

# Bir Eğitim Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Şizofreni Hastalarında Tedavi Uyumu, İçgörü ve Agresyon İlişkisi

Gökhan Umut<sup>1</sup>,  
Zeren Öztürk Altun<sup>2</sup>,  
Birim S. Danışmant<sup>3</sup>,  
İlker Küçükparlak<sup>4</sup>,  
Nesrin Karamustafalıoğlu<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Psikiyatrist, <sup>2</sup>Doç. Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman  
Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, İstanbul - Türkiye  
<sup>3</sup>Psikiyatrist, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, Bursa - Türkiye  
<sup>3</sup>Yrd. Doç. Dr., Üsküdar Üniversitesi, İstanbul - Türkiye  
<sup>4</sup>Psikiyatrist, Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve  
Hastalıkları Hastanesi, Bolu - Türkiye

## ÖZET

Bir eğitim hastanesinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarında tedavi uyumu, içgörü ve agresyon ilişkisi

**Amaç:** Bu çalışmada şizofreni hastalarında şiddet davranışı ile içgörü, klinik belirtiler ve tedavi uyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde DSM-IV-TR'ye göre şizofreni tanısıyla yatarak tedavi gören, 20-65 yaş arasındaki rastgele yöntemle seçilmiş 104 olgu dahil edilmiştir. Hastalara, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ), Açık Saldırganlık Ölçeği (ASÖ) ve Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) uygulanmıştır.

**Bulgular:** Tedavi uyumu içgörü düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Tedaviye uyum göstermeyen olguların ASÖ puanlarının, uyum gösteren olgulardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. İÜBDÖ ile PANSS pozitif ve PANSS negatif puanı arasında ters yönde anlamlı ilişki saptanmış, fakat PANSS genel psikopatoloji puanı ile anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır. ASÖ puanı ile PANSS'in yalnızca PANSS pozitif alt ölçeği toplam puanı arasında ilişki bulunmuştur. ASÖ ile İÜBDÖ arasında ilişkili bulunmamıştır.

**Sonuç:** Örnekleminizde, tedavi uyumunun içgörü ile pozitif, saldırganlıkla negatif yönde ilişkili olduğu; saldırganlığın da hastalık şiddeti ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Kurumsal veya toplum bazlı çalışmalarla ve ayakta takip edilen hastaların psiko eğitimiyle tedavi uyumu artırılmalıdır. Böylece hastalık şiddeti azaltılarak saldırgan davranışların en aza indirilmesi sağlanabilir.

**Anahtar kelimeler:** Şizofreni, içgörü, saldırganlık

## ABSTRACT

Relationship between treatment adherence, insight and violence among schizophrenia inpatients in a training hospital sample

**Objective:** The aim of the study was to explore the correlation of violent behavior with insight, clinical symptoms and treatment adherence in patients with schizophrenia.

**Method:** 104 randomly selected inpatients between 20 and 65 years of age, treated with a diagnosis of schizophrenia according to DSM-IV-TR criteria at Bakırköy Research and Training Hospital for Neurology, Neurosurgery and Psychiatry were included in the study. The Schedule For Assessment of Three Components of Insight (SAI), Overt Aggression Scale (OAS), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) Turkish forms were applied to the patients.

**Results:** Treatment adherence was correlated with insight levels. Mean OAS scores of "non-adherent" patients were significantly higher than patients with treatment adherence. SAI scores were inversely correlated with PANSS positive and negative symptoms, but not correlated with PANSS general psychopathology scores. The OAS scores were found to be correlated with PANSS positive symptoms scores merely. There was no correlation between SAI and OAS scores.

**Conclusion:** The results indicate that treatment adherence is correlated positively with insight and negatively with aggression. Aggression and severity of illness are correlated as well in our sample. Community-based treatment programs and psychoeducation of outpatients should be conducted to maintain treatment adherence. Thus, violent behavior could be minimized by diminishing the severity of illness.

**Key words:** Schizophrenia, insight, aggression

Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Psikiyatrist Gökhan Umut, Bakırköy Prof. Dr.  
Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
İstanbul - Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-543-6565/2101

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
drgokhanumut@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:  
25 Eylül 2011 / September 25, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
02 Ocak 2012 / January 02, 2012

## GİRİŞ

Akıl hastalıkları, tarih boyunca tüm kültürlerde şiddet ile ilişkilendirilmiştir. Bu konu, şiddet davranışının olası belirleyicilerini bulmak umuduyla çeşitli çalışmalarda da irdelenmiştir (1-3). Ayrıca, bir kez şiddet davranışı gösteren hastalarda yeni şiddet davranışını güvenilir bir şekilde belirleyecek faktörlerin de belirlenmesi için çalışmalar gerçekleştirilmiştir (4,5). Literatürde, şizofrenili hastalarda ciddi şiddet davranışından sıkça söz edilmektedir (6-8).

