

Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Merkezinde Tedavi Gören Psikotik Bozukluğu olan Hastalarda Psikoeğitimin İlgörü Gelişimi ve Tedavi Uyumuna Etkisi



İD Sinem DURAN¹, İD Ali Haydar KÜÇÜKTÜFEKÇİ^{2*}, İD Serkan YAZICI³,
İD Mine Elif TÜRE SÖZER⁴, İD Süheyla ÜNAL⁵

ÖZET

Amaç: Çalışma, Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri (YGAP) merkezinde tedavi gören psikotik bozukluk tanılı hastalara uygulanan Sağlıklı Yaşam Rehberi psikoeğitim programının içgörü gelişimi ve tedavi uyumu üzerine kısa süreli etkilerini belirlemeyi amaçlamıştır.

Yöntem: Çalışmada, Bursa YGAP merkezinde yatarak tedavi sırasında Sağlıklı Yaşam Rehberi psikoeğitim programına katılan psikotik bozukluk tanılı 54 erkek hasta Sosyodemografik Veri Formu ve Mevcut Suç İçin Şiddet Profili Ölçeği ile eğitim öncesi ve sonrasında Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği, Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Global Değerlendirme Ölçeği, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Psikoeğitim sonrası, negatif ve pozitif belirtilerde azalma, işlevsellikte ve içgöründe artış ve tedavi uyumunda iyileşme sağlandı. Özellikle düşük içgörüyü sahip hastalarda program daha etkili oldu. Ancak psikotik alevlenme döneminde hastaneye yatışı yapılan hastalarda hastalar remisyona girdikten sonra dahi eğitimin etkisi sınırlı kaldı. Psikoeğitim programı sonrası negatif ve pozitif semptomların içgörü ile negatif yönde ilişkili olduğu görüldü.

Sonuç: Adli psikiyatrik popülasyonda uygulanan Sağlıklı Yaşam Rehberi psikoeğitim programının hastalık belirtilerinde azalma, işlevsellikte artış, içgöründe artış, tedavi uyumunda iyileşme gibi sonuçlarının olması bu programın psikotik hastaların tedavisinde tamamlayıcı bir yöntem olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Adli psikiyatri, içgörü, psikoeğitim, psikoz, sağlıklı yaşam rehberi, tedavi uyumu

ABSTRACT

The Effect of Psychoeducation on Insight and Treatment Adherence Among Patients with Psychotic Disorders in a High-Security Forensic Psychiatry Center

Objective: This study aimed to determine the short-term effects of the Healthy Living Guide psychoeducation program on insight development and treatment adherence among 54 male patients diagnosed with psychotic disorders who were receiving treatment in a High-Security Forensic Psychiatry (HSFP) center.

Method: All participants took part in a psychoeducation program during their hospitalization. Assessments were conducted both before and after the program using the Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS), the Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), the Schedule for the Assessment of Insight (SAI), the Global Assessment Scale (GAS), and the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), together with a Sociodemographic Data Form and the Violence Profile for Current Offense scale.

Results: Following the psychoeducation program, reductions were observed in both positive and negative symptoms, along with improvements in functionality, insight, and treatment adherence. The program was particularly more effective in patients with lower baseline insight. However, for patients who had been admitted during an acute psychotic episode, the impact of the intervention remained limited even after clinical remission. Additionally, after the program, insight was negatively correlated with both positive and negative symptom severity.

Conclusions: The findings suggest that the Healthy Living Guide psychoeducation program, when implemented in forensic psychiatric populations, may serve as a complementary approach to treatment by contributing to symptom reduction, enhanced functionality, improved insight, and better treatment adherence in patients with psychotic disorders.

Keywords: Forensic psychiatry, healthy living, insight, psychoeducation, psychosis, treatment adherence guide

Atf için: Duran S, Küçüktüfekçi AH, Yazıcı S et al. (2026) The Effect of Psychoeducation on Insight and Treatment Adherence Among Patients with Psychotic Disorders in a High-Security Forensic Psychiatry Center. *Türk Psikiyatri Derg* 37:217–226. <https://doi.org/10.5080/u27882>

Geliş Tarihi: 04.01.2026, **Kabul Tarihi:** 25.06.2026, **Yayın Tarihi:** 21.09.2026

^{1,2,3,4}Uzm., ⁵Prof., Bursa Şehir Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Bursa, Türkiye

Ali Haydar Küçüktüfekçi, e-posta: alihaydark@gmail.com

GİRİŞ

Psikotik hastalarda şiddet davranışının sıklığına dair yapılan çalışmalarda %2,3 ile %24,7 arasında değişen sıklık oranları bildirilmektedir (Nederlof ve ark. 2013). Psikotik bozukluğu olan hastalarda şiddet ve şiddet içerikli suç davranışının belli faktörlerin varlığında arttığı gözlemlenmiştir. Şiddet içeren suçlar genellikle hastalığın akut dönemlerinde, gerçeklikle bağın zayıflaması ile birlikte daha sık ortaya çıkabilmektedir (Oueslati ve ark. 2018). Ayrıca eş tanılı madde kullanımı olması, geçmişte şiddet içeren eylemlerde bulunmuş olmak, antisosyal kişilik özelliği göstermek gibi bir takım risk faktörleri şiddet davranışı ile ilişkilendirilmiştir (Fischer-Vieler ve ark. 2023). Şiddet davranışı için belirlenen risk faktörleri arasında içgörü azlığı ve tedaviye uyumsuzluk gibi önemli değiştirilebilir risk faktörleri de yer almaktadır (Balcıoğlu 2022).

Yapılan çalışmalarda, düşük tedavi uyumunun yalnızca hastalık alevlenme riskini artırmadığı aynı zamanda bu hastalarda tekrar suç işleme oranlarının yükselmesi ile ilişkili de olduğu gösterilmiştir (Rezansoff ve ark. 2017, Oueslati ve ark. 2018). Tedaviye uyumsuzluk, psikotik semptomların alevlenmesine yol açarak saldırganlık ve şiddet davranışlarını artırabilir. Ayrıca, tedaviye uyumsuzluk çoğu zaman içgörü eksikliği, sosyal izolasyon ve madde kullanım bozukluklarıyla birlikte görüldüğü için bu faktörler de dolaylı olarak suç davranışını besleyebilir (Novick ve ark. 2010). Yapılan meta-analizlerde, düzenli antipsikotik tedavi alan bireylerde şiddet içeren suçlara karışma oranlarının belirgin biçimde daha düşük olduğu ortaya konmuştur (Fazel ve ark. 2014).

Psikotik bozukluklarda hastalığın tedavisinde en önemli engellerden birisi içgörü azlığıdır. İçgöründe azalma ile birlikte tedaviye uyumda zorluk ve hastalık şiddetinde artış görülebilmektedir (Lysaker ve ark. 1994). Şizofreni hastalarında içgörü azlığı, suça eğilim ve şiddet davranışıyla ilişkili önemli bir risk faktörü olarak öne çıkmaktadır. Hastalığını ve semptomlarını yeterince fark edemeyen bireylerde sanrılar ve paranoid düşünceler bireyin kendisini tehdit altında hissetmesine ve savunma amaçlı saldırgan davranışlarda bulunmasına yol açabilir (Björkly 2006). Ayrıca içgörü eksikliği, hastaların suç teşkil eden davranışları hastalıkla bağlantılandırmalarını zorlaştırmakta ve tedavi süreçlerine direnç geliştirmelerine neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar, içgörüsü düşük olan şizofreni hastalarında şiddet içeren suçlara karışma olasılığının anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu göstermektedir (Buckley ve ark. 2004).

