

T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ADLI
PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE
YÖNLENDİRİLEN OLGULARIN
RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Cüneyt ERSOLAK

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Hacer Akgül CEYHUN

ERZURUM-2020

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLOLAR DİZİNİ	iv
KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TEŞEKKÜR	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Adli Psikiyatri	2
2.1.1. Tanım.....	2
2.1.2. Ceza Hukuku	2
2.1.2.1. Genel Olarak.....	2
2.1.2.2. Ceza Ehliyeti.....	4
2.1.2.3. Akıl Hastalarına Özgü Güvenlik Tedbirleri	5
2.1.2.4. Ceza Sorumluluğunun Esası ve Cezanın İşlevi	6
2.1.2.5. Önleyici Ceza Hukuku.....	7
2.1.3. Medeni Hukuk.....	7
2.2. Şiddet ve Saldırganlık	9
2.2.1. Tanım.....	9
2.2.2. Şiddet Riskinin Değerlendirilmesi	10
2.2.3. Şiddetin Nörobiyolojisi	12
2.3. Ruhsal Bozukluklar ve Adli Psikiyatri.....	13
2.3.1. Şizofreni	13
2.3.2. Kişilik Bozuklukları	23
2.3.2.1. Genel Olarak.....	23
2.3.2.2. Antisosyal Kişilik Bozukluğu.....	25
2.3.2.3. Sınırdaki Kişilik Bozukluğu	26
2.3.2.4. Paranoid Kişilik Bozukluğu.....	27
2.3.3. Duygudurum Bozuklukları.....	27
2.3.4. Anlıksal Yetersizlik	30
2.3.5. Nörobilişsel Bozukluklar.....	32

2.4. Ruhsal Bozukluğu Olan Mağdurlar.....	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
4. BULGULAR.....	41
4.1. Genel Olarak	41
4.2. Olguların Sosyodemografik özellikleri	41
4.3. Ceza Hukuku Kapsamında Değerlendirilen Olguların Gönderilme Nedenleri ve Tanıları	45
4.4. Medeni Hukuk Kapsamında Gönderilen Olguların Gönderilme Nedenleri ve Tanıları	47
4.5. Ceza Hukuku Kapsamında Değerlendirilen Olgular.....	49
4.5.1. Fail Olarak Gönderilen Olgular.....	49
4.5.1.2. Tüm Faillerin Değerlendirilmesi	49
4.5.1.2.1. Faillerin Sosyodemografik Özellikleri.....	49
4.5.1.2.2. Faillere Konulan Tanılar	51
4.5.1.2.3. Faillerin Suç Dağılımı ve Suç Özellikleri.....	51
4.5.1.2.4. Faillerin Ceza Sorumluluğu	53
4.5.1.2.5. Yaşlı Failler.....	54
4.5.1.3. Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin Değerlendirilmesi	54
4.5.1.3.1. Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin Sosyodemografik Özellikleri	54
4.5.1.3.2. Ruhsal Bozukluğu Olan Faillere Konulan Tanılar	55
4.5.1.3.4. Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin Ceza Sorumluluğu.....	58
4.5.1.3.6. Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin Klinik Özellikleri	60
4.5.1.3.6.1. Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin Hastaneye Yatış Öyküsü	60
4.5.1.3.6.2. Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerde Kişilik Bozukluğu Eş Tanısı.....	60
4.5.1.3.6.3. Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerde Madde Kullanım Bozukluğu Eş Tanısı.....	61
4.5.1.3.6.4. Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin Suç Öncesi Alkol/Madde Kullanımı	62
4.5.1.4. Şiddet Suçu İşleyen Ruhsal Bozukluğu Olan Failler.....	62
4.5.1.4.1. Şiddet Suçu İşleyen Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin Tanıları	63

4.5.1.4.2. Şiddet Suçu İşleyen Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin İşlediği Suçlar	63
4.5.1.4.3. Şiddet Suçu İşleyen Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin Ceza Sorumluluğu.....	64
4.5.1.4.4. Şiddet Suçu İşleyen Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin Suç Öyküsü	64
4.5.1.4.5. Mağdurun Faile Yakınlığı.....	65
4.5.1.4.6. Şiddet Suçunun Yeri	66
4.5.1.4.7. Şiddet Suçunun Motivasyonu	66
4.5.2. Ruhsal Bozukluğu Olan Mağdur Şeklinde Gönderilen Olgular.....	67
4.5.2.1. Ruhsal Bozukluğu Olan Mağdurların Sosyodemografik Özellikleri ...	67
4.5.2.2. Ruhsal Bozukluğu Olan Mağdurların Tanıları	68
4.5.2.3. Ruhsal Bozukluğu Olan Mağdurların Karşılaştıkları Suçlar	69
4.5.3. Mağdurda Ruhsal Bozukluk Gelişip Gelişmediği Sorulan Olgular	70
4.5.3.1. Mağdurda Gelişen Ruhsal Bozukluklar.....	70
4.5.3.2. Ruhsal Bozukluk Gelişen Mağdurların Maruz Kaldıkları Suçlar	70
4.6. Medeni Hukuk Kapsamında Gönderilen Olgular.....	71
4.6.1. Vesayet Gerekliliğinin Değerlendirilmesi İçin Gönderilen Olgular	71
4.6.2. Velayet Uygunluğunun Değerlendirilmesi İçin Gönderilen Olgular	74
4.6.3. Medeni Hukuk Kapsamında Gönderilen Diğer Olgular.....	75
5. TARTIŞMA	76
6. SONUÇ.....	112
KAYNAKLAR	114

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Olguların Cinsiyete Göre Dağılımı	42
Tablo 2. Olguların Yaşa Göre Dağılımı	42
Tablo 3. Olguların Medeni Duruma Göre Dağılımı	43
Tablo 4. Olguların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	44
Tablo 5. Olguların Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	44
Tablo 6. Ceza Hukuku Kapsamında Gönderilme Nedenleri ve Tanılara Göre Dağılım	46
Tablo 7. Medeni Hukuk Kapsamında Gönderilme Nedeni ve Tanılara Göre Dağılım	48
Tablo 8. Fail Olarak Gönderilen Olgular, Sosyodemografik Veriler	50
Tablo 9. Tüm Failler, Konulan Tanılar	51
Tablo 10. Tüm Failler, Suçlar	52
Tablo 11. Tüm Failler, Suç Nesnesi	53
Tablo 12. Tüm Failler, Suçun Niteliği	53
Tablo 13. Tüm Failler, Ceza Sorumluluğu	53
Tablo 14. Ruhsal Bozukluğu Olan Failler, Sosyodemografik Veriler	55
Tablo 15. Ruhsal Bozukluğu Olan Failler, Suç ve Tanı Karşılaştırılması	57
Tablo 16. Ruhsal Bozukluğu Olan Failler, Suç ve Tanı Karşılaştırılması	57
Tablo 17. Ruhsal Bozukluğu Olan Failler, Ceza Sorumluluğu ve Tanı Karşılaştırılması	59
Tablo 18. Ruhsal Bozukluğu Olan Failler, Suç Öyküsü ve Tanı Karşılaştırılması	59
Tablo 19. Ruhsal Bozukluğu Olan Failler, Hastaneye Yatış Öyküsü ve Tanı Karşılaştırılması	60
Tablo 20. Ruhsal Bozukluğu Olan Failler, Kişilik Bozukluğu Eş Tanısı ve Tanı Karşılaştırılması	61
Tablo 21. Ruhsal Bozukluğu Olan Failler, Madde Kullanım Bozukluğu Eş Tanısı ve Tanı karşılaştırması	62
Tablo 22. Ruhsal Bozukluğu Olan Failler, Suç Öncesi Alkol/Madde Kullanımı ve Tanı Karşılaştırılması	62

Tablo 23. Ruhsal Bozukluğu Olan Şiddet Suçu işlemiş Failler, Suç ve Tanı Karşılaştırılması	63
Tablo 24. Ruhsal Bozukluğu Olan Şiddet Suçu işlemiş Failler, Ceza Sorumluluğu ve Tanı Karşılaştırılması	64
Tablo 25. Ruhsal Bozukluğu Olan Şiddet Suçu işlemiş Failler, Suç Öyküsü ve Tanı Karşılaştırılması	65
Tablo 26. Ruhsal Bozukluğu Olan Şiddet Suçu işlemiş Failler, Faile Yakınlık ve Tanı Karşılaştırılması	65
Tablo 27. Ruhsal Bozukluğu Olan Şiddet Suçu işlemiş Failler, Suç Yeri ve Tanı Karşılaştırılması	66
Tablo 28. Ruhsal Bozukluğu Olan Şiddet Suçu işlemiş Failler, Şiddet Motivasyonu ve Tanı Karşılaştırılması	67
Tablo 29. Ruhsal Bozukluğu Olan Mağdurlar, Sosyodemografik Verilere Göre Dağılım.....	68
Tablo 30. Ruhsal Bozukluğu Olan Mağdurlar, Tanı	68
Tablo 31. Ruhsal Bozukluğu Olan Mağdurlar, Maruz Kalınan Suç	69
Tablo 32. Ruhsal Bozukluğu Olan Mağdurlar, Tanı ve Maruz Kalınan Suç Karşılaştırılması	69
Tablo 33. Mağdurda Ruhsal Bozukluk Gelişmesi, Tanı ve Maruz Kalınan Suç Karşılaştırılması	70
Tablo 34. Vesayet Gereksinimi, Ruhsal bozukluğu Olanlar, Sosyodemografik Özellikler.....	72
Tablo 35: Vesayet Gereksinimi Değerlendirmesi, Tanı.....	73
Tablo 36. Ruhsal Bozukluğu Olanların Vesayet Gereksinimi ve Tanı Karşılaştırılması	74
Tablo 37. Velayet Uygunluğu ve Tanı Karşılaştırılması.....	75

KISALTMALAR DİZİNİ

5 HT	: Serotonin
AİHM	: Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi
CMK	: Ceza Muhakemesi Kanunu
COMT	: Katekol-O-Metiltransferaz
DLPFK	: Dorsolateral prefrontal korteks
DSM-5	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-5
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (WHO)
FA	: Fraksiyonel anizotropi
FMRG	: Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme
GABA	: Gama Amino Bütirik Asit
MAO-A	: Monoamin Oksidaz-A
MRG	: Manyetik rezonans görüntüleme
OFK	: Orbitofrontal korteks
PCL	: Psikopati Değerlendirme Ölçeği
PFK	: Prefrontal korteks
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Paket
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TMK	: Türk Medeni Kanunu
VmPFK	: Ventromedial prefrontal korteks

TEŞEKKÜR

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Dr. Öğr. Üyesi Esat Fahri AYDIN'a

Tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hacer Akgül CEYHUN'a,

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümünde birlikte çalışma fırsatı bulduğum değerli hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma,

Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ahmet Nezih KÖK'e

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Selçuk ESİN'e ve bölümün tüm hoca ve asistanlarına,

Nöroloji Anabilim Dalı Başkanı Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Nuri KOÇAK'a, hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma,

Sevgili aileme teşekkürlerimle...

Dr. Cüneyt ERSOLAK

Erzurum, 2020

ÖZET

Bir Üniversite Hastanesi Adli Psikiyatri Polikliniğine Yönlendirilen Olguların Retrospektif Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmada Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na adli makamlar tarafından yönlendirilen olguların sosyodemografik özellikleri, tanı dağılımı ve gönderilme nedenleri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamız geriye dönük, tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışmamızda, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Psikiyatri Polikliniğine yönlendirilen ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan, 1 Ocak 2018- 1 Mart 2020 tarihleri arasında hakkında rapor düzenlenen 312 olgunun tıbbi dosyaları ve adli raporları geriye dönük olarak incelenmiştir. Olgular, Ceza hukuku ve Medeni hukuk başlıkları altında iki ana grup olarak incelenmiştir. Ceza hukuku kapsamında gönderilen olgular, 'fail', 'ruhsal bozukluğu olan mağdur' ve 'mağdurda ruhsal bozukluk gelişmesi' şeklinde üç grupta toplanmıştır. Medeni hukuk kapsamında olan olgular gönderilme nedenlerine göre, 'vesayet gereksinimi', 'velayet uygunluğu', 'boşanma davası', 'cinsiyet değiştirme davası' bölümlerine ayrılarak incelenmiştir. Tanılar, DSM-5 esas alınarak konulmuş, sınıflandırılmış tanıları, gönderilme nedenleri ve sosyodemografik özellikleri SPSS programında istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Olguların %68.6'sı (n=214) Ceza hukuku, %31.4'ü (n=98) Medeni hukuk kapsamında incelenmesi istenen olgulardır. Ceza hukuku kapsamında değerlendirilen 214 olgunun %76'sı (n=163) ceza ehliyetinin saptanması amacıyla 'fail' olarak, %9,3'ü (n=20) 'ruhsal bozukluğu olan mağdur' olarak, %14'ü (n=30) 'mağdurda ruhsal bozukluk gelişip gelişmediğinin tespiti' amacıyla gönderilmiştir. Medeni hukuk kapsamında gönderilen 98 olgunun %54,1'i (n=53) vesayet gereksiniminin, %32,7'si (n=32) velayet uygunluğunun, %6,1'i (n=6) boşanma davası nedeniyle, %4,1'i (n=4) ayırt etme gücünün, %2'si (n=2) cinsiyet değiştirme uygunluğunun, %1'i (n=1) koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanmasının değerlendirilmesi amacıyla gönderilmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda fail olarak gönderilen grupta, literatüre kıyasla anlksal yetersizlik oranının yüksek, madde kullanım bozukluğu ve kişilik bozukluğu tanılarının ise düşük olduğu saptanmıştır. Ülkemizde ve tüm dünyada adli psikiyatri çalışmalarının çoğunluğunun ‘fail’ grubuna yönelik olduğu, özellikle ceza hukuku alanında, ‘ruhsal bozukluğu olan mağdurlar’, medeni hukuk alanında ise ‘vesayet gerekliliği’ ve ‘velayet uygunluğu’ alanlarında çok az çalışma olması, bu konuların yeterince ilgi görmediğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Adli Psikiyatri, Medeni hukuk, Ceza hukuku, Ceza sorumluluğu



ABSTRACT

Retrospective Evaluation of Cases Referred to a University Hospital Forensic Psychiatry Outpatient Clinic

Objective: In this study, it was aimed to examine the relationship between the sociodemographic characteristics, diagnosis distribution and the reasons for sending the cases referred by the judicial authorities to the Department of Psychiatry of Atatürk University Faculty of Medicine.

Method: Our study is a retrospective, descriptive study. In our study, the medical files and forensic reports of 312 cases who were referred to the Ataturk University Medical Faculty Forensic Psychiatry Outpatient Clinic and who met the inclusion criteria and for whom reports were issued between January 1, 2018 and March 1, 2020 were retrospectively examined. The cases are examined in two main groups, namely under Criminal law and Civil law. The cases sent under the criminal law are grouped into three namely, as 'perpetrator', 'victim with mental disorder' and 'development of mental disorder in the victim'. The cases within the scope of civil law have been examined by dividing them into 'guardianship requirement', 'custody eligibility', 'divorce case', 'gender reassignment case' sections. The diagnoses were made on the basis of DSM-5, and their classified diagnoses, reasons for sending and sociodemographic characteristics were evaluated statistically in the SPSS program.

Results: 68.6% (n = 214) of the cases were the cases to be examined within the scope of Criminal law, 31.4% (n = 98) within the scope of civil law. 76% (n = 163) of 214 cases evaluated within the scope of criminal law were 'perpetrators' who were sent for the purpose of determining criminal liability, 32, 9.3% (n = 20) were 'victims with mental disorders', 14% (n = 30) were sent to determine 'whether the victim developed a mental disorder'. 54.1% (n = 53) of 98 cases sent under civil law were to be evaluated regarding the requirement of guardianship, 32.7% (n = 32) regarding custody compliance, 6.1% (n = 6) due to divorce case, 4.1% (n = 4) were sent to be evaluated regarding the power of discernment, 2% (n = 2) regarding the

eligibility for gender reassignment, and 1% (n = 1) regarding restriction of freedom for protection.

Conclusion: In our study, regarding the group sent as perpetrators, it was found that the rate of mental disability was high and the diagnoses of substance use disorder and personality disorder were low compared to the literature. The majority of forensic psychiatry studies in our country and all over the world are aimed at the 'perpetrator' group and the few studies, especially on 'victims with mental disorders' in the field of criminal law and on 'guardianship requirement' and 'custody eligibility' in the field of civil law, show that these issues do not receive enough attention.

Keywords: Forensic Psychiatry, Civil law, Criminal law, Criminal liability

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psikiyatri bilimi bilgi ve deneyimlerin adli olayların aydınlatılması ve sonuca varılması, karar verilmesi ve kararların uygulanması aşamalarında yargı kurumlarına yardımcı olmak amacı ile kullanılmasına adli psikiyatri denilebilir(1). Adli psikiyatrinin hedefi, kişilerin söz konusu adli işlemlerle ilgili olarak ruhsal yeterliliğinin saptanmasıdır(1). Adli psikiyatri, hem ceza hukuku hem de medeni hukuk alanlarında değerlendirme yapar. Bireyin kanunlar önünde ceza sorumluluğu taşıması ve medeni haklarını kullanabilmesi için ruhsal yönden sağlıklı olması gerekmektedir(2). Medeni hukuk ve ceza hukuku farklı disiplinler olmasına karşın, adli psikiyatrik açıdan ruhsal bozukluk tanısı almış aynı kişinin her iki alanda birden değerlendirilmesi gerekebilmektedir.

DSM-5, *“ruhsal bozukluk tanımı klinik, toplum sağlığı ve araştırma amaçları için tanımlanmıştır; ceza sorumluluğu, iş göremezlik ödeneği almaya hak kazanma ve yeterlilik gibi konularda yasal yargılarda bulunabilmek için DSM-5 tanı ölçütlerinde kapsandığının yanı sıra ek birtakım bilgilere genellikle gerek duyulur”* diyerek, adli psikiyatrik değerlendirmelerin yalnızca tanıya göre yapılmaması gerektiğini vurgulamıştır(3). *“Genel bir kural olarak, ceza hukuku açısından dava konusu olayın, medeni hukuk açısından ise psikiyatrik sürecin değerlendirilmesi, adli psikiyatrik görüşün oluşturulmasında belirleyicidir”*(4).

Literatürde, adli psikiyatri bölümlerine gönderilen tüm olguların incelendiği çalışma sayısı çok azdır. Yurt içinde ve yurt dışında yapılan çalışmalar çoğunlukla ceza hukuku alanında olup, bunların da büyük kısmı ruhsal bozukluğu olan olguların işlediği suçlar ve suç özellikleri ile faillerde saptanan ruhsal bozukluklar ve klinik özellikler alanına yoğunlaşmıştır. Yurt içinde ve yurt dışında, Medeni hukuk alanında çok az sayıda çalışma yapılmış olup, bunların da özellikle vesayet üzerine yoğunlaştığı görülmektedir.

Bu çalışmada, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Psikiyatri polikliniğine adli makamlar tarafından yönlendirilen olguların, Ceza hukuku ve Medeni hukuk alt başlıklarına ayrılarak, ruhsal bozukluklar ve gönderilme nedenlerine göre dağılımını tespit etmeyi, gönderilme nedenleri ile saptanan ruhsal bozukluklar ve adli rapor sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adli Psikiyatri

2.1.1. Tanım

Adli Psikiyatri, amaçları, bilgi birikimi ve uygulaması birbirinden farklı olan iki öğretinin ortak işlev gerçekleştirdiği bir kesişme noktasıdır(5). Psikiyatri bilimi bilgi ve deneyimlerin adli olayların aydınlatılması ve sonuca varılması, karar verilmesi ve kararların uygulanması aşamalarında yargı kurumlarına yardımcı olmak amacı ile kullanılmasına adli psikiyatri denilebilir(1).

Adli psikiyatrinin görev aldığı alanlar suça karşı ceza ehliyetinin saptanması, medeni hukukla ilişkili problemler, mağdurların ruhsal durumunun belirlenmesi, denetimli serbestlik uygulamaları, mağdur ve tanıkların ifadelerine itibar edilip edilemeyeceği hakkındaki konulardır(1).

Suç karşı ceza ehliyetinin tespitinde, ceza ehliyetinin tam olması, ceza ehliyetinin azalması, ceza ehliyetinin olmaması biçiminde üç farklı durum söz konusu olabilir(1). Medeni hukuka ilişkin konularda, kişinin vesayet altına alınıp alınmayacağı, yapılan işleme karşı fiil ehliyetinin bulunup bulunmadığı, mağdurların durumunun belirlenmesi konusunda, mağdurda kendisine karşı işlenen suç nedeniyle ruhsal bir bozukluk gelişip gelişmediğinin tespit edilmesi, mağdurda kendisine karşı suç işlenmeden önce ruh sağlığında bir bozukluk olup olmadığının belirlenmesi hakkında karar verilir(1).

2.1.2. Ceza Hukuku

2.1.2.1. Genel Olarak

Ceza hukuku, devletin ceza yaptırımını tehdidi ile uygulamasını sağlamaya çalıştığı emir ve yasakları içeren hukuk kurallarını ifade eder. Ceza kurallarının ‘suç’ bölümü, emir ve yasaklanmış fiilleri kapsar. Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) suçun

genel bir tarifi bulunmamaktadır. Ancak, TCK'nın ikinci maddesinde *‘‘kanunun açıkça suç saymadığı bir fiil için kimseye ceza verilemez ve güvenlik tedbiri uygulanamaz: Kanunda yazılı cezalardan ve güvenlik tedbirlerinden başka bir ceza ve güvenlik tedbirine hükmolunamaz (TCK- madde 2)’’*denmektedir(6, 7). *‘‘Ceza kanunundan anlaşıldığı üzere, suç, kanunun cezalandırdığı fiildir. Hukukun suç saydığı eylem ya da eylemsizlik (ihmal) suçtur. Suç, bir kişinin yasa gereği yapmaması gereken bir şeyi yapması ya da yapmak zorunda olduğu bir şeyi yapmaması’’* olarak tanımlanır(8).

Suçun Unsurları:

Bir eylemin ya da eylemsizliğin evrensel hukuka göre suç sayılması için şu öğelerin karşılanması gerekmektedir:

1. Hukuki unsur: Yasaların evrensel hukuka uygun olması gerekmektedir.
2. Yasal unsur: Fiil yasada suç olarak tanımlanmalıdır.
3. Maddi unsur: Bir eylemin suç sayılabilmesi için yasalarca tanımlanmış eylem ya da eylemsizliğin gerçekleşmiş olması gerekir.
4. Manevi unsur: Failin sorumlu tutulabilmesi için hukuk düzenine aykırı (hukuki öge), suç tipine uygun (kanuni öge) bir eylemin (maddi öge) gerçekleştirilmesinin yanında, sübjektif nitelikte bir unsurun daha varlığı gerekmektedir. Bunun için, *‘‘Manevi unsur’’, sübjektif unsur’’, ‘‘kusurluluk’’* gibi isimler kullanılmaktadır. Kusurluluk, fail ile fiil arasında manevi nedensellik bağının bulunmasıdır(7, 9, 10).

Ruhsal bozuklukların ceza hukukundaki yeri suçun manevi unsurudur. Ruhsal bozukluk, manevi unsur başlığı altında incelenen kusur yeteneğine etki eden bir durumdur. Yargıtay kusur yeteneğini *‘‘failin bir fiili suç olduğunu bilerek ve isteyerek işlemesi’’* olarak tanımlamıştır. TCK'da kusur yeteneği tarif edilmemesine rağmen İtalyan Ceza kanunda *‘‘anlama ve isteme yeteneği taşıyan kimse kusur yeteneğine sahiptir’’* denilmiştir. Kusur yeteneği, asıl olarak anlama ve isteme yeteneği olmak üzere iki öğeden meydana gelir. Ceza hukukuna göre anlama yeteneği, bireyin yaptığı eylemin toplum içindeki değerini bilmesidir. Failin, davranışının mutlaka kanuna

aykırı olduğunu bilmesi gerekmemekte; eyleminin hayatın gerekleri ile ters düştüğünü anlaması yeterli olmaktadır(7, 9, 11). TCK, kusur yeteneğini azaltan veya ortadan kaldıran hususları şu şekilde belirtmiştir:

1. Yaş küçüklüğü (TCK, madde 31)
2. Sağırlık, dilsizlik (TCK, madde 33)
3. Akıl hastalığı (TCK, madde 32)
4. Geçici nedenler, alkol veya uyuşturucu madde etkisinde olma (TCK, madde 34)(6, 7, 9).

2.1.2.2. Ceza Ehliyeti

TCK’da akıl hastalarının işledikleri suç durumunda ne gibi bir işlem uygulanacağı TCK’nın 32. maddesinde gösterilmiştir.

‘‘Madde 32-(1) Akıl hastalığı nedeniyle işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur.

