pozitif yönlü etkiye sahip olduğu görülen dışa vuruk düşünme alt ölçeğinin bu etkisinin, model 2’de yapılan düzeltmeler neticesinde negatif yönde değişim gösterdiği görüldü. Ancak bu etkilerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi.

Model 3’te yapılan düzeltmeler sonucunda, TAÖ-20 toplam puanının ve tüm alt ölçeklerinin odds oranlarında ve güven aralıklarında azalmaların devam ettiği belirlendi (TAÖ-20 toplam puanı için OR: 0,896 %95CI: 0,837-0,958, $p<0,05$; duygu tanımada güçlük alt ölçeği için OR: 0,886 %95CI: 0,805-0,976, $p<0,05$; duyguyu söze dökmede güçlük için OR:0,762 %95CI: 0,648-0,898, $p<0,05$; dışa vuruk düşünme için OR: 0,890 %95CI: 0,757-1,048, $p>0,05$). TAÖ-20 toplam puanının ve duygu söze dökmede güçlük alt ölçeğinin anlamlı etkisini buradaki düzeltmeler sonucunda da koruduğu görülürken, duyguyu tanımada güçlük alt ölçeğinin de adli nitelikli eylem işleme üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edildi. Söz konusu bu etkiler ile adli nitelikli eylem işleme arasındaki ilişkinin ters yönlü olduğu görüldü (TAÖ-20 toplam puanı için B:-0,110; duygu tanımada güçlük alt ölçeği için B:-0,121; duyguyu söze dökmede güçlük için B:-0,271; dışa vuruk düşünme için B:-0,116).

Model 4'te ise, TAÖ-20 toplam puanının ve tüm alt ölçeklerinin odds oranlarında ve güven aralıklarında azalmaların sürdüğü, TAÖ-20 toplam puanının, duygu tanımada güçlük alt ölçeğinin ve duygu söze dökmede güçlük alt ölçeğinin adli nitelikli eylem işleme üzerindeki negatif yönlü anlamlı etkilerinin devam ettiği, dışa vuruk düşünme alt ölçeğinin adli nitelikli eylem işleme üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlendi (TAÖ-20 toplam puanı için OR:0,839 %95CI: 0,757-0,930, B:-0,176, p<0,05; duygu tanımada güçlük alt ölçeği için OR:0,848 %95CI: 0,751-0,956, B:-0,165, p<0,05; duyguyu söze dökmede güçlük için OR:0,687 %95CI: 0,552-0,855, B:-0,375, p<0,05; dışa vuruk düşünme için OR:0,841 %95CI: 0,694-1,020, B:-0,173, p>0,05).

Çizelge 3.15. Aleksitimi ile Adli Nitelikli Eylem İşleme Arasındaki Düzeltilmiş İlişkiler (OR, %95 CI)

	Düzeltilmemiş	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
TAÖ-20 Toplam	0,988 (0,953-1,023)	0,965 (0,924-1,007)	0,929 (0,881-0,980)*	0,896 (0,837-0,958)*	0,839 (0,757-0,930)*
Duygu tanımada güçlük	0,989 (0,934-1,046)	0,958 (0,895-1,025)	0,928 (0,858-1,003)	0,886 (0,805-0,976)*	0,848 (0,751-0,956)*
Duygu söze dökmede güçlük	0,914 (0,835-0,999)*	0,877 (0,786-0,979)*	0,796 (0,691-0,916)*	0,762 (0,648-0,898)*	0,687 (0,552-0,855)*
Dışa vuruk düşünme	1,065 (0,956-1,187)	1,025 (0,902-1,165)	0,937 (0,812-1,081)	0,890 (0,757-1,048)	0,841 (0,694-1,020)

Model 1'e giren değişkenler: Cinsiyet, Medeni durum, Eğitim durumu; Model 2' giren değişkenler: Model 1 ve Hastaneye yatış durumu; Model 3'e giren değişkenler: Model 2 ve BPSÖ toplam puanı; Model 4'e giren değişkenler: Model 3 ve BDÖ-11-KF toplam puanı; *p < 0,05; OR: Odds oranı, CI: Güven aralığı, B: Regresyon katsayısı

4. TARTIŞMA

Bu çalışma, şizofreni hastalarının suç davranışı ile aleksitimi özelliklerinin ilişkisini belirlemek amacıyla, adli kaydı bulunan ve bulunmayan şizofreni hastaları ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya dahil edilen olgu ve kontrol hastaları sosyodemografik ve klinik özellikleri, belirti ve şikayetleri, zeka düzeyleri, içgörü durumları, aleksitimi özellikleri, saldırganlık ve dürtüsellik düzeyleri bakımından incelenerek, iki grup arasında farklılıkların olup olmadığı araştırılmıştır.

İki grup arasında sosyodemografik verilerin karşılaştırmaları sonucunda, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmiştir. Buna göre, adli kaydı bulunan şizofreni grubunda erkek cinsiyet, bekar olmak ve 8 yıl ve altı eğitime sahip olmak adli olgu olmayan şizofreni grubuna göre ağırlıkta idi. Landgraf vd. (2013), adli kaydı bulunan şizofreni grubunun adli olmayan gruba göre evli olma durumu açısından daha düşük olduğunu bildirirken, iki hasta grubu arasında eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmişlerdir. Demirbuga vd. (2013) ise, adli kaydı olan ve adli kaydı olmayan şizofreni grupları arasında cinsiyet bakımından anlamlı fark olduğunu ancak medeni durum bakımından anlamlı bir fark olmadığını bildirmişlerdir. Ghoreishi vd. (2015) çalışmalarında adli kaydı olan ve olmayan şizofreni gruplarını karşılaştırmış ve medeni durum bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmişlerdir. Ayrıca, çalışmamızdaki olgu ve kontrol grupları arasında, hastane yatışının olup olmadığı açısından da istatistiksel olarak anlamlı farkın olması ve adli olgu grubunda en az 1 kez psikiyatri servisine yatışı bulunanların sayısının adli kaydı bulunmayan şizofreni grubuna göre daha fazla olması araştırmamızın bir diğer önemli sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızın bu sonucunun alanyazındaki çalışmaların bulgularıyla benzerlik gösterdiği bulunmuştur (Fleischman vd., 2014; Wang vd., 2020). İki grup arasında psikiyatrik belirti ve şikayetler, zeka düzeyi ve içgörü bakımından herhangi bir farklılık bulunmadığı izlendi. Bu konuda yapılan çalışmaların sonuçlarıyla bizim bulgularımızın benzerlik gösterdiği görülürken, tam tersi sonuçları elde eden çalışmaların yer aldığı da belirlendi (Ahmed vd., 2015; Ekinci ve Ekinci, 2013; Fazel vd., 2014; Frommann vd., 2013; Kashiwagi vd., 2015; O'Reilly vd., 2015; Witt vd., 2013).

İki grup arasında duyguyu söze dökmede güçlük yaşama konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların bulunduğu tespit edilirken, kontrol grubunun adli olgu grubuna göre daha yüksek duyguyu söze dökmede güçlük alt ölçeği puanlarına sahip olduğu görüldü.

Çalışmamızın bu sonucuyla benzer sonuçlar elde eden çalışmaların bulunmasının yanı sıra, farklı sonuçlar elde eden çalışmalar bulunmaktadır (De Sanctis vd., 2013; Leshem vd., 2022; Sedgwick vd., 2017). Dahası, iki grup arasında saldırganlık, fiziksel saldırganlık, öfke, dürtüsellik, dikkat dürtüsellliği, motor dürtüsellliği ve plan yapamama konularında da anlamlı farklılıklar bulundu. Buna göre, adli olgu grubunun kontrol grubuna göre daha yüksek saldırganlık, fiziksel saldırganlık, öfke, dürtüsellik, dikkat dürtüsellliği, motor dürtüsellliği ve plan yapamama puanlarına sahip olduğu belirlendi. Bu bağlamda çalışmamızdan alanyazınla uyumlu sonuçlar elde edildiği görüldü (Ahmed vd., 2018; Frommann vd., 2013; Kaya vd., 2023; Refaat vd., 2015; Witt vd., 2013). Duyguyu söze dökmede güçlüğün suç davranışı ile diğer karıştırıcılardan bağımsız olarak ilişkili olduğu, aleksitimi toplam puanının ve duyguyu tanımda güçlüğün ise karıştırıcılar için yapılan düzeltmeler sonrasında ilişkili olduğu bulundu.

Çalışmamızda, olgu ve kontrol grupları arasında yaş ortalamaları bakımından fark bulunmamıştır. Alanyazında, genç yaşın şiddet içerikli ve saldırgan davranışların şizofreni hastalarında ortaya çıkmasında etkili olan risk faktörleri arasında olduğunu gösteren çalışmaların bulunmasının yanı sıra (Černý vd., 2018; Dack vd., 2013; Ghoreishi vd., 2015), yaşın şizofreni ve şiddet davranışında etkisinin bulunmadığını bildiren çalışmalar da yer almaktadır (Iozzino vd., 2015).

Çalışmamızda cinsiyet dağılımları değerlendirildiğinde, adli kaydı bulunan grupta erkeklerin oranının diğer gruba göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç, erkeklerin genel olarak adli nitelikli eylemlerde bulunma eğiliminin daha yüksek olduğunu desteklemektedir. Erkek olma durumunun şizofreni hastalarında saldırgan ve adli olgu olarak değerlendirilen davranışların görülmesinde önemli bir risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalar, elde ettiğimiz bu bulguyu destekler niteliktedir (Fleischman vd., 2014; Iozzino vd., 2015; Whiting vd., 2022). Adli olgularda erkeklerin kadınlara göre daha fazla görülmesinin sebebi, şizofreni hastası kadınların erkeklere göre daha iyi bir klinik tabloya, sosyal uyuma ve işlevselliğe sahip olmalarına bağlı olabileceği ile açıklanmaya çalışılmıştır (Landgraf vd., 2013). Erkek cinsiyet ile şizofrenide şiddet ve saldırgan davranışlar ilişkisine dair yapılan açıklamalardan bir diğeri de, kadınlara göre erkeklerde daha yüksek dürtüsellik düzeylerinin görülmesidir (Jeyagurunathan vd., 2022). Öte yandan, ceza gerektiren eylemlerin ortaya çıkmasında rol oynayan risk faktörleri cinsiyetler arasında farklılıklar gösterebildiği gibi, bu faktörlerin etkileri de değişkenlikler sunabilmektedir (Yee vd., 2020). Ancak cinsiyet ile suç arasında ilişki elde eden çalışmaların yanı sıra, ilişki bulunmadığını tespit eden

çalışmalar da bulunmaktadır (Wang vd., 2020). Bu nedenle, cinsiyet şizofreni hastalarında adli nitelikli eylemlerin sergilenmesinin öngörülmesinde karmaşık bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda adli kaydı bulunan grupta bekâr bireylerin oranının daha yüksek olduğu ve eğitim düzeyinin daha düşük olduğu saptandı. Ayrıca yapılan korelasyon analizi sonucunda, hasta gruplarının medeni durum ve eğitim durumu ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerinin bulunduğu belirlendi. Bu sonuçlar, bekâr olmanın ve düşük eğitim düzeyinin suça yatkınlıkla ilişkili olabileceğini işaret etmektedir. Bekar olan bireylerin adli eylemlere yatkınlık göstermesini sosyal destek mekanizmalarındaki eksiklik ve yaşam tarzlarındaki düzensizlikle, düşük eğitim düzeyine sahip olan bireylerin de problem çözme becerilerini yeteri kadar geliştirememiş olmaları, olaylara alternatif yaklaşımlar üretme yeteneklerinde yetersizlik göstermeleri, geleceğe yönelik hedefler ve planlar yapamamaları ve düşük bilişsel işlevsellik düzeylerine sahip olmaları ile açıklamak mümkündür (Mosotho vd., 2017; Reinharth vd., 2014). Landgraf vd. (2013) adli kaydı olan ve olmayan iki şizofreni hastası grubunu karşılaştırdıkları çalışmalarında iki grup arasında medeni durum açısından anlamlı fark elde ederken, eğitim düzeyinin iki grup arasında anlamlı bir fark göstermediğini bulmuşlardır. Ülkemizde Ekinci ve Ekinci (2013) tarafından yapılan çalışmada ise, adli kaydı olan ve olmayan iki şizofreni grubu arasında medeni durum ve eğitim düzeyi açısından anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında şizofreni hastalarının medeni durumlarının ve eğitim düzeylerinin suç davranışı ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir (Witt vd., 2013). Çevik vd. (2019) ise çalışmalarında, adli kaydı olan ve olmayan şizofreni hastalarını karşılaştırmışlar ve bekar olanların adli kaydı olan grupta (%66,7) adli kaydı olmayan gruba göre (%33,3) daha fazla olduğunu ve iki grup arasında anlamlı bir fark bulunduğunu ancak eğitim düzeyleri bakımından bulunmadığını bildirmişlerdir. Çalışma sonuçlarındaki bu farklılıklar çalışmaların gerçekleştirildiği toplumların özellikleri ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda iki grup arasında çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu, çalışma yılı, gelir düzeyi, doğum yeri, yaşadığı yer, göç etme durumu ve birlikte yaşadığı kişiler gibi diğer sosyodemografik faktörler bakımından anlamlı farklılıklar elde edilmemiştir. Çalışmamızın bulgularının diğer çalışmaların bulgularıyla benzerlik gösterdiği görülürken, alanyazında çalışmamızın bulgularından farklı sonuçlar bildiren çalışmaların da bulunduğu görülmüştür (Çevik vd., 2019; Ekinci ve Ekinci, 2013; Kaya vd., 2023; Kirchebner vd., 2023; Landgraf vd., 2013; Taşkınatan ve Erol, 2019; Wang vd., 2020; Witt vd., 2013). Buna ek

olarak, çalışmamızda yapılan korelasyon analizi sonucunda hasta grubu ile yaş, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, doğum yeri, yaşadığı yer, göç ve birlikte yaşadığı kişiler arasında anlamlı ilişkiler bulunamazken, yaşadığı ev ile ilişkili olduğu görüldü. Ancak bu ilişkinin zayıf olduğu izlendi. Bu durumun adli kaydı bulunan şizofreni hastalarının, suç ile ilişkili olan risk faktörleri açısından heterojen bir yapı göstermesinden kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir (Buizza vd., 2022).

Çalışmamızda adli olgu ve kontrol gruplarının klinik özellikleri karşılaştırıldığında adli olgu grubunda kontrol grubuna göre hastalığın daha erken yaşlarda başladığı ve adli olgu grubunun tamamında en az bir kez hastane yatışının olduğu saptandı. Buna ek olarak, yapılan korelasyon analizinde adli olgu ve kontrol olarak ikiye ayırdığımız hasta grubunun klinik özelliklerle ilişkisinde, sadece hastaneye yatış durumuyla anlamlı bir ilişki olduğu izlendi. Çalışmamızdan elde edilen bu sonuçlara olası bir açıklama olarak, erken başlangıçlı şizofreninin ve en az bir kez hastaneye yatış ihtiyacının bulunmasının hastalığın seyrinin şiddetiyle yakın ilişkili olmasından, dolayısıyla da şiddetli hastalık seyri gösteren bireylerin saldırganlığa yatkınlıklarının arttığından kaynaklı olabilir. Ayrıca hastalığın erken yaşlarda başlaması hastalık süresinin uzamasına dolayısıyla, bireylerin beyin yapısındaki değişikliklerin daha kötü sonuçlar göstermesi sonucunu doğurabilir (Hodgins vd., 2014). Şizofrenide saldırganlığı öngören en güçlü risk faktörlerinden biri olan alkol ve madde kullanımı, bizim çalışmamızda çok düşük oranlarda olması nedeniyle bir ilişki belirlenememiştir (Fazel vd., 2014). Alanyazında bu bulgumuza benzer sonuçlar gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Jeyagurunathan vd., 2022; Subramaniam vd., 2017). Alkol-madde kullanım bozuklukları, geçmiş şiddet ve suç öyküsü, stresli yaşam olayları, ailede suç öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık, ailede alkol/madde kullanımı, kendine zarar verme öyküsü, intihar girişimi, hastane yatışının olması ve sayısı, hastalığın başlangıç yaşı şizofreni hastalarının klinik özelliklerine dair şiddet ve suç riski faktörleri arasında gösterilmektedir (Barlati vd., 2023; Fazel vd., 2017; Landgraf vd., 2013; Wang vd., 2020; Witt vd., 2013; Witt vd., 2015; Zhou vd., 2016).

Çalışmamızda adli olguların söz konusu olayın gerçekleştiği zamandaki yaş ortalamaları dikkate alındığında, sonuçlarımızın Kivimies vd.'nin (2018) bulguları ile yakın bir değerde olduğunu söylemek mümkündür. De Vogel vd. (2016) bulguları ile uyum göstermediği belirlenmiştir. Çalışmamızda yer alan adli nitelikli eylemlerin en fazla kişiye yönelik ve yaralanmaya sebep olmayan saldırı şeklinde olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular alanyazındaki çalışmaların sonuçları ile uyum göstermektedir (Gürkan vd., 2021; Setlaba vd.,

2020). Çalışmamızda adli eylemin en çok anneye karşı işlendiği bulunurken eylemlerin fiziksel (çıplak el) ve sözel yollarla gerçekleştirildiği görülmüştür. Eylemin mağduru ile ilgili yapılan çalışmalarda, şizofreni hastalarının daha çok tanıdığı ve birinci dereceden yakınlarına karşı şiddet ve saldırganlık davranışları gösterdiği görülmüştür (Ayar ve Ayar, 2021; Yıldız vd., 2020). Ayrıca katılımcıların yarısından fazlasının adli nitelikli eylemleri hastalıklarının 10. Yılından sonra gerçekleştirdiği görülürken, söz konusu eylemin daha çok 18:00-00:00 saatleri arasında, tek başına ve daha önceden tasarlanmamış şekilde gerçekleştirildiği belirlendi. De Girolamo vd. (2021) çalışmasında, olguların dörtte birinden fazlasında eylemin önceden planlı bir şekilde gerçekleştirildiği bildirilmiştir. Ural vd. (2013) şizofreni hastalarının adli eylemleri daha çok gündüz saatlerinde işlediklerini bildirmiştir. Fazel vd.'nin (2014) kohort çalışmasında ise, şizofreni hastalarının tanı konduktan sonraki ilk beş yıl içerisinde ceza gerektiren bir eylem sergiledikleri görülmüştür. Bu bağlamda, çalışmamızda yer alan olgu grubunun adli eylemlerine yönelik bazı özellikleri alanyazındaki sonuçlarla farklılıklar göstermektedir.

Çalışmamızdaki katılımcıların klinik özellikleri, DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği ve KPDÖ ile değerlendirildi ve olgu ile kontrol grupları arasında hastaların belirtileri bakımından anlamlı bir fark bulunmadığı görüldü. Bu bulgular alanyazında yer alan bazı çalışmaların bulgularıyla benzerlik gösterdiği görülmüştür (Long vd., 2022; Kirchebner vd., 2023; Setlaba vd., 2020; Taşkın ve Erol, 2019; Ullrich vd., 2018; Witt vd., 2013). Diğer yandan pozitif belirtiler ve özellikle sanrılar şizofreni ve şiddet arasındaki ilişkiyi açıklamaya yardımcı olan risk faktörleri olarak gösterilmiştir (Coid vd., 2013; Wu vd., 2018; Zhou vd., 2016). Ayrıca, pozitif belirtiler şizofrenide şiddet riskinin artışı ile ilişkili bulunurken, negatif belirtilerle olan ilişki tam tersi şeklindedir (Aras, 2014). Ullrich vd. (2018) yaptıkları çalışmalarında, sanrı ve şiddet arasında ilişki kurulurken zamanın önemli bir faktör olduğunu, sanrılarının ileride oluşabilecek şiddet davranışını öngörmeye etkili olmadığını, ancak şiddet davranışının gerçekleştiği zamana yakın bir dönemdeki sanrılarının ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Çalışma bulgularındaki farklılıkların olası bir açıklaması adli eylemler ve şizofreni arasındaki nedenselliğin çok boyutlu olması ve ruhsal belirtilerin her hastada farklı şiddetlerde görülmesi ile ilgili olabilir (Whiting vd., 2022).

