

Yatarak Tedavi Gören Şizofreni Hastalarında Fiziksel Saldırganlık ve Nörolojik Silik İşaretler

Ömer Böke¹, Gökhan Sarısoy¹, Cengiz Çelik², Servet Aker³,
Zekeriya Bahçe², Ahmet Rifat Şahin⁴

ÖZET:

Yatarak tedavi gören şizofreni hastalarında fiziksel saldırganlık ve nörolojik silik işaretler

Amaç: Yatarak tedavi gören şizofreni hastalarını takip eden klinisyenlerin saldırganlığı önceden belirleyebilmek için pratik verilere gereksinimi vardır. Bu çalışmada akut dönem tedavisi için kapalı serviste yatmakta iken, fiziksel saldırganlık gösteren ve göstermeyen hastaların, sosyodemografik, klinik ve nörolojik silik belirtiler açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Şizofreni tanısı alan ve akut tedavi için kapalı servise yatırılan 59 (48 erkek, 11 kadın) hasta çalışmaya alındı. Hastalara hastaneye yattıkları gün ve taburcu oldukları gün Sosyodemografik Veri Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) ve Klinik Global İzlenim Ölçeği uygulandı. Ayrıca nörolojik silik belirtileri değerlendirmek için Nörolojik Değerlendirme Ölçeği uygulandı. Saldırganlık, Açık Saldırganlık Ölçeği ile tespit edildi. Fiziksel saldırganlık alt ölçeğinden 2 veya daha fazla puan alan hastalar fiziksel saldırganlık davranışı gösteren grup olarak tanımlandı.

Bulgular: Yatarak tedavi edilirken fiziksel saldırganlık davranışı gösteren hastaların saldırganlık göstermeyenlere göre daha uzun süre hastanede yattıkları (saldırgan olan hastalar 46.04±14.96, olmayanlar 32.58±14.22 gün), soy geçmişlerinde daha çok ruhsal hastalık bulunduğu (saldırganlık olan hastaların %63.2'sinde, olmayanların %33.3'ünde) ve PANSS genel psikopatoloji puanlarının daha yüksek olduğu (saldırganlık olan hastalarda 61.22±15.05, olmayanlarda 52.25±15.49) tespit edildi. Nörolojik silik belirtiler açısından gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmedi.

Sonuç: Hastane yatışları uzun olan, soy geçmişlerinde ruhsal hastalık bulunan ve PANSS genel psikopatoloji puanları yüksek olan şizofreni hastalarının yatarak takibi sırasında fiziksel saldırganlık açısından daha yakın izlenmesi gerektiği sonucuna varıldı.

Anahtar sözcükler: Şizofreni, akut tedavi, yatan hasta, saldırganlık

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2008;18:22-30

ABSTRACT:

Physical aggression and neurologic soft signs in inpatients with schizophrenia

Objective: The availability of practical and meaningful data is indispensable in assessment of potential aggressiveness of inpatients with schizophrenia by their clinicians. In this study we performed a comparative evaluation of inpatients with schizophrenia during the acute phase of treatment who do and do not display aggressiveness, in terms of their socio-demographic, clinical and neurological soft signs.

Method: 59 patients (48 male, 11 female) diagnosed with schizophrenia and hospitalised for acute treatment were included in this study. The Socio-demographic Data Form, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) and Clinical Global Impressions Scale, were applied to all patients both on the admission day and the discharge day. In order to assess the neurological soft signs, the Neurological Evaluation Scale was employed. Aggressiveness was determined via the Overt Aggression Scale(OAS). Patients who scored two or more points in the physical aggression subscale of OAS were categorised as displaying physical aggression.

Results: We observed that schizophrenia inpatients who displayed aggressive behaviour during acute treatment had higher PANSS general psychopathological scores (61.22±15.05 for aggressive patients vs., 52.25±15.49 for nonaggressive patients), had more frequent family history of psychological disorders (63.2% for aggressive vs., 33.3% for nonaggressive patients) and underwent longer hospitalisation periods (46.04±14.96 days for aggressive vs., 32.58±14.22 days for nonaggressive patients), in comparison to those who did not. We did not see a statistically significant difference between the groups in terms of Neurological Soft Signs.

Conclusion: According to the data generated in our study, it is concluded that a combined evaluation of previous periods of hospitalisation, family history in terms of frequency of appearance of psychological disorders and PANSS general psychopathological scores can be informative in assessing potential physical aggressiveness in patients with schizophrenia. Those inpatients that have high scores in all three parameters mentioned above require closer monitoring for possible display of aggressive behaviour.

Key words: Schizophrenia, acute treatment, inpatient, aggression

Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2008;18:22-30

¹Yrd. Doç. Dr., ²Arş Gör. Dr., ³Prof. Dr., Psikiyatri AD, ⁴Arş. Gör. Dr., Halk sağlığı AD, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Dr. Ömer Böke, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Samsun-Türkiye

Telefon / Phone: +90-362-312-1919/2455

Elektronik posta adresi / E-mail address: omerbk@omu.edu.tr, omerboke2001@yahoo.com

Kabul tarihi / Date of acceptance: 1 Şubat 2008 / February 1, 2008

GİRİŞ

Psikiyatri hastalarının saldırganlığı ve şiddet davranışı 19. yüzyılın başından beri bilimsel çalışmalara konu olmaktadır. Literatürde bu kavramların tanımı ile ilgili uzlaşma sağlanamamıştır. Saldırganlık çeşitli klinik

durumlarda ortaya çıkar ve daha dalgalı bir seyir gösterir. Şiddetin tanımı ise literatürde sadece fiziksel saldırganlık, fiziksel ve sözel saldırganlığın bir arada bulunmasına ve belirgin fiziksel yaralanmaya neden olacak düzeyde fiziksel saldırganlığa kadar değişiklik gösterir (1,2).