(2) Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte, işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi-beş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hallerde verilecek ceza altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkum olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla kısmen veya tamamen akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir. ’’(6).

Bu maddede ‘işlenen fiil’, yasaca suç olarak tanımlanmış bir eylemi ifade etmektedir. ‘Algılama’ sözü ise yalnızca duyu organlarının algılamasını değil, anlama, bilme, muhakeme ve karar verme melekelerini belirtmektedir(12).

İkinci unsur olan ‘davranışlarını yönlendirme yeteneği’ ile kast edilen isteme gücü, isteme yeteneği, istenç, iradedir (7). İsteme yeteneği, kişinin içinden gelen

isteklere direnerek, bağımsız bir biçimde davranabilme kabiliyeti olup, yapılması zorunda olanı istemektir(9).

Ceza hukukuna göre iradi olmayan bir fiil hukuka aykırı olsa dahi suç olarak nitelendirilemez. Bir kişinin suç faili olabilmesi için irade sahibi olması gerekmektedir(7).

Ceza ehliyeti, hukuk anlayışına göre kusur yeteneği (isnat yeteneği, isnadiyet, kusur yeterliliği) ile özdeştir. Ceza kanununa göre bir kişiye ceza verilebilmesi için kişinin suça hukuk açısından elverişli olması gerekir. Buna göre ceza ehliyeti olmadan suç olmaz(7). Kusur yeteneğinin varlığı için hem anlama, hem de isteme yetenekleri bir arada bulunmalıdır(9). *“Modern hukuk, suç işleyen sanığın, suç anında gerçekleştirdiği eylemin doğasını, niteliğini ve sonuçlarını bilemeyecek ya da eylemin haksız ve zarar verici niteliğinin farkında olamayacak şekilde hasta olması halinde ceza verilmeyeceği şartını getirmiştir”*(7).

Adli psikiyatri açısından kusur yeteneğini azaltan veya ortadan kaldıran sebeplerden bir diğeri geçici nedenler, alkol veya uyuşturucu madde etkisinde olma durumudur:

“TCK Madde 34-(1) Geçici bir nedenle ya da irade dışı alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisiyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli ölçüde azalmış olan kişiye ceza verilmez.

(2) İradi olarak alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisinde suç işleyen kişi hakkında birinci fıkra hükmü uygulanmaz.”(6).

2.1.2.3. Akıl Hastalarına Özgü Güvenlik Tedbirleri

TCK’nın 57/1. maddesinde, fiil işlendiği sırada akıl hastası olan kişilere yüksek güvenli kuruma, koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbiri uygulanması gerektiği, TCK’nın 57/2. maddesinde ise hastanın tedavisi sonrasında, toplum

güvenliği bakımından tehlikeliliğinin ortadan kalktığı veya önemli ölçüde azaldığını belirten sağlık kurulu raporu düzenlenmesi üzerine, mahkeme tarafından serbest bırakılacağı belirtilmektedir(6, 8).

TCK 57/3. madde ise kişinin tıbbi kontrollere tabi olup olmayacağı, olacaksa süresi ve aralıklarının tedavi eden kurum tarafından verilecek sağlık raporu doğrultusunda belirlenmesi, kontrol süresi boyunca hastalığın tekrarı halinde zorunlu klinik tedavi sürecinin yeniden başlatılmasını düzenlemektedir. Bu süreç kişinin yaşadığı yerdeki Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yürütülür(6, 8).

Ancak, Öncü ve arkadaşlarının güvenlik tedbiri nedeniyle yatıştan sonraki dönemde hastaları izledikleri bir çalışmada, savcılık tarafından hastaların ancak %22'sinin tıbbi kontrol için gönderildikleri saptanmıştır(13).

2.1.2.4. Ceza Sorumluluğunun Esası ve Cezanın İşlevi

Ceza sorumluluğunun esası ve fonksiyonu hakkında yapılan yoğun tartışmalar sonucunda klasik ve pozitivist okul biçiminde adlandırılan hukuk okulları meydana gelmiştir(11).

1. Klasik Okul

Beccaria, Bentham, Voltaire, Montesquieu ve Kant gibi düşünürler, cezanın hem adaleti hem de toplumsal yararı sağlaması gerektiğini belirtmişler ve bu doğrultudaki görüşler daha sonra pozitivist okul mensuplarınca ‘‘klasik okul’’ olarak adlandırılmıştır(11, 14).

Klasik okul, kişide ceza sorumluluğundan bahsedilebilmesi için kişinin kusurlu olması, kusurlu tutulabilmesi için kusurluluğa ehil olması; bunun için de failin manevi sorumluluğa yani irade özgürlüğüne sahip olması gerektiğini iddia etmektedir. Klasik okula göre, fail işlediği fiilin suç olduğunu anlayabildiği halde iradesini bundan kaçınmak için kullanmadığından sorumlu tutulmalıdır (9, 14).

İnsanda irade özgürlüğü olduğu için kanunlara uyma veya uymama konusunda seçim yapabilir. Akıl hastaları ve küçükler gibi bu seçimi yapma yeteneğinden yoksun veya kısıtlı olanların irade özgürlükleri, dolayısıyla ceza sorumlulukları da yoktur ya da azalmıştır(11, 14).

2. Pozitivist okul

Önde gelen temsilcilerinin Lombroso, Garofalo ve Ferri'nin olduğu pozitivist okula göre klasik okulun temelini oluşturan irade özgürlüğü ve bunun üzerine temellendirilen ceza sorumluluğu yerine "toplumsal sorumluluk" düşüncesi benimsenmelidir. Pozitivist okula göre irade özgürlüğü temelsiz ve bilimsel geçerliliği olmayan bir kavramdır. Ceza bir kefaret aracı olarak değil, suçlunun kişiliği ve tehlikelilik hali esas alınarak toplumsal bir savunma aracı olarak kullanılmalıdır(9, 14).

2.1.2.5. Önleyici Ceza Hukuku

Pozitivist okulun etkisiyle failin tehlike halinin ortadan kaldırılması amacını güden ve failin aldığı cezadan bağımsız şekilde, hem failin ıslahı, hem de toplumun korunmasını hedefleyen yaptırımlar günümüzde bir çok ülkede ceza kanunlarına girmiştir(14).

2.1.3. Medeni Hukuk

Medeni hukukta Adli Psikiyatri ile ilgili iki önemli kavram hak ehliyeti ve fiil ehliyeti kavramlarıdır(7).

"TMK Madde 8- Her insanın hak ehliyeti vardır. Buna göre bütün insanlar, hukuk düzeninin sınırları içinde, haklara ve borçlara ehil olmada eşittir"(15).

"TMK Madde 28- Kişilik çocuğun sağ olarak tamamıyla doğduğu anda başlar. Çocuk hak ehliyetini sağ doğmak koşuluyla ana rahmine düştüğü andan başlayarak elde eder"(15).

Fiil ehliyeti ise hak ehliyetine sahip olanların ayırt etme gücüne sahip olma (temyiz kudreti), erginliğe ulaşma (rüş) ve kısıtlanmamış olma özelliklerine sahip olması durumunda kazanılır(16).

“TMK Madde 10- Ayırt etme gücüne sahip ve kısıtlı olmayan her ergin kişinin fiil ehliyeti vardır”(15).

TMK’nın 13’üncü maddesi ayırt etme gücünü açıklamaktadır.

“TMK Madde 13- Yaşının küçüklüğü yüzünden veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer nedenlerden biriyle akla uygun biçimde davranma yeteneğinden yoksun olmayan herkes, ayırt etme gücüne sahiptir”(15).

Fiil ehliyetinin tamamen ortadan kaldırılarak, kişinin korunması amacıyla kısıtlandığı durumlarda kendisine vasi atanır. Vesayet altına alınmasına yeterli sebep bulunmayan ancak fiil ehliyetinden kısmen yoksun bulunmasından yararı olacağına karar verilen kişilerin fiil ehliyeti azaltılarak kendilerine yasal danışman tayin edilir. Fiil ehliyetini doğrudan kullanamayanlar için vesayet uygulanır(7). TMK’ya göre vesayeti gerektiren haller şunlardır:

“TMK Madde 404- Velayet altında bulunmayan her küçük vesayet altına alınır.

TMK Madde 405- Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı nedeniyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır.

TMK Madde 406- Savurganlığı, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı veya malvarlığını kötü yönetmesi sebebiyle kendisini veya ailesini darlık veya yoksulluğa düşürme tehlikesine yol açan ve bu yüzden devamlı korunmaya ve bakıma muhtaç olan ya da başkalarının güvenliğini tehdit eden her ergin kısıtlanır.

TMK Madde 407- Bir ya da daha uzun süreli özgürlüğü bağlayıcı bir cezaya mahkum olan her ergin kısıtlanır.

TMK Madde 408- Yaşlılığı, engelliliği, deneyimsizliği veya ağır hastalığı sebebiyle işlerini gereği gibi yönetemediğini ispat eden her ergin kısıtlanmasını isteyebilir.”(15).

Vesayet konusunda oldukça az sayıda çalışma yapılmıştır. Türkiye’de Gökçeimam ve arkadaşları tarafından 810 olgunun incelendiği çalışmada olguların %76.8’ine ‘vesayet gerekir’, %18.3’üne ‘vesayet gerekmez’ ve %4.9’una ‘yasal danışman uygundur’ şeklinde rapor verilmiştir. Kişilerin %28’inde psikotik bozukluk, %8.1’inde bipolar bozukluk, %15.2’sinde anlıksal yetersizlik, %31.1’inde nörobilişsel bozukluk, %0.7’sinde alkol kullanım bozukluğu, %1.6’sında madde kullanım bozukluğu, %1.6’sında senilite saptanmıştır. Çalışmada vesayet için başvuran tüm olguların yaş ortalaması 55 olarak bulunmuştur.(17).

Melamed ve arkadaşları çalışmalarında vesayet verilen hastaların %80’inde şizofreni, %13’ünde diğer psikotik bozukluklar, %5’inde nörobilişsel bozukluk saptamıştır. Çalışmada vesayet için başvuran kişilerin ortalama yaşını 48 olarak bulmuşlardır(18).

2.2. Şiddet ve Saldırganlık

2.2.1. Tanım

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmiş ve kendine ya da bir başkasına, grup veya topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı veya tehdidin kasti olarak uygulanması olarak tanımlanmıştır (19).

Saldırganlık, sözel olarak veya fiziksel bir güç harcayarak bir amaca yönelik zorlayıcı eylem olup, kızgınlık, öfke, hiddet veya düşmanlık gibi duygulanımların

motor karşılığı olarak tanımlanmaktadır. Saldırganlık ve şiddet terimleri sıklıkla birbirleri yerine kullanılsa da şiddet insana yönelik kasti ve sonuçları itibarıyla ölüm, yaralanma, ruhsal zedelenme veya gelişimsel bozukluğa yol açan bir eylem ya da tehdit olarak ifade edilen bir saldırganlık boyutudur. Şiddet, saldırganlığın bir türüdür, fiili bir zarar verme durumunu ya da zarar verme tehdidini içerir. Zarar verme, fiziksel ya da ruhsal biçimde olabilir. Şiddet genel olarak iki başlık altında incelenir: Araçsal (enstrümantal) şiddet ve reaktif (affektif) şiddet(20).

Araçsal şiddette, kişi belli bir hedefe ulaşmak için güç kullanmaktadır. Öfke gibi artmış duygusal uyarılma yoktur ve genellikle planlıdır. Reaktif şiddet ise düşmanlık, korku, öfke ve nefret gibi güçlü duygusal uyaranlar ile tetiklenir. Birincil amaç kurbanı zarar vermektir. Çoğunlukla impulsiftir. Şiddet bu şekilde ikiye ayrılabilir da çoğu şiddet eylemi hem araçsal hem de reaktif özellikler göstermektedir. Hırsızlık amacıyla araçsal olarak başlayan şiddet, kurbanın tepki göstermesi ve direnmesi sonucu reaktif biçime dönüşür(20).

2.2.2. Şiddet Riskinin Değerlendirilmesi

Şiddet riskinin değerlendirilmesi dört ana başlık altında incelenmektedir.

1. Kişinin öyküsü ve ruhsal etkenler:

Şiddet öyküsü

Yaş

Psikopati özellikleri veya diğer kişilik bozuklukları

Ergenlikte davranım bozukluğu

Çocuklukta istismar öyküsü

Ebeveynde suç öyküsü

Dürtüsellik

2. Klinik Faktörler:

Madde kullanım bozukluğu

Öfkeli, sinirli

Şiddeti haklı görme

Şiddet içeren düşünce ve fanteziler

Klinisyenlerle iş birliği yokluğu
İçgörü yokluğu

3. Motive edici etkenler

Kötülük görme sanrıları
İşitsel varsanılar
Patolojik kıskançlık
Sanrısız yanlış tanıma
Kontrol edilme sanrıları

4. Çevresel ve durumsal etkenler

Sosyal destek azlığı
Silah kullanma veya silaha erişimin kolaylığı
Yakın geçmişte mağduriyet, suça maruz kalma.

Geçmiş şiddet suçları, gelecekteki şiddet suçu riskinin arttığını ortaya koyan en iyi göstergedir(21).

Literatürde genç yaş, erkek cinsiyet, düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim, özgeçmişlerinde antisosyal ve şiddet içeren davranışlar, antisosyal özellikler, agresif çocukluk çağı davranışları ve madde kullanımı, tekrarlayan biçimde şiddet davranışıyla güçlü biçimde ilişkili bulunmuştur(22).

Soliman ve Reza'nın yaptıkları çalışmada şiddet davranışı ile dinginleştirici ilaç kullanımı, geçmişte şiddet davranışı, uzun hastane yatışı, sık tedavi değişimi, antisosyal kişilik bozukluğu, sınır kişilik bozukluğu ile pozitif ilişki saptanmıştır. Şiddet davranışı ile şizofreni arasında pozitif bir ilişki ve depresyon ile negatif bir ilişki ise bulunmamıştır(23).

Ancak birçok çalışma, şiddet ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkiyi göstermiştir (24) (25).

Türkcan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, şiddet davranışının ciddi psikiyatrik hastalığı (şizofreni, duygudurum bozuklukları) olan kişilerde olmayanlara

kıyasla 5 kez, alkol ve madde kullananlarda ise 12–16 kez daha fazla olduğu tespit edilmiştir. (26).

Elbogen ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, 34653 kişi ruhsal bozukluklarda şiddet riskinin belirlenmesi için izlenmiştir. Çalışmada şizofreni, bipolar bozukluk ve depresyon gibi yeğin ruhsal bozukluk tanılı olgular, madde kullanım bozukluğu olanlar ve ruhsal bozukluğu olmayan kişiler gruplara ayrılarak incelenmiştir. Yeğin ruhsal bozukluğu olan olgularda şiddet eylemi sıklığı daha yüksek bulunmasına karşın, bu sadece madde kullanım bozukluğuyla birlikte olduğunda anlamlı bulunmuştur. Sonuçlar, yeğin ruhsal bozukluğun yalnız başına gelecekteki şiddet riskini belirleyemeyeceğini ortaya koymuştur. Şiddet riskinin, kişinin özgeçmişi (geçmiş şiddet eylemi, fiziksel istismar, ebeveynin tutuklanması), kliniği (madde kullanım bozukluğu, tehdit algılaması), yapısı (yaş, cinsiyet) ve sosyal bağlamı (boşanma, işsizlik, suça maruz kalma) gibi faktörlerle ilişkili olduğu; ancak bu faktörlere yeğin ruhsal bozukluğu olanlarda daha sık rastlandığı belirtilmiştir(27).

Tengström ve arkadaşlarının, şizofreni, psikopati ve madde kullanım bozukluğunun suç işleme riskine etkisini anlamak için yaptıkları çalışmada, psikopati tespit edilen şizofreni hastalarının, psikopati saptanmayan şizofreni hastalarına göre daha fazla suç işlediklerini belirlemişlerdir. Şizofreni tanısı olmayan psikopati saptanan olguların, yüksek psikopati skorları olan şizofreni hastalarıyla, madde kullanım bozukluğu varlığından bağımsız olarak benzer sayıda suç işlediklerini saptamışlardır. Bulgulara göre, suç davranışının madde kullanım bozukluğuyla değil, psikopati özellikleriyle ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır(28).

Ruhsal bozuklukların hepsinde şiddet davranışı riski aynı değildir; öte yandan toplumdaki şiddet davranışındaki yükselmeye birlikte psikiyatrik olguların şiddet davranışının da yaygınlaşmakta ve artmakta olduğu ileri sürülmektedir(29).

2.2.3. Şiddetin Nörobiyolojisi

Şiddet eylemi, nörobiyolojik, kültürel ve çevresel etkenlerin kompleks etkileşimi sonucu gerçekleşir. Şiddet eyleminin sebepleri ve tezahürü farklı yapıdadır

(heterojen)(30). 1876’da İtalyan doktor Cesare Lombroso (1839– 1909), yürüyüş bozuklukları, mimik, jest ve hareketler gibi bir takım fizyonomik özellikleri tanımlayarak, bu yapıdaki kişilerin ‘suçlu doğmuş’ olduklarını belirtmiştir(31). Günümüzde, beyin araştırmaları beyindeki yapısal değişikliklerle bunun işlevsel sonuçları arasında yakın ilişki olduğunu göstermektedir(30). Frontal korteks, hipokampus, korpus kallosum’daki yapısal değişikliklerin şiddet suçlarıyla ilişkili olduğuna dikkat çekilmiştir(32-35). Limbik sistem ve temporal loblardaki işlev bozukluklarının yoğun duygu değişikliklerini ortaya çıkardığı ve böylece şiddet davranışlarına neden olabileceği belirtilmiştir(36-38). Limbik sistem, neokorteks ile hipotalamus arasında yerleşim gösteren ve duygu deneyimi ile ilgili olduğu düşünülen bir grup yapıdır (39). Limbik sistem temporal lob ile yoğun bağlantılar içermektedir; ve bu yakın nöroanatomik ilişki nedeniyle temporolimbik terimi kullanılmaktadır. Agresif davranışlara başta amigdala olmak üzere limbik sistemdeki işlemlerin neden olduğu düşünülmektedir(40). Prefrontal korteksin düzenleyici etkileri ile duygudurumda önemli olan amigdala ve diğer limbik yapılar arasındaki dengesizlik agresif eylemlere neden olmaktadır(41). Frontal lob, strateji kurma, amaca yönelik davranışın gerçekleştirilmesinde dikkatin odaklanması, problem çözme, zihinsel esneklik gibi yürütücü işlevlerin yanında, ilgisiz bilgi ve uyaranların filtrelenmesi işlemini de yapar(42). Bu nedenle şiddet eyleminin oluşmasında en önemli yapılardan biridir. Agresif davranışlara orbitofrontal korteks işlevlerindeki azalmanın eşlik ettiği belirtilmektedir(43). SPECT çalışmalarıyla, dürtüsel şiddet davranışında bulunan suçlularda, prefrontal korteks ile temporal loblarda anormallikler saptanmıştır(44).

2.3. Ruhsal Bozukluklar ve Adli Psikiyatri

2.3.1. Şizofreni

1980’lerde, psikotik bozukluk ve şizofreni tanısı almış hastaların genel topluma göre daha yüksek şiddet davranışı gösterme riskinin olmadığı ileri sürülmekteydi(45). Ancak yakın zamanlarda yapılan çalışmalar şizofreni hastalığı olan kişilerin daha fazla suç işlediğini göstermektedir.

Devantoy ve arkadaşlarının yaptığı bir gözden geçirme çalışmasında, şizofreninin şiddet davranışını erkeklerde 6 ile 10 kat arasında, kadınlarda ise 8 ile 10 kat arasında artırdığı belirtilmiştir. Şiddet davranışı bakımından, alkol kullanım bozukluğu olmayan erkek şizofreni hastalarında odds oranı 7 kat, alkol kullanım bozukluğu eş tanısı durumunda ise odds oranı 17 kat artmış bulunmuştur. Homisid suçu işleyenlerin %6'sında şizofreni saptanmıştır(46).

Eronen ve arkadaşları ise homisid suçu işleyenlerin %10-20'sinde psikoz tespit etmişlerdir(47).

Fazel ve arkadaşları, yaptıkları meta-analiz çalışmasında, şizofreni hastalarında homisid suçu riskinin %0.3 olduğunu, genel toplumda ise bu sıklığın %0.02 olduğunu saptamışlardır(48). Fazel ve arkadaşları, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda, genel toplumla karşılaştırıldığında homisid suçu açısından riskin 20 kat artmış olduğunu bildirmişlerdir(49).

Tilhonen ve arkadaşlarının 12.058 kişiyi izledikleri kohort çalışmasında şizofreni hastalarının genel topluma göre suç işleme olasılığının 3 kat, şiddet suçu işleme olasılığının ise 7.2 kat arttığını saptamışlardır(50).

Brennan ve arkadaşlarının 358.180 kişiyi izleyerek yaptıkları kohort çalışmasında, şizofreni hastalarının suç işleme olasılığının genel topluma göre 6.8 kat, şiddet suçu işleme olasılığının ise 10.4 kat arttığını bulunmuştur(51).

Wallace ve arkadaşlarının yaptığı kohort çalışmasında ise, şizofreni hastalarında genel topluma göre suç işleme olasılığının 3.2 kat, şiddet suçu işleme olasılığının ise 4.8 kat arttığını saptanmıştır(52).

Şizofrenide agresif davranışlarda etyolojik heterojenite (çok unsurluluk) mevcuttur. Aynı zamanda etyolojik faktörler birbirlerini de etkilemekte ve tedaviye yanıtta farklılıklarla sonuçlanmaktadır. Etyolojik faktörler birbirleriyle etkileşerek, bazı şizofreni hastalarında agresif davranışa yol açan bir grup yolak oluşturur. Volavka ve Citrome, şizofrenide görülen saldırganlığı açıklayan en azından iki ayrı yolak

olduğunu, birinin antisosyal davranış gibi premorbid şartlarla, diğerinin de şizofreniye bağlı psikopatolojiyle ilişki olduğunu öne sürmüşlerdir(53). Premorbid şartların etken olarak gösterildiği yolak antisosyal kişilik bozukluğu/psikopati ile ilişkilendirilmiştir. Psikopati kavramının en güncel tanımını yapan Hare tarafından geliştirilen Hare Psikopati Değerlendirme Ölçeği (PCL), kategorik sınıflandırmanın yanında psikopatinin boyutsal değerlendirilmesi amacıyla şizofreni dahil çeşitli ruhsal bozukluklarda kullanılmaktadır(54). PCL skorlarının agresif davranış gösteren şizofrenlerde, göstermeyenlere kıyasla anlamlı biçimde yüksek olduğu saptanmıştır(55). Semptomlardan bağımsız olarak, PCL skorları yüksek olan şizofreni hastalarının agresif davranma olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir(56). Şizofrenide gözlenen agresyonla, antisosyal kişilik bozukluğu/psikopati arasında doğrudan bağlantının yanında, madde kullanım bozukluğu, dürtüsellik ve tedavi uyumsuzluğuna yol açan dolaylı bir bağlantı da vardır(53). Şizofrenide, antisosyal kişilik bozukluğu ve davranım bozukluğu öyküsü genel popülasyondan daha yüksektir; ve bu eş tanı sıklığı artışının madde kullanım bozukluğu riskinin artmasıyla da ilişkili olduğu belirtilmiştir(57).

Literatür, şizofrenide agresif davranışların psikotik semptomlar, psikopati ve dürtüsellik biçiminde 3 temel sebebinin olduğunu öne sürmektedir(58). Madde kullanım bozukluğu, nörolojik anomaliler, tedaviye uyumsuzluk gibi etkenler önemli olsalar da, bunların şizofrenide agresif davranışlara etkisinin bu 3 temel sebep üzerinden olduğu belirtilmektedir(59). Nolan ve arkadaşlarının şiddet davranışı olan şizofreni hastalarını, şiddet etkeni olarak psikotik semptomlar, dürtüsellik ve psikopatolojiyi 3 ayrı faktör olarak inceledikleri çalışmada, saldırıların %20'sinin direkt olarak pozitif psikotik semptomlara bağlı olduğu, ancak her olayda birden fazla etkenin rol oynadığı belirtilmiştir(60). Literatür, agresif davranışların çoğunluğunun dürtüsellik temelinde geliştiğini ortaya koymaktadır(61).