Çalışmamızda adli kaydı olan ve olmayan iki şizofreni grubu arasında zeka düzeyleri bakımından anlamlı bir fark elde edilmedi. Ayrıca hasta grubu ile WAIS-R BAT puanı arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı belirlendi. Alanyazında bizim çalışmamızın bu bulgusunu destekleyen

çalışmaların yer aldığı görülmektedir (Ahmed vd., 2015; Frommann vd., 2013; Landgraf vd., 2013; O'Reilly vd., 2015). Diğer yandan Witt vd.'nin (2013) meta-analiz çalışmasında WAIS-R benzerlikler alt testinden alınan düşük puanların şiddet içeren eylemlerle ilişkili olmadığı görülmüştür. Sedgwick vd.'nin (2017) meta-analiz çalışmasında ise, 12 çalışmada şiddet eyleminde bulunan ve bulunmayan şizofreni grupları arasında zeka düzeyleri bakımından anlamlı bir fark saptanmazken, sadece 1 çalışmada bu iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Adli kaydı olan şizofreni hasta grubunun bilişsel özelliklerinin heterojen bir yapıya sahip olmasından kaynaklı, her hastanın kendine özgü bir profil sergileyebileceği bu duruma olası bir açıklama olarak getirilebilir (Barlati vd., 2023).

Çalışmamızda ise, adli olgu ve kontrol grupları arasında içgörü açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunurken, aynı zamanda hasta grubu ile içgörü arasında yapılan korelasyon analizinde de herhangi bir anlamlı ilişki tespit edilemedi. Bu bulgumuzla benzer olarak, Köşger ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, şiddet öyküsü olan ve olmayan şizofreni grupları arasında içgörü bakımından yaptıkları karşılaştırmada anlamlı bir fark elde edemezken, bu sonucu içgörünün şiddet davranışından bağımsız olarak hastalığa ait bir özellik olarak şizofrenide yaygın olarak karşılaşılabildiğine atfetmişlerdir (Köşger vd., 2016). Çalışmamızdaki iki grup arasında içgörü açısından herhangi bir fark bulunmayışına, Köşger ve arkadaşlarının açıklamasına benzer bir açıklama getirilebilir.

Aleksitiminin bireylerde yarattığı sosyal bilişsel ve iletişimsel yeteneklerde eksikliklerin yanı sıra, davranışlarda yaşanan bozulmalar sebebiyle de öfke ifadelerinde ve olumsuz duygularda artışlar görülebilmekte ve dolayısıyla kendini daha çok tehdit altında hisseden bu bireylerde saldırganlık davranışları izlenebilmektedir (Hsu ve Ouyang, 2021). Aleksitimi ve saldırganlık arasındaki ilişki çoğunlukla toplum örneklemelerinde, karma psikiyatrik ve madde bağımlısı yatan hastalarda, ergenlerde, şiddet suçlularında ve adli hastalarda araştırılırken, aleksitiminin şizofreni hastalarında nasıl saldırganlığa yol açabileceğine odaklanan çalışmalar azdır (Pachi vd., 2022; Sfeir vd., 2020). Çalışmamızda adli olgu olan ve olmayan şizofreni hastalarında aleksitimi puanları karşılaştırılmış ve adli olgu olmayan hastalarda aleksitimi toplam, duygu tanımada güçlük ve duyguyu söze dökmede güçlük puanlarının adli olgu olanlara göre daha yüksek olduğu, ancak sadece duyguyu söze dökmede güçlük alanında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışmamızın bulgularıyla benzer olarak Leshem vd.'nin (2022) çalışmasında adli olgu olmayan şizofreni hastalarının adli olgu olanlara göre daha kötü duygu tanımlama performansları sergilediği görülmüştür. Bu durum, adli olmayan grup için daha az duygusal uyarılma sonucu sosyal etkileşimlerden kaçınmasına

ve dolayısıyla ceza gerektiren eylemlerden uzak durmasına, adli olan grup için ise daha fazla duygusal uyarılma yaşamalarına ve bunun sonucunda da daha fazla riskli eylemlerde bulunmalarına yol açabildiği ile açıklanabilir (Leshem vd., 2022). Ayrıca adli olgu grubunda yer alan şizofreni hastalarında duyguların sözel ifadesinin kısmi olarak korunmuş olduğu görülürken, bu durumun adli olmayan grupta daha fazla bozulmuş olduğu belirlenmiştir ve buna olası açıklama olarak ise, gruplar arasında farklılık gösteren ve motivasyonsuzluğa yol açan negatif belirtiler sonucunda duygusal işlevlerdeki eksiklikler gösterilebilir (Fervaha vd., 2015; Foussias vd., 2015). Dahası, şiddet davranışı gösteren ve göstermeyen şizofreni grupları arasında yüzden duygu tanıma yeteneğinin, doğru ifade etme ve tepki süresi bakımından bir farklılık göstermediği ifade edilmiştir (Demirbuga vd., 2013; Iozzino vd., 2021).

Çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak ise, alanyazında yer alan çalışmalarda aleksitimi özellikleri olan hastalarda saldırgan ve şiddet içeren davranışlar sergileme riskinin yüksek olduğu ve özellikle aleksitiminin duyguları tanımada güçlük boyutunun öfke, fiziksel saldırganlık ve düşmanlıkla yakın bir ilişkisinin bulunduğu gözlemlenmiştir (Pachi vd., 2022; Sfeir vd., 2020). De Sanctis vd. (2013) yaptıkları çalışmalarında adli kaydı olan şizofreni grubunun, adli kaydı olmayan şizofreni grubuna göre daha fazla duygusal işleme süreçlerinde daha fazla yetersizliğe sahip olduğu belirlenmiştir. De Sanctis ve arkadaşları bu durumun olayların duygusal boyutlarının doğru değerlendirilememesine sebep olabileceğini, dolayısıyla da şiddet içerikli eylemlere eğilimin artabileceğini belirtmişlerdir (De Sanctis vd., 2013). Sedqwick vd. (2017) yaptıkları çalışmada ise, şiddet içeren eylemler sergileyen şizofreni hastalarının yüzden duygu tanıma konusunda şiddet içeren eylemler sergilemeyen şizofreni grubuna göre daha fazla yetersizlik yaşadığını ortaya koymuşlardır. Bu bağlamda, aleksitiminin adli kaydı bulunan ve bulunmayan şizofreni hastaları arasındaki ilişkisinin daha iyi ve net bir şekilde anlaşılabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda adli kaydı olan şizofreni grubunun daha yüksek genel saldırganlık, fiziksel saldırganlık ve öfke düzeylerine sahip olduğu, ancak iki grup arasında düşmanlık ve sözel saldırganlık düzeyleri bakımından anlamlı bir fark bulunmadığı görüldü. Benzer olarak, çalışmamızdaki korelasyon analizinde de hasta grubu ile BPSÖ toplam puanı, fiziksel saldırganlık ve öfke alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişkiler elde edildi. Bu ilişkilerin en güçlüsünün fiziksel saldırganlık alt ölçeğine ait olduğu görüldü. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında ise, şizofreni hastalarında düşmanlık içeren düşünce ve davranışların şiddet ile olan ilişkisine yönelik sonuçlar elde edilmiştir (Witt vd., 2013). Gao ve arkadaşları ise saldırgan davranışlar sergileyen şizofreni hastalarında sergilemeyenlere göre genel

saldırganlık düzeyinin yanı sıra, fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, öfke ve düşmanlık faktörlerinin de anlamlı derecede yüksek olduğunu bulmuştur (Gao vd., 2023). Refaat vd. (2015) yaptıkları çalışmada bu bulguları destekler nitelikte sonuçlar elde etmiştir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda, şiddet öyküsü olan ve olmayan şizofreni hastaları arasında, saldırganlık ve saldırganlıkla ilişkili diğer alt alanlarında anlamlı bir fark elde edilmemiştir (Gürkan vd., 2019; Köşger vd., 2016;). Bu farklı bulguların olası açıklaması ceza gerektiren eylemler sergileyen şizofreni hastalarının muhtemelen daha fazla saldırganlığın ilişkisel boyutlarına sahip olmaları ve bilişsel işlevlerde daha büyük eksiklikler yaşamaları nedeniyle duygu ve davranışlarını kontrol etmede güçlükler yaşamaları olabilir. Ayrıca yoğun öfke duygusu, bireylerin karar verme ve yeniden değerlendirme yeteneklerini olumsuz yönde etkileyerek, şiddet ve saldırgan davranışlar gösterme eğilimlerini arttırabilir.

Çalışmamızda hasta grubu ile BIS-11-KF toplam puanı, dikkat dürtüsellliği alt ölçeği puanı, motor dürtüsellik alt ölçeği puanı ve plan yapamama alt ölçeği puanı arasında anlamlı ilişkiler bulunduğu, aynı zamanda adli kaydı bulunan şizofreni hastalarının adli kaydı bulunmayanlara göre daha fazla dürtüsel özellik gösterdiği, daha hızlı ve dikkatsiz kararlar aldığı, daha fazla düşünmeden hareketler sergilediği ve az plan yaptığı ve geleceğe yönelmediği görüldü. Çalışmamızla benzer olarak, yapılan bir çalışmada adli olgu grubunda yer alan şizofreni hastalarının, adli olgu grubunda yer almayan şizofreni hastalarına göre daha fazla risk alma davranışı sergilediği ve eylemlerinden önce düşünme sürelerinin daha kısa olduğu belirtilmiştir (Iozzino vd., 2022). Ancak adli olan ve olmayan şizofreni grupları arasında dürtüsellik puanları bakımından anlamlı farklılıklar bulunmadığını gösteren çalışmalar da alanyazında yer almaktadır (Barlati vd., 2023; Ekinci ve Ekinci, 2013). Dürtüsellik-şizofreni-şiddet bağlamında yer alan farklı sonuç ve bulguları, diğer alanlarda da sıkça görülen şizofreninin heterojen doğasıyla açıklamak mümkündür.

Aleksitiminin ve alt gruplarının şizofreni hastalarında adli nitelikli eylem işlemeyi yordayıp yordamadığı çalışmamız içerisinde incelendi ve hem düzeltilmemiş analizlerde hem de karıştırıcı faktörler için yapılan düzeltmeler sonucunda duyguyu söze dökmede güçlüğün ceza gerektiren davranışlar ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu görüldü. Ancak bu ilişkinin yapılan regresyon modellerinin her birinde negatif yönlü olması, duyguyu ifade etmede daha fazla güçlük yaşayan bireylerde adli nitelikli eylemlerde bulunma riskinin azaldığını göstermektedir. Ayrıca, aleksitimi toplam puanının cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve hastaneye yatış durumu için yapılan düzeltmelerle birlikte adli nitelikli eylem işleme ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu ve bu karıştırıcı faktörlere saldırganlık ve dürtüsellik toplam

puanlarının eklenerek yapılan yeni düzeltmelerde de anlamlı ilişkisini korumaya devam ettiği görüldü. Yine bu ilişkinin tüm regresyon modelleri boyunca negatif yönlü olması, şizofreni hastalarının aleksitimi puanlarının artmasıyla birlikte ceza gerektiren davranışlardan daha fazla kaçındıklarını ifade etmektedir. Dahası, aleksitiminin boyutlarından biri olan duygu tanımada güçlüğün saldırganlık toplam puanı için yapılan düzeltmeyle birlikte adli nitelikli eylem işlemeyle anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu ve bu düzeltmeye dürtüsellik toplam puanının eklenmesiyle de anlamlı ilişkiyi korumaya devam ettiği görüldü. Aleksitimi toplam puanında ve duygu söze dökmede güçlüğün alt ölçeğinde olduğu gibi, duygu tanımada güçlüğün alt ölçeğinin de adli nitelikli eylem işlemeye ile olan ilişkileri ters yönlüdür. Bu nedenle, duyguyu tanımada daha fazla güçlüğün çeken şizofreni hastalarının adli nitelikli davranışlarda bulunmaktan daha fazla kaçındıkları belirlenmiştir. Çalışmamızdan elde edilen bu sonuca benzer bulguların az olmakla birlikte alanyazında yer aldığı ve adli olgu grubunda yer alan şizofreni hastalarının adli olgu olmayan şizofreni hastalarına göre daha fazla duygusal uyaranlara açık olduğu ve sözel yollarla açıkça daha fazla ifade etmeleri sebebiyle, özellikle sözel saldırganlık ve sözel şiddet suç türlerinin görülme riskinin artış gösterdiği söylenebilir (Leshem vd., 2022). Ancak aleksitimi toplam puanının, duygu tanımada güçlüğün ve duygu söze dökmede güçlüğün suçluluk üzerine etkisine yönelik yapılan regresyon analizimizde bulunan ilişkilerin kuvveti düşüktür. Ayrıca analizimize dahil edilen değişkenlerle birlikte yapılan düzeltmeler sonucunda bu ilişki kuvvetlerinde az da olsa azalma olduğu görüldü. Bu nedenle gelecek çalışmalarda, aleksitiminin diğer sosyodemografik ve klinik özelliklerle birlikte ilişkisi araştırılabilir (Hsu ve Ouyang, 2021; Velotti vd., 2016).

Bu çalışmayla birlikte şizofreni hastalarında aleksitiminin boyutlarından biri olan duyguyu söze dökmede güçlüğün, diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak, adli nitelikli davranışlar için koruyucu bir faktör olabileceğini söylemek mümkündür. Şizofreni ve şiddet arasındaki ilişkiyi farklı kaynaklar kullanarak araştıran çalışmaların güvenilirliği, sadece resmi kayıtlar üzerinden yapılan çalışmalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda hem hastaların öz bildirimlerinin hem de tıbbi ve adli kayıtlarının bir arada kullanılmış olması nedeniyle, doğru bilgilerin elde edilebilmesi konusunda alanyazına katkıda bulunduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca yatan şizofreni hastalarında saldırganlık oranlarının yüksek bulunması, bireysel ve klinik özellikleri ile ilişkili olabilir. Ancak bizim çalışmamıza sadece ayaktan hastalar dahil edilmiş olup yatan hastaların özelliklerini yansıtmamaktadır. Bu çalışmayla birlikte saldırganlık ve dürtüselliğin adli kaydı olan ayaktan izlemdeki şizofreni hastalarında daha yüksek bulunduğunu, dolayısıyla saldırganlığın ve dürtüselliğin suç ile ilişkili risk faktörleri olduğu belirlenmiştir.

Cinayet gibi daha ciddi suçlar Ankara ili ve çevresi için mahkeme tarafından daha çok şehir hastaneleri bünyesinde yer alan adli psikiyatri birimlerine yönlendirilmektedir. Dolayısıyla bu çalışmanın sadece Ankara Üniversitesi'nde yapılmış olması nedeniyle çalışmamızın örneklemini evreni temsil etmekten çok, tek bir coğrafi bölgeyi ve tehdit, saldırma gibi daha az şiddet içeren suçları işleyen grubu içermektedir. Ayrıca yine, çalışmamızın tek bir klinik ortamı içermesi sebebiyle, farklı tedavi ve bakım ortamlarında bulunan ve şizofreni hastalığının farklı aşama ve belirtilerini gösteren bireylerin dahil edilememiş olması da çalışmamız için bir sınırlılık oluşturmaktadır. Diğer bir kısıtlılık ise, çalışmamızın araştırma tasarımının özellikle psikopatolojik özelliklere yönelik nedensel ilişkileri test etmede yetersiz kalması ve bu nedenle de ilişkileri değerlendirmede sınırlı olmasıdır. Adli olgu grubunda yer alan hastaların, adli sayılan eylemlerinden önce ruhsal belirtileri düzeylerini ve şiddetini gösteren boylamsal bilgilerin toplanmamış olması sebebiyle, bu eylemlerin nedenselliğinin açıkça ortaya koyulmasında sınırlılıklar oluşturduğunu söyleyebiliriz. Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında gösterilebilecek bir diğer konu, çalışmaya dahil edilen katılımcı sayısının, evrene atfedilebilmesi açısından görece düşük olmasıdır. Dahası, çalışmada kullanılan özbildirim ölçeklerinin, hastalar tarafından yanıltıcı cevaplar vermesiyle sebebiyle az da olsa hatalı sonuçlar gösterdiği unutulmamalıdır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni, şiddet ve saldırganlık davranışlarının yanı sıra, ceza gerektiren diğer davranış türleriyle de ilişkilendirilen ciddi bir ruhsal hastalıktır (Casiano vd., 2020). Şizofreni hastalarını toplum örnekleriyle karşılaştıran çalışmalar, şizofreninin adli olgu olarak nitelendirilen davranışlar için bir risk faktörü olduğunu ve bu davranışların ortaya çıkmasını çeşitli oranlarda arttırdığını bildirilmektedir (Short vd., 2013). Ancak şizofreninin heterojen yapısı, risk faktörlerinin de çok çeşitli ve geniş olması ile ilişkilendirilmektedir. Bu risk faktörlerinin başında ise, yaş, cinsiyet, alkol ve madde kullanım bozukluğu, şiddet öyküsü varlığı ve stresli yaşam olayları gelmektedir (Iozzino vd., 2015; Sarıaslan vd., 2016; Whiting vd., 2022).

Çalışmamızda sosyodemografik veri karşılaştırmaları sonucunda, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumunun iki grup arasında anlamlı farklı olduğu bulunmuştur. Ayrıca, çalışmamızdaki olgu ve kontrol grupları arasında hastane yatışı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görüldü. İki grup arasında psikiyatrik belirti ve şikayetler, zeka düzeyi ve içgörü bakımından herhangi bir anlamlı farklılık tespit edilmedi. Duyguyu söze dökmede güçlük yaşama konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunduğu tespit edilen olgu-kontrol gruplarımızda, aleksitimi puanlarının kontrol grubunda olgu grubuna göre daha yüksek olduğu, ancak sadece duyguyu söze dökmede güçlük alt ölçeğinin hasta gruplarıyla ilişkili olduğu görüldü. Ayrıca saldırganlık, fiziksel saldırganlık, öfke, dürtüsellik, dikkat dürtüselligi, motor dürtüselligi ve plan yapamama konularında da olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar belirlendi. Dahası, aleksitiminin, duygu tanımada güçlüğü ve duygu söze dökmede güçlüğü suç davranışı ile ilişkili olduğu ve bu ilişkinin ters yönlü olduğu belirlendi.

Bu çalışma ve bugüne kadar alanla ilgili yapılmış diğer çalışmalar, şizofreni hastalarında adli olarak nitelendirilen davranışların ortaya çıkmasına katkıda bulunan risk faktörlerinin belirlenmesine destek olmaktadır. Bu ve diğer çalışmaların ışığında, elde edilen tüm bilgilerin kılavuz haline getirilerek klinisyenler tarafından kullanımının yaygınlaştırılmasının sağlanması kıymetli olacaktır. Bu sayede, sadece toplumsal refahın sağlanması değil, aynı zamanda hastalıktan kaynaklı birçok yıkım yaşayan şizofreni hastalarının da bireysel refaha ulaşması sağlanabilecektir. Ancak daha önce de bahsedilen, çeşitli sınırlılıklar nedeniyle sağlık sistemine ulaşmakta problem yaşayan bireylerin tespit edilmesi ve bu hastalar içerisinde risk faktörlerine yönelik tarama programlarının geliştirilmesi, suç önleme programları içerisinde daha geniş çerçevede çözüm imkanlarının

sunulmasına olanak sağlayabilecektir. Bulgularımız içerisinde yer alan düşük eğitim seviyesi ile adli nitelikli eylemler arasındaki ilişki, disiplinlerarası iş birliğinin önemine vurgu yaptığını düşünmekteyiz. Bu nedenle farklı disiplinlerin bu konuda gerekli önleme stratejilerinin geliştirmesi değerli görülmektedir. Buna verilebilecek ve çalışmamızın bulguları içerisinde de yer alan bir diğer nokta da bekar olma durumu ile adli nitelikli eylemlerin ilişkisidir. Bu ilişki, sosyal destekten yoksun olan şizofreni hastalarında şiddet ve saldırganlık eğilimlerinde artışların yaşandığını göstermektedir. Kurumlar arası yapılacak iş birlikleri sayesinde bu eksiklik giderilmeye çalışılmalıdır. Ayrıca çalışmamızın sonuçları içerisinde yer alan erken başlangıçlı şizofreni ve adli davranışlar arasındaki yakın ilişki, şizofreni hastalığının erken teşhis ve tedavisine katkı sağlayacak toplum temelli tarama programlarının aciliyetine vurgu yapmaktadır. Dahası, sonuçlarımız klinik uygulamalarda şizofreni hastalarının sadece pozitif belirtiler açısından değerlendirilmemesinin, aynı zamanda duygu işleme süreçlerine de dikkat edilmesinin gerekliliğine işaret etmektedir. Son olarak, çalışmamızda kullanılan Buss Perry Saldırganlık Ölçeği'nin ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu'nun şizofreni hastalarında adli olgu olarak nitelendirilen davranışların öngörülmesinde etkili olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle, klinisyenler bu ölçekleri risk durumunu belirlemek amacıyla kullanabilirler.

