

Şizofrenide Şiddet

Violence in Schizophrenia

Hatice İmer Aras

Özet

Pek çok psikiyatrik hasta şiddet eğilimi sergilememekte ise de günümüz toplumunda ruhsal bozukluk ve şiddet birbiriyle bağlantılı görülmektedir. Genel popülasyon ile kıyaslandığında şiddet davranışı riski şizofrenide istatistiksel olarak anlamlı bir yükseklik göstermiştir. Şizofrenide şiddet davranışı riski madde kullanım eşanlılığı ile artmaktadır. Şizofreni tanılı yetişkinlerde şiddet davranışının ortaya çıkması, antisosyal kişilik bozukluğu ve şizofreninin akut psikopatolojisi ile ilişkili iki farklı yol izlemektedir. Klozapin şizofrenide şiddet davranışı tedavisinde en etkin tedavidir. Son kanıtlar olanzapini ikinci sıraya yerleştirmiştir. Tedavi uyumu son derece önemlidir. Farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri giderek artmaktadır. Tek başına farmakoterapinin yetersiz kaldığı olgularda, bireysel davranışçı yöntemler etkili olmaktadır.

Anahtar sözcükler: Şizofreni, şiddet, madde kötüye kullanımı, eşanı.

Abstract

Although most psychiatric patients are not violent, serious mental illness is associated with increased risk of violent behavior. There is statistically significant increase in risk of violence among patients with schizophrenia in comparison with general population. The risk of violence in schizophrenia is increased by comorbid substance use disorder. Violence among adults with schizophrenia may follow at least two distinct pathways; one associated with antisocial conduct, and another associated with the acute psychopathology of schizophrenia. Clozapine is the most effective treatment of violent behavior in schizophrenia. Emerging evidence suggests that olanzapine may be the second line of treatment. Treatment adherence is of key importance. Non-pharmacological methods of treatment of violence in schizophrenia are increasingly important. Cognitive behavioral approaches appear to be effective in cases where pharmacotherapy alone does not suffice.

Key words: Schizophrenia, violence, substance use disorder, comorbidity.

ŞİZOFRENİ ya da diğer psikotik bozukluklarda şiddet davranışının artış göstermediğine yönelik 1980'lerdeki genel inanış, son yirmi yıl içinde yapılan çalışmalar ile terk edilmeye başlanmıştır.[1] Pek çok psikiyatrik hasta şiddet eğilimi sergilememekteyse de günümüz toplumunda ruhsal bozukluk ve şiddet birbirleriyle bağlantılı görülmektedir. Özellikle şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal hastalıklarda şiddet oranının yüksek olduğu genel inanıştır. Bu önemli ilişki büyük bir halk sağlığı sorunudur ve başa çıkılması gereken bir konudur. Bu durum ruhsal bozukluğu olan hastaların ciddi bir şekilde damgalanmasına yol açmaktadır.[2] Şiddet eğilimi içinde olan psikiyatri hastalarının idamesi çok fazla uğraş istemektedir, ayrıca bakımvereninin duygusal travması da göz ardı edilmemelidir. Ayrıca, şizofreni tanılı hastalarda şiddet davranışı varlığı tedavinin maliyetini yükseltmektedir. Daha sık ve daha uzun süreli hastane yatışlarına neden

olabilmektedir.[3] Şiddet eğilimi olan hastalara hastane çalışanları tarafından uygunsuz derecede fazla zaman ayrılması gerekmekte ve adli sürece dahil hastalarda ayrıca ek maliyetler söz konusu olabilmektedir.

Pratik önemi göz ardı edilemese de, literatürde şizofreni hastalarında şiddet davranışı pek fazla yer almamaktadır. Bu derlemede, şizofreni hastalarında şiddet davranışının epidemiyolojisi, klinik özellikleri ile şiddet riskini etkileyen faktörler, şiddet içeren davranış gösteren hastalara yaklaşım ve tedavi seçeneklerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Tanımlamalar

Saldırganlık (agresyon) daha kapsayıcı bir anlama sahip olması ile şiddet (violence) kavramından ayrılır. Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO) tarafından önemli bir sağlık sorunu kabul edilmiş ve kendine ya da bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması olarak tanımlanmıştır.[4] Şiddet genellikle insan saldırganlığı için kullanılan bir kavramdır. Saldırganlık insan ve hayvan davranışlarını kapsar. Pek çok ölçek insanlarda saldırganlığı saptamak için kullanılmaktadır. Bu ölçeklerle sözel saldırganlık, nesnelere karşı olan saldırganlık, kendine karşı olan saldırganlık ve diğerlerine karşı olan saldırganlık ayrılabilir.[5] Saldırganlık genellikle psikolojik yazılarda kullanılan bir terimdir. Şiddet diğer insanlara uygulanan saldırganlıktır ve genellikle sosyoloji ile kriminolojide tercih edilen bir terimdir.