Dürtüsel davranışın çok yönlü bir yapı olduğu uzun zamandan beri bilinmektedir. Yanıt inhibisyonu, dürtü kontrolünün anahtar yönü olarak vurgulanmış ve buna ilişkin birçok çalışma yapılmıştır. Şizofreni hastalarında da, güçlü yanıtları engelleme yeteneğinde eksiklikler saptanmıştır(62, 63). Yanıt inhibisyonuyla ilgili beyin devresi sağ inferior frontal gyrus, suplementer motor alan, globus pallidus,

striatum, subtalamik çekirdek ve talamusu içermektedir(64). Buna rağmen, yanıt inhibisyonu agresif davranışlarla zayıf bir biçimde bağlantılıdır. Dürtüselliğin diğer yönleri şizofrenideki agresif davranışlarla daha fazla ilişkili görülmüştür(62, 65). Whiteside ve Lynam, agresif davranışla ilişkili dürtüselliğin anlaşılması için dürtüselliği şu kişilik özellikleri üzerine kurmuşlardır: Aceleci çıkış (urgency), tasarlama (eksikliği), azim (eksikliği), duyum arayışı(66). Aceleci çıkış, güçlü negatif duygular bağlamında gelişen dürtüsel davranış olarak tanımlanmıştır. Daha sonra, duyum arayışının neden olduğu güçlü pozitif duygular bağlamında gelişen dürtüsel davranışlar için pozitif aceleci çıkış kavramı tanımlanmıştır(67). Aceleci çıkış, şizofreninin de dahil olduğu emosyonda düzensizliğin görüldüğü bir çok ruhsal bozuklukta artmıştır(68).

Şizofreni hastalarının, duyguları, sağlıklı kişilerle aynı yoğunlukta deneyimledikleri halde, duyguların dışavurumunda azalma saptandığı belirtilmiştir(69). Şizofreni hastaları, aceleci çıkışla yüksek düzeyde bağlantılı olan alanlarda; hem duygu kontrolünde, hem de dürtüsellikte sorunlar yaşarlar. Dürtüselliğin özel bir yönü olan aceleci çıkış ve agresif davranışlar arasında güçlü bir ilişki vardır. Narayan ve arkadaşları, şiddet suçu işleyen ve şiddet suçu işlemeyen şizofreni veya antisosyal kişilik bozukluğu olan hastaları karşılaştırdıkları bir çalışmada, ventromedial prefrontal korteks ve lateral senserimotor alanlarda kortikal kalınlığın azaldığını saptamışlardır(70).

Hoptman ve arkadaşları, agresif davranış gösteren dirençli, kronik şizofreni hastalarında, Difüzyon Tensör Görüntüleme yöntemi ile yaptıkları çalışmada, frontal bölgelerdeki atrofının yansıması olarak artmış difüzyon, düşük Fraksiyonel Anizotropi (FA) saptamışlardır(71). Bu bulgular şizofrenide görülen agresif davranışlar ile ventral prefrontal ve bazı subkortikal alanlarda saptanan yapısal anomaliler arasındaki ilişkiyi göstermektedir(72).

Agresif davranış ve şiddet davranışları gösteren şizofreni hastalarını inceleyen fonsiyonel görüntüleme çalışmaları oldukça azdır. Raine ve arkadaşları, ceza sorumluluğunun olmadığı homisid suçu işlemiş şizofreni hastalarında Pozitron

Emisyon Tomografi kullanarak yaptıkları çalışmada prefrontal kortekste glukoz metabolizmasının azaldığını saptamışlardır(73).

Benzer olarak Volkow ve arkadaşları, mükerrer şiddet suçu işleyen hastalarda prefrontal ve temporal korteksin serebral metabolizmasında azalma tespit etmişlerdir(74).

Joyal ve arkadaşları, go/no-go görevi uygulanarak yaptıkları fMRG çalışmasında, antisosyal kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu eş tanısı olan şiddet suçu işlemiş şizofreni hastalarında, şiddet suçu işlemiş ama eş tanısı olmayan şizofreni hastalarına ve kontrol grubuna göre, motor, premotor ve anterior singulat kortekste artmış aktivite, ventral prefrontal kortekste ise azalmış aktivite saptamışlardır(75).

Hoptman ve arkadaşları, dirençli şizofreni hastalarını sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırdıkları çalışmada, şizofreni hastalarında amigdala ve ventral prefrontal korteks arasındaki fonksiyonel bağlantının (functional connectivity) azaldığını; bu azalmanın da hastalardaki agresif davranışların yükselmiş düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir(76).

Hoptman ve arkadaşları, şizofreni hastaları ve sağlıklı kontrol grubunda dürtüsellik ve agresif davranışları araştırdıkları çalışmada, hastalarda dürtüsellğin aceleci çıkış boyutundaki artış ile agresif davranışların artışı arasında ilişki saptamışlardır. Ek olarak, aceleci çıkış düzeyinin artışı ile ventral prefrontal korteks kalınlığında azalma ve ventral prefrontal korteks ile limbik (rostral anterior singulat vb.) bölgeler arasındaki fonksiyonel bağlantıda azalma tespit etmişlerdir(77).

Teorik perspektiften bakıldığında, bulguların dürtüsellğin agresif davranışlardaki rolüyle ilgili anlayışımızı düzelttiği, her dürtüsel davranışın aynı olmadığı, kronik şizofrenide dürtüsellğin birçok yönünde artmış bulunmadığı, ancak dürtüsellğin emosyonel bileşeninde (urgency) yükselme olduğu saptanmıştır. Ek olarak, aceleci çıkışlar ile ilgili nöral devreler, ventral prefrontal korteksin yapısal normalliği ile ilişkilidir; ve ventral prefrontal korteksin, limbik ve yürütücü işlev

bölgeleriyle fonksiyonel bağlantılarını içermektedir. Emosyonel regülasyonu sağlayan bu devrelerdeki fonksiyon bozukluğu, kişide agresif davranışa zemin hazırlayabilir. Şizofrenide, emosyonel regülasyonun bozulduğunu gösteren geniş bir literatür vardır(59).

Şizofrenide, psikotik belirtilerle şiddet davranışının ilişkisini araştıran çalışmalarda çelişkili sonuçlara ulaşılmıştır. Şiddet davranışının sanrılara (78-84) ve komut varsanlarına (85) bağlı olduğunu saptayan çalışmaların yanında, bazı yayınlar bu sonuçları doğrulamamıştır(86-90). Bu konuda son yıllarda yapılmış bir meta-analiz çalışması, şiddet davranışı ve psikotik belirtiler arasında bir ilişkinin olduğunu ortaya koymaktadır. Yazarlar, özellikle psikotik belirtilerin gruplara ayrılarak incelenmesi ve psikotik belirtilerle bağlantılı olabilecek duygulanım özelliklerinin de şiddet davranışıyla ilişkisi üzerine odaklanılması gerektiğini belirtmişlerdir(91).

Sanrıların yarattığı sonuçlar bir çok çalışmada incelenmiş ve özellikle perseküsyon sanrılarının oluşturduğu negatif duygusal etkilerin şiddet davranışına eğilim yarattığı ve şiddet davranışında bulunan hastaların, sanrılarını kendilerini öfkeli yaptığını belirtmişlerdir(92, 93). Şiddet davranışının oluşmasında sanrılarla davranış arasında aracılık eden nedensel ilişkiler üzerine çok az çalışma bulunmaktadır. Sanrısız inanç temelinde, şiddet davranışının ortaya çıkmasında çeşitli yollar olabilir: 1.Sanrısız içeriğin, şiddet davranışının bağımsız nedeni olması (direkt yol), 2. Psikotik bozukluğun ayrı bir bileşeni olarak ortaya çıkan duygudurum belirtileri, 3. Altta yatan kişilik özellikleri, 4. Sanrılarının içeriğinden doğan negatif duygulanım(94).

Coid ve arkadaşları, ilk epizot psikoz tanısı konulan 458 hastayı ileriye dönük olarak inceledikleri çalışmada, %38'inde şiddet davranışı saptamışlar, kötülük görme, takip edilme ve kendisine komplo kurulma şeklindeki 3 sanrı tipinin şiddet davranışıyla ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Gelişen şiddet davranışına, sanrısız inancın neden olduğu öfkenin aracılık ettiğini saptamışlardır. Çoşkulu, kabarmış duygudurum, anksiyete ve korku ile şiddet davranışı arasında bir ilişki tespit edilmemiş, depresif duygudurum ile şiddet davranışı arasında ise ters orantılı bir ilişki bulunmuştur. Yazarlar, stres, anksiyete ve korkunun sanrısız inanç sonucu oluşabileceğini, ancak bu duyguların şiddet davranışından ziyade, tehditten kaçma ile

ilişkili olduğunu vurgulamışlardır(94). Amigdalanın duygunun algılanması ve tehdidin değerlendirilmesi üzerinde anahtar rolü vardır(95-97). Aktif sanrıları olan hastaların, nötral yüz ifadelerini yanlış biçimde öfkeli olarak tanımladıkları saptanmıştır(98). Reaktif agresif davranışların, tehdit algısına yanıt olarak oluşan öfke aracılığıyla meydana geldiği ve bu nedensellik zincirinde, amigdala, hipotalamus ve periakvaduktal gri cevher nöral sisteminin rol aldığı belirtilmektedir(99). Sosyal çevredeki nötral uyaranların, tehdit olarak yanlış değerlendirilmesi, nöral sistemin aşırı yanıtına yol açarak, şiddetli öfke reaksiyonuna ve bunun sonucunda da ciddi şiddet davranışına yol açmaktadır(100).

Benzer olarak, düşmanca tutum, öfkenin, sözel veya fiziksel dışa vurumu olarak tanımlanmış ve şizofreni belirtileri içinde fiziksel agresif davranış ile en fazla doğrudan ilişkili semptom olarak saptanmıştır. CATIE çalışmasında, PANSS ile değerlendirilen 7 puanlı düşmanca tutum maddesinde, 1 puan artışın ciddi agresif davranışları 1.65 kat arttırdığı belirtilmiştir(53, 101).

Madde kullanım bozukluğu eş tanısının, şizofrenide agresif davranış riskini arttırdığına ilişkin şüphe yoktur(48, 102, 103). Bunun yanında, şizofreni de madde kullanım bozukluğu riskini artırır(103). Alkol ve diğer bazı maddeler, akut farmakolojik etkileri üzerinden psikiyatrik belirtileri alevlendirebilirler. Madde kullanım bozukluğu sebebiyle dürtü denetiminde bozukluk, düşmanca tutum, tehdit algısında artış, grandiyözite ve disfori şiddet davranışı riskini artırır(104).

Şizofreni, madde kullanım bozukluğu ve agresif davranış arasındaki ilişkiyi araştırmak için Danimarka'da yapılan bir kohort çalışmasında, 358.180 kişi ileriye dönük olarak izlenmiş ve %2.7'sinin şiddet suçu işlediği görülmüştür. Çalışmada, şizofreni saptanan 1143 hastanın %11.2'sinin şiddet suçu işlediği (odds oranı: 4.6), madde kullanım bozukluğu eş tanısı olmayan şizofreni hastalarının ise sadece %7.1'inin şiddet suçu işlediği saptanmıştır (odds oranı: 2.8). Madde kullanım bozukluğu eş tanısı olan şizofreni hastalarının olmayanlara göre anlamlı biçimde daha fazla şiddet suçu işlediği görülmüştür(51).

İsveç'te yapılan bir çalışmada, 8003 şizofreni hastasıyla, 80.025 kişiden oluşan sağlıklı kontrol grubu şiddet suçu açısından karşılaştırılmış, kontrol grubunda suç oranı %5.3 iken, şizofreni grubunda %13.2 olarak bulunmuş, şizofreni hastalarında madde kullanım bozukluğu eş tanısı olanlarda ise şiddet suçu oranı %27.6 olarak saptanmıştır. Madde kullanım bozukluğu olmayan şizofreni hastalarında da kontrol grubuna göre artmış bir risk (%8.5) bulunmasına rağmen, bu oranın madde kullanım bozukluğu eş tanısı olanlara göre küçük olduğu gözlenmiştir(48).

Altta yatan bir diğer faktör, hastanın erken gelişimindeki bozukluklar olabilir. Davranım bozukluğunun şizofreni hastalarında, agresif davranışlar ve alkol ve madde kullanım bozukluğuyla ilişkili olduğu bilinmektedir. Davranım bozukluğu öyküsü aynı zamanda şizofreninin daha erken başlangıcı ile de ilişkilidir(57). Antisosyal kişilik bozukluğu için DSM-5 tanı kriterleri 15 yaşından önce davranım bozukluğuna ilişkin kanıtların gerekliliğini vurgulamaktadır. Antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerde madde kullanım bozukluğu yaygınlığı yüksektir. Böylelikle bu iki yapılanma arasında önemli bir çakışma ortaya çıkmaktadır(53, 103) Birlikte düşünüldüğünde, bu kanıtlar, şizofrenideki agresif davranış ile madde kullanım bozukluğu arasındaki ilişkinin karmaşıklığını göstermektedir. Bu ilişki, maddenin farmakolojik aktivitesine bağlanabilecek direkt nedensel bir etki olabileceği gibi, maddenin farmakolojik etkilerinden bağımsız, madde kullanım bozukluğuyla birlikte giden antisosyal kişilik bozukluğu/psikopati nedeniyle de oluşabilir(104).

Antipsikotik tedaviye uyumsuzluk, agresif davranışların da içinde olduğu semptomların kötüleşmesine neden olur. Alkol ve diğer madde kullanım bozukluklarının tedaviye zayıf uyum ile birleşmesi, yeğin ruhsal bozukluk hastalarında şiddet davranışını artırır(105). Hastalığa karşı içgörü yetersizliği, tedavi uyumsuzluğunun kuvvetli bir yordayıcısıdır. Aynı zamanda hem içgörü eksikliği, hem de tedavi uyumsuzluğu, şiddetin ciddiyetinde bağımsız olarak işbirliği yaparlar. Tedaviye bağlı gelişen parkinsonizm, kilo alımı, cinsel istek kaybı tedavi uyumsuzluğunun bilinen yan etkileridir(106, 107). Sonuç olarak, tedaviye uyumsuzluk, şizofrenide şiddet davranışının oluşum yolları içinde merkezi öneme sahiptir. Tedaviye uyumsuzluk, madde kullanım bozukluğu ile yakından ilişkilidir.

Aynı zamanda bozulmuş içgörü, antisosyal özellikler ve artmış düşmanca tutum tedavi uyumunu bozar(53).

Fazel ve arkadaşlarının, şizofreni ve diğer psikoz hastalarını taburcu olduktan sonra 6 ay süresince izledikleri ve homisid suçu işleyen 47 olgu ile , şiddet suçu işlemeyen 105 olguyu karşılaştırdıkları çalışmada, homisid ile ilişkili klinik faktörler olarak, madde kullanım bozukluğu, öz bakımında azalma, şiddet suçu nedeniyle daha önce hastaneye yatış öyküsünü, hasta özelliği bakımından, yatış öncesi 1 yıldır süregelen şiddetli ruhsal bozukluk öyküsünü, taburculuk sonrası faktörler olarak, madde kullanım bozukluğu ve tedavi uyumsuzluğunu tespit etmişlerdir. Depresyon ve homisid arasında ters orantılı bir ilişki bulunmuş, ancak sanrı ve varsanılar ile homisid arasında bir ilişki saptamamışlardır. Yazarlar, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda görülen homisid suçunun tedavi edilebilir faktörlerle ilişkili olduğuna değinmiş ve madde kullanımı ile tedaviye uyumsuzluk arasındaki ilişkiye odaklanılması gerektiğini belirtmişlerdir(108).

Şizofreni hastaları, şiddet ve homisid suçunu daha çok aile bireyleri ve tanıdık kişilere karşı işlemektedir. Meehan ve arkadaşlarının İngiltere’de yaptıkları çalışmada, homisid eyleminin %55’inin aile içi bir kişiye, %22’sinin tanıdık bir kişiye, %14’ünün ise tanımadığı bir kişiye yönelik olduğu saptanmıştır(109).

Ural ve arkadaşlarının, insana yönelik şiddet suçu bakımından şizofreni hastalarıyla, ceza sorumluluğu tam olan kontrol grubunu karşılaştırdıkları bir çalışmada, kurbanın saldırgana yakınlığı açısından anlamlı bir sonuç bulmuşlardır. Şizofreni grubunda mağdurların %46.2’si birinci derece akraba ve eş, %44.2’si ikinci derece akraba ve tanıdık, %9.6’sı ise tanımadığı kişiler iken, kontrol grubunda mağdurların %10’u birinci derece akraba ve eş, %70’i ikinci derece akraba ve tanıdık, %20’si ise tanımadığı kişiler olarak bulunmuştur(110).

Yine ülkemizde Belli ve arkadaşlarının, homisid suçu işlemiş 49 şizofreni hastasını inceledikleri çalışmada, mağdurlarının %69.4’ünün aile içinden bir kişi olduğu ve 10 hastanın eşini öldürdüğü saptanmıştır(111).

İngiltere’de homisid suçlusu 3.930 kişinin incelendiği bir çalışmada, şizofreni hastalarının %22’sinin eşini, %23’ünün aile içinden bir kişiyi, %9’unun ise yabancı bir kişiyi öldürdükleri saptanmıştır. Aynı çalışmada, şizofreni hastalarının ruhsal bozukluğu olmayan kişilere göre daha çok kesici alet kullandıkları görülmüştür(112).

COMT, (Katekolamin-O-Metil Transferaz) şizofrenide agresif davranışların nörobiyolojisine özgü anahtar enzimlerden biridir. COMT, dopamin, adrenalin ve noradrenalin metabolize eder. Özellikle prefrontal kortekste dopaminin yıkımından sorumludur. 22q21 gen lokasyonunda bulunan COMT geninin, 158. kodonda Guanin bazının Adenine değişimi, COMT enziminde Valin (Val) ile Metiyoninin (Met) değişimine neden olmaktadır. COMT enziminde Val-Met aminoasit değişimi ile görülen tek aminoasit değişiminin sebep olduğu polimorfizm sonucunda, Met/Met homozigotlarında ve Val/Met taşıyıcılarında, Val/Val homozigotlarına göre, COMT enzim aktivitesinde 4-5 kat azalma, buna bağlı olarak özellikle prefrontal kortekste dopamin artışı gözlenmektedir(113).

COMT enzimidaki polimorfizm ile şizofrenide görülen agresif davranışlar arasındaki ilişki ilk kez Lachman ve arkadaşları ile Strous ve arkadaşları tarafından bildirilmiştir. Birçok çalışma düşük COMT aktivitesi ile şizofrenideki agresif davranış arasında ilişki olduğunu saptamıştır. Han ve arkadaşlarının yaptığı ve 132 ilk epizot şizofreni hastasıyla 80 sağlıklı kontrolün yer aldığı çalışmada, düşük aktiviteli COMT aleli taşıyanlarda daha yüksek agresif davranış düzeyleri bulmuşlardır(114). Han ve arkadaşlarının, şizofreni hastalarıyla kontrol grubunu karşılaştırdıkları diğer bir çalışmada, hasta grubuyla, kontrol grubu arasında COMT genotip frekanslarında anlamlı farklılık bulamamışlardır. Ancak COMT genotipiyle, insana yönelik fiziksel agresif davranış arasında anlamlı ilişki saptamışlardır. Çalışmada 5-HTTPR geninin S (düşük aktivite) ve L (yüksek aktivite) alelleri de çalışılmıştır. Yüksek düzeyde aktivite gösteren L genotipi, sinaptik aralıkta düşük serotonin düzeyine neden olur. Çalışmada, şizofreni hastalarıyla, kontrol grubu arasında 5-HTTPR alel frekansları arasında da anlamlı farklılık saptanmamış, ancak 5-HTTPR L/L homozigot genotipinin agresif davranışla ilgili olduğu görülmüştür. COMT Met/Met homozigot genotipine sahip şizofreni hastalarıyla, 5-HTTPR L alel tipine sahip şizofreni hastalarının, daha sık ve daha şiddetli agresif davranışlar gösterdiği bulunmuştur(115).

Kotler ve arkadaşları, Lachman ve arkadaşları, Strous ve arkadaşları, Han ve arkadaşları, Tosato ve arkadaşları düşük aktiviteli COMT genotipiyle şizofrenide agresif davranış riskinin artması arasında anlamlı ilişki saptamışlardır(114, 116-118). Bunun yanında COMT Val158Met polimorfizminin, şizofrenide agresif davranışla bağlantılı olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur(119-121). Çelişkili bulgulara rağmen, halihazırda, COMT genotipi, şizofrenide agresif davranışı en iyi açıklayan biyolojik hipotezdir(122).

Bu konuda çalışılan diğer genler MAO ve yenilik arama davranışıyla ilişkilendirilen dopamin D4 reseptör (DRD4) genidir. Bu konuda yapılmış az sayıda çalışmaların ilkinde Fresan ve arkadaşları, 71 hastanın değerlendirilmesinde, MAO-A geni ve DRD4 geni ile şizofrenide agresif davranışlar arasında ilişki olabileceğini öne sürmüştür(123). MAO-A, başka çalışmalarda da agresif davranışla ilişkilendirilmiştir(124, 125).

2.3.2. Kişilik Bozuklukları

2.3.2.1. Genel Olarak

DSM-5, genel kişilik bozukluğunu, kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, süregiden bir içsel yaşantı ve davranış örüntüsü olarak tanımlar. Bu örüntü, iki ya da daha çok alanda kendini göstermektedir: 1. Biliş: Kendini, diğer insanları ve olayları algılama ve yorumlama yolları, 2. Duygulanım: Duygusal tepkilerin aralığı, yoğunluğu, değişkenliği ve uygunluğu, 3. Kişilerarası işlevsellik, 4. Dürtü denetimi (3).

Çeşitli çalışmalar kişilik bozukluğunun kararlı, istikrarlı olmadığını göstermiştir. Shea ve arkadaşları, 1-2 yıllık izlemde, takıntılı- zorlantılı, şizotipal, sınırda ve çekingen kişilik bozukluğu tanısı alan olguların %50'sinden daha azının kalıcı olarak kişilik bozukluğu kriterlerini karşıladığını saptamışlardır(126).

Tyler ve arkadaşları, kişilik bozukluklarını matür (kuşkucu, şizoid, kaygılı) ve immatür (antisosyal ve emosyonel olarak kararsız) olarak ikiye ayırmışlar ve yıllar içinde iyileşme eğilimi içinde olduklarını saptamışlardır(127).

Belirli bir kişilik bozukluğunun şiddet davranışına yol açtığını varsaymak cazip olsa da, şiddet davranışı ve kişilik bozuklukları arasındaki ilişki karmaşıktır. Bunun sebebi, kişilik bozukluklarıyla birlikte yüksek eş-tanı bulunması, aynı olguda bir çok kişilik bozukluğunun saptanması ve nedensel mekanizmaların değerlendirilmesindeki güçlüktür(128).

The Office for National Statistics (ONS) incelemesinde mahkumların %78'inde kişilik bozukluğu saptanmıştır. En sık saptanan kişilik bozukluğu antisosyal kişilik bozukluğu iken, bunu erkeklerde kuşkucu ve kadınlarda sınırda kişilik bozukluğu izlemektedir(129).

Diğer yandan şizofreni, bipolar bozukluk gibi yeğin ruhsal bozukluklar şiddet davranışını arttırsa da, şiddet davranışı ve suç arasındaki ilişki karmaşıktır. Antisosyal kişilik bozukluğu haricinde DSM'de tanımlanan ruhsal bozukluk tanımlarının hiçbirisi özgül olarak şiddet davranışıyla ilişkili gösterilmemiştir. Longato-Stadler ve arkadaşlarının, İsveç'te 130 erkek mahkumu değerlendirdikleri bir çalışmada, mahkumların %56'sında kişilik bozukluğu saptanmıştır. Olgularda en sık antisosyal kişilik bozukluğu (%39) bulunurken, bunu paranoid kişilik bozukluğu (%29) ve sınırda kişilik bozukluğu (%27) izlemektedir. Çalışmada hiçbir mahkumda C kümesi kişilik bozukluğu bulunmamıştır (130).

Laajalaso ve arkadaşlarının homisid suçu işleyen 593 faili değerlendirdikleri çalışmada, mahkumların %74.3'ünde kişilik bozukluğu saptamışlardır. 236 olguda (%88.7) B kümesi kişilik bozukluğu bulunurken, bunların da 182'si antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almıştır. Olguların % 15.8'inde A kümesi kişilik bozukluğu, %7.9'unda ise C kümesi kişilik bozukluğu bulunmuştur(131).

2.3.2.2. Antisosyal Kişilik Bozukluğu

DSM-5, antisosyal kişilik bozukluğunu, 15 yaşından itibaren süregelen, başkalarının haklarını umursamayan ve çiğneyen yaygın bir örüntü olarak tanımlar. Antisosyal kişilik bozukluğu, yasal yükümlülöklere uymama, sahtekarlık, dürtüsellik ya da geleceğini tasarlamama, sinirlilik ve saldırganlık, kendisinin veya başkalarının güvenliğini umursamama, sorumsuzluk, pişmanlık duymama özellikleriyle karakterizedir. 15 yaşından önce davranım bozukluğu olduğuna ilişkin kanıtlar vardır(3).

