

Şizofrenide Şiddet Davranışının Klinik Özellikler, İçgörü ve Bilişsel İşlevler ile İlişkisi



Ferdi KÖŞGER¹, Altan EŞSİZOĞLU², İpek SÖNMEZ³, Gülcan GÜLEÇ⁴,
Müge GENEK⁵, Özlem AKARSU⁶

ÖZET

SUMMARY

Amaç: Bu çalışmada şizofrenide şiddet davranışını yordayıcı faktörlerin ve şiddet davranışının içgörü ve bilişsel işlevler ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni tanılı 68 hasta, şiddet davranışı öyküsü olanlar (s=30) ve olmayanlar (s=38) olarak iki gruba ayrıldı. Her iki gruba Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ), Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, California Sözel Öğrenme Testi (CSÖT), İz Sürme Testi, Wisconsin Kart Eşleme Testi ve Stroop Testi uygulandı.

Bulgular: Şiddet davranışı olanlarda olmayanlara göre erkek cinsiyet oranı, hastaneye yatış sayısı, tedaviye uyumsuzluk oranı, alkol-madde kötüye kullanımı oranı, intihar girişimi sayısı, PNSÖ pozitif belirtiler, PNSÖ genel belirtiler, PNSÖ toplam ortalama puanları anlamlı derecede yüksekti. CSÖT uzun gecikmeli yanıt alt bölüm puanı şiddet davranışı olan hastalarda daha düşüktü. Tedavi uyumunun olmaması (OR:5.927, p=0.041), alkol ya da madde kötüye kullanımı öyküsünün olması (OR:21.089, p=0.000) ve PNSÖ toplam puanı (OR:1.053, p=0.011) şizofrenide şiddet davranışını yordayıcı faktörler olarak belirlendi.

Sonuç: Şizofrenide içgörü azlığı ve yürütücü işlevlerde bozulma, şiddet davranışından çok şizofreninin temel belirtileri olmaları ile ilişkili görünmektedir. Bellekte bozulma şizofrenide şiddet davranışı ile ilişkili olabilir. Tedavi uyumsuzluğu, alkol-madde kötüye kullanımı ve pozitif belirti şiddeti şizofrenide şiddet davranışını öngörmede önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, şiddet, içgörü, bilişsel işlevler

The Relationship between Violence and Clinical Features, Insight and Cognitive Functions in Patients with Schizophrenia

Objective: We aimed to investigate the predictive factors of violent behavior in schizophrenia and the relationship between violent behavior and insight and cognitive functions in this study.

Method: 68 patients diagnosed with schizophrenia were separated into two groups; with a history of violent behavior (n = 30) and without (n = 38). Both group swere administered the Positiveand Negative Syndrome Scale (PANSS), Buss-Perry Aggression Questionnaire, Schedule for Assessing the Three Components of Insight, California Verbal Learning Test (CVLT), Trail Making Test, Wisconsin Card Sorting Test, and Stroop Test.

Results: Male gender, the number of hospitalizations, incomppliance with the treatment, alcohol and substance abuse, the number of suicide attempts, the mean score of PANSS positive symptoms, PANSS general symptoms and PANSS total were significantly higher in patients with schizophrenia with a history of violent behavior, compared to non-violent group. Long delayed response subsection of CVLT mean score was lower in patients with violent behavior. Incomppliance with the treatment (OR:5.927, p=0.041), alcohol and substance abuse (OR:21.089, p=0.000), and PANSS total score (OR:1.053, p=0.011) were identified as predictive factors of violent behavior in patients with schizophrenia.

Conclusion: Lack of insight and executive function impairment are the core symptoms of schizophrenia and not seems to be associated with violent behavior in patients with schizophrenia. Impairment of memory may be associated with violent behavior in patients with schizophrenia. Incomppliance with treatment, alcohol and substance abuse, and the severity of positive symptoms are important factors in predicting violence behavior in patients with schizophrenia.

Keywords: Schizophrenia, violence, insight, cognitive functions

Geliş Tarihi: 22.03.2015 - **Kabul Tarihi:** 20.07.2015

¹Yrd. Doç., ²Doç., ⁴Doç., ⁵Asis., ⁶Psik., Psikiyatri AD., Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fak., Eskişehir. ³Yrd. Doç., Psikiyatri AD., Yakındoğu Üniv. Tıp Fak., Lefkoşa.

Dr. Ferdi Köşger, e-posta: ferdikosger@mynet.com

doi: 10.5080/u13575

GİRİŞ

Ruhsal hastalıkların şiddet davranışıyla ilişkisi klinisyenler tarafından her zaman ilgi çekici bulunmuştur. Monahan (1992), sosyodemografik özellikler gibi bazı faktörler dışlandığında, ruhsal hastalığı olanlarda genel topluma göre şiddet davranışının benzer yaygınlıkta olduğunu belirtmiştir. Ancak yapılan diğer çalışmalarda şizofrenide şiddet davranışının genel topluma göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (Swanson ve ark. 1990, Hodgins 1992, Torrey 1994, Hodgins ve ark. 1996). Şizofrenide gözlenen şiddet davranışı genellikle gerçek dışı inançlara gösterilen gerçekçi yanıtlardır. Zarar görme sanrıları doğrultusunda ortaya çıkan saldırgan davranışların, kendini saldırıdan korumanın psikotik şekli olduğu düşünülebilir (Umut ve ark. 2012). Erkek cinsiyet, genç yaş, alkol bağımlılığı, madde kötüye kullanımı, tedaviye uyumsuzluk, antisosyal kişilik bozukluğu, paranoid alt tip ölçütlerini karşılama, intihar düşüncesinin bulunması, intihar girişimi öyküsü ve hastaneye sık yatış öyküsü şizofrenide şiddet davranışı için yordayıcı faktörler olarak belirlenmiştir (Swanson ve ark. 1990, Walsh ve ark. 2004, Belli ve ark. 2011).