İçgörü, birçok yazarın önerdiği gibi, karışık ve çok ölçütlü bir fenomendir. Amador ve arkadaşları (9) farkındalık ve psikotik belirtiler özelliği arasındaki ayrımı vurgulamaktadır; bazı hastalar hastalığın belirtilerini tanıyabilmekte, ama bu belirtileri ruhsal bozukluk yerine başka nedenlere yüklemektedir. Bazı hastalar bazı belirtileri tanıyabilirken, kalan bazı belirtilerde farkındalıkları olmamaktadır. David (10), 1990 yılında yazdığı makalede içgörü ve psikoz ilişkisini değerlendirmiş, içgörünün var ya da yok şeklinde değerlendirilemeyeceğini; tedaviye uyum, hastalığın farkında olma ve psikotik yaşantıları doğru olarak tanımadan oluşan üç bileşeni olduğunu ileri sürmüştür; klinisyen tarafından uygulanan ve içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren bir ölçek oluşturmuştur. Şizofrenili hastaların %50-%60'ının hasta olduklarını inkar ettiği bildirilmektedir (11,12). Hastanın içgörüsü kısmi olabilir; örneğin hastalar varsanı ve sanrılarının hastalıktan olduğunu bilir, ancak tedavi ile düzeleceğine inanmazlar (13). Ayrıca şizofrenili hastaların, şizoafektif bozukluk ve psikotik özellikli depresyonlu hastalara göre içgörüsünün daha kötü olduğu bildirilmiştir (11). Şizofrenili hastalarda içgörünün kısmi ya da tamamen yok olmasının tedaviye uyumu bozduğu bildirilmiştir (14). Valenstein ve arkadaşları (15) bir derlemelerinde, herhangi bir zamanda şizofreni hastalarının %40'ının tedaviye uyumunun zayıf olduğunu ve zaman geçtikçe de tedaviye uyumun düşeceğini bildirmişlerdir.

Olfson ve arkadaşları (16), 213 şizofreni ve şizoafektif bozukluk hastasıyla ilaç uyumunu değerlendirdikleri bir çalışmada; genellikle, hastaların hastaneden çıkışını izleyen ilk 3 ay içinde yaklaşık %50'sinin kısmi uyumsuzluk, %20'sinin ise tam uyumsuzluk gösterdiklerini rapor etmişlerdir. Bu çalışmada, ilk üç ay içinde 1

hafta ya da daha uzun süre ilacını bırakmış olanlar tedaviye uyumsuz; tedaviyi hiç bırakmamış ya da 1 haftadan daha kısa süre bırakmış olanlar tedaviye uyumlu kabul edilmişlerdir.

Psikiyatride saldırganlık sık karşılaşılan sorunlardan biridir. Psikiyatri hastalarında gözlenen saldırgan davranışlar genellikle gerçek dışı inançlara gösterilen gerçekçi yanıtlardır. Zarar görme sanrıları doğrultusunda ortaya çıkan saldırgan davranışların kendini saldırıdan korumanın psikotik şekli olduğu düşünülür. Varsanı ve sanrının tür ve içeriğinin hastayı belirli şekilde davranmaya iterek, kimi zaman emir vererek saldırgan davranışlara yöneltceği belirtilmektedir (17). Psikiyatrik bozukluklar içinde saldırgan davranışla en ilişkili grubun şizofrenili hastalar olduğu ve genel popülasyona göre bu hastalarda şiddet davranışının 2-5 kat fazla olduğu bildirilmiştir (18).

Şizofreni ile karşılaştırıldığında şiddet davranışı gösterme sıklığının, kişilik bozukluğu ve genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik sendromlarda daha düşük, affektif bozukluklarda ise çok ender olduğu belirlenmiştir (19). Erkek cinsiyet, genç yaş, alkolizm, madde kötüye kullanımı, tedaviye uyumsuzluk, antisosyal kişilik bozukluğu ve paranoid alt tip ölçütlerini karşılama, intihar düşüncesi ve intihar girişimi öyküsü ve hastaneye sık yatış öyküsünü içeren faktörlerin şiddet epizotlarının ortaya çıkma olasılığını artırdığı ileri sürülmektedir (20).

Şizofrenili hastalarda varsanı ve sanrı gibi psikotik belirtiler ile şiddet davranışı arasında ilişki vardır (21). Öldürme amaçlı davranışların genel popülasyona oranla şizofrenide daha fazla görüldüğü saptanmıştır; ancak "şizofrenili hastaların çoğu tehlikelidir" demektense, öldürme amaçlı davranış riskinin şizofreninin bazı alt gruplarında belirgin olduğunu söylemek daha doğrudur. Paranoid şizofrenili hastalar, diğer alt tip şizofrenili hastalara göre genel olarak daha fazla şiddet göstermeye eğilimlidirler. Özellikle zarar görme sanrıları olan şizofrenili hastalar daha riskli gruplardır (7,22). Adam öldürme davranışı olan hastalarda, düşmanlık ve kötülük görme sanrılarının daha yoğun olduğu gözlenmiştir (23).

