
Şiddet Riskinin Değerlendirilmesi ve Saldırgan Hastaya Yaklaşım

Nesrin DİLBAZ*

ÖZET

Ruh sağlığı uzmanlarının şiddet riskini değerlendirmeleri ve bu hastalara yaklaşım biçimleri önemlidir. Bu yazıda risk değerlendirilmesi kavramı, ruhsal hastalıklarla şiddetin ilişkisi, hastanın ve klinisyenin güvenliğinin sağlanması ve hastanın muayenesi gözden geçirilmiştir. Yazı, şiddet gösteren hastaya yaklaşım biçimlerini de tartışmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Şiddet, risk değerlendirilmesi, saldırgan hasta, yaklaşım.

KLİNİK PSİKİYATRİ 1999;2:179-188

SUMMARY

The Assessment of the Violence Risk and Management of Violent Patient

Assessing and managing violence risk are important for mental health professionals. The author reviews the concept of risk assessment, the relationship between violence and major mental disorders, the insurance of the safety of patient and clinician and the examination of violent patient. The article also discusses the management of violent patient.

Key Words: Violence, risk assessment, violent patient, management.

GİRİŞ

Şiddet, saldırganlık, başka bir insana, canlıya, çevreye zarar vermeye yönelik herhangi bir tür davranış; güç ve baskı uygulamak anlamında kullanılmaktadır. Şiddet, insanın kendisi ile çevresi arasındaki ilişkilerinde ortaya çıkar. Saldırganlığın içgüdüsel bir davranış olduğunu öne süren Konrad Lorenz'e göre saldırganlık esas olarak dış uyaranlara karşı bir tepki değil insanın içinde "gömülü" serbest kalmaya çablayan ve dış dürtülerin yetersiz olup olmasına bakmaksızın anlatımını bulacak olan bir uyarımadır (Fromm 1984). Ayrıca çevreci, davranışçı ve biyolojik yaklaşımlarla da şiddet olgusunun nedenleri açıklanmaya çalışılmıştır. Klinik deneyimlerimizde ise şiddet içeren davranışın değerlendirilmesi ve bu durum ile başa çıkılması önemli bir konudur. Şiddet riskini belirlemede ulusal veya uluslararası "profesyonel standartlar"ın olmaması klinisyen için önemli bir engeldir. Buna karşın hastanın kurumdan salıverilme kararı ve üçüncü kişilere zarar vermesini engellemek için önlemler alma ve uyarma görevinin profesyonel hasta takibi standartları içinde yapılması beklenmektedir (Poythress 1990).

Bu yazıda şiddet riskinin değerlendirmesine yönelik temel kavramlar ve saldırgan hastaya genel yaklaşım konusu ele alınacaktır.

ŞİDDET RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin şiddet gösterme davranışları risklerini belirleme ölçütleri yıllar içinde belirgin bir değişim göstermiştir. Önceleri

* Doç. Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, ANKARA

tehlikenin veya şiddetin belirlenmesi konusunda doğrudan kişi üzerine yoğunlaşılırken son yıllarda dikkatler kişi ile durum etkileşimi üzerine odaklaşmıştır. "Risk değerlendirilmesi" adı verilen bu yeni yaklaşım modelinde risk "dinamik ve süregelen" olarak tanımlanmış ve "tehlikeli olma" durumu yapısal olarak bölümlere ayrılmıştır (Borum ve ark. 1996).

1. Risk etmenleri: Saldırganlığı önceden belirlemede kullanılan değişkenlerdir.

2. Zarar: Önceden belirlenmiş olan saldırganlığın tipi ve şiddeti.

3. Risk düzeyi: Zarar verme olasılığı.

Risk değerlendirme süreci süregelen olup, değerlendirme sonunda gerekli olan başa çıkma ve tedavi kararlarını da içermektedir. Saldırgan hastayı değerlendirme sorumluluğunu alan psikiyatristin veya acil serviste görevli başka bir klinisyenin hem çok iyi bir ruhsal durum muayenesi bilmesi hem de acil krize müdahale, sosyal değerlendirme ve genel tıp bilgisinin de iyi olması gerekmektedir (Reid ve Balis 1987). Birçok çalışma psikiyatrik hastalarda saldırganlık olaylarının sık meydana geldiğini ve bu hastalara müdahale gerektiğini bildirmektedir (Tardiff 1987). Klinisyen ruhsal hastalığı olan bir hastanın şiddet riskini değerlendirirken:

1. Ruh sağlığı alanında hizmet veren profesyonellerin şiddeti önceden belirleme becerilerini,
2. Şiddet ve ruh hastalığı arasındaki ilişkiyi,
3. Klinik popülasyonlarda temel şiddet hızlarını,
4. Şiddet riski ile ilişkili etmenleri araştırmalıdır.

Önceden Belirleme Becerileri: Mossman'a göre klinisyenler saldırgan hastaları saldırgan olmayanlardan çok kesin olarak ayıramamaktadır (Mossman 1994). Bazı araştırmacılara göre geçmişteki şiddet davranışı gelecekteki davranış için yol göstericidir.

Şiddet ile ruhsal hastalığın ilişkisinin değerlendirilmesi: Geçmiş çalışmalarda ruhsal hastalığı olan kişilerin olmayanlara kıyasla şiddet içeren davranış gösterme risklerinin daha fazla olduğu bildirilmesine karşın 1970'li yıllardan sonra durumu araştıran sosyal bilimciler ilaç kötüye kullanımı, sosyo-ekonomik durum, cinsiyet, yaş ve daha önce şiddet kurbanı olma gibi değişkenler de değerlendirme kapsamına alındığında bu ilişkinin ortadan kalktığını bildirmişlerdir. Suç ile ruhsal hastalıklar arasındaki ilişkiyi araştıran 200 çalışmanın gözden geçirildiği

birinci kuşak araştırmaların sonucuna göre ise suç ve ruhsal hastalıklar arasındaki ilişkiden demografik ve öyküsel özellikler sorumludur. Bu etmenler istatistiksel olarak kontrol edilirse suç ve ruhsal hastalık arasındaki ilişki ortadan kalkar (Borum ve ark. 1996).