Şizofrenide içgörü psikolojik, psikopatolojik, nörobilişsel mekanizmaları ve kişilerarası ilişkileri de içine alan çok yönlü bir terimdir (Dankı ve ark. 2007). Şizofrenide hastaların %50-80'inin düşük içgörü düzeyine sahip oldukları ve bu durumun tedaviyi olumsuz etkilediği bilinmektedir (Cuesta ve Peralta 1994, Dankı ve ark. 2007). Şizofrenide içgörü eksikliğinin şiddet davranışı ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi (Ekinci ve Ekinci 2013, Arango ve ark. 1999, Buckley ve ark. 2004), içgörü düzeyi ile şiddet davranışı arasında bir ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da vardır (Lincoln ve Hodgins 2008, Yen ve ark. 2002).

Şiddet davranışı gösteren bireylerde, davranışın denetiminde önemli olduğu bilinen bilişsel işlevlerde bozulma olduğu bildirilmiştir (Yeudall ve ark. 1982, Morgan ve Lilienfeld 2000, Brower ve Price 2001, Cohen ve ark. 2003). Şiddet davranışında bulunan şizofreni hastalarında ise elektroensefalografi anormallikleri, silik nörolojik belirtiler ve bilişsel işlevlerde bozulma olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi (Barber ve ark. 1988, Krakowski ve ark. 1989), şiddet davranışı olan ve olmayan şizofreni tanılı hastalarda bilişsel işlevler açısından fark saptamamış olan çalışmalar da bulunmaktadır (Lafayette ve ark. 2003, Chung ve ark. 2010). Barkataki ve arkadaşları (2005) şiddet davranışı olan şizofreni hastalarında olmayanlara göre zeka düzeyi, bellek, dikkat ve bazı yürütücü işlevlerde fark olmadığını, sadece Stroop testi ve Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET) ile gösterilebilen sınırlı bir farklılık olduğunu bildirmişlerdir. Ancak her iki grubun da kontrol grubuna göre bilişsel işlevler açısından daha kötü performans gösterdiğini ve bilişsel işlevlerdeki bozulmanın şiddet davranışı ile ilişkili olmadığını vurgulamışlardır. Naudts ve Hodgins (2006) şiddet davranışı olan ve olmayan şizofreni tanılı hastalar ile

ilgili yapılan 17 çalışmayı inceledikleri derlemelerinde çocukluk döneminden itibaren şiddet davranışı ve antisosyal özellik tanımlanan şizofreni tanılı hastaların tanımlanmayanlara göre yürütücü işlevleri değerlendiren testlerde daha iyi, orbitofrontal işlevlerde ise daha kötü performans gösterdiklerini belirtmişlerdir. Görüldüğü gibi şizofrenide şiddet davranışının bilişsel işlevlerle ilişkisini araştıran çalışmalarda çelişkili sonuçlar ortaya çıkmıştır.

Şizofrenide şiddet davranışının öngörülebilir olması, tedavi yönteminin planlanmasında olduğu kadar hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarının korunması açısından da oldukça önemli bir konudur. Bu çalışmada şizofreni tanılı hastalarda bilişsel işlevlerde bozulma, nörobilişsel işlevlerin bir bileşeni olan içgörü azlığı, tedavi uyumu ve klinik özelliklerin şiddet davranışını yordadığı varsayımı ile, şizofrenide şiddet davranışı ile ilişkili etkenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışmaya hastanemiz psikiyatri polikliniğine Kasım 2013-Şubat 2015 tarihleri arasında başvuran şizofreni tanılı hastalar sırasıyla alınmıştır. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I) ile değerlendirilerek şizofreni tanısı konan 68 hasta, öyküsünde yaralama, ağır yaralama ve öldürme gibi bir başkasına fiziksel zarar verecek derecede şiddet davranışı olan (s=30), bu davranışları nedeniyle yasal sorun yaşayan (s=9) ya da yakınları tarafından da şiddet davranışının varlığı onaylananlar (s=21) ile şiddet davranışı öyküsü olmayanlar ve yakınları tarafından da şiddet davranışı öyküsünün olmadığı onaylananlar (s=38) olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların yakınları tarafından son 6 aylık dönemde düzenli ilaç kullanımının olması tedaviye uyum olarak tanımlandı. Farklı bir araştırmacı tarafından (M.G.) her iki gruba sosyodemografik veri formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ), Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) ve İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBÖ) uygulandı. Yine farklı bir araştırmacı tarafından (Ö.A.) her iki gruba sözel bellek ile yürütücü işlevleri değerlendirmek için California Sözel Öğrenme Testi (CSÖT), İz Sürme Testi (İST), Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET) ve Stroop Testi uygulandı. Tüm hastalarda en az okur-yazar olma ve 18-65 yaş arasında olma koşulu arandı. Şizofreni dışında ruhsal bozukluğu olanlar, merkezi sinir sistemini etkileyen tıbbi hastalığı olanlar, son 6 ay içerisinde alkol ve/veya madde kullanımı olanlar ve renk körlüğü olanlar çalışmaya alınmadı. Çalışmaya katılan hastalara bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldı. Çalışma için yerel etik kuruldan onay alındı.