Sıklık

Şizofreni tanılı bireylerin hastaneye yatış öncesi incelenmiş şiddet davranışı oranları hem Humphreys ve arkadaşları hem de Volavka ve arkadaşları[7] tarafından %20 olarak bildirilmiştir.[6,7] Hastanede yattıkları sürece incelenen şizofreni tanılı hastalarda, yatış süresince daha yüksek oranlarda şiddet davranışı saptanmıştır. Bu yükseklik retrospektif çalışmalarda geçmişteki olayların yeterince hatırlanamıyor olmasıyla açıklanabilir.[8,9] Onbeş yıl boyunca polis kayıtlarından takip edilen 644 şizofreni tanılı hasta, genel popülasyona oranla dört kat daha fazla şiddet davranışı sergilemiştir.[10] Farklı epidemiyolojik çalışmalarda şizofreni tanılı hastalarda şiddet davranışı oranları farklı bildirilse de, genel popülasyon ile karşılaştırıldığında bu grupta daha yüksek risk her zaman izlenmektedir.[11]

Swanson ve arkadaşları tarafından 10.059 bireyin değerlendirildiği, Amerika'da epidemiyolojik olarak yapılmış Epidemiologic Catchment Area (ECA) çalışmasında şizofreni tanılı hastalarda şiddet davranışının bir yıllık prevalansı %8.4 iken, herhangi bir hastalığı bulunmayan kişilerde bu oran %2.1 olarak bildirilmiştir; madde kötüye kullanımını birlikteliği bu oranı %30'lara yükseltmiştir.[12] Bu oran, madde kullanım eş tanılılığın bulunması ile şiddet riskinin artışı açıkça göstermiştir. Farklı ülkelerden bildirilen pek çok çalışmanın sonucu Swanson ve arkadaşlarının bulgularını desteklemiştir.[13] 18.423 şizofreni tanılı bireyde şiddet riskinin incelendiği 20 çalışmanın meta analizi sonucu genel popülasyona göre şizofreni tanılı hastalarda istatistiksel olarak anlamlılık gösteren artmış şiddet davranışı izlenmiştir. Madde eş tanılı grupta bu oranın daha yüksek olduğu görülmüştür.[14] Son olarak, şizofreni tanılı hastaların şiddet

davranışı riskinin şizofreni tanısı bulunmadan madde kötüye kullanımı olan bireylerden farklılık göstermediği izlenmiştir.

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde 101 şizofreni tanılı hasta ile yaptığımız çalışma sonucunda, 22 hastada (%21.8) şiddet davranışı izlenirken, 79 hastada (%78.2) şiddet davranışı izlenmemiştir. Şiddet davranışı açısından madde kullanım eş tanısı bulunan şizofreni tanılı hastalar ile bulunmayan hastalar karşılaştırıldığında alkol-madde kullanımı olan grupta şiddet davranışı oranının alkol-madde kullanımı olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Şizofreni tanılı hastaların şiddet davranışını %27.6 oranında birinci derece yakınlarına, %4.5 oranında tanımadığı insanlara yönelik gerçekleştirdiği bulunmuştur. En sık %18.5 oranı ile gasp birinci sırada izlenmiştir, bunu %11.1 ile cinayet, %7.4 ile bıçaklama takip etmiştir.[15] Diğer yayınlardaki şiddet eyleminin genelde aile içi birisine ya da tanıdık birisine yöneldiği tespiti bu çalışma ile desteklenmiştir.[16] Bu bağlamda; en azından, riskli bireylerin yakınları uyarılarak, bu hastaların tedavilerinde daha dikkatli olmaları gerektiği hatırlatılmalıdır.

Erküran ve arkadaşları[17] tarafından şizofreni tanısı konulmuş 105 hastadan 56'sının (%53.3) şiddet davranışı gösterdiği, bu hastaların geçmişte daha sık suç davranışı ve hastanede daha uzun süre yatış gösterdikleri bulunmuştur. Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yatarak tedavi gören ve suç kaydı olan 50 erkek şizofreni tanılı hasta ile daha önce hiçbir suç kaydı olmayan 50 şizofreni tanılı hastanın karşılaştırıldığı bir çalışmada, işlenen suçlar içinde %42 ile cinayet ilk sırada izlenmiştir. Bunu yaralama (%18), kamu malına zarar verme (%14), basit müessir fiil (%12), hırsızlık (%10) ve herhangi bir örgüt üyesi olmak (%4) izlemiştir.[18] Öncü ve arkadaşlarının zorunlu klinik tedavi sonrası durumlarını inceledikleri 90 şizofreni tanılı hastanın çoğunluğunun hem suç öncesi hem de tedavi sonrası işinin olmadığı ve sosyal işlevselliği düşük olanların daha çok yineleyici suç işledikleri belirtilmiştir.[19] Ülkemizde yapılan bir araştırmada, cinayet işlemiş 49 şizofreni tanılı birey ele alındığında; 42 kişinin paranoid alt tip, 5 kişinin dezorganize, 1 kişinin rezidüel ve yine 1 kişinin ayrışmamış alt tip ölçütlerini karşıladıkları görülmüştür.[20]

Amerika'da hapisanelerde yapılan çalışmalarda yüksek madde kullanım eş tanılılığın saptanması, şizofrenide madde kullanım bozukluğunun şiddet davranışı ile yakından ilişkili olduğunu desteklemektedir.[21] Steadman ve arkadaşları bu hastalarda şiddet için ana risk etkeninin madde kullanımı olduğunu bildirmişlerdir.[22] Sık alkol ya da madde entoksikasyonu yaşıyor olmanın şiddet davranışı için bir etken olabileceği, ancak bunun tek başına bir açıklama olamayacağı bildirilmektedir.