İkinci kuşak çalışmaların sonuçlarına göre ise ruhsal hastalıklar ile şiddetin arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur. Bu ilişki iki şekilde değerlendirilir:

1. Ruhsal hastalığı olan ve olmayan kişilerdeki şiddet prevalansının incelenmesi,
2. Şiddet davranışı gösteren ve göstermeyen kişilerde ruhsal hastalık prevalansının karşılaştırılması.

Son yıllarda yapılan çalışmalar ruhsal hastalığı olan kişilerde saldırganlık sıklığının olmayanlara kıyasla beş kat daha fazla olduğunu göstermektedir. Eş tanıli madde kullanımı dışlandığında ise ruhsal hastalığı olan kişilerde saldırganlık hızı üç kat azalmaktadır. Benzer biçimde şiddet davranışı gösteren kişilerde (örneğin, saldırı nedeniyle hapsolanlar) göstermeyenlere kıyasla majör ruhsal hastalığa yakalanma hızının 3-4 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir. Swanson ve arkadaşları (1990) ise büyük örneklem gruplarıyla yaptıkları çalışmada ruhsal hastalığı olan kişilerde olmayanlara kıyasla saldırganlık hızının dört kat daha fazla olduğunu, madde kötüye kullanımı olanlarda ise 14 kat daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca saldırganlık gösteren bireylerin yarısından fazlası ruhsal hastalık tanısı (madde kötüye kullanımı dahil) almıştır. Buna karşın saldırgan davranışı olmayanlarda ruhsal hastalık görülme hızı %20 civarındadır (Swanson ve ark. 1990).

Psikiyatrik hastalarda şiddet oranını yüksek bulan bir epidemiyolojik çalışmada bu yüksekliğin doğrudan psikotik belirtiler ile ilgili olduğu bildirilmiştir (Borum ve ark. 1996, Tardiff 1984, Tardiff ve Sweillam 1980, Tardiff ve Sweillam 1982). Risk için özgül olabilecek psikotik belirtileri tanımlama konusunda yaptıkları çalışmada Link ve Stueve "Mantıksızlık içinde mantık" prensibini kullanmışlardır. Link ve Stueve'ye göre eğer insanlar kendilerini tehdit altında hissediyorlarsa veya kendi iç kontrollerinin azaldığını düşünüyorlarsa (düşünce sokulması veya düşüncelerin kontrol edilmesi sanrısı gibi) şiddet daha belirgin hale gelir. Yapılandırılmış tanı görüşmesi sonucunda bu ölçütlere uyan "tehdit/kontrolün üst üste binmesi (threat/control override-TCO)" olarak adlandırdıkları üç belirti tanımlamışlardır:

1. Ne kadar sıklıkla kendi dışınızdaki güçlerin zihninizi kontrol ettiğini hissediyorsunuz?
2. Ne kadar sıklıkla size ait olmayan düşüncelerin zihninize yerleştirildiğini hissediyorsunuz?
3. Ne kadar sıklıkla size zarar vermek isteyen insanların var olduğunu hissediyorsunuz?

Bunların dışındaki tüm belirtileri "Diğer psikotik belirtiler" olarak adlandıran araştırmacılar psikiyatrik hastalarda saldırganlık hızının yüksek olmasından TCO belirtilerinin sorumlu olduğunu öne sürmektedirler.

Şiddet Davranışının Temel Hızları

Şiddet riskinin değerlendirilmesinde kullanılan "Temel hız" kavramı belirli bir zaman diliminde belirli bir popülasyonda özgül bir şiddet davranış tipinin bilinen prevalansıdır.

Önceki çalışmalarda hastanelerden taburcu edilen hastalarda saldırganlık suçu nedeniyle tutuklanmalarının sayısı araştırılarak elde edilen temel hız oranları çok düşük iken (bir yıl içinde %2-5) (Steadman ve ark. 1978) son yıllarda araştırma kapsamına alınma ölçütlerinin yalnızca tutuklanma ile kısıtlı tutulmamaları, kişilerin tekrar hastaneye yatışlarının da değerlendirme kapsamına alınması sonucu bu oran %25-30'lara yükselmiştir (Klassen ve O'Connor 1990).

ŞİDDET DAVRANIŞI İÇİN RİSK ETMENLERİ

Şiddet davranışı için risk etmenleri dört başlıkta toplanabilir:

1. Bireysel etmenler.
2. Öyküsel etmenler.
3. Klinik etmenler.
4. Diğer etmenler.

1. BİREYSEL ETMENLER (Borum ve ark. 1996, Reid ve Balis 1987, Tardiff 1987, Dietz 1987)

Demografik Özellikler (Tardiff ve Koenigsberg 1985, Holinger 1980)

Şimdiki yaşı: Gençlik dönemi suç eğilimi için riskin en yüksek olduğu dönemdir. Psikopatlerde saldırganlık hızı erken erişkinlikten sonra durağanlaşır. Madde bağımlılarında ise yaşla birlikte görülen azalma daha yavaştır.

Sosyo-ekonomik durum: Düşük sosyo-ekonomik düzeyde şiddet olaylarının görülme sıklığı üç kat daha fazladır. Genel popülasyonda erkeklerde saldırgan

davranış hızı kadınlardan daha yüksektir. Ruhsal hastalığı olanlarda ise temel şiddet hızı cinsler arasında farklılık göstermemektedir. Geniş toplum örneklemelerinde sosyo-ekonomik durum ve diğer demografik değişkenler kontrol edildiğinde ırk belirgin bir risk etmeni değildir.

Bilişsel

Zeka düzeyi: Düşük zeka düzeyi veya entellektüel kayıplar riski artırır.

Nörolojik hastalıklar: Kafa travması, temporal lob epilepsisi, iktal, postiktal, interiktal dönemler bazen artmış saldırganlık riski ile ilişkilidir.

Kişilik

Psikopati: (Burada kullanılan psikopati kavramı anti-sosyal kişilik bozukluğu ile eşdeğer değildir). Dürtüsel, duygusal labilite, kolay uyarılabilirlik, engellenme eşiğinin düşük olması, nesne ilişkilerinde sürekliliği sağlayamama, ben-merkezci olma, sosyal ilgisizlik, düşük benlik saygısı, eleştiriyi tolere edememe, kendi davranışlarını gözleyememe, yüzeysel çekiciliği olan, empati eksikliği olan, hilekar, ilke ve amaçları olmayan, sorumsuz davranışları olan ve sosyal normlara uymama eğilimi gibi sosyal sapma davranışlarını içeren kişilik özelliklerini açıklamaktadır. Bu bozukluk ilk kez çocuklukta ortaya çıkar, ergenlikte artış eğilimi gösterir ve geç erişkinliğe dek sürer. Bu tür özellikler şiddet ve suç ile yakından ilişkilidir.