Adli psikiyatri alanında, tedavi uyumunu artırmak ve içgörü düzeyini geliştirmek amacıyla uygulanan psikoeğitim programları hem bireysel rehabilitasyon hem de toplumsal güvenlik açısından büyük önem taşımaktadır. Suç davranışı sergilemiş şizofreni hastalarında içgörü eksikliği ve tedavi reddi, tekrar suç işleme riskini artırmakta, dolayısıyla bu bireylerin içgörü kazanmalarını destekleyici yapılandırılmış

eğitim programları önem kazanmaktadır (Liau ve ark. 2004). Psikoeğitim programları genellikle hastalığın doğası, tedavinin önemi, ilaç uyumu, sosyal beceri eğitimi ve başa çıkma stratejilerini içeren modüllerden oluşur. Yapılan kontrollü çalışmalarda, psikoeğitim alan adli psikiyatri hastalarında hem içgörü düzeyinin hem de tedaviye uyumun anlamlı düzeyde yükseldiği; ayrıca tekrar suç işleme oranlarında azalma gözlemlendiği bildirilmiştir (Walker ve ark. 2013).

Türkiye’de uygulanmakta olan Sağlıklı Yaşam Rehberi Psikoeğitim programı, Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve alanda çalışan uzmanların iş birliğiyle geliştirilen; bireylerin ruhsal ve sosyal iyilik hâlini artırmayı hedefleyen 8–12 oturum halinde yapılandırılmış bir psikoeğitim programıdır (Şahin 2022). Özellikle psikoz gibi ağır ruhsal hastalıkları olan bireyleri hedefleyen bu psikoeğitim programının bireylerin ruhsal hastalıklarını tanımaları ve kabullenmeleri, tedavi uyumunun sağlanması, stresle baş etme yollarının öğretilmesi, sosyal becerilerin ve günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesi gibi amaçları bulunmaktadır (Bellack 2004).

Adli popülasyonlarda uygulanan tedavi uyumunu artırma ve içgörü geliştirmeye yönelik psikoeğitim uygulamaları, suç işlemiş ruhsal hastalığı olan kişilerin temelde yeniden suç işleme riskini azaltmayı ve topluma yeniden katılımlarını hedeflemektedir. Türk Ceza Kanunu’nun 57. maddesi kapsamında, işlediği fiil nedeniyle ceza sorumluluğu bulunmayan ya da ceza sorumluluğu azalmış olan kişiler hakkında koruma ve tedavi amacıyla güvenlik tedbiri olarak zorunlu tedavi uygulanmakta ve bu bireyler yüksek güvenlikli adli psikiyatri merkezlerinde tedavi ve izlem altına alınmaktadır (Balcıoğlu 2022). Bu merkezlerde yürütülen tedavi süreci; psikiyatrik değerlendirme, farmakolojik müdahaleler, psikoeğitim ve psikososyal rehabilitasyon uygulamalarını içermekte olup bireylerin hastalık içgörüsünün geliştirilmesi, tedaviye uyumlarının artırılması ve yeniden suç işleme riskinin azaltılması hedeflenmektedir. Bu çalışmada adli psikiyatrik popülasyonda uygulanan Sağlıklı Yaşam Rehberi psikoeğitim programının zorunlu tedavi kararı ile Yüksek Güvenlikli bir Adli Psikiyatri merkezinde yatmakta olan psikotik bozukluğu olan hastalarda içgörü gelişimi ve tedavi uyumu üzerine kısa süreli etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırma Örneklemi

Ceza sorumluluğu olmadığı için koruma ve tedavileri yapılmak üzere mahkeme kararı gereğince zorunlu yatış kararı ile gönderilen psikiyatrik hastalığı olan bireylerin yatırılarak koruma ve tedavilerinin yapıldığı Bursa Şehir Hastanesi Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri merkezinde DSM-5 kriterlerine göre psikotik bozukluk tanısı olan, psikotik alevlenme döneminde olmayan, idame tedavisi devam eden, en

az ilkököl mezunu olan, 18 yaş üstü 54 erkek hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışmanın yapıldığı merkezin erkek hastalardan oluşan bir merkez olması sebebi ile çalışmaya yalnızca erkek katılımcılar dâhil edilmiştir. Psikotik alevlenme döneminde olan, organik beyin hastalığı olan, mental retardasyonu bulunan, eğitim yetersizliği sebebi ile programa uyum sağlayamayacağı düşünülen hastalar örneklem dışı bırakılmıştır. Çalışmaya katılan tüm katılımcıların yazılı bilgilendirilmiş onamı alınmış olup; çalışma protokolü, 28/09/2022 tarihinde 2022-11/5 numaralı karar ile Bursa Şehir Hastanesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından onaylandı.

Veri Toplama İşlemi

Çalışmaya dâhil edilen hastalar, dört ila altı kişilik daha küçük gruplara ayrılmıştır. Yatan adli psikiyatri hastalarına yönelik olarak uyarlanmış Sağlıklı Yaşam Rehberi adlı psikoeğitim programının revize edilmiş bir versiyonu, adli psikiyatri biriminde görev yapan klinik psikologlar tarafından uygulanmıştır. Program, haftada üç oturum olmak üzere sunulan dokuz modülden oluşmaktadır. Müdahale öncesinde ve sonrasında katılımcılar çeşitli ölçeklerle değerlendirilmiştir. Tüm katılımcılara, eğitilmiş klinik psikologlar tarafından standartlaştırılmış bir protokol çerçevesinde uygulanan aynı Sağlıklı Yaşam Rehberi sunulmuş; bu sayede müdahalenin uygulanmasındaki önyargı en aza indirilmiştir. Geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış değerlendirme araçları kullanılmış ve müdahale öncesi ile sonrası tüm değerlendirmeler, müdahaleyi uygulamayan bağımsız klinisyenler tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu durum, gözlemci yanlılığını azaltmaya katkı sağlamıştır.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak araştırmacı tarafından hazırlanan yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu gibi sosyodemografik verileri içeren bir form kullanılmıştır.

Mevcut Suç İçin Şiddet Profili Ölçeği (MSİŞPÖ): İşlenen suçun şiddetine göre 0–4 puan arasında değerlendirildiği ölçeğe, daha yüksek puanlar daha ciddi suç şiddeti ile ilişkilidir (Taylor 1985). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Balcıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Balcıoğlu ve Öncü 2021).

Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ): Negatif belirti şiddetinin beş ayrı boyutta değerlendirildiği bu ölçeğin (Andreasen 1989) Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 1991 yılında Erkoç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Erkoç ve ark. 1991a).

Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ): Pozitif belirti şiddetinin değerlendirildiği ölçek dört ayrı boyutu değerlendiren toplam 34 sorudan oluşmaktadır (Peralta ve

Cuesta 1999). Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 1991 yılında Erkoç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Erkoç ve ark. 1991b).

Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ): Psikotik bozukluklarda klinik tablonun şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçeğin (Overall ve Gorham 1988). Türkçeye uyarlaması Soykan tarafından yapılmıştır (Soykan 1990).

İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ): İçgörünün tedavi uyumu, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanıma şeklinde üç bileşeninin değerlendirildiği bu ölçek sekiz sorudan oluşan ve klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. İlk yedi sorunun en yüksek toplam puanı 14'tür. Sekizinci soru hipotetik olarak sunulmuştur bu sorunun sorulması görüşmeciye bırakılmıştır. Bu soru ile birlikte en yüksek toplam puan 18'dir (David ve ark. 1992). Çalışmamızda sekizinci soru değerlendirmeye alınmış ve toplam içgörü puanına dâhil edilmiştir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenirlik çalışması Arslan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Arslan ve ark. 2001).