Çalışmamızda, şizofrenili hastalarda şiddet davranışı ile içgörü ve klinik belirtiler, tedavi uyumu arasındaki ilişkinin ve saldırganlık riskinin azaltulmasını sağlayacak yöntemlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

Çalışmaya, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Ekim 2009-Ocak 2010 tarihleri arasında yatarak tedavi görmüş olan, DSM IV'e göre yapılandırılmış SCID-I uygulanarak şizofreni tanısı almış 20 ile 65 yaş arasındaki 104 kişi rastgele yöntemle dahil edilmiştir. Çalışma için 142 hastaya öneride bulunulmuş, bazı hastalar zaman ayıramayacaklarını, bazı hastalar kendilerine zarar gelebileceğini, bazı hastalar da canları istemediğini belirterek çalışmaya katılmayı reddetmiş, 104 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

Çalışma öncesi etik kurul kararı alınmış, hastaların tümüne görüşme ve ölçeklerin niteliğine ilişkin bilgi verilmiş, bu uygulamanın tedavi ve kontrol programlarında olumlu ya da olumsuz herhangi bir değişikliğe yol açmayacağı anlatılmış ve değerlendirmeyi kabul eden hastalardan sözlü ve yazılı onay alınmıştır.

Hastalara İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği ve Açık Saldırganlık Ölçeği ve sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Zeka geriliği ya da demans tanıları bulunan veya yatışı sırasında elektrokonvülsif terapi almakta olan hastalar, bilişsel işlevlerinin etkilenmiş olabileceği düşüncesiyle çalışmaya alınmamıştır.

## GEREÇLER

**İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ):** David (10), içgörünün var ya da yok şeklinde değerlendirilemeyeceği düşüncesiyle, tedaviye uyum, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanıma gibi üç bileşenden yola çıkarak, klinisyen tarafından uygulanan ve içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren 'İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği'ni (İÜBDÖ - Schedule for Assessing the Three Components of Insight) geliştirmiştir. İÜBDÖ, sekiz sorudan oluşan ve klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. İlk 7 sorunun en yüksek toplam puanı 14'tür. Sekizinci soru hipotetik olarak sunulmuştur ve bu sorunun sorulması görüşmeciye bırakılmıştır. Bu soru ile birlikte en yüksek toplam puan 18'dir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Bu ölçeğin ülkemizde

geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Arslan ve arkadaşları (24) tarafından 2001 yılında yapılmıştır.

**Açık Saldırganlık Ölçeği:** Yudofsky ve arkadaşları (25) tarafından geliştirilen bu ölçek görüşmeci tarafından uygulanmaktadır. Değerlendirmede hastayla doğrudan görüşme, hasta yakınlarından edinilen bilgi ve gözlem kullanılmaktadır. Bu ölçekte saldırganlık; sözel saldırganlık, nesnelere yönelik fiziksel saldırganlık, kendine yönelik fiziksel saldırganlık ve başkalarına yönelik fiziksel saldırganlık olmak üzere 4 ana kategoriye ayrılmıştır. Şahin (26) tarafından 2004 yılında geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

**Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS):** Kay ve arkadaşları (27) tarafından geliştirilmiştir.

Otuz maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirme içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. PANNS tarafından değerlendirilen otuz psikiyatrik parametreden yedisi pozitif sendrom alt ölçeğine, yedisi negatif sendrom alt ölçeğine ve geri kalan onaltısı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Kostakoğlu ve arkadaşları (28) tarafından 1999 yılında yapılmıştır.

Hastanın yatışından önce düzenli ilaç kullanıp kullanmadığına ilişkin yatış dosyası kayıtları ve aile görüşmeleri ile de desteklenmek koşuluyla, İÜBDÖ'ndeki 1a maddesindeki "Hasta tedaviyi (Hastaneye başvurma ve/veya ilaç tedavisi ve/veya diğer fiziksel ya da psikolojik tedaviler) kabul ediyor mu?" sorusunda; tedaviye gereksinimi olduğunu nadiren sorgulayan ve arada bir neden tedaviye gereksinim duyduğunu sorgulayan hastalar tedaviye uyumlu, hiçbir zaman tedaviyi kabul etmeyen hastalar tedaviye uyumsuz olarak kabul edilmiştir.

## İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 & PASS 2008 Statistical Software (Utah, USA) programları kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (Ortalama, Standart sapma) yanısıra, niceliksel verilerin karşılaştırılmasında, normal dağılım

gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway ANOVA testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey HSD testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Anlamlılık,  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

Çalışma 20-65 yaş arasındaki hastalarla gerçekleştirilmiş olup, olguların %30.8'i (n=32) kadın, %69.2'si (n=72) erkektir. Olguların medeni durumlarına bakıldığında, %60.6 (n=63) ile bekarlar çoğunluğu oluşturmaktadır ve olguların %8.7'si (n=9) yalnız yaşamaktadır. Olguların %18.3'ünün (n=19) 0-5 yıldır, %81.7'sinin (n=85) ise 5 yıldan uzun süredir hasta olduğu saptanmıştır. Olguların %48.1'i (n=50) 0-4 kez, %51.9'u (n=54) 5 ve daha fazla defa hastaneye yatmıştır. Daha önce cezaevi yaşantısı olanların on kişi olduğu (%9.6) ve iki kişinin de (%1.9) geçmişte cinayet işlediği saptanmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1: Sosyodemografik ve hastalığa ilişkin çeşitli özelliklerin dağılımı**

|                               | Min-Maks.    | Ort±SS       |
|-------------------------------|--------------|--------------|
| <b>Yaş</b>                    | 20-65        | 38.15±10.52  |
|                               |              | <b>N (%)</b> |
| <b>Cinsiyet</b>               | Kadın        | 32 (30.8)    |
|                               | Erkek        | 72 (69.2)    |
| <b>Yaşam Biçimi</b>           | Yalnız       | 9 (8.7)      |
|                               | Yalnız değil | 95 (91.3)    |
| <b>Madde Kullanımı</b>        | Var          | 14 (13.5)    |
|                               | Yok          | 90 (86.5)    |
| <b>Hastalık Süresi</b>        | 0-5 yıl      | 19 (18.3)    |
|                               | 6-10 yıl     | 31 (29.8)    |
|                               | > 10 yıl     | 54 (51.9)    |
| <b>Hastaneye Yatış Sayısı</b> | 0-4 kez      | 50 (48.1)    |
|                               | ≥ 5          | 54 (51.9)    |
| <b>Cezaevi Yaşantısı</b>      | Yok          | 94 (90.4)    |
|                               | Var          | 10 (9.6)     |

Ort±SS: Ortalama±Standart sapma

İÜBDÖ ölçeğinin bileşenlerinden ruhsal bozukluğun sıklıkla farkında olma %13.5, ruhsal bozukluğun hastalığın bir parçası olarak açıklama ise %7.7 oranında bulunmuş ve tedaviye uyum oranı da %13.4 olarak saptanmıştır.

İÜBDÖ, PANSS pozitif, PANSS negatif, PANSS genel psikopatoloji ve PANSS toplam puanları ve açık saldırganlık ölçeği toplam puanlarının cinsiyete, yaşa, medeni duruma, yaşam biçimine (yalnız yaşayıp yaşamama), madde kullanımına, hastalık süresine ve hastaneye yatış sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ( $p > 0.05$ ). Yüksek eğitim düzeyindeki (lise ve üstü) olguların içgörü puanları, düşük eğitim düzeyindeki olgularınkinden anlamlı şekilde yüksekti ( $t=4.430$ ;  $p < 0.01$ ).

Tedaviye uyum gösteren olguların içgörü puanlarının, uyum göstermeyen olgularınkinden anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ( $Z=2.793$ ;  $p < 0.01$ ). Tedaviye uyumla PANSS dikkate alındığında; tedaviye uyum göstermeyen olguların PANSS pozitif toplam puanlarının ( $Z=4.312$ ;  $p < 0.001$ ), PANSS genel psikopatoloji toplam puanlarının ( $Z=2.293$ ;  $p < 0.05$ ) ve PANSS genel toplam puanlarının ( $Z=3.542$ ;  $p < 0.001$ ) uyum gösteren olgularınkinden anlamlı derecede yüksek olduğu, PANSS negatif toplam puanlarının ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ( $Z=1.811$ ;  $p > 0.05$ ). Tedaviye uyum göstermeyen olguların açık saldırganlık ölçeği puanlarının ise uyum gösteren olgularınkinden anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ( $Z=2.992$ ;  $p < 0.01$ ) (Tablo 2).

İÜBDÖ toplam puanı ile PANSS pozitif toplam puanı arasında negatif yönde, %33.9 düzeyinde; PANSS negatif toplam puanı arasında negatif yönde, %22.7 düzeyinde; PANSS genel toplam puanı arasında negatif yönde, %31.8 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki (sırasıyla,  $p < 0.01$ ,  $p < 0.05$ ,  $p < 0.01$ ) bulunurken; İÜBDÖ toplam puanı ile PANSS genel psikopatoloji toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ( $p > 0.05$ ). İÜBDÖ toplam puanı ile açık saldırganlık ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 3).