Bilişsel uygunluk: Saldırganlık eğilimi, şiddet fantazileri, şiddetin başarısı veya aracı ile ilgili beklentiler.

Duygulanımda uygunluk: Öfke ve kin, şiddet isteğini artırır. Empati, suçluluk, kaygı veya korku ise şiddet davranışını engeller.

Öfke kontrolü: Öfke saldırganlığın hızlandırıcısıdır. Öfke ile baş etme zorluğu, patlayıcı öfke nöbetleri riski artırıcı etmenlerdir.

Dürtüsellik: Dürtüsel özelliği olan kişiler düşünmeden saldırgan yanıtlar verme eğilimi gösterirler ama sonradan pişmanlık hissederler.

2. ÖYKÜSEL ETMENLER

Sosyal Öykü (Borum ve ark. 1996, Fenn 1990)

Aile çevresi: Erken ev yaşantısında şiddet, ebeveynlerde ağır psikopatoloji, çocuklukta istismar edilme, evde şiddet içeren davranışlara tanık olma ile erişkinlikteki saldırgan davranışlar ilişkilidir.

İş ve yerleşim yeri düzensizliği: Sürekli bir yerleşim yerinin olmayışı ve işsizlik riski artırır.

Eğitim öyküsü: Düşük eğitim düzeyi.

Şuç ve Şiddet Öyküsü

Suç ve şiddet davranışı öyküsü: Geçmişte şiddet içeren davranışın oluşu gelecekteki şiddetin en iyi habercisidir. Herbir geçmiş atak, riski artırır. Beşten fazla saldırı öyküsü olanlarda risk %50'nin üzerine çıkmaktadır.

İlk ciddi atağın yaşı: İlk şiddet içeren saldırı veya tutuklanma çocukluk dönemine rastlıyorsa risk artar.

3. KLİNİK ETMENLER (Borum ve ark. 1996, Binder ve McNiel 1988)

Majör ruhsal hastalık: Tanı alanlarda saldırganlık riski almayanlardan 3-5 kat daha fazladır. Majör psikotik veya affektif hastalığı olanların yaklaşık %11-13'ünün bir önceki yılda saldırgan bir davranış sergiledikleri gösterilmiştir. Çoğul tanı ve eşanlı madde kötüye kullanımı riski artırır.

Aktif psikotik belirtiler: Algılanan tehdit ve kendi kontrolünün azalmasının üstüste binmesi ile ilgili belirtiler (TCO).

Madde kötüye kullanımı: Hiç tanı almayanlara göre alkol kötüye kullanımında veya bağımlılığında saldırganlık prevalansı 12 kat, madde bağımlılığında ise 16 kat daha fazladır. Eş tanıli madde bağımlılığı majör ruhsal hastalığı olan kişilerin riskini arttırmaktadır.

4. DİĞER ETMENLER

Algılanan stres: Aile, akran grubu ve iş ile ilgili zorlayıcı etmenler (örselenmeler, kırgınlıklar, aşağılanmalar, kişiler arası zorlanmanın önemli kaynaklarıdır).

Zayıf sosyal destek: Anlamlı sosyal destek eksikliği, kaotik aile yaşantısı ve evde şiddet, riski artırır.

Kurbanların uygunluğu: Geniş bir kurban yelpazesinin olması veya küçük bir grupta tekrarlanan saldırılar (eşe şiddet kullanma gibi) saldırganlığı kolaylaştırır.

Silah ve saldırı araçlarını kolay elde edebilme: Silahlarla uğraşma, eğitimini alma, düzenli taşıma ve kullanma.

Alkol ve maddenin kolay elde edilebilmesi.

Daha önceki şiddet davranışı ile benzerlik gösterme: Daha önceki şiddet davranışı koşulları ile

gelecekteki koşulların benzerlik göstermesi riski artıran etmenlerdendir.

Klinisyenlerin potansiyel olarak saldırgan olan hastaları değerlendirip bu hastalara farklı ortamlarda (psikiyatrik aciller, ruh sağlığı hastaneleri, genel hastanelerin ruh sağlığı klinikleri, adli servisler, özel muayenehaneler) nasıl yaklaşacakları konusunda acilen karar vermeleri gerekmektedir. Elde edilen bilginin tipi ve miktarı ile verilecek kararın gerçekleştirilmesi için gereken zaman dilimi şartlara göre değişmektedir.

SALDIRGAN HASTAYA YAKLAŞIM

HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ (Reid ve Balis 1987, Slaby 1994, Tupin 1975)

Geliş şekli ne olursa olsun potansiyel olarak saldırgan olan bir kişiye müdahale edilecek ortamın çok karmaşık, pahalı veya lüks olması gerekmez. Tecrit olmaksızın gizlilik, baskısız güvenlik, kolay kırılmayan eşyalarla hastanın rahat etmesini sağlama ve incitmeden saygı gösterme prensip edinilmelidir (Reid ve Balis 1987).

Tecrit olmaksızın gizlilik: Hasta ve yakınlarının rahat ve serbestçe klinisyen ile görüşebilecekleri, gizliliğe dikkat edilen, hem hastanın hem de hekimin kendini güvende hissedebileceği şekilde tecrit edilmemiş bir ortamda değerlendirme yapılmalıdır. Öncelikle hem hastanın kendi üstü hem de eşyaları aranmalıdır. Odada veya görünebilir bir yerde güvenlik personelinin bulunması görüşmeye zarar vermez, tersine hastayı sakinleştirip güven duymasını sağlayabilir.

Baskı olmaksızın güvenlik: Birçok yazara göre değerlendirmeye başlanmadan önce hastanın kontrolü sağlanmalıdır (Tupin 1983). Sedatize hastanın değerlendirilmesi daha sonra tekrar gözden geçirilmedir.

Kolay kırılmayan eşyalarla hastanın rahat olmasının sağlanması: Konfüze, korku dolu, kaygılı, aşağılanmış ve hatta fiziksel olarak acı hisseden hastanın yumuşak bir yere oturtulması ve kendisine yiyecek bir şeyler verilerek rahat etmesi sağlanmalıdır.