Global Değerlendirme Ölçeği (GDÖ): Psikopatolojideki değişikliklerin tüm yönlerini (psikolojik, sosyal ve mesleki işlevsellik) kapsayan 0–100 arasında puanlanan bir derecelendirme ölçeğidir (Kaplan ve Sadock 1989). Yüksek skorlar fonksiyonelliğin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

İstatistiksel Analiz

Araştırmada elde edilen veriler IBM Sosyal Bilimlerde İstatistik Paket Programı (SPSS) ile istatistiksel analize tabi tutulmuşlardır. Hastaların ön testte ve son testte ölçeklerden aldıkları puanların normal dağılım varsayımını karşılayıp karşılamadıkları incelenmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde, çok sayıda değişkenin çarpıklık ve basıklık değerlerinin önerilen aralığın dışında kaldıkları belirlenmiştir. Bunun üzerine, mevcut veri setinden büyük veri setleri üretmek üzerine yeniden örnekleme yapmayı sağlayan Bootstrap yöntemi kullanılmıştır (Sacchi 1998). Çalışmanın tanımlayıcı istatistikleri için frekans dağılımı, yüzdelik, ortalama ve standart sapma hesaplamaları yapılmıştır. Hastaların demografik değişkenler bakımından ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılmasında nonparametrik testler olan Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testleri, demografik değişkenlerle ölçeklerden alınan puanlar arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Hastaların ön testte ve son teste ölçeklerden aldıkları ortalama puanların karşılaştırılmasında Bootstrap (N=1000) yöntemi ile Eşleştirilmiş Örneklem T Testi yürütülmüştür. Ayrıca, zaman (ön test-son test) ve grup değişkenlerinin (medeni durum, düzenli tedavi alma durumu, madde kullanım bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu, psikotik alevlenme durumu ve suç öyküsü gibi) birlikte etkilerini değerlendirmek amacıyla karma desenli

tekrarlı ölçümler varyans analizi uygulanmıştır. Bu analiz kapsamında zaman ana etkisi, grup ana etkisi ve zaman $\times$ grup etkileşimleri incelenmiştir. Anlamlı etkileşim saptanan durumlarda uygun post-hoc analizler gerçekleştirilmiştir.

Örneklem büyüklüğü, G*Power 3.1.9.2 yazılımı kullanılarak hesaplanmıştır. Sağlıklı Yaşam Rehberi psikoeğitim programı sonrasında hastaların içgörü ve tedavi uyumu düzeylerinde anlamlı artış olacağı hipotezi doğrultusunda gücün (power) 0,80 ve anlamlılık düzeyinin (α) 0,05, etki büyüklüğünün (d) 0,50 olarak varsayılması durumunda, çalışmada en az 44 katılımcının yer alması gerektiği belirlenmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya %40,7'si şizofreni, %29,6'sı atipik psikoz, %24,1'i madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk, %3,7'si şizoafektif bozukluk, %1,9'u sanrısız bozukluk tanısı bulunan 21–65 yaş aralığındaki 54 erkek hasta dâhil edilmiştir. Hastaların klinik, adli ve sosyodemografik verileri Tablo 1'de yer almaktadır.

Sağlıklı Yaşam Rehberi psikoeğitim programı; kısa dönemde negatif ve pozitif belirtileri azaltmada, işlevselliği artırmada, içgörüyü ve tedaviye uyumu artırmada etkili olmuş olup, ilgili sonuçlar Tablo 2'de özetlenmektedir.

Hastaların medeni durumları ile ön testteki toplam içgörü puanları ile tedaviye uyum ve hastalığın farkında olma alt puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (sırasıyla $\chi^2(2)=7,351$, $p=0,025$; $\chi^2(2)=6,923$, $p=0,031$; $\chi^2(2)=9,624$, $p=0,008$). İkili analizlerde ön testteki toplam içgörü puanları ile tedaviye uyum ve hastalığın farkında olma alt puanları evli olanlarda, hiç evlenmemiş olanlardan anlamlı derecede yüksek bulunurken (sırasıyla $Z=-2,788$; $p=0,005$, $Z=-2,689$; $p=0,007$, $Z=-3,102$; $p=0,002$); son test sonuçlarında medeni durum ile içgörü düzeyi veya alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Zaman (ön test-son test) ve medeni durum değişkenlerinin birlikte değerlendirildiği karma desenli tekrarlı ölçümler analizinde zaman $\times$ grup etkileşimi, tedaviye uyum ve hastalığın farkında olma alt ölçeklerinde anlamlı bulunurken, içgörü toplam puanı ile psikotik yaşantıları doğru olarak tanıma alt ölçeğinde ise anlamlı değildir (sırasıyla $F(1,52)=3,25$, $p=0,047$, $\eta^2=0,113$; $F(1,52)=3,86$, $p=0,027$, $\eta^2=0,132$; $F(1,52)=1,90$, $p=0,159$, $\eta^2=0,069$; $F(1,52)=0,81$, $p=0,45$, $\eta^2=0,031$). Post-hoc analizler, tedaviye uyum ve hastalığın farkında olma alt ölçeklerinde evli hastalarda psikoeğitim sonrası artışın bekâr hastalara kıyasla daha yüksek olduğunu göstermiştir (sırasıyla $OF \pm SS=0,84 \pm 0,33$, $p=0,043$; $OF \pm SS=1,02 \pm 0,36$, $p=0,031$). Diğer sosyodemografik özellikler ile içgörü düzeyleri arasında ise herhangi bir anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik, klinik ve adli özellikleri

Değişken	Değişken Kategorisi	n	%
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş	37	68,5
	Evli	10	18,5
	Boşanmış/ayrı, dul	7	13,0
Çalışma Durumu	Hiç çalışmamış	9	16,7
	Düzensiz çalışıyor	37	68,5
	Düzenli çalışıyor	8	14,8
Yaşadığı Yer	Kırsal	5	9,3
	Kent	49	90,7
Birlikte Yaşam	Yalnız	10	18,5
	Bakım vereni ile	44	81,5
Düzenli Tedavi	Yok	29	53,7
	Var	25	46,3
Alkol Kullanım Bozukluğu	Yok	50	92,6
	Var	4	7,4
PAM Kullanım Bozukluğu	Yok	31	57,4
	Var	23	42,6
Suç Öyküsü	Tek suç	20	37,0
	Birden fazla suç	34	63,0
Yatış Esnasında Psikotik Alevlenme	Yok	20	37,0
	Var	34	63,0
Tanı	Maddeye Bağlı Psikotik Bozukluk	13	24,1
	Şizofreni	22	40,7
	Sanrısız Bozukluk	1	1,9
	Şizoafektif Bozukluk	2	3,7
	Atipik Psikoz	16	29,6
Mevcut Şiddet Profili	Tamamen şiddet dışı	5	9,3
	Minimal şiddet	5	9,3
	Orta düzeyde şiddet	38	70,4
	Orta düzeyde ciddi şiddet	5	9,3
	Ciddi şiddet	1	1,9
Toplam (Her bir değişken için)		54	100,0
Değer Aralığı		ORT	SS
Yaş	21–65	37,17	10,561
Öğrenim Süresi / Yıl	8–16	10,74	2,889
Hastalık Süresi / Yıl	1–30	10,35	8,554
Yatış Sayısı	0–9	2,59	2,507
Suçun üzerinden geçen zaman / Yıl	0–11	2,74	2,316
n: 54; SS: standart sapma; Ort: ortalama; PAM: psikoaktif madde.			

n: 54; SS: standart sapma; Ort: ortalama; PAM: psikoaktif madde.