Araçlar

Sosyodemografik veri formu: Araştırma verilerini toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan bu formda, hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim,

TABLO 1. Şiddet Davranışı Olan ve Olmayan Şizofreni Tanılı Hastaların Sosyodemografik Verileri Açısından Karşılaştırılması.

	Şiddet var s (%)	Şiddet yok s (%)	İstatistiksel test
Cinsiyet			$\chi^2 = 4.666, p=0.031$
Kadın	8 (26.7)	20 (47.4)	
Erkek	22 (73.3)	18 (52.6)	
Medeni durum			$\chi^2 = 0.295, p=0.587$
Evli	13 (43.3)	14 (36.8)	
Bekar/Boşanmış	17 (56.7)	24 (63.2)	
Çalışma durumu			$\chi^2 = 5.688, p=0.058$
Çalışıyor	7 (23.3)	9 (23.7)	
Çalışmıyor	10 (33.3)	22 (57.9)	
Emekli	13 (43.3)	7 (18.4)	
Yaş yıl (Ort±SS)	41.70±10.64	42.71±11.11	$t=-0.379, p=0.706$
Eğitim yıl (Ort±SS)	7.71±3.22	9.50±4.18	$z=-0.914, p=0.361$
Hastalık süresi	13.87±9.53	13.95±10.20	$z=-0.074, p=0.941$
Hastalık başlama yaşı	27.33±7.95	28.55±8.43	$z=0.613, p=0.543$
Yatış sayısı	4.00±4.89	2.11±2.89	$z=-2.576, p=0.010$
İlaç kullanımı			$\chi^2 = 6.758, p=0.080$
2. kuşak AP	7 (23.3)	17 (44.7)	
1. kuşak AP	2 (6.7)	1 (2.6)	
1. kuşak AP+2. kuşak AP	3 (10.0)	0 (0.0)	
2. kuşak AP+2. kuşak AP	18 (60.0)	20 (52.6)	
Tedavi uyumu			$\chi^2 = 8.488, p=0.004$
Var	19 (63.3)	35 (92.1)	
Yok	11 (36.7)	3 (7.9)	
Alkol ve/veya madde öyküsü			$\chi^2 = 17.192, p=0.000$
Var	16 (53.3)	3 (7.9)	
Yok	14 (46.7)	35 (92.1)	
İntihar girişimi			$\chi^2 = 6.276, p=0.012$
Var	15 (50.0)	8 (21.1)	
Yok	15 (50.0)	30 (78.9)	

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, AP: Antipsikotik.

medeni durum, alkol ve/veya madde kullanım öyküsü) ve hastalık ile ilişkili özellikleri ile ilgili sorular yer almaktadır.

DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I): First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş tanı koydurucu bir ölçektir. SCID-I Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlik güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Özkürkçügil ve ark. 1999).

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ): Kay ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiştir. Otuz maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Kostakoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ): İlk olarak 1992'de Buss ve Perry tarafından geliştirilen ve dört temel bileşenden oluşan bu ölçek daha sonra Buss ve Warren tarafından (2000) yeniden ele alınmış ve dolaylı saldırganlık bileşeni eklenerek

incelenen bileşen sayısı beşe çıkarılmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ise Can (2002) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek fiziksel saldırganlık, sözlü saldırganlık, öfke, düşmanlık ve dolaylı saldırganlık olmak üzere beş alt bileşenden oluşmaktadır.

İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ): David (1990), içgörünün var ya da yok şeklinde değerlendirilemeyeceğini bildirerek, tedaviye uyum, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanımadan oluşan üç bileşenden yola çıkarak, klinisyen tarafından uygulanan ve içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren bu ölçeği geliştirmiştir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Bu ölçeğin Türkçe'de güvenilirlik ve geçerlik araştırması Arslan ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmıştır.

California Sözel Öğrenme Testi (CSÖT): Delis ve arkadaşları (1987) tarafından sözel öğrenme ve belleği değerlendirmek için geliştirilmiştir. CSÖT diğer sözel bellek testlerinden

TABLO 2. Şiddet Davranışı Olan ve Olmayan Şizofreni Tanılı Hastaların Ölçekler Açısından Karşılaştırılması.

	Şiddet var (Ort±SS)	Şiddet yok (Ort±SS)	İstatistiksel test
PNSÖ			
Pozitif	17.60±5.99	13.13±5.86	t=3.092, p=0.003
Negatif	24.23±6.00	21.63±5.92	t=1.788, p=0.078
Genel	35.83±8.98	31.08±7.38	t=2.397, p=0.019
Toplam	77.33±18.02	66.08±15.38	t=2.777, p=0.007
BPSÖ			
Fiziksel	17.07±11.18	14.65±7.41	t=1.060, p=0.293
Sözel	9.50±4.46	9.78±3.38	t=-0.296, p=0.768
Öfke	16.27±8.48	17.54±5.57	t=-0.739, p=0.463
Düşmanlık	15.13±9.31	15.27±8.16	t=-0.064, p=0.949
Dolaylı saldırganlık	10.70±5.87	9.89±4.05	z=-0.303, p=0.762
İÜBDÖ	9.23±4.42	10.95±3.40	z=1.379, p=0.168

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, PNSÖ: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, BPSÖ: Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği.