İncitmeden saygı gösterme: Hastaya suçlu, yeteneksiz veya iğrenç birisiymiş gibi davranmadan ona saygı ile yaklaşılarak hem değerlendirme hem de tedavi çok daha kolay sağlanır.

Donanım: Saldırgan hastanın değerlendirilmesinde

hasta ve hekimin rahat hareket edebileceği büyük bir odaya gereksinim vardır. Bazı durumlarda diğer personelle de görsel iletişim kurulabilecek açık alan tercih edilmelidir. Bu tür yerler gizliliği de azalttığı için düşmanca etkileşim olmadan güvene dayalı bir ilişki kurulmasına yardımcı olabilir. Hem doktor hem de hastanın kendini kapana sıkışmış gibi hissetmemesi için muayene odasının iki çıkışı olmalıdır. Kapının aralık bırakılması hastanın ve hekimin kendini daha rahat hissetmesini sağlayabilir. Hekim görüşme sırasında kendini rahatsız hissettiğinde görüşmeye başka kişileri de alabilir. Optimal fiziksel donanım sağlanamıyorsa personel sayısı artırılmalıdır. Görüşme sırasında hekim güvenlik konusunda açık olmalıdır; "Bu görüşme sırasında hem sizin hem de benim kendimizi güvende hissetmemiz gerekmektedir. Kimsenin zarar görmemesi için A' beye bizimle oturmasını rica edeceğim" gibi. Diğer kurallar da sözelleştirilmelidir; "Sizin sorunlarınızı anlamak ve yardımcı olmak için buradayız. Bu nedenle burada ikimiz de zarar görmek istemeyiz düşüncesindeyim." Ses tonu doğal ve yargısız olmalı. Klinisyen şiddeti onaylamadığını vurgulamalıdır. Hızlı ve aşırı el hareketlerinden kaçınmalı, paranoid korku atağını önlemek için ellerini görüşme sırasında görünür bir yerde tutmalıdır.

HASTANIN MUAYENESİ

Saldırganlık, bir tek hastalığa ait tek bir belirti olmadığına göre klinisyen tam bir ayırıcı tanıyı yapabileceği öyküyü aldıktan sonra şiddet içeren davranışı sorgulamalıdır. Psikopatoloji ile ilgili belirti ve bulgulara (özellikle paranoid içerikli psikotik belirtiler, madde ve alkol kötüye kullanımı) özellikle dikkat edilmelidir. Bazı hastalar ruhsal durum muayenesine koopere olamazken bazıları da fizik inceleme veya laboratuvar tetkiklerini reddedebilir. Ama görüşme ile sıklıkla ikna edilebilirler.

Şiddet öyküsünün soruşturulması:

- Siz de öfkesini kontrol etme konusunda sorunu olan insanlardan mısınız?
- Hiç kızgınken kendinizi başkalarına vururken veya eşyalara zarar verirken bulduğunuz oldu mu?
- Çok fazla saldırgan olduğunuz davranışınız neydi?
- Saldırgan olmaya en yakın geldiğiniz an ne oldu?
- Hiç birini fiziksel olarak incitebileceğiniz konusunda endişelendiğiniz oldu mu?

Bu sorulardan herhangi birine olumlu yanıt verilirse değerlendirme derinleştirilmelidir. Ayrıca rutin olarak davranışı tarama soruları da sorulmalıdır. Tüm bilgi kaynaklarının araştırılması, tutuklanma, hapsolme, hastaneye yatırılma, evde şiddet gösterme ve diğer kavgalar soruşturulmalıdır. Eğer hastada belirgin bir saldırgan davranış öyküsü varsa ve bu konuda tehditler savuruyorsa klinisyen:

- Sözel saldırganlık,
- Nesnelere karşı fiziksel saldırganlık,
- Kişilere karşı fiziksel saldırganlık durumunun doğasını ve tetikleyici etmenlerini araştırmalıdır.

Şiddet içeren davranışın detaylı incelenmesi:

- Saldırganlığınız başkalarının zarar görmesine neden oldu mu?
 - Bu sırada hiç silah kullandınız mı?
 - Bu olay olduğunda neredeydiniz?
 - Hasta, olaya yol açan nedenlerle ilgili ne düşünüyor?
 - Bu olaylar sırasında hasta neler hissediyordu?
 - Olay sırasında hasta ilaç veya alkol kullanıyor muydu?
 - İlaç veya alkol diğer olayları da tetiklemiş olabilir mi?
 - Hastada sanrı veya varsanı gibi psikotik belirtiler var mı?
 - En son olay sırasında hasta ilaç tedavisi görüyor mu? Diğer olaylarda görüyor muydu?
 - Son olayın kurbanı kim? Diğer olayların kurbanları kimlerdi?
 - Kurbanın hasta ile olan ilişkisi nedir?
 - Hastanın şiddet ataklarında belirgin bir patern izleniyor mu?
- Tüm bu inceleme sonucunda klinisyen, hastanın şiddet ataklarında var olan belirgin paterni, bu atakların şiddetini ve frekansını ve bununla ilgili olabilecek etmenleri tekrar değerlendirmelidir. Tüm bu veriler:
- En çok üzerinde durulması gereken saldırgan davranışın tipinin,
 - Tekrar olma olasılığının (örneğin, hastanın şimdiki davranışı ile geçmişteki saldırgan davranışı ne ölçüde benziyor?)

- En etkili olabilecek tedavi yöntemlerinin saptanmasına yardımcı olacaktır.

Riskin Değerlendirilme Basamakları (Borum ve ark. 1996).

- Gidiş ve sonucu belirleyiniz. Ne tür bir şiddet davranışı ile karşı karşıyasınız?

- Hasta için bir karşılaştırma sınıfı belirleyiniz. Hasta saptanan demografik risk etmenleri içinde nereye uyuyor?

- Bu karşılaştırma sınıfı için temel hızı belirleyiniz.

- Riski arttıracak veya azaltacak etmenleri değerlendiriniz.

Eksitasyon; inhibisyon; alışkanlık düzeyi; durum değerlendirilmesi.

- Şiddet davranışı olasılığının temel hızın altında veya üstünde mi olduğunu saptayınız.

- Şiddet davranışının olasılığının yüksek veya düşük olabileceği durumları belirleyiniz.