Düzenli tedavi gören ve görmeyen hastaların ön test ve son test sonuçları karşılaştırıldığında düzenli tedavinin içgörü ve özellikle hastalık farkındalığı üzerinde olumlu etkisi olduğu gözlenmektedir. Ön test sonuçlarına göre, düzenli tedavi gören hastaların toplam içgörü puanları, tedaviye uyum, hastalığın farkında olma ve psikotik yaşantıları doğru olarak tanımlama

Tablo 2. Ön test ve son test ölçek puanları

n=54	Ön test Ort	Ön test SS	Son test Ort	Son test SS	t	95%CI	p
NBDÖ-Duygulanımsal Düzleşme / Küntleşme	6,81	5,808	3,87	3,962	5,050*	2,000; 3,981	<0,001
NBDÖ Aloji	3,65	4,643	1,96	1,932	2,885*	0,796; 2,722	0,006
NBDÖ-Avolüsyon / Apati	4,19	3,331	2,46	2,125	3,810*	0,878; 2,733	<0,001
NBDÖ-Anhedoni / Asosyalılık	5,70	4,733	2,94	3,062	4,143*	1,388; 4,150	<0,001
NBDÖ-Dikkat	1,93	1,852	0,52	0,885	5,496*	0,934; 1,936	<0,001
PBDÖ-Varsanılar	3,04	5,600	0,20	1,053	3,886*	1,537; 4,328	<0,001
PBDÖ-Hezeyanlar	4,65	6,143	0,56	1,254	5,123*	2,702; 5,742	<0,001
PBDÖ -Garip/Bizar Davranış	2,76	3,425	1,02	1,796	4,278*	0,944; 2,691	<0,001
PBDÖ -Pozitif Formal Düşünce Bozukluğu	5,11	4,636	2,24	1,971	4,674*	1,704; 4,111	<0,001
İçgörünün Üç Bileşeni Toplam	7,41	4,218	13,54	3,446	-11,166*	-7,111; -5,056	<0,001
İÜBDÖ-Tedaviye Uyum	1,81	1,375	3,20	0,959	-7,717*	-1,741; -1,074	<0,001
İÜBDÖ-Hastalığın Farkında Olma	2,56	1,525	4,78	1,208	-10,683*	-2,582; -1,852	<0,001
İÜBDÖ-Psikotik Yaşantıları Doğru Olarak Tanıma	1,54	1,111	2,98	1,037	-8,752*	-1,778; -1,093	<0,001
GDÖ	57,19	10,015	67,72	9,464	-5,431*	-14,074; -6,914	<0,001
KPDÖ	10,31	6,879	7,22	4,632	4,022*	1,784; 4,630	<0,001

*p<0,01

Ort: ortalama; SS: standart sapma; NBDÖ: negatif belirti değerlendirme ölçeği; PBDÖ: pozitif belirti değerlendirme ölçeği; İÜBDÖ: içgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği; GDÖ: global değerlendirme ölçeği; KPDÖ: kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği.

Tablo 3. Hastaların yatış esnasında psikotik alevlenme ve düzenli tedavi alma durumlarına göre içgörü düzeyleri

Psikotik Alevlenme	Yok (n=20)		Var (n=34)	
TEST	OF ± SS	p	OF ± SS	p
İÜBDÖ-Toplam	7,02±0,66	0,000*	4,20±0,86	0,000*
İÜBDÖ-Tedaviye Uyum	1,79±0,20	0,000*	0,70±0,27	0,012*
İÜBDÖ-Hastalığın Farkında Olma	1,05±0,23	0,000*	0,05±0,30	0,872
İÜBDÖ-Psikotik Yaşantıları Doğru Olarak Tanıma	1,64±0,20	0,000*	1,10±0,26	0,000*
Düzenli Tedavi	Yok (n=29)		Var (n=25)	
TEST	OF ± SS	p	OF ± SS	p
İÜBDÖ-Toplam	7,37±0,69	0,000*	4,36±0,86	0,000*
İÜBDÖ-Tedaviye Uyum	1,86±0,23	0,000*	0,84±0,29	0,000*
İÜBDÖ-Hastalığın Farkında Olma	2,75±0,21	0,000*	1,60±0,45	0,000*
İÜBDÖ-Psikotik Yaşantıları Doğru Olarak Tanıma	1,69±0,19	0,000*	1,16±0,26	0,000*

*p<0,05

OF: son test-ilk test arası ortalama fark; SS: standart sapma; İÜBDÖ: içgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği.

alt boyutları düzenli tedavi görmeyenlerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla $Z=-4,746$, $p<0,001$; $Z=-4,068$, $p<0,001$; $Z=-4,501$, $p<0,001$; $Z=-3,413$, $p<0,001$). Son test sonuçlarında ise, düzenli tedavi görenlerin toplam içgörü puanları ve hastalığın farkında olma alt boyutu yine anlamlı derecede yüksek kalırken (sırasıyla $Z=-2,596$, $p=0,009$; $Z=-2,187$, $p=0,029$) tedaviye uyum ve psikotik yaşantıları doğru olarak tanımlama alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla $Z=-1,964$, $p=0,051$; $Z=-1,959$, $p=0,051$)

Zaman ve düzenli tedavi almanın birlikte değerlendirildiği karma desenli tekrarlı ölçümler analizinde zaman $\times$ grup etkileşimi, içgörü toplam puanı ile tedaviye uyum, hastalığın

farkında olma alt ölçeklerinde anlamlı bulunurken, psikotik yaşantıları doğru olarak tanıma alt ölçeğinde ise anlamlı değildir (sırasıyla $F(1,52)=8,41$, $p<0,001$, $\eta^2=0,139$; $F(1,52)=9,49$, $p<0,001$, $\eta^2=0,154$; $F(1,52)=8,24$, $p=0,005$, $\eta^2=0,144$; $F(1,52)=2,66$, $p=0,109$, $\eta^2=0,049$). Bu bulgu, psikoeğitim sonrası içgörü puanlarındaki değişimin gruplar arasında farklılaştığını göstermektedir. Buna göre yapılan grup içi karşılaştırmalarda hem düzenli tedavi alan hem de almayan hastalarda psikoeğitim sonrası içgörü toplam puanı ile tedaviye uyum, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanıma alt ölçeği puanlarında anlamlı artış olduğu saptanmıştır. Ayrıntılı sonuçlar Tablo 3'te yer almaktadır.