İki dalga olarak planlanan National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), (n=34.653-1. Dalga: 2001-2003; 2. Dalga: 2004-2005) çalışmasında, bir yıl önceki psikiyatrik hastalığın 1. Dalga ve 2. Dalga süresince şiddet davranışını öngörmek amaçlı değerlendirilebilirliğine bakılmış ve ilginç olarak tek başına ağır psikiyatrik hastalık varlığının gelecekte şiddet davranışını öngörmek için yeterli olmadığı bulunmuştur.[23] Bunun yanı sıra madde kullanım eştanılılığı ise tek başına bir öngörme kriteri olarak izlenmiştir.

Asnis ve arkadaşlarının[24] 1997'de polikliniğe başvuran 517 psikiyatrik hasta üzerinde yürüttüğü bir çalışmada sadece 21 hastanın (%4) şiddet davranışı olduğu kaydedilmiştir. Belirli psikiyatrik tanılar ve şiddet davranışı ilişkisi net bildirilemezken, mad-

de kullanım eşanlılığı ve antisosyal kişilik bozukluğu varlığı şiddet davranışı ile net ilişkili izlenmiştir.

1990 yılından itibaren yayınların taranması sonucu yazılan bir derlemede, şizofreni tanılı hastalarda şiddet eğiliminin erkeklerde 10, kadınlarda 8-10 kat arttığı bildirilmiştir. Ayrıca çalışmalarda, paranoid tip şizofreni tanılı hastalarda ve madde eş tanılı hastalarda artmış şiddet riskinden bahsedildiği vurgulanmıştır. Şiddet davranışında bulunmuş bireylerde şizofreni tanısı %6 dolaylarındadır. Bu bireylerde kişilik bozukluğu ve alkol kötüye kullanım/bağımlılık oranları ise %10 ve %38'dir.[14]

Hodgins[11] 30 yıllık doğum kohortu çalışmasında 358.180 kişiyi kırklı yaşlarına kadar izlemiş ve şizofreni tanısının erkeklerde 4.6 (3.8-5.6), kadınlarda ise 23.2 (14.4-37.4) kat daha fazla şiddet suçu riski ile ilişkisi olduğunu saptamıştır. Tiuhonen ve arkadaşları[25] 26 yıllık doğum kohortu çalışmasında, 12.058 bireyde psikotik bozukluklar ve şiddet davranışı riski ilişkisini incelemiş ve şizofreni tanılı erkek hastalarda normal populusyona oranla 7 kat daha fazla şiddet davranışı saptamıştır. Eronen ve arkadaşları homisid nedeniyle tutuklanan 693 bireyi değerlendirdikleri çalışmada şizofreni ile bu durum arasındaki ilişkiyi araştırmış ve erkekler de 8, kadınlar da ise 6.5 kat risk saptamışlardır.[26]

Şizofrenide Şiddet Davranışına Aracılık Eden Faktörler

Şizofreni tanılı hastaların şiddet davranışına aracılık eden faktörler şizofreni tanısı olmayan kişilerde saptanılan etmenlerle genel olarak örtüşmektedir. Şiddet suçunun yüksek olarak işlendiği ülkelerde şizofreni tanılı kişilerde de yüksek riskten bahsedilmektedir.[11] Şizofreni tanısı konulmuş ve şiddet gösteren bireylerin şiddet gösterenlere ve genel populusyona göre çok daha sıklıkla baskılanmış oldukları, aile öykülerinde suç işlemeye rastlandığı, gelişimsel gecikmeleri ve eğitimsel problemleri olduğu, çocukluk ve ergenlerde daha zayıf akran ilişkileri olduğu görülmektedir. Gelişimsel problemler sonucu olumsuz yönde etkilenen bireyler, şiddet davranışı sergilemeye daha yatkın kişilik özellikleri sergilemektedir. Bu durum ise, işsizliğe, toplumsal uyumsuzluğa ve madde kötüye kullanım riskine neden olabilmektedir.[27] Madde kötüye kullanımı, şizofreni tanılı hastalarda şiddet riskini arttırır gibi görünmekte ise de; bir nedensel faktör olduğunu söyleyebilmek için kişilik özellikleri, sosyal koşullar gibi diğer faktörler de araştırılmalıdır.[28]

Genel toplum ile paralel bir biçimde şizofreni tanılı bireylerde de şiddet davranışı gösterenlerin büyük bir çoğunluğu erkek cinsiyettir.[22] Bununla birlikte Fazel ve arkadaşlarının yaptığı meta-analizde kadınlarda saptanan göreceli olasılıklar oranı (odds ratio; OR) erkeklerinkinden daha yüksek bulunmuştur.[14] Ayrıca bir başka çalışmada hastaneden taburcu edilen bireylerde cinsiyetler arasındaki farkın ortadan kaybolduğu gösterilmiştir.[29] Şiddet davranışının aktif psikotik belirtilerin sonucunda gerçekleştiği durumlarda tedavi uyumunun şiddet riski üzerinde etkisi olduğu sonucuna varılabilir. Bir doğal izlem çalışmasında tedavi uyumu ile şiddet davranışı arasında ilişki saptanmış olsa da Clinical Trials of Antipsychotic Treatment Effectiveness (CATIE) çalışması analizlerinde bu bulgu desteklenmemiştir.[30,31]

Özete genç olmak, erkek cinsiyet, hastalığın akut döneminde olmak ve eşlik eden madde kötüye kullanımı, daha önce intihar girişimlerinin varlığı, antipsikotik tedaviye uyumsuzluk, geçmiş şiddet öyküsü ve kişilik bozukluğu eş tanısının olması şizofreni tanılı bireylerde şiddet riskini arttırır.[28]