Singleton ve arkadaşları, erkek mahkumların % 50-60'ında antisosyal kişilik bozukluğu saptamışlardır(129). Fazel ve arkadaşları, 22.790 mahkumu inceledikleri çalışmada, antisosyal kişilik bozukluğu oranını %47 olarak bulmuşlardır(132).

Roberts ve Coid, antisosyal kişilik bozukluğu olgularının genel topluma göre homisid suçu işleme olasılığının 10-20 kat arttığını, şiddet suçu işlemeye daha yatkın olduklarını, ama hırsızlık, gasp, tecavüz ve kundaklama gibi çok çeşitli suçlar da işlediklerini belirtmişlerdir(133).

Antisosyal kişilik bozukluğunun %41 oranında genetik risk etmenlerine, %16 oranında paylaşılan ailevi yaşam olaylarına ve %43 oranında kişinin deneyimlerine bağlı geliştiğı öne sürölmektedir(134).

Düşük etkinlik gösteren MAO-A enzimi, antisosyal kişilik bozukluğu, dürtüsellik ve suç işleme davranışıyla ilişkilendirilmiştir. MAO-A enzimini kodlayan genler ve çevre etkileşimlerinin, antisosyal kişilik bozukluğu gelişiminde rolü olduğu belirtilmektedir(135). Ferguson ve Beaver yaptıkları gözden geçirme çalışmasında, MAO-A geni dışında, serotonin taşıyıcı geni, dopamin taşıyıcı geni ve COMT geni ile antisosyal davranış ve şiddet davranışı arasındaki ilişkileri göstermişlerdir(136).

Yang ve Raine'nin yaptıkları meta-analiz çalışmasında, antisosyal kişilik bozukluğu olgularında, prefrontal kortekste yapısal ve işlevsel anomaliler saptandığı

bildirilmiştir. Prefrontal kortekste işlev azalması ile giden yapısal bozulmalar özellikle sağ OFK, sağ ASK, sol DLPFK’te saptanmıştır(137).

Craig ve arkadaşları, Difüzyon Tensör Görüntüleme yöntemi kullandıkları çalışmada psikopati ile ilişkili dürtüsel, antisosyal davranış gösteren kişilerde amigdala ile OFK arasındaki bağlantı anomalilerini göstermişlerdir(138).

Yang ve arkadaşları, psikopati ile amigdalada hacim azalması arasında anlamlı ilişki olduğunu saptamışlardır(139).

DSM-5’te, antisosyal kişilik bozukluğu tanısının konulabilmesi için kişide 15 yaşından önce davranım bozukluğu olduğuna ilişkin kanıtların olması gerektiği belirtilmektedir(3). Frick ve Petittclerc, davranım bozukluğunun kuvvetli genetik ve nörobiyolojik temellere sahip olduğunu belirtmişlerdir(140). Davranım bozukluğunun Antisosyal kişilik bozukluğuna dönüşme oranı %40-70 arasında tahmin edilmektedir.

National Collaborating Centre for Mental Health verilerine göre antisosyal kişilik bozukluğu olgularının %90’ında, başta madde kullanım bozukluğu olmak üzere en az bir eş tanı bulunmaktadır. Antisosyal kişilik bozukluğu saptanan erkekler, kadınlara göre 3 ile 5 kat daha fazla alkol veya madde kullanım bozukluğu tanısı almaktadır. Alkol kullanım bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu olgularında şiddet davranışını arttırmaktadır(21).

2.3.2.3. Sınırdaki Kişilik Bozukluğu

Sınırdaki kişilik bozukluğunda şiddet davranışının yaygınlığı ve karakteristikleri antisosyal kişilik bozukluğuna nazaran daha az bilinmektedir. Newhill ve arkadaşları, sınırdaki kişilik bozukluğu olgularında, antisosyal kişilik bozukluğu eş tanısının %60 kadar yüksek olabileceğini belirtmişlerdir(141).

Logan ve Blackburn, ciddi şiddet suçu işleyen kadın mahkumlarda, hafif şiddet suçu işleyen kadın mahkumlara göre sınırdaki kişilik bozukluğunun bulunma olasılığının 4 kat fazla olduğunu bildirmişlerdir (142).

Newhill ve arkadaşları, MacArthur çalışmasında sınırda kişilik bozukluğu tanısı konulan 220 erkek ve kadının verilerini analiz etmişler ve 1 yıl içinde %73'ünün şiddet davranışı gösterdiklerini, şiddet davranışının çoğunlukla tanıdıklar ve yakınlar ile yapılan, yaralanmaya neden olmayan kavgalar biçiminde olduğunu saptamışlardır. Sınırda kişilik bozukluğu saptanan kişiler, sınırda kişilik bozukluğu tanısı olmayanlara göre anlamlı derecede ciddi şiddet davranışı göstermeye eğilimlidirler. Bu bulgu alkol kullanım bozukluğu gibi risk faktörleri değerlendirmeye alındığında da anlamlı kalmaya devam etmektedir; ancak antisosyal kişilik bozukluğu eş tanısı saptandığında istatistiksel anlamlılığını yitirmektedir. Sınırda kişilik bozukluğunda, antisosyal kişilik bozukluğu eş tanısı şiddet davranışı olasılığını 3.5 kat arttırmaktadır(141).

2.3.2.4. Paranoid Kişilik Bozukluğu

Paranoid kişilik bozukluğu, değişik bağlamlarda ortaya çıkan, başkalarının davranışlarını kötü niyetli olarak yorumlamak gibi, başkalarına duyulan genel bir güvensizlik ve kuşkuculuk biçiminde kendini gösterir(3).

Paranoid kişilik bozukluğunda, diğer kişilik bozuklukları eş tanısı, hastaların yarısından fazlasında görülür. Adli psikiyatri değerlendirmelerinde paranoid kişilik bozukluğuna en sık antisosyal kişilik bozukluğu eşlik eder. Paranoid kişilik bozukluğunda şiddet davranışı riski artmıştır. Risk artışı en sık psikoz ve antisosyal kişilik bozukluğu eş tanıları ile olur. Paranoid kişilik bozukluğu, tehdit etme, takip etme, aşırı şikayet ve dava açma ile ilişkilidir(143).

2.3.3. Duygudurum Bozuklukları

Bipolar bozuklukta suç davranışının sebebi özellikle grandiyöz düşünceler ve tümgüçlülük düşünceleridir(144). Quanbeck ve arkadaşları, bipolar bozukluğu tanısı alan 66 hastanın %75'inde agresif davranışlar sırasında manik belirtiler olduğunu saptamışlardır. Davranışsal ve cinsel dürtülerin kontrol edilmesindeki güçlük nedeniyle normalden çok daha fazla cinsel davranışlar, cinsel taciz veya göstermecilik gibi cinsel suçlar da görülebilmektedir(145). Depresif dönemlerde ise özellikle psikotik depresyonu olan hastalar, aile üyelerinin gelecekte karşılaşılabileceği olumsuz

olayları, üzüntü, acı ve felaketleri yaşamamaları için iyilik ya da kurtarmak amacıyla aile üyelerine karşı cinayet işleyebilmektedirler(146).

Tilhonen ve arkadaşlarının Finlandiya’da yaptıkları kohort çalışmasında, affektif psikozda tüm suçlar için odds oranını 6.8, şiddet suçları için 10.4 olarak bulmuşlardır. Bulgular şizofreniyle karşılaştırıldığında, her iki durum için de daha yüksek olarak saptanmıştır (Şizofreni için: 3.0, 7.2)(50).

Graz ve arkadaşlarının, hastaları taburcu sonrası 7-12 yıl boyunca izledikleri çalışmada, manik bozukluk olgularının %5.6’sının, yeğin depresyon olgularının ise %1’inin şiddet suçu işledikleri saptanmıştır. Tüm suçlar dahil edildiğinde manik bozukluk olgularının %15.7’sinin, en fazla hırsızlık ve dolandırıcılık olmak üzere suç işlediği saptanmıştır. Olguların yaklaşık %25’inde hırsızlık ve dolandırıcılık, %5’inde sözel saldırganlık, %2’sinde mala hasar verme suçları saptanırken, %10’unda fiziksel şiddet, %2’sinde tehdit, % 0.65’inde tecavüz, %0.33’ünde homisid suçu tespit edilmiştir. Çalışmada, geçmiş diğer çalışmaların aksine, madde kullanım bozukluklarının suç davranışı riskini arttırmadığı bulunmuştur (147).

Fazel ve arkadaşlarının, İsveç’te, 1973-2004 yılları arasındaki verileri değerlendirdikleri, 3.743 bipolar bozukluk olgusu ile, 37.429 kişiden oluşan genel toplum kontrol grubunu karşılaştırdıkları çalışmada, bipolar bozukluk tanısı almış olguların %8.4’ünün şiddet suçu işledikleri, bu oranın genel toplum grubunda ise %3.5 olduğu bulunmuştur. Çalışmada klinik alt gruplar (manik, depresif veya psikotik, psikotik olmayan) arasında şiddet suçu işleme bakımından anlamlı bir farklılık bulunmazken, hastalarda şiddet suçu işleme riskinin madde kullanım bozukluğu eş tanısı ile arttığı (odds oranı: 6.4), madde kullanım bozukluğu eş tanısı olmayan grupta ise risk artışının minimal olduğu (odds oranı: 1.3) saptanmıştır(148).

Hunt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, homisid suçu işleyenlerin %7’sinde duygudurum bozukluğu tanısı konulduğu, şizofreni tanısının ise %5 olduğu bulunmuştur. Ruhsal bozukluk saptanan homisid faillerinin oranları, yaşın artmasıyla artmaktadır. 65 yaşın üzerindeki faillerin yarısında saldırı sırasında depresif bozukluk olduğu belirlenirken, bunların da yarısında duygudurum bozukluğu öyküsü

saptanmıştır. Yaşlı homisid faillerinin gençlere göre geçmişlerinde daha az oranda şiddet suçu işledikleri belirlenmiştir. Yazarlar, duygudurum bozukluğu olan yaşlı hastaların artmış suç işleme riski nedeniyle dikkatli olunması gerektiği, geç dönem depresyonlarında erken tanı ve tedavinin önemli olduğu sonucuna varmışlardır(149).

Monahan ve arkadaşlarının, MacArthur çalışmasında hastaneden taburcu olduktan sonra bir yıl izlenen 1.136 hastayı değerlendirdikleri çalışmada, depresif bozukluğu olan hastalarda %28.5, bipolar bozukluk tanısı alanlarda %22, şizofreni hastalarında ise % 14.8 oranında şiddet eylemi saptamışlardır(150). Benzer olarak Matejkowski ve arkadaşları, homisid suçu işleyen ruhsal bozukluk tanısı konmuş 95 hastayı inceledikleri çalışmada, hastaların %61'inde yeğin depresyon, %28'inde şizofreni, %13'ünde bipolar bozukluk saptamışlardır. Yazarlar çalışmada, homisid suçunun en sık, uzun süredir madde kullanım bozukluğu olan duygudurum bozukluğu tanısı almış hastalar tarafından işlendiğini, şiddet eyleminde psikotik sebeplerin nadir olduğunu, eylemlerin büyük çoğunluğunun öfke nedeniyle gerçekleştiğini bulmuşlardır(151).

Birçok çalışmada, bipolar bozukluk yanında kişilik bozukluğu eş tanısının, özellikle antisosyal kişilik bozukluğunun şiddet davranışlarını arttığı ortaya konmuştur. Swan ve arkadaşları, bipolar bozukluk tanısı almış 112 olgunun kendi bildirimlerine dayanan öykülerinde, 29 hastada suç davranışı saptamışlardır. Bildirilen suç davranışlarının antisosyal kişilik bozukluğu semptomları, tekrarlayan ve ağırlıklı olarak manik atakların görüldüğü bir hastalık seyri ve bozulmuş yanıt inhibisyonuyla ilgili olduğu belirlenmiştir(152).

Swan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 78 kontrol, 34 antisosyal kişilik bozukluğu, 24 antisosyal kişilik bozukluğu eş tanısı olan bipolar bozukluk olgusu ve 61 kişilik bozukluğu tanısı olmayan bipolar bozukluk olgusu, dürtüsellik ve suç özellikleri açısından değerlendirilmiş, dürtüselliğin, bipolar bozukluk tanılı olgularda, antisosyal kişilik bozukluğu eş tanısının saptanmasından bağımsız olarak, antisosyal kişilik bozukluğu tanılı olgulara göre, antisosyal kişilik bozukluğunda ise kontrol grubuna göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Antisosyal kişilik bozukluğu ve bipolar bozukluk tanısının birlikteliği hastalık şiddetinin artması yönünde belirleyici

bulunmuştur. Bipolar bozukluk veya antisosyal kişilik bozukluğu tanılı olgularda, dürtüsellik ile suç davranışının şiddeti ve suç tipi arasında ilişki bulunamamıştır(153).

2.3.4. Anlıksal Yetersizlik

DSM-5’de anlıksal yetersizlik, kavramsal, toplumsal ve uygulamalı alanlarda, hem anlıksal, hem de uyumsal işlev eksikliklerini kapsayan, gelişimsel evre sırasında başlayan bir bozukluk olarak tarif edilmektedir(3).

Anlıksal yetersizlik, toplumsal uyumda, sosyal kaynaklara erişimde güçlüklerin yanında aile ve bakım verenler için de, özellikle olguların saldırgan davranışları nedeniyle, yaralanma ve ruhsal gerginlik gibi olumsuz sonuçlara yol açmaktadır(154).

Anlıksal yetersizliğin dünyadaki yaygınlığı %1-3 arasındadır(155). Mauilic ve arkadaşlarının yaptığı meta analiz çalışmasında 1980 ile 2009 yılları arasında anlıksal yetersizliğin yaygınlığını araştıran 52 çalışmanın sonuçları incelenmiş ve yaygınlık 10.37/1000 olarak hesaplanmıştır(156).

Türkiye’de anlıksal yetersizliğin yaygınlığı konusunda 2002 yılında yapılan Türkiye Özürlüler Araştırması sonucuna göre, toplam nüfus içinde özürlü nüfusun (%12.29) %48’ini anlıksal yetersizlik olguları oluşturmaktadır. Buna göre toplum genelinde anlıksal yetersizlik oranı %5.49 olarak hesaplanmıştır(157).

Anlıksal yetersizlikte suçun, eylemin sonuçlarını öngörmede ve mağdurun duygularını değerlendirmede eksiklikler nedeniyle meydana geldiği, yüksek zeka düzeyinin suç işlemede engelleyici bir etken olduğu belirtilmektedir(20). Jolliffe ve Farrington’un yaptıkları meta-analiz çalışmasında, bilişsel ve duygusal empatinin suç davranışına etkileri incelenmiş ve düşük bilişsel empati ve suç davranışı arasında güçlü, düşük duygusal empati ile suç davranışı arasında zayıf bir ilişki bulunmuştur. Düşük empati düzeyi ile şiddet suçları arasında güçlü bir ilişki saptanırken, cinsel saldırı suçları ile düşük empati düzeyi arasında zayıf bir ilişki saptanmıştır. Düşük empati ile suç davranışı arasındaki ilişkinin, zeka düzeyi, sosyal ve ekonomik konum

da dahil edildiğinde kaybolduğu belirlenmiştir. Yazarlar bu sonucun empati ve suç arasındaki ilişkinin önemini göz ardı ettirmeyeceği, ancak, bir başka kişinin duygularını anlama yeteneğinin zekanın birincil işlevlerinden biri olabileceği ve bunun da suç davranışı ile bağlantılı olduğu yorumunu getirmişlerdir(158).

Anlıksal yetersizlik olgularında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluğu eş tanısı daha fazladır. Dil kullanımında, bellekte ve algısal-devinsel yeteneklerde bozulma, düşük sosyal sınıf ve aile sorunlarından bağımsız olarak saldırgan davranışlarla ilişkilidir. Anlıksal yetersizlik tanılı olgular özellikle cinsel suçlar bağlamında kabul edilebilir ve kabul edilemez davranışları öğrenmede güçlük yaşayabilirler. Anlıksal yetersizlik grubunda görülen şiddet davranışları ise dürtüsellik ve sorun çözme becerilerindeki eksikliğe bağlı olabilir(20).

Crocker ve arkadaşlarının 3.165 anlıksal yetersizlik tanılı erişkin kadın ve erkeği değerlendirdikleri çalışmada, saldırganlık davranışının 12 aylık yaygınlığı %51.8 olarak bulunmuştur. Saldırganlık davranış tiplerine göre %24 maddi hasar, %37.6 sözel saldırganlık, %24.4 kendine yönelik saldırganlık, %24.4 fiziksel saldırganlık ve % 9.8 cinsel saldırganlık bulunmuştur. Saldırganlığın çoğunluğunun hafif şiddette olduğu, sadece %4.9 olguda mağdurda yaralanma meydana geldiği saptanmıştır(159).

Buna rağmen saldırgan davranışların yaygınlığı ile ilgili yapılan çalışmalarda değişik oranlar bildirilmiştir. Anlıksal yetersizlik olgularında Borthwick ve Duffy fiziksel saldırganlık yaygınlığını % 2.1 olarak belirtirken, Eyman ve Call %24 olarak bildirmişlerdir(160, 161). Anlıksal yetersizlik olgularında Jacobson sözel saldırganlık yaygınlığını %5.9 bulmuş, Crocker ise %37.6 olarak saptamıştır(159). Maddi hasara neden olan saldırganlık yaygınlığını ise Jacobson % 4.3, Crocker %24 olarak bulmuşlardır(154, 159).

Cooper ve arkadaşlarının, 1.023 anlıksal yetersizlik olgusunda saldırganlığın nokta yaygınlığını araştırdıkları çalışmada, fiziksel saldırganlığın nokta yaygınlığı %6.3, sözel saldırganlığın %7.5, maddi hasara neden olan saldırganlığın nokta yaygınlığı ise %3 olarak bulunmuştur(154).

Şiddet suçlarının ve mala karşı işlenen suçların yaygınlığı yönünden anlıksal yetersizlik tanılı olgular ve anlıksal yetersizlik olmayanlar arasında anlamlı farklılık bulunmadığı, ancak, cinsel suçların anlıksal yetersizlik olgularında altı kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Anlıksal yetersizlik olguları cinsel suçları kendilerinden daha genç ve erkek çocuklara karşı işleme eğilimindedirler. Cinsel suçlar, dikkatlice planlanmamıştır ve tipik olarak mağdur saldırganı tanımamaktadır(20).

2.3.5. Nörobilişsel Bozukluklar

Türk Dil Kurumu bilişi ‘‘Canlının, bir nesne veya olayın varlığına ilişkin bilgili ve bilinçli duruma gelmesi, vukuf’’ olarak tanımlar. Nörobilişsel bozukluk bilinç düzeyi etkilenmeden ilerleyici bilişsel bozulmayla giden bir süreci tanımlamaktadır(162). Terminolojide, kognitif işlevler veya yüksek kortikal fonksiyonlar olarak adlandırılır ve öğrenme ile bellek, görsel- mekânsal işlevler, yönetici işlevler, dikkat, pratik fonksiyonlar ve gnostik fonksiyonları kapsar(163). DSM-5, bilişsel işlevleri, karmaşık dikkat, öğrenme ve bellek, dil, algısal-devinsel ve toplumsal biliş olarak tanımlamıştır. Nörobilişsel bozukluk tanısının konulabilmesi için bu bilişsel alanlardan birinde gerileme olduğunun kanıtı gereklidir(3).

Nörobilişsel bozukluklar için farklı sınıflama biçimleri kullanılmaktadır. DSM-5 nörobilişsel bozuklukları Alzheimer hastalığı, frontotemporal lob yozlaşması, Lewy cisimciği hastalığı, damarsal hastalık, çarpma ile beyin yaralanması, madde/ilâç kullanımı, HIV enfeksiyonu, Prion hastalığı, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı, başka bir sağlık durumuna bağlı, neden olucu çoğul etkenlere bağlı ve tanımlanmamış olarak sınıflandırır (3). Diğer sınıflama, altta yatan nörodejeneratif sürecin temel alındığı ‘‘primer demanslar’’ ve demansa neden olabilecek sistemik ve/veya nörolojik bir hastalığın söz konusu olduğu ‘‘sekonder demanslar’’ biçimindedir(163). Demanslar, kortikal (Alzheimer hastalığı, Frontotemporal lob yozlaşması), subkortikal (Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı, Wilson hastalığı), kortikal-subkortikal (Lewy cisimciği hastalığı) ve multifokal (Prion hastalığı) biçiminde de alt gruplara ayrılmaktadır (20).

65 yaş ve üstü genel nüfusta nörobilişsel bozukluk yaygınlığı %5-15, 85 yaş üstündeyse %20-40'dır(162, 164). Tüm nörobilişsel bozuklukların yaklaşık %50-60'ında en sık rastlanan tip Alzheimer hastalığıdır. İkinci sırada en sık görülen nörobilişsel bozukluk tipi damarsal hastalığa bağlı nörobilişsel bozukluktur ve tüm olguların %15-30'undan sorumludur. Hastaların yaklaşık %10-15'inde Alzheimer hastalığı ve damarsal hastalık birlikte görülür. Diğer nörobilişsel bozukluklar yaklaşık %10'u oluşturmaktadır(162).

Alzheimer hastalığı için risk faktörlerinin ileri yaş, aile öyküsü, düşük eğitim düzeyi, apolipoprotein Eε4 (ApoEε4) allelinin varlığı, kadın cinsiyet, çoklu kafa travmaları, alkol ve madde kullanımı, presenilin gen mutasyonu, Down sendromu olduğu belirtilmiştir(163, 165-167).

Nörobilişsel bozukluklarda DSM-5 "davranış bozukluklarıyla giden" belirtecini tanımlamış ve bilişsel bozukluğa klinik açıdan önemli bir davranış bozukluğunun eşlik ettiği durumların belirtilmesini önermiştir(3).

Birçok çalışma, adli psikiyatrik değerlendirme yapılan yaşlı hastalara sıklıkla nörobilişsel bozukluk tanısının konulduğunu göstermektedir. Lewis ve arkadaşlarının 60 yaş üzeri, 99 adli psikiyatrik değerlendirmenin incelendiği çalışmasında, en sık konulan tanının (%44,4) nörobilişsel bozukluk olduğu, Putkonen ve arkadaşlarının homisid suçu işleyen 60 yaş üstü olgularda en sık nörobilişsel bozukluk tanısının konulduğu çalışmaların yanında, Fazel ve Grann, 60 yaş üstü suçlularda en sık psikotik bozuklukların saptandığını, nörobilişsel bozukluk tanısının ise tüm olguların %7,1'inde 3. sıklıkla konulduğunu gösteren çalışmalar da vardır (168-170). Benzer olarak birçok çalışma, nörobilişsel bozukluk hastalarının normal popülasyona kıyasla daha fazla agresif davranış gösterdiğini bildirmektedir(171-173).

Frontotemporal nörobilişsel bozuklukta suç riski Alzheimer Hastalığından daha fazladır(174).

Bir diğerk çalışmada, psikopatik davranışların frontotemporal nörobilişsel bozukluk hastalarının %57'sinde, Alzheimer hastalarının ise %27'sinde görüldüğü belirtilmiştir(175).

Yaşlı hastalarda şiddet ve homisid suçlarının en fazla Alzheimer hastalığı, damarsal hastalığa bağlı nörobilişsel bozukluk, alkol kullanımına bağlı nörobilişsel bozukluk ve hidrosefali sonucu gelişen nörobilişsel bozuklukta görüldüğü belirtilmiştir(176).

Liljegren ve arkadaşlarının Alzheimer hastalığı, frontotemporal demansın davranışsal varyantı (FTDdv), frontotemporal demansın semantik varyantı (FTDsv) ve Huntington hastalığı tanısı almış 2.397 hastanın incelendiği çalışmada, 204 (%8.5)'ünün suç işlediği saptanmıştır. Çalışılan hasta grubunda Alzheimer hastalığı saptanan 545 hastanın 42'sinin (%7.7), 171 FTDdv hastasının 64'ünün (%37.4), 89 FTDsv hastasının 24'ünün (%27) ve 30 Huntington hastasının 6'sının (%20) suç işlediği belirlenmiştir. En çok suç Alzheimer hastaları tarafından işlenmesine rağmen, suç işleme oranı en az Alzheimer ve en fazla FTDdv hastalarında bulunmuştur. İşlenen suç çeşitlerinin de farklı olduğu görülmüş, Alzheimer hastalarının en sık trafik ve izinsiz mülke girme suçunu işlerken, hırsızlık ve cinsel saldırı suçlarını nadiren işledikleri saptanmıştır. FTDdv hastalarında ise suç oranının diğer demans tiplerine göre daha fazla olmasının yanında, cinsel saldırı, hırsızlık ve insana yönelik şiddet suçlarını daha sıklıkla işledikleri saptanmıştır. Alzheimer hastalarının %2.02'sinin, FTDsv hastalarının %3.37'sinin ve FTDdv hastalarının %6.43'ünün insana yönelik şiddet suçu işledikleri belirlenmiştir. Yazarlar, Frontotemporal demansta davranış bozukluklarının erken dönemde başlamasından hareketle, özellikle ilk kez suç işlemiş, 55 yaş üzerindeki olgularda nörogörüntülemenin de dahil olduğu nöropsikiyatrik değerlendirmenin yapılması gerektiğini vurgulamışlardır(177).