Hastaların hem ön testte hem son testte, alkol kullanım bozukluğu tanı durumlarına göre içgörü ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Zaman (ön test-son test) ve alkol kullanım durumunun birlikte değerlendirildiği karma desenli tekrarlı ölçümler analizinde de zaman $\times$ grup etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Madde kullanım bozukluğu tanısı olan hastalarda ise toplam içgörü puanları ve tedaviye uyum alt ölçek puanları, madde kullanım bozukluğu olmayan hastalara göre anlamlı derecede düşüktür (sırasıyla $Z=-2,068$, $p=0,044$; $Z=-2,469$, $p=0,014$). Son testte ise, iki grup arasında toplam içgörü puanı ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Zaman (ön test-son test) ve madde kullanım durumunun birlikte değerlendirildiği karma desenli tekrarlı ölçümler analizinde ise zaman $\times$ grup etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Adli öyküsünde tek suçu bulunan ve birden fazla suçu bulunan hastaların ön test ve son test içgörü düzeyleri karşılaştırıldığında hem ön testte hem de son testte suç öyküsü ile içgörü düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Zaman (ön test-son test) ve adli öykünün birlikte değerlendirildiği karma desenli tekrarlı ölçümler analizinde de zaman $\times$ grup etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalar, klinisyen değerlendirmesine göre hastaneye yatış sırasında psikotik alevlenme halinde olup olmamalarına göre iki gruba ayrılmıştır. Ön test ve son test ölçümlerinde, yatış sırasında psikotik alevlenme halinde olan hastaların içgörü toplam puanı ile tedaviye uyum, hastalığın farkında olma,

psikotik yaşantıları doğru olarak tanıma alt ölçeği içgörü puanlarının remisyon halinde yatan hastalara kıyasla daha düşük olduğu görülmüştür (sırasıyla $Z=-5,054$, $p<0,001$; $Z=-4,352$, $p<0,001$; $Z=-4,004$, $p<0,001$; $Z=-4,446$, $p<0,001$).

Zaman ve psikotik alevlenme durumunun birlikte değerlendirildiği karma desenli tekrarlı ölçümler analizinde zaman $\times$ grup etkileşimi, içgörü toplam puanı ile tedaviye uyum, hastalığın farkında olma alt ölçeklerinde anlamlı bulunmuş olup, psikotik yaşantıları doğru olarak tanıma alt ölçeğinde ise anlamlı değildir (sırasıyla $F(1,52)=6,84$, $p=0,012$, $\eta^2=0,115$; $F(1,52)=10,34$, $p=0,002$, $\eta^2=0,166$; $F(1,52)=8,14$, $p=0,006$, $\eta^2=0,135$; $F(1,52)=2,66$, $p=0,10$, $\eta^2=0,049$). Bu bulgu, psikoeğitim sonrası içgörü puanlarındaki değişimin gruplar arasında farklılaştığını göstermektedir. Buna göre yapılan grup içi karşılaştırmalarda, hem yatış sırasında psikotik alevlenme halinde olan hastalarda hem de remisyon halinde yatan hastalarda psikoeğitim sonrası içgörü toplam puanı ile tedaviye uyum, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanıma alt ölçeği içgörü puanlarında anlamlı artış olduğu saptanmıştır. Ayrıntılı sonuçlar Tablo 3'te yer almaktadır.

Hastaların yaşları, öğrenim süreleri, hastalık süreleri, yatış sayıları, mevcut şiddet profillerinin düzeyi ve suçun üzerinden geçen zaman ile ön test ve son testteki içgörü düzeyleri arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelenmiş olup bulgular Tablo 4'te özetlenmiştir. Buna göre, ön testte hastalık süresi, yatış sayısı ve suçun üzerinden geçen zaman ile içgörü toplam puanı ve bazı alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunurken, son testte bu anlamlı ilişkiler ortadan kalkmıştır. Yaş ve eğitim süresi ile ön test ve son test içgörü puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4. Hastaların yaşları, öğrenim süreleri, hastalık süreleri, yatış sayıları, mevcut şiddet profillerinin düzeyi, suçun üzerinden geçen zaman ile ön testte ve son testteki içgörü düzeyleri arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları

	Yaş	Öğrenim Süresi / Yıl	Hastalık Süresi / Yıl	Yatış Sayısı	Mevcut Şiddet Profili	Suçun üzerinden geçen zaman / Yıl
ÖN TEST						
İÜBDÖ-Toplam (r)	0,134 ($p=0,334$)	0,072 ($p=0,605$)	0,401** ($p=0,003$)	0,422** ($p=0,001$)	-0,123 ($p=0,376$)	0,445** ($p<0,001$)
İÜBDÖ-Tedaviye Uyum (r):	0,117 ($p=0,399$)	0,177 ($p=0,200$)	0,354** ($p=0,009$)	0,323* ($p=0,017$)	-0,023 ($p=0,869$)	0,357** ($p=0,008$)
İÜBDÖ-Hastalığın Farkında Olma (r):	0,116 ($p=0,404$)	0,144 ($p=0,299$)	0,372** ($p=0,006$)	0,403** ($p=0,003$)	-0,158 ($p=0,254$)	0,416** ($p=0,002$)
İÜBDÖ-Psikotik Yaşantıları Doğru Olarak Tanıma	0,005 ($p=0,971$)	0,047 ($p=0,736$)	0,273* ($p=0,046$)	0,302* ($p=0,026$)	-0,177 ($p=0,200$)	0,391** ($p=0,003$)
SON TEST						
İÜBDÖ-Toplam (r)	0,091 ($p=0,513$)	0,073 ($p=0,600$)	0,157 ($p=0,257$)	0,237 ($p=0,084$)	-0,269* ($p=0,049$)	0,204 ($p=0,139$)
İÜBDÖ-Tedaviye Uyum (r):	0,110 ($p=0,428$)	0,071 ($p=0,610$)	0,095 ($p=0,494$)	0,088 ($p=0,527$)	-0,318* ($p=0,019$)	0,113 ($p=0,416$)
İÜBDÖ-Hastalığın Farkında Olma (r):	0,206 ($p=0,135$)	0,068 ($p=0,625$)	0,231 ($p=0,093$)	0,240 ($p=0,080$)	-0,228 ($p=0,097$)	0,136 ($p=0,327$)
İÜBDÖ-Psikotik Yaşantıları Doğru Olarak Tanıma	-0,029 ($p=0,835$)	0,184 ($p=0,183$)	-0,014 ($p=0,920$)	0,188 ($p=0,173$)	-0,080 ($p=0,565$)	0,129 ($p=0,353$)

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

r: korelasyon katsayısı; İÜBDÖ: içgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği.

Tablo 5. Hastaların ön ve son test ölçek puanları arasındaki Pearson korelasyon analizi