Klinik Özellikler

Şizofreni tanılı bireylerde şiddet davranışının ortaya çıkması heterojendir. Kişilik bozuklukları, sosyal ayrışma, madde kötüye kullanımı ve işsizlik ile klinik bulgularla olan direk ilişki göze çarpmaktadır. Tehdit /kontrolü kaybetme belirtileri (perseküsyon ya da kontrol edilme sanrısı, edilgenlik fenomeni gibi) şiddet riskinin artmasında önemlidir.[32] Bu belirtiler "dışarıdan sizi kontrol eden güçler olabilir mi?", "düşüncelerinizin zihninize dış güçler tarafından konulduğu düşünceniz var mı" ve "size zarar vermek isteyen insanlar olabilir mi?" soruları ile ortaya çıkarılabilir. Appelbaum ve arkadaşlarının[33] 2000 yılında yaptığı bir çalışmada, sanırların şizofreni tanılı bireylerde şiddet davranışını tetikleyici bir role sahip olduğunu fakat şiddet davranışı riskini arttırmadığı gösterilmiştir. Diğer bireylere zarar vermek yönündeki emir veren sanırlara hastaların uyumu değişkenlik sergilese de, bu sanırlar şiddet davranışını arttırabilirler.[34,35] Genellikle şizofreninin pozitif bulguları artmış şiddet davranışı ile ilişkilendirilirken, negatif bulguları tersi şekilde ilişkilendirilir.[36] Son olarak, içgörü eksikliği ile şiddet davranışı ilişkisi arasında tutarlılık gösteren kanıtlar mevcuttur.[37-40] Bu etki içgörü eksikliğinden ötürü düzensiz tedaviye yönelimin sonucunda meydana gelen şiddet davranışı ile ilişkilendirilen dolaylı bir etkidir.[37,41,42] Şiddet davranışı ile ilişkili organize sanrısız sistemleri olan şizofreni tanılı hastalar Tip 1 şiddet modeli sergilemektedirler ki bu modele göre hastalarda belirgin bağlanma bozukluğu ya da erişkin suç öyküsü bulunmamaktadır. Bu bireyler 'hastaya' benzemekte ve sıklıkla ilk şiddet suçlarını tedaviye başladıktan sonra, hemen her zaman bakım veren ya da tanıdıklarına karşı göstermektedirler.[43]

Pek çok klinisyen görüşünün aksine, şizofreni tanılı hastalarda şiddet davranışı psikotik bulgularla doğrudan ilişkili görünmemektedir. Yeni yayınlarda Tip 2 şiddet modeli ile şizofreni tanılı yetişkin hastalarda hastalık öncesi durumun örn: antisosyal kişilik bozukluğu varlığının ve şizofreninin akut psikopatolojisinin şiddet davranışı ile ilişkisinden bahsedilmektedir. Bu bireyler suçluya benzemekte ve genellikle tanıdan önce şiddet içeren veya içermeyen suçlar işlemekte, ailevi olan veya olmayan şiddet davranışları göstermektedirler.[43] Swanson ve arkadaşları tedavi uyumu gösteren şizofreni tanılı hastalarda şiddet davranışının yalnızca antisosyal kişilik bozukluğu olduğu durumlarda izlendiğini bildirmişlerdir.[44] Kişilik bozukluğu olan şizofreni tanılı hastalarda, tedavi uyumu olan ve olmayan hastaların, şiddet davranışı açısından anlamlı fark göstermediği izlenmiştir.

Şiddet davranışı gösteren şizofreni tanılı hastaların yaklaşık %20'sinin sanrı ve var-sanırları dolayısıyla şiddet gösterdiğini bildiren çalışmaların yanı sıra diğer dolaylı sebepler, konfüzyon, dürtüsellik, eşlik eden antisosyal kişilik bozukluğu olarak sayılabilir.[45,46] Ayrıca ilaç yan etkileri, belirgin akatizi ve nöroleptik eksiklik (defisit) sendromu gibi ilaç kaynaklı etkenler ile şizofreni hastalığının doğası gereği zamanla negatif bulguların baskın olması sonucu hastalarda ortaya çıkan artmış izolasyon, sosyal becerilerin kaybı ve hapsedilme de şiddet davranışı riskini arttırır. Dolayısıyla şizofreni hastalarında şiddete giden yol çokludur ve bu sebepsel karmaşıklık tedavide de önem sergilemektedir.[47]

Şiddet Olgusuna Akut Yaklaşım

Öncelikle güvenlik sağlanmalı, tehlikeli olabilecek eşyalar uzaklaştırılmalıdır. Hastaya karşı saygılı, empatik ve ilgili bir tutumla görüşme yapılmalıdır. Şiddet davranışını azaltmak için iki genel strateji hastanın dikkatini dağıtma veya basit bir dille sakince konuşma ve hastayı geçici olarak tecrit etmedir.[22] Tecrit etme ve tesbit uygulama mümkün olduğunca kısa tutulmalıdır.