Psikiyatri servislerinde yatan hastaların kendisine, personele ve diğer hastalara karşı gösterdiği saldırganlık önemli bir problemdir (3). Bir çalışmada, psikiyatri servisine akut tedavi için yatan ve saldırganlık gösteren hastaların daha çok erkek cinsiyette olduğu, yaşlarının 45'den düşük olduğu, en sık tanılarının şizofreni olduğu bildirilmiştir (4). Bir başka çalışmada yatarak tedavi gören şizofreni hastalarının %42'sinin saldırgan davranış gösterirken, diğer psikiyatrik tanılar alanların %9'unun saldırgan davranış gösterdiği bildirilmiştir (5). Şizofreni hastalarının genel popülasyona göre daha saldırgan olduğu bilinmektedir (6-8). Ancak bu saldırganlık şizofreninin bir alt grubu için söz konusudur. Bir grup hasta saldırganlık gösterirken, başka bir grup hasta hiç saldırganlık göstermemektedir. Komorbid madde kullanımı, tedavi uyumsuzluğu ve aktif psikotik semptomların varlığı saldırganlık olasılığını artırmaktadır (6-14).

Klinisyen, yatarak tedavi gören şizofreni hastalarının saldırganlık eğilimini sürekli değerlendirmek zorundadır (15). Yatarak tedavi edilen şizofreni hastalarında etkili tedaviyi sağlamanın ilk şartı saldırganlığı önleyebilmektir. Saldırgan davranışların önlenmesi, büyük ölçüde öngörülebilir verilerin sağlanabilmesine bağlıdır (16).

Hastaneye akut tedavi için yatan şizofreni hastalarının %9-45'inin saldırgan davranış gösterdiği bildirilmektedir (17-20). Akut tedavi için hastaneye yatırılan şizofreni hastalarında saldırganlığın belirleyicilerini tespit edebilmek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda; içgörü yokluğunun (15), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) genel psikopatoloji puanının (15), önceye ait saldırgan davranışın (3,15,21), geçmişte örseleyici bir yaşam olayının (22), şizofreni hastalığının erken yaşta başlamasının (23), istemsiz yatışın (23), kadın cinsiyetin (23), madde kullanım öyküsünün (3,23), bellek bozukluğunun (23), 32 yaş altında olmanın (3), yatıştan önceki kötü tedavi uyumunun (24), nörolojik ve nörofizyolojik defisitlerin (25) saldırganlıkla ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Türk Psikiyatri Dizini ve Türk Tıp Dizini'nde yapılan taramada psikiyatri servislerinde yatan şizofreni hastalarında saldırganlığın sorgulandığı iki çalışma tespit edilmiştir. Erkıran ve arkadaşları (21) şizofreni hastalarını servise yatmadan önceki üç gün içindeki davranışlarını temelinde saldırgan ve saldırgan olmayan hastalar

olarak ayırmışlardır. Hastaların %53'ünde saldırganlık tespit etmişler, saldırgan hastaların daha uzun ve daha çok sayıda hastanede yattıklarını, geçmişte saldırgan davranışlarının ve suç öykülerinin daha sık olduğunu, ancak hastaların klinik durumu ve kolesterol düzeyleri ile saldırganlık arasında ilişki olmadığını bildirmişlerdir. Kırpınar ve arkadaşları (16) ise, iki farklı psikiyatri kliniğinde yatan tüm hastaların saldırgan davranışlarını sorgulamışlar, çalışmaya alınan 164 hastanın 103'ünün tanısını şizofreni, şizoafektif bozukluk veya kısa psikoz olarak bildirmişlerdir. Saldırgan hastaların daha genç yaşta oldukları, geçmişte saldırgan davranış gösterdikleri ve tedavi görülen birimin yapısal özelliklerinin saldırgan davranışın ortaya çıkışında önemli olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Nörolojik silik işaretler (NSİ) duyuşsal bütünleştirme, motor koordinasyon ve karmaşık motor eylem alanlarında disfonksiyon gösteren ve beynin herhangi bir bölgesine lokalize edilemeyen, herhangi bir hastalık için patognomonik olmayan, hafif nörolojik belirtilerdir (26-28). Şizofreni hastalarında nörolojik silik işaretlerin diğer psikiyatrik hastalıklardan ve normal kontrol grubundan daha sık görüldüğü (29), hastalık başlangıcında var olduğu ve antipsikotik tedavinin bir sonucu olmadığı, kullanılan antipsikotik türünden bağımsız olduğu bildirilmiştir (30-32). Şizofrenide tespit edilen nörolojik silik işaretlerin etyopatolojisi ve klinik önemi açık değildir (26). Bazı araştırmacılar negatif belirtiler, nörokognitif belirtiler ve şiddete eğilim gibi nörolojik silik işaretlerin de frontal disfonksiyona bağlı olabileceğini ileri sürmüşlerdir (33,34). Şizofreni hastalarında NSİ ile saldırganlık ilişkisi dört çalışmada sorgulanmıştır. İki çalışmada saldırgan hastalarda daha fazla NSİ (23,35), bir çalışmada saldırgan davranış sıklığı ile NSİ arasında anlamlı olmayan pozitif bir ilişki (36) ve bir çalışmada ise NSİ ile saldırganlık arasında herhangi bir ilişki gösterilememiştir (15).