Bu çalışma ve alan yazında yer alan diğer çalışmalar, şizofreni hastalarında suç davranışlarıyla ilişkili faktörlerin ortaya koyulması çalışılmıştır. Ancak bu alanda daha fazla farklı ölçek ve yöntemlerle yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca daha geniş örneklemelerle ve epidemiyolojik yöntemlerle yapılacak araştırmalar bu alana katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Açıkgöz, E. ve Özbaş Gençarslan, D. (2019). Ruhsal hastalıklarda agresyon. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(1), 61-65.
- Adamson, G. (2020). Migrants and crime in Sweden in the twenty-first century. *Society*, 57, 9–21.
- Adil, M., Atiq, I. & Ellahi, A. (2022). Stigmatization of schizophrenic individuals and its correlation to the fear of violent offence. Should we be concerned?. *Ann Med Surg (Lond)*, 82, 104666. Adil, M., Atiq, I. & Ellahi, A. (2022). Stigmatization of schizophrenic individuals and its correlation to the fear of violent offence. Should we be concerned?. *Ann Med Surg (Lond)*, 82, 104666. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104666>
- Ahmed, A.O., Hunter, K.M., Goodrum, N.M., Batten, N.J., Birgenheir, D., Hardison, E., Dixon, T. & Buckley, P.F. (2015). A randomized study of cognitive remediation for forensic and mental health patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 68, 8–18. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.05.013>
- Ahmed, A.O., Richardson, J., Buckner, A., Romanoff, S., Feder, M., Oragunye, N. & Lindenmayer, J.P. (2018). Do cognitive deficits predict negative emotionality and aggression in schizophrenia?, *Psychiatry Research*, 259, 350–357. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.003>
- Albarbari, H.S., Al-Awami, H.M., Bazroon, A.A., Aldibil, H.H., Alkhalifah, S.M. & Menezes, R.G. (2021). Criminal behavior and mental illness in the Arab world. *Journal of Forensic Sciences*, 00, 1-12. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14882>
- Alvarez-Jimenez, M., Priede, A., Hetrick, S.E., Bendall, S., Killackey, E., Parker, A.G., McGorry, P.D. & Gleeson, J.F. (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia research*, 139(1-3), 116–128. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.05.007>
- Amador, X.F., Flaum, M. & Andreasen, N.C. (1994) Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 51, 826-36. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950100074007>
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Aras, H.İ. (2014). Şizofrenide şiddet. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1), 45-55.
- Araten-Bergman, T. and Bigby, C. (2020). Violence prevention strategies for people with intellectual disabilities: A scoping review. *Australian Social Work*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2020.1777315>
- Archer, T., Berman, M.O., Blum, K. & Gold, M. (2012). Neurogenetics and epigenetics in impulsive behaviour: impact on reward circuitry. *J Genet Syndr Gene Ther*, 3, 1000115. <https://doi.org/10.4172/2157-7412.1000115>
- Aslan, S. ve Altınöz, A.E. (2010). İçgörü kavramı ve şizofreni. *RCHP*, 4(1-2), 23-32.

- Aşık, E. ve Barlas, G.Ü. (2016). Psikiyatri hemşireleri için bir alan: Şizofrenide duygu tanıma ve sosyal işlevsellik. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 2(2), 92-96. <https://doi.org/10.5222/jaren.2016.092>
- Author, A.M., Cadenhead, K.S., Carrión, R.E., Addington, J., Bearden, C.E., Cannon, T.D., McGlashan, T.H., Perkins, D.O., Seidman, L., Tsuang, M., Walker, E.F., Woods, S.W. & Cornblatt, B.A. (2015). Alcohol confounds relationship between cannabis misuse and psychosis conversion in a high-risk sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132(1), 60-68. <https://doi.org/10.1111/acps.12382>
- Ayar, E. ve Ayar, Y. (2021). Ruhsal bozukluklarda suça yönelim: derleme. *Abant Sağlık Bilimleri ve Teknolojileri Dergisi*, 1(2), 83-91.
- Aykut, D.S. (2017). Şizofreni hastalarında hastalık süresinin klinik özelliklere etkisi. *Klinik Psikiyatri*, 20, 301-307.
- Azorin, J.M., Belzeaux, R. & Adida, M. (2014). Negative symptoms in schizophrenia: where we have been and where we are heading. *CNS neuroscience & therapeutics*, 20(9), 801–808. <https://doi.org/10.1111/cns.12292>
- Babcock, J.C., Tharp, A.L., Sharp, C., Heppner, W. & Stanford, M.S. (2014). Similarities and differences in impulsive/premeditated and reactive/proactive bimodal classifications of aggression. *Aggression and violent behavior*, 19(3), 251-262. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.04.002>
- Bagby, R.M., Taylor, G.J. & Parker, J.D.A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res*, 38, 33-40. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90006-x](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-x)
- Özgen Hergül, G. (Ed.). (2022). *Psikiyatri uygulamalarının koruyucu ve toplum temelli boyutları*. Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Balcıoğlu, Y.H., Balcıoğlu, S.S.K., Öncü, F., Türkcan, A. & Yorulmaz, A.C. (2022). Impulsive and aggressive traits and increased peripheral inflammatory status as psychobiological substrates of homicide behavior in schizophrenia. *The European Journal of Psychiatry*, 36(3), 207-214. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpsy.2022.01.004>
- Baranyi, G., Cherrie, M., Curtis, S.E., Dibben, C. & Pearce, J. (2020), Changing levels of local crime and mental health: A natural experiment using self-reported and service use data in Scotland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74 (10), 806-814. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-213837>
- Barbosa, K., Rodrigues, L.G., Alencar, G.P., D'avila, S., Ferreira, E. & Ferreira, R.C. (2019). Exploring the effect of time and sex in family and community violence from 2008 to 2014. *Revista de Saude Publica*, 53, 46. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000910>
- Barlatti, S., Nibbio, G., Stanga, V., Giovannoli, G., Calzavara-Pinton, I., Necchini, N., Lisoni, J., Deste, G. & Vita, A. (2023). Cognitive and clinical characteristics of offenders and non-offenders diagnosed with schizophrenia spectrum disorders: results of the Recoviwel observational study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 273, 1307–1316. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01510-9>

- Beards, S., Gayer-Anderson, C., Borges, S., Dewey, M.E., Fisher, H.L. & Morgan, C. (2013). Life events and psychosis: a review and meta-analysis. *Schizophr Bull*, 39(4), 740–747. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt065>
- Beaudette, J.N. and Stewart, L.A. (2016). National prevalence of mental disorders among incoming Canadian male offenders. *Canadian journal of psychiatry*, 61(10), 624–632. <https://doi.org/10.1177/0706743716639929>
- Belbasis, L., Kohler, C.A., Stefanis, N., Stubbs, B., Van Os, J., Vieta, E., Seeman, M.V., Arango, C., Carvalho, A.F. & Evangelou, E. (2017). Risk factors and peripheral biomarkers for schizophrenia spectrum disorders: an umbrella review of meta-analyses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(2), 88–97. <https://doi.org/10.1111/acps.12847>
- Belvederi Murri, M., Respino, M., Innamorati, M., Cervetti, A., Calcagno, P., Pompili, M., Lamis, D.A., Ghio, L. & Amore, M. (2015). Is good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and metaanalysis. *Schizophr Res*, 162, 234–247. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.01.003>
- Bighelli, I., Rodolico, A., Garcia-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., Hansen, W.P., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Wu, H., Wang, D., Salanti, G., Furukawa, T.A., Barbui C. & Leucht, S. (2021). Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(11), 969–980. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00243-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00243-1)
- Billen, E., Garofalo, C., Vermunt, J.K. & Bogaerts, S. (2019). Trajectories of self-control in a forensic psychiatric sample: Stability and association with psychopathology, criminal history, and recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 46(9), 1255–1275. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0093854819856051>
- Blonigen, D.M. (2010). Explaining the relationship between age and crime: contributions from the developmental literature on personality. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 89–100. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.10.001>
- Bolat, N., Yavuz, M., Eliacik, K., Zorlu, A., Evren, C., Kose, S. (2017). Psychometric properties of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale in a Turkish adolescent sample. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 362–368. <https://doi.org/10.5455/apd.239284>
- Bolu, A., Toygar, M., Pan, E., Erdem, M., Ünlü, G. & Balıkcı, A. (2014). Bir eğitim hastanesi psikiyatri kliniğinde adli olguların değerlendirilmesi; Beş yıllık inceleme. *Gülhane Tıp Derg*, 56, 1–4. <https://doi.org/10.5455/gulhane.36271>
- Booth, B.D. and Gulati, S. (2014). Mental illness and sexual offending. *Psychiatric Clinics*, 37(2), 183–194. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.03.007>
- Bora, E., Özdemir, F. & Özaşkinlı, S. (2006) Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeğinin kısaltılmış Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiyede Psikiyatri*, 8, 74– 80.
- Bora, E., Sehitoglu, G., Aslier, M., Atabay, I. & Veznedaroglu, B. (2007). Theory of mind and unawareness of illness in schizophrenia: is poor insight a mentalizing deficit?. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(2), 104–111. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0681-3>

- Brown, S., O'rourke, S. & Schwannauer, M. (2019). Risk factors for inpatient violence and self-harm in forensic psychiatry: the role of head injury, schizophrenia and substance misuse. *Brain Injury*, 33(3), 313-321. <https://doi.org/10.1080/02699052.2018.1553064>
- Brunette, M.F., Mueser, K.T., Babbin, S., Meyer-Kalos, P., Rosenheck, R., Correll, C.U., Cather, C., Robinson, D.G., Schooler, N.R., Penn, D.L., Addington, J., Estroff, S.E., Gottlieb, J., Glynn, S.M., Marcy, P., Robinson, J. & Kane, J.M. (2018). Demographic and clinical correlates of substance use disorders in first episode psychosis. *Schizophr Res*, 194, 4-12. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.06.039>
- Buizza, C., Strozza, C., Sbravati, G., De Girolamo, G., Ferrari, C., Iozzino, L., Macis, A., Kennedy, H.G. & Candini, V. (2022). Positive and negative syndrome scale in forensic patients with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Annals of general psychiatry*, 21(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12991-022-00413-2>
- Burns, S., Roberts, L.D., Egan, S. & Kane, R. (2015). Evaluating emotion processing and trait anxiety as predictors of non-criminal psychopathy. *Personality and Individual Differences*, 81, 148–154. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.08.044>
- Buss, A.H. and Perry, M. (1992) The Aggression Questionnaire. *J Pers Soc Psych*, 63, 452-9. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.63.3.452>
- Calvin, C.M., Batty, G.D., Der, G., Brett, C.E., Taylor, A., Pattie, A., Čukić, I. & Deary, I.J. (2017). Childhood intelligence in relation to major causes of death in 68 year follow-up: prospective population study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 357, j2708. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2708>
- Carr, W.A., Baker, A.N. & Cassidy, J.J. (2021). Diagnostic moderators of the risk-recidivism relationship for offenders with mental illness. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 65(16), 1756-1774. <https://doi.org/10.1177/0306624X20969944>
- Casiano, H., Hensel, J.M., Chartier, M.J., Ekuma, O., Macwilliam, L., Mota, N., McDougall, C. & Bolton, J.M. (2020). The Intersection between Criminal Accusations, Victimization, and Mental Disorders: A Canadian Population-Based Study. *Can J Psychiatry*, 65(7), 492-501. <https://doi.org/10.1177/0706743720919660>
- Cavelti, M., Rüsch, N. & Vauth, R. (2014). Is living with psychosis demoralizing? Insight, self-stigma, and clinical outcome among people with schizophrenia across 1 year. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(7), 521–529. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000160>
- Černý, M., Hodgins, S., Kučíková, R., Kázmér, L., Lambertová, A., Nawka, A., Nawková, L., Parzelka, A., Raboch, J., Bob, P. & Vevera, J. (2018). Violence in persons with and without psychosis in the Czech Republic: risk and protective factors. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 14, 2793–2805. <https://doi.org/10.2147/NDT.S167928>
- Charlson, F.J., Ferrari, A.J., Santomauro, D.F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J.G., McGrath, J.J. & Whiteford, H.A. (2018). Global epidemiology and burden of schizophrenia: Findings from the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophrenia bulletin*, 44(6), 1195–1203. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby058>
- Cho, W., Shin, W.S., An, I., Bang, M., Cho, D.Y. & Lee, S.H. (2019). Biological aspects of aggression and violence in schizophrenia. *Clinical psychopharmacology and neuroscience: the official*

scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology, 17(4), 475–486.
<https://doi.org/10.9758/cpn.2019.17.4.475>

Chon, M.W., Lee, T.Y., Kim, S.N., Huh, M.J., Park, H.Y., Lee, C.R., Shin, N.Y. & Kwon, J.S. (2015). Factors contributing to the duration of untreated prodromal positive symptoms in individuals at ultra-high risk for psychosis. *Schizophrenia research*, 162(1-3), 64–66.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.01.013>

Chung, M.C., Di, X. & Wan, K.H. (2016). Past trauma, alexithymia, and posttraumatic stress among perpetrators of violent crime. *Traumatology*, 22(2), 104–112.
<https://doi.org/10.1037/trm0000066>

Coccaro, E.F. (2015). The nature of impulsive aggression: Commentary on “Aggression in borderline personality disorder—A multidimensional model”. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(3), 292–293. <https://doi.org/10.1037/per0000133>

Coid, J.W., Ullrich, S., Kallis, C., Keers, R., Barker, D., Cowden, F. & Stamps, R. (2013). The relationship between delusions and violence: findings from the East London first episode psychosis study. *JAMA psychiatry*, 70(5), 465–471.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.12>

Corner, E., Gill, P. & Mason, O. (2016). Mental health disorders and the terrorist: A research note probing selection effects and disorder prevalence. *Studies in Conflict & Terrorism*, 39(6), 560–568. <https://doi.org/10.1080/1057610X.2015.1120099>

Coughlan, H. & Cannon, M. (2017). Does childhood trauma play a role in the aetiology of psychosis? A review of recent evidence. *BJPsych Advances*, 23(5), 307–315.
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.116.015891>

Czobor, P., Volavka, J., Derks, E.M., Bitter, I., Libiger, J., Kahn, R.S., Fleischhacker, W.W. & Eufest Study Group (2013). Insight and hostility as predictors and correlates of nonadherence in the European First Episode Schizophrenia Trial. *Journal of clinical psychopharmacology*, 33(2), 258–261. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3182856886>

Çevik, F.E., Erkıran, M., Çakan, H., Öncü, F. & Balcıoğlu, I. (2019). The association between crime commitment and viral infection history in male schizophrenic patients. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(4), 404–411. <https://doi.org/10.5455/apd.8208>

Çinik E, Güçlü O, Şenormancı Ö, Aydın E, Erkıran M, Erkımen H (2015). Şizofreni hastalarında madde kullanımının suç ve şiddet özelliklerine etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(2), 104–112. <https://doi.org/10.5455/apd.164249>

Çökmüş Fp, Balıkçı K, Aydemir Ö (2017). DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği Türkçe Erişkin Formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18 (2), 5–12. <https://doi.org/10.5455/apd.228806>

Çöpoğlu Üs, Bülbül F, Kokaçya Mh, Alıcı D, Taştan Mf, Ünal A, Alpak G, Savaş Ha (2014), Adli psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen olguların psikiyatrik tanıları, madde kullanım durumları, sosyodemografik ve klinik özellikleri. *New/Yeni Symposium Journal*, 52(1), 1–6.
<https://doi.org/10.5455/NYS.20140827121119>

- Dack, C., Ross, J., Papadopoulos, C., Stewart, D. & Bowers, L. (2013). A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 255–268. <https://doi.org/10.1111/acps.12053>
- Dauwan, M., Begemann, M. J., Heringa, S. M. & Sommer, I. E. (2016). Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 42(3), 588–599. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv164>
- Davies, C., Segre, G., Estradé, A., Radua, J., De Micheli, A., Provenzani, U., Oliver, D., Salazar de Pablo, G., Ramella-Cravaro, V., Besozzi, M., Dazzan, P., Miele, M., Caputo, G., Spallarossa, C., Crossland, G., Ilyas, A., Spada, G., Politi, P., Murray, R. M., McGuire, P., Fusar-Poli, P. (2020). Prenatal and perinatal risk and protective factors for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 7(5), 399–410. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30057-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30057-2)
- Davison, J., O'Gorman, A., Brennan, L. & Cotter, D. R. (2018). A systematic review of metabolite biomarkers of schizophrenia. *Schizophrenia research*, 195, 32–50. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.09.021>
- De Girolamo, G., Iozzino, L., Ferrari, C., Gosek, P., Heitzman, J., Salize, H. J., Wancata, J., Picchioni, M. & Macis, A. (2023). A multinational case-control study comparing forensic and non-forensic patients with schizophrenia spectrum disorders: the EU-VIORMED project. *Psychological medicine*, 53(5), 1814–1824. <https://doi.org/10.1017/S0033291721003433>
- De Sanctis, P., Foxe, J. J., Czobor, P., Wylie, G. R., Kamiel, S. M., Huening, J., Nair-Collins, M. & Krakowski, M. I. (2013). Early sensory-perceptual processing deficits for affectively valenced inputs are more pronounced in schizophrenia patients with a history of violence than in their non-violent peers. *Social cognitive and affective neuroscience*, 8(6), 678–687. <https://doi.org/10.1093/scan/nss052>
- De Schutter, M. A., Kramer, H. J., Franken, E. J., Lodewijkx, H. F. & Kleinepier, T. (2016). The influence of dysfunctional impulsivity and alexithymia on aggressive behavior of psychiatric patients. *Psychiatry research*, 243, 128–134. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.023>
- De Vogel, V., Stam, J., Bouman, Y.H., Ter Horst, P. & Lancel, M. (2016). Violent women: a multicentre study into gender differences in forensic psychiatric patients. *J Forens Psychiatry Psychol*, 27: 145–68. <https://doi.org/10.1080/14789949.2015.1102312>
- Demirbuga, S., Sahin, E., Ozver, I., Aliustaoglu, S., Kandemir, E., Varkal, M. D., Emul, M., & Ince, H. (2013). Facial emotion recognition in patients with violent schizophrenia. *Schizophrenia research*, 144(1-3), 142–145. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.12.015>
- Desfossés, J., Stip, E., Bentaleb, L. A., Lipp, O., Chiasson, J. P., Furtos, A., Venne, K., Kouassi, E. & Potvin, S. (2012). Plasma Endocannabinoid Alterations in Individuals with Substance Use Disorder are Dependent on the "Mirror Effect" of Schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 3, 85. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2012.00085>
- Dickson, H., Hedges, E. P., Ma, S. Y., Cullen, A. E., MacCabe, J. H., Kempton, M. J., Downs, J. & Laurens, K. R. (2020). Academic achievement and schizophrenia: a systematic meta-

analysis. *Psychological medicine*, 50(12), 1949–1965.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720002354>

- Donges, U.S. and Suslow, T. (2015). Alexithymia and memory for facial emotions. *Universitas Psychologica*, 14(1), 103-110. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-1.amfe>
- Dragioti, E., Radua, J., Solmi, M., Arango, C., Oliver, D., Cortese, S., Jones, P. B., Il Shin, J., Correll, C. U. & Fusar-Poli, P. (2022). Global population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for mental disorders: a meta-umbrella systematic review. *Molecular psychiatry*, 27(8), 3510–3519. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01586-8>
- Duke, A. A., Smith, K. M., Oberleitner, L., Westphal, A., & McKee, S. A. (2018). Alcohol, drugs, and violence: A meta-meta-analysis. *Psychology of violence*, 8(2), 238. <http://dx.doi.org/10.1037/vio0000106>
- Egerton, A., Valmaggia, L. R., Howes, O. D., Day, F., Chaddock, C. A., Allen, P., Winton-Brown, T. T., Bloomfield, M. A. P., Bhattacharyya, S., Chilcott, J., Lappin, J. M., Murray, R. M. & McGuire, P. (2016). Adversity in childhood linked to elevated striatal dopamine function in adulthood. *Schizophrenia research*, 176(2-3), 171–176. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.06.005>
- Ekinci, O. and Ekinci, A. (2013). Association between insight, cognitive insight, positive symptoms and violence in patients with schizophrenia. *Nordic journal of psychiatry*, 67(2), 116–123. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.687767>
- Ekinci, O. and Ekinci, A. (2012). Cigarette smoking in patients with schizophrenia in Turkey: relationships to psychopathology, socio-demographic and clinical characteristics. *Dusunen Adam*, 25(4), 321. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2012250404>
- Esen, G., Devrim, C., Şahin, E., Şahin, Ş. & Şimşek, E. (2014). Kırıkkale toplum ruh sağlığı merkezi'nde takip edilen şizofreni hastalarının değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(2), 15-19. <https://doi.org/10.24938/kutfd.124887>
- Etchecopar-Etchart, D., Mignon, R., Boyer, L. & Fond, G. (2022). Schizophrenia pregnancies should be given greater health priority in the global health agenda: results from a large-scale meta-analysis of 43,611 deliveries of women with schizophrenia and 40,948,272 controls. *Molecular psychiatry*, 27(8), 3294–3305. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01593-9>
- Fabio, A., Tu, L. C., Loeber, R. & Cohen, J. (2011). Neighborhood socioeconomic disadvantage and the shape of the age-crime curve. *American journal of public health*, 101(1), 325–332. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300034>
- Farrington, D.P., Ttofi, M.M., Crago, R.V. & Coid, J.W. (2015). Intergenerational similarities in risk factors for offending. *Journal of Developmental and Life-Course Criminology*, 1, 48-62. <https://doi.org/10.1007/s40865-015-0005-2>
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J.R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 6(8), e1000120. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120>