- O birey için var olan özgül klinik durumları saptayınız.

Bu değerlendirme sonrasında bireyin şiddet riskinin düzeyi belirlenir. Risk değerlendirmesinde en zor adım herhangi bir girişimin gerekip gerekmediğine karar verebilmektir. Eğer klinisyen bu konuda karar vermekte zorlanıyorsa meslektaşları ile birlikte tekrar değerlendirmelidir.

Zarar Olasılığını Azaltma Yolları

Girişimin gerekliliği belirlendikten sonra klinisyen hangi yöntemlerle zarar riskinin azaltılabileceğine karar vermelidir. Bu kararı formüle ederken olası zararın tipi, olasılığı, riski arttıracak veya azaltacak olaylar dikkate alınmalıdır. Monahan saldırgan hastaya yönelik girişimi üç ana kategoride incelemiştir:

1. Güçsüzleştirme (inkapasitasyon): Hastaneye yatırma, gözlem altında tutma gibi doğrudan hastaların başkalarına zarar verme riskini azaltmayı amaçlayan durumları içermektedir. Psikotik belirtiler gibi hedef sendromlar belirlenirse tıbbi tedavi yararlı olacaktır. Tıbbi tedavinin yakın takip gerektirdiği yavaş etkilediği gözönüne alındığında fiziksel tespit güçsüzleştirmenin temel taşı oluşturmaktadır.

2. Hedefe ulaşmayı zorlaştırma: Potansiyel kurbanları uyarma veya yasal zorlamalarla risk altındaki kişilerin korunmasını sağlamayı içermektedir.

Psikotik hasta ilk kez istem dışı hastaneye yatırılmış ise potansiyel kurbanın uyarılması için henüz erkendir. Çünkü burada hastanın yatırılmasındaki esas amaç hastayı tedavi etmektir.

3. Yoğunlaştırılmış tedavi: Oturum sayısını ve tıbbi tedaviyi arttırmayı içermektedir. Yoğun ayaktan hasta programları ile gündüz hastanesi uygulamaları başarılı olabilir. Tedavi şiddet potansiyelini azaltmayı amaçlamalı ve sonuçlar günlük olarak takip edilmelidir.

YAKLAŞIM: Saldırgan hastalar muayene ve tedavi amacıyla hastaneye aileleri, polis veya başkaları tarafından veya doğrudan kendi başlarına başvurlar. Hasta:

- Saldırgan davranacağından korkar.

- Saldırgan davranmayı planlar.

- Saldırgan davranmaktadır.

- Geçmişte saldırgan davranışta bulunmuştur.

Her dört durumda da hastanın değerlendirilmesi ve hastaya yapılacak müdahale farklıdır.

Hasta için size ilk haber geldiğinde öncelikle hastanın üzerinin aranması ve varsa silahının alınması talimatını veriniz. Ayrıca hastanın bulunduğu yere hastayı zaptedebilecek sayıda güvenlik personelinin ulaşmasını sağlayınız. Tespit ekibinin organizasyonu ve tespit işlemi önemlidir. Eğer hasta aktif olarak saldırgan ise hastanın tespiti ve sedasyonu yapılır. Fiziksel tespit işlemleri (Soloff 1987, Wise ve Rundell 1994):

1. Eğer hasta silahlı ise güvenlik veya polisi çağırınız ve silahının alınmasını sağlayınız. Eğer hasta silahlı değilse yeterli personel bulunmasını sağlayınız. Bu işlem için en az beş erişkin gerekmektedir.

2. Herkesin ayrı bir ekstremitte ve kafayı tespit etmesini planlayınız. Tespit işlemi yalnızca psikiyatristin talimatı ile yapılmalıdır.

3. Bir hemşirenin sedatif enjeksiyonu için hazır olması sağlanmalıdır.

4. Eğer hastanın halen intravenöz kateterleri varsa yumuşak tespit sağlanmalıdır. Çoğu durumda deri bağlamalar tercih edilmelidir.

Amerikan Psikiyatri Birliği tespit edilen veya kapatılan hastanın ilk bir saati takip eden süre içinde hekim tarafından görülmesini önermektedir (Soloff 1987). Tespit işleminin devamı gerekiyorsa buna hekim tarafından karar verilir ve sürdürme nedenleri

yazılı olarak dosyaya konmalıdır. Hekim günde en az iki kez hastayı görmelidir. Eğer hastanın klinik durumu daha yakından takibi gerektiriyorsa (hızlı nöroleptik tedavisi görüyorsa veya madde yoksunluğu döneminde ise) takipler buna göre düzenlenir. Kapatılma kararı genelde 12 saat için verilir. Her bir uzatma kararında nedenleri yazılı olarak belgelenir. Eğer 72 saat sonunda hala kapalı kalması gerekiyorsa bu, hastane müdürü veya klinik sorumlusu tarafından onaylanmalıdır. Her 15 dakikada bir hemşire gözlemi yapılmalı ve en az iki saatte bir de sözlü iletişim kurmaya çalışılmalıdır. Dört saatte bir tuvalet gereksiniminin sağlanması gereken hastaya bu durumunun gerekçeleri açıklanmalıdır.

KLİNİK DEĞERLENDİRME (Borum ve ark. 1996, Reid ve Balis 1987, Tupin 1975)

Psikiyatristin amacı durumun kontrolünü ele almak, etiyojolojiyi belirlemek, riski değerlendirmek ve hastayı tedavi etmektir.

Fizik Muayene: Doğrudan gözlem ile edinilecek bilgilere (duruş, konuşma, solunum, pupiller, koku ve deri durumu) veya basit klinik işlemlere (nabız, kan basıncı, vücut ısısı) dikkat edilmelidir. Madde kullanımına bağlı gelişen organik beyin sendromu (intoksikasyon, yoksunluk, deliryum, halüsinozis ve sanrısız affektif bozukluk) bulguları araştırılmalıdır. Hastanın saldırgan durumu kontrol altına alındığında hastaya gerekli bilgi verilerek endişelenmesi ve korkması engellenerek sistemik fiziksel ve nörolojik muayene yapılmalıdır.