Bu çalışmada akut tedavi için kapalı serviste yatarak tedavi edilirken, fiziksel saldırganlık gösteren ve göstermeyen hastaların, sosyodemografik, klinik ve NSİ açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Olguların Seçimi ve Tanımlanması:

Çalışmaya, 400 yatak kapasiteli bir bölge hastanesi

olan Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine akut tedavi için yatırılan hastalar alındı. Adli nedenle yatan hastaların yatış süreleri klinik gereklilik dışında, adli süreç tarafından belirlendiğinden çalışmaya alınmadı. Nörolojik hastalık ve kullanılan antipsikotige bağlı klinik olarak belirgin ekstrapiramidal sistem yan etkileri olan hastalar bu durmların NSI üzerinde bozucu etkisi olabileceğinden (32) çalışma dışı bırakıldı. Bir ve ikinci Kapalı Erkek servisleri ve Kapalı Kadın servisine ardışık olarak yatırılan, DSM IV'e göre şizofreni tanısı konan 48'i erkek, 11'i kadın toplam 59 hasta değerlendirildi. Hastaların tanısı araştırma ekibi tarafından konuldu. Hastane idaresinden çalışma konusunda izin alındı. Hastalara çalışma konusunda bilgi verildi ve onamları alındı.

Hastane yatışının yapıldığı gün hastalara Sosyodemografik Veri Formu, PANSS ve CGI testleri araştırmacılar tarafından uygulandı. Ölçekleri uygulayan çalışmacılar hastaların saldırgan davranış göstermelerine karşı kördü. Açık Saldırganlık Ölçeği (ASÖ) ise servis hemşireleri tarafından uygulandı. Ölçeği dolduran hemşireler çalışmanın amacını bilmiyorlardı. Çalışmanın yapıldığı serviste görevli hemşirelere ASÖ ile ilgili bilgi verildi. Bir kez ASÖ içinde tanımlanan 2 veya daha fazla puan almasını gerektiren davranışının gözlenmesi durumunda hasta saldırgan hasta olarak tanımlandı. Hastaların tedavisi Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde görevli uzman doktorlar tarafından yürütüldü. Hastalara taburcu oldukları gün PANSS ve CGI tekrar uygulandı. Ayrıca çalışmadaki bir araştırmacı tarafından nörolojik silik belirtileri saptamak amacıyla nörolojik değerlendirme ölçeği uygulandı.

Veri Toplama Araçları

1. *Sosyodemografik Veri Formu*: Araştırmacılar tarafından oluşturulan formda çalışmaya katılan gönüllülere sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, kiminle birlikte yaşadığı, iş durumu, çocuk sayısı, eğitim yılı), hastalığın başlangıç yaşı (ilk bulguların ortaya çıktığı yaş), hastaneye yatış sayısı, hastanede yatış süresi, ailede psikiyatrik hastalık (birinci veya ikinci derece yakınında psikiyatrik tedavi gerektirecek düzeyde herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü), adli öykü (davalı olarak polis merkezinde ifade verilme durumu), intihar girişiminin varlığı, önceye ait EKT uygulama-

sı sorgulanmıştır.

2. *Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (The Positive and Negative Syndrome Scale-PANSS)*: Kay ve arkadaşları (37) tarafından geliştirilen 30 maddelik ve 7 puanlı şiddet değerlendirilmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir (37). Otuz psikiyatrik parametreden 7'si pozitif belirtiler alt ölçeğine, 7'si negatif belirtiler alt ölçeğine ve geri kalan 16'sı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (38).
3. *Açık Saldırganlık Ölçeği (Overt Aggression Scale)*: Yudofsky ve arkadaşları (39) tarafından hazırlanan bu ölçek, hafif düzeydeki saldırganlıkları da değerlendirmek, saldırgan davranışların tipini tanımlamak ve sayısal olarak ortaya koymak amacıyla düzenlenmiştir (39). Hastanın uzamsal olarak saldırgan davranışlarının şiddetini belirlemek için ya da bu çalışmada olduğu gibi hasta gruplarını saldırganlık gösteren ve göstermeyen olmak üzere karşılaştırmak amacıyla da kullanılmıştır. Başka çalışmalarda olduğu gibi bu çalışmada da kişinin saldırgan olarak tanımlanması için başkalarına yönelik saldırganlıkta 2 puan (Saçlarından çekti, yumruk attı, şiddetli itti ama yaralanmaya neden olmadı) ve üstünü alanlar saldırgan olarak tanımlanmıştır (15,21,25). Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması henüz yapılmamış olmakla birlikte, birden çok araştırmada kullanılmıştır (16,21,40).
4. *Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI)*: "Hastalığın şiddeti", "iyileşme" ve "yan etkilerin şiddeti" olmak üzere 3 maddeden oluşan bu ölçeğin çalışmada sadece ilk maddesi kullanılmıştır. "Hastalığın şiddeti" maddesi genel klinik deneyime göre "1" hasta değil, "7" ileri derecede hasta şeklinde ara derecelendirmeye tabi tutulmuştur (41).
5. *Nörolojik Silik İşaretler*: Nörolojik silik işaretler, Nörolojik Değerlendirme Ölçeği (NDÖ) kullanılarak tespit edildi (42). Bu ölçek asıl olarak üç farklı işlevsel alandaki bozuklukları kapsamaktadır. *Bütünleyici duyuşal işlev bozukluğu*; (BDİB) söndürme, grafestezi, stereognosis, sağ-sol konfüzyonu ve bozulmuş işitsel-görsel bütünlük maddelerinden oluşmaktadır. *Motor inkoordinasyon (Mİ)*; ardı sıra yürüyüş, parmak-burun testi, parmak-başparmak karşılıklılığı, disdiadokinezi itemlerinden oluşmaktadır.