- Fazel, S., Smith, E.N., Chang, Z. & Geddes, J.R. (2018). Risk factors for interpersonal violence: an umbrella review of meta-analyses. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 213(4), 609–614. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.145>
- Fazel, S., Wolf, A., Larsson, H., Lichtenstein, P., Mallett, S. & Fanshawe, T.R. (2017). Identification of low risk of violent crime in severe mental illness with a clinical prediction tool (Oxford Mental Illness and Violence tool [OxMIV]): a derivation and validation study. *The Lancet Psychiatry*, 4(6), 461–468. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30109-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30109-8)
- Fazel, S., Wolf, A., Palm, C. & Lichtenstein, P. (2014). Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: a 38-year total population study in Sweden. *The lancet. Psychiatry*, 1(1), 44–54. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70223-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70223-8)
- Fernandez-Espejo, E., Viveros, M. P., Núñez, L., Ellenbroek, B.A. & Rodriguez de Fonseca, F. (2009). Role of cannabis and endocannabinoids in the genesis of schizophrenia. *Psychopharmacology*, 206(4), 531–549. <https://doi.org/10.1007/s00213-009-1612-6>
- Fervaha, G., Foussias, G., Agid, O. & Remington, G. (2015). Motivational deficits in early schizophrenia: prevalent, persistent, and key determinants of functional outcome. *Schizophrenia research*, 166(1-3), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.04.040>
- Fıstıkçı, N., Keyvan, A. & Cesur, E. (2016). Psikiyatrik hastalıklarda içgörü kavramı: bir gözden geçirme. *Yeni Symposium*, 54(2): 25-29. <https://doi.org/10.5455/NYS.201604015>
- Fleischman, A., Werbeloff, N., Yoffe, R., Davidson, M. & Weiser, M. (2014). Schizophrenia and violent crime: a population-based study. *Psychological medicine*, 44(14), 3051–3057. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000695>
- Fogden, B. C., Thomas, S. D., Daffern, M. & Ogloff, J. R. (2016). Crime and victimisation in people with intellectual disability: a case linkage study. *BMC psychiatry*, 16, 170. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0869-7>
- Foran, H.M. and O'Leary, K.D. (2013). The role of relationships in understanding the alexithymia–depression link. *European Journal of Personality*, 27(5), 470–480. <https://doi.org/10.1002/per.1887>
- Foussias, G., Siddiqui, I., Fervaha, G., Mann, S., McDonald, K., Agid, O., Zakzanis, K.K. & Remington, G. (2015). Motivated to do well: an examination of the relationships between motivation, effort, and cognitive performance in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 166(1-3), 276–282. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.05.019>
- Frommann, N., Stroth, S., Brinkmeyer, J., Wölwer, W. & Luckhaus, C. (2013). Facial affect recognition performance and event-related potentials in violent and non-violent schizophrenia patients. *Neuropsychobiology*, 68(3), 139–145. <https://doi.org/10.1159/000353252>
- Fusar-Poli, P., Tantardini, M., De Simone, S., Ramella-Cravaro, V., Oliver, D., Kingdon, J., Kotlicka-Antczak, M., Valmaggia, L., Lee, J., Millan, M. J., Galderisi, S., Balottin, U., Ricca, V. & McGuire, P. (2017). Deconstructing vulnerability for psychosis: Meta-analysis of environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra high-risk. *European psychiatry*:

the journal of the Association of European Psychiatrists, 40, 65–75.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.09.003>

- Gaebel, W. and Zielasek, J. (2015). Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and therapy. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 69(11), 661–673. <https://doi.org/10.1111/pcn.12322>
- Gaggero, G., Bonassi, A., Dellantonio, S., Pastore, L., Aryadoust, V. & Esposito, G. (2020). A Scientometric Review of Alexithymia: Mapping Thematic and Disciplinary Shifts in Half a Century of Research. *Frontiers in psychiatry*, 11, 611489. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.611489>
- Galland, D., Tisserant, I. & Notardonato, L. (2017). Attention deficit hyperactivity disorder in forensic psychiatry: A review. *L'Encephale*, 43(3): 268–272. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.04.012>
- Gao, L., Yang, R., Fan, H. Z., Wang, L. L., Zhao, Y. L., Tan, S. P., Xiao, C. L. & Zhou, S. J. (2023). Correlation between aggressive behavior and impulsive and aggressive personality traits in stable patients with schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 19, 801–809. <https://doi.org/10.2147/NDT.S404176>
- Garofalo, C., Gillespie, S. M. & Velotti, P. (2020). Emotion regulation mediates relationships between mindfulness facets and aggression dimensions. *Aggressive behavior*, 46(1), 60–71. <https://doi.org/10.1002/ab.21868>
- Global Burden of Disease Study 2019 Mental Disorders Collaborators (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The lancet. Psychiatry*, 9(2), 137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Gentile, S. and Fusco, M. L. (2019). Schizophrenia and motherhood. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 73(7), 376–385. <https://doi.org/10.1111/pcn.12856>
- Ghoreishi, A., Kabootvand, S., Zangani, E., Bazargan-Hejazi, S., Ahmadi, A. & Khazaie, H. (2015). Prevalence and attributes of criminality in patients with schizophrenia. *Journal of injury & violence research*, 7(1), 7–12. <https://doi.org/10.5249/jivr.v7i1.635>
- Gill, P., Clemmow, C., Hetzel, F., Rottweiler, B., Salman, N., Van Der Vegt, I., Marchment, Z., Schumann, S., Zolghadriha, S., Schulten, N., Taylor, H. & Corner, E. (2021). Systematic review of mental health problems and violent extremism. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 32(1), 51-78. <https://doi.org/10.1080/14789949.2020.1820067>
- Girdler, S. J., Confino, J. E. & Woesner, M. E. (2019). Exercise as a treatment for schizophrenia: A review. *Psychopharmacology bulletin*, 49(1), 56–69.
- Golenkov, A., Large, M. & Nielssen, O. (2013). A 30-year study of homicide recidivism and schizophrenia. *Criminal behaviour and mental health: CBMH*, 23(5), 347–355. <https://doi.org/10.1002/cbm.1876>
- Golenkov, A., Nielssen, O. & Large, M. (2014). Systematic review and meta-analysis of homicide recidivism and schizophrenia. *BMC psychiatry*, 14, 46. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-46>

- Gosek, P., Kotowska, J., Rowińska-Garbień, E., Bartczak, D. & Heitzman, J. (2020). Factors influencing length of stay of forensic patients: Impact of clinical and psychosocial variables in medium secure setting. *Frontiers in psychiatry*, 11, 810. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00810>
- Görgülü, T., Erden, G. & Topçu, A.L. (2021). Suç işlemiş ve suç işlememiş bireylerin kişilik özelliklerinin Bir İnsan Çiz Testi ile projektif değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi*, 18(2): 136-144. <https://doi.org/10.5336/forensic.2021-81172>
- Görgülü, Y., Küçük, A. & Çetinkaya, S.U. (2015). Evaluating the people who were sent for determining of criminal responsibility. *Anatolian J Psychiatry*, 16: 270– 275. <http://dx.doi.org/10.5455/apd.168192>
- Görmez, A. ve Kırpınar, İ. (2017). Zeka geriliği olan yetişkinlerde psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(4): 338-343. <http://dx.doi.org/10.5455/apd.239795>
- Gruebner, O., Rapp, M. A., Adli, M., Kluge, U., Galea, S. & Heinz, A. (2017). Cities and mental health. *Deutsches Arzteblatt international*, 114(8), 121–127. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0121>
- Grynberg, D., Luminet, O., Corneille, O., Grèzes, J. & Berthoz, S. (2010). Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy?. *Personality and individual differences*, 49(8): 845-850. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.07.013>
- Gu, Y., Guo, H., Zhou, J. & Wang, X. (2023). Socio-demographic, clinical and offense-related characteristics of forensic psychiatric inpatients in Hunan, China: a cross-sectional survey. *BMC psychiatry*, 23(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04508-8>
- Guo, Y., Yang, X., Wang, D., Fan, R., Liang, Y., Wang, R., Xiang, H., Liu, Y. & Liu, X. (2022). Prevalence of violence to others among individuals with schizophrenia in China: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 13, 939329. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.939329>
- Güleç, H., Köse, S., Güleç, M. Y., Çitak, S., Evren, C., Borckardt, J. & Sayar, K. (2009). Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto alexithymia scale (TAS-20). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 19(3), 214.
- Güleç, H. and Yenel, A. (2010). 20 maddelik Toronto aleksitimi ölçeği Türkçe uyarlamasının kesme noktalarına göre psikometrik özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 108-112.
- Gürkan, Ş., Can, K.C., Kaya, H., Yüksel, R.N. & Göka, E. (2021). Ceza sorumlulukları açısından değerlendirilen olguların retrospektif incelenmesi. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 58(4), 321-326. <https://doi.org/10.29399/npa.27548>
- Gürkan, Ş., Tatlıdil Yaylacı, E., Özdemir, Ç., Çatlı, B., Yalçın Şahiner, Ş., Gürkan, D. & Göka, E. (2019). Suç işlemiş ve işlememiş şizofreni hastalarının sosyodemografik verileri, psikopati ve saldırganlık düzeylerinin karşılaştırılması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(3), 261-268. <http://dx.doi.org/10.5455/apd.6538>

- Habtewold, T.D., Rodijk, L.H., Liemburg, E.J., Sidorenkov, G., Boezen, H.M., Bruggeman, R. & Alizadeh, B.Z. (2020). A systematic review and narrative synthesis of data-driven studies in schizophrenia symptoms and cognitive deficits. *Translational psychiatry*, 10(1), 244. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00919-x>
- Häfner, H. (2019). From onset and prodromal stage to a life-long course of schizophrenia and its symptom dimensions: How sex, age, and other risk factors influence incidence and course of illness. *Psychiatry journal*, 2019, 9804836. <https://doi.org/10.1155/2019/9804836>
- Harris, S.T., Oakley, C. & Picchioni, M.M. (2014). A systematic review of the association between attributional bias/interpersonal style, and violence in schizophrenia/psychosis. *Aggression and Violent Behavior*, 19(3), 235-241. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.04.009>
- Hasan, A., Falkai, P., Wobrock, T., Lieberman, J., Glenthøj, B., Gattaz, W. F., Thibaut, F., Möller, H. J. & World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2012). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, part 1: update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *The world journal of biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 13(5), 318–378. <https://doi.org/10.3109/15622975.2012.696143>
- Hasan, A., Falkai, P., Wobrock, T., Lieberman, J., Glenthøj, B., Gattaz, W. F., Thibaut, F., Möller, H. J. & WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2013). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 14(1), 2–44. <https://doi.org/10.3109/15622975.2012.739708>
- Hasan, A., Falkai, P., Wobrock, T., Lieberman, J., Glenthøj, B., Gattaz, W. F., Thibaut, F., Möller, H. J. & WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2015). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation. *The world journal of biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 16(3), 142–170. <https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1009163>
- He, H., Liu, Q., Li, N., Guo, L., Gao, F., Bai, L., Gao, F. & Lyu, J. (2020). Trends in the incidence and DALYs of schizophrenia at the global, regional and national levels: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e91. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000891>
- He, Y., Gu, Y., Wang, S., Li, Y., Li, G. & Hu, Z. (2022). Migration, schizophrenia, and crime: A study from a forensic psychiatric sample. *Frontiers in psychiatry*, 13, 869978. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.869978>
- Heckers, S. (2008). Making progress in schizophrenia research. *Schizophrenia bulletin*, 34(4), 591–594. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn046>
- Heckers, S. (2011). Bleuler and the neurobiology of schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 37(6), 1131–1135. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr108>

- Heilbronner, U., Samara, M., Leucht, S., Falkai, P. & Schulze, T.G. (2016). The Longitudinal course of schizophrenia across the lifespan: Clinical, cognitive, and neurobiological aspects. *Harvard review of psychiatry*, 24(2), 118–128. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000092>
- Henssler, J., Brandt, L., Müller, M., Liu, S., Montag, C., Sterzer, P. & Heinz, A. (2020). Migration and schizophrenia: meta-analysis and explanatory framework. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 270(3), 325–335. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01028-7>
- Hilker, R., Helenius, D., Fagerlund, B., Skytthe, A., Christensen, K., Werge, T.M., Nordentoft, M. & Glenthøj, B. (2018). Heritability of schizophrenia and schizophrenia spectrum based on the nationwide Danish twin register. *Biological psychiatry*, 83(6), 492–498. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.08.017>
- Ho, C.S., Quek, T.C., Ho, R.C. & Choo, C.C. (2019). Terrorism and mental illness: A pragmatic approach for the clinician. *BJPsych Advances*, 25(2), 101–109. <https://doi.org/10.1192/bja.2018.49>
- Hodgins, S., Piatosa, M. J. & Schiffer, B. (2014). Violence among people with schizophrenia: phenotypes and neurobiology. *Current topics in behavioral neurosciences*, 17, 329–368. https://doi.org/10.1007/7854_2013_259
- Holtzman, C.W., Trotman, H.D., Goulding, S.M., Ryan, A.T., Macdonald, A.N., Shapiro, D.I., Brasfield, J.L. & Walker, E.F. (2013). Stress and neurodevelopmental processes in the emergence of psychosis. *Neuroscience*, 249, 172–191. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2012.12.017>
- Hoptman, M.J. (2015). Impulsivity and aggression in schizophrenia: a neural circuitry perspective with implications for treatment. *CNS spectrums*, 20(3), 280–286. <https://doi.org/10.1017/S1092852915000206>
- Hsu, M.C. and Ouyang, W.C. (2021). Effects of integrated violence intervention on alexithymia, cognitive, and neurocognitive features of violence in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Brain sciences*, 11(7), 837. <https://doi.org/10.3390/brainsci11070837>
- Hsu, M.C. and Tu, C.H. (2014). Adult patients with schizophrenia using violence towards their parents: a phenomenological study of views and experiences of violence in parent-child dyads. *Journal of advanced nursing*, 70(2), 336–349. <https://doi.org/10.1111/jan.12194>
- Hunt, G.E., Large, M.M., Cleary, M., Lai, H.M.X. & Saunders, J.B. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990–2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 191, 234–258. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.011>
- Insel, T.R. (2010). Rethinking schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 187–193. <https://doi.org/10.1038/nature09552>
- Iozzino, L., Canessa, N., Rucci, P., Iommi, M., Dvorak, A., Heitzman, J., Markiewicz, I., Picchioni, M., Pilszyk, A., Wancata, J., de Girolamo, G. & EU-VIORMED group (2022). Decision-making and risk-taking in forensic and non-forensic patients with schizophrenia spectrum disorders: A multicenter European study. *Schizophrenia research. Cognition*, 29, 100257. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2022.100257>

- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O. & de Girolamo, G. (2015). Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 10(6), e0128536. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128536>
- Iozzino, L., Harvey, P. D., Canessa, N., Gosek, P., Heitzman, J., Macis, A., Picchioni, M., Salize, H. J., Wancata, J., Koch, M., Ferrari, C. & de Girolamo, G. (2021). Neurocognition and social cognition in patients with schizophrenia spectrum disorders with and without a history of violence: results of a multinational European study. *Translational psychiatry*, 11(1), 620. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01749-1>
- İnan, S., Yıldızhan, E. & Öncü, F. (2018). İnsana yönelik ciddi suç işleyen adli psikiyatri olgularının hastalık öyküleri, sosyodemografik ve suç özellikleri. *Türk Psikiyatri Derg*, 29(4), 258-68. <https://www.doi.org/10.5080/u22822>
- İzci, F. (2016). Epilepsi hastalarında aleksitimi, mizaç ve karakter özellikleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1), 64-75. <https://www.doi.org/10.18863/pgy.28094>
- Jeyagurunathan, A., Lau, J. H., Abdin, E., Shafie, S., Chang, S., Samari, E., Cetty, L., Wei, K. C., Mok, Y. M., Tang, C., Verma, S., Chong, S. A. & Subramaniam, M. (2022). Aggression amongst outpatients with schizophrenia and related psychoses in a Tertiary Mental Health Institution. *Frontiers in psychiatry*, 12, 777388. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.777388>
- Jin, H. & Mosweu, I. (2017). The societal cost of schizophrenia: A systematic review. *Pharmacoeconomics*, 35(1), 25–42. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0444-6>
- Jonak, K., Marchewka, M., Podkowiński, A., Siejka, A., Plechawska-Wójcik, M., Karpiński, R. & Krukow, P. (2023). How functional connectivity measures affect the outcomes of global neuronal network characteristics in patients with schizophrenia compared to healthy controls. *Brain sciences*, 13(1), 138. <https://doi.org/10.3390/brainsci13010138>
- Jones, R., Major, B. & Fear, C. (2015). Schizophrenia in a primary care setting. *Current psychiatry reports*, 17(10), 84. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0620-y>
- Jongsma, H.E., Gayer-Anderson, C., Lasalvia, A., Quattrone, D., Mule, A., Szoke, A., Selten, J.P., Turner, C., Arango, C., Tarricone, I., Berardi, D., Tortelli, A., Llorca, P.M., De Haan, L., Bobes, J., Bernardo, M., Sanjuán, J., Santos, J.L., Arrojo, M., Del-Ben, C.M., Menezes, P.R., Murray, R.M., Rutten, B.P., Jones, P.B., Van Os, J., Morgan, C., Kirkbride, J.B., European Network Of National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions Work Package 2 (Eu-Gei Wp2) Group (2018). Treated incidence of psychotic disorders in the multinational EU-GEI study. *JAMA Psychiatry*, 75(1), 36–46. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3554>
- Jongsma, H. E., Gayer-Anderson, C., Tarricone, I., Velthorst, E., van der Ven, E., Quattrone, D., di Forti, M., EU-GEI WP2 Group, Menezes, P. R., Del-Ben, C. M., Arango, C., Lasalvia, A., Berardi, D., La Cascia, C., Bobes, J., Bernardo, M., Sanjuán, J., Santos, J. L., Arrojo, M., de Haan, L., Tortelli, A., Szoke, A., Murray, R.M., Rutten, B.P., Van Os, J., Morgan, C., Jones, P.B., Kirkbride, J.B. (2021). Social disadvantage, linguistic distance, ethnic minority status and first-episode psychosis: results from the EU-GEI case-control study. *Psychological medicine*, 51(9), 1536–1548. <https://doi.org/10.1017/S003329172000029X>

- Jongsma, H.E. & Jones, P.B. (2019). The incidence of psychotic disorders: only the tip of the iceberg?. *British journal of hospital medicine (London, England : 2005)*, 80(12), 688–689. <https://doi.org/10.12968/hmed.2019.80.12.688>
- Joseph, B., Narayanaswamy, J.C. & Venkatasubramanian, G. (2015). Insight in schizophrenia: relationship to positive, negative and neurocognitive dimensions. *Indian journal of psychological medicine*, 37(1), 5–11. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.150797>
- Kağızman, E. and Avşar, O. (2022). Şizofreni tanı ve tedavisinde MikroRNA'ların rolü. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 4(3), 278-287. <http://dx.doi.org/10.35365/ctjpp.22.3.08>
- Karaaziz, M., Baştuğ, G. & Sökmez, T. (2015). Bir olgu bağlamında psikotik bozukluğu olanlarda şiddet davranışı tartışması. *Kriz Dergisi*, 23(1-2-3), 1-8. https://doi.org/10.1501/Kriz_0000000341
- Karagülleoğlu, Z.Y. and Çarhan, A. (2021). Tarihteki ilk izleri ile şizofreni. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 11(3), 400-410. <https://doi.org/10.31020/mutfd.872400>
- Karpinski, R.I., Kolb, A.M.K., Tetreault, N.A. & Borowski, T.B. (2018). High intelligence: A risk factor for psychological and physiological overexcitabilities. *Intelligence*, 66, 8-23. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2017.09.001>
- Kashiwagi, H., Kuroki, N., Ikezawa, S., Matsushita, M., Ishikawa, M., Nakagome, K., Hirabayashi, N. & Ikeda, M. (2015). Neurocognitive features in male patients with schizophrenia exhibiting serious violence: a case control study. *Annals of general psychiatry*, 14, 46. <https://doi.org/10.1186/s12991-015-0086-7>
- Kaya, S., Taşçı, G., Kılıç, N., Karadayı, H., Özsoy, F. & Atmaca, M. (2023). Examination of the relationship between peripheral inflammation markers and impulsivity and aggression in schizophrenia patients involved and not involved in crime. *Journal of personalized medicine*, 13(3), 475. <https://doi.org/10.3390/jpm13030475>
- Kennedy, H.G., Mohan, D. & Davoren, M. (2021). Forensic psychiatry and Covid-19: accelerating transformation in forensic psychiatry. *Irish journal of psychological medicine*, 38(2), 145–153. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.58>
- Keyes, K. M., Platt, J., Kaufman, A. S. & McLaughlin, K. A. (2017). Association of fluid intelligence and psychiatric disorders in a population-representative sample of US adolescents. *JAMA psychiatry*, 74(2), 179–188. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3723>
- Khan, A. and Powell, S.B. (2018). Sensorimotor gating deficits in "two-hit" models of schizophrenia risk factors. *Schizophrenia research*, 198, 68–83. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.10.009>
- Khavari, B. and Cairns, M.J. (2020). Epigenomic dysregulation in schizophrenia: In search of disease etiology and biomarkers. *Cells*, 9(8), 1837. <https://doi.org/10.3390/cells9081837>
- Kim, M., Lee, Y. & Kang, H. (2023). Effects of exercise on positive symptoms, negative symptoms, and depression in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 3719. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043719>