İÜBDÖ'de ruhsal bozukluğun farkında olma durumlarına göre (hiçbir zaman, bazen, sıklıkla) açık saldırganlık ölçeği toplam puanları, istatistiksel olarak

**Tablo 2: Tedaviye uyum durumuna göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi**

|                                  | Tedaviye Uyum |               | Z     | p      |
|----------------------------------|---------------|---------------|-------|--------|
|                                  | Yok<br>(n=90) | Var<br>(n=14) |       |        |
|                                  | Ort±SS        | Ort±SS        |       |        |
| İÜBDÖ                            | 3.72±4.61     | 7.43±4.97     | 2.793 | <0.01  |
| PANSS Pozitif Toplam             | 36.29±4.44    | 28.36±5.82    | 4.312 | <0.001 |
| PANSS Negatif Toplam             | 25.57±4.19    | 22.93±6.19    | 1.811 | 0.374  |
| PANSS Genel Psikopatoloji Toplam | 52.81±5.37    | 47.21±7.27    | 2.293 | <0.05  |
| PANSS Toplam                     | 114.56±10.13  | 98.50±16.48   | 3.542 | <0.001 |
| Açık Saldırganlık Ölçeği         | 5.45±2.87     | 2.93±2.55     | 2.992 | <0.01  |

Z: Mann Whitney U test, Ort±SS: Ortalama±Standart sapma

**Tablo 3: İÜBDÖ puanı ile diğer ölçekler arasındaki ilişki**

|                                  | İÇGÖRÜ |          |
|----------------------------------|--------|----------|
|                                  | r      | p        |
| PANSS Pozitif Toplam             | -0.339 | <0.001** |
| PANSS Negatif Toplam             | -0.227 | 0.020*   |
| PANSS Genel Psikopatoloji Toplam | -0.181 | 0.066    |
| PANSS Toplam                     | -0.318 | <0.001** |
| Açık Saldırganlık Ölçeği         | -0.098 | 0.325    |

Spearman rho korelasyon analizi, \*p&lt;0.05, \*\*p&lt;0.01

anlamli farklılık göstermemiştir (F=0.864; p>0.05). İÜBDÖ'de ruhsal bozukluğun farkında olma durumlarına göre PANSS pozitif toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (F=6.866; p<0.01). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey HSD testi sonucunda; hiçbir zaman ruhsal bozukluğunun farkında olmayan olguların puanlarının bazen ve sıklıkla farkında olan olguların puanlarından anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır. Ruhsal bozukluğun farkında olma durumlarına göre PANSS negatif toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (F=1.292; p>0.05).

İÜBDÖ puanları ile PANSS alt ölçek ve ASÖ puanları arasında ilişki incelendiğinde, PANSS genel psikopatoloji ve ASÖ puanları ile İÜBDÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamış; PANSS pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve toplam puanları ile negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 3).

Ruhsal bozukluğu açıklama durumlarına göre (dış güçlere, yorgunluğa ve strese, hastalığa bağlama) açık

**Tablo 4: Açık Saldırganlık Ölçeği puanı ile PANSS puanları arasındaki ilişki**

| GİRİŞ                            | Açık Saldırganlık Ölçeği Puanı |          |
|----------------------------------|--------------------------------|----------|
|                                  | r                              | p        |
| PANSS Pozitif Toplam             | 0.314                          | <0.001** |
| PANSS Negatif Toplam             | 0.142                          | 0.153    |
| PANSS Genel Psikopatoloji Toplam | 0.109                          | 0.273    |
| PANSS Toplam                     | 0.262                          | 0.008**  |

Spearman rho korelasyon analizi, \*p&lt;0.05, \*\*p&lt;0.01

saldırganlık ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (F=2.713; p>0.05). Ruhsal bozukluğu açıklama durumlarına göre PANSS pozitif toplam puanları (F=1.273; p>0.05) ve PANSS negatif toplam puanları (F=2.243; p>0.05) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Açık saldırganlık ölçeği puanı ile PANSS pozitif toplam puanı arasında pozitif yönde %31.4 ve PANSS toplam puanı arasında pozitif yönde %26.2 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0.01). Açık saldırganlık ölçeği puanı ile PANSS negatif toplam puanı ve PANSS genel psikopatoloji toplam puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4).

Hastaların ASÖ toplam puanlarının bağımlı değişken olarak; yaş, cinsiyet, PANSS pozitif, PANSS negatif, PANSS genel psikopatoloji ve İÜBDÖ puanlarının bağımsız değişkenler olarak alındığı basamaklı lineer regresyon analizi sonucunda, sadece PANSS pozitif puanlarının ASÖ puanları üzerinde anlamlı etkisinin olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5).