Karmaşık motor eylemler dizisi (KMED); yumruk-halka testi, yumruk-kenar-avuçuğu testi ve Ozeretski testlerinden oluşmaktadır. Bunlara ek olarak, göz hareketlerindeki anormallikler, frontal serbestleşme işaretleri ve kısa süreli hafıza maddelerini de kapsamaktadır. Ölçek 26 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerin 14 tanesi vücudun her iki yarısı için ayrı ayrı değerlendirilir. Her madde 3 aşamalı bir şekilde değerlendirilir (0; anormallik yok, 1; hafif ancak kesin bozulma var, 2; belirgin bozulma var). Sadece emme ve burun refleksleri 0; (yok) ve 2; (var) olarak derecelendirilir (28). Sonuçlar üç alt ölçek ve toplam ölçek puanı olarak değerlendirilir. Bu çalışmada ölçek bütün olgulara bir araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması henüz yapılmamış olmakla birlikte, birden çok araştırmada kullanılmıştır (26,28,43).

İstatistik: Elde edilen tüm veriler SPSS for Windows (versiyon 10.0) istatistik paket programına aktararak analiz edildi. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, ikili grupların sürekli verilerinin karşılaştırılmasında t testi kullanıldı. Ölçümle elde edilen veriler

aritmetik ortalama±standart sapma, sayımla elde edilen veriler ise sayı ve % olarak gösterildi. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alındı.

BULGULAR

Kapalı serviste yatarak tedavi olan hastaların 23’ünde (%39) saldırganlık tespit edildi. Kalan 36 hastada (%61) ise saldırganlık yoktu.

Sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

İki grup arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim süresi, yerleşim yeri, çocuk sayısı, yaşam şekli ve iş durumu açısından fark saptanmadı (Tablo 1).

Klinik özelliklerin karşılaştırılması

İki grup arasında, hastalığın başlangıç yaşı ($t=0.75$, $p=0.46$) ve hastaneye yatış sayısı ($t=0.54$, $p=0.59$) açısından fark bulunmazken, yatış süresi (son yatış) açısından fark vardı ($t=3.47$, $p=0.001$). Saldırganlığı olan hastalar daha uzun süredir hastanede yatarak tedavi görmekteydiler. Daha önceki tedavilerde EKT kullanı-

Tablo 1: Sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

	Saldırganlık var (n=23)		Saldırganlık yok (n=36)		Toplam (n=59)		İstatistiksel değer	p
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet								
Erkek	17	73.9	31	86.1	48	81.4	$\chi^2=0.69$	0.41
Kadın	6	26.1	5	13.9	11	18.6		
Yaş ortalaması	35.65±12.61*		39.11±11.82*				$t=1.07$	0.29
Medeni durum								
Bekar	11	47.8	17	47.2	28	47.5		
Evli	8	34.8	10	27.8	18	30.5	$\chi^2=0.60$	0.74
Boşanmış/Ayrı	4	17.4	9	25.0	13	22.0		
Yerleşim yeri								
İl	8	34.8	12	33.3	20	33.9		
İlçe	6	26.1	8	22.2	14	23.7	$\chi^2=0.19$	0.91
Köy	9	39.1	16	44.4	25	42.4		
Yaşam şekli								
Yalnız	3	13.0	7	19.4	10	16.9		
Anne-baba	15	65.2	18	50.0	33	55.9	$\chi^2=1.32$	0.52
Eş-çocuk	5	21.7	11	30.6	16	27.1		
İş durumu								
İşsiz	14	60.9	24	66.7	38	64.4	$\chi^2=0.03$	0.86
Çalışan	9	39.1	12	33.3	21	35.6		
Çocuk sayısı ortalaması	1.60±1.35*		1.72±1.07*				$t=0.26$	0.79
Eğitim yılı ortalaması	6.87±4.20*		6.81±3.58*				$t=-0.06$	0.95
Toplam	23	100.0	36	100.0	59	100.0		

* ortalama±standart sapma

Tablo 2: Hastalıkla ilgili bazı özelliklerin karşılaştırılması

	Saldırganlık var (n=23)		Saldırganlık yok (n=36)		Toplam (n=59)		İstatistiksel değer	p
	n	%	n	%	n	%		
Hastalık başlangıç yaşı	22.17±4.84		23.14±4.81				t=0.75	0.46
Yatış sayısı ortalaması	5.04±4.26		5.64±4.08				t=0.54	0.59
Yatış süresi ortalaması (gün)	46.04±14.96		32.58±14.22				t=-3.47	0.001
EKT								
Var	14	60.9	19	52.8	33	55.9	X ² =0.12	0.73
Yok	9	39.1	17	47.2	26	44.1		
Ailede mental hastalık								
Var	15	65.2	12	33.3	27	45.8	X ² =4.53	0.033
Yok	8	34.8	24	66.7	32	54.2		
Adli öykü								
Var	9	39.1	8	22.2	17	28.8	X ² =1.22	0.27
Yok	14	60.9	28	77.8	42	71.2		
Özkiyim giriřimi								
Var	8	34.8	5	13.9	13	22.0	X ² =2.45	0.12
Yok	15	65.2	31	86.1	46	78.0		
İlaç kullanım								
Kullanmıyor	10	43.5	14	38.9	24	40.7	X ² =0.17	0.92
Düzensiz	6	26.1	11	30.6	17	28.8		
Düzenli	7	30.4	11	30.6	18	30.5		
Toplam	23	100.0	36	100.0	59	100.0		