Hızlı trankilizasyonda haloperidol, zuklopentiksol asetat, klorpromazin sık kullanılmaktadır. Burada amaç alta yatan hastalığı tedavi etmek olmayıp, hastanın yeterince sedasyonunu sağlamaktır. Klorpromazinin parenteral kullanımında çok ağrı yapabilmesi ve alfa-adrenerjik blokaj yoluyla hipotansiyona yol açabilmesi ve hatta ani ölümlerle ilişkili bulunması nedeniyle dikkatli olunmalıdır. Benzodiazepinler de bu alanda yaygın kullanıma sahip olup antipsikotik gereksinimi azaltmaktadır. Her iki ilacın kombine kullanımı sinerjistik etki göstermekte ve yan etki insidansını azaltmaktadır. Son yıllarda ikinci kuşak antipsikotiklerin (olanzapin, ziprasidon) kas içi ve ağızda eriyen formlarının (olanzapin, risperidon) üretilmesi ajite hastalarda ilk aşamada tercih edilebilirliklerini arttırmaktadır.[43]

Hastalar hızlı trankilizasyon yapıldığı takdirde en az bir saat boyunca yakın gözlemlenmelidir. Böylece solunum depresyonu, idiosenkritik ilaç reaksiyonları gibi durumların belirtileri olduğu takdirde hızlıca değerlendirilmelidir. Bu gözlem sayesinde ilaçların etkileri de izlenerek olası tehdit içeren davranışlar erkenden tespit edilebilir.[43]

Uzun Dönem Tedavi

Farmakolojik Tedavi

Atipik antipsikotik ajanlar şizofreni tanılı hastalarda uzun dönem tedavinin esasıdır. Klozapin şiddet davranışını sergileyen şizofreni tanılı hastalarda altın standart ilaçtır.[48-49] İki randomize kontrollü çift kör uygulanan çalışmada klozapin kullanımının şiddet davranışını engellediği sonucu desteklenmiştir. Klozapin, olanzapin, risperidon ve haloperidol ajanlarının karşılaştırıldığı çalışmada, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) şiddet alt grubu skorlarına risperidon ve haloperidole oranla klozapinin daha etkin olduğu gösterilmiştir.[13,50] Risperidon ya da olanzapinin haloperidole üstünlüğü gösterilememiştir. Bu çalışmanın sonuçları her üç atipik ajanın haloperidole olan üstünlüğü şeklinde özetlenebilir.

Buckley ve arkadaşları[51] şiddet davranışını sergileyen ve sergilemeyen iki grup şizofreni tanılı hastada klozapin kullanımının, şiddet davranışını göstermiş grupta, tedavinin ilk 6 ayı boyunca agresif davranışlarda belirgin azalmaya sebep olduğunu göstermiştir. Spivak ve arkadaşları 18 hafta boyunca klozapinle tedavi ettikleri, nöroleptiğe dirençli 14 şizofreni hastasını kapsayan geriye dönük, açık-uçlu çalışmalarında, hastalarda belirgin olarak dürtüsellikte ve agresiflikte düşüş saptamıştır.[52] Rabinowitz ve arkadaşları geriye dönük, olguya dayalı gözden geçirmelerinde, klozapin alan 75 hastada sözel agresyonda belirgin azalmalar olduğunu bildirmişlerdir. [53]

Klozapin şiddet davranışını engellemede altın standart ilaç olmasının yanı sıra, günlük ortalama 500 mg'a ulaşıncaya kadar şiddet eğilimini engelleyici etkinliğini göstermemektedir.[54] Ayrıca kan ilaç düzeyi kontrollerinin gerekliliğinden ötürü pek çok hasta ilaç kullanmayı kesebilmektedir. Tıbbi kontrendikasyonlar ve/veya yan etkiler nedeni de başka bir ilaç bırakma sebebidir.

Klozapin etkinliğinden düşük olmakla beraber, olanzapin de uzun dönem şiddet davranışı azaltma tedavisinde etkili bir ajandır.[13,55] Olanzapinin; haloperidol, ketiyapin ve amisulpirid ajanlarının şiddet azaltıcı etkinliğine olan üstünlüğü bildirilmiştir.[47] Yapılan çalışmalarda, risperidonun şiddet davranışını azaltıcı etkisi bildirilmiştir.[56,57] Randomize çift-kör uygulanmış bir çalışmada şizofreni tanılı hastalarda şiddet davranışını azaltmakta plaseboya üstünlüğü gösterilmiştir.[58] Diğer pek çok çalışmada risperidonun diğer antipsikotik ajanlardan etkinlik açısından herhangi bir farkı bulunmadığı izlenmiştir.[59]

Beş randomize çift-kör çalışmada aripiprazol ve plasebo şiddet davranışını azaltıcı etkinliği yönünden karşılaştırılmış, aripiprazolün plaseboya üstünlüğü gösterilirken haloperidolden farksız olduğu bulunmuştur.[60] Pek çok çalışma ketiyapinin şiddet davranışı azaltıcı etkinliğinden bahseder.[61,62] Randomize çift-kör uygulanan çalışmalarda plaseboya üstünlüğü bildirilmiştir.[63] Başka bir çalışmada, diğer atipik ajanlar ile etkinliği açısından fark izlenmemiştir.[59] Ziprasidon ve haloperidol, karşılaştırıldığına her iki ajan da şiddet davranışını azaltmakta, ziprasidon haloperidolden daha etkin olarak izlenmektedir.[64] Ziprasidonun diğer antipsikotik ajanlarla etkinliği benzer izlenmiştir.[59]

Diğer İlaç Tedavileri

Antikonvülzanlar ve lityum şizofrenide şiddet davranışının tedavisinde destekleyici ajanlar olarak tercih edilmektedir. Buna rağmen, bu yaklaşım kanıta dayalı olarak desteklenmemektedir. Bazı hastalarda etkinliği izlenirken, bu tedavi yakından takip edilmesi ve belirgin fayda vermediği anda kesilmelidir.[65]