Nörolojik muayene: Sıklıkla limbik sistem ile ilgili amigdala ve hipokampus alanı, temporal ve frontal lobda yer işgal eden lezyonlar saldırgan davranışa yol açabilirler. Ayrıca minimal beyin hasarı ve temporal lob epilepsisi de şiddet davranışı ile ilgilidir. Nörolojik muayene, nörolojik yumuşak işaretleri, uyku, fotik ve hiperventilasyon uyaranlı EEG tetkiklerini de içermelidir. Manyetik rezonans görüntüleme, tek foton emisyon komputere tomografi, pozitron emisyon tomografi ve beyin elektrik aktivite haritasının da tanıda önemli olduğu bildirilmiştir.

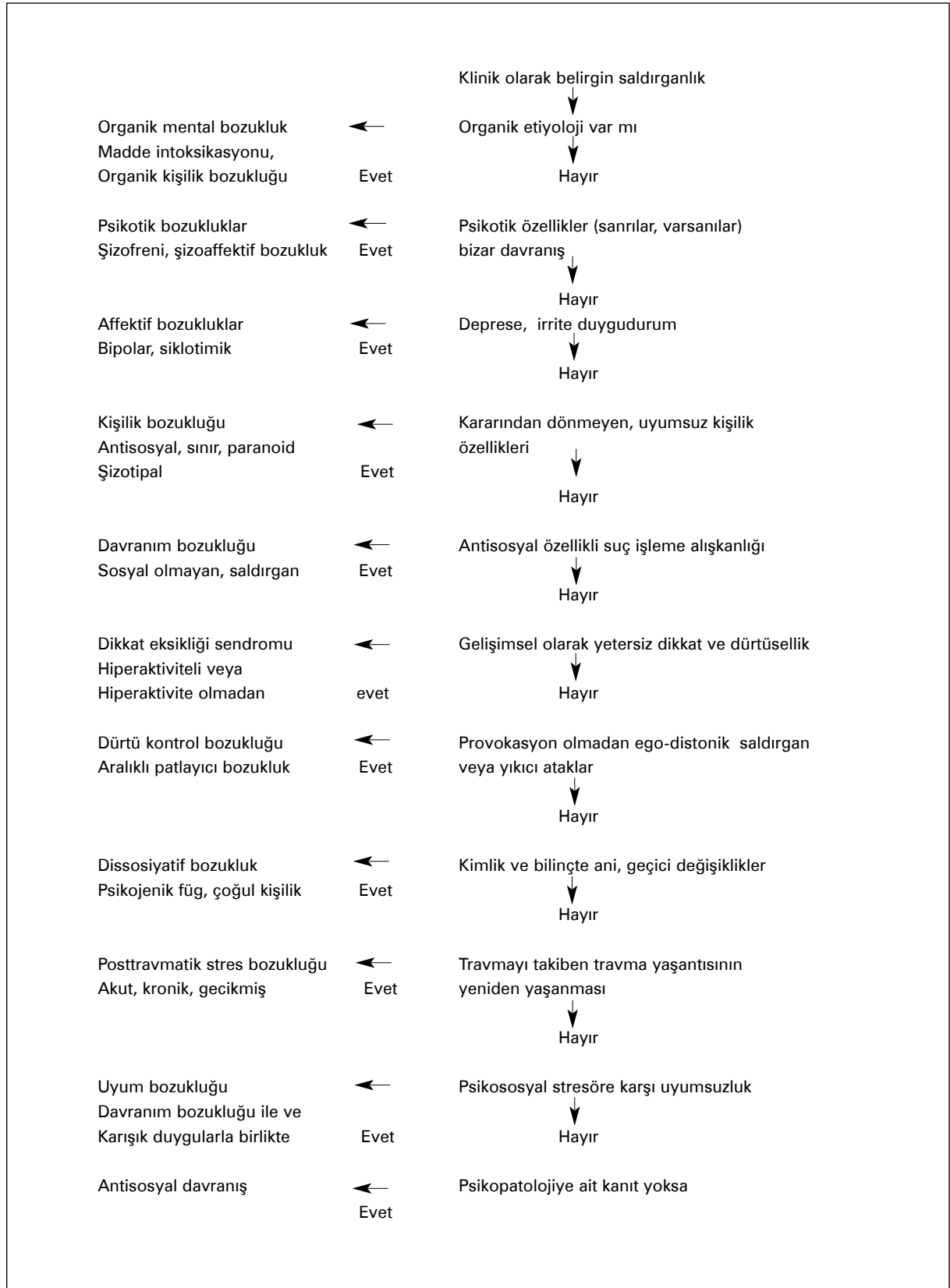
Ruhsal durum muayenesi: Ruhsal durum muayenesi; fantezileri, planları, tetikleyen uyarı, suçluluk duygusunu, şiddet nesnesini, alkol ve ilaç kullanımını da kapsamalıdır. DSM-III, DSM-III-R ve DSM-IV tanı kodları açısından saldırgan davranışı açıklamaya yetmemektedir. Psikiyatrist, saldırgan davranışın bir ruhsal hastalığın belirtisi olup olmadığına karar verecek,

hastaya müdahale edilecek yöntemi, tedavi şeklini ve prognozu belirleyecek olan uzmandır.

Psikolojik testler: Eğer minimal beyin hasarı veya mental retardasyon düşünülüyorsa zeka testi uygulanabilir. Bender Gestalt, Wechsler hafıza testleri ve nöropsikolojik testler organik beyin hasarının tespitinde kullanılabilir. Kronik olarak aşırı kontrollü kişilerde MMPI hostilite alt ölçeği yükselir. Ayrıca psikopatik sapma ve histeri alt ölçeğindeki yükselmeler de saldırgan hastaların özelliklerindedir.

Ayrırcı Tanı:

1. Temporal lob epilepsisi.
2. Sanrısız bozukluk.
3. Fensiklidin, amfetamin, LSD gibi maddelerin aşırı dozuna bağlı gelişen organik mental bozukluk.
4. Majör depresyon.
5. Temporal lob ve diğer beyin tümörleri.
6. Bipolar bozukluk.
7. Hipoglisemi.
8. Deliryum.
9. Episodik diskontrol bozukluğu.
10. Sempatometik ilaçların yol açtığı psikoz.
11. Borderline kişilik bozukluğu.
12. Posttravmatik stres bozukluğu.
13. Histerik psikoz.
14. İdiopatik alkol zehirlenmesi.
15. Alkol paranoyası.
16. Alkol halüsinozisi.
17. Kronik organik beyin sendromu.
18. Paranoid kişilik bozukluğu.
19. Paranoid tip şizofreni.
20. Katatonik eksitasyon.
21. Antisosyal kişilik bozukluğu.
22. Dekompanse obsesif-kompulsif bozukluk.
23. Dissosiyatif bozukluk.
24. Homoseksüel panik.
25. Barbitürat, trisiklik, tetrasiklik, monoamin oksidaz inhibitörü veya benzodiazepin tedavisinin yan etkileri.