EKT: Elektrokonvülsif tedavi

Tablo 3: Ölçeklerden alınan puanların karşılaştırılması

	Saldırganlık var (n=23) ort±ss	Saldırganlık yok (n=36) ort±ss	t	p
PANS-Pozitif tedavi öncesi	32.39±6.97	28.69±7.65	-1.87	0.066
PANSS-Pozitif tedavi sonrası	15.43±5.63	14.08±5.75	-0.89	0.38
PANSS-Negatif tedavi öncesi	27.30±6.98	27.83±7.70	0.27	0.79
PANSS-Negatif tedavi sonrası	19.91±6.16	19.25±6.48	-0.39	0.70
PANSS-Genel tedavi öncesi	61.22±15.05	52.25±15.49	-2.19	0.032
PANSS-Genel tedavi sonrası	31.61±11.32	31.47±10.19	-0.05	0.96
PANSS-Toplam tedavi öncesi	120.74±24.47	108.81±27.73	-1.69	0.97
PANS-Toplam tedavi sonrası	66.43±19.09	64.81±18.78	-0.32	0.75
CGI tedavi öncesi	5.65±0.88	5.28±0.81	-1.66	0.10
CGI tedavi sonrası	2.78±0.74	2.89±1.06	0.43	0.63
NDÖ Toplam	15.78±9.79	12.75±10.60	-1.10	0.27
BDİB	2.96±2.16	2.58±3.06	-0.51	0.61
Mİ	3.43±2.59	3.36±3.44	-0.09	0.93
KMED	3.13±2.30	3.00±3.43	-0.16	0.87

PANSS, pozitif ve negatif sendrom ölçeği; CGI, klinik global izlenim ölçeği; NDÖ, nörolojik değerlendirme ölçeği; BDİB, bütünleyici duyuşsal işlev bozukluğu; Mİ, motor inkoordinasyon; KMED, karmaşık motor eylemler dizisi, ort±ss: ortalama±standart sapma

mı, adli öykü, özkiyim girişimi, hastaneye yatmadan önce düzenli ilaç kullanımını açısından fark saptanmadı. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından ise gruplar arasında fark vardı (X²=4.53, p=0.033). Saldırganlığı olan hastaların ailelerinde daha fazla sıklıkta psikiyatrik hasta tespit edildi (Tablo 2).

Ölçek puanlarının karşılaştırılması

Gruplar arasında PANS pozitif, negatif belirtiler ve toplam ölçek puanı açısından fark yoktu. Saldırganlık görülen hastaların pozitif belirtiler ölçek puanlarının anlamlılığa yakın düzeyde yüksek olduğu saptandı (t=-1.87, p= 0.066). PANS-Genel ölçek puanları ise saldır-

Tablo 4: PANSS ve CGI tedavi öncesi ve sonrası değişim yüzdelinin karşılaştırılması

	Saldırganlık var (n=23) ort±ss	Saldırganlık yok (n=36) ort±ss	t	p
PANS-Pozitif	50,46±13.99	50.33±13.99	-0.30	0.14
PANS-Negatif	26.48±16.30	29.61±18,86	0.65	0.89
PANS-Genel	46.83±16.79	38.05±16.01	-2.02	0.97
PANS-Toplam	43.91±15.62	39.51±12,05	-1.22	0.40
CGI	50.37±11.82	44.78±19.14	-1.39	0.17

PANSS, pozitif ve negatif sendrom ölçeği; CGI, klinik global izlenim ölçeği, ort±ss: ortalama±standart sapma

ganlığın olduğu hastalarda daha yüksekti ($t=-2.19$, $p=0.032$). İki grup arasında CGI, silik nörolojik belirtiler ölçeği puanları açısından ve taburculuktan hemen önceki PANSS ve CGI puanları açısından fark yoktu (Tablo 3). Saldırgan davranış gösteren hastalar ile göstermeyen hastaların hastaneye yatarken ve taburcu olurken ölçülen PANSS ve CGI puanlarındaki yüzde olarak değişimin farklı olmadığı tespit edildi (Tablo 4).

TARTIŞMA

Akut tedavi için kapalı servislere yatarak tedavi edilirken başkalarına karşı saldırganlık gösteren ve göstermeyen hastaların, sosyodemografik, klinik ve NSİ açısından karşılaştırıldığı bu çalışmada 23 hastada (%39) saldırganlık davranışı tespit edildi.