- Kimhy, D., Gill, K.E., Brucato, G., Vakhrusheva, J., Arndt, L., Gross, J.J. & Girgis, R.R. (2016). The impact of emotion awareness and regulation on social functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Psychological medicine*, 46(14), 2907–2918. <https://doi.org/10.1017/S0033291716000490>
- Kinnaird, E., Stewart, C. & Tchanturia, K. (2019). Investigating alexithymia in autism: A systematic review and meta-analysis. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 55, 80–89. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.09.004>
- Kirchbner, J., Lau, S. & Machetanz, L. (2023). Offenders and non-offenders with schizophrenia spectrum disorders: Do they really differ in known risk factors for aggression?. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1145644. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1145644>
- Kirchbner, J., Sonnweber, M., Nater, U. M., Günther, M. & Lau, S. (2022). Stress, schizophrenia, and violence: A machine learning approach. *Journal of interpersonal violence*, 37(1-2), 602–622. <https://doi.org/10.1177/0886260520913641>
- Kivimies, K., Repo-Tiihonen, E., Kautiainen, H. & Tiihonen, J. (2018). Comorbid opioid use is undertreated among forensic patients with schizophrenia. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 13(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s13011-018-0177-y>
- Kocal, Y., Karakuş, G. & Sert, D. (2017), Şizofreni: etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267. <https://doi.org/10.17827/aktd.303574>
- Koç, A., Karaca, E. & Ensari, H. (2022). Bir bölge ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesine yönlendirilen adli olguların değerlendirilmesi; Bolu örneği. *Adli Tıp Dergisi*, 36(2), 48-56.
- Konstantakopoulos, G., Ploumpidis, D., Oulis, P., Patrikelis, P., Nikitopoulou, S., Papadimitriou, G.N. & David, A.S. (2014). The relationship between insight and theory of mind in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 152(1), 217–222. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.11.022>
- Konstantakopoulos, G. (2019). Insight across mental disorders: A multifaceted metacognitive phenomenon. *Psychiatrike=Psychiatriki*, 30(1),13–16. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2019.301.13>
- Kotlicka-Antczak, M., Pawełczyk, A., Rabe-Jabłońska, J., Smigielski, J. & Pawełczyk, T. (2014). Obstetrical complications and Apgar score in subjects at risk of psychosis. *Journal of psychiatric research*, 48(1), 79–85. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.10.004>
- Köşger, F., Eşsizoglu, A., Sönmez, İ., Güleç, G., Genek, M. & Akarsu, Ö. (2016). Şizofrenide şiddet davranışının klinik özellikler, içgörü ve bilişsel işlevler ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(2), 92-99. <https://doi.org/10.5080/u13575>
- Kumar A. (2015). Tobacco use and psychosis: missing the risk of bias assessment and other methodological considerations. *The lancet. Psychiatry*, 2(10), 865. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00353-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00353-3)
- Labella, M.H. & Masten, A.S. (2018). Family influences on the development of aggression and violence. *Current opinion in psychology*, 19, 11–16. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.028>

- Landgraf, S., Blumenauer, K., Osterheider, M. & Eisenbarth, H. (2013). A clinical and demographic comparison between a forensic and a general sample of female patients with schizophrenia. *Psychiatry research*, 210(3), 1176–1183. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.09.009>
- Laurens, K.R., Luo, L., Matheson, S.L., Carr, V.J., Raudino, A., Harris, F. & Green, M.J. (2015). Common or distinct pathways to psychosis? A systematic review of evidence from prospective studies for developmental risk factors and antecedents of the schizophrenia spectrum disorders and affective psychoses. *BMC psychiatry*, 15, 205. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0562-2>
- Lederbogen, F., Haddad, L. & Meyer-Lindenberg, A. (2013). Urban social stress--risk factor for mental disorders. The case of schizophrenia. *Environmental pollution (Barking, Essex : 1987)*, 183, 2–6. <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2013.05.046>
- Leger, M. and Neill, J. C. (2016). A systematic review comparing sex differences in cognitive function in schizophrenia and in rodent models for schizophrenia, implications for improved therapeutic strategies. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 68, 979–1000. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.06.029>
- Leshem, R., Icht, M. & Ben-David, B. M. (2022). Processing of spoken emotions in schizophrenia: Forensic and non-forensic patients differ in emotional identification and integration but not in selective attention. *Frontiers in psychiatry*, 13, 847455. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.847455>
- Li, W., Yang, Y., Hong, L., An, F. R., Ungvari, G. S., Ng, C. H. & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of aggression in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Asian journal of psychiatry*, 47, 101846. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101846>
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D. O., Keefe, R. S., Davis, S. M., Davis, C. E., Lebowitz, B. D., Severe, J., Hsiao, J. K. & Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England journal of medicine*, 353(12), 1209–1223. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa051688>
- Lien, Y. J., Chang, H. A., Kao, Y. C., Tzeng, N. S., Lu, C. W. & Loh, C. H. (2018). Insight, self-stigma and psychosocial outcomes in Schizophrenia: A structural equation modelling approach. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27(2), 176–185. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000950>
- Lin, A., Di Prinzio, P., Young, D., Jacoby, P., Whitehouse, A., Waters, F., Jablensky, A. & Morgan, V. A. (2017). Academic performance in children of mothers with schizophrenia and other severe mental illness, and risk for subsequent development of psychosis: A population-based study. *Schizophrenia bulletin*, 43(1), 205–213. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw042>
- Lochner, L. (2020). Education and crime. *The Economics of Education*, 109–117. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815391-8.00009-4>
- Long, Y., Tong, X., Awad, M., Xi, S. & Yu, Y. (2022). Violence, runaway, and suicide attempts among people living with schizophrenia in China: Prevalence and correlates. *PeerJ*, 10, e13033. <https://doi.org/10.7717/peerj.13033>

- Madran, H. A. D. (2012). Buss-Perry saldırganlık ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 24(2), 1-6. <https://doi.org/10.5080/u6859>
- Maneeton, N., Maneeton, B., Jaiyen, N., Woottitluk, P. & Khemawichanurat, W. (2019). Prevalence of aggressive or violent behaviour in Thai patients with schizophrenia: a cross-sectional study. *East Asian archives of psychiatry: official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong Ya jing shen ke xue zhi : Xianggang jing shen ke yi xue yuan qi kan*, 29(3), 87–90. <https://doi.org/10.12809/eaap1775>
- Marconi, A., Di Forti, M., Lewis, C. M., Murray, R. M. & Vassos, E. (2016). Meta-analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 42(5), 1262–1269. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw003>
- Meng, X. D., Cao, X., Li, T. & Li, J. P. (2018). Creatine kinase (CK) and its association with aggressive behavior in patients with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 197, 478–483. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.02.025>
- Millan, M. J., Andrieux, A., Bartzokis, G., Cadenhead, K., Dazzan, P., Fusar-Poli, P., Gallinat, J., Giedd, J., Grayson, D. R., Heinrichs, M., Kahn, R., Krebs, M. O., Leboyer, M., Lewis, D., Marin, O., Marin, P., Meyer-Lindenberg, A., McGorry, P., McGuire, P., Owen, M. J., Patterson, P., Sawa, A., Spedding, M., Uhlhaas, P., Vaccarino, F., Wahlestedt, C. & Weinberger, D. (2016). Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives. *Nature Reviews Drug Discovery*, 15(7), 485-515. <https://doi.org/10.1038/nrd.2016.28>
- Moberg, T., Stenbacka, M., Tengström, A., Jönsson, E. G., Nordström, P. & Jokinen, J. (2015). Psychiatric and neurological disorders in late adolescence and risk of convictions for violent crime in men. *BMC psychiatry*, 15, 299. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0683-7>
- Molstrom, I. M., Nordgaard, J., Urfer-Parnas, A., Handest, R., Berge, J. & Henriksen, M. G. (2022). The prognosis of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis with meta-regression of 20-year follow-up studies. *Schizophrenia research*, 250, 152–163. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.11.010>
- Mosotho, N. L., Timile, I. & Joubert, G. (2017). The use of computed tomography scans and the Bender Gestalt Test in the assessment of competency to stand trial and criminal responsibility in the field of mental health and law. *International journal of law and psychiatry*, 50, 68–75. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.05.009>
- Mundt, A. P. and Baranyi, G. (2020). The unhappy mental health triad: Comorbid severe mental illnesses, personality disorders, and substance use disorders in prison populations. *Frontiers in psychiatry*, 11, 804. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00804>
- Myles, L. A. M. & Merlo, E. M. (2021). Alexithymia and physical outcomes in psychosomatic subjects: a cross-sectional study. *Journal of Mind and Medical Sciences*, 8(1), 86-93. <https://doi.org/10.22543/7674.81.P8693>
- Nair, A., Palmer, E.C., Aleman, A. & David, A.S. (2014). Relationship between cognition, clinical and cognitive insight in psychotic disorders: a review and metaanalysis. *Schizophrenia research*. 152(1), 191–200. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.11.033>

- Nilsson, S.F., Nordentoft M., Fazel S. & Laursen T.M. (2020). Homelessness and police-recorded crime victimisation: a nationwide, register-based cohort study. *The Lancet PublicHealth*, 5(6), 333-341. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30075-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30075-X)
- Niveau, G. and Welle, I. (2018). Forensic psychiatry, one subspecialty with two ethics? A systematic review. *BMC medical ethics*. 19(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0266-5>
- Nucifora, F.C., JR Woznica, E., Lee, B.J., Cascella, N. & Sawa, A. (2019). Treatment resistant schizophrenia: Clinical, biological, and therapeutic perspectives. *Neurobiology of disease*, 131, 104257. <https://doi.org/10.1016/j.nbd.2018.08.016>
- Nummenmaa, L., Lukkarinen, L., Sun, L., Putkinen, V., Seppälä, K., Karjalainen, T., Karlsson, H.K., Hudson, M., Venetjoki, N., Salomaa, M., Rautio, P., Hirvonen, J., Lauerma, H. & Tiihonen, J. (2021). Brain basis of psychopathy in criminal offenders and general population. *Cerebral cortex*, 31(9), 4104–4114. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhab072>
- Nyamathi, A.M., Salem, B.E., Hall E., Oleskiewicz, T., Ekstrand, M., Yadav, K., Toyama, J., Turner, S. & Faucette, M. (2017). Violent crime in the lives of homeless female ex-offenders. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(2), 122–131. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1253807>
- O'reilly, K., Donohoe, G., Coyle, C., O'sullivan, D., Rowe, A., Losty, M., McDonagh, T., McGuinness, L., Ennis, Y., Watts, E., Brennan, L., Owens, E., Davoren, M., Mullaney, R., Abidin, Z. & Kennedy H.G. (2015). Prospective cohort study of the relationship between neuro-cognition, social cognition and violence in forensic patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *BMC psychiatry*, 15(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0548-0>
- Ogrodniczuk J.S., Piper W.E. & Joyce, A.S. (2011). Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: A programmatic review. *Psychiatry Research*, 190(1), 43–48. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.026>
- Ospina, L.H., Shanahan, M., Perez-rodriguez, M.M., Chan, C.C., Clari, R. & Burdick, K.E. (2019). Alexithymia predicts poorer social and everyday functioning in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatry research*, 273, 218–226. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.033>
- Oueslati, B., Fekih-romdhane, F., Mrabet, A. & Ridha, R. (2018). Correlates of offense recidivism in patients with schizophrenia. *Int J Law Psychiatry*, 58, 178–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.05.001>
- Overall, J.E. and Gorham, D.R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep*, 10, 799-812. <https://doi.org/10.2466/pr0.1962.10.3.799>
- Owen, M.J., Sawa, A. & Mortensen, P.B. (2016). Schizophrenia. *Lancet (London, England)*, 388 (10039), 86–97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01121-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01121-6)
- Özdemir, P.G., Selvi, Y. & Aydın A. (2012). Dürtüsellik ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3), 293-314. <https://doi.org/10.5455/cap.20120418>
- Pachi, A., Tselebis, A., Ilias I., Tsomaka, E., Papageorgiou, S.M., Baras, S., Kavouria, E. & Giotakis, K. (2022). Aggression, alexithymia and sense of coherence in a sample of schizophrenic outpatients. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(6), 1078. <https://doi.org/10.3390/healthcare10061078>

- Pardiñas, A., Holmans, P., Pocklington, A.J., Escott-Price V., Ripke, S., Carrera, N., Legge S.E., Bishop, S., Cameron, D., Hamshire, M.L., Han, J., Hubbard, L., Lynham, A., Mantripragada, K., Rees, E., Maccabe, J.H., Mccarroll, S.A., Baune, B.T., Breen, G., Byrne, E.M., Dannlowski, U., Eley, T.C., Hayward, C., Martin, N.G., McIntosh, A.M., Plomin, R., Porteous D.J., Wray, N.R., Caballero, A., Geschwind, D.H., Huckins, L.M., Ruderfer, D.M., Santiago, E., Sklar, P., Stahl, E.A., Won, H., Agerbo E., Als, T.D., Andreassen, O.A., Bækvad-Hansen, M., Mortensen, P.B., Pedersen, C.B., Børglum, A.D., Bybjerg-Grauholm, J., Djurovic, S., Durmishi, N., Pedersen, M.G., Golimbet, V., Grove, J., Hougaard, D.M., Mattheisen, M., Molden, E., Mors, O., Nordentoft, M., Pejovic-Milovancevic, M., Sigurdsson, E., Silagadze, T., Hansen, C.S., Stefansson, K., Stefansson, H., Steinberg, S., Tosato, S., Werge, T., Gerad, C., Crestar, C., Collier D.A., Rujescu, D., Kirov, G., Owen, M.J., O'donovan, M.C. & Walters J.T.R. (2018). Common schizophrenia alleles are enriched in mutation-intolerant genes and in regions under strong background selection. *Nature genetics*, 50(3), 381–389. <https://doi.org/10.1038/s41588-018-0059-2>
- Patel, K. R., Cherian, J., Gohil, K. & Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. *P & T: a peer-reviewed journal for formulary management*, 39(9), 638–645.
- Picardi, A., Caroppo, E., Porcelli, P., Di Maria, G., Munittola, G. & Martinotti, G. (2012). Alexithymia and severe psychopathology: a study on psychiatric inpatients. *Psychopathology*, 45(3), 159–166. <https://doi.org/10.1159/000330261>
- Polat, S. and Hocaoglu, C. (2020). Bir eğitim ve araştırma hastanesi psikiyatri polikliniğine yönlendirilen adli olguların değerlendirilmesi. *Ortadoğu Tıp Derg*, 12, 290–294. <https://doi.org/10.21601/ortadogutipdergisi.648702>
- Preece, D., Becerra, R., Allan, A., Robinson, K. & Dandy, J. (2017). Establishing the theoretical components of alexithymia via factor analysis: Introduction and validation of the attention-appraisal model of alexithymia. *Personality and individual differences*, 119, 341–352. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.08.003>
- Prins, S.J. (2014). Prevalence of mental illnesses in US State prisons: a systematic review. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 65(7), 862–872. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300166>
- Purtle, J. (2017). Population mental health and community violence: advancing the role of local health departments, *American Journal of Public Health*, 107(9), 1358–1360. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300166>
- Radhakrishnan, R., Kaser, M. & Guloksuz, S. (2017). The link between the immune system, environment, and psychosis. *Schizophr Bull*, 43(4), 693–697. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx057>
- Rebetez, M.M.L., Rochat, L., Barsics, C. & Van Der Linden, M. (2018). Procrastination as a self-regulation failure: The role of impulsivity and intrusive thoughts. *Psychological reports*, 121(1), 26–41. <https://doi.org/10.1177/0033294117720695>
- Refaat, N., Fahmy, M., El-Leithy, W., Hassan, H. & El Moez Ka (2017). Correlation between aggressive behavior and socio-demographic characteristics in patients with schizophrenia at a psychiatry outpatient clinic. *Middle East Curr Psychiatry*, 24, 30–35. <https://doi.org/10.1097/01.XME.0000508431.34826.db>

- Refaat, N., Magdafahmy, W.E.L., Hassan, H. & Abd El-Moez, K. (2015). Frequency, severity and types of aggressive behavior among patients with schizophrenia at psychiatry outpatients clinic in comparison to normal controls. *The Arab Journal of Psychiatry*, 26(2), 164-171. <https://doi.org/10.12816/0014483>
- Reinharth, J., Reynolds, G., Dill, C. & Serper M (2014). Cognitive predictors of violence in schizophrenia: a meta-analytic review. *Schizophr Res Cogn*, 1, 101–11. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2014.06.001>
- Robertson, T., Daffern, M. & Bucks, R.S. (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggress. Violent Behav*, 17, 72–82. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.09.006>
- Robinson, N. and Bergen, S.E. (2021). Environmental risk factors for schizophrenia and bipolar disorder and their relationship to genetic risk: Current knowledge and future directions. *Frontiers in genetics*, 12, 686666. <https://doi.org/10.3389/fgene.2021.686666>
- Rubio-Abadal, E., Ochoa, S., Barajas, A., Banos, I., Dolz, M., Sanchez, B., Del Cachon, N., Carlson, J., Huerta-Ramos, E., Genipe Group & Usall, J. (2015). Birth weight and obstetric complications determine age at onset in first episode of psychosis. *Journal of psychiatric research*, 65, 108–114. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.03.018>
- Rund B.R. (2018). A review of factors associated with severe violence in schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(8), 561-571. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1497199>
- Sacchetti, E., Valsecchi, P., Tamussi, E., Paulli, L., Morigi, R. & Vita, A. (2018). Psychomotor agitation in subjects hospitalized for an acute exacerbation of schizophrenia. *Psychiatry research*, 270, 357–364. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.058>
- Salazar De Pablo, G., Woods, S.W., Drymonitou, G., De Diego, H. & Fusar-Poli, P. (2021). Prevalence of individuals at clinical high-risk of psychosis in the general population and clinical samples: systematic review and meta-analysis. *Brain sciences*, 11(11), 1544. <https://doi.org/10.3390/brainsci11111544>
- Sandi, C. and Haller, J. (2015). Stress and the social brain: behavioural effects and neurobiological mechanisms. *Nat Rev Neurosci*, 16(5), 290–304. <https://doi.org/10.1038/nrn3918>
- Sariaslan, A., Larsson, H. & Fazel, S. (2016). Genetic and environmental determinants of violence risk in psychotic disorders: a multivariate quantitative genetic study of 1.8 million Swedish twins and siblings. *Molecular psychiatry*, 21(9), 1251–1256. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.184>
- Sarma, K.M., Carthy, S.L. & Cox, K.M. (2022). Mental disorder, psychological problems and terrorist behaviour: A systematic review and meta-analysis. *Campbell systematic reviews*, 18(3), e1268. <https://doi.org/10.1002/cl2.1268>
- Schizophrenia Working Group Of The Psychiatric Genomics Consortium (2014). Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature*, 511(7510), 421–427. <https://doi.org/10.1038/nature13595>
- Schneider-Thoma, J., Chalkou, K., Dörries, C., Bighelli, I., Ceraso, A., Huhn, M., Siafis, S., Davis, J. M., Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G. & Leucht, S. (2022). Comparative efficacy and tolerability of 32 oral and long-acting injectable antipsychotics for the maintenance treatment

of adults with schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 399(10327), 824–836. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01997-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01997-8)