**Tablo 5: Lineer regresyon analizine göre ASÖ ortalama puanını etkileyen faktörler**

|                                   | B      | Standart Hata | Beta  | t      | p      | %95 Güven Aralığı |
|-----------------------------------|--------|---------------|-------|--------|--------|-------------------|
| <b>Sabit</b>                      | -2.665 | 1,778         |       | -1.499 | 0.137  | (-6.193-0.863)    |
| <b>PANSS pozitif toplam puanı</b> | 0.219  | 0.050         | 0.404 | 4.389  | <0.001 | (0.120-0.318)     |

Model 1: F=19.26, SD=1.99, p<0.001, Ayarlanmış R<sup>2</sup>=0.15

## TARTIŞMA

Çalışmamızdaki birincil amaç, şizofrenili hastalarda şiddet davranışı ile içgörü ve klinik belirtiler arasındaki ilişkinin belirlenmesiydi. Literatür doğrultusunda şizofrenili hastalarda içgörü kazandırmanın, klinik belirtilerin azaltılmasının ve pozitif belirtilerin sağaltılmasının saldırgan davranışı azaltacağı öngörülmektedir.

Şizofreni alt tiplerine baktığımızda, çalışmamızdaki olguların %65.4'nün paranoid tip şizofrenili olduğunu saptadık. Bu hastaların hastaneye yattıkları dönemde kötülük bekledikleri kişilerden uzaklaştıkları ve tedaviye iyi yanıt verdikleri için sıklıkla şiddet davranışı göstermedikleri, oysa hastane dışında bulduklarında, özellikle de hastaneye yatıştan hemen önceki dönemde, saldırgan davranışta buldukları belirlenmiştir (19). Olguların %9.6'sının (n=10) cezaevi yaşantısı bulunmaktadır. Şu anki Türkiye nüfusunun ne kadarının cezaevi yaşantısı olduğu hakkında bir veriye ulaşamadık, ancak Ekim 2011 itibarıyla Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü istatistik verilerinde, cezaevlerindeki erişkin kişi oranı genel nüfusa oranlandığında yaklaşık %0.16 olarak hesaplanmaktadır (29). Çalışmaya dahil edilen olguların ikisinin (%1.9) geçmişinde cinayet öyküsü vardır. İngiltere ve Galler'de yapılan bir araştırmada, cinayet işleyen 1594 kişinin 85'inde (%5) şizofreni rahatsızlığı olduğu saptanmıştır (30). Fazel ve arkadaşları (31) ise, 20 çalışmanın meta analizi sonucunda homisid riskini, genel popülasyonda %0.02, şizofrenili hastalarda ise, %3 olarak bulmuşlardır.

Şizofrenili hastaların %50-60'ının hasta olduklarını inkar ettiği bildirilmektedir (11,12). Lincoln ve arkadaşları (32), içgörünün tedaviye uyum ve psikososyal işlevsellik ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Şizofrenili hastalarda içgörünün kısmi olmasının ya da hiç olmamasının tedaviye uyumu bozduğu bilinmektedir (14). Bizim çalışmamızda içgörü puanları yüksek olan olguların tedaviye uyum gösterdikleri saptanmıştır. Yen ve

arkadaşları (33) ayaktan izlenen 74 şizofrenili hasta ile bir yıl arayla iki görüşme yaptıklarında, İÜBDÖ toplam puanının ilk görüşmede tedaviye uyumla ilişkili olduğunu, fakat bu ilişkinin bir yıl sonraki görüşmede doğrulanmadığını belirtmiştir. Tattan ve arkadaşları (34) ise negatif belirtilerin zayıf tedavi uyumuyla ilişkili olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda tedaviye uyum göstermeyen olguların PANSS pozitif toplam puanlarının, PANSS genel psikopatoloji toplam puanlarının ve PANSS genel toplam puanlarının, uyum gösteren olguların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu, PANSS negatif toplam puanlarının ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Açık saldırganlık ölçeği puanlarının da tedaviye uyum göstermeyen olgularda anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır.

Literatürde içgörü düzeyi ile sadece pozitif belirtiler arasında doğrusal bağlantı olduğunu gösteren çalışmalarla (35-37), hem pozitif hem negatif belirtilerin şiddeti ile doğrusal bağlantı olduğunu gösteren çalışma da bulunmaktadır (38). Rossel ve arkadaşları (36) araştırmalarında, şizofrenide içgörü azlığının pozitif belirtilerle ilişkili olduğunu, ayrıca içgörü ve yürütücü işlevler arasında olumlu bir ilişkinin olduğunu göstermiştir. Anılan çalışmalarla uyumlu olarak, çalışmamızda, İÜBDÖ puanı ile PANSS pozitif toplam puanı arasında negatif yönde ve PANSS negatif toplam puanı arasında da negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Kemp ve Lambert (39) negatif belirtiler ile zayıf içgörü arasında ilişki bulmuşken, Amador ve arkadaşları (11) ise hastalığın farkındalığı ile negatif belirtiler arasında anlamlı korelasyon olmadığını bildirmişlerdir. Schwartz ve Petersen (40) ise içgörü düzeyi ile pozitif ve negatif belirtiler arasında anlamlı ilişki bulunmadığını ileri sürmüşlerdir. Çalışmalarda bu farklı sonuçlar çalışmaya alınan hasta sayısı, ayaktan takip edilen hastaların ve yatan hastaların birlikte ya da ayrı ayrı çalışmaya alınmaları, bazı çalışmalarda cezaevindeki hastaların da çalışmaya alınması ve farklı ölçeklerin kullanılması gibi nedenlerden