Şizofreni hastalarının ayaktan takip çalışmalarında daha genç yaşta olmanın (44,1), kadın olmanın (1,44-46), evsiz-yalnız yaşamının (47-49) saldırganlığı artırdığı konusunda tekrarlanan veriler bulunmaktadır. Şizofreni hastasının hastaneye yatışından sonra ise sosyodemografik verilerin şiddet konusundaki belirleyiciliğini yitirdiği bildirilmektedir (15,50). Çalışmamızın verileri bu bulguyu desteklemektedir. Çalışmamızda saldırganlık ile sosyodemografik veriler arasında ilişki bulunmamıştır.

Bu çalışmada saldırganlık gösteren hastaların daha uzun süre hastanede yattıkları tespit edildi. Yatış sırasında saldırganlık gösteren tüm psikiyatri hastalarının hastanede daha uzun süre yattıkları bildirilmiştir (15,51,52). Ülkemizde bu konuyu araştıran iki çalışma vardır (16,21). Erkıran ve arkadaşlarının (21) çalışmasında saldırgan hastaların hastanede daha uzun süre yattıkları gösterilmiştir. Kırpınar ve arkadaşlarının (16) çalışmasında ise istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmasa da ($p=0.069$) saldırgan hastaların daha uzun süre yattıkları saptanmıştır. Bu hastaların uzun süreli yatışları; sağlık ekibinin saldırgan hastayı taburcu etme konu-

sundaki direnci, saldırgan hastadaki daha ciddi psikopatoloji ve saldırganlığın kendisinin tedavi sürecini yavaşlatma olasılığı ile açıklanmaktadır (15,53). Bizim çalışma desenimizle bu nedenlerden hangisinin uzun yatışa neden olduğunu söyleyebilmek mümkün değildir.

Saldırganlık ile ailede psikiyatrik hastalık arasındaki ilişki, bildiğimiz kadarıyla yatarak tedavi gören hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada sorgulanmış ve ilişki bulunmamıştır (53). Bizim çalışmamızda ise saldırganlık gösteren hastaların ailelerinde ruhsal hastalığın daha fazla olduğu saptandı. Soygeçmişinde ruhsal hastalık bulunması şizofrenide kötü prognoz belirtilerinden biridir (53). Bu nedenle saldırgan hastaların soygeçmişlerinde mental hastalık bulunmasının beklenen bir bulgu olduğu söylenebilir.

Yatarak tedavi gören şizofreni hastalarının saldırganlığında psikopatolojinin önemi önceki çalışmalarda bildirilmiştir (15,54). Literatürde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarında saldırganlık ile PANSS puanları arasındaki ilişki konusunda farklı sonuçlar bildirilmektedir. Saldırganlıkta PANSS negatif semptom, pozitif semptom, genel psikopatoloji ve toplam puanların yüksek olduğu (15,54,55) bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmada ise saldırganlık ile Pozitif Belirtiler Değerlendirme Ölçeği ve Negatif Belirtiler Değerlendirme Ölçeği arasında ilişki bulunmamıştır (21). Çelişik sonuçlar saldırganlık tespiti için farklı yöntemlerin kullanılmasına bağlanmıştır (55). En sık tekrarlanan bulgu saldırganlık ile PANSS pozitif semptom puanı arasındaki ilişkidir. Bizim çalışmamızda hastaların PANSS puanlarına bakıldığında, yatıştan hemen sonraki PANSS genel psikopatoloji puanları saldırgan hastalarda daha yüksekti. Ayrıca PANSS pozitif semptom puanlarında da sınır düzeyde ($p=0.066$) yükseklik olduğu tespit edildi. Pozitif semptom puanında sınır düzeyde bir anlamlılık tespit edilmesi vaka sayısının görece azlığına ve çalışılan popülasyonun özelliklerine bağlı olabilir. Genel psi-

kopatoloji puanındaki yükseklik ise literatür ile uyumlu beklenen bir bulgudur.

Saldırganlık davranışı gösteren şizofreni hastalarının da daha fazla nörolojik defisitinin olup olmadığı farklı nöropsikolojik ve nörolojik yöntemlerle sınıanmıştır. Bildiğimiz kadarıyla NSI ile saldırganlık arasındaki ilişki 4 çalışmada sınıanmıştır. Krakowski ve arkadaşları (25) saldırganlık açısından yatan hastaları saldırgan olmayanlar, seyrek ve sık saldırgan davranış gösterenler olarak 3 gruba ayırmışlar. Sık saldırganlık davranışı gösteren hastalarda NSI içinde motor fonksiyonu, bütünleyici duyuşal işlevi daha kötü bulmuşlar ve sık saldırganlık davranışı gösterme ile birlikte nörolojik defisitinin şizofreni hastalığının daha ağır bir formu olduğu sonucuna varmışlardır. Aynı grubun bir başka çalışmasında ise yatan hastalar geçici ve tekrarlayıcı saldırganlık davranışı gösterme açısından ayrılmış ve tekrarlayan saldırganlık davranış gösterenlerde daha fazla nörolojik defisit bildirmişlerdir (35). Tekrarlayıcı saldırganlığın daha çok nörolojik defisit ile, geçici saldırganlığın ise daha çok hezeyanlarla ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır. Daha yakın tarihlerde yapılan iki çalışmada ise saldırganlık ile NSI arasında istatistiksel anlamlılık oluşturacak bir ilişki saptanmamıştır (15,36). Bu iki çalışmada diğer iki çalışmadan farklı olarak saldırganlık niteliksel olarak değerlendirilmemiş, sadece saldırganlığın olup olmadığı değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızda da saldırgan-

lık sadece niceliksel olarak değerlendirilmiştir. Bu verilerle saldırganlığın sadece varlığı, dolayısıyla daha ağır nörolojik defisit ile NSI arasında, bir ilişkinin söz konusu olmadığı ileri sürülebilir.