farklı olarak çok sayıda kognitif sözel bellek unsurunu incelemeye olanak sağlar. Test alışveriş listesi formatında gösterilmiş olan 4 kategoriye (4 meyve, 4 bitki ve baharat, 4 giyim eşyası, 4 alet) bölünmüş 16 kelimededen oluşmaktadır. 16 kelimelik iki alışveriş listesine ek olarak kısa gecikmeli ve uzun gecikmeli serbest hatırlama, geri çağırmaı kolaylaştıran kategori ipucu ile hatırlama, ayrıca tanıma denemesi için 44 kelimelik bir listenin okunmasını içerir. Katılımcıya 16 kelimelik ilk liste okunarak tekrarlaması istenir. Bu aşama 5 defa tekrarlanır. Bu aşamada aldığı puan toplam 1-5 puanı olarak kaydedilir. Daha sonra katılımcıya 16 kelimelik ikinci liste okunarak tekrarlaması istendikten sonra yeniden ilk listeyi hatırlaması istenir. Bu aşamada aldığı puan kısa gecikmeli serbest hatırlama puanı olarak kaydedilir. Aradan 20 dakika geçtikten sonra katılımcının ilk listeyi hatırlaması istenir. Bu aşamada aldığı puan ise uzun gecikmeli serbest hatırlama puanı olarak kaydedilir (Delis ve ark. 1987). CSÖT'nin yetişkinler için Türkçe'ye çevrilmiş formu Tükel ve arkadaşları (2012) tarafından bir çalışmada kullanılmıştır.

Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET): Heaton (1981) tarafından geliştirilmiştir. Frontal lob işlevlerini ölçmede kullanılan testlerden Wisconsin kart eşleme testinin özellikle dorsolateral prefrontal korteks işlevleri için duyarlı olduğu kabul edilmektedir (Weinberger ve ark. 1986). Wisconsin kart eşleme testinde başarı eşleme ilkesinin kavranmasına bağlıdır. Test dört adet uyarıcı kart ve 64 adet tepki kartını içeren iki kart destesi ile uygulanır. Zaman sınırlaması yoktur. Türkçe adaptasyon çalışmaları Karakaş ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır. Çalışmamızda tamamlanan kategori sayısı, perseveratif tepki sayısı ve perseveratif hata sayısı puanları kullanılmıştır.

İz Sürme Testi (Trail Making Test): Çalışmamızda yürütücü işlevlerin ölçümü için İz sürme testi kullanılmıştır (Reitan 1958). Yaygın olarak kullanılan, kolay uygulanabilir bir testtir. Bu test aracılığıyla psikomotor hız ve yetenek gibi etkenleri arındırarak frontal lob işlevlerinin değerlendirilmesi mümkündür (Jarvis ve Barth 1986). Testte başarılı olmak görsel izleme ve dikkat işlevlerinin sağlam olmasını gerektirir. İz Sürme A ve İz Sürme B olmak üzere iki bölümden oluşur. Hem A hem de B bölümünde hatalar kaydedilir. Ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Cangöz ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır.

Stroop Testi: Karıştırıcı uyarınları ihmal edebilme yetisini incelemek için sözcük okumaya karşın renk adlandırmayı kullanan bir testtir (Golden 1978). Testi yapabilmek için yalnızca bir görsel özelliğin seçici olarak işlenmesi, diğerlerinin engellenmesi gerekir. Stroop testi dört bölümden oluşmaktadır: siyah yazılmış renk adlarını okuma, renkli kare ya da noktaların rengini söyleme, kelime ile farklı renkle yazılmış renk adlarını okuma ve renkli yazılmış kelimeleri okumayıp renklerini söyleme. Türkçe adaptasyon çalışmaları Karakaş ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Sayısal değişkenlerin normal dağılıp dağılmadıklarının saptanması amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır. Gruplar; normal dağılan değişkenler açısından t testi, normal dağılmayan değişkenler açısından Mann Witney U Testi ve kategorik değişkenler açısından ise ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. Şiddet davranışının varlığını yordayan faktörlerin saptanması amacıyla şiddet davranışı bulunan ve bulunmayan

TABLO 3. Şiddet Davranışı Olan ve Olmayan Şizofreni Tanılı Hastaların Bilişsel İşlevler Açısından Karşılaştırılması.

	Şiddet var (Ort±SS)	Şiddet yok (Ort±SS)	İstatistiksel test
CSÖT			
Toplam 1-5	39.37±9.83	43.11±9.20	t=-1.615, p=0.111
Kısa gecikmeli	8.43±2.78	9.39±2.47	z=1.513, p=0.130
Uzun gecikmeli	8.10±2.80	9.76±2.42	t=-2.627, p=0.011
Ayrımlanabilirlik	86.04±11.36	89.45±11.33	z=1.270, p=0.204
WKET			
Tamamlanan kategori	2.13±1.85	2.50±2.19	z=0.428, p=0.669
Perseveratif tepki	51.20±36.47	57.21±39.79	z=0.605, p=0.545
Perseveratif hata	44.07±26.84	46.00±28.95	z=0.328, p=0.743
İz Sürme A			
Süre	53.43±17.93	63.08±40.80	z=0.402, p=0.688
Hata	0.57±0.90	0.21±0.47	z=-1.817, p=0.069
İz Sürme B			
Süre	162.70±118.42	166.61±99.84	z=0.519, p=0.604
Hata	2.20±1.52	1.95±1.97	z=-1.133, p=0.257
Stroop kelime			
Süre	18.17±9.45	15.45±5.86	z=-0.885, p=0.376
Hata	0.97±1.87	0.61±1.26	z=-0.699, p=0.485
Düzeltilme	0.57±0.90	0.47±0.92	z=-0.697, p=0.486
Stroop renk			
Süre	25.50±13.20	24.03±11.98	z=-0.637, p=0.524
Hata	1.77±3.54	1.13±1.65	z=-0.494, p=0.621
Düzeltilme	0.97±1.30	0.95±1.37	z=-0.305, p=0.761
Stroop kelime rengi			
Süre	35.83±18.14	32.63±14.81	z=-0.885, p=0.376
Hata	3.50±4.85	3.55±3.52	z=0.588, p=0.556
Düzeltilme	1.80±1.90	2.53±2.64	z=0.929, p=0.353