ÖN TEST	İÜBDÖ Toplam	İÜBDÖ-Tedaviye Uyum	İÜBDÖ-Hastalığın Farkında Olma	İÜBDÖ-Psikotik Yaşantıları Doğru Olarak Tanıma	GDÖ
NBDÖ-Duygulanımsal Düzleşme / Küntleşme	-0,045 (p=0,747)	-0,097 (p=0,485)	-0,035 (p=0,802)	0,022 (p=0,875)	-0,178 (p=0,198)
NBDÖ Aloji	0,038 (p=0,785)	-0,034 (p=0,807)	0,036 (p=0,796)	0,056 (p=0,688)	0,105 (p=0,450)
NBDÖ-Avolüsyon / Apati	-0,089 (p=0,522)	-0,137 (p=0,323)	-0,154 (p=0,266)	-0,007 (p=0,960)	-0,321* (p=0,018)
NBDÖ-Anhedoni / Asosyallik	-0,102 (p=0,463)	-0,107 (p=0,441)	-0,134 (p=0,334)	-0,037 (p=0,791)	-0,314* (p=0,021)
NBDÖ-Dikkat	-0,218 (p=0,113)	-0,137 (p=0,323)	-0,206 (p=0,135)	-0,100 (p=0,472)	-0,323* (p=0,017)
PBDÖ-Varsanılar	-0,569** (p<0,001)	-0,499** (p<0,001)	-0,519** (p<0,001)	-0,419** (p=0,002)	-0,674** (p<0,001)
PBDÖ-Hezeyanlar	-0,683** (p<0,001)	-0,595** (p<0,001)	-0,635** (p<0,001)	-0,536** (p<0,001)	-0,630** (p<0,001)
PBDÖ-Garip/Bizar Davranış	-0,461** (p<0,001)	-0,438** (p<0,001)	-0,458** (p<0,001)	-0,322* (p=0,018)	-0,507** (p<0,001)
PBDÖ-Pozitif Formal Düşünce Bozukluğu	-0,623** (p<0,001)	-0,601** (p<0,001)	-0,641** (p<0,001)	-0,429** (p=0,001)	-0,447** (p<0,001)
KPDÖ	-0,380** (p=0,005)	-0,363** (p=0,007)	-0,351** (p=0,009)	-0,267 (p=0,051)	-0,336* (p=0,013)
SON TEST	İÜBDÖ Toplam	İÜBDÖ-Tedaviye Uyum	İÜBDÖ-Hastalığın Farkında Olma	İÜBDÖ-Psikotik Yaşantıları Doğru Olarak Tanıma	GDÖ
NBDÖ-Duygulanımsal Düzleşme / Küntleşme	-0,384** (p=0,004)	-0,321* (p=0,018)	-0,420** (p=0,002)	-0,262 (p=0,056)	-0,323* (p=0,017)
NBDÖ Aloji	-0,405** (p=0,002)	-0,342* (p=0,011)	-0,521** (p<0,001)	-0,217 (p=0,115)	-0,441** (p<0,001)
NBDÖ-Avolüsyon / Apati	-0,359** (p=0,008)	-0,353** (p=0,009)	-0,349** (p=0,010)	-0,253 (p=0,065)	-0,615** (p<0,001)
NBDÖ-Anhedoni / Asosyallik	-0,353** (p=0,009)	-0,343* (p=0,011)	-0,315* (p=0,020)	-0,309* (p=0,023)	-0,505** (p<0,001)
NBDÖ-Dikkat	-0,291* (p=0,033)	-0,327* (p=0,016)	-0,279* (p=0,041)	-0,216 (p=0,117)	-0,375** (p=0,005)
PBDÖ-Varsanılar	-0,046 (p=0,741)	0,164 (p=0,236)	0,110 (p=0,428)	-0,256 (p=0,062)	0,076 (p=0,585)
PBDÖ-Hezeyanlar	-0,433** (p=0,001)	-0,300* (p=0,028)	-0,390** (p=0,004)	-0,384** (p=0,004)	-0,209 (p=0,129)
PBDÖ-Garip/Bizar Davranış	-0,276* (p=0,043)	-0,210 (p=0,127)	-0,276* (p=0,043)	-0,223 (p=0,105)	-0,340* (p=0,012)
PBDÖ-Pozitif Formal Düşünce Bozukluğu	-0,397** (p=0,003)	-0,336* (p=0,013)	-0,413** (p=0,002)	-0,321* (p=0,018)	-0,452** (p<0,001)
KPDÖ	-0,206 (p=0,135)	-0,291* (p=0,033)	-0,220 (p=0,110)	-0,172 (p=0,214)	-0,037 (p=0,791)

*p<0,05; **p<0,01

NBDÖ: negatif belirti değerlendirme ölçeği; PBDÖ: pozitif belirti değerlendirme ölçeği; İÜBDÖ: içgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği; GDÖ: global değerlendirme ölçeği; KPDÖ: kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği.

Mevcut şiddet profili ise, ön testte içgörü ile ilişkisizken, son testte içgörü toplam puanı ve tedaviye uyum alt boyutu ile negatif yönde anlamlı bir ilişki göstermiştir.

Hastaların ön testlerinde aralarında anlamlı ilişki yokken psikoeğitim sonrası uygulanan son testte içgörü toplam puanı, tedaviye uyum ve hastalığın farkında olma alt boyutları ile NBDÖ tüm alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hastaların ön testlerinde saptanan; PBDÖ-varsanılar alt boyut puanları ile içgörü toplam ve tüm alt boyut puanları arasındaki anlamlı ilişki, PBDÖ alt boyutu olan garip/bizar davranış puanları ile içgörünün tedaviye uyum ve psikotik yaşantıları doğru olarak tanımlama alt boyutları arasındaki anlamlı ilişki ve KPDÖ puanları ile içgörü toplam puanı ile hastalığın farkında olma alt boyut puanları arasındaki anlamlı ilişki ise psikoeğitim uygulaması sonrasındaki son testte ortadan kalkmıştır. Tablo 5, Sağlıklı Yaşam Rehberi psikoeğitim programı öncesinde ve sonrasında

uygulanan ölçeklerden elde edilen puanlar arasındaki Pearson korelasyon analizini göstermektedir.

TARTIŞMA

Bu çalışma, Bursa Şehir Hastanesi YGAP merkezinde tedavi gören, suç öyküsü bulunan ancak ceza sorumluluğu bulunmayan 21–65 yaş aralığındaki psikotik bozukluk tanılı 54 erkek hastanın psikoeğitim öncesi ve sonrası durumlarını inceleyerek, farmakolojik tedaviye ek olarak uygulanan Sağlıklı Yaşam Rehberi psikoeğitim programının bu popülasyonda kısa dönemde negatif ve pozitif belirtileri azalttığını; içgörü, tedaviye uyum ve işlevsellik düzeylerini anlamlı biçimde iyileştirdiğini göstermektedir. Çalışma adli psikiyatri popülasyonunda ilaç tedavisinin yanı sıra psikoeğitim uygulamalarının hem klinik belirtiler hem de hastalık farkındalığı ve tedavi süreçlerine etkileri açısından bütüncül tedavinin bir bileşeni olabileceğine işaret etmektedir.

Psikotik bozukluklarda psikoeğitimin; içgörü ve tedaviye uyumunu artırarak hastalık şiddetinde azalma ve nüksleri önlemedeki yararlı olduğuna dair literatür bulguları mevcuttur (McCormack ve ark. 2014). Çalışmamızda psikoeğitim sonrasında belirti şiddeti ve işlevselliğin değerlendirildiği ölçeklerin tamamında görülen iyileşmeler, içgörü ve tedavi uyumunun artışı; uygulanan psikoeğitimin adli popülasyonda da etkinliği olduğunu göstermektedir. Sağlıklı Yaşam Rehberi programının psikotik bozukluklarda yaşam kalitesi, hastalık belirtileri ve öznel iyileşme üzerinde olumlu etkiler sağladığı daha önceki çalışmalarda bildirilmiştir (Şahin 2022). Mevcut çalışmanın adli ortamda ve yüksek güvenli koşullarda benzer bir faydayı göstermesi, programın farklı klinik bağlamlara aktarılabilirliğini desteklemektedir.

Psikotik bozukluğu olan bireylerde içgörü eksikliği; tedaviye uyumsuzluk, tekrarlayan hastaneye yatışı ve şiddet davranışı ile ilişkilidir (Akram ve ark. 2020, Horgoş ve ark. 2024). Şiddet davranışı gösteren şizofreni hastalarında yapılan bir çalışmada, katılımcıların %71'inde orta düzeyde, %12,5'inde ise ciddi düzeyde içgörü eksikliği olduğu bildirilmiştir (Buckley ve ark. 2004). Benzer şekilde tedavi uyumsuzluğunun şiddet davranışı ve yeniden suç işleme ihtimalini artırdığına dair literatür bulguları mevcuttur. Sağlıklı Yaşam Rehberi psikoeğitim programı sonrası içgörünün tüm boyutlarında sağlanan iyileşme; psikotik bozukluklarda içgörü azlığı ve tedavi uyumsuzluğunun şiddet davranışı ve yeniden suç işleme ile ilişkili olduğuna dair literatür bulguları ile birlikte ele alındığında, Sağlıklı Yaşam Rehberi gibi içgörüyü artırıcı müdahalelerin adli psikiyatri uygulamalarının temel bir parçası olması gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda içgörü düzeyini etkileyebilecek faktörler, katılımcıların sosyodemografik özellikleri (yaş, medeni durum, çalışma durumu, yaşadığı yer, birlikte yaşadığı kişi), klinik özellikleri (düzenli tedavi alıp almama durumu, alkol ve madde kullanım bozukluğu, psikotik alevlenme, tedavi uyumu) ve adli özellikleri (suç öyküsü, şiddet davranışı) dikkate alınarak incelenmiştir.