Bu çalışmada vaka sayısının azlığı ve vakaların sadece ruh sağlığı hastanesinde yatan hastalardan oluşması verilerin genellenmesini güçleştirmektedir. Hastane ortamının fiziksel olanaklarının kısıtlılığı, diğer hastaların veya personelin tutumu saldırganlığın ortaya çıkışını artırabilir. Dolayısıyla ortaya çıkan saldırganlık sadece şizofreni hastalığına bağlı olmayabilir. Tüm bunlarla birlikte bu çalışmanın en önemli sınırlılığı tedavinin göz ardı edilmesidir.

SONUÇ

Bu çalışmanın bulguları göz önüne alındığında; soygeçmişlerinde ruhsal hastalık bulunan, uzun süreli hastane yatışı olan ve ayrıca PANSS genel psikopatoloji puanları yüksek olan şizofreni hastaları yatarak takip sırasında saldırganlık açısından daha yakın izlenmelidir. Saldırganlığın sadece niceliksel olarak değerlendirildiği bu çalışmada NSI ile saldırganlık arasında herhangi bir ilişki gösterilememiştir. Bundan sonra yapılacak çalışmalarla saldırganlığın, sık-seyrek, hafif-şiddetli, tekrarlayıcı-geçici gibi niteliksel olarak değerlendirildiği çalışmaları saldırganlık ile nörolojik defisit ilişkisi sorgulanmalıdır.

Kaynaklar:

1. Turgut T, Lagace D, Izmir M, Dursun S. Assessment of violence and aggression in psychiatric settings: descriptive approaches. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2006;16:179-194
2. Hughes DH, Kleespies PM. Treating aggression in the psychiatric emergency service. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 4: 10-15
3. Barlow K, Grenyer B, Ilkiw-Lavalle O. Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34:967-974
4. Sheridan M, Henrion RE, Robinson L, Baxter V. Precipitants of violence in a psychiatric inpatient setting. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41:776-780
5. James DV, Fineberg NA, Shah AK, Priest RG. An increase in violence on an acute psychiatric ward: a study of associated factors. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 846-852
6. Tiihonen J, Isohanni M, Rasanen P, Koiranen P, Moring J. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 Northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry* 1997;154: 840-845
7. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch.Gen Psychiatry* 2000; 57: 494-500
8. Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:968-979
9. Swanson JW, Holzer CE, 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
10. Cuffel BJ, Shumway M, Choujian TL, McDonald T. A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182: 704-708
11. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tyrer P, Creed F, Murray RM., Fahy T. Reducing violence in severe mental illness: randomised trial of intensive case management compared with standard care. *Br Med J* 2001; 323: 1093-1096
12. Taylor PJ. Motives for offending among violent and psychotic men. *Br J Psychiatry* 1985 ;147: 491-498