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, CSÖT: California Sözel Öğrenme Testi, WKET: Wisconsin Kart Eşleme Testi.

grupların yapılan karşılaştırmalarında anlamlı fark saptanan değişkenler, bağımsız değişkenler olarak alınıp çoklu regresyon (forward metodu) analizi uygulanmıştır. Model uygunluk testi olarak Hosmer-Lemeshow Testi yapılmış ve p=0.396 saptanarak modelin uygun olduğu gösterilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Şiddet davranışı öyküsü olan ve olmayan şizofreni hastaları arasında yapılan karşılaştırmada yaş ortalaması (p=0.706), çalışma durumu (p=0.058), eğitim süresi (p=0.361), hastalık süresi (p=0.941), hastalık başlangıç yaşı (p=0.543), kullanılan antipsikotik ilaç türü (p=0.080) ve medeni durum (p=0.587) açısından anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1).

Cinsiyet açısından karşılaştırıldığında şiddet davranışı öyküsü olanların 8'i (%26.7) kadın, 22'si (%73.3) erkek; şiddet davranışı öyküsü olmayanların 20'si kadın (%47.4), 18'i (%52.6)

erkekti. Şiddet davranışı olanlarda olmayanlara göre erkek cinsiyet oranı anlamlı derecede fazlaydı ($\chi^2=4.666$, p=0.031). Şiddet davranışı öyküsü olanlarda (4.00±4.89) olmayanlara göre (2.11±2.89) ortalama hastaneye yatış sayısı anlamlı derecede fazlaydı (z=-2.576, p=0.010). Tedaviye uyum açısından karşılaştırıldığında şiddet davranışı öyküsü olanlarda tedaviye uyum göstermeme oranı (% 36.7) şiddet davranışı öyküsü olmayanlara göre (%7.9) anlamlı derecede yüksekti ($\chi^2=8.488$, p=0.004). Şiddet davranışı olanların (%53.3) olmayanlara göre (% 7.9) alkol ya da madde kötüye kullanımı öyküsü anlamlı derecede yüksekti ($\chi^2 =17.192$, p=0.000). Şiddet davranışı olanlarda (%50.0) intihar girişimi öyküsü olmayanlara göre (% 21.1) anlamlı derecede fazlaydı ($\chi^2 =6.276$, p=0.012) (Tablo 1).

Şiddet davranışı öyküsü olan ve olmayan şizofreni tanılı hastalar arasında PNSÖ negatif belirtiler ortalama puanları arasında anlamlı fark saptanmazken (t=1.788, p=0.078); PNSÖ pozitif belirtiler, PNSÖ genel belirtiler ve PNSÖ toplam ortalama puanları öyküsünde şiddet davranışı olanlarda

TABLO 4. Şizofreni Tanılı Hastalarda Şiddet Davranışını Yordayan Faktörler.

Bağımsız değişkenler	Şiddet davranışı		
	OR	%95 GA	p
Tedavi uyumu			
Var	1	-	-
Yok	5.927	1.073-32.726	p=0.041
Alkol ve/veya madde öyküsü			
Var	21.089	4.116-108.051	p=0.000
Yok	1	-	-
PNSÖ toplam			
Sabit (Constant)	1.053	1.012-1.096	p=0.011
	0.126	-	p=0.150

PNSÖ: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, GA: Güven Aralığı, OR: Odds Ratio. Nagelkerke. R²=0.513.

anlamli derecede fazlaydı (sırasıyla $t=3.092$, $p=0.003$; $t=2.397$, $p=0.019$; $t=2.777$, $p=0.007$). Öyküsünde şiddet davranışı olan ve olmayan şizofreni tanılı hastaların BPSÖ alt ölçek ortalama puanları ve İÜBDÖ ortalama puanları arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 2).

Öyküsünde şiddet davranışı olan ve olmayan şizofreni tanılı hastaların bilişsel işlevler açısından karşılaştırılmasında sözel bellekte bozulma ile ilişkili olduğu bilinen CSÖT'nin uzun gecikmeli yanıt alt bölümü dışında ($t=-2.627$, $p=0.011$), anlamlı fark saptanmadı (Tablo 3).

Yapılan karşılaştırmalarda anlamlı fark saptanan değişkenler için şizofrenide şiddet davranışını yordayıcı faktörlerin saptanması amacıyla regresyon analizi uygulandı. Analize bağımsız değişken olarak alınan faktörlerden tedavi uyumunun olmamasının (OR:5.927, $p=0.041$), alkol ya da madde kötüye kullanımı öyküsünün olmasının (OR:21.089, $p=0.000$) ve PNSÖ toplam puanının (OR:1.053, $p=0.011$) şizofrenide şiddet davranışını yordadığı saptandı (Tablo 4).