Çalışmanın en dikkat çekici bulgularından biri, zaman ve grup değişkenlerinin birlikte değerlendirildiği analizlerde elde edilen anlamlı zaman $\times$ grup etkileşimleridir. Medeni durum açısından değerlendirildiğinde, psikoeğitim sonrası içgörüdeki artışın evli hastalarda daha belirgin olduğu görülmüştür. Bu durum, sosyal destek sistemlerinin içgörü ve tedavi uyumu üzerindeki olumlu etkisi ile açıklanabilir. Sosyal destek, bireyin hastalığını anlamlandırmasını ve tedavi sürecine katılımını kolaylaştıran önemli bir faktördür (Gündoğmuş ve ark. 2023).

Çalışmada düzenli tedavi alan hastaların içgörü düzeylerinin, tedavi almayanlara göre hem psikoeğitim öncesinde hem de psikoeğitim sonrasında daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Hastaların içgörü düzeyleri yüksek olduğu için mi tedavi

uyumları daha iyi, yoksa tedavi uyumları daha iyi olduğu için mi içgörüleri daha yüksek sorusuna çalışmanın dizaynı gereği net yanıt verilemese de içgörü ile tedavi uyumunun birbirlerini karşılıklı etkiledikleri düşünülebilir (Byrne ve Deane 2011). Bununla birlikte tedavi uyumu düşük olan grubun, tedavi uyumu yüksek olan gruba göre psikoeğitimden daha fazla yarar görmesi ve son testlerde içgörünün bazı alt boyutlarında iki grup arasındaki farkın ortadan kalkması psikoeğitim programının tedavi uyumu düşük grupta içgörü düzeyini, tedavi uyumu olan gruba yaklaştırdığını göstermektedir. Bu durum, “başlangıçta tedavi uyumu düşük olan hastaların içgörü ve hastalık bilgisi açısından daha dezavantajlı olmaları nedeniyle psikoeğitimden daha fazla yarar sağladıkları” hipotezi ile açıklanabilir. Adli psikiyatri popülasyonunda tedaviye uyumsuzluk, yeniden suç işleme ve şiddet davranışı açısından önemli bir risk faktörüdür (Alia-Klein ve ark. 2007). Bu nedenle, psikoeğitimin özellikle düşük tedavi uyumuna sahip hastalarda daha etkili olduğunun gösterilmesi, bu müdahalelerin risk azaltıcı stratejiler içinde önemli bir yer tutabileceğini düşündürmektedir.

Hastaneye yatış esnasında psikotik alevlenme yaşayan ve yaşamayan hastaların ön test ve son testlerinde elde edilen bulgular, psikotik alevlenme durumunun içgörü düzeylerindeki anlamlı farkı oluşturan ana değişkenlerden birisi olduğunu düşündürmektedir. Bu fark, eğitimin uygulanmasından sonra da azalsa dahi devam etmiştir. Ayrıca zaman $\times$ grup etkileşiminin anlamlı olması, psikoeğitimin etkisinin hastalığın klinik evresine göre değiştiğini göstermektedir. Alevlenme grubunda içgörü üzerindeki değişimin daha belirgin olması, bu grubun başlangıçta daha düşük içgörü düzeyine sahip olması nedeniyle daha geniş bir iyileşme alanına sahip olması ile açıklanabilir. Bununla birlikte, müdahale sonrası düzeylerin halen remisyon grubunun altında kalması, başlangıçtaki klinik dezavantajın tamamen ortadan kaldırılamadığını düşündürmektedir. Bu durum, özellikle alevlenme döneminde yatan hastalarda daha uzun süreli ve tekrarlayıcı psikoeğitim müdahalelerine ihtiyaç olabileceğini düşündürmektedir (Lincoln ve ark. 2007).

Madde kullanımının içgörü ve tedavi uyumu üzerinde olumsuz etkileri iyi bilinmektedir (Raftery ve ark. 2020). Ön testte madde kullanım bozukluğu olanlarda görülen düşük içgörü düzeylerinin son testte ortadan kalkması çalışmanın dikkat çekici bulgularından birisidir. Bu durum, eş tanıli madde kullanım bozukluğu olan hastalarda dahi yapılandırılmış içerik ve tekrarlayan oturumlardan oluşan hedefe yönelik bir psikoeğitim programının madde kullanımının içgörü ve tedavi uyumu üzerinde oluşturduğu olumsuzlukları azaltmada önemli olabileceğini göstermektedir.

Ön testte hastalık süresi, yatış sayısı ve suçun üzerinden geçen zaman ile içgörü düzeyi arasındaki pozitif ilişki saptanmıştır. Daha uzun hastalık süresi ve daha çok hastane yatışı hem psikoeğitime hem de klinik takip ve ilaç tedavisine daha fazla

maruz kalma anlamına gelmiş olabilir. Benzer şekilde hastalığın tanısı üzerinden daha kısa süre geçen hastaların yeni bir hastalık tanısı almış olmanın getirdiği duygusal yükü azaltmak için inkâr gibi içgörüyü azaltan savunmalara daha sık başvurulmuş olmaları da muhtemeldir. Suçun üzerinden geçen zamanın artışı ile görülen pozitif ilişki de psikotik şiddetin yatışması ile içgörünün artmış olabileceğini düşündürmektedir. Psiko eğitim sonrası bu anlamlı ilişkilerin kaybolması ise içgörüsü daha düşük hastalarda psiko eğitimin daha büyük bir fark yaratmasına bağlı olabilir.

Negatif belirtiler ile içgörü ölçekleri arasında ön testte anlamlı ilişki yokken son testte anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır. Negatif belirtiler azaldıkça, bilişsel iyileşmeye bağlı içgöründe artış olması şaşırtıcı değildir (Joseph ve ark. 2015). Aynı zamanda psiko eğitim programının hem içgörüyü artırması hem de negatif belirtileri azaltması ile birlikte iki durum arasındaki korelasyon artmış olabilir.

Çalışmada kontrol grubunun olmaması, tek merkezli bir çalışma olması, nispeten küçük örneklem büyüklüğü ve örneklem tamamlanma oranının erkeklerden oluşuyor olması çalışmanın kısıtlılıklarıdır. Yatış esnasında psikotik alevlenme halinin objektif ölçeklerden ziyade, klinisyen değerlendirilmesine dayanması bir başka kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. Psiko eğitimin yalnızca kısa dönemli etkilerinin incelenmesi, müdahalelerin uzun dönemli etkisini göstermez. Eşzamanlı farmakoterapi ve uğraş terapisi gibi diğer psikososyal müdahalelerin etkisinin kontrol edilememiş olması da bir diğer kısıtlılıktır.