13. Swartz MS, Swanson JW, Hiday V, 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
14. Ehmann TS, Smith GN, Yamamoto A, Mccarthy N, Rross D, Flynn SW, Altman S, Honer SG. Violence in Treatment Resistant Psychotic Inpatients. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189:716-721
15. Arango C, Barba AC, Salvador TG, Calced A. Violence in inpatients with schizophrenia: A prospective study. *Schizophr Bull* 1999; 25: 493-503
16. Kırpınar İ, Özer H, Coşkun İ, Çayköylü A. Yatan psikiyatri hastalarında saldırganlık: Erzurum'da psikiyatri kliniklerinde görülen saldırgan davranışlar üzerine bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg* 1995;6;285-296
17. Humphreys MS, Johnstone EC, MacMillan JF, Taylor PJ. Dangerous behavior preceding first admissions for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 501-505
18. Volavka J, Laska E, Baker S, Meisner M, Czobor P, Krivelevich I. History of violent behavior and schizophrenia in different cultures. Analyses based on the WHO study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 9-14
19. Tanke ED, Yesavage JA. Charecteristic of assaultive patients who do and do not provide visible clues of potential violence. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1409-1413
20. Shader RI, Jackson AH, Hartmatz JS, Appelbaum PS. Patternes of violent behavior among schizophrenic inpatients. *Dis Nerv Syst* 1977;38: 13-16
21. M Erkan, GK Erkan, C Evren, İH Şahinler. İlaç kullanmayan şizofreni hastalarında saldırganlık ve serum kolesterol düzeyi: Kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg* 2001;12:261-272
22. Steinert T, Bergbauer G, Schmid P, Gebhardt RP. Seclusion and Restraint in Patients With Schizophrenia Clinical and Biographical Correlates. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195 492-496
23. Serper MR, Goldberg BR, Herman KG, Richarme D, Chou J, Dill CA, Cancro R. Predictors of aggression on the psychiatric inpatient service. *Compr Psychiatry* 2005; 46: 121-127
24. Calcedo-Barba AL, Calcedo-Ordonez A. Violence and paranoid schizophrenia. *Int J Law Psychiatry* 1994; 17: 253-263
25. Krakowski MI, Convit A, Jaeger J, Lin S, Volavka J. Neurological impairment in violent schizophrenic inpatients. *Am J Psychiatry* 1989; 146:849-853
26. Seviçok L, Akoğlu A, Topaloğlu B, Aslantaş H. Neurological soft signs in schizophrenic patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58: 274-279
27. Bersani G, Bersani G, Paolemili M, Quartini A, Clemente R, Gherardelli S, Iannitelli A, Di Biasi C, Gualdi G, Pancheri P. Neurological soft signs and cerebral measurements investigated by means of MRI in schizophrenic patients. *Neurosci Lett* 2007;413: 82-87
28. Önal O, Demir Ç, Ceylan ME. Şizofrenili anababaların çocuklarında silik nörolojik bulguların araştırılması. *Klinik Psikiyatri Bülteni* 2002;12:78-85
29. Yazıcı AH, Demir B, Yazıcı KM, Göğüş A. Neurologic soft signs in schizophrenic patients and their nonpsychotic siblings. *Schizophr Res* 2002; 58:241-246
30. Boks MP, Liddle PF, Russo S, Knegtering R, van den Bosch RJ. Influence of antipsychotic agents on neurological soft signs and dyskinesia in first episode psychosis. *Psychiatry Res* 2003; 15:167-170
31. Bersani G, Gherardelli S, Clemente R, Di Giannantonio M, Grilli A, Conti CM, Exton MS, Conti P, Doyle R, Pancheri P. Neurologic soft signs in schizophrenic patients treated with conventional and atypical antipsychotics. *J Clin Psychopharmacol* 2005;25:372-375
32. Krebs MO, Gut-Fayand A, Bourdel MC, Dischamp J, Olié JP. Validation and factorial structure of a standardized neurological examination assessing neurological soft signs in schizophrenia. *Schizophr Res* 2000; 45: 245-260
33. Claude MJ, Lapierre D. Neurological soft signs in schizophrenia: are they related to negative or positive symptoms, neuropsychological performance, and violence. *Arch Clin Neuropsychol* 1995; 489-509
34. Merriam AE, Kay SR, Opler LA, Kushner SF, Van Prag HM. Neurological soft signs and the positive- negative dimension in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1990;28; 181-192
35. Krakowski MI, Czobor P. Clinical symptoms, neurological impairment, and prediction of violence in psychiatric inpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45:700-705
36. Braun CM, Lapierre D, Hodgins S, Toupin J, Léveillé S, Constantineau C. Neurological soft signs in schizophrenia: are they related to negative or positive symptoms, neuropsychological performance, and violence? *Arch Clin Neuropsychol* 1995; 10:489-509
37. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261-275
38. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1999; 14: 23-32
39. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 35-39
40. Çetin M, Çilden Ş, Başoğlu C, Tarhan N, Burgovik Y. Saldırganlık davranışının biyokimyasal ve nöroendokrinolojik göstergelerinin araştırılması: Kontrollü bir çalışma. *Klinik Psikiyatri Bülteni* 1996; 6:58-65
41. Guy W. Clinical Global Impressions. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Rockville, MD. National Institute of Mental Health 1976; 218-221
42. Buchanan RW, Heinrichs DW. The Neurological Evaluation Scale (NES): a structured instrument for the assessment of neurological signs in schizophrenia. *Psychiatry Res*1989; 27: 335-350
43. M Çakıcı, S Çitak, E Çakıcı, İ Küçükali, İK Uğurad, DK Şahinler, Ş Erkoç, O Arkoç, F Yapar, Ç Önsel. Şizofrenik hastalarda silik ve nörolojik işaretler ile SPECT bağlantısı. *Türk Psikiyatri Derg* 2001;12:26-33
44. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tattan T, Tyrer P, Creed F, Murray R, Fahy T for the UK700 Group. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study *Schizophrenia Res* 2004;67: 247-252
45. Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:476-483

46. Krakowski M, Czobor P. Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 459-465
47. North CS. Aggression and the homeless: an epidemiologic study of victimization and aggression. *J Traumatic Stress* 1994;7:95-110
48. Martell DA, Rosner R, Harmon RB. Base-rate estimates of criminal behavior by homeless mentally ill persons in New York City. *Psychiatr Serv* 1995;46:596- 601
49. Martín JC, Noval D, Moríñigo A, García de la Concha JA. Prediction of violent behavior in schizophrenic inpatients. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:151-155
50. McNeil DE, Binder RL. Predictors of violence in civilly committed acut psychiatric patients. *Am J of Psychiatry* 1988; 145:965-970
51. Grassi L, Biancosino B, Marmai L, Kotrotsiou V, Zanchi P, Peron L, Marangoni C, Vanni A, Barbui C. Violence in psychiatric units A 7-year Italian study of persistently assaultive patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:698-703
52. Chang JC, Lee CS. Risk Factors for aggressive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2004; 55:1305-1307
53. Kültür S, Mete L, Erol A. Şizofreni içinde Temel Psikiyatri, Köroğlu E, Güleç C (editors). 2. ed., Ankara: HYB Basın Yayın, 2007: 184-204
54. Nolan KA, Volavka J, Czobor P, Sheitman B, Lindenmayer JP, Citrome LL, McEvoy J, Lieberman JA. Aggression and psychopathology in treatment-resistant inpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Psychiatry Res* 2005; 39: 109-115
55. Steinert T, Woffle M, Gebhardt RP. Measurement of violence during in-patient treatment and association with psychopathology. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:107-112
56. Cheung P, Schweitzer I, Crowley K, Tuckwell V. Aggressive behaviour in schizophrenia: the role of psychopathology. *Aust N Z J Psychiatry* 1997;31:62-67