Frontotemporal demansın özellikle davranışsal varyantında (FTDdv), hastalığın erken döneminde uygunsuz davranışlar ortaya çıkmasına rağmen, bu dönemde nörodejenerasyon lokalize ve genel bilişsel işlevler görece sağlamdır(178). Hastaların yaklaşık yarısında hırsızlık, iş ilişkilerinde bozulma, göstermecilik,

uygunsuz cinsel teklifler veya davranışlar, trafik suçları, fiziksel şiddet ve saldırı eylemleri görülür(179, 180).

Frontotemporal demans, frontal bölgeyi, özellikle vmPFC ve orbitofrontal korteksi ve anterior temporal bölgeleri etkileyen ilerleyici nörodejeneratif bir hastalıktır(181). VmPFC lezyonları ahlaki yargılamayı bozar. Bozulmuş ahlaki davranışın altında yatan diğer etmenler empati, sempati kaybı ve dezinhibe, kompulsif davranışlardır(181-183). Psikopati, vmPFC lezyonları sonucu oluşur; böylece merhamet, utanç, suçluluk duygusu, pişmanlık gibi sosyal ve ahlaki duygularda azalma olur(184-188). Buna rağmen aslında vmPFC lezyonlarında kişiler davranışlarının farkındadır; genel muhakeme sağlamdır ve sosyal ve ahlaki kurallara ait bilgi korunmuştur(189). Frontotemporal demans olgularında azalmış duygusal empatinin, sağ anterior temporal bölge ve sağ vmPFC ile temporal bölge arasındaki ağ örgüsünün hasarı sonucu olduğu bildirilmiştir(190-193). Mendez, Frontotemporal demans hastalarının, genel muhakemelerinin sağlam bulunmasına ve sosyal, ahlaki kuralların bilgisine sahip olmalarına rağmen, dezinhibe davranışlarının yanında, ahlak duygusu, ahlaki biliş ve ahlak muhakemelerinin bozulduğunu belirterek adli psikiyatrik değerlendirme sürecinde bunların dikkate alınması gerektiğini belirtmiştir(194).

Demans hastalarının suç işleme riskini arttıran bir faktör de alkol kullanımıdır. Kim ve arkadaşlarının çalışmasında alkol kullanan demans hastalarının, alkol kullanmayan demans hastalarına göre daha fazla şiddet suçu işledikleri belirtilmiştir. Yazarlar, alkol kullanan kişilerin hastalığın erken evresinde alkolün etkisiyle gelişen varsanı, sanrı ve yürütücü işlevlerde bozulma sebebiyle suç işlediklerini, alkol kullanmayan demans hastalarının ise hastalığın daha ileri evrelerinde çoğunlukla sosyoekonomik güçlerini ve aile desteklerini kaybettikleri dönemde suç işlediklerini belirtmişlerdir(195). Alkol bağımlılığı, frontal serebral kan akımını azaltmakta, yürütücü işlevleri bozmaktadır(196). Yapılan bir çalışmada, adli psikiyatride değerlendirilen yaşlı suçluların %86'sında alkol kötüye kullanımı tespit edilmiştir(197).

Demans hastalarında suçun diğer nedenleri sanrılar, varsanılar ve yanlış anlamalardır; mesela hasta, bakım veren kişiyi tehdit olarak algılayabilir(198).

Cohen, demanslı hastalarda homisid suçu riskini arttıran faktörleri belirtmiştir:

Şiddet öyküsü, alkol kötüye kullanımı öyküsü, aktif psikotik belirtiler, psikotik depresyon, vasküler demans, yıkıcı reaksiyon öyküsü, düşük tolerans ve saldırganlık özellikleri, asker, kolluk kuvveti olma geçmişi(199).

Liljegren ve arkadaşları özellikle FTDDv tipinde davranışsal belirtilerin hastalığın erken dönemlerinde başlamasından hareketle, 55 yaşın üzerinde ilk kez suç işlemiş olguların nörogörüntüleme de dahil, kapsamlı değerlendirmelerinin yapılmasını gerektiğini önermişlerdir(177). Bu nedenle hem adli dosyanın dikkatle incelenmesi, hem de klinik ve psikometrik değerlendirmelerin dikkatlice yapılması gerekir.

2.4. Ruhsal Bozukluğu Olan Mağdurlar

TCK'da kasten öldürme (TCK 82/1), kasten yaralama (TCK86/2), işkence (TCK 94/2), eziyet (TCK 96/2), cinsel saldırı (TCK 102/2), hırsızlık (TCK 142/2), yağma (TCK 149/2) suçlarının beden veya ruh bakımından kendini savunamayacak durumdaki kişiye karşı işlenmesi durumunda failin cezası artırılır. TCK'ya göre ruhsal bozukluğu olanlara karşı bir suç işlendiğinde hastalık varlığının saptanması ve hastalığın kişiyi *“beden ve ruh bakımından kendini savunamaz kılıp kılmadığı”* sorusunun yanıtlanması için bilirkişi raporu istenir. Bu rapor isteklerinde özellikle cinsel suç mağdurları için hastalığın uzman olmayan kişilerce anlaşılır olup olmadığı da sorulmaktadır(6, 200)

Çocuklar, kadınlar, etnik azınlıklar, evsizlerin yanında ruhsal bozukluğu olan kişiler gibi hassas, savunmasız topluluklarda şiddet mağduru olma yaygınlığı yüksektir. Gerçeklik değerlendirmesinin zayıf olması, muhakeme gücünün azalması, planlama, problem çözme yeteneklerinin azalması, artmış dürtüsellik ve işsizlik, evsizlik, fakirlik, sosyal izolasyon gibi sosyal faktörlerin yanında alkol ve madde

kullanım bozukluğu, ilaç uyumsuzluğu ruhsal bozukluğu olan kişilerin kendilerini koruma yeteneklerini azaltmakta ve şiddet suçları nedeniyle gerçekleşen mağduriyet riskini arttırmaktadır(201-203).

Teplin ve arkadaşlarının, psikoz ve yeğin duygudurum bozukluğu olan 936 hastanın, 32.449 kişiden oluşan, ruhsal bozukluğu olmayan kontrol grubuyla karşılaştırdıkları ve bir yıl süresince ileriye dönük izleyerek veri topladıkları çalışmada, bir yıl içinde, hasta grubunun dörtte birinden fazlasının tamamlanmış veya teşebbüs halinde kalan bir şiddet suçunun mağduru oldukları saptanmıştır. Hasta olmayan grupla karşılaştırıldığında oranın 11.8 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Hasta grubun %17'sinin tamamlanmış şiddet suçunun mağduru olduğu belirlenmiştir. %21'inin hırsızlık mağduru olduğu gözlenmiş ve bu oranın kontrol grubundan 140 kat fazla olduğu hesaplanmıştır. Hasta grubunun %28'i malvarlığına karşı suçların kurbanı olmuş ve bu oran kontrol grubundan 4 kat fazla bulunmuştur. Tamamlanmış şiddet, tecavüz/cinsel saldırı, hırsızlık ve motorlu araç çalınması gibi suçlar ruhsal bozukluğu olan kadınlara karşı, erkeklerden daha fazla işlenmiştir. Erkek hastaların ise kadınlara göre daha fazla gasp mağduru olduğu belirlenmiştir. Birçok suç tipi için yaş arttıkça mağdur olma yaygınlığının da arttığı saptanmıştır(202).

Ruhsal bozukluğu olan mağdurlar hakkında yapılan çalışma sayısı oldukça azdır. Maniglio ve arkadaşları, ruhsal bozukluğu olan suç mağdurlarıyla ilgili Ocak 1966- Ağustos 2007 yılları arasında yapılmış yayınları taramışlar ve bu tarih aralığında bu konuda yayınlanmış dokuz çalışmanın olduğunu belirlemişlerdir. Bu dokuz çalışmada incelenmiş toplam 5.195 hastanın, %4.3 ile %35.04 oranları arasında değişen yaygınlıkta suç mağduru oldukları belirlenmiştir. Yeğin ruhsal bozukluğu olan hastaların, genel toplumla karşılaştırıldığında, 2.3- 140.4 kez daha fazla suç mağduru oldukları belirlenmiştir(204).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız retrospektif, tanımlayıcı bir çalışmadır.

Çalışmanın evreni, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Psikiyatri Polikliniğine yönlendirilen ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan, 1 Ocak 2018- 1 Mart 2020 tarihleri arasında hakkında rapor düzenlenen 312 olgudan oluşmaktadır. Olguların tıbbi dosyaları ve adli raporları geriye dönük olarak incelenmiştir.

Olgular, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na adli merciler tarafından yargısal süreç devam ederken psikiyatrik açıdan değerlendirilmek üzere ya doğrudan ya da Adli Tıp Anabilim Dalı tarafından istenen konsültasyon sonucunda yönlendirilmiştir. Çalışmaya, Psikiyatri Anabilim Dalı Adli Psikiyatri Polikliniği'nde adli kurul tarafından değerlendirilen, suç veya olay tarihinde 18 yaşından büyük olan, Psikiyatri Anabilim Dalı arşivinde bulunan dosyalarında eksiklerin olmadığı ve raporu sonuçlandırılarak haklarında karar verilmiş adli psikiyatri olguları alınmıştır.

Olgular, Ceza hukuku ve Medeni hukuk başlıkları altında iki ana grup olarak incelenmiştir.

Tüm olgular için sosyodemografik veriler, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve çalışma durumu kaydedilmiştir. Yaş, 20 yaş altı, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 ve 60 yaş üstü olarak sınıflandırılmıştır. Adli psikiyatri literatüründe "yaşlı" tanımı değişmekle beraber, günümüzde Adli Psikiyatri araştırmalarında sıklıkla bu biçimde kabul edildiği için, 60 yaş ve üzeri "yaşlı" olarak kabul edilmiştir.

Ceza hukuku kapsamında olgular 'fail', 'ruhsal bozukluğu olan mağdur' ve 'mağdurda ruhsal bozukluk gelişmesi' şeklinde üç grupta toplandı. Suç işlemiş veya suç ile ilgili şüphesiyle zanlı olarak, ceza sorumluluğunun, kusur yeteneğinin belirlenmesi amacıyla TCK 32. madde kapsamında gönderilen olgular 'fail' olarak, ruhsal bozukluğu olanlara karşı suç işlendiğinde, hastalık varlığının saptanması ve

hastalığın kişiyi ‘beden ve ruh bakımından kendini savunamaz kılıp kılmadığı’ sorusunun yanıtlanması için gönderilen olgular ‘ruhsal bozukluğu olan mağdur’ olarak, maruz kaldığı suç neticesinde kendisinde ruhsal bozukluk gelişip gelişmediğinin belirlenmesi amacıyla gönderilen olgular ‘mağdurda ruhsal bozukluk gelişmesi’ şeklinde sınıflandırıldı.

İşlenen ya da maruz kalınan suçların birden fazla olması durumunda, TCK’ya göre en yüksek ceza değeri öngörülen suç tipi kullanıldı.

Fail grubunda suç, adli makamlar tarafından gönderilen belgelerde belirtilen suç tipi esas alınarak tanımlandı. Suç özellikleri, TCK ve daha önce bu konuda yapılmış çalışmalar esas alınarak, ‘insana karşı suç’, ‘malvarlığına karşı suç’ ve ‘diğer suçlar’ olarak sınıflandırıldı. ‘Topluma karşı suç’, ‘mille ve devlete karşı suç’, ‘terör suçu’, ‘kaçakçılık’, ‘diğer suçlar’ bölümüne dahil edildi. TCK’da, insana karşı suçlar, kasten öldürme, taksirle öldürme, kasten yaralama, taksirle yaralama, cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar, tehdit, cebir gibi, nesnesinin insan olduğu suçlar olarak bölümlere ayrılmıştır. Malvarlığına karşı suçlar hırsızlık, yağma, dolandırıcılık, sahtekarlık, mala zarar verme biçiminde tanımlanmaktadır.

İkinci olarak, suç özellikleri suçun şiddet suçu olup olamamasına göre ikiye ayrılarak sınıflandı. Şiddetin Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanımı esas alınarak, kendine ya da bir başkasına, grup veya topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı veya tehdidin kasti olarak uygulanması şeklinde meydana gelen suçlar, şiddet suçları olarak sınıflandırıldı. Tanım gereği kasten öldürme, kasten öldürmeye teşebbüs, kasten yaralama, cinsel saldırı ve istismar, tehdit ve cebir şiddet suçu olarak kabul edildi.

Şiddet suçları, şiddet suçunun motivasyonu, şiddet suçunun yeri, şiddet suçunun hedefi (kime karşı işlendiği), şiddet suçunun işlenmesi sırasında failin alkol veya madde etkisinde olup olmadığı alt başlıklarında incelendi. Şiddet suçunun motivasyonunun incelenmesinde, şiddet suçu, reaktif, araçsal, sanrıs ve halüsinatuar olarak ayrıldı. Belli bir hedefe ulaşmak için, eylemin başlangıcında duygusal bir

uyarılmanın olmadığı durumlar araçsal, güçlü duygusal uyaranlarla impulsif şekilde gerçekleşen eylemler reaktif, failin mağdura yönelik sanrısız düşünceleri veya halüsinatuar algıları sonucunda gerçekleşen eylemler ise sanrısız ve halüsinatuar olarak sınıflandı. Birçok şiddet eyleminde bu özelliklerden biri yalnız başına bulunmadığı için, eylemin başlangıç nitelikleri dikkate alınarak sınıflama yapıldı. Hırsızlık amacıyla araçsal olarak başlayan eylem, mağdurun direnmesiyle reaktif biçime dönüştüğünde, şiddet motivasyonu araçsal şiddet olarak belirtildi.

Tanımlar, DSM-5 esas alınarak konulmuş, her olgu alkol ve madde kullanım bozukluğu açısından değerlendirilmiştir.

Ceza sorumluluğu değerlendirilmesi, 'ceza sorumluluğu var', 'ceza sorumluluğu azalmış', 'ceza sorumluluğu tam' ve 'değerlendirilemedi' şeklinde dört seçenek biçiminde belirtildi.

Olguların sosyodemografik özellikleri, işlenen veya maruz kalınan suçlar ve suç nitelikleri, konulan tanımlar ve olguların klinik özellikleri değerlendirilmeye alındı.

Medeni hukuk kapsamında gönderilen olgular gönderilme nedenlerine göre, 'vesayet gereksinimi', 'velayet uygunluğu', 'boşanma davası', 'cinsiyet değiştirme davası', 'ayırt etme gücünün değerlendirilmesi' bölümlerine ayrılarak incelendi. Vesayet ve velayet konularında, olguların sosyodemografik özellikleri, vesayet gerekçe gerekmediği veya velayete uygunluk ve konulan tanımlar değerlendirildi.

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Gruplara göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanıldı. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama ve s. sapma, kategorik veriler için frekans (yüzde) olarak sunuldu. Önem düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

Çalışma, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 28.05.2020 tarihinde etik kurul onayı almıştır (Toplantı Sayısı:06, Karar No: 59).

4. BULGULAR

4.1. Genel Olarak

Çalışmanın evreni, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Psikiyatri Polikliniğine yönlendirilen ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan, 1 Ocak 2018- 1 Mart 2020 tarihleri arasında hakkında rapor düzenlenen 312 olgudan oluşmaktadır. Olguların tıbbi dosyaları ve adli raporları geriye dönük olarak incelenmiştir.

Olgular, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na adli merciler tarafından yargısal süreç devam ederken psikiyatrik açıdan değerlendirilmek üzere ya doğrudan ya da Adli Tıp Anabilim Dalı tarafından istenen konsültasyon sonucunda yönlendirilmiştir. Çalışmaya, Psikiyatri Anabilim Dalı Adli Psikiyatri Polikliniği'nde adli kurul tarafından değerlendirilen, suç veya olay tarihinde 18 yaşından büyük olan, Psikiyatri Anabilim Dalı arşivinde bulunan dosyalarında eksiklerin olmadığı ve raporu sonuçlandırılarak haklarında karar verilmiş adli psikiyatri olguları alınmıştır.

Olgular, Ceza hukuku ve Medeni hukuk başlıkları altında iki ana grup olarak incelendi.

İncelemeye alınan olguların %68,6'sı (n=214) ceza hukuku, %31,4'ü (n=98) medeni hukuk kapsamında incelenmesi istenen olguları.

4.2. Olguların Sosyodemografik özellikleri

Ceza hukuku kapsamında gönderilen olguların %79'u (n=169) erkek, %21'i (n=45) kadındır. Medeni hukuk kapsamında gönderilen olguların, %53,1'i (n=52) erkek, %46,9'u (n=46) kadındır (Tablo 1).

Tablo 1. Olguların Cinsiyete Göre Dağılımı

			n	%
Ceza hukuku	Cinsiyet	Erkek	169	79,0
		Kadın	45	21,0
		Toplam	214	100,0
Medeni hukuk	Cinsiyet	Erkek	52	53,1
		Kadın	46	46,9
		Toplam	98	100

Ceza hukuku kapsamında gönderilen olguların %7,9'u (n=17) 20 yaş altı, %32,7'si (n=70) 20-29, %31,8'i (n=68) 30-39, %11,2'si (n=24) 40-49, %11,7'si (n=25) 50-59 ve %4,7'si (n=10) 60 yaş üstüdür. Medeni hukuk kapsamında gönderilen olguların, %8,2'si (n=8) 20 yaş altı iken, %33,7'si (n=33) 20-29, %23,5'i (n=23) 30-39, %20,4'ü (n=20) 40-49, %5,1'i (n=5) 50-59 ve %9,2'si (n=9) 60 yaş ve üstüdür (Tablo 2).

Tablo 2. Olguların Yaşa Göre Dağılımı

			n	%
Ceza hukuku	Yaş	20 Yaş Altı	17	7,9
		20-29	70	32,7
		30-39	68	31,8
		40-49	24	11,2
		50-59	25	11,7
		60 Yaş ve Üstü	10	4,7
		Toplam	214	100,0
Medeni hukuk	Yaş	20 Yaş Altı	8	8,2
		20-29	33	33,7
		30-39	23	23,5
		40-49	20	20,4
		50-59	5	5,1
		60 Yaş ve Üstü	9	9,2
		Toplam	98	100,0

Ceza hukuku kapsamında gönderilen olguların %53,3'ünün (n=114) bekar, %38,8'inin (n=83) evli ve birlikte yaşadığı, %4,2'sinin (n=9) boşanmış, %1,9'unun (n=4) evli ve ayrı yaşadığı ve %1,9'unun (n=4) eşinin ölmüş olduğu tespit edildi. Medeni hukuk kapsamında gönderilen olguların, %35,7'sinin (n=35) bekar, %16,3'ünün (n=16) evli ve birlikte yaşadığı, %6,1'inin (n=6) boşanmış, %36,7'sinin (n=36) evli ve ayrı yaşadığı ve %5,1'inin (n=5) eşinin ölmüş olduğu saptandı (Tablo 3).

Tablo 3. Olguların Medeni Duruma Göre Dağılımı

			n	%
Ceza hukuku	Medeni Durum	Bekar	114	53,3
		Evli, Birlikte Yaşıyor	83	38,8
		Boşanmış	9	4,2
		Evli, Ayrı Yaşıyor	4	1,9
		Eşi Ölmüş	4	1,9
		Toplam	214	100,0
Medeni hukuk	Medeni Durum	Bekar	35	35,7
		Evli, Birlikte Yaşıyor	16	16,3
		Boşanmış	6	6,1
		Evli, Ayrı Yaşıyor	36	36,7
		Eşi Ölmüş	5	5,1
		Toplam	98	100,0

Ceza hukuku kapsamında gönderilen olguların, %15'inin (n=32) okur-yazar olmadığı, %11,2'sinin (n=24) okur-yazar olduğu, %30,4'ünün (n=65) ilkokul, %22,9'unun (n=49) ortaokul, %16,4'ünün (n=35) lise ve %4,2'sinin (n=9) üniversite mezunu olduğu belirlendi. Medeni hukuk kapsamında gönderilen olguların, %11,2'sinin (n=11) okur-yazar olmadığı %7,1'inin (n=7) okur-yazar olduğu, %26,5'inin (n=26) ilkokul, %23,5'inin (n=23) ortaokul, %17,3'ünün (n=17) lise, %13,3'ünün (n=13) üniversite ve %1'inin (n=1) yüksek lisans/doktora mezunu olduğu görüldü (Tablo 4).

Tablo 4. Olguların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

			n	%
Ceza hukuku	Eğitim	Okur-yazar değil	32	15,0
		Okur-yazar	24	11,2
		İlkokul	65	30,4
		Ortaokul	49	22,9
		Lise	35	16,4
		Üniversite	9	4,2
		Toplam	214	100,0
Medeni hukuk	Eğitim	Okur-yazar değil	11	11,2
		Okur-yazar	7	7,1
		İlkokul	26	26,5
		Ortaokul	23	23,5
		Lise	17	17,3
		Üniversite	13	13,3
		Yüksek Lisans/Doktora	1	1,0
		Toplam	98	100,0

Ceza hukuku kapsamında gönderilen olguların, %40,7'sinin (n=87) çalıştığı, %56,5'inin (n=121) çalışmadığı ve %2,8'inin (n=6) emekli olduğu saptanmıştır. Medeni hukuk kapsamında gönderilen olguların, %36,7'sinin (n=36) çalıştığı, %59,2'sinin (n=58) çalışmadığı ve %4,1'inin (n=4) emekli olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Olguların Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

			n	%
Ceza hukuku	İş Durumu	Çalışıyor	87	40,7
		Çalışmıyor	121	56,5
		Emekli	6	2,8
		Toplam	214	100,0
Medeni hukuk	İş Durumu	Çalışıyor	36	36,7
		Çalışmıyor	58	59,2
		Emekli	4	4,1
		Toplam	98	100,0

4.3. Ceza Hukuku Kapsamında Değerlendirilen Olguların Gönderilme Nedenleri ve Tanıları

Ceza hukuku kapsamında değerlendirilen 214 olgunun %76'sı (n=163) TCK 32. maddeye göre ceza ehliyetinin saptanması için fail olarak, %9,3'ü (n=20) ruhsal bozukluğu olan mağdur olarak, %14'ü (n=30) mağdurda ruhsal bozukluk gelişip gelişmediğinin tespiti, 1 olgu diğer nedenlerle gönderilmişti.

Ceza hukuku kapsamında gönderilen olguların gönderilme nedenlerine göre tanı dağılımına bakıldığında, fail grubunun (n=163), %21,5'inde (n=35) ruhsal bozukluk tespit edilmediği, %25,2'sinde (n=41) şizofreni/psikoz, %20,2'sinde (n=33) anlıksal yetersizlik, %8,6'sında (n=14) bipolar bozuk, %2,5'inde (n=4) majör depresyon, %12,9'unda (n=21) kişilik bozukluğu, %3,1'inde (n=5) alkol/madde kullanım bozukluğu, %3,1'inde (n=5) nörobilişsel bozukluk, %0,6'sında (n=1) kaygı bozukluğu, %1,8'inde (n=3) dürtü denetim bozukluğu olduğu görülmüştür.

Ruhsal bozukluğu olan mağdur grubunda, mağdurun ruhsal bozukluğu değerlendirildiğinde, olguların %5'inde (n=1) ruhsal bozukluk tespit edilmezken, %80'inde (n=16) anlıksal yetersizlik, %5'inde (n=1) şizofreni, %5'inde (n=1) bipolar bozukluk, %5'inde (n=1) nörobilişsel bozukluk saptanmıştır.