- Sedgwick, O., Young, S., Baumeister, D., Greer, B., Das, M. & Kumari, V. (2017). Neuropsychology and emotion processing in violent individuals with antisocial personality disorder or schizophrenia: The same or different? A systematic review and meta-analysis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 51(12), 1178–1197. <https://doi.org/10.1177/0004867417731525>
- Sen, P., Adewusi, D., Blakemore, A.I. & Kumari V (2022). How do lipids influence risk of violence, self-harm and suicidality in people with psychosis? A systematic review. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 56(5), 451–488. <https://doi.org/10.1177/00048674211025608>
- Setlaba, N.N.C., Mosotho, N.L. & Joubert, G. (2020). Demographic, clinical and social characteristics of forensic patients diagnosed with schizophrenia at the Free State Psychiatric Complex, Bloemfontein, South Africa. *Psychiatry, psychology, and law : an interdisciplinary journal of the Australian and New Zealand Association of Psychiatry, Psychology and Law*, 27(2), 192–201. <https://doi.org/10.1080/13218719.2019.1618751>
- Sezgin, N., Baştuğ, G., Yargıcı Karaağaç, S. & Yılmaz, B. (2014). Wechsler Yetişkinler İçin Zekâ Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu WAIS-R Türkiye standardizasyonu: Ön çalışma. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 54(1), 451–480. https://doi.org/10.1501/Dtcfder_0000001391
- Sfeir, E., Geara, C., Hallit, S. & Obeid, S. (2020). Alexithymia, aggressive behavior and depression among Lebanese adolescents: A cross-sectional study. *Child Adolesc Psychiatry MentHealth*, 14, 32. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00338-2>
- Short, T., Thomas, S., Mullen, P. & Ogloff, J.R. (2013). Comparing violence in schizophrenia patients with and without comorbid substance-use disorders to community controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(4), 306–313. <https://doi.org/10.1111/acps.12066>
- Sifneos, P.E. (2000). Alexithymia, clinical issues, politics and crime. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69(3), 113–116. <https://doi.org/10.1159/000012377>
- Silverstein, S.M., Pozzo, J.D., Roché, M., Boyle, D. & Miskimen, T. (2015). Schizophrenia and violence: realities and recommendations. *Crime Psychol. Rev.*, 1(1), 21–42. <https://doi.org/10.1080/23744006.2015.1033154>
- Simonsen, S., Eikenaes, I.U., Bach, B., Kvarstein, E., Gondan, M., Møller, S.B. & Wilberg, T. (2021). Level of alexithymia as a measure of personality dysfunction in avoidant personality disorder. *Nordic journal of psychiatry*, 75(4), 266–274. <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1841290>
- Soares-Weiser, K., Maayan, N., Bergman, H., Davenport, C., Kirkham, A. J., Grabowski, S. & Adams, C. E. (2015). First rank symptoms for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), CD010653. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010653.pub2>
- Sommer, I.E., Slotema, C.W., Daskalakis, Z.J., Derks, E.M., Blom, J.D. & Van Der Gaag, M (2012). The treatment of hallucinations in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 704–714. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs034>

- Sørensen, H.J., Debois, J.C., Agerbo, E., Benros, M.E., McGrath, J.J., Mortensen, P.B., Ranning, A., Hjorthøj, C., Mors, O., Nordentoft, M. & Petersen, L. (2018). Polygenic risk scores, school achievement, and risk for schizophrenia: A Danish population-based study. *Biological psychiatry*, 84(9), 684–691. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.04.012>
- Soygür H., Alptekin K., Atbaşoğlu E.C., Herken H. (Ed.) (2007). *Şizofreni ve diğer psikiyatrik bozukluklar*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Soykan, C. (1989). *Institutional Differences and Case Typicality as Related to Diagnosis System Severity, Prognosis and Treatment* [Master tezi]. Ortadoğu Teknik Üniversitesi.
- Soysal, H. (2015). Dürtü kontrol bozukluklarının adli psikiyatrik yönleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry*, 7(1), 16-29. <https://doi.org/10.5455/cap.20141108010848>
- Srinivasan, S., Bettella, F., Mattingsdal, M., Wang, Y., Witoelar, A., Schork, A. J., Thompson, W. K., Zuber, V., Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, The International Headache Genetics Consortium, Winsvold, B. S., Zwart, J. A., Collier, D. A., Desikan, R. S., Melle, I., Werge, T., Dale, A. M., Djurovic, S. & Andreassen, O. A. (2016). Genetic markers of human evolution are enriched in schizophrenia. *Biological psychiatry*, 80(4), 284–292. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.10.009>
- Stahl, S.M. (2014). Deconstructing violence as a medical syndrome: mapping psychotic, impulsive, and predatory subtypes to malfunctioning brain circuits. *CNS spectrums*, 19(5), 357–365. <https://doi.org/10.1017/S1092852914000522>
- Stilo, S. A., Di Forti, M., Mondelli, V., Falcone, A. M., Russo, M., O'Connor, J., Palmer, E., Paparelli, A., Koliakou, A., Sirianni, M., Taylor, H., Handley, R., Dazzan, P., Pariante, C., Marques, T. R., Zoccali, R., David, A., Murray, R. M., & Morgan, C. (2013). Social disadvantage: cause or consequence of impending psychosis?. *Schizophrenia bulletin*, 39(6), 1288–1295. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs112>
- Stilo, S. A., Gayer-Anderson, C., Beards, S., Hubbard, K., Onyejiaka, A., Keraite, A., Borges, S., Mondelli, V., Dazzan, P., Pariante, C., Di Forti, M., Murray, R. M. & Morgan, C. (2017). Further evidence of a cumulative effect of social disadvantage on risk of psychosis. *Psychological medicine*, 47(5), 913–924. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002993>
- Stilo, S.A. and Murray R.M. (2010). The epidemiology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(3), 305–315. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.3/sstilo>
- Stilo, S.A. and Murray, R.M. (2019). Non-Genetic factors in schizophrenia. *Current psychiatry reports*, 21(10), 100. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1091-3>
- Subramaniam, M., Mahesh, M.V., Peh Cx, Tan, J., Fauziana, R., Satghare, P., Gupta, B., Gomathinayagam, K. & Chong, S.A. (2017). Hazardous alcohol use among patients with schizophrenia and depression. *Alcohol*, 65, 63–9. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2017.07.008>
- Şaşıoğlu, M., Gülol, Ç. & Tosun, A. (2014). Aleksitimi: tedavi girişimleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1), 22-31. <https://doi.org/10.5455/cap.20130515054141>

- Şimşek, M. H., Akkuş, M., Kefeli, M. C. & Yıldız, S. (2022). Toplum ruh sağlığı merkezinde takipli şizofreni hastalarının fiziksel etkinlik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(4), 456-465. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.1122958>
- Takeda, K., Sugawara, N., Yamada, Y., Nagata, T., Kashiwagi, H., Kono, T., Hirabayashi, N. & Okada, T. (2019). Employment-related factors of forensic psychiatric outpatients with psychotic disorders. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 3341–3350. <https://doi.org/10.2147/NDT.S228916>
- Tamam, L., Güleç, H. & Karatas, G. (2013). Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) Türkçe uyarlama çalışması/Short Form of Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11-SF) Turkish adaptation study. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 50(2), 130. <https://doi.org/10.4274/npa.y6296>
- Taşkaynatan, Ö. and Erol, A. (2019). Şizofreni hastalarında homisid girişimleri ile çocukluk çağı örselenmeleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(3), 253-260. <http://dx.doi.org/10.5455/apd.9560>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. A. (2016). What's in the name 'alexithymia'? A commentary on "Affective agnosia: Expansion of the alexithymia construct and a new opportunity to integrate and extend Freud's legacy.". *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 68, 1006–1020. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.05.025>
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Temiz, Z.T. (2018). Bir sınıflandırma çalışması: aleksitimik belirtiler ve bağlanma örüntüleri. *Medeniyet Araştırmaları Dergisi*, 3(5), 21-42.
- Tiryaki, A., Karahan, A. & Arslan, F.C. (2018). Şizofreni hastalarında içgörünün psikopatoloji ve nöropsikolojik işlevlerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 29(1), 22-30. <https://www.doi.org/10.5080/u18306>
- Torrey, E. F. & Yolken, R. H. (2014). The urban risk and migration risk factors for schizophrenia: are cats the answer?. *Schizophrenia research*, 159(2-3), 299–302. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.09.027>
- Uğurlu, T.T., Tekkanat, Ç., Koç, H. & Ateşçi, F. (2020). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde suç davranışının retrospektif incelemesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 13 (3), 739-747. <https://doi.org/10.31362/patd.745390>
- Ullrich, S., Keers, R., Shaw, J., Doyle, M. & Coid, J. W. (2018). Acting on delusions: the role of negative affect in the pathway towards serious violence. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(5), 691-704. <https://doi.org/10.1080/14789949.2018.1434227>
- Umut, G., Altun, Z.Ö., Danışmant, B.S., Küçükparlak, İ. & Karamustafalıoğlu, N. (2012). Eğitim hastanesinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarında tedavi uyumu, içgörü ve agresyon ilişkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25, 212-220. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2012250303>
- Upadhyaya, S., Ståhlberg, T., Silwal, S., Arrhenius, B. & Sourander, A. (2022). Maternal vitamin D levels during pregnancy and offspring psychiatric outcomes: A systematic

review. *International journal of molecular sciences*, 24(1), 63.
<https://doi.org/10.3390/ijms24010063>

- Ural, C., Öncü, F., Belli, H. & Soysal, H. (2013). Adli psikiyatrik süreç içindeki şizofreni hastalarının şiddet davranışı değişkenleri: Bir olgu kontrol çalışması [Violent behavior variables among patients with schizophrenia under forensic psychiatric process: a case-control study]. *Türk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry*, 24(1), 17–24.
- Usta, H., Sevinç, E. & Güleç, H. (2015). Aleksitimik olan ve olmayan şizofreni tanılı hastalarda yaşam kalitesinin karşılaştırması: Bir ön çalışma. *Cukurova Medical Journal*, 40(1), 107–112.
<http://dx.doi.org/10.17826/cutf.69778>
- Ünübol, H., Hızlı, G. & Koçyiğit, G. (2020). Bağlanma, aleksitimi ve psikolojik belirtilerin öznel iyi oluş üzerindeki yordayıcı etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12, 398–420.
<https://doi.org/10.18863/pgy.804793>
- Van Der Gronde, T., Kempes, M., van El, C., Rinne, T. & Pieters, T. (2014). Neurobiological correlates in forensic assessment: a systematic review. *PloS one*, 9(10), e110672.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110672>
- Van Der Velde, J., Swart, M., Van Rijn, S., Van Der Meer, L., Wunderink, L., Wiersma, D., Krabbendam, L., Bruggeman, R. & Aleman, A. (2015). Cognitive alexithymia is associated with the degree of risk for psychosis. *PloS one*, 10(6), e0124803.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124803>
- Van Der Werf, M., Hanssen, M., Köhler, S., Verkaaik, M., Verhey, F. R., RISE Investigators, Van Winkel, R., Van Os, J. & Allardyce, J. (2014). Systematic review and collaborative recalculation of 133,693 incident cases of schizophrenia. *Psychological medicine*, 44(1), 9–16.
<https://doi.org/10.1017/S0033291712002796>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., Van Os, J. & Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 661–671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Varshney, M., Mahapatra, A., Krishnan, V., Gupta, R. & Deb, K. S. (2016). Violence and mental illness: what is the true story?. *Journal of epidemiology and community health*, 70(3), 223–225.
<https://doi.org/10.1136/jech-2015-205546>
- Vassos, E., Pedersen, C. B., Murray, R. M., Collier, D. A. & Lewis, C. M. (2012). Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 38(6), 1118–1123.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbs096>
- Veirman, E., Van Ryckeghem, D. M. L., Verleysen, G., De Paepe, A. L. & Crombez, G. (2021). What do alexithymia items measure? A discriminant content validity study of the Toronto-alexithymia-scale-20. *PeerJ*, 9, e11639. <https://doi.org/10.7717/peerj.11639>
- Veling W. (2013). Ethnic minority position and risk for psychotic disorders. *Current opinion in psychiatry*, 26(2), 166–171. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835d9e43>

- Velotti, P., Garofalo, C., Petrocchi, C., Cavallo, F., Popolo, R. & Dimaggio, G. (2016). Alexithymia, emotion dysregulation, impulsivity and aggression: A multiple mediation model. *Psychiatry research*, 237, 296–303. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.025>
- Ventriglio, A., Bellomo, A., Ricci, F., Magnifico, G., Rinaldi, A., Borraccino, L., Piccininni, C., Cuoco, F., Gianfelice, G., Fornaro, M., Delle Monache, S. & De Berardis, D. (2021). New pharmacological targets for the treatment of schizophrenia: A literature review. *Current topics in medicinal chemistry*, 21(16), 1500–1516. <https://doi.org/10.2174/1568026621666210701103147>
- Walker, A. E., Spring, J. D. & Travis, M. J. (2017). Addressing cognitive deficits in schizophrenia: Toward a neurobiologically informed approach. *Biological psychiatry*, 81(1), e1–e3. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2016.10.023>
- Wang, K. Z., Bani-Fatemi, A., Adanty, C., Harripaul, R., Griffiths, J., Kolla, N., Gerretsen, P., Graff, A. & De Luca, V. (2020). Prediction of physical violence in schizophrenia with machine learning algorithms. *Psychiatry research*, 289, 112960. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112960>
- Warburton, W. A. and Anderson, C. A. (2015). Aggression, social psychology of. *International encyclopedia of the social & behavioral sciences*, 1, 373–380. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.24002-6>
- Watts, D., De Azevedo Cardoso, T., Librenza-Garcia, D., Ballester, P., Passos, I. C., Kessler, F. H. P., Reilly, J., Chaimowitz, G. & Kapczynski, F. (2022). Predicting criminal and violent outcomes in psychiatry: a meta-analysis of diagnostic accuracy. *Translational psychiatry*, 12(1), 470. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02214-3>
- Wehring, H. J. and Carpenter, W. T. (2011). Violence and schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 37(5), 877–878. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr094>
- Whiting, D., Gulati, G., Geddes, J. R. & Fazel, S. (2022). Association of schizophrenia spectrum disorders and violence perpetration in adults and adolescents from 15 countries: A systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 79(2), 120–132. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3721>
- Whiting, D., Lichtenstein, P. & Fazel, S. (2021). Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *The lancet. Psychiatry*, 8(2), 150–161. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30262-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30262-5)
- Wiffen, B. D., Rabinowitz, J., Lex, A. & David, A. S. (2010). Correlates, change and 'state or trait' properties of insight in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 122(1-3), 94–103. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.03.005>
- Williams, C. M., Peyre, H., Labouret, G., Fassaya, J., Guzmán García, A., Gauvrit, N. & Ramus, F. (2022). High intelligence is not associated with a greater propensity for mental health disorders. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 66(1), e3. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2343>
- Winship, I. R., Dursun, S. M., Baker, G. B., Balista, P. A., Kandratavicius, L., Maia-de-Oliveira, J. P., Hallak, J. & Howland, J. G. (2019). An overview of animal models related to

- schizophrenia. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 64(1), 5–17. <https://doi.org/10.1177/0706743718773728>
- Witt, K., Hawton, K. & Fazel, S. (2014). The relationship between suicide and violence in schizophrenia: analysis of the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) dataset. *Schizophrenia research*, 154(1-3), 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.02.001>
- Witt, K., Lichtenstein, P. & Fazel, S. (2015). Improving risk assessment in schizophrenia: epidemiological investigation of criminal history factors. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 206(5), 424–430. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.144485>
- Witt, K., Van Dorn, R. & Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PloS one*, 8(2), e55942. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055942>
- World Health Organization (2022). Schizophrenia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Wrangham, R.W. (2018). Two types of aggression in human evolution. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 115(2), 245–253. <https://doi.org/10.1073/pnas.1713611115>
- Wroński, M., Samochowiec, J., Pelka-Wysiecka, J., Liśkiewicz, P., Bieńkowski, P. & Misiak, B. (2022). Deficit symptomatology of schizophrenia is associated with attenuated taste identification: Findings from a cross-sectional study. *Brain sciences*, 12(11), 1520. <https://doi.org/10.3390/brainsci12111520>
- Wu, Y., Kang, R., Yan, Y., Gao, K., Li, Z., Jiang, J., Chi, X. & Xia, L. (2018). Epidemiology of schizophrenia and risk factors of schizophrenia-associated aggression from 2011 to 2015. *The Journal of international medical research*, 46(10), 4039–4049. <https://doi.org/10.1177/0300060518786634>
- Yalçın, Ö. and Erdoğan, A. (2013). Şiddet ve agresyonun nörobiyolojik, psikososyal ve çevresel nedenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 388–419. <https://doi.org/10.5455/cap.20130526>
- Yee, N., Matheson, S., Korobanova, D., Large, M., Nielssen, O., Carr, V. & Dean, K. (2020). A meta-analysis of the relationship between psychosis and any type of criminal offending, in both men and women. *Schizophrenia research*, 220, 16–24. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.04.009>
- Yıldırım, A. (2014). Sosyo-kültürel yapı ve suç olgusu arasındaki ilişki: Malatya ili örneği. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 3, 1-7. <https://doi.org/10.18493/kmusekad.92332>
- Yıldız, A., Kılıç, F., Çabuk, S. & Aktaş-Çallıoğlu, G. Ç. (2020). Characteristics of the sociodemographic, clinical and crime-related actions in patients with psychotic symptoms evaluated with the claim of committing a crime-related action in a university hospital between 2012 and 2018. *Bull Legal Med*, 25, 72-82. <http://dx.doi.org/10.17986/blm.1322>

- Yıldızhan, E., Uzun, E. & Tomruk, N. B. (2022). Klopazapin serum düzeylerinin cinsiyet, sigara içme ve belirti şiddeti ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 25, 155-167. <https://doi.org/10.5505/kpd.2022.56688>
- Yohn, S. E. and Conn, P. J. (2019). Pick your model wisely: Understanding the negative symptoms of schizophrenia in rodent models. *ACS chemical neuroscience*, 10(1), 33–35. <https://doi.org/10.1021/acscemneuro.8b00553>
- Zhang, J., Zhang, K. & Li, W. (2022). An improved transition probability matrix for crime distribution prediction. *Computational intelligence and neuroscience*, 2022, 3925503. <https://doi.org/10.1155/2022/3925503>
- Zhou, J. S., Zhong, B. L., Xiang, Y. T., Chen, Q., Cao, X. L., Correll, C. U., Ungvari, G. S., Chiu, H. F., Lai, K. Y. & Wang, X. P. (2016). Prevalence of aggression in hospitalized patients with schizophrenia in China: A meta-analysis. *Asia-Pacific psychiatry: official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 8(1), 60–69. <https://doi.org/10.1111/appy.12209>
- Zimbrón, J., Ruiz de Azúa, S., Khandaker, G. M., Gandamaneni, P. K., Crane, C. M., González-Pinto, A., Stochl, J., Jones, P. B. & Pérez, J. (2013). Clinical and sociodemographic comparison of people at high-risk for psychosis and with first-episode psychosis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 127(3), 210–216. <https://doi.org/10.1111/acps.12000>
- Zorlu, P. K., Bilgiç, Ö., Şahin, T. & Zorlu, N. (2017). Şizofrenide klinik içgörünün psikiyatrik semptomlar ve bilişsel işlevler ile ilişkisi. *Dusunen Adam*, 30(2), 79. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2017300201>
- Zorn, J. V., Schür, R. R., Boks, M. P., Kahn, R. S., Joëls, M. & Vinkers, C. H. (2017). Cortisol stress reactivity across psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 77, 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.11.036>

EKLER

Ek-1: Etik Kurul Onayı

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ**

Karar Tarihi : 27/09/2021
Toplantı Sayısı : 14
Karar Sayısı : 158

158-Üniversitemiz Tıp Fakültesi öğretim üyesi **Prof. Dr. Vesile Şentürk Cankorur**'ün danışmanlığını yaptığı doktora öğrencisi **Dilek Baysal**'ın "Adli Kaydı Bulunan ve Bulunmayan Şizofreni Hastalarının Sosyodemografik, Klinik ve Aleksitimi Özelliklerinin Karşılaştırılması" başlıklı tezi ile ilgili 02/06/2021 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, **Prof. Dr. Vesile Şentürk Cankorur**'ün danışmanlığını yaptığı doktora öğrencisi **Dilek Baysal**'ın "Adli Kaydı Bulunan ve Bulunmayan Şizofreni Hastalarının Sosyodemografik, Klinik ve Aleksitimi Özelliklerinin Karşılaştırılması" başlıklı tezi ile ilgili COVID-19 salgını nedeniyle; çalışma takviminiz de dâhil araştırmanızda oluşabilecek tüm değişikliklerin Etik Kurulumuza yazılı olarak bildirilmesi, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
_ 27/09/2021

Prof. Dr. Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

Ek-2: Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırmanın adı: Adli Kaydı Bulunan ve Bulunmayan Şizofreni Hastalarının Sosyodemografik, Klinik ve Aleksitimi Özelliklerinin Karşılaştırılması

“Sayın gönüllü,

Ankara Üniversitesi Adli Bilimler Enstitüsü Kriminalistik Doktora Tezi kapsamında planlanmış olan yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.”