Şekil 1. Saldırgan davranışın tanı ağacı

26. Belirgin ruhsal hastalık olmaksızın sosyal uyumsuzluk.

TIBBİ TEDAVİ

Eğer hastanın değerlendirmesi sonucunda ilaç tedavisi gerekiyorsa hasta tespit edilmeden veya kapatılmadan önce yapılmalıdır. Hem sedasyonun titre edilmesini sağlamak hem de yan etkileri en aza indirmek açısından ilaç yavaşça ve damar içine uygulanmalıdır.

Hızlı nöroleptizasyon: Yüksek potanslı antipsikotik ilaçların dikkatlice titre edilerek parenteral uygulanmasıdır. Bu yöntemle klinik yanıt hızlıdır. Düşünce bozukluğu, sanrılar ve varsanılar gibi çekirdek belirtiler 10 mg haloperidolun uygulanmasını takiben ilk altı saat içinde düşmanlık ve kavgacılık ise ilk 20 dakika içinde düzelme gösterir (Donlon ve ark. 1979, Donlon ve ark. 1980). Birçok akut psikotik hastada ise semptomların yatışması 24-72 saat sürer. Yükleme dozu ise çalışmalar arası farklılık göstermektedir. Günlük haloperidol im. tek doz olarak 2.5 mg ile 30 mg arasında kullanılmaktadır. Ayrıca günlük tek doz olarak kullanıldığı gibi 20 dakika aralıklarla da günlük toplam doz 100 mg'a dek çıkarılabilir. Yüksek ve düşük doz karşılaştırmalı çalışmalar günlük 15-45 mg haloperidol ile optimum yarar elde edildiğini göstermektedir (Anderson ve ark. 1976). Her ne kadar sedasyon gibi bazı etkiler yüksek doza ilk 24-48 saat içinde daha iyi yanıt veriyor olsa da tüm etkinlik açısından yüksek dozun düşük doza herhangi bir üstünlüğü gösterilememiştir (Eriksen ve ark. 1978). Hızlı nöroleptizasyonu takiben idame doza geçildiğinde dozun klinik gereksinimden daha yüksek olması ve olası yan etkiler nedeniyle parenteral haloperidol ile parenteral lorezepamın birlikte kullanılması önerilmiştir. Ayrıca kalçadan 20-40 mg haloperidol ve 200-500 mg klordiazepoksid birlikte 24 saat içinde bölünmüş dozlarda uygulandığında başarılı sonuçlar alınmıştır (Salzman ve ark. 1986).

Hızlı nöroleptizasyonda farklı protokoller uygulanmaktadır. Yüksek potanslı nöroleptiklerden düşük doz olarak her 4-8 saatte bir 5 mg haloperidol (1cc) günlük toplam doz 15-30 mg olarak önerilmiştir. Yüksek doz uygulamasında ise her yarım saatte bir 10 mg haloperidol im. günlük toplam doz 45-100 mg olarak önerilmiştir. Parenteral haloperidol tedavisinde ise 2-6 saatte bir 20-60 mg haloperidol uygulanmaktadır. 4-8 mg im. thiothixene (günlük toplam doz 16-60 mg) ve 5 mg im. flufenazin (günlük toplam doz 20-60 mg) de

kullanılan diğer yüksek potanslı nöroleptiklerdendir.

Düşük potanslı nöroleptikler daha az sıklıkta kullanılmaktadır. Klorpromazin için test dozu 10-25 mg olarak uygulanmaktadır. Eğer bir saat içinde ortostatik hipotansiyon gelişmezse her dört saatte bir 25 mg (düşük doz) veya 75 mg (yüksek doz) uygulanır. Klinik olarak uygun durum sağlanınca hızla oral alıma geçilir. İlk 24 saatte uygulanan parenteral doza eşdeğer oral dozun 2/3 ile 1.5 katı uygulanır.

Sedatif-hipnotik ilaçlar: Eğer amaç hastayı hızla sedatize etmek ise klinisyen, sedatif ve hipnotik ilaçları nöroleptiklere yeğleyebilir. Eğer deri bağlamalar veya kapatılma mümkün değilse bazı kliniklerde personelin yardımı ile hastaya %2.5-5 solüsyonda yavaş damar içine puşe edilmek yoluyla dakikada 1cc gidecek şekilde hasta uyuyana dek 200-500 mg sodyum amital uygulanır. Eğer yeterli doz ve süre uygulanmamışsa hastanın daha fazla huzursuz olmasına yol açar. Ayrıca laringeal spazm ve solunum depresyonu da oluşan komplikasyonlardır. Ayrıca barbitüratlar, alkol ve diğer sedatif hipnotiklerin merkezi sinir sistemi üzerine olan baskılayıcı etkilerini artırır. Bu nedenle en kısa sürede IM uygulamaya geçilmesi önerilmektedir. Hızlı nöroleptizasyona ve barbitürat narkozuna karşı diğer bir seçenek de damar içine diazepam (5-10 mg) uygulanmasıdır. Benzodiazepin türevi parenteral anestezik ilaç midazolam da nadiren de olsa saldırgan davranışa müdahalede kullanılmaktadır (Bond ve ark. 1989). Eritici sistemine bağlı olarak gelişen lokal venöz reaksiyonlar nedeniyle tekrarlayan dozlar önerilmemektedir. Ya su ile karıştırılmalı veya diğer ilaçlarla aynı şırınga içinde uygulanmalıdır.

Karbamazepin ve propranolol kin ve öfke patlamalarının tedavisinde kullanılmaktadır. Aralıklı patlayıcı bozuklukta karbamezapin, dikkat eksikliği hiperaktivite sendromunda ise propranolol daha etkilidir (Mattes 1990). Ayrıca beyin hasarı olan ve zeka özürü kişilerde de propranolol etkilidir (Ratey ve ark. 1983).