Mağdurda ruhsal bozukluk gelişip gelişmediğinin saptanması için gönderilen olguların %23,3'ünde (n=7) ruhsal bozukluk tespit edilmezken, %30'unda (n=9) travma sonrası stres bozukluğu, %30'unda (n=9) majör depresyon, %6,7'sinde (n=2) anksiyete bozukluğu, %6,7'sinde (n=2) nörobilişsel bozukluk, 53,3'ünde (n=1) akut stres bozukluğu saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Ceza Hukuku Kapsamında Gönderilme Nedenleri ve Tanılara Göre Dağılım

		n	%
Fail	Ruhsal Bozukluk Yok	35	21,5
	Anlıksal Yetersizlik	33	20,2
	Şizofreni/Psikoz	41	25,2
	Bipolar Bozukluk	14	8,6
	Majör Depresyon	4	2,5
	Kişilik Bozukluğu	21	12,9
	Alkol/Madde Kullanım Bzk.	5	3,1
	Nörobilişsel Bozukluk	5	3,1
	Kaygı Bozukluğu	1	0,6
	Dürtü Kontrol Bozukluğu	3	1,8
	Diğer	1	0,6
	Toplam	163	100,0
Ruhsal Bozukluğu Olan Mağdur	Ruhsal Bozukluk Yok	1	5
	Anlıksal Yetersizlik	16	80
	Şizofreni/Psikoz	1	5
	Bipolar Bozukluk	1	5
	Nörobilişsel Bozukluk	1	5
	Toplam	20	100,0
Mağdurda Ruhsal Bozukluk Gelişip Gelişmediği	Ruhsal Bozukluk Yok	7	23,3
	TSSB	9	30
	Majör Depresyon	9	30
	Anksiyete Bozukluğu	2	6,7
	Nörobilişsel Bozukluk	2	6,7
	Akut Stres Bozukluğu	1	3,3
	Toplam	30	100,0

4.4. Medeni Hukuk Kapsamında Gönderilen Olguların Gönderilme Nedenleri ve Tanıları

Medeni hukuk kapsamında gönderilen 98 olgunun %54,1'i (n=53) vesayet gereksiniminin, %32,7'si (n=32) velayet uygunluğunun, %6,1'i (n=6) boşanma davası nedeniyle, %4,1'i (n=4) ayırt etme gücünün, %2'si (n=2) cinsiyet değiştirme uygunluğunun, %1'i (n=1) koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanmasının değerlendirilmesi amacıyla gönderilmişti.

Vesayet gereksiniminin değerlendirilmesi için gönderilen 53 olgunun %18,9'unda (n=10) ruhsal bozukluk saptanmazken, %26,4'ü (n=14) şizofreni/psikoz, %18,9'unda (n=10) anlıksal yetersizlik, %9,4'ünde (n=5) bipolar bozukluk, %9,4'ünde (n=5) kişilik bozukluğu, %9,4'ünde (n=5) nörobilişsel bozukluk, %3,8'inde (n=2) yeğin depresyon, %1,9'unda (n=1) dürtü kontrol bozukluğu ve %1,9'unda (n=1) takıntı-zorlantı bozukluğu tespit edildi.

Velayet uygunluğunun değerlendirilmesi için gönderilen 32 olgunun %71,9'unda (n=23) ruhsal bozuk saptanmazken, %3,1'inde (n=1) anlıksal yetersizlik, %3,1'inde (n=1) şizofreni/psikoz, %12,5'inde (n=4) bipolar bozukluk, %3,1'inde (n=1) majör depresyon, %3,1'inde (n=1) kişilik bozukluğu ve %3,1'inde (n=1) anksiyete bozukluğu tespit edildi.

Boşanma davası nedeniyle gönderilen 6 olgunun %50'sinde (n=3) ruhsal bozukluk saptanmazken, %16,7'sinde (n=1) anlıksal yetersizlik, %16,7'sinde (n=1) bipolar bozukluk, %16,7'sinde (n=1) takıntı zorlantı bozukluğu saptandı.

Ayırt etme gücüne sahip olup olmadığının değerlendirilmesi için gönderilen 4 olgunun %75'inde (n=3) ruhsal bozukluk saptanmazken, %25'inde (n=1) bipolar bozukluk tanısı konulmuştur.

Cinsiyet değiştirmenin uygun olup olmadığının değerlendirilmesi için gönderilen 2 olguya da cinsiyetinden yakınma tanısı konulmuştur.

Koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması nedeniyle gönderilen 1 olguya dürtü denetim bozukluğu tanısı konulmuştur (Tablo 7).

Tablo 7. Medeni Hukuk Kapsamında Gönderilme Nedeni ve Tanılara Göre Dağılım

		n	%
Vesayet Gerekliliği	Ruhsal Bozukluk Yok	10	18,9
	Anlıksal Yetersizlik	10	18,9
	Şizofreni/Psikoz	14	26,4
	Bipolar Bozukluk	5	9,4
	Majör Depresyon	2	3,8
	Kişilik Bozukluğu	5	9,4
	Nörobilişsel Bozukluk	5	9,4
	Dürtü Kontrol Bozukluğu	1	1,9
	Takıntı- Zorlantı Bzk.	1	1,9
	Toplam	53	100,0
Velayet Uygunluğu	Ruhsal Bozukluk Yok	23	71,9
	Anlıksal Yetersizlik	1	3,1
	Şizofreni/Psikoz	1	3,1
	Bipolar Bozukluk	4	12,5
	Depresyon	1	3,1
	Kişilik Bozukluğu	1	3,1
	Anksiyete Bozukluğu	1	3,1
	Toplam	32	100,0
Boşanma Davası	Ruhsal Bozukluk Yok	3	50
	Anlıksal Yetersizlik	1	16,7
	Bipolar Bozukluk	1	16,7
	Takıntı Zorlantı Bozukluğu	1	16,7
	Toplam	6	100,0
Ayırt Etme Gücüne Sahip Olma	Ruhsal Bozukluk Yok	3	75,0
	Bipolar Bozukluk	1	25,0
	Toplam	4	100,0
Cinsiyet Değişirme	Cinsiyetinden Yakınma	2	100,0

4.5. Ceza Hukuku Kapsamında Değerlendirilen Olgular

4.5.1. Fail Olarak Gönderilen Olgular

Ceza hukuku kapsamında değerlendirilen olguların (n=214) %76,2'sinin (n=163) fail grubunda oldukları görülmektedir.

4.5.1.2. Tüm Faillerin Değerlendirilmesi

4.5.1.2.1. Faillerin Sosyodemografik Özellikleri

Faillerin %90,8'i (n=148) erkek, %9,2'sinin (n=15) kadındır.

Faillerin sıklık sırasıyla, %35,6'sının (n=58) 30-39 yaş grubunda, %28,2'sinin (n=46) 20-29 yaş grubunda, %11,7'sinin (n=19) 40-49, %11,7'sinin (n=19) 50-59, %7,4'ünün (n=12) 18-20, %5,5'inin (n=9) 60 yaş üstünde olduğu görülmektedir.

Faillerin, %52,8'inin (n=86) bekar, %39,9'unun (n=65) evli, birlikte yaşadığı, %4,3'ünün (n=7) boşanmış olduğu, %1,2'sinin (n=2) evli, ayrı yaşadığı ve %1,8'inin (n=3) eşinin öldüğü saptanmıştır.

Faillerin, %15,3'ü (n=25) okur-yazar olmadığı, %11'i (n=18) okur-yazar, %32,5'i (n=53) ilkokul, %23,9'u (n=39) ortaokul, %14,1'i (n=23) lise ve %3,1'i (n=5) üniversite mezunu olduğu görülmüştür.

Faillerin, %44,2'sinin (n=72) çalıştığı, %52,8'i (n=86) çalışmadığı ve %3'ünün (n=5) emekli olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Tablo 8. Fail Olarak Gönderilen Olgular, Sosyodemografik Veriler

			n	%
Fail	Cinsiyet	Erkek	148	90,8
		Kadın	15	9,2
		Toplam	163	100,0
Yaş	20 Yaş Altı	12	7,4	
	20-29	46	28,2	
	30-39	58	35,6	
	40-49	19	11,7	
	50-59	19	11,7	
	60 Yaş ve Üstü	9	5,5	
Medeni Durum	Toplam	163	100	
	Bekar	86	52,8	
	Evli, Birlikte Yaşıyor	65	39,9	
	Boşanmış	7	4,3	
	Evli, Ayrı Yaşıyor	2	1,2	
	Eşi Ölmüş	3	1,8	
	Toplam	163	100	
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	25	15,3	
	Okur-yazar	18	11	
	İlkokul	53	32,5	
	Ortaokul	39	23,9	
	Lise	23	14,1	
	Üniversite	5	3,1	
	Toplam	163	100	
İş Durumu	Çalışıyor	72	44,2	
	Çalışmıyor	86	52,8	
	Emekli	5	3,0	
	Toplam	163	100,0	

4.5.1.2.2. Faillere Konulan Tanılar

TCK 32. madde kapsamında gönderilen 163 failin (n=163), %21,5'inde (n=35) ruhsal bozukluk tespit edilmediği, %25,2'sinde (n=41) şizofreni/psikoz, %20,2'sinde (n=33) anlıksal yetersizlik, %8,6'sında (n=14) bipolar bozuk, %2,5'inde (n=4) yeğin depresyon, %12,9'unda (n=21) kişilik bozukluğu, %3,1'inde (n=5) alkol/madde kullanım bozukluğu, %3,1'inde (n=5) nörobilişsel bozukluk, %0,6'sında (n=1) kaygı bozukluğu, %1,8'inde (n=3) dürtü denetim bozukluğu olduğu görülmüştür (Tablo 9).

Tablo 9. Tüm Failler, Konulan Tanılar

	n	%
Fail, Tanı		
Ruhsal Bozukluk Yok	35	21,5
Anlıksal Yetersizlik	33	20,2
Şizofreni/Psikoz	41	25,2
Bipolar Bozukluk	14	8,6
Majör Depresyon	4	2,5
Kişilik Bozukluğu	21	12,9
Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu	5	3,1
Nörobilişsel Bozukluk	5	3,1
Kaygı Bozukluğu	1	0,6
Dürtü Kontrol Bozukluğu	3	1,8
Diğer	1	0,6
Toplam	163	100,0

4.5.1.2.3. Faillerin Suç Dağılımı ve Suç Özellikleri

Tüm faillerin işlediği suçların dağılımına bakıldığında, %2,5'inin (n=4) kasten öldürme, %1,8'inin (n=3) öldürmeye teşebbüs, %1,2'sinin (n=2) taksirle öldürme, %26,4'ünün (n=43) yaralama, %11,7'sinin (n=19) cinsel saldırı/istismar, %5,5'inin (n=9) cinsel taciz, %11'inin (n=18) tehdit/cebiri, %1,2'sinin (n=2) silahla tehdit, %0,6'sının (n=1) kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma, %5,5'inin (n=9) hakaret, %3,1'inin (n=5) mala zarar verme, %14,7'sinin (n=24) hırsızlık, dolandırıcılık, sahtecilik, %1,2'sinin (n=2) iftira, %0,6'sının (n=1) trafik güvenliğini tehlikeye sokma,

%1,2'sinin (n=2) genel güvenliği tehlikeye sokma, %0,6'sının (n=1) uyuşturucu ticareti, %3,7'sinin (n=6) terör, %1,2'sinin (n=2) kaçakçılık, %0,6'sının (n=1) kasten yangın çıkarma ve %5,5'i (n=9) diğer suçlar nedeniyle gönderilmişlerdir(Tablo 10).

Tablo 10. Tüm Failler, Suçlar

		n	%
Fail, Suçlar	Kasten ldrme	4	2,5
	öldürmeye Teşebbüs	3	1,8
	Taksirle ldrme	2	1,2
	Yaralama	43	26,4
	Cinsel Saldırı/İstismar	19	11,7
	Cinsel Taciz	9	5,5
	Tehdit/Cebir	18	11
	Kişiye Hürriyetinden Yoksun Bırakma	1	0,6
	Hakaret	9	5,5
	Mala Zarar Verme	5	3,1
	Hırsızlık, Dolandırıcılık, Sahtecilik	24	14,7
	İftira	2	1,2
	Trafik Güvenliğini Tehlikeye Sokma	1	0,6
	Genel Güvenliği Tehlikeye Sokma	2	1,2
	Uyuşturucu Ticareti	1	0,6
	Terör	6	3,7
	Kaçakçılık	2	1,2
	Silahla Tehdit	2	1,2
	Kasten Yangın ıkarma	1	0,6
	Diğer	9	5,5
	Toplam	163	100

Suçun diğer sınıflandırmasında, tüm faillerin %68,7'sinin (n=112) insana karşı suç işlediği, %17,2'sinin (n=28) mala karşı suç işlediği, %14,1'inin (n=23) ise diğer tipte bir suç işlediği saptanmıştır (Tablo 11).

İşlenen suçun şiddet suçu olup olmamasına göre yapılan sınıflandırmada, faillerin %54,6'sının (n=89) şiddet suçu işlediği, %45,4'ünün ise (n=74) şiddet dışı bir suç işlediği görülmektedir (Tablo 12).

Tablo 11. Tüm Failler, Suç Nesnesi

		n	%
Fail, Suç Nesnesi	İnsana Karşı Suç	112	68,7
	Malvarlığına Karşı Suç	28	17,2
	Diğer	23	14,1
	Toplam	163	100,0

Tablo 12. Tüm Failler, Suçun Niteliği

		n	%
Fail, Suçun Şiddeti	Şiddet Suçu	89	54,6
	Şiddet Suçu Değil	74	45,4
	Toplam	163	100,0

4.5.1.2.4. Faillerin Ceza Sorumluluğu

Tüm failler ceza sorumluluğu açısından değerlendirildiğinde, faillerin %36,8'inin (n=60) ceza sorumluluğu olmadığı, %20,2'sinin (n=33) ceza sorumluluğunun azaldığı ve %42,9'unun (n=70) ceza sorumluluğunun tam olduğu saptanmıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Tüm Failler, Ceza Sorumluluğu

		n	%
Fail, Ceza Sorumluluğu	Yok	60	36,8
	Azalmış	33	20,2
	Tam	70	42,9
	Toplam	163	100,0

4.5.1.2.5. Yaşlı Failler

Çalışmamızda, tüm faillerin %5,5'i (n=9) 60 yaşın üzerindedir. Bu grupta 2 kişide ruhsal bozukluk tespit edilmemiş, 4 olguya şizofreni/psikoz, 3 olguya nörobilişsel bozukluk tanısı konulmuştur. Şizofreni tanısı konulan 2 hastanın tehdit, 1 hastanın hakaret, 1 hastanın yaralama, nörobilişsel bozukluk tanısı konulan 1 hastanın hakaret, 1 hastanın tehdit, 1 hastanın hırsızlık, ruhsal bozukluk olmadığı saptanan 2 hastanın da cinsel taciz ve saldırı suçlarını işledikleri görülmüştür.

4.5.1.3. Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin Değerlendirilmesi

Fail olarak değerlendirilen olguların (n=163) %78,5'inde (n=128) ruhsal bozukluk saptanmıştır.

4.5.1.3.1. Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin Sosyodemografik Özellikleri

Ruhsal bozukluğu olan faillerin, %89,8'i (n=115) erkek iken, %10,2'si (n=13) kadındır.

Ruhsal bozukluğu olan faillerin, %4,7'si (n=6) 20 yaş altı iken, %28,1'i (n=36) 20-29, %37,5'i (n=48) 30-39, %12,5'i (n=16) 40-49, %11,7'si (n=15) 50-59 ve %5,5'i (n=7) 60 yaş ve üstüdür.

Ruhsal bozukluğu olan faillerin, %50,8'inin (n=65) bekar olduğu, %42,2'sinin (n=54) evli olduğu, %5,5'inin (n=7) boşanmış olduğu ve %1,5'inin (n=2) eşinin öldüğü görülmektedir.

Ruhsal bozukluğu olan faillerin, %18,8'i (n=24) okur-yazar değil iken, %11,7'si (n=15) okur-yazar, %32,8'i (n=42) ilkokul, %21,1'i (n=27) ortaokul, %11,7'si (n=15) lise ve %3,9'u (n=5) üniversite mezunudur.

Ruhsal bozukluğu olan faillerin, %38,3'ü (n=49) çalıştığı, %58,6'sı (n=75) çalışmadığı ve %3,1'i (n=4) emekli olduğu görülmüştür (Tablo 14).

Tablo 14. Ruhsal Bozukluğu Olan Failler, Sosyodemografik Veriler

			n	%
Ruhsal Bozukluğu Olan Fail	Cinsiyet	Erkek	115	89,8
		Kadın	13	10,2
		Toplam	128	100,0
	Yaş	20 Yaş Altı	6	4,7
		20-29	36	28,1
		30-39	48	37,5
		40-49	16	12,5
		50-59	15	11,7
		60 Yaş ve Üstü	7	5,5
		Toplam	128	100,0
	Medeni Durum	Bekar	65	50,8
		Evli, Birlikte Yaşıyor	54	42,2
		Boşanmış	7	5,5
		Eşi Ölmüş	2	1,5
		Toplam	128	100,0
	Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	24	18,8
		Okur-yazar	15	11,7
		İlkokul	42	32,8
		Ortaokul	27	21,1
		Lise	15	11,7
		Üniversite	5	3,9
		Toplam	128	100,0
	İş Durumu	Çalışıyor	49	38,3
		Çalışmıyor	75	58,6
		Emekli	4	3,1
		Toplam	128	100,0

4.5.1.3.2. Ruhsal Bozukluğu Olan Faillere Konulan Tanılar

Tüm faillerin (n=163), %79,5'inde (n=128) ruhsal bozukluk tespit edilmiştir. Ruhsal bozukluğu olan faillerin %32'sinde (n=41) şizofreni/psikoz, %25,8'inde

(n=33) anlıksal yetersizlik, %16,4'ünde (n=21) kişilik bozukluğu, %10,9'unda (n=14) bipolar bozukluk ve %14,8'inde (n=19) diğer ruhsal bozukluklar tespit edilmiştir.

Kişilik bozukluğu tanısı konulan 21 olgunun %85,7'sine (n=18) antisosyal kişilik bozukluğu, %9,5'ine (n=2) başka bir sağlık durumuna bağlı kişilik bozukluğu, %4,8'ine (n=1) sınırda kişilik bozukluğu tanısı konulmuştur.

4.5.1.3.3. Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin Suç Dağılımı ve Suç Özellikleri

Ruhsal bozukluğu olan faillerin %5,5'i (n=7) öldürme veya öldürmeye teşebbüs, %28,9'u (n=37) yaralama, %14,1'i (n=18) cinsel suçlar, %10,9'u (n=14) tehdit, %17,2'si (n=22) hırsızlık, %6,3'ü (n=8) hakaret, %17,2'si (n=22) diğer suçları işlemişlerdir.

Ruhsal bozukluğu olan grubun suçları ile hastalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,002$; $p<0,01$). Şizofreni/psikoz tanısı konulanların %48,8'inde, anlıksal yetersizlik tanısı konulan faillerin %24,2'sinde, bipolar bozukluk tanısı konulan faillerin %42,9'unda, kişilik bozukluğu tanısı konulan faillerin %4,8'inde ve diğer tanıların %10,5'inde yaralama suçu, şizofreni/psikoz tanısı konulanların %4,9'unda, anlıksal yetersizlik tanısı konulanların %30,3'ünde, bipolar bozukluk tanısı konulan faillerin %7,1'inde, kişilik bozukluğu tanısı konulanların %9,5'inde ve diğer tanıların %15,8'inde cinsel suçlar ve şizofreni/psikoz tanısı konulanların %17,1'inde, bipolar bozukluk tanısı konulanların %7,1'inde, kişilik bozukluğu tanısı konulanların %23,8'inde ve diğer tanıların %5,3'ünde tehdit suçu görülmüştür.

Şizofreni/psikoz tanısı konulan faillerin %48,8'inin (n=20) yaralama, bipolar bozukluk tanısı konulan faillerin 42,9'unun (n=6) yaralama, anlıksal yetersizlik tanısı konulanların %30,3'ünün (n=10) cinsel saldırı/taciz, kişilik bozukluğu tanısı konulanların %23,8'inin (n=5) tehdit suçlarını işlendikleri saptanmıştır (Tablo 15).

Tablo 15. Ruhsal Bozukluğu Olan Failler, Suç ve Tanı Karşılaştırılması

		Tanı					p
		Psikoz/ Şizofreni	Anlıksal Yetersizlik	Bipolar Bozukluk	Kişilik Bozukluğu	Diğer	
Suçlar	Öldürme	0 (%0) ^a	3 (%9,1) ^a	1 (%7,1) ^a	2 (%9,5) ^a	1 (%5,3) ^a	0,002*
	Yaralama	20(%48,8) ^a	8 (%24,2) ^{ab}	6 (%42,9) ^{ab}	1 (%4,8) ^b	2 (%10,5) ^b	
	Cinsel Suçlar	2 (%4,9) ^a	10 (%30,3) ^b	1 (%7,1) ^{ab}	2 (%9,5) ^{ab}	3 (%15,8) ^{ab}	
	Tehdit	7 (%17,1) ^{ab}	0 (%0) ^b	1 (%7,1) ^{ab}	5 (%23,8) ^a	1 (%5,3) ^{ab}	
	Hırsızlık	7 (%17,1) ^a	7 (%21,2) ^a	1 (%7,1) ^a	4 (%19) ^a	3 (%15,8) ^a	
	Hakaret	1 (%2,4) ^a	0 (%0) ^a	2 (%14,3) ^a	2 (%9,5) ^a	3 (%15,8) ^a	
	Diğer	4 (%9,8) ^a	5 (%15,2) ^a	2 (%14,3) ^a	5 (%23,8) ^a	6 (%31,6) ^a	
	Toplam	41 (%100)	33 (%100)	14 (%100)	21 (%100)	19 (%100)	

Ki-Kare **p<0,01, a-b: her bir suç içerisinde aynı harfe sahip tanıları arasında fark yoktur. Ruhsal bozukluğu olan grubun suçları ile tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,002; p<0,01).

Ruhsal bozukluğu olan faillerin %69,5'i (n=89) insana karşı, %16,4'ü (n=21) malvarlığına karşı, %14,1'i (n=18) diğer suçları işlemiştir. Tüm ruhsal bozukluk guruplarında olguların daha çok insana karşı suç işlediği görülmektedir (Tablo 16).

Tablo 16. Ruhsal Bozukluğu Olan Failler, Suç ve Tanı Karşılaştırılması

		Tanı					p
		Şizofreni/ Psikoz	Anlıksal Yetersizlik	Bipolar Bozukluk	Kişilik Bozukluğu	Diğer	
Suçlar	İnsana Karşı	30 (%73,2)	21 (%63,6)	13 (%92,9)	13 (%61,9)	12 (%63,2)	0,595
	Mala Karşı	7 (%17,1)	6 (%18,2)	1 (%7,1)	4 (%19)	3 (%15,8)	
	Diğer	4 (%9,8)	6 (%18,2)	0 (%0)	4 (%19)	4 (%21,1)	
	Toplam	41 (%100)	33 (%100)	14 (%100)	21 (%100)	19 (%100)	

Ki-Kare **p<0,01. Ruhsal bozukluğu olan grubun suçları ile tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

4.5.1.3.4. Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin Ceza Sorumluluğu

Ruhsal bozukluğu olan grubun cezaları ile hastalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Şizofreni/psikoz tanısı konulanların %87,8'inde, anlıksal yetersizlik tanısı konulanların %39,4'ünde, bipolar bozukluk tanısı konulanların %42,9'unda, kişilik bozukluğu tanısı konulanların %9,5'inde ve diğer tanıların %15,8'inde ceza sorumluluğunun olmadığı, şizofreni/psikoz tanısı olanların %9,8'inde, anlıksal yetersizlik tanısı olanların %54,5'inde, bipolar bozukluk tanısı konulanların %21,4'ünde ve diğer tanıların %42,1'inde ceza sorumluluğu azalmış olduğu ve şizofreni/psikoz tanısı olanların %2,4'ünde, anlıksal yetersizlik tanısı olanların %6,1'inde, bipolar bozukluk tanısı konulanların %35,7'inde, kişilik bozukluğu tanısı konulanların %90,5'inde ve diğer tanıların %42,1'inde ceza sorumluluğunun tam olduğu saptanmıştır.

Ruhsal bozukluk saptanan faillerin %46,9'unun ($n=60$) ceza sorumluluğunun olmadığı, %25,8'inin ($n=33$) ceza sorumluluğunun azalmış olduğu, %27,3'ünün ($n=35$) ceza sorumluluğunun tam olduğu görülmektedir. Şizofreni/psikoz tanısı alan olguların %87,8'inde ceza sorumluluğu olmadığı, anlıksal yetersizlik tanısı konulan olguların %54,5'inde ceza sorumluluğunun azalmış olduğu, bipolar bozukluk tanısı alan olguların %42,9'unda ceza sorumluluğu olmadığı, kişilik bozukluğu tanısı alan olguların ise %90,5'inde ceza sorumluluğunun tam olduğu saptanmıştır. Kişilik bozukluğu tanısı konulan 21 olgunun %85,7'sine ($n=18$) antisosyal kişilik bozukluğu, %9,5'ine ($n=2$) başka bir sağlık durumuna bağlı kişilik bozukluğu, %4,8'ine ($n=1$) sınırda kişilik bozukluğu tanısı konulmuştur. Başka bir sağlık durumuna bağlı kişilik bozukluğu olgularına ceza sorumluluğunun olmadığı, antisosyal ve sınırda kişilik bozukluğu olgularına ise ceza sorumluluğunun tam olduğu şeklinde karar verilmiştir (Tablo 17).