SONUÇ

Adli psikiyatrik popülasyonda uygulanan Sağlıklı Yaşam Rehberi psiko eğitim programının hastalık belirtilerinde azaltma, işlevsellikte artış, içgöründe artış, tedavi uyumunda iyileşme gibi sonuçlarının olması bu programın psikotik hastaların tedavisinde tamamlayıcı bir yöntem olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Eğitimin, özellikle düşük içgörüyü sahip hastalarda daha etkili olduğunu, ancak psikotik alevlenme döneminde yatan hastalarda remisyona girse dahi etkisinin sınırlı kalması önemli sayılabilecek noktalar. Gelecekte uygulanacak psiko eğitim programlarının hem hastalık şiddeti hem de suç işleme davranışı üzerindeki uzun süreli etkisinin incelenebileceği, karıştırıcı faktörlerin kontrol edildiği, daha yüksek örneklemli prospektif çalışmalar bu alana önemli katkı sağlayacaktır.

Etik Kurul Onayı: Çalışma, 28.09.2022 tarihinde Bursa Şehir Hastanesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından 2022-11/5 karar numarası ile onaylanmıştır.

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarların beyan edecek herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansman Bilgisi: Bu çalışma herhangi bir finansal destek alınmadan yürütülmüştür.

KAYNAKLAR

- Akram F, Rosales M, Chaudhuri S ve ark. (2020) Predictors of civil and forensic inpatient psychiatric readmissions at a public mental health hospital. *Psychiatry Res* 293:113447. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113447>
- Alia-Klein N, O'Rourke TM, Goldstein R ve ark. (2007) Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. *Aggress Behav* 33:86–96. <https://doi.org/10.1002/ab.20170>
- Andreasen NC (1989) The scale for the assessment of negative symptoms (SANS): conceptual and theoretical foundations. *Br J Psychiatry* 155:49–52. <https://doi.org/10.1192/S0007125000291496>
- Aslan S, Karakılıç H, Işıklı S ve ark. (2001) Scale for assessing the three components of insight: a reliability and validity study. *Türk Psikiyatri Derg* 3.
- Balcioglu YH ve Öncü F (2021) Adaptation of the Turkish version of the violence profile for current offense to evaluate the violence severity of index offense. *Dusunen Adam* 34:315–7. <https://doi.org/10.14744/DAJPN.2021.00152>
- Balcioglu YH (2022) Forensic psychiatry from a preventive and community-based psychiatry perspective: Prevention of crime and violent behavior. *Türk Klin Psychiatry-Special Topics* 15:53–9.
- Bellack AS (2004) Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J* 27:375. <https://doi.org/10.2975/27.2004.375.391>
- Bjorkly S (2006) Empirical evidence of a relationship between insight and risk of violence in the mentally ill -a review of the literature. *Aggress Violent Behav* 11:414–23. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.01.006>
- Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L ve ark. (2004) Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 161:1712–4. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1712>
- Byrne MK ve Deane FP (2011) Enhancing patient adherence: outcomes of medication alliance training on therapeutic alliance, insight, adherence, and psychopathology with mental health patients. *Int J Ment Health Nurs* 20:284–95. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00722.x>
- David A, Buchanan A, Reed A ve ark. (1992) The assessment of insight in psychosis. *Br J Psychiatry* 161:599–602. <https://doi.org/10.1192/bjp.161.5.599>
- Erkoç Ş, Arkonac O, Ataklı C ve ark. (1991a) Reliability and validity of the scale for the assessment of negative symptoms. *Dusunen Adam* 4:14–5.
- Erkoç Ş, Arkonac O, Ataklı C ve ark. (1991b) Reliability and validity of the scale for the assessment of positive symptoms. *Dusunen Adam* 4:20–4.
- Fazel S, Zetterqvist J, Larsson H ve ark. (2014) Antipsychotics, mood stabilisers, and risk of violent crime. *Lancet* 384:1206–14. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60379-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60379-2)
- Fischer-Vieler T, Ringen PA, Kvig E ve ark. (2023) Associations between clinical insight and history of severe violence in patients with psychosis. *Schizophr Bull Open* 4:sgad011. <https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgad011>
- Gündoğmuş AG, Gerretsen P, Song J ve ark. (2023) Insight in schizophrenia is associated with psychoeducation and social support: testing a new more comprehensive insight tool in Turkish schizophrenia patients. *PloS One* 18:e0288177. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288177>
- Horgoş BM, Ungureanu D ve Crişan CA (2024) Insight and violence: an overview of the possible link and treatment options in forensic psychiatric settings. *Psychiatry Int* 5:975–98. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint5040067>
- Joseph B, Narayanaswamy JC ve Venkatasubramanian G (2015) Insight in schizophrenia: relationship to positive, negative and neurocognitive dimensions. *Indian J Psychol Med* 37:5–11. <https://doi.org/10.4103/0253-1716.150797>
- Kaplan HI, Sadock BJ (1989) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Vols. 1-2, 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins. pp. 170-171.
- Liau AK, Shively R, Horn M ve ark. (2004) Effects of psychoeducation for offenders in a community correctional facility. *J Community Psychol* 32:543–58. <https://doi.org/10.1002/jcop.20018>
- Lincoln TM, Wilhelm K ve Nestoriuc Y (2007) Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res* 96:232–45. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.07.022>

- Lysaker P, Bell M, Milstein R ve ark. (1994) Insight and psychosocial treatment compliance in schizophrenia. *Psychiatry* 57:307–15. <https://doi.org/10.1080/00332747.1994.11024695>
- McCormack M, Tierney K, Brennan D ve ark. (2014) Lack of insight in psychosis: theoretical concepts and clinical aspects. *Behav Cogn Ther* 42:327–38. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000155>
- Nederlof AF, Muris P ve Hovens JE (2013) The epidemiology of violent behavior in patients with a psychotic disorder: a systematic review of studies since 1980. *Aggress Violent Behav* 18:183–9. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.11.018>
- Novick D, Haro JM, Suarez D ve ark. (2010) Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Res* 176:109–13. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.05.004>
- Oueslati B, Fekih-Romdhane F, Mrabet A ve ark. (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 JE ve Gorham DR (1988) The brief psychiatric rating scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacol Bull* 24:97–9.
- Peralta V ve Cuesta MJ (1999) Dimensional structure of psychotic symptoms: an item-level analysis of SAPS and SANS symptoms in psychotic disorders. *Schizophr Res* 38:13–26. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00003-1](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00003-1)
- Raftery D, Kelly PJ, Deane FP ve ark. (2020) Insight in substance use disorder: a systematic review of the literature. *Addict Behav* 111:106549. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106549>
- Rezansoff SN, Moniruzzaman A, Fazel S ve ark. (2017) Adherence to antipsychotic medication and criminal recidivism in a Canadian provincial offender population. *Schizophr Bull* 43:1002–10. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx084>
- Sacchi MD (1998) A bootstrap procedure for high-resolution velocity analysis. *Geophysics* 63:1716–25. <https://doi.org/10.1190/1.1444467>
- Soykan Ç (1990) Institutional differences and case typicality as related to diagnosis, symptom severity, prognosis and treatment [Master's thesis]. Orta Doğu Teknik Üniversitesi.
- Şahin MD (2022) The effect of the healthy living group training applied to individuals diagnosed with schizophrenia on positive and negative symptoms of schizophrenia and subjective recovery evaluations of individuals diagnosed with schizophrenia. *Abant Med J* 11:1–10.
- Taylor PJ (1985) Motives for offending among violent and psychotic men. *Br J Psychiatry* 147:491–8. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.5.491>
- Walker H, Tulloch L, Ramm M ve ark. (2013) A randomised controlled trial to explore insight into psychosis; effects of a psycho-education programme on insight in a forensic population. *J Forens Psychiatry Psychol* 24:756–71. <https://doi.org/10.1080/14789949.2013.853821>