TARTIŞMA

Özellikle gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma ile giden şizofreni tanılı hastaların şiddet davranışı ile ilişkisi hem psikiyatri klinik değerlendirmelerinde hem de 'toplumun gözünde şizofreninin yeri' açısından oldukça önemlidir. Yaklaşık 35 yıl önce şizofrenide şiddet davranışının genel toplumda görülen şiddet davranışına yakın yaygınlıkta olduğu düşünülürken, daha sonraki çalışmalarda şizofreni ile şiddet arasında orta düzeyde bir ilişki olabileceği bildirilmiştir (Kooyman ve ark. 2007). Yine de günümüze kadar yapılan çalışmalarda tüm şizofreni tanılı hastaların değil de, özellikle bir grubun daha fazla şiddet davranışı ile ilgili risk faktörüne sahip olduğu vurgulanmıştır (Belli ve ark. 2011). Özellikle tedaviye uyumsuzluk ve alkol-madde kötüye kullanımı tüm

risk faktörleri arasında daha fazla dikkat edilmesi gereken faktörler olarak belirtilmiştir (Asher-Svanum ve ark. 2006). Biz de yazınla uyumlu olarak çalışmamızda erkek cinsiyetin, hastaneye yatış sayısının, tedavi uyumsuzluğunun, alkol-madde kötüye kullanım öyküsünün ve intihar girişimi öyküsünün öyküsünde şiddet davranışı olan şizofreni tanılı hastalarda daha yüksek oranda olduğunu saptadık. Bununla birlikte, özellikle tedavi uyumsuzluğu ve alkol-madde kötüye kullanım öyküsünün şizofrenide şiddet davranışını yordayabileceğini saptadık.

Çalışmamızda PNSÖ pozitif, genel psikopatoloji alt ölçek ve toplam ortalama puanları şiddet davranışı olan grupta daha yüksekti. Özellikle pozitif belirtilerin yüksekliği ileri derecede anlamlılık düzeyindeydi. Bununla birlikte, PNSÖ toplam puanının şiddet davranışını yordayabileceğini saptadık. Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda akut pozitif belirtilerin şiddet davranışı ile ilişkisi olduğu gösterilmiştir (Taylor ve Gunn 1988, Beaudoin ve ark. 1993). Ancak şiddet davranışında bulunma döneminde değil de öyküsünde şiddet davranışı olan hastalarda saptadığımız bu ilişki, şiddet davranışının öngörülebilirliği açısından önemlidir.

Çalışmamızda BPSÖ tüm alt ölçek puanları açısından şiddet davranışı olan ve olmayan hastalar arasında anlamlı farklılık saptamadık. Krakowski ve Czobor (2012), saldırganlık öyküsü olan ve bunu kabul eden, saldırganlık öyküsü olan ve bunu inkar eden ve saldırganlık öyküsü olmayan şizofreni tanılı hastaları içgörü, saldırganlık ve yürütücü işlevler açısından karşılaştırdıkları çalışmada, saldırganlık öyküsü olan ve bunu inkar eden hastaların, saldırganlık öyküsü olmayan hastalara göre dahi BPSÖ'den daha düşük puan aldığını saptamıştır. Bu çalışmada saldırganlık öyküsünü inkar eden grupta, içgörü ve yürütücü işlevlerde daha fazla bozulma olduğu belirtilmiş, sadece saldırganlık öyküsünü kabul edenlerde BPSÖ'nün gelecekteki şiddet davranışını öngörebildiği belirlenmiştir (Krakowski ve Czobor 2012). Krakowski ve Czobor (2012),

çalışmaya katılan ve şiddet davranışı gösteren şizofreni hastalarının %36.2'sinin şiddet davranışı gösterdiklerini inkar ettiğini saptamıştır. Çalışmamızda hastaların şiddet davranışı gösterdiklerini kabul edip etmedikleri araştırılmamıştır. Ancak çalışmamızın bu sonucu; hastaların kendilerinin doldurduğu bir ölçek olan BPSÖ'ye özellikle şiddet davranışı gösterdiğini kabul etmeyen şizofreni hastalarının uygun yanıt vermemesi ile ilgili olabilir. Bu nedenle, şizofreni tanılı hastalarda şiddet davranışının öngörülebilirliği ile ilgili daha nesnel değerlendirme yapılmasını sağlayacak ölçek ve yöntemlere ihtiyaç bulunmaktadır.

Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda şiddet davranışı olan şizofreni hastalarında içgörünün daha fazla bozulduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi (Ekinci ve Ekinci 2013, Arango ve ark. 1999, Buckley ve ark. 2004), içgörü düzeyi ve şiddet davranışı arasında bir ilişki saptamayan çalışmalar da mevcuttur (Lincoln ve Hodgins 2008, Yen ve ark. 2002). Çalışmamızda şiddet öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında içgörü düzeyi açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Bu durum çalışmamıza katılan hasta sayısının görece az olmasından kaynaklanabileceği gibi, içgöründe bozulmanın şizofreninin temel bir belirtisi olmasıyla, dolayısı ile şiddet davranışından bağımsız olarak değerlendirilmesi gerekliliği ile açıklanabilir. Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının yaklaşık % 50-80'inde içgörü azlığının saptanmış olması da bu görüşümüze desteklemektedir (Joseph ve ark. 2015, Dankı ve ark. 2007). Lincoln ve Hodgins (2008) 209 şizofreni tanılı hastayı 2 yıl izledikleri çalışmada, pozitif belirtilerin dışlanarak sadece içgörü düzeyinin şiddet davranışı ile bir ilişkisinin olmadığını saptamışlardır. Yine, Yen ve arkadaşları (2002) remisyonunda ya da hafif düzeyde belirtileri olan 74 şizofreni tanılı hastayı bir yıl izledikleri çalışmada, içgörü düzeyinin şiddet davranışını yordamadığını saptamışlar ve içgörünün şiddet davranışı ile ilişkisinin ancak hastalığın alevlenme dönemlerinde ve kısa süreli olabileceğini bildirmişlerdir. Şiddet davranışı ile içgörü ilişkisinin belirlenmesi için pozitif belirti şiddeti ve madde kullanım öyküsü gibi faktörler dışlanarak, daha geniş örneklemli ve İÜBDÖ gibi içgörüyü tüm alanlarıyla değerlendiren ölçekler kullanılarak yapılacak çalışmaların değerli olacağını düşünüyoruz.