Hastaneye başvurduğunuz ve randevunuzun olduğu gün, size de uygun olan bir zaman diliminde, hastanenin önceden belirlemiş olduğu ve üçüncü bir kişinin kesinlikle bulunmadığı, uygun bir muayene odasında sizinle araştırmacı arasında yüz yüze görüşme gerçekleştirilecektir. Bu görüşmede size birtakım kağıtlar verilecek ve bunların sizin tarafınızdan doldurulması istenecektir. Bazılarında ise, size sorular yöneltilecek ve cevaplarınız doğrultusunda araştırmacı tarafından doldurulacaktır. Bütün soruların cevaplama işlemi tamamlandıktan sonra sizinle bir daha temasa geçmeye gerek kalmayacaktır. Çalışmada size uygulaması kolay 157 soru yöneltilecektir. Sorular içerisinde sizi rahatsız edecek ve sizi riske sokacak ifadeler bulunmamaktadır. Cevaplarken sizi tehdit ve zan altında bırakan sorular olarak düşünmemeniz, tam tersine sizin şikayetlerinizi ölçmeye yarayan tarafsız sorular olarak düşünmenizi rica ederiz. Katılmayı kabul etmeniz durumunda bu ölçeklerin uygulanması ve doldurulması yaklaşık olarak 30-45 dakikanızı alacaktır. Kabul ettiğiniz takdirde size hiçbir MR, Ultrason gibi radyolojik görüntüleme, kan tetkiki ya da benzeri testler uygulanmayacaktır. Belirtmiş olduğunuz bilgiler hiçbir şekilde doktor, mahkeme veya kolluk kuvvetleri (polis, jandarma vs.) ile paylaşılmayacaktır. Ayrıca verdiğiniz cevaplar tedavinizin ve mahkemenin gidişatını ya da sonucunu etkilemeyecektir. Bu çalışma için sizden ücret talep edilmeyecektir. Çalışmada yer alan bilgileriniz isminiz belirtilmeden, sadece bilimsel makaleler ve araştırmalar çerçevesinde kullanılacaktır. Bilimsel etik kuralları gereği tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacak, üçüncü kişi veya kurumlarla paylaşılmayacaktır.

Sayfa 1/2
Tarih:1.11.21
Versiyon:02

Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu durum sizin açınızdan herhangi bir olumsuz sonuç doğurmayacaktır. Araştırmadan ekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayımlandığında da tüm bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

Katılımcının Beyanı: “Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi zgr irademle kabul ettiğimi beyan ederim.”

Katılımcının Bilgileri

Ad-Soyad:

İmza:

Tarih:

Araştırmacının Bilgileri

Adı Soyadı: Dilek Baysal

İletişim No:

İmza:

Tarih:

Sorumlu Araştırmacı

Prof. Dr. Vesile şentürk Cankorur

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD ğretim yesi

Sayfa 2/2
Tarih:1.11.21
Versiyon:02

Ek-3: Çalışmada Kullanılan Ölçekler

Sıra No:.....

Tarih:.....

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU- K Grubu İçin

(Bu form katılımcı tarafından doldurulacaktır)

Lütfen kendinize en uygun seçeneği işaretleyiniz. Boşluk olan yerlere ise uygun cevabı yazınız.

Şimdiki Yaşınız:

Uyruk:

Cinsiyet : ☐ Kadın ☐ Erkek

Medeni Durum: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış ☐ Dul

Eğitim Durumu: ☐ 1-5 yıl ☐ 9-12 yıl
☐ 6-8 yıl ☐ 13 yıl ve daha fazla

Çocuğunuz var mı? ☐ Evet (Sayısı.....) ☐ Hayır

Çalışıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emekli ☐ Öğrenci

Kaç yıldır çalışıyorsunuz? ☐ 0-1yıl ☐ 1-5yıl ☐ 5-10yıl ☐ 10yıldan fazla

Meslek: ☐ İşçi ☐ Çiftçi ☐ Memur ☐ Temizlik görevlisi/Hademe ☐ Asker
☐ Polis ☐ Serbest Meslek ☐ Doktor ☐ Hemşire ☐ Mühendis
☐ Diğer.....

Gelir Düzeyi: ☐ 1500TL Altı ☐ 1500-3000TL
☐ 3000-5000TL ☐ 5000TL üzeri

Doğum Yeri: ☐ Köy ☐ İlçe ☐ İl

Yaşadığı Yer: ☐ Köy ☐ İlçe ☐ İl

Yaşadığı Ev: ☐ Apartman Dairesi ☐ Müstakil Ev ☐ Gecekondu

Nasıl Bir Ailede Büyüdünüz: ☐ Anne-Baba Birlikte ☐ Sadece Anne ☐ Sadece Baba
☐ Çocuk Yurdu vs. ☐ Anneanne-Babanne-Dede vb.

Birlikte Yaşadığı Kişiler: ☐ Anne-Baba ☐ Eş ☐ Çocuk ☐ Diğer.....

Herhangi kronik bir rahatsızlığınız var mı? ☐ Evet (Aşağıya belirtiniz) ☐ Hayır

☐ Şeker Hastalığı ☐ Kalp Hastalığı ☐ Yüksek Tansiyon ☐ Beyin Hastalığı
☐ Tiroid Hastalığı ☐ Diğer.....

Psikiyatri ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz? ☐ Evet (Aşağıya neler olduğunu belirtiniz) ☐ Hayır

☐ Anksiyolitik..... ☐ Duygudurum Düzenleyici.....
☐ Antidepresan..... ☐ Benzodiazepin.....
☐ Antipsikotik..... ☐ Antiepileptik.....
☐ Diğer.....

Alkol kullanıyor musunuz?

☐ Evet. (Ne kadar? ☐ Ayda 1 ☐ Haftada 1 ☐ Haftada 3-4 kez ☐ Hergün)
☐ Hayır

Madde kullanıyor musunuz?

☐ Evet. (Ne kadar? ☐ Ayda 1 ☐ Haftada 1 ☐ Haftada 3-4 kez ☐ Hergün)
☐ Hayır

Hastalığınız ne zaman başladı?.....

Hastaneye kaç kez yattınız? ☐ Hiç ☐ 1 kez ☐ 2 kez ☐ 3 ve daha fazla

Vücudunuzda kesici alet izi veya sigara izi var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Hiç intihar girişiminiz oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Ailenizde suç işlemiş biri var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Geçmişte sizi strese ve üzüntüye sokan ya da size zarar veren bir olay yaşadınız mı?

☐ Evet (Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız) ☐ Hayır

Bu olay sık sık aklınıza geliyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Tekrarlayan bu anılar sizi strese sokuyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Form bitmiştir. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği 'ne geçiniz.

Sıra No:.....

Tarih:.....

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU - H Grubu İçin

(Bu form katılımcı tarafından doldurulacaktır)

Lütfen kendinize en uygun seçeneği işaretleyiniz. Boşluk olan yerlere ise uygun cevabı yazınız.

Şimdiki Yaşınız:

Mahkemedeki söz konusu olayın gerçekleştiği zamanki yaşıınız:

Uyruk:

Cinsiyet : ☐ Kadın ☐ Erkek

Medeni Durum: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış ☐ Dul

Eğitim Durumu: ☐ 1-5 yıl ☐ 9-12 yıl
☐ 6-8 yıl ☐ 13 yıl ve daha fazla

Çocuğunuz var mı? ☐ Evet (Sayısı.....) ☐ Hayır

Çalışıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emekli ☐ Öğrenci

Kaç yıldır çalışıyorsunuz? ☐ 0-1yıl ☐ 1-5yıl ☐ 5-10yıl ☐ 10yıldan fazla

Meslek: ☐ İşçi ☐ Çiftçi ☐ Memur ☐ Temizlik görevlisi/Hademe ☐ Asker
☐ Polis ☐ Serbest Meslek ☐ Doktor ☐ Hemşire ☐ Mühendis
☐ Diğer.....

Gelir Düzeyi: ☐ 1500TL Altı ☐ 1500-3000TL
☐ 3000-5000TL ☐ 5000TL üzeri

Doğum Yeri: ☐ Köy ☐ İlçe ☐ İl

Yaşadığı Yer: ☐ Köy ☐ İlçe ☐ İl

Yaşadığı Ev: ☐ Apartman Dairesi ☐ Müstakil Ev ☐ Gecekondu ☐ Sabit bir yerim yok

Birlikte Yaşadığı Kişiler: ☐ Anne-Baba ☐ Eş ☐ Çocuk ☐ Diğer.....

Nasıl Bir Ailede Büyüdünüz: ☐ Anne-Baba Birlikte ☐ Sadece Anne ☐ Sadece Baba
☐ Çocuk Yurdu vs. ☐ Anneanne-Babaanne-Dede vb.

Herhangi kronik bir rahatsızlığınız var mı? ☐ Evet (Aşağıya belirtiniz) ☐ Hayır

☐ Şeker Hastalığı ☐ Kalp Hastalığı ☐ Yüksek Tansiyon ☐ Beyin Hastalığı
☐ Tiroid Hastalığı ☐ Diğer.....

Olaydan önce psikiyatri ilacı kullanıyor muydunuz? ☐ Evet (Aşağıya belirtiniz) ☐ Hayır

☐ Anksiyolitik..... ☐ Duygudurum Düzenleyici.....

☐ Antidepresan..... ☐ Benzodiazepin.....

☐ Antipsikotik..... ☐ Antiepileptik.....

☐ Diğer.....

Şu an psikiyatri ilacı kullanıyor musunuz? ☐ Evet (Aşağıya belirtiniz) ☐ Hayır

☐ Anksiyolitik..... ☐ Duygudurum Düzenleyici.....

☐ Antidepresan..... ☐ Benzodiazepin.....

☐ Antipsikotik..... ☐ Antiepileptik.....

☐ Diğer.....

Olay öncesinde veya sırasında alkol kullanıyor muydunuz?

☐ Olay öncesinde (Ne kadar? ☐ Ayda 1 ☐ Haftada 1 ☐ Haftada 3-4 kez ☐ Hergün)

☐ Olay sırasında (Ne kadar? ☐ Ayda 1 ☐ Haftada 1 ☐ Haftada 3-4 kez ☐ Hergün)

☐ Hayır

Olay öncesinde veya sırasında madde kullanıyor muydunuz?

☐ Olay öncesinde (Ne kadar? ☐ Ayda 1 ☐ Haftada 1 ☐ Haftada 3-4 kez ☐ Hergün)

☐ Olay sırasında (Ne kadar? ☐ Ayda 1 ☐ Haftada 1 ☐ Haftada 3-4 kez ☐ Hergün)

☐ Hayır

Şu an alkol kullanıyor musunuz? ☐ Hayır

☐ Evet (Ne kadar? ☐ Ayda 1 ☐ Haftada 1 ☐ Haftada 3-4 kez ☐ Hergün)

Şu an madde kullanıyor musunuz? ☐ Hayır

☐ Evet (Ne kadar? ☐ Ayda 1 ☐ Haftada 1 ☐ Haftada 3-4 kez ☐ Hergün)

Hastalığınız ne zaman başladı?.....

Adli olayın türü? ☐ Kişiyeye Yönelik ☐ Mala Yönelik ☐ Kamuya Yönelik

Adli olayın niteliği? ☐ Öldürme ☐ Öldürmeye Teşebbüs ☐ Tehdit

☐ Basit Yaralama ☐ Cinsel İçerikli Olaylar ☐ Yaralanmaya Neden Olmayan Saldırı

☐ Dolandırıcılık ☐ Hırsızlık/Gasp ☐ Yangın Çıkarma

☐ Eşyaya Zarar Verme ☐ Hakaret

☐ Uyuşturucu Madde Bulundurmak/Kullanmak/İmal Etmek ☐ Diğer.....

Kime karşı? ☐ Anne ☐ Baba ☐ Eş/Partner ☐ Çocuk ☐ Kardeş ☐ Akraba

☐ Arkadaş ☐ Komşu ☐ Yabancı ☐ Diğer..... ☐ Kişiyeye yönelik değil

Eylemde bulunma şekli? ☐ Ateşli silah ☐ Kesici Delici alet ☐ Kunt cisim
☐ Çıplak el ☐ Sözel ☐ Cinsel ☐ Diğer..... ☐ Kişiyeye yönelik değil

Olayın gerçekleştiği dönem? ☐ Hastalık öncesi ☐ Hastalığın ilk yılında
☐ Hastalığın 2.-5. Yılları arasında ☐ Hastalığın 6.-10. Yılları arasında
☐ Hastalığın 10. Yılından sonra

Olayın gerçekleştiği saat? ☐ 07:00-12:00 ☐ 12:00-18:00 ☐ 18:00-00:00 ☐ 00:00-07:00

Söz konusu eylemi tek başınıza mı gerçekleştirdiniz? ☐ Evet ☐ Hayır

Söz konusu eylemi planlayarak mı gerçekleştirdiniz? ☐ Evet ☐ Hayır

Olay öncesinde hastaneye kaç kez yattınız? ☐ Hiç ☐ 1 kez ☐ 2 kez ☐ 3 ve daha fazla

Hastaneye kaç kez yattınız? ☐ Hiç ☐ 1 kez ☐ 2 kez ☐ 3 ve daha fazla

Olay öncesi intihar girişiminiz oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Olay sonrası intihar girişiminiz oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Vücudunuzda kesici alet izi veya sigara izi var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Ailenizde suç işlemiş biri var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Olaydan önce cezaevine girdiniz mi/tutuklandınız mı/adli olay yaşadınız mı ?

☐ Evet(Sayısı.....) ☐ Hayır

Söz konusu olaydan sonra başka bir adli olay yaşadınız mı? ☐ Evet(Sayısı.....) ☐ Hayır

Geçmişte sizi strese ve üzüntüye sokan ya da size zarar veren bir olay yaşadınız mı?

☐ Evet (Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız) ☐ Hayır

Bu olay sık sık aklınıza geliyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Tekrarlayan bu anılar sizi strese sokuyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Form bitmiştir. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği 'ne geçiniz.

KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0: Yok 1: Çok hafif 2: Hafif 3: Orta
4: Orta-şiddetli 5: Şiddetli 6: Aşırı derecede şiddetli

1. SOMATİK UĞRAŞLAR: Beden sağlığıyla uğraşma, fiziki hastalıktan korkma, hipokondriyazis	0	1	2	3	4	5	6
2. ANKSİYETE: Hal veya gelecek için aşırı endişe, korku	0	1	2	3	4	5	6
3. DUYGUSAL İÇE KAPANMA: Spontan interakسیون kaybı, izolasyon, kişiler arası ilişkilerde yetersizlik	0	1	2	3	4	5	6
4. DÜŞÜNCE ÇÖZÜLMESİ: konfü, kopuk, bağlantısız, dezorganize düşünce süreçleri	0	1	2	3	4	5	6
5. SUÇLULUK DUYGULARI: Kendini suçlama, utanma, geçmişteki davranışlardan pişmanlık duyma	0	1	2	3	4	5	6
6. GERGİNLİK: Sinirlilik, aşırı hareketlilik, gerginliğin fizik veya motor belirtileri	0	1	2	3	4	5	6
7. MANİYERİZM VE POSTÜR: Tuhaf, acayip, doğal olmayan motor davranış (tikler dışında)	0	1	2	3	4	5	6
8. GRANDİYOZİTE: Kendisi hakkında abartmalı düşünceler, gurur, olağan dışı güç ve yeteneğe sahip olduğu inancı	0	1	2	3	4	5	6
9. DEPRESİF DUYGUDURUM: Elem, keder, umutsuzluk, kötümserlik	0	1	2	3	4	5	6
10. DÜŞMANCA DAVRANIŞ: Başkaların karşı düşmanlık, kavgacılık, nefret	0	1	2	3	4	5	6
11. KUŞKUCULUK: Güvensizlik, başkalarının kasıtlık olarak kötülük yapacağına inanma	0	1	2	3	4	5	6
12. HALLÜSİNATUAR DAVRANIŞ: Normal dışı, uyaran olmaksızın algılama	0	1	2	3	4	5	6
13. MOTOR YAVAŞLAMA: Yavaşlamış, zayıflamış hareket veya konuşma, beden kuvvetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
14. İŞBİRLİĞİ KURMAMA: Direnç, temkinlilik, otoriteyi reddetme	0	1	2	3	4	5	6
15. OLAĞAN DIŞI DÜŞÜNCELER: Olağan dışı, garip, tuhaf, acayip düşünce kavramı	0	1	2	3	4	5	6
16. DUYGUSAL KÜNTLÜK: Azalmış duygusal ton, duyguların normal şiddetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
17. TAŞKINLIK: Artmış emosyonel ton, ajitasyon, tepkisellikte artma	0	1	2	3	4	5	6
18. DEZORYANTASYON: Konfüzyon veya kişi, yer, zamana ait çağrışımların kaybı	0	1	2	3	4	5	6

BENZERLİKLER ALT TESTİ

Bireylere, araştırmacı tarafından aşağıda belirtilen kavramların ne bakımdan benzediği sorulur. Birey iki kavramın hangi açıdan benzediğinden değil de, hangi açıdan farklı olduklarını anlatırsa 0 puan alır. Bir kişi birden fazla kabul edilebilir yanıt verirse, puanlama en iyi olana göre yapılır. Bir maddeye birden fazla yanıt verildiyse ve yanıtların bir ya da daha fazlası yanlışsa “Yanıtın hangisi?” diye sorulur ve puanlama kişinin kararına göre yapılır. Testin sonunda her maddeye 2,1 ya da 0 puan verilen yanıtların örnekleri verilmiştir.

En yüksek puan: 28

BENZERLİKLER		PUAN 2, 1 ya da 0
1	Portakal-Muz	
2	Köpek-Aslan	
3	Göz-Kulak	
4	Gemi-Otomobil	
5	Palto-Takım Elbise	
6	Düğme-Fermuar	
7	Balta-Testere	
8	Kuzey-Batı	
9	Hava-Su	
10	Masa-Sandalye	
11	Yumurta-Tohum	
12	Şiir-Heykel	
13	İş-Oyun	
14	Sinek-Ağaç	
15	Ödül-Ceza	
Toplam		

Maddeler ve Örnek Yanıtlar

1. Portakal-Muz
2 puan: Meyve
1 puan: Yiyecek... Yemek için... Kabuğu vardır... Aynı renk... Yetişir... Vitamin vardır...
0 puan: Yuvarlak... Aynı biçim... Kalori vardır...
2. Köpek-Aslan
2 puan: Hayvanlar... Memeliler... Memeli hayvanlar...
1 puan: Bacakları (tüyleri, kuyrukları) vardır... Isırır...
0 puan: Benzer görünürler... Aslan kükrer, köpek havlar... Tehlikeli... Aynı türe aittirler...
3. Göz-Kulak
2 puan: Duyu organları... Duyu ya da algı organları... Uyarıların alıcıları...
1 puan: Organlar... Bedenin parçaları... Onların sayesinde biliriz... Bilgiye onların sayesinde ulaşırız... İletişim için...
0 puan: İnsan için gerekli... Gözle görür, kulakla işitiriz... Söylediğini kulakla işitir ve dudakla söylersin... Her ikisine de ihtiyaç vardır... Tehlikelerden korur...
4. Gemi-Otomobil
2 puan: Ulaşım araçları... Taşıt... Seyahat araçları...
1 puan: İki de sürülür... Her ikisine de binilir... İnsanları taşır... İkiyle de seyahat edilir...
0 puan: Her ikisi de uçak kadar hızlı değildir... Yürümeden daha hızlıdır... Benzinle çalışır...
5. Palto-Takım elbise
2 puan: Giysi... Elbise... Giyim eşyası... Kıyafet... Giyecek şeyler...
1 puan: Kumaştan yapılmıştır... Sıcak tutar... Giymek için... Bedeni örter...
0 puan: Palto takım elbiseden daha sıcak tutar... Aynı malzemeden yapılmıştır... Bir elbisenin üzerine palto giyilir... Düğmeleri vardır...
6. Düğme-Fermuar
2 puan: Bağlayan şey... Eşyaları bir arada tutmada kullanılır...
1 puan: Giysileri yerinde tutmayı sağlar... Bir ceketin onları bağlar... Soğukta ceketin kapatmayı sağlar... Elbiseyi kapatır...
0 puan: Onlar açılır ve kapanır... Giysilerin parçaları... Giysileri sıkılaştırmada kullanılır... Giysiler daha iyi uysun diye...
7. Balta-Testere
2 puan: Kesici aletler...
1 puan: Her ikisinde de demir aksam vardır... Odun kesmede kullanılır... İnsanlara yardımcı araçlardır...
0 puan: Baltayla vurulur, testereyle sürtülür... İnsan öldürmeye yarar...
8. Kuzey-Batı
2 puan: Yönler... Pusula noktaları...
1 puan: Nereye gidileceğini anlatır... Haritadaki mevkiler...
0 puan: Uzaklık... Her iki yöne gidilir... Karşıt yönler...
9. Hava-Su
2 puan: Yaşamak için gerekli... Yaşamak için hava zorunludur ve yaşamak için su olmalıdır... İnsan vücudunun işlev görmesi için (çalışması için gereklidir) ...
1 puan: Elementler... Oksijen vardır... Yaşamamıza yardım eder... Ulaşım araçları... Her ikisine de ihtiyaç duyarız...