Pek çok çalışma ve olgu bildiriminde adrenerjik beta blokerlerin şiddet davranışını azaltıcı etkisi gösterilmiştir[66-70] ve bu yaklaşım şizofrenide şiddet davranışı tedavisinde ikinci sırada kabul görmüştür.[71] Kronik psikoz tanısıyla yatırılan 41 hastaya diğer psikotropolarla birlikte beta bloker tedavisi verilmiş ve saldırganlıkta plaseboya oranla belirgin bir düşüş kaydedilmiştir.[72] Kan basıncı ve nabız azaltıcı etkileri dolayısıyla, tedavide çok tercih edilen ajanlar olamamaktadırlar.

İlaç Dışı Tedavi

Şizofreni tanılı hastalarda, şiddet davranışının sebebi değişiklik gösterdiğinden her zaman farmakolojik tedaviye yanıt alınmamaktadır. Eşlik eden kişilik bozukluğu, özellikle antisosyal kişilik bozukluğu varlığı tabloyu zorlaştırmaktadır. Bu hastalardaki şiddet davranışı psikoz ile daha az ilişkili olduğundan, antipsikotik ajanların etkinlik göstermesi de daha az beklenmelidir. Ayrıca, antipsikotik ajanlardan fayda görmesine rağmen tedavi düzensizliği yaşayan hastalar taburculuk sonrasında madde kullanmaya başlamaktadır. Bu iki durum şiddet davranışı riskini arttırmaktadır.[37,47,73]

Şizofreni tanılı hastaların sıklıkla uygulanan madde bağımlılığı tedavi programlarına uyum potansiyelleri kötüdür. Bu nedenle bu hastaların tedavisinde geleneksel yaklaşımlar modifiye edilerek uygulanmalıdır. Motivasyonda değişiklik yapmak, psikososyal yaklaşımların en önemli yönünü oluşturmaktadır.[74]

Özelleştirilmiş bir bilişsel davranışçı tedavi programı bu populasyon için geliştirilmiştir. New York'ta 1997 yılından beri uygulanan "Service for Treatment and Abatement of Interpersonal Risk" (STAIR), ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar için kurgulanmıştır. Yatan hastalara uygulanan bu programda şiddet davranışında etkili faktörler hedef

alınmıştır. Program ile şiddet davranışı ve hastaneye yatış oranları azalmıştır.[75] Farklı bölgelerde benzer programlar mevcuttur.[76,77]

Sonuç

Şizofreni tanılı pek çok hasta şiddet eğilimi göstermezken, genel popülasyona oranla daha yüksek oranlar izlenmektedir. Madde ve/veya kişilik bozukluğu eş tanıli hastalarda daha yüksek riskten bahsedilmektedir. Farmakolojik tedaviler şiddet davranışının önlenmesinde altın standarttır. Tedaviye direnç, tedavi uyumsuzluğu ya da direk psikoz sebepli olmayan şiddet davranışı varlığında ilaçların etkinliği azalabilmektedir. Eştanıların saptanması ve tedavisi bu yüzden çok önemlidir. Psikososyal tedavilerin uygulanması şiddet davranışı yönetiminde gereklidir.

Kaynaklar

1. Ural C, Öncü F, Belli H, Soysal H. Adli psikiyatrik süreç içindeki şizofreni hastalarının şiddet davranışı değişkenleri: bir olgu kontrol çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 2013; 24:17-24.
2. Torrey EF. Stigma and violence. *Psychiatr Serv* 2002; 53:11-79.
3. Torrey EP. Epidemiological comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res* 1999; 39:101-106.
4. World Health Organization. Violence and Health: Task Force on Violence and Health. Cenevre, WHO, 1998.
5. 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.
6. Humphreys MS, Johnstone EC, MacMillan JF, Taylor PJ. Dangerous behaviour preceding first admissions for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992; 161:501-505.
7. Volavka J, Laska E, Baker S, Meisner M, Czobor P, Krivelevich I. History of violent behaviour 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.
8. Karson C, Bigelow LB. Violent behaviour in schizophrenic patients. *J Nerv Ment Dis* 1987; 175:161-164.
9. Walker Z, Seifert R. Violent incidents in a psychiatric intensive care unit. *Br J Psychiatry* 1994; 164:826-828.
10. Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime: a longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry* 1990; 157:345-350.
11. Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:476-483.
12. 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.
13. Volavka J. *Neurobiology of Violence*. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2002.
14. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and metaanalysis. *PLoS Med* 2009; 6:e1000120.
15. Aras Hİ. Erkek şizofreni hastalarında alkol ve/veya madde kullanımının yaşam kalitesine etkisi (Uzmanlık tezi). İstanbul, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2011.
16. Meehan J, Flynn J, Hunt IM, Robinson J, Bickley H, Parsons R et al. Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales. *Psychiatr Serv* 2006; 57:1648-1651.
17. Erkıran M, Erkıran Kartal G, Evren C, Şahinler İH. İlaç kullanmayan şizofreni hastalarında saldırganlık ve serum kolesterol düzeyi: kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg* 2001; 12:261-272.
18. Türkoğlu A. Suç işlemiş ve işlememiş şizofrenik hastalarda bazı biyokimyasal parametrelerin karşılaştırılması (Uzmanlık tezi). Elazığ, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2008.
19. Öncü F, Soysal H, Uygur N. Suç işlemiş şizofrenlerde zorunlu klinik tedavi sonrası yineleyici suç. 38. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Kongre Bildirileri Özet Kitabı, 2002.
20. Belli H, Özçetin A, Ertem U, Tuyluoğlu E, Namlı M, Bayk Y et al. Perpetrators of homicide with schizophrenia: sociodemographic characteristics and clinical factors in the eastern region of Turkey. *Compr Psychiatry* 2010; 51:135-141.
21. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area Study. *JAMA* 1990; 264:2511-2518.

22. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:393-401.
23. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66:152-161.
24. Asnis GM, Kaplan ML, Hundrорrean G, Saeed W. Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20: 405-425.
25. Tiihonen J, Isohanni M, Rasanen P, Koiranen M, 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.
26. Eronen M, Angermeyer MC, Schulze B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33(suppl 1):13-23.
27. Fresan A, Apiquian R, de la FuenteSandoval C, Garcia-Anaya M, Loyzaga C, Nicolini H. Premorbid adjustment and violent behaviour in schizophrenic patients. *Schizophr Res* 2004; 69:143-148.
28. Volavka J, Swanson J. Violent behavior in mental illness: the role of substance abuse. *JAMA* 2010; 304:563-564.
29. Dean K, Walsh E, Moran P, Tyrer P, Creed F, Byford S et al. Violence in women with psychosis in the community: prospective study. *Br J Psychiatry* 2006; 188:264-270.
30. Asher-Svanum H, Faries D, Zhu B, Ernst F, Swartz M, Swanson JW. Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment in schizophrenia in usual care. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:453-460.
31. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Volavka J, Monahan J, Stroup TS et al. Comparison of antipsychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2008a; 193:37-43.
32. Link BG, Stueve A. Psychotic symptoms and the violent/ illegal behavior of mental patients compared to community controls. In *Violence and Mental Disorder. Developments in Risk Assessment* (Eds J Monahan, HJ Steadman):137-159. Chicago, The University of Chicago Press, 1994.
33. Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Am J Psychiatry* 2000; 157:566-572.
34. Junginger J. Command hallucinations and the prediction of dangerousness. *Psychiatr Serv* 1995; 46:911-914.
35. Junginger J, McGuire L. The paradox of command hallucinations. *Psychiatr Serv* 2001; 52:385.
36. Alia-Klein N, O'Rourke TM, Goldstein RZ, Malaspina D. Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. *Aggress Behav* 2007; 33:86-96.
37. Antonius D. Insight and aggression in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2005; 162:2195.
38. Ekinci O, Ekinci A. Association between insight, cognitive insight, positive symptoms and violence in patients with schizophrenia. *Nord J Psychiatry* 2013; 67:116-123.
39. Lera CG, Herrero SN, Aguilar Garcia, Iturrospe E, Gonzalez Piqueras JC, Sanjuan AJ et al. Relationship between insight, violence and diagnoses in psychotic patients. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2012; 5:43-47.
40. Coldham EL, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106:286-290.
41. Czobor P, Volavka J, Derks EM, Bitter I, Libiger J, Kahn RS et al. Insight and hostility as predictors and correlates of non-adherence in the European First Episode Schizophrenia Trial (EUFEST). *J Clin Psychopharmacol* 2013; 33:258-261.
42. Gönen AG, Kaymak SU, Soygür AH. Şizofreni hastalarında şiddet. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2011; 4(2):57-65.
43. Swanson JW, Van Dorn RA, Swartz MS, Smith A, Elbogen EB, Monahan J. Alternative pathways to violence in persons with schizophrenia: the role of childhood antisocial behavior problems. *Law Hum Behav* 2008; 32:228-240.
44. Nolan KA, Czobor P, Roy BB, Platt MM, Shope CB, Citrome LL et al. Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2003; 54:1012-1016.
45. Buckley PF, Noffsinger SG, Smith DA, Hrouda DR, Knoll JL 4th. Treatment of the psychotic patient who is violent. *Psychiatr Clin North Am* 2003; 26:231-272.
46. Volavka J, Citrome L. Pathways to aggression in schizophrenia affect results of treatment. *Schizophr Bull* 2011; 37:921-929.
47. Frogley C, Taylor D, Dickens G, Picchioni M. A systematic review of the evidence of clozapine's antiaggressive effects. *Int J Neuropsychopharmacol* 2012; 15:1351-1375.
48. Topiwala A, Fazel S. The pharmacological management of violence in schizophrenia: a structured review. *Expert Rev Neurother* 2011; 11:53-63.