Çalışmamızda şiddet davranışı olan şizofreni tanılı hastalarda olmayanlara göre sözel bellekteki bozulmayı gösteren CSÖT uzun gecikmeli yanıt ortalama puanlarında anlamlı derecede düşüklük saptandı. Ayrıca CSÖT'ün diğer alt test puanlarında da anlamlılık düzeyinde olmasa da şiddet davranışı öyküsü

olanlarda daha düşük puanlar elde edildi. Chung ve arkadaşları (2010) şiddet öyküsü olan ve olmayan şizofreni tanılı hastalarda kontrol grubuna göre bellek işlevlerinde bozulma saptamışlar ancak iki grup arasında fark saptamamışlardır. Bu çalışmada bilişsel işlevlerde bozulmanın şizofreninin temel bir belirtisi olabileceği vurgulanmıştır. Çalışmamızda yürütücü işlevler açısından iki grup arasında fark saptamadık ancak sözel bellek işlevlerinde saptadığımız şiddet davranışı olan gruptaki daha fazla bozulma, her ne kadar kontrol grubumuz olmasa da şizofrenide şiddet davranışı için önemli bir bulgu olabilir.

Yürütücü işlevleri değerlendiren testler açısından çalışmamızda şiddet davranışı olan ve olmayan şizofreni tanılı hastalar arasında anlamlı derecede farklılık saptamadık. Yazında şiddet davranışı olan şizofreni tanılı hastalarda yürütücü işlevlerde şiddet davranışı olmayanlara göre daha fazla bozulma olabileceğini bildiren çalışmalar olduğu gibi (Barber ve ark. 1988, Krakowski ve ark. 1989) iki grup arasında yürütücü işlevler arasında fark saptamayan (Lafayette ve ark. 2003, Chung ve ark. 2010), bununla birlikte şiddet davranışı olanlarda daha iyi yürütücü işlev performansı saptayan çalışmalar da vardır (Naudts, Hodgins 2006). Bulgularımız daha önce Chung ve arkadaşları (2010) ile Barkataki ve arkadaşlarının (2005) belirttiği gibi bilişsel işlevlerde bozulmanın şiddet davranışından çok şizofreninin temel bir belirtisi olabileceği düşüncesini yürütücü işlevler açısından desteklemektedir.

Özellikle bilişsel işlevleri değerlendirme açısından hasta sayısının az olması, kontrol grubunun bulunmuyor olması, kliniğimizde adli bir dosyası olmayan hastaların şiddet davranışı açısından yeterince nesnel olarak değerlendirilememiş olması çalışmamızın kısıtlılıkları arasındadır. Bununla birlikte çalışmamız şizofrenide tedavi uyumu, alkol-madde kötüye kullanımı ve PNSÖ toplam puanının şiddet davranışını öngörebileceğini göstermektedir. Klinik uygulamada sağlık çalışanlarının bu risk faktörlerini göz önünde bulundurmalarının önemli olduğunu ayrıca yürütücü işlevlerde değil ama bellekte bozulmanın şizofrenide şiddet davranışı ile ilişkisinin olabileceğini düşünüyoruz.

Son olarak 'damgalama' ile yakından ilişkili olduğunu düşündüğümüz şizofrenide şiddet davranışının tüm şizofreni hastaları ile ilişkilendirilmemesi gerektiğini düşünmekteyiz. Çalışmamızın sonuçları da bazı risk faktörlerinin değerlendirilmesi ile şizofrenide şiddet davranışının önlenilebileceğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