kaynaklanmış olabilir. Bjorkly'nin (41) 2002 yılındaki gözden geçirme çalışmasında, pozitif belirtilerin şiddet davranışı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Varsanı, sanrılar gibi psikotik belirtiler ve şiddet davranışı arasında, şizofreni hastalarda pozitif bir ilişki olduğu çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (21,42,43). Bizim çalışmamızda da, yukarıdaki çalışmalarla uyumlu olarak, açık saldırganlık ölçeği puanı ile PANSS pozitif toplam puanı arasında pozitif yönde %31.4 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu gösterilmiştir. Bjorkly (44) 2006 yılında dokuz çalışmayı değerlendirmiştir. Beş çalışmada şiddet ve içgörü arasında ilişki bulunurken, dört çalışmada böyle bir ilişkinin varlığı gösterilememiştir. Çalışmamızda içgörü ile saldırganlık arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Lincoln ve Hodgins (45), çalışmamıza benzer şekilde, şizofreni hastalarda saldırgan davranışın içgörü yokluğundan daha çok, psikopatoloji özellikleri ve pozitif belirti puanlarıyla daha güçlü ilişki içinde olduğunu göstermişlerdir. Bizim bulgumuz ile bu çalışma uyumlu görülmeyle birlikte, içgörünün bileşenlerinin ayrı ayrı ele alınması farklı sonuçlar ortaya çıkarabilir. Bu konuda daha uzun süreli ve ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

## SONUÇ

Dünyada maliyetten dolayı yatarak tedaviyi sınırlandırma eğiliminin arttığı görülmektedir. Bu durum saldırganlık riskinin idaresinde yeni stratejiler denenmesini

gerekliliktir. Dışarıda hastayı yakın gözlemleme, tedaviye uyumu izleyebilme ve içgörü değerlendirmesini ve saldırganlığı öngörmeyi amaçlayan yöntemler geliştirilmelidir. Swanson ve arkadaşları (46) toplumdaki akıl hastalarının akıl sağlığı merkezleriyle iletişimlerinin kesilmesini saldırganlık riskinin artışıyla ilişkilendirmişlerdir. Önceki saldırganlık ve yıkıcı davranış deneyimleri, gelecekte olabilecek saldırgan davranışların en iyi göstergesi olarak kabul edilmektedir (47). Geçmişte bu davranışa neden olan güçlerin anlaşılması, klinisyeni gelecekte olabilecek saldırgan davranışlara karşı uyara bilir. Hastadan alınan bilgiler dışında aileden, polis kayıtlarından ve önceki hastane kayıtlarından da bilgi alınmasının yararlı olacağı öngörülmektedir. Risk faktörleri sadece major psikiyatrik bozukluğun etkileriyle şekillenmeyip, akıl hastalarının yaşadığı sosyal çevre ile de ilişkili olabilmektedir. Kurumsal veya toplum bazlı çalışmalar veya ayaktan takip edilen hastaların yakın izlemi ile tedavi uyumunun artırılması yoluyla saldırganlığın azaltılabileceği bildirilmektedir (48). Şizofreni özelinde, akıl hastalıklarında şiddetin azaltılması amaçlandığında, bakımveren eğitimini de kapsayan sosyal destek projeleri ile tedavi uyumunun artırılması öncelikli hedef olarak düşünülebilir.

Tedavi uyumuyla ilgili geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmış ölçek kullanılmamasının çalışmamızın kısıtlılığı olduğunu, çok merkezli daha fazla olgunun katılabildiği çalışmaların yürütülmesinin literatüre önemli katkılar sağlayacağını düşünüyoruz.

## KAYNAKLAR

1. Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime. A longitudinal follow up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry* 1990; 157:345-350.
2. Swanson JW, Holzer CE 3rd, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41:761-770.
3. Mullen PE, Burgess P, Wallace C, Palmer S, Ruschena D. Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet* 2000; 355:614-617.
4. Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Schanda H. Schizophrenia, delusional symptoms and violence: the threat/control override concept reexamined. *Schizophr Bull* 2004; 30:31-44.
5. Modestin J, Amman R. Mental disorders and criminality: male schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996; 22:69-82.
6. Eronen, M, Hakola P, Tiihonen J. Factors associated with homicide recidivism in a 13 year sample of homicide offenders in Finland. *Psychiatr Serv* 1996; 47:403-406.
7. Eronen, M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull* 1996; 22:83-89.
8. Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S, Ruschena D, Browne C. Serious criminal offending and mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 172:477-484.
9. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991; 17:113-132.

10. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990; 156:798-808.
11. Amador XF, Flaum MM, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:826-836.
12. Dickerson FB, Boronow JJ, Ringel N, Parente F. Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1997; 48:195-199.
13. Tek C, Kirkpatrick B, Buchanan RW. A five-year follow up study of deficit and nondeficit schizophrenia. *Schizophr Res* 2001; 49:253-260.
14. Lysaker P, Bell M, Milstein R, Bryson G, Beam-Goulet J. Insight and psychosocial treatment compliance in schizophrenia. *Psychiatry* 1994; 57:307-315.
15. Valenstein M, Ganoczy D, McCarthy JF, Myra Kim H, Lee TA, Blow FC. Antipsychotic adherence over time among patients receiving treatment for schizophrenia: a retrospective review. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:1542-1550.
16. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2000; 51:216-222.
17. Junginger J. Psychosis and violence: The case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophr Bull* 1996; 22:91-103.
18. Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry* 2001; 180:490-495.
19. Krakowski M, Jaeger J, Volavka J. Violence and psychopathology: a longitudinal study. *Comp Psychiatry* 1988; 29:174-181.
20. Belli H, Ural C, Vardar MK, Tezcan B. Şizofrenide şiddet ve cinayet eylemi: risklerin değerlendirilmesi, önleyici tedbirler ve tedavide klozapinin yeri. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2011; 24:222-227.
21. Yesevage JA, Werner PD, Becker JM, Holman C, Mills M. Inpatient evaluation of aggression in psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 1981; 169:299-302.
22. Krakowski M, Volavka J, Brizer D. Psychopathology and violence: a review of literature. *Comp Psychiatry* 1986; 27:131-148.
23. Asnis GM, Kaplan ML, van Praag HM, Sanderson WC. Homicidal behaviors among psychiatric outpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45:127-132.
24. Arslan S, Günay Kılıç B, Karakılıç H. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme ölçeği güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri* 2000; 3:17-24.
25. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W. The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression *Am J Psychiatry* 1986; 143:35-39.
26. Şahin H. Saldırganlık ölçeği geçerlik güvenilirlik çalışması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Burdur Eğitim Fakültesi Dergisi* 2004; 5:180-190.
27. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13:261-275.
28. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14:23-32.
29. Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü İstatistiği. <http://www.cte.adalet.gov.tr/>. Erişim tarihi Ekim 15, 2011.
30. Meehan J, Flynn S, Hunt IM, Robinson J, Bickley H, Parsons R, Amos T, Kapur N, Appleby L, Shaw J. Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales. *Psychiatr Serv* 2006; 57:1648-1651.
31. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2009; 6:e1000120.
32. Lincoln TM, Lüllmann E, Riel W. Correlates and long term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2007; 33:1324-1342.
33. Yen CF, Chen CS, Ko CH, Yeh ML, Yang SJ, Yen JY, Huang CF, Wu CC. Relationships between insight and medication adherence in outpatients with schizophrenia and bipolar disorder: prospective study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59:403-409.
34. Tattan TM, Creed FH. Negative Symptoms of schizophrenia and compliance with medication. *Schizophr Bull* 2001; 27:149-155.
35. Baier M, De Shay E, Owens K, Robinson M, Lasar K, Peterson K, Bland RS. The relationship between insight and clinical factors for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2000; 14:259-265.
36. Rossell SL, Coakes J, Shapleske J, Woodruff PW, David AS. Insight: its relationship with cognitive function, brain volume and symptoms in schizophrenia. *Psychol Med* 2003; 33:111-119.
37. Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, Noffsinger SG, Resnick PJ, Camlin-Shingler K. Insight and its relationship to violent behaviour in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1712-1714.
38. Debowska G, Grzywa A, Kucharska-Pietura K. Insight in paranoid schizophrenia - its relationship to psychopathology and premorbid adjustment. *Comp Psychiatry* 1998; 39:255-260.

39. Kemp RA, Lambert TJ. Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Schizophr Res* 1995; 18:21-28.
40. Schwartz RC, Petersen S. The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187:376-378.
41. Bjorkly S. Psychotic symptoms and violence toward others. A literature review of preliminary findings. *Agress Violent Behav* 2002; 7:605-631.
42. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia. A meta analysis. *Schizophrenia Res* 2003; 61:75-90.
43. Tardiff K, Sweillam A. Assault, suicide, and mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37:164-169.
44. Bjorkly S. Empirical evidence of a relationship between insight and risk of violence in the mentally ill. A review of literature. *Agress Violent Behav* 2006; 11:414-423.
45. Lincoln TM, Hodgins S. Is lack of insight associated with physically aggressive behavior among people with schizophrenia living in the community? *J Nerv Ment Dis* 2008; 196:62-66.
46. Swanson JW, Swartz MS, Borum R, Hiday VA, Wagner HR, Burns BJ. Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 2000; 176:324-331.
47. Noble P. Violence by Psychiatric Inpatients. *Br J Psychiatry* 1989; 155:384-390.
48. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry* 1998; 155:226-231.