0 puan: Dünyada her yerde vardır... Akışkandır... Öz maddedir... Su içerir... Doğal kaynaklar... Doğanın armağanları (ihsanları)... Havaya solur ve suyu içeriz... Bulutlarda vardır...

10. Masa-Sandalye

2 puan: Mobilya... Ev eşyaları... Eşya...

1 puan: Mutfaklarda ve lokantalarda bulunurlar... Yemek yerken kullanılır... Evde bulunur...

0 puan: Masada yenir, sandalyede oturulur... 4 ayağı vardır... Tahtadan yapılmış eşyalardır...

11. Yumurta-Tohum

2 puan: Hayatın başlangıçları... Gelişimin ilk evreleri... Geldikleri şeyi yeniden üretirler... Embriyonik özler...

1 puan: Her ikisinden de bir şey büyür... Her ikisi de cenindir... Çoğalma... Hayat verir... Yaşam için potansiyel... Yaratır... Kabukları vardır... Üreme araçları... Bir şeylerin başlangıcı...

0 puan: Büyüme... Yiyecek... Biri diğerinden çıkar... Her ikisi de yenir... Yumurta sarısı vardır... Yuvarlaktır...

12. Şiir-Heykel

2 puan: Sanat ürünleri... Artistik yaratımlar... Artistik duygunun ifadesi... Güzel sanatlar...

1 puan: İnsan yapımı... Sembolik... Güzel şeyler... Duyguları iletir... Hatırda tutulur, hatırlamayı sağlar... Öyküler anlatır... Bir fikir ya da duyguyu ifade eder... Anlamı vardır...

0 puan: Bir şiir bir heykeli tanımlar... Ünlü kişiler tarafından... Cansız... Şiir okunur ve heykele bakılır... İnsanlar onlardan hoşlanırlar... Kültür...

13. İş-Oyun

2 puan: Temel insan aktiviteleri... Herkesin yaptığı şeyler... Toplumca takdir edilen aktiviteler... Yaşama değer katar... Temel faaliyetler... Her ikisi de başarmak için çaba gerektirir...

1 puan: Yapılan şeyler... İnsan aktiviteleri... Meşguliyet sağlar... Zaman geçirme yolları... Enerji harcanır... Gün boyu yapılan şeyler... Her ikisinde hoşlanma vardır...

0 puan: Onların her ikisi de yapılmalıdır... Yaşamın zorunlulukları... İnsanı beladan korur... Başkaları ile birlikte yapılır... Çökkün olmaktan uzaklaştırır...

14. Sinek-Ağaç

2 puan: Yaşayan şeyler... Yaşam vardır...

1 puan: Solur... Büyür... Yiyecek ihtiyacı duyar... Doğa tarafından yaratılır (Doğanın parçası) ... Gün ışığına ihtiyaç duyar...

0 puan: Havada, dışarıda bulunur... İnsan için yararlı mikropları taşır...

15. Ödül-Ceza

2 puan: Başkalarının davranışını etkileme araçları... Güdüleme yöntemleri... Disiplin araçları... Eleştiri yöntemi... Sosyalleştirme araçları...

1 puan: İnsanları eğitime (denetleme) için... Tutumları ifade etmek için... Doğruyu yanlış ayırmayı öğretmek için... İnsanları belli bir duygu durumuna sokmak için kullanılır... Birşeyleri yaptırmaya araçları... Ödüller... Pekiştireçler... Davranışa yanıtlar...

0 puan: Ebeveynler onları çocukların üzerinde kullanır...

GENEL

MADDELER

1. RUHSAL BOZUKLUĞUN FARKINDA OLMA DÜZEYİ

Hasta bir ruhsal bozukluğu ya da psikiyatrik bir sorunu olduğunu kabul ediyormu ?

	Ş	G
0		Değerlendirilemedi
1		Farkında : Hasta açık bir şekilde ruhsal bir hastalığı olduğuna inanıyor
2		Kısmi : Ruhsal bir hastalığı olabileceği konusunda şüpheli
3		ama bu fikri dikkate alabiliyor
4		Farkında değil : Bir ruhsal bozukluğu
5		olmadığını düşünüyor

2. İLAÇ TEDAVİSİNİN ETKİLERİNİN FARKINDA OLMA DÜZEYİ

Hasta ilacın etkisiyle ilgili ne düşünüyor Hasta ilaçların semptomların yoğunluğu ve sıklığını azalttığını düşünüyor mu?

	Ş	G
0		Değerlendirilemedi ya da uygun değil
1		Farkında: Hasta açık bir şekilde ilaç tedavisinin semptom ve sıklığını azalttığını düşünüyor
2		Kısmi : İlaç tedavisinin semptomların şiddet ve sıklığını
3		azalttığı konusunda şüpheli ama bu fikri dikkate alabiliyor
4		Farkında değil : Hasta ilaç tedavisinin semptomların şiddet
5		ve sıklığını azaltmadığını düşünüyor

3. RUHSAL BOZUKLUĞUN SOSYAL SONUÇLARININ FARKINDA OLMA DÜZEYİ

Hastanın hastaneye yatırılması, isteği dışında tedavi edilmesi, tutuklanması, kovulması, yaralanması ve yaşadığı diğer sosyal sorunlar hakkındaki düşüncesi nedir?

	Ş	G
0		Değerlendirilemedi
1		Farkında: Hasta açık bir şekilde yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu olduğuna inanıyor
2		Kısmi : Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığı ile ilgili olduğu
3		konusunda şüpheli ama bu fikri dikkate alabiliyor
4		Farkında değil : Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir
5		sonucu olduğuna inanmıyor.

TAÖ-20
Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.....	1	2	3	4	5
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.....	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.....	1	2	3	4	5
4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim.....	1	2	3	4	5
5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığı anda, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.....	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.....	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurlarına bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.....	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması gerekir.....	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında ne hissettiği tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.....	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.....	1	2	3	4	5
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.....	1	2	3	4	5
16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.....	1	2	3	4	5
18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.....	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.....	1	2	3	4	5
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.....	1	2	3	4	5

Copyright © 1994 Bagby, Parker, & Taylor
Türkçe TAS-20 © 2001 Kemal Sayar & Samet Köse

DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği - Erişkin

İsim: Yaş: Cinsiyet: ☐ Erkek ☐ Kadın Tarih:

Eğer ölçek bilgi sahibi kişi tarafından tamamlanıyorsa, bireyle yakınlığınız nedir?

Tipik bir haftada, bireyle yaklaşık olarak ne kadar zaman geçiriyorsunuz? saat/hafta

Yönergeler: Aşağıdaki sorular size rahatsız edebilecek şeyleri sormaktadır. Her soru için, **son İKİ (2) HAFTA** boyunca her bir sorunun sizi ne kadar (veya ne sıklıkta) rahatsız ettiğinizi en iyi açıklayan sayıyı **daire** içine alın.

	Son İKİ (2) HAFTA boyunca, aşağıdaki sorunlardan ne kadar (veya ne sıklıkta) rahatsız oldunuz?	Hiç Az, bir veya iki günden az	Hafif Bir kaç gün	Orta Bir kaç gün	İlımlı Günlerin yarısından çoğunda	Şiddetli Neredeyse her gün	En Yüksek Alan Skoru (klinikyen)
I.	1. Bir şeyler yaparken ilgi veya istekte azalma?	0	1	2	3	4	
	2. Keyifsiz, çökkün veya umutsuz hissetme?	0	1	2	3	4	
II.	3. Her zamankinden daha rahatsız, huysuz veya öfkeli hissetme?	0	1	2	3	4	
III.	4. Her zamankinden daha az uyumaya karşın, hala çok enerji dolu hissetme?	0	1	2	3	4	
	5. Her zamankinden daha fazla proje başlatma veya daha riskli işlere kalkışma?	0	1	2	3	4	
IV.	6. Sinirli, kaygılı, ürpermiş, endişeli veya patlamaya hazır hissetme?	0	1	2	3	4	
	7. Paniklemiş veya ürkmüş hissetme?	0	1	2	3	4	
	8. Kaygı veren durumlardan kaçınma?	0	1	2	3	4	
V.	9. Açıklanamayan ağrılar ve acılar hissetme (örn., baş, bel, eklem, karın, bacaklar)?	0	1	2	3	4	
	10. Hastalığınızın yeterince ciddiye alınmadığını hissetme?	0	1	2	3	4	
VI.	11. Kendinize gerçekten zarar vermeyi düşünme?	0	1	2	3	4	
VII.	12. Etrafta kimse yokken başkalarının duymadığı şeyler örneğin sesler duyma?	0	1	2	3	4	
	13. Düşüncelerinizin başkaları tarafından okunabildiğini veya sizin başkalarının düşüncelerini okuyabildiğinizi hissetme?	0	1	2	3	4	
VIII.	14. Genel uyku kalitesini etkileyen uyku sorunları çekme?	0	1	2	3	4	
IX.	15. Hafıza (örn., yeni bilgiler öğrenme) veya yer bulma (örn., evin yolunu bulma) ile ilgili problemler çekme?	0	1	2	3	4	
X.	16. Aklınıza giren tekrarlayıcı nahoş düşünceler, güdüler veya görüntüler olması?	0	1	2	3	4	
	17. Belli davranışları veya zihinsel faaliyetleri tekrar tekrar yapmak zorunda hissetme?	0	1	2	3	4	
XI.	18. Kendinizi bedeninizden, fiziksel çevrenizden veya anılarınızdan ayrı ve uzak hissetme?	0	1	2	3	4	
XII.	19. Aslında kim olduğunuzu veya hayattan ne istediğinizi bilememe?	0	1	2	3	4	
	20. Kendinizi başka insanlara yakın hissedememe veya onlarla olan ilişkilerde zevk alamama?	0	1	2	3	4	
XIII.	21. Tek bir günde herhangi bir çeşit alkolden en az 4 içki içme?	0	1	2	3	4	
	22. Sigara, puro, pipodan herhangi birini içme veya enfiye çekme ya da tütün çiğneme?	0	1	2	3	4	
	23. Doktor reçetesi olmaksızın veya önerilen dozun üzerinde ya da önerilenden daha uzun sürede KENDİ KAFANIZA GÖRE aşağıdaki ilaçlardan kullanma (örn., ağrı kesiciler (morfin, dolantin), uyarıcılar (ritalin, concerta), sakinleştiriciler ve yatıştırıcılar (uyku hapları, diazem), esrar, kokain, bonsai, gece kulübü hapları (ecstasy), halusinojenler (LSD), eroin, uçucular (bali) ya da metamfetamin (kristal))?	0	1	2	3	4	

Klinisyenler İçin Yönergeler

DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği, psikiyatrik tanımlar arasında önemli olan ruh sağlığı alanlarını değerlendiren, öz bildirim ya da bilgi veren tarafından derecelendirilen bir ölçektir. Klinisyenlerin, bireyin tedavisi ve prognozu üzerinde önemli etkileri olabilecek ek araştırma alanlarını belirlemelerine yardımcı olması amaçlanmıştır. Ek olarak, ölçek bireyin zaman içerisinde belirtilerinde meydana gelen değişiklikleri izlemek amacıyla kullanılabilir.

Ölçeğin bu yetişkin formu depresyon, öfke, mani, anksiyete, somatik belirtiler, intihar düşüncesi, psikoz, uyku sorunları, hafıza, tekrarlayan düşünce ve davranışlar, dissosiyasyon, kişilik ve madde kullanımı dahil olmak üzere 13 psikiyatrik alanı değerlendiren 23 sorudan oluşmaktadır. Her bir madde, spesifik belirtinin son 2 hafta boyunca kişiyi ne kadar (veya ne sıklıkta) rahatsız ettiğini sorar. Bireyin kapasitesi zayıfsa ve formu tamamlayamıyorsa (örn., demans hastası bir birey) bilgi sahibi erişkin kişi ölçeği tamamlayabilir. Ölçeğin, Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da erişkin klinik örneklemelerinde gerçekleştirilen DSM-5 Alan Araştırmalarında, klinik olarak yararlı olduğu ve iyi test-retest güvenilirliğine sahip olduğu bulundu.

Puanlama ve Yorumlama

Ölçekteki her madde 5-maddelik puan ile derecelendirilir (0=hiç; 1=hafif, 1 veya 2 günden az; 2=orta, birkaç gün; 3=ılımlı, günlerin yarısından çoğunda; ve 4=şiddetli, neredeyse her gün). Bir alanın içindeki her maddenin puanı gözden geçirilmelidir. Ek araştırma, bir alan içindeki herhangi bir maddedeki en yüksek puana dayandığından, klinisyenden "En Yüksek Alan Puanı" sütununda o puanı belirtmesi istenir. Bir alan adı içindeki herhangi bir maddenin orta (2) veya daha fazla derecelendirilmesi (madde kullanımı, intihar düşüncesi ve psikoz hariç), bu alt alan için ek araştırma ve daha detaylı bir değerlendirmenin gerekli olup olmadığını belirlemek için yol gösterebilir. Madde kullanımı, intihar düşüncesi ve psikoz için, hafif (1) veya daha fazla derecelendirilme, bu alan için ek araştırma ve daha detaylı bir değerlendirmenin gerekli olup olmadığını belirlemek için yol gösterebilir. DSM-5 İkinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçekleri, Birinci Düzey alanlarından bazılarıyla ilişkili belirtiler hakkında daha ayrıntılı bilgi sağlamak için kullanılabilir (aşağıdaki Tablo 1'e bakınız).

Kullanım Sıklığı

Bireyin zaman içerisinde belirtilerinde meydana gelen değişimleri izlemek amacı ile ölçek, belirtilerin stabilitesi ve tedavi durumuna bağlı olarak, klinik olarak gösterildiği gibi düzenli aralıklar ile doldurulabilir. Kapasitesi azalmış kişiler için, gelecek görüşmelerde ölçeğin aynı bilgi sahibi kişi tarafından doldurulması tercih edilir. Belirli bir alandaki sürekli yüksek puanlar birey için daha ileri değerlendirme, tedavi ve izlemeyi gerektirecek önemli ve sorunlu bir hastalığı gösterebilir. Klinik yargı karar vermede yol gösterici olmalıdır.

Tablo 1: Yetişkin DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği: Alt alanlar, ileri değerlendirme ölçütleri, 18 yaş ve üstü yetişkinler için ilişkili İkinci Düzey Ölçekler

Alan	Alan adı	İleri Değerlendirme Ölçütü	Uygun olan DSM-5 İkinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği
I.	Depresyon	Orta veya daha şiddetli değerler	İkinci Düzey—Depresyon—Erişkin (PROMIS Duygusal Gerginlik—Depresyon—Kısa Formu) ¹
II.	Öfke	Orta veya daha şiddetli değerler	İkinci Düzey—Öfke—Erişkin (PROMIS Duygusal Gerginlik—Öfke—Kısa Formu) ¹
III.	Mani	Orta veya daha şiddetli değerler	İkinci Düzey—Mani—Erişkin (Altman Öz bildirim Mani Ölçeği)
IV.	Anksiyete	Orta veya daha şiddetli değerler	İkinci Düzey—Anksiyete—Erişkin (PROMIS Duygusal Gerginlik—Anksiyete—Kısa Formu) ¹
V.	Somatik Belirtiler	Orta veya daha şiddetli değerler	İkinci Düzey—Somatik Belirtiler—Erişkin (Hasta Sağlık Anketi 15 Somatik Belirti Şiddeti [PHQ-15])
VI.	İntihar düşüncesi	Hafif veya daha şiddetli değerler	Yok
VII.	Psikoz	Hafif veya daha şiddetli değerler	Yok
VIII.	Uyku Sorunları	Orta veya daha şiddetli değerler	İkinci Düzey—Uyku Bozukluğu - Erişkin (PROMIS—Uyku Bozukluğu—Kısa Formu) ¹
IX.	Hafıza	Orta veya daha şiddetli değerler	Yok
X.	Tekrarlayan Düşünce ve Davranışlar	Orta veya daha şiddetli değerler	İkinci Düzey—Tekrarlayan Düşünce ve Davranışlar—Erişkin (Florida Obsesif-Kompulsif Envanteri [FOCI] Şiddet Ölçeğinden uyarlandı [B Kısmı])
XI.	Dissosiyasyon	Orta veya daha şiddetli değerler	Yok
XII.	Kişilik	Orta veya daha şiddetli değerler	Yok
XIII.	Madde Kullanımı	Hafif veya daha şiddetli değerler	LEVEL 2—Madde Kullanımı—Erişkin (NIDA'dan uyarlandı-ASSIST tarafından düzenlendi)

¹ PROMIS Kısa Formları, PROMIS grubu tarafından bir bilgilendirici rapor ölçeği olarak doğrulanmamıştır.

Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği

Aşağıdaki her bir maddeyi okuyarak, bu madde sizin için her zaman doğru ise "Tamamen Katılıyorum", genelde doğru ise "Katılıyorum", emin değilseniz "Kararsızım", genelde doğru değilse "Katılmıyorum", hiçbir zaman doğru değilse "Kesinlikle Katılmıyorum" şeklinde işaretleme yapmanız rica olunur.	Hiç Benim Özelliğim Değil	Çok Az	Biraz	Çok	Tamamen Benim Özelliğim
1. Bazı arkadaşlarım benim öfkeli biri olduğumu söylerler					
2. Gerekirse hakkımı korumak için şiddete başvurabilirim					
3. Birisi bana fazlasıyla iyi davrandığında "acaba benden ne istiyor" diye düşünürüm					
4. Arkadaşlarımla görüşlerime katılmadığım zaman bunu onlara açıkça söylerim					
5. Öfkeden deliye döndüğümde bir şeyler kırıp dökerim					
6. İnsanlar benim görüşlerime katılmadıklarında onlarla tartışmaktan kendimi alıkoyamam					
7. Zaman zaman bazı olaylara/kişilere yönelik kızgınlığım uzun süre bitmek bilmez					
8. Bazen başkalarına vurma dürtümü kontrol edemiyorum					
9. Sakin yapılı biriyimdir					
10. Tanımadığım insanlar bana fazla yakın davrandıklarında onlara şüpheyle yaklaşırım					
11. Daha önce, tanıdığım insanları tehdit ettiğim oldu					
12. Çok çabuk parlar ve hemen sakinleşirim					
13. Birisi bana sataşırsa kolaylıkla onu itip tartaklayabilirim					
14. İnsanlar sinirimi bozduklarında kolaylıkla onlar hakkında ne düşündüğümü söyleyebilirim					
15. Zaman zaman kıskançlık beni yiyip bitirir					
16. Bir insana vurmanın mantıklı bir gerekçesi olamayacağını düşünüyorum					

17. Bazen hayatın bana adaletsiz davrandığını düşünürüm					
18. Öfkemi kontrol etmekte zorluk çekerim					
19. Yapmak istediğim bir şey engellendiğinde kızgınlığımı açıkça ortaya koyarım					
20. Zaman zaman insanların arkamdan güldüğü duygusuna kapılırım					
21. İnsanlarla sıkça görüş ayrılığına düşerim					
22. Birisi bana vurursa ben de karşılık veririm					
23. Bazen kendimi patlamaya hazır bir bomba gibi hissediyorum					
24. Diğer insanların her zaman çok iyi fırsatlar yakaladıklarını düşünüyorum					
25. Birisi beni iterse onunla kavgaya tutuşurum					
26. Arkadaşlarımın arkamdan konuştuklarını biliyorum					
27. Arkadaşlarım münakaşacı/tartışmayı seven biri olduğumu söylerler					
28. Bazen olmadık şeylere ortada mantıklı bir neden yokken aniden sinirlenir, tepki veririm.					
29. Çoğu insana kıyasla daha sık kavgaya karıştığımı söyleyebilirim.					

Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11-Kısa Form

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.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım				
2. Düşünmeden iş yaparım				
3. Dikkat etmem				
4. Uçuşan düşüncelerim var				
5. Dikkatli düşünen birisiyim				
6. İş güvenliğine dikkat ederim				
7. Düşünmeden bir şeyler söylerim				
8. Düşünmeden hareket ederim				
9. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.				
10. Aklıma estiği gibi hareket ederim				
11. Düşünerek hareket ederim				
12. Düşünmeden alışveriş yaparım				
13. Hobilerimi değiştiririm				
14. Kazandığımdan daha fazla harcarım.				
15. Geleceğini düşünen birisiyim				