Tablo 17. Ruhsal Bozukluğu Olan Failler, Ceza Sorumluluğu ve Tanı Karşılaştırılması

		Tanı					p
		Psikoz/ Şizofreni	Anlıksal Yetersizlik	Bipolar Bozukluk	Kişilik Bozukluğu	Diğer	
Ceza Sor.	Yok	36 (%87,8) ^a	13 (%39,4) ^b	6 (%42,9) ^b	2 (%9,5) ^b	3 (%15,8)	0,001**
	Azalmış	4 (%9,8) ^a	18 (%54,5) ^b	3 (%21,4) ^{ab}	0 (%0) ^a	8 (%42,1) ^b	
	Tam	1 (%2,4) ^a	2 (%6,1) ^{ab}	5 (%35,7) ^{bc}	19 (%90,5) ^d	8 (%42,1) ^c	
	Toplam	41 (%100)	33 (%100)	14 (%100)	21 (%100)	19 (%100)	

Ki-Kare **p<0,01, a-d: Her bir ceza sorumluluğu içerisinde aynı harfe sahip tanıları arasında fark yoktur. Ruhsal bozukluğu olan grubun cezaları ile tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,001; p<0,01).

4.5.1.3.5. Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin Suç Öyküleri

Ruhsal bozukluk saptanan faillerin suç öyküleri incelendiğinde %70,9’unda (n=90) suç öyküsü olmadığı, %29,1’inde (n=37) suç öyküsünün olduğu saptanmıştır. Kişilik bozukluğu saptanan olguların %57,1’inde suç öyküsü varken, anlıksal yetersizlik tanısı konulan olguların %94’ünde suç öyküsü saptanmamıştır. Şizofreni/psikoz tanısı alan olguların %30’unda ve bipolar bozukluk tanısı alan olguların %35,7’sinde suç öyküsü saptanmıştır (Tablo 18).

Tablo 18. Ruhsal Bozukluğu Olan Failler, Suç Öyküsü ve Tanı Karşılaştırılması

		Tanı					p
		Psikoz/ Şizofreni	Anlıksal Yetersizlik	Bipolar Bozukluk	Kişilik Bozukluğu	Diğer	
Suç Öyküsü	Var	12 (%30) ^{ab}	2 (%6) ^b	5 (%35,7) ^{ab}	12 (%57,1) ^a	6 (%31,5) ^{ab}	0,002**
	Yok	28 (%70) ^{ab}	31 (%94) ^b	9 (%64,3) ^{ab}	9 (%42,9) ^a	13 (%68,5)	
	Toplam	40 (%100)	33 (%100)	14 (%100)	21 (%100)	19 (%100)	

Ki-Kare **p<0,01, a-b: Her bir suç öyküsü içerisinde aynı harfe sahip tanıları arasında fark yoktur. Ruhsal bozukluğu olan grubun suç öyküsü ile tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,002; p<0,01).

4.5.1.3.6. Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin Klinik Özellikleri

4.5.1.3.6.1. Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin Hastaneye Yatış Öyküsü

Ruhsal bozukluğu olan faillerin hastaneye yatış öyküsü ile tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Ruhsal bozukluğu olan faillerin %55,5'inin ($n=71$) hastaneye yatış öyküsünün olduğu, %44,5'inin ($n=57$) hastaneye yatış öyküsünün olmadığı tespit edilmiştir. Kişilik bozukluğu tanısı konulan olguların %76,2'si, anlıksal yetersizlik tanısı konulan olguların %90,9'unda hastaneye yatış öyküsü saptanmazken, şizofreni/psikoz tanısı konulan olguların %82,9'unda, bipolar bozukluk tanısı konulan olguların %78,6'sında hastaneye yatış öyküsü vardır (Tablo 19).

Tablo 19. Ruhsal Bozukluğu Olan Failler, Hastaneye Yatış Öyküsü ve Tanı Karşılaştırılması

		Tanı					p
		Şizofreni/ Psikoz	Anlıksal Yetersizlik	Bipolar Bozukluk	Kişilik Bozukluğu	Diğer	
Hastaneye Yatış	Yok	7 (%17,1) ^a	30 (%90,9) ^b	3 (%21,4) ^a	16 (%76,2) ^b	15 (%78,9) ^b	0,001**
	Var	34 (%82,9) ^a	3 (%9,1) ^b	11 (%78,6) ^a	5 (%23,8) ^b	4 (%21,1) ^b	
	Toplam	41 (%100)	33 (%100)	14 (%100)	21 (%100)	19 (%100)	

Ki-Kare ** $p<0,01$, a-b: Her bir hastaneye yatış durumunda aynı harfe sahip tanıları arasında fark yoktur. Ruhsal bozukluğu olan grubun hastaneye yatış ile tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

4.5.1.3.6.2. Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerde Kişilik Bozukluğu Eş Tanısı

Ruhsal bozukluğu olan faillerin %93'ünde ($n=119$) kişilik bozukluğu eş tanısı konulmadığı görülmektedir (Tablo 20).

Tablo 20. Ruhsal Bozukluğu Olan Failler, Kişilik Bozukluğu Eş Tanısı ve Tanı Karşılaştırılması

		Tanı					p
		Şizofreni/ Psikoz	Anlıksal Yetersizlik	Bipolar Bozukluk	Kişilik Bozukluğu	Diğer	
Komorbid Kişilik Bozukluğu	Yok	39 (%95,1)	32 (%97)	12 (%85,7)	18 (%85,7)	18 (%94,7)	0,405
	Var	2 (%4,9)	1 (%3)	2 (%14,3)	3 (%14,3)	1 (%5,3)	
	Toplam	41 (%100)	33 (%100)	14 (%100)	21 (%100)	19 (%100)	

Ki-Kare **p<0,01. Ruhsal bozukluğu olan grubun komorbid kişilik bozukluğu ile tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,01).

4.5.1.3.6.3. Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerde Madde Kullanım Bozukluğu

Eş Tanısı

Ruhsal bozukluğu olan faillerin alkol veya madde kullanım bozukluğu eş tanısı ile tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,027; p<0,05). Şizofreni/psikoz tanısı olanların %85,4'ünde, anlıksal yetersizlik tanısı olanların %97'sinde, bipolar bozukluk tanısı konulanların %78,6'sında, kişilik bozukluğu tanısı olanların %71,4'ünde ve diğer tanıların %94,7'sinde alkol madde kullanım bozukluğu eş tanısı saptanmamış, şizofreni/psikoz tanısı olanların %2,4'ünde, bipolar bozukluk tanısının %7,1'inde, kişilik bozukluğu olanların %19'unda alkol ve madde kullanım bozukluğu eş tanısı olduğu tespit edilmiştir.

Ruhsal bozukluğu olan faillerin %86,7'sinde (n=111) alkol veya madde kullanım bozukluğu eş tanısı saptanmamıştır. Olguların %4,7'sinde (n=6) alkol kullanım bozukluğu eş tanısı, %3,9'unda (n=5) madde kullanım bozukluğu eş tanısı, %4,7'sinde (n=6) alkol ve madde kullanım bozukluğu eş tanısı saptanmıştır (Tablo 21).

Tablo 21. Ruhsal Bozukluğu Olan Failler, Madde Kullanım Bozukluğu Eş Tanısı ve Tanı karşılaştırması

		Tanı					p
		Şizofreni/ Psikoz	Anlıksal Yetersizlik	Bipolar Bozukluk	Kişilik Bozukluğu	Diğer	
Alkol/ Madde Kullanım Bozukluğu Eş Tanısı	Yok	35 (%85,4) ^{ab}	32 (%97) ^b	11 (%78,6) ^a	15 (%71,4) ^a	18 (%94,7) ^{ab}	0,027*
	Alkol	1 (%2,4) ^a	1 (%3) ^a	2 (%14,3) ^a	1 (%4,8) ^a	1 (%5,3) ^a	
	Madde	4 (%9,8) ^a	0 (%0) ^a	0 (%0) ^a	1 (%4,8) ^a	0 (%0) ^a	
	Alkol ve Madde	1 (%2,4) ^a	0 (%0) ^a	1 (%7,1) ^{ab}	4 (%19) ^b	0 (%0) ^a	
	Toplam	41 (%100)	33 (%100)	14 (%100)	21 (%100)	19 (%100)	

Ki-Kare **p<0,01, a-b: Alkol/Madde kullanım bozukluğu eş tanısı içerisinde aynı harfe sahip tanımlar arasında fark yoktur. Ruhsal bozukluğu olan faillerin komorbid alkol/madde kullanım bozukluğu ile tanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,027; p<0,05).

4.5.1.3.6.4. Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin Suç Öncesi Alkol/Madde Kullanımı

Ruhsal bozukluğu olan faillerin %93,6'sının (n=117) suç öncesi alkol veya madde kullanmadığı görülmektedir. %5,6'sının (n=7) suç öncesi alkol kullandığı, %0,8'inin (n=1) suç öncesi madde kullandığı tespit edilmiştir (Tablo 22).

Tablo 22. Ruhsal Bozukluğu Olan Failler, Suç Öncesi Alkol/Madde Kullanımı ve Tanı Karşılaştırılması

		Tanı					p
		Şizofreni/ Psikoz	Anlıksal Yetersizlik	Bipolar Bozukluk	Kişilik Bozukluğu	Diğer	
Suç Öncesi Alkol/ Madde	Yok	37 (%94,9)	32 (%97)	13 (%92,9)	16 (%80)	19 (%100)	0,139
	Alkol	1 (%2,6)	1 (%3)	1 (%7,1)	4 (%20)	0 (%0)	
	Madde	1 (%2,6)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	
	Toplam	39 (%100)	33 (%100)	14 (%100)	20 (%100)	19 (%100)	

Ki-Kare **p<0,01. Ruhsal bozukluğu olan faillerin suç öncesi alkol/madde kullanımı ile tanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

4.5.1.4. Şiddet Suçu İşleyen Ruhsal Bozukluğu Olan Failler

Tüm faillerin (n=163) %54,6'sı (n=89), ruhsal bozukluğu olan faillerin (n=128) %54,7'si (n=70) şiddet suçu işleyen faillerden oluşmaktadır.

4.5.1.4.1. Şiddet Suçu İşleyen Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin Tanıları

Şiddet suçu işleyen ruhsal bozukluğu olan failerin %38,6'sına (n=27) şizofreni/psikoz, %25,7'sine (n=18) anlıksal yetersizlik, %14,3'üne (n=10) bipolar bozukluk, %12,9'una (n=9) kişilik bozukluğu, %8,6'sına (n=6) diğer tanıları konulmuştur.

4.5.1.4.2. Şiddet Suçu İşleyen Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin İşlediği Suçlar

Olguların %7,1'inin (n=5) öldürme/öldürmeye teşebbüs, %52,9'unun (n=37) yaralama, %17,1'inin (n=12) cinsel suçlar, %20'sinin (n=14) tehdit, %2,9'unun (n=2) diğer şiddet suçlarını işlediği saptanmıştır.

Ruhsal bozukluğu olan grubun suçlar ile hastalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Şizofreni /psikoz tanısı konulan olguların %74,1'i ve bipolar bozukluk tanısı konulan olguların %60'ı yaralama, anlıksal yetersizlik tanısı konulan olguların %50'si cinsel saldırı, kişilik bozukluğu tanısı konulan olguların %55,6'sı tehdit suçunu işlemiştir (Tablo 23).

Tablo 23. Ruhsal Bozukluğu Olan Şiddet Suçu işlemiş Failler, Suç ve Tanı Karşılaştırılması

		Tanı					p
		Şizofreni/ Psikoz	Anlıksal Yetersizlik	Bipolar Bozukluk	Kişilik Bozukluğu	Diğer	
Suç	Öldürme	0 (%0) ^a	1 (%5,6) ^a	1 (%10) ^a	2 (%22,2) ^a	1 (%16,7) ^a	0,001*
	Yaralama	20 (%74,1) ^a	8 (%44,4) ^{ab}	6 (%60) ^{ab}	1 (%11,1) ^b	2 (%33,3) ^{ab}	
	Cinsel Suçlar	0 (%0) ^a	9 (%50) ^b	1 (%10) ^{ab}	1 (%11,1) ^{ab}	1 (%16,7) ^{ab}	
	Tehdit	7 (%25,9) ^{ab}	0 (%0) ^b	1 (%10) ^{ab}	5 (%55,6) ^a	1 (%16,7) ^{ab}	
	Diğer	0 (%0) ^a	0 (%0) ^a	1 (%10) ^a	0 (%0) ^a	1 (%16,7) ^a	
	Toplam	27 (%100)	18 (%100)	10 (%100)	9 (%100)	6 (%100)	

Ki-Kare ** $p<0,01$, a-b: Her bir suç içerisinde aynı harfe sahip tanıları arasında fark yoktur. Ruhsal bozukluğu olan failerin suçları ile tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

4.5.1.4.3. Şiddet Suçu İşleyen Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin Ceza Sorumluluğu

Şiddet suçu işleyen ruhsal bozukluğu olan faillerin %57,1 (n=40) ceza sorumluluğunun olmadığı, %18,6'sının (n=13) ceza sorumluluğunun azalmış olduğu, %24,3'ünün (n=17) ceza sorumluluğunun tam olduğu saptanmıştır. Şiddet suçu işleyen ruhsal bozukluğu olan faillerin ceza sorumluluğu ile tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,001; p<0,01). Şizofreni/psikoz tanısı konulan olguların %92,6'sının ceza sorumluluğunun olmadığı, anlıksal yetersizlik tanısı konulan olguların %38,9'unun ceza sorumluluğunun azalmış olduğu, kişilik bozukluğu tanısı konulan olguların ise %88,9'unun ceza sorumluluğunun tam olduğu görülmüştür (Tablo 24).

Tablo 24. Ruhsal Bozukluğu Olan Şiddet Suçu İşlemiş Failler, Ceza Sorumluluğu ve Tanı Karşılaştırılması

		Tanı					p
		Şizofreni/ Psikoz	Anlıksal Yetersizlik	Bipolar Bozukluk	Kişilik Bozukluğu	Diğer	
Ceza Sor.	Yok	25 (%92,6) ^a	9 (%50) ^b	4 (%40) ^b	1 (%11,1) ^b	1 (%16,7) ^b	0,001**
	Azalmış	2 (%7,4) ^a	7 (%38,9) ^a	2 (%20) ^a	0 (%0) ^a	2 (%33,3) ^a	
	Tam	0 (%0) ^a	2 (%11,1) ^{ab}	4 (%40) ^{bc}	8 (%88,9) ^c	3 (%50) ^{bc}	
	Toplam	27 (%100)	18 (%100)	10 (%100)	9 (%100)	6 (%100)	

Ki-Kare **p<0,01, a-c: Her bir ceza sorumluluğu içerisinde aynı harfe sahip tanıları arasında fark yoktur. Ruhsal bozukluğu olan faillerin ceza sorumluluğu ile tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,001; p<0,01).

4.5.1.4.4. Şiddet Suçu İşleyen Ruhsal Bozukluğu Olan Faillerin Suç Öyküsü

Şiddet suçu işleyen ruhsal bozukluğu olan faillerin %70'inde (n=49) suç öyküsü saptanmamıştır. Şiddet suçu işleyen şizofreni/psikoz olgularının %37'sinde, bipolar bozukluk tanısı konulan olguların %40'nda, kişilik bozukluğu tanısı konulan olguların %44,4'ünde suç öyküsü saptanırken, anlıksal yetersizlik olgularının %5,6'sında suç öyküsü tespit edilmiştir (Tablo 25).

Tablo 25. Ruhsal Bozukluğu Olan Şiddet Suçu işlemiş Failler, Suç Öyküsü ve Tanı Karşılaştırılması

		Tanı					p
		Şizofreni/ Psikoz	Anlıksal Yetersizlik	Bipolar Bozukluk	Kişilik Bozukluğu	Diğer	
Suç Öyküsü	Yok	17 (%63)	17 (%94,4)	6 (%60)	5 (%55,6)	4 (%66,7)	0,128
	Var	10 (%37)	1 (%5,6)	4 (%40)	4 (%44,4)	2 (%33,3)	
	Toplam	27 (%100)	18 (%100)	10 (%100)	9 (%100)	6 (%100)	

Ki-Kare **p<0,01. Ruhsal bozukluğu olan faillerin suç öyküsü ile tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

4.5.1.4.5. Mağdurun Faile Yakınlığı

Tüm olgular birlikte değerlendirildiğinde şiddet suçu işlemiş ruhsal bozukluğu olan faillerin %15,7'sinin (n=11) tanımadığı bir kişiye karşı şiddet suçu işlediği saptanmıştır. En sık şiddet suçunun %25,7 oranında (n=18) eşe karşı işlendiği görülmektedir. Bunu sırasıyla %14,3 (n=10) komşu, %12,9 (n=9) arkadaş, %10 (n=7) ebeveyn, %7,1 (n=5) kardeş, %7,1 (n=5) evlat, %5,7 (n=4) diğer akraba ve %1,4 (n=1) iş arkadaşı izlemektedir. Şizofreni/psikoz olgularının %51,9'unun eşe, %11,1'inin ebeveyne karşı suç işledikleri tespit edilmiştir. (Tablo 26).

Tablo 26. Ruhsal Bozukluğu Olan Şiddet Suçu işlemiş Failler, Faile Yakınlık ve Tanı Karşılaştırılması

		Tanı					p
		Şizofreni/ Psikoz	Anlıksal Yetersizlik	Bipolar Bozukluk	Kişilik Bozukluğu	Diğer	
Faile Yakınlık	Eş	14(%51,9)	2 (%11,1)	1 (%10)	0 (%0)	14 (%51,9)	0,108
	Ebeveyn	3 (%11,1)	2 (%11,1)	0 (%0)	2 (%22,2)	3 (%11,1)	
	Kardeş	0 (%0)	3 (%16,7)	0 (%0)	1 (%11,1)	0 (%0)	
	Evlat	1 (%3,7)	1 (%5,6)	1 (%10)	1 (%11,1)	1 (%3,7)	
	Diğer Akraba	1 (%3,7)	2 (%11,1)	1 (%10)	0 (%0)	1 (%3,7)	
	Arkadaş	1 (%3,7)	1 (%5,6)	2 (%20)	4 (%44,4)	1 (%3,7)	
	İş Arkadaşı	1 (%3,7)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	1 (%3,7)	
	Komşu	3 (%11,1)	2 (%11,1)	3 (%30)	1 (%11,1)	3 (%11,1)	
	Tanımadığı Kişi	3 (%11,1)	5 (%27,8)	0 (%0)	1 (%16,7)	3 (%11,1)	
	Toplam	27 (%100)	18 (%100)	9 (%100)	6 (%100)	27 (%100)	

Ki-Kare **p<0,01. Ruhsal bozukluğu olan grubun faile yakınlık ile tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

4.5.1.4.6. Şiddet Suçunun Yeri

Şiddet suçlarının %41,4'ünün (n=29) umumi alanda, %38,6'sının (n=20) fail ve mağdurun ortaklaşa ikametgahında, %10'unun (n=7) mağdurun evi/işyerinde, %10'unun (n=7) diğer mesken veya yerlerde olduğu saptanmıştır (Tablo 27).

Tablo 27. Ruhsal Bozukluğu Olan Şiddet Suçu İşlemiş Failler, Suç Yeri ve Tanı Karşılaştırılması

		Tanı					p
		Şizofreni/ Psikoz	Anlıksal Yetersizlik	Bipolar Bozukluk	Kişilik Bozukluğu	Diğer	
Suç Yeri	Mağdurun Evi/İşyeri	3 (%11,1)	2 (%11,1)	0 (%0)	1 (%11,1)	1 (%16,7)	0,068
	Fail ve Mağdurun Ortak İkametgahı	16 (%59,3)	7 (%38,9)	1 (%10)	2 (%22,2)	1 (%16,7)	
	Diğer Mesken	1 (%3,7)	0 (%0)	1 (%10)	2 (%22,2)	0 (%0)	
	Umumi Alan	6 (%22,2)	9 (%50)	6 (%60)	4 (%44,4)	4 (%66,7)	
	Diğer	1 (%3,7)	0 (%0)	2 (%20)	0 (%0)	0 (%0)	
	Toplam	27 (%100)	18 (%100)	10 (%100)	9 (%100)	6 (%100)	

Ki-Kare **p<0,01. Ruhsal bozukluğu olan faillerin suç yeri ile tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

4.5.1.4.7. Şiddet Suçunun Motivasyonu

Şiddet suçu işleyen ruhsal bozukluk tanısı almış faillerin suç motivasyonu incelendiğinde, şizofreni /psikoz tanısı konulan olguların %48,1'inin sanırsal, %40,7'sinin reaktif motivasyonla, bipolar bozukluk tanısı konulan olguların %60'ının reaktif, kişilik bozukluğu tanısı alan olguların %55,6'sının reaktif, %33,3'ünün araçsal, anlıksal yetersizlik tanısı alan olguların %50'sinin araçsal, %44,4'ünün reaktif motivasyonla suç işledikleri görülmektedir. Şizofreni/psikoz dahil olmak üzere hiçbir olgunun halüsinasyonlara bağlı suç işlemediği görülmüştür (Tablo 28).

Tablo 28. Ruhsal Bozukluğu Olan Şiddet Suçu işlemiş Failler, Şiddet Motivasyonu ve Tanı Karşılaştırılması

		Tanı					p
		Şizofreni/ Psikoz	Anlıksal Yetersizlik	Bipolar Bozukluk	Kişilik Bozukluğu	Diğer	
Şiddet Motivasyonu	Araçsal	2 (%7,4) ^a	9 (%50) ^b	2 (%20) ^{ab}	3 (%33,3) ^{ab}	3 (%50) ^{ab}	0,004**
	Reaktif	11 (%40,7) ^a	8 (%44,4) ^a	6 (%60) ^a	5 (%55,6) ^a	3 (%50) ^a	
	Sanrısalsal	13 (%48,1) ^a	0 (%0) ^b	1 (%10) ^{ab}	0 (%0) ^{ab}	0 (%0) ^{ab}	
	Diğer	1 (%3,7) ^a	1 (%5,6) ^a	1 (%10) ^a	1 (%11,1) ^a	0 (%0) ^a	
	Toplam	27 (%100)	18 (%100)	10 (%100)	9 (%100)	6 (%100)	

Ki-Kare **p<0,01, a-b: Her bir şiddet motivasyonu içerisinde aynı harfe sahip tanımlar arasında fark yoktur. Ruhsal bozukluğu olan faillerin şiddet motivasyonu ile hastalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,004; p<0,01).

4.5.2. Ruhsal Bozukluğu Olan Mağdur Şeklinde Gönderilen Olgular

Adli psikiyatrik değerlendirme için kendisinde ruhsal bozukluk olduğu belirtilerek gönderilen 20 mağdurdan birinde ruhsal bozukluk saptanmadığı için değerlendirme dışında bırakılmıştır.

4.5.2.1. Ruhsal Bozukluğu Olan Mağdurların Sosyodemografik Özellikleri

Ruhsal bozukluğu olan mağdurların, %31,6'sı (n=6) erkek, %68,4'ü (n=13) kadındır. Ruhsal bozukluğu olan mağdurların %10,5'i (n=2) 20 yaş altında, %63,2'si (n=12) 20-29, %10,5'i (n=2) 30-39, %5,3'ü (n=1) 40-49 ve %10,5'i (n=2) 50-59 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Ruhsal bozukluğu olan mağdurların %73,7'sinin (n=14) bekar olduğu, %15,8'inin (n=3) evli olduğu %5,3'ünün (n=1) boşanmış ve %5,3'u (n=1) evli, ayrı yaşadığı tespit edilmiştir. Ruhsal bozukluğu olan mağdurların %26,3'ü (n=5) okur-yazar değil iken, %10,5'i (n=2) okur-yazar, %31,6'sı (n=6) ilköğretim, %21,1'i (n=4) ortaokul ve %10,5'i (n=2) lise mezunudur. Ruhsal bozukluğu olan mağdurların %15,8'inin (n=3) çalıştığı, %84,2'sinin (n=16) ise çalışmadığı saptanmıştır (Tablo 29).