Tedavide kalite güvencesi (Slaby 1994): Hastaya uygulanan müdahale ve tedavinin yeterliliği ve yasalara uygunluğu da en az tedavinin başarısı kadar önemlidir. Kalite güvencesi ile ilgili konuları irdelemek amacıyla şu sorulara yanıtlar aranmaktadır:

1. Hastaya müdahale edilirken mümkün olan en az kısıtlayıcı yöntem seçildi mi?

2. Eğer hasta kapatıldı ise su, yiyecek ve tuvalet gereksinimleri karşılandı mı?
3. Eğer hasta tespit edildi ise bu yalnızca hastayı ve diğerlerini korumak için gereken süre ile sınırlandırıldı mı?
4. Acile gelen her hasta şiddet gösterme potansiyeli açısından değerlendirildi mi?
5. Eğer hastanın saldırgan olduğuna karar verildi ise hastayı, ailesini, arkadaşlarını ve diğer insanları korumak adına yeterli önlemler alındı mı?

SONUÇ

Psikiyatrist, psikolog ve diğer ruh sağlığı profesyonellerinden kendi hastaları için var olan belirgin saldırganlık riskini belirlemeleri istenmektedir. Klinikyenlerin her zaman doğru karar vermeleri gerekmektedir. Ama karar vermeye yetecek düzeyde bilgili ve kararlarında haklı nedenlerinin olması beklenmektedir. Kimyasal ve fiziksel müdahale tekniklerine değinen bu yazıda güvenli ve etkili tedavi yöntemleri de gözden geçirilmiştir.

KAYNAKLAR

- Anderson WH, Kuehnu JC, Catanzano DM (1976) Rapid treatment of acute psychosis. *Am J Psychiatry*, 133:1076-1078.
- Binder RL, McNeil DE (1988) Effect of diagnosis and context on dangerousness. *Am J Psychiatry*, 145:728-732.
- Bond WS, Mandos LA, Kurtz MB (1989) Midazolam for aggressivity and violence in three mentally retarded patients. *Am J Psychiatry*, 146:925-926.
- Borum R, Swartz M, Swanson J (1996) Assessing and managing violence risk in clinical practice. *J Prac Psych Behav Health*, 2(4):205-222.
- Dietz PE (1987) Patterns in human violence. *APP Review of Psychiatry*, AJ Frances, RE Hales (Ed), 6. Cilt, Washington, APA, s.465-490.
- Donlon PT, Hopkin JT, Tupin JP (1979) Overview: efficacy and safety of the rapid neuroleptization method with injectable haloperidol. *Am J Psychiatry*, 136:273-278.
- Donlon PT, Hopkin JT, Tupin JP (1980) Haloperidol for acute schizophrenic patients: an evaluation of three oral regimens. *Arch Gen Psychiatry*, 37:691-695.
- Ericksen SE, Hur SW, Chang S (1978) Haloperidol dose, plasma levels and clinical response: a double-blind study. *Psychopharmacol Bull*, 13:5-16.
- Fenn H (1990) Violence: Probability versus prediction. *Hosp Comm Psychiatry*, 41:117.
- Fromm E (1984) İnsandaki Yıkıcılığın Kökenleri. 1. Cilt, Çev: Şükrü Alpagut, Payel Yayınevi, İstanbul, s.39-68.
- Holinger PC (1980) Violent deaths as a leading cause of mortality: an epidemiologic study of suicide, homicide and accidents. *Am J Psychiatry*, 137:472-476.
- Klassen D, O'Connor WA (1990) Assessing the risk of violence in released mental patients. A cross validation study. *Psychological Assessment*. *J Consult Clin Psychol*, 1:75-81.
- Mattes JA (1990) Comparative effectiveness of carbamazepine and propranolol for rage outbursts. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2:159-164.
- Mossman D (1994) Assessing predictions of violence being accurate about accuracy. *J Consult Clin Psychol*, 62:783-792.
- Poythress NG (1990) Avoiding negligent release. Contemporary clinical and risk management strategies. *Am J Psychiatry*, 147:994-997.
- Ratey JJ, Morril R, Oxenkrug G (1983) Use of propranolol for provoked and unprovoked episodes of rage. *Am J Psychiatry*, 140:1356-1357.
- Reid WH, Balis GU (1987) Evaluation of the violent patient. *APP Review of Psychiatry*, AJ Frances, RE Hales (Ed), 6. Cilt, Washington, APA, s.491-509.
- Salzman C, Green AL, Rodriguez-Villa F (1986) Benzodiazepines combined with neuroleptics for management of severe disruptive behavior. *Psychosomatics*, 27(Suppl):17-26.
- Slaby AE (1994) *Handbook of Psychiatric Emergencies*. Connecticut, Appleton and Lange, s.254-261.
- Soloff PH (1987) Emergency management of violence patients. *APP Review of Psychiatry*, AJ Frances, RE Hales (Ed), 6. Cilt, Washington, APA, s.510-536.
- Steadman HJ, Cocozza JJ, Melick ME (1978) Explaining the increased arrest rate among mental patients. The changing clientele of state hospitals. *Am J Psychiatry*, 135:816-820.
- Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK ve ark. (1990) Violence and Psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hosp Comm Psychiatry*, 41:761-770.
- Tardiff K (1984) Characteristics of assaultive patients in private psychiatric hospitals. *Am J Psychiatry*, 141:1232-1235.
- Tardiff K (1987) Determinants of human violence. *APP Review of Psychiatry*, AJ Frances, RE Hales (Ed), 6. Cilt, Washington, APA, s.451-464.
- Tardiff K, Koenigsberg HW (1985) Assaultive behavior among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 142:960-963.
- Tardiff K, Sweillam A (1980) Assault, suicide and mental illness. *Arch Gen Psychiatry*, 37:164-169.
- Tardiff K, Sweillam A (1982) The occurrence of assaultive behavior among chronic psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*, 139:212-215.
- Tupin JP (1975) Management of violent patients. *Manual of Psychiatric Therapeutics*, 1. baskı. RI Shader (Ed), Boston, Little Brown and Company, s.125-136.
- Tupin JP (1983) The violent patient: a strategy for management and diagnosis. *Hosp Comm Psychiatry*, 34:37-40.
- Wise MG, Rundell JR (1994) Concise guide to consultation Psychiatry. Washington, APA, 1994.