- Arango C, Calcedo-Barba A, Gonza'lez-Salvador T ve ark. (1999) Violence in inpatients with schizophrenia: A prospective study. *Schizophr Bull* 25:493-503.
- Arslan S, Günay KB, Karakılıç H (2000) İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri* 3:17-24.
- Asher-Svanum H, Faries DE, Zhu B ve ark. (2006) Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. *J Clin Psychiatry* 67:453-60.
- Barber JW, Hundley P, Kellogg E ve ark. (1988) Clinical and demographic characteristics of 15 patients with repetitively assaultive behavior. *Psychiatr Q* 59:213-24.
- Barkataki I, Kumari V, Das M ve ark. (2005) A neuropsychological investigation into violence and mental illness. *Schizophr Res* 74:1-13.
- Beaudoin MN, Hodgins S, Lavoie F (1993) Homicide, schizophrenia and substance abuse or dependency. *Can J Psychiatry* 38:541-6.
- Belli H, Ural C, Vardar MK ve ark. (2011) Şizofrenide şiddet ve cinayet eylemi: risklerin değerlendirilmesi, önleyici tedbirler ve tedavide klozapinin yeri. *Dusunen Adam* 24:222-7.
- Brower MC, Price BH (2001) Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behaviour: a critical review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 71:720-6.
- Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L ve ark. (2004) Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 161:1712-14.
- Buss AH, Warren WL (2000) *Agression Questionnaire: Manual*. LA: Western Psychological Services.
- Can S (2002) "Aggression question naire" adlı ölçeğin Türk popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servis Şefliği yayımlanmamış uzmanlık tezi*. İstanbul.
- Cangöz B, Karakoç E, Selekler K (2007) "İz sürme testi" nin 50 yaş üzeri Türk yetişkin ve yaşlı örneklemi için standardizasyon çalışması. *Türk Geriatri Derg* 10:73-82.
- Chung S, Chung HY, Jung J ve ark. (2010) Association among aggressiveness, neurocognitive function, and the Val66 Met polymorphism of brain-derived neurotrophic factor gene in male schizophrenic patients. *Compr Psychiatry* 51:367-72.
- Cohen RA, Brumm V, Zawacki TM ve ark. (2003) Impulsivity and verbal deficits associate with domestic violence. *J Int Neuropsychol Soc* 9:760-70.
- Cuesta MJ, Peralta V (1994) Lack of insight in schizophrenia. *Schizophr Bull* 20:359-66.
- Dankı D, Dilbaz N, Okay İT ve ark. (2007) Şizofreni tanısı olan hastalarda içgörünün aile öyküsü, pozitif ve negatif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 18:129-36.
- David AS (1990) Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 156:798-808.
- Delis DC, Kramer JH, Kaplan E ve ark. (1987) *California Verbal Learning Test: research edition*. New York: The Psychological Corporation.
- Ekinci O, Ekinci A (2013) Association between insight, cognitive insight, positive symptoms and violence in patients with schizophrenia. *Nord J Psychiatry* 67:116-23.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1997) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Golden CJ (1978) *Stroop Color and Word Test: A Manual for Clinical and Experimental Uses*. Chicago: Illinois, s. 1-32.
- Heaton RK (1981) *Wisconsin Card Sorting Test Manual*. Odesa (FL): Psychological Assessment Test Resources, Inc.
- Hodgins S (1992) Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. *Arch Gen Psychiatry* 49:476-83.
- Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA ve ark. (1996) Mental disorder and crime: Evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 53:489-96.
- Jarvis PE, Barth JT (1986) *Halstead-Reitan Test Battery: An interpretative Guide*. Odessa FL: Psychological Assessment Resources, s. 38-46.
- Joseph B, Narayanaswamy JC, Venkatasubramanian G (2015) Insight in schizophrenia: relationship to positive, negative and neurocognitive dimensions. *Indian J Psychol Med* 37:5-11.
- Karakaş S, Irak M, Ersezgin ÖU (1998) Wisconsin Kart Eşleme Testi (WCST) ve Stroop Testi TBAG formu puanlarının test içi ve testler-arası ilişkileri. *X. Ulusal Psikoloji Kongresi özet kitabı*, s.44.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987) The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 13:261-76.
- Kooyman I, Dean K, Harvey S ve ark. (2007) Outcomes of public concern in schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl* 50:29-36.
- Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A (1999) Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 14:23-32.
- Krakowski MI, Convit A, Jaeger J ve ark. (1989) Neurological impairment in violent schizophrenic in patients. *Am J Psychiatry* 146:849-53.
- Krakowski MI, Czobor P (2012) The denial of aggression in violent patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 141:228-33.
- Lafayette JM, Frankle WG, Pollock A ve ark. (2003) Clinical characteristics, cognitive functioning, and criminal histories of outpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 54:1635-40.
- Lincoln TM, Hodgins S (2008) Is lack of insight associated with physically aggressive behavior among people with schizophrenia living in the community? *J Nerv Ment Dis* 196:62-6.
- Monahan J (1992) Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence. *Am Psychol* 47:511-21.
- Morgan AB, Lilienfeld SO (2000) A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function. *Clin Psychol Rev* 20:113-36.
- Naudts K, Hodgins S (2006) Neurobiological correlates of violent behavior among persons with schizophrenia. *Schizophr Bull* 32:562-72.
- Özürkçügül A, Aydemir Ö, Yıldız M (1999) DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 12:233-6.
- Reitan RM (1958) Validity of the Trail making Test as an indicator of organic brain damage. *Percept Mot Skills* 8:271-6.
- Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK ve ark. (1990) Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiological Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 41:761-70.
- Taylor PJ, Gunn JC (1998) Homicides by people with mental illness: myth and reality. *Br J Psychiatry* 174:9-14.
- Torrey F (1994) Violent behavior by individuals with serious mental illness. *Hosp Community Psychiatry* 45:653-62.
- Tükel R, Gürvit H, Ertekin BA ve ark. (2012) Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 53:167-75.
- Umut G, Altun ZÖ, Danişmant BS ve ark. (2012) Bir eğitim hastanesinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarında tedavi uyumu, içgörü ve agresyon ilişkisi. *Dusunen Adam* 25:212-20.
- Walsh E, Gilvarry C, Samele C ve ark. (2004) Predicting violence in schizophrenia: A prospective study. *Schizophr Res* 67:247-52.
- Weinberger DR, Berman KF, Zec RF (1986) Physiologic function of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia. I. Regional cerebral blood flow evidence. *Arch Gen Psychiatry* 43:114-24.
- Yen CF, Yeh ML, Chen CS ve ark. (2002) Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizophrenia: A prospective study. *Compr Psychiatry* 43:443-7.
- Yeudall LT, Fromm-Auch D, Davies P (1982) Neuropsychological impairment of persistent delinquency. *J Nerv Ment Dis* 170:257-65.