49. Citrome L, Volavka J, Czobor P, Sheitman B, Lindenmayer JP, McEvoy J et al. Effects of clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol on hostility in treatment-resistant patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Psychiatr Serv* 2001; 52:1510-1514.
50. Buckley P, Bartell J, Donenwirth K, Lee S, Torigoe F, Schutz SC. Violence and schizophrenia: clozapine as a specific antiaggressive agent. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1995; 23:607-611.
51. Spivak B, Mester R, Wittenberg N, Maman Z, Weizman A. Reduction of aggressiveness and impulsiveness during clozapine treatment in chronic neuroleptic-resistant schizophrenic patients. *Clin Neuropharmacol* 1997; 20:442-446.
52. Rabinowitz J, Avnon M, Rosenberg V. Effect of clozapine on physical and verbal aggression. *Schizophr Res* 1996; 22:249-255.
53. Volavka J, Czobor P, Nolan K, Sheitman B, Lindenmayer JP, Citrome L et al. Overt aggression and psychotic symptoms in patients with schizophrenia treated with dozapine, olanzapine, risperidone, or haloperidol. *J Clin Psychopharmacol* 2004; 24:225-228.
54. Krakowski M, Czobor P, Citrome L, Bark N, Cooper TB. Atypical antipsychotic agents in the treatment of violent patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:622-629.
55. Chengappa KN, Levine J, Ulrich R, Parepally H, Brar JS, Atzert R et al. Impact of risperidone on seclusion and restraint at a state psychiatric hospital. *Can J Psychiatry* 2000; 45:827-832.
56. Bitter I, Czobor P, Dossenbach M, Volavka J. Effectiveness of clozapine, olanzapine, quetiapine, risperidone, and haloperidol monotherapy in reducing hostile and aggressive behavior in outpatients treated for schizophrenia: a prospective naturalistic study (IC-SOHO). *Eur Psychiatry* 2005; 20:403-408.
57. Czobor P, Volavka J, Meibach RC. Effect of risperidone on hostility in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 1995; 15:243-249.
58. Volavka J, Czobor P, Citrome L, McQuade RD, Carson WH, Kostic D et al. Efficacy of aripiprazole against hostility in schizophrenia and schizoaffective disorder: data from 5 double-blind studies. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:1362-1366.
59. Petit J. Management of the acutely violent patient. *Psychiatr Clin North Am* 2005; 28:701-711.
60. Mulvey E. Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45:663-668.
61. Citrome L, Krakowski M, Greenberg WM, Andrade E, Volavka J. Antiaggressive effect of quetiapine in a patient with schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:901.
62. Villari V, Rocca P, Fonzo V, Montemagni C, Pandullo P, Bogetto F. Oral risperidone, olanzapine and quetiapine versus haloperidol in psychotic agitation. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008; 32:405-413.
63. Arango C, Bernardo M. The effect of quetiapine on aggression and hostility in patients with schizophrenia. *Hum Psychopharmacol* 2005; 20:237-241.
64. Citrome L, Volavka J, Czobor P, Brook S, Loebel A, Mandel FS. Efficacy of ziprasidone against hostility in schizophrenia: post hoc analysis of randomized, open label study data. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:638-642.
65. Citrome L. Adjunctive lithium and anticonvulsants for the treatment of schizophrenia: what is the evidence? *Expert Rev Neurother* 2009; 9:55-71.
66. Sheppard GP. High-dose propranolol in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1979; 134:470-476.
67. Whitman JR, Maier GJ, Eichelman B. Beta-adrenergic blockers for aggressive behavior in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1987; 144:538-539.
68. Yorkston NJ, Zaki SA, Pitcher DR, Gruzelier JH, Hollander D, Sergeant HG. Propranolol as an adjunct to the treatment of schizophrenia. *Lancet* 1977; 2:575-578.
69. Caspi N, Modai I, Barak P, Waisbourd A, Zbarsky H, Hirschmann S, et al. Pindolol augmentation in aggressive schizophrenic patients: a double-blind crossover randomized study. *Int Clin Psychopharmacol* 2001; 16:111-115.
70. Newman WJ, McDermott BE. Beta blockers for violence prophylaxis: case reports. *J Clin Psychopharmacol* 2011; 31:785-787.
71. Kane JM, Leucht S, Carpenter D, Docherty JP. The expert consensus guideline series: optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(suppl 12):1-100.
72. Ratey JJ, Sorgi P, O'Driscoll GA, Sands S, Daehler ML, Fletcher JR et al. Nadolol to treat aggression and psychiatric symptomatology in chronic psychiatric inpatients: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 1992; 53:41-46.
73. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner R, Burns BJ. Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication noncompliance in violence among severely mentally ill individuals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33(suppl 1):75-80.

74. Ziedonis D, Williams J, Corrigan P, Smelson D. Management of substance abuse in schizophrenia. *Psychiatr Ann* 2000; 30:67-75.
75. Yates KF, Kunz M, Khan A, Volavka J, Rabinowitz S. Psychiatric patients with histories of aggression and crime five years after discharge from a cognitive behavioral program. *J Forens Psychiatry Psychol* 2010; 21:167-188.
76. Haddock G, Barrowclough C, Shaw JJ, Dunn G, Novaco RW, Tarrier N. Cognitive-behavioural therapy v. Social activity therapy for people with psychosis and a history of violence: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2009; 194:152-157.
77. Cullen AE, Clarke AY, Kuipers E, Hodgins S, Dean K, Fahy T. A multisite randomized trial of a cognitive skills program for male mentally disordered offenders: violence and antisocial behavior outcomes. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80:114-1120.

Hatice İmer Aras, Uzm.Dr., İğdır Devlet Hastanesi, İğdır.

Yazışma Adresi/Correspondence: Hatice İmer Aras, İğdır Devlet Hastanesi, İğdır, Turkey.

E-mail: ipekimer@hotmail.com

Yazar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

The author reported no conflict of interest related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online at: www.cappsy.org/archives/vol6/no1/

Çevrimiçi yayım / Published online 22 Mayıs/May 22, 2013; doi: 10.5455/cap.20130522110439