Tablo 29. Ruhsal Bozukluğu Olan Mağdurlar, Sosyodemografik Verilere Göre Dağılım

		n	%
Cinsiyet	Erkek	6	31,6
	Kadın	13	68,4
	Toplam	19	100,0
Yaş	20 Yaş Altı	2	10,5
	20-29	12	63,2
	30-39	2	10,5
	40-49	1	5,3
	50-59	2	10,5
	Toplam	19	100,0
Medeni Durum	Bekar	14	73,7
	Evli, birlikte yaşıyor	3	15,8
	Boşanmış	1	5,3
	Evli, ayrı yaşıyor	1	5,3
	Toplam	19	100,0
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	5	26,3
	Okur-yazar	2	10,5
	İlkokul	6	31,6
	Ortaokul	4	21,1
	Lise	2	10,5
	Toplam	19	100,0
İş Durumu	Çalışıyor	3	15,8
	Çalışmıyor	16	84,2
	Toplam	19	100,0

4.5.2.2. Ruhsal Bozukluğu Olan Mağdurların Tanıları

Ruhsal bozukluğu olan mağdurların, %84,2'sine (n=16) anlıksal yetersizlik, %5,3'üne (n=1) şizofreni/ psikoz, %5,3'üne (n=1) bipolar bozukluk ve %5,3'üne (n=1) nörobilişsel bozukluk tanısı konulmuştur (Tablo 30).

Tablo 30. Ruhsal Bozukluğu Olan Mağdurlar, Tanı

		n	%
Tanı	Anlıksal Yetersizlik	16	84,2
	Şizofreni/Psikoz	1	5,3
	Bipolar Bozukluk	1	5,3
	Nörobilişsel Bozukluk	1	5,3
	Toplam	19	100,0

4.5.2.3. Ruhsal Bozukluğu Olan Mağdurların Karşılaştıkları Suçlar

Ruhsal bozukluğu olan mağdurlara karşı işlenen suçların %10,5'i (n=2) kasten yaralama, %63,2'si (n=12) cinsel saldırı/istismar, %5,3'ü (n=1) tehdit/cebiri, %5,3'ü (n=1) kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma ve %15,8'i (n=3) hırsızlık/ dolandırıcılık olarak saptanmıştır (Tablo 31).

Tablo 31. Ruhsal Bozukluğu Olan Mağdurlar, Maruz Kalınan Suç

		n	%
Suç	Kasten Yaralama	2	10,5
	Cinsel Saldırı/İstismar	12	63,2
	Tehdit/Cebiri	1	5,3
	Kişiyi Hürriyetinden Yoksun Bırakma	1	5,3
	Hırsızlık/Dolandırıcılık	3	15,8
	Toplam	19	100,0

Anlıksal yetersizlik tanısı konulan olguların maruz kaldıkları suçların sırasıyla %68,8'inin (n=11) cinsel saldırı/istismar, %12,5'inin (n=2) hırsızlık/dolandırıcılık, %6,3'ünün (n=1) kasten yaralama, %6,3'ünün (n=1) kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma, %6,3'ünün (n=1) tehdit/cebiri olduğu görülmektedir (Tablo 32).

Tablo 32. Ruhsal Bozukluğu Olan Mağdurlar, Tanı ve Maruz Kalınan Suç Karşılaştırılması

		Tanı				p
		Anlıksal Yetersizlik	Şizofreni/ Psikoz	Bipolar Bozukluk	Nörobilişsel Bozukluk	
Suç	Kasten Yaralama	1 (%6,3)	0 (%0)	0 (%0)	1 (%100)	0,441
	Cinsel Saldırı/İstismar	11 (%68,8)	0 (%0)	1 (%100)	0 (%0)	
	Tehdit/Cebiri	1 (%6,3)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	
	Kişiyi Hürriyetinden Yoksun Bırakma	1 (%6,3)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	
	Hırsızlık/Dolandırıcılık	2 (%12,5)	1 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	
	Toplam	16 (%100)	1 (%100)	1 (%100)	1 (%100)	

Ki-Kare **p<0,01. Ruhsal bozukluğu olan mağdurlar ile maruz kalınan suçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

4.5.3. Mağdurda Ruhsal Bozukluk Gelişip Gelişmediği Sorulan Olgular

4.5.3.1. Mağdurda Gelişen Ruhsal Bozukluklar

Mağdurda ruhsal bozukluk gelişip gelişmediğinin değerlendirilmesi için gönderilen 30 hastanın %76,7'sinde (n=23) ruhsal bozukluk tespit edilmiştir. Ruhsal bozukluk saptanan olguların %39,1'inde (n=9) travma sonrası stres bozukluğu, %39,1'inde (n=9) yeğlin depresyon, %8,7'sinde (n=2) anksiyete bozukluğu, %8,7'sinde (n=2) nörobilişsel bozukluk, %4,3'ünde (n=1) akut stres bozukluğu tespit edilmiştir (Tablo 33).

4.5.3.2. Ruhsal Bozukluk Gelişen Mağdurların Maruz Kaldıkları Suçlar

Mağdurda ruhsal bozukluk gelişmesinin nedeni olan suçlar sırasıyla %47,8 (n=11) trafik kazası, %26,1 (n=6) cinsel saldırı/istismar, %13 (n=3) kasten yaralama, %4,3 (n=1) taksirle yaralama, %4,3 (n=1) tehdit/cebiri, %4,3 (n=1) terör suçlarıdır.

Ruhsal bozukluk gelişen mağdurlar ile maruz kalınan suç arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,004$; $p<0,01$). Akut stres bozukluğu olanların tamamında taksirle yaralama suçu varken diğer tanılara sahip olanların hiçbirinde taksirle yaralama mevcut değildir (Tablo 33).

Tablo 33. Mağdurda Ruhsal Bozukluk Gelişmesi, Tanı ve Maruz Kalınan Suç Karşılaştırılması

		Tanı					p
		Depresif Bozukluk	Anksiyete Bozukluğu	Akut Stres Bozukluğu	Travma Sonrası Stres Bozukluğu	Nörobilişsel Bozukluk	
Suç	Kasten Yaralama	1 (%11,1) ^a	0 (%0) ^a	0 (%0) ^a	1 (%11,1) ^a	1 (%50) ^a	0,004**
	Taksirle Yaralama	0 (%0) ^a	0 (%0) ^{ab}	1 (%100) ^b	0 (%0) ^a	0 (%0) ^{ab}	
	Cinsel suç	4 (%44,4) ^a	0 (%0) ^a	0 (%0) ^a	2 (%22,2) ^a	0 (%0) ^a	
	Tehdit/Cebiri	1 (%11,1) ^a	0 (%0) ^a	0 (%0) ^a	0 (%0) ^a	0 (%0) ^a	
	Trafik Kazası	3 (%33,3) ^a	1 (%50) ^a	0 (%0) ^a	6 (%66,7) ^a	1 (%50) ^a	
	Terör	0 (%0) ^a	1 (%50) ^a	0 (%0) ^a	0 (%0) ^a	0 (%0) ^a	
	Toplam	9 (%100)	2 (%100)	1 (%100)	9 (%100)	2 (%100)	

Ki-Kare ** $p<0,01$, a-b: Her bir suç içerisinde aynı harfe sahip tanımlar arasında fark yoktur. Mağdurda gelişen ruhsal bozukluk ile maruz kalınan suç arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,004$; $p<0,01$).

4.6. Medeni Hukuk Kapsamında Gönderilen Olgular

Medeni hukuk kapsamında gönderilen 98 olgunun %54,1'i (n=53) vesayet gereksiniminin, %32,7'si (n=32) velayet uygunluğunun, %6,1'i (n=6) boşanma davası nedeniyle, %4,1'i (n=4) ayırt etme gücünün, %2'si (n=2) cinsiyet değiştirme uygunluğunun, %1'i (n=1) koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanmasının değerlendirilmesi amacıyla gönderilmiştir.

4.6.1. Vesayet Gerekliliğinin Değerlendirilmesi İçin Gönderilen Olgular

Medeni hukuk kapsamında gönderilen 98 olgunun %54,1'i (n=53) vesayet gereksiniminin değerlendirilmesi amacıyla gönderilmiştir.

Vesayet değerlendirilmesi için gönderilen 53 olgunun %18,9'unda (n=10) ruhsal bozukluk saptanmazken, %26,4'ü (n=14) şizofreni/psikoz, %18,9'unda (n=10) anlıksal yetersizlik, %9,4'ünde (n=5) bipolar bozukluk, %9,4'ünde (n=5) kişilik bozukluğu, %9,4'ünde (n=5) nörobilişsel bozukluk, %3,8'inde (n=2) yeğin depresyon, %1,9'unda (n=1) dürtü kontrol bozukluğu ve %1,9'unda (n=1) takıntı zorlantı bozukluğu tespit edildi.

Vesayet gereksinimi için gönderilen 53 olgunun %45,3'üne (n=24) 'vesayet gerekir', %5,7'sine (n=3) 'yasal danışman uygundur', %49'una (n=26) 'vesayet gerekmez' şeklinde rapor düzenlendiği görüldü.

Vesayet değerlendirilmesi amacıyla gönderilen ve ruhsal bozukluk saptanan olguların, %65,1'inin (n=28) erkek, %34,9'unun (n=15) kadın olduğu görüldü. Olguların %14'ü (n=6) 20 yaş altı iken, %41,9'u (n=18) 20-29, %16,3'ü (n=7) 30-39, %7'si (n=3) 40-49, %9,3'ü (n=4) 50-59 ve %11,6'sı (n=5) 60 yaş üstü olarak bulundu. Olguların, %62,8'inin (n=27) bekar, %18,6'sının (n=8) evli, birlikte yaşadığı, %9,3'ünün (n=4) evli, ayrı yaşadığı ve %9,3'ünün (n=4) eşinin öldüğü belirlendi. Olguların, %16,3'ünün (n=7) okur-yazar olmadığı, %14'ünün (n=6) okur-yazar olduğu, %30,2'sinin (n=13) ilkökul mezunu, %23,3'ünün (n=10) ortaokul mezunu, %14'ünün (n=6) lise ve %2,3'ü (n=1) yüksek lisans/doktora mezunu olduğu bulundu.

%11,6'sının (n=5) çalıştığı, %81,4'ünün (n=35) çalışmadığı ve %7'sinin (n=3) emekli olduğu saptandı (Tablo 34).

Tablo 34. Vesayet Gereksinimi, Ruhsal bozukluğu Olanlar, Sosyodemografik Özellikler

		n	%
Cinsiyet	Erkek	28	65,1
	Kadın	15	34,9
	Toplam	43	100,0
Yaş	20 Yaş Altı	6	14
	20-29	18	41,9
	30-39	7	16,3
	40-49	3	7
	50-59	4	9,3
	60 Yaş Üstü	5	11,6
	Toplam	43	100,0
Medeni Durum	Bekar	27	62,8
	Evli, birlikte yaşıyor	8	18,6
	Evli, ayrı yaşıyor	4	9,3
	Eşi Ölmüş	4	9,3
	Toplam	43	100,0
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	7	16,3
	Okur-yazar	6	14
	İlkokul	13	30,2
	Ortaokul	10	23,3
	Lise	6	14
	Yüksek Lisans/Doktora	1	2,3
	Toplam	43	100,0
İş Durumu	Çalışıyor	5	11,6
	Çalışmıyor	35	81,4
	Emekli	3	7,0
	Toplam	43	100,0

Vesayet değeriendirilmesi amacıyla gönderilen ve tanıda ruhsal bozukluk saptanan olguların %23,3'ünde (n=10) anlıksal yetersizlik, %32,6'sında (n=14) şizofreni/psikoz, %11,6'sında (n=5) bipolar bozukluk, %4,7'sinde (n=2) depresyon, %11,6'sında (n=5) kişilik bozukluğu, %11,6'sında (n=5) nörobilişsel bozukluk, %2,3'ünde (n=1) dürtü kontrol bozukluğu %2,3'ünde (n=1) takıntı-zorlantı bozukluğu tanısı konulmuştu (Tablo 35).

Tablo 35: Vesayet Gereksinimi Değeriendirmesi, Tanı

	n	%
Tanı Anlıksal Yetersizlik	10	23,3
Şizofreni/Psikoz	14	32,6
Bipolar Bozukluk	5	11,6
Depresif Bozukluk	2	4,7
Kişilik Bozukluğu	5	11,6
Nörobilişsel Bozukluk	5	11,6
Dürtü Denetim Bozukluğu	1	2,3
Takıntı-Zorlantı Bozukluğu	1	2,3
Toplam	43	100,0

Ruhsal bozukluğu olan grubun vesayet gereksinimi ile tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Vesayet gereksinimi konusunda gönderilen ve ruhsal bozukluk tanısı konulan olgulara verilen kararlar incelendiğinde nörobilişsel bozukluk tanısı konulan olguların %100'üne, anlıksal yetersizlik tanısı konulan olguların %70'ine, şizofreni/psikoz tanısı konulan olguların %78,6'sına vasi tayini kararı verilmişken, bipolar bozukluk tanısı konulan olguların %100'üne vesayet gerekmez kararının verildiği saptanmıştır (Tablo 36).

Vesayet gereksiniminin değeriendirilmesi için gönderilen ve ruhsal bozukluk saptanan 43 olgunun %95,3'ünün (n=41) TMK 405. madde kapsamında, %4,7'sinin (n=2) TMK 406. madde kapsamında gönderildiği, TMK 406. madde kapsamında gönderilen iki olguya kişilik bozukluğu tanısı konulduğu saptandı.

Tablo 36. Ruhsal Bozukluğu Olanların Vesayet Gereksinimi ve Tanı Karşılaştırılması

		Tanı					p
		Anlıksal Yetersizlik	Şizofreni/ Psikoz	Bipolar Bozukluk	Nörobilişsel Bozukluk	Diğer	
Vesayet Gereksinimi	Vesayet gerekmez	2 (%20) ^{ab}	2 (%14,3) ^b	5 (%100) ^c	0 (%0) ^{ab}	7 (%77,8) ^{ac}	0,001*
	Vesayet gerekir	7 (%70) ^{abcd}	11 (%78,6) ^d	0 (%0) ^c	5 (%100) ^{bd}	1 (%11,1) ^{ac}	
	Yasal Danışman	1 (%10) ^a	1 (%7,1) ^a	0 (%0) ^a	0 (%0) ^a	1 (%11,1) ^a	
	Toplam	10 (%100)	14 (%100)	5 (%100)	5 (%100)	9 (%100)	

Ki-Kare * $p<0,05$, a-d: Her bir vesayet gereksinimi içerisinde aynı harfe sahip tanımlar arasında fark yoktur. Ruhsal bozukluğu olan grubun vesayet gereksinimi ile tanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

4.6.2. Velayet Uygunluğunun Değerlendirilmesi İçin Gönderilen Olgular

Medeni hukuk kapsamında gönderilen 98 olgunun %32,7'si ($n=32$) velayet uygunluğunun değerlendirilmesi için gönderilmiştir.

Velayet uygunluğu ile tanımlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Ruhsal bozukluğu olmayanların %100'ünün, anlıksal yetersizlik tanısı olanların %100'ünün, bipolar bozukluk olanların %25'inin, depresif bozukluğu olanların %100'ünün, kişilik bozukluğu olanların %100'ünün ve anksiyete bozukluğu olanların %100'ünün velayete uygun olduğu görülmüştür.

Velayet uygunluğunun değerlendirilmesi için gönderilen 32 olgunun %71,9'unda ($n=23$) ruhsal bozukluk saptanmazken, %12,5'inde ($n=4$) bipolar bozukluk, %3,1'inde ($n=1$) anlıksal yetersizlik, %3,1'inde ($n=1$) şizofreni, %3,1'inde ($n=1$) majör depresyon, %3,1'inde ($n=1$) anksiyete bozukluğu, %3,1'inde ($n=1$) kişilik bozukluğu tanısı konulduğu belirlenmiştir. Bipolar bozukluk tanısı konulan olguların %75'inin velayete uygun olmadığı kararı verilmiştir. Gönderilen tüm olguların %87,5'ine ($n=28$) 'velayete uygun', %

12,5'ine ($n=4$) 'velayete uygun değil' şeklinde rapor düzenlenmiştir. (Tablo 37).

Tablo 37. Velayet Uygunluğu ve Tanı Karşılaştırılması

		Tanı							p
		Ruhsal Bozukluk Yok	Anlıksal Yetersizlik	Şizofreni/ Psikoz	Bipolar Bozukluk	Depresif Bozukluk	Kişilik Bzk.	Anksiyete Bzk.	
Velayet Uygunluğu	Velayete uygun	23 (%100) ^a	1 (%100) ^{ab}	0 (%0) ^b	1 (%25) ^b	1 (%100) ^{ab}	1 (%100) ^{ab}	1 (%100) ^{ab}	0,001**
	Velayete uygun değil	0 (%0) ^a	0 (%0) ^a	1 (%100) ^a	3 (%75) ^a	0 (%0) ^a	0 (%0) ^a	0 (%0) ^a	
	Toplam	23 (%100)	1 (%100)	1 (%100)	4 (%100)	1 (%100)	1 (%100)	1 (%100)	

Ki-Kare **p<0,01, a-b: Her bir velayet uygunluğu içerisinde aynı harfe sahip tanımlar arasında fark yoktur Velayet uygunluğu ile tanımlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,001; p<0,01).

4.6.3. Medeni Hukuk Kapsamında Gönderilen Diğer Olgular

Medeni hukuk kapsamında gönderilen olguların %6,1'i (n=6) boşanma davası nedeniyle gönderilmiştir. Olguların %50'sinde (n=3) ruhsal bozukluk tespit edilmemiştir. Bir olguya anlıksal yetersizlik, bir olguya bipolar bozukluk ve bir olguya takıntı-zorlantı bozukluğu tanısı konulmuştur. Anlıksal yetersizlik ve takıntı-zorlantı bozukluğu tanısı alan iki olgu için "ortak hayatın diğer eş için çekilmez hale geldiği" görüşü belirtilmiştir.

Medeni hukuk kapsamında gönderilen olguların %4,1'i (n=4) ayırt etme gücünün değerlendirilmesi amacıyla gönderilmiştir. Olguların %75'inde (n=3) ruhsal bozukluk tespit edilmemiştir. Bir olguya bipolar bozukluk tanısı konmuş ve ayırt etme gücünün normal olduğu belirlenmiştir.

Medeni hukuk kapsamında gönderilen olguların %2'si (n=2) cinsiyet değiştirme nedeniyle gönderilmiştir. Her iki olguya da cinsiyetinden hoşnutsuzluk tanısı konulmuştur.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın önemi, literatürde ve ülkemizde adli psikiyatriye gönderilen tüm olguların yeterince araştırılmamış bir konu olmasıdır. Genel literatürde adli psikiyatri olgularının bütüncül olarak değerlendirildiği araştırma sayısı yok denecek kadar azdır.

Çalışmanın evreni, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Psikiyatri Polikliniğine yönlendirilen ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan, 1 Ocak 2018- 1 Mart 2020 tarihleri arasında hakkında rapor düzenlenen 312 olgudan oluşmaktadır. Olguların tıbbi dosyaları ve adli raporları geriye dönük olarak incelenmiştir.

Olgular, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na adli merciler tarafından yargısal süreç devam ederken psikiyatrik açıdan değerlendirilmek üzere ya doğrudan ya da Adli Tıp Anabilim Dalı tarafından istenen konsültasyon sonucunda yönlendirilmiştir. Çalışmaya, Psikiyatri Anabilim Dalı Adli Psikiyatri Polikliniği'nde adli kurul tarafından değerlendirilen, suç veya olay tarihinde 18 yaşından büyük olan, Psikiyatri Anabilim Dalı arşivinde bulunan dosyalarında eksiklerin olmadığı ve raporu sonuçlandırılarak haklarında karar verilmiş adli psikiyatri olguları alınmıştır.

Çalışmamızda, toplam 312 olgu, Ceza hukuku ve Medeni hukuk başlıkları altında iki ana grup olarak incelenmiştir. İncelemeye alınan olguların %68.6'sının (n=214) ceza hukuku, %31.4'ünün (n=98) medeni hukuk kapsamında olduğu görülmektedir.

Kalenderoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında, 314 olgunun %52.2'sinin (n=164) ceza hukuku, %47.8'inin(n=150) medeni hukuk kapsamında olduğu saptanmıştır(2).

Çöpoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında, 412 olgunun %95.4'ünün (n=393) ceza hukuku, %4.6'sının(n=19) medeni hukuk kapsamında olduğu saptanmıştır(205).

Yumru ve arkadaşlarının 2001-2004 yılları arasında adli psikiyatri polikliniğine gönderilen tüm olguları geriye dönük inceledikleri çalışmada, toplam 100 olgunun 96'sının madde bağımlılığının değerlendirilmesi, 4'ünün ceza ehliyetinin değerlendirilmesi amacıyla gönderildiği belirtilmiştir(206).

Ceza hukuku kapsamında değerlendirilen 214 olgunun %76'sı (n=163) fail olarak, %9,3'ü (n=20) ruhsal bozukluğu olan mağdur olarak, %14'ü (n=30) mağdurda ruh sağlığının bozulup bozulmadığının tespiti için, 1 olgu diğer nedenlerle gönderilmiştir. Çalışmamızda, ceza hukuku kapsamında değerlendirilen olguların çoğunluğunun TCK 32. maddeye göre ceza ehliyetinin saptanması amacıyla fail olarak gönderildikleri görülmektedir.

Kalenderoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında, ceza hukuku ile ilgili değerlendirilen olguların %35.4'ünün (n=111) madde bağımlılığı olup olmadığı, %14.3'ünün (n=45) TCK 32. maddeye göre ceza ehliyetinin saptanması, %2.2'sinin (n=7) maruz kaldığı cinsel suçu anlama ve karşı koyma yetisi nedeniyle gönderilmiştir.

Çöpoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında, adli psikiyatriye gönderilen tüm olguların % 49.8'inin madde kullanımı ve bağımlılığın olup olmadığının değerlendirilmesi, %31.6'sının ceza sorumluluğunun tespiti, %14.1'inin mağdur olarak ruh sağlığının bozulup bozulmadığının değerlendirilmesi amacıyla gönderildiği belirtilmiştir(205).

Ceza hukuku kapsamında gönderilen olguların gönderilme nedenleri açısından dağılımına bakıldığında adı geçen çalışmalarla, çalışma sonuçlarımız arasında farklar saptanmıştır. Tarafımıza madde kullanım bozukluğu olup olmadığının belirlenmesi amacıyla vaka gönderilmemiş olması kurumumuzda AMATEM kliniğinin bulunmayışının yanında, bölgeler arasındaki madde kullanım bozukluğu yaygınlığının farklı olması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda, olguların ceza hukuku kapsamındaki verileri incelendiğinde, benzer olarak suç işleyen failler arasında madde kullanım bozukluğu eş tanısının veya suç öncesi madde kullanımının çok az olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda, tüm faillerin %90.8'inin (n=148) erkek, %9.2'sinin (n=15) kadın, ruhsal bozukluğu olan faillerin ise, %89.8'inin (n=115) erkek, %10.2'sinin (n=13) kadın olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda, adli psikiyatri tarafından değerlendirilen faillerin büyük çoğunluğunun erkek olduğu tespit edilmiştir. Denis ve arkadaşları adli psikiyatri tarafından değerlendirilen tüm olgularda faillerin %90'ının, Alhumoud ve arkadaşları %86'sının erkek olduğunu saptamışlardır(207, 208). Türkcan ve arkadaşları tüm olguların % 92.5'inin erkek olduğunu bildirmişlerdir(26). Ceza sorumluluğu olmayan faillerde ise Fazel ve arkadaşları 60 yaşın altında %1.57 'sinin, 60 yaş üstünde ise % 0.48'inin kadın olduğu belirlemişlerdir(170). Crocker ve arkadaşları ceza sorumluluğu olmayan faillerin %15.6'sının kadın olduğunu saptamışlardır(209).

Çalışmamızda faillerin sıklık sırasıyla, %35.6'sının (n=58) 30-39 yaş grubunda, %28.2'sinin (n=46) 20-29 yaş grubunda, %11.7'sinin (n=19) 40-49, %11.7'sinin (n=19) 50-59, %7.4'ünün (n=12) 18-20, %5.5'inin (n=9) 60 yaş üstünde olduğu görülmektedir. Tüm faillerin %63.8'inin 20-39 yaş grubunda olduğu görülmektedir.

Ruhsal bozukluğu olan faillerin %4.7'sinin (n=6) 20 yaş altı, %28.1'inin (n=36) 20-29, %37.5'inin (n=48) 30-39, %12.5'inin (n=16) 40-49, %11.7'sinin (n=15) 50-59 ve %5.5'inin (n=7) 60 yaş ve üstünde olduğu saptanmıştır. Ruhsal bozukluk tanısı konulan faillerin %65.6'sının 20-39 yaş grubunda olduğu görülmektedir.

Literatürde, çalışmamız sonuçlarına benzer biçimde adli psikiyatri tarafından fail olarak değerlendirilen olguların büyük çoğunluğunun 20-39 yaş grubunda olduğu saptanmaktadır. Alhumoud ve arkadaşları, olguların %69'unun 20-39 yaş grubunda olduğunu, Denis ve arkadaşları olguların %54.6'sının bu yaş grubunda olduğunu belirlemişlerdir(207, 208). Türkcan ve arkadaşları, erkek olguların yaş ortalamasını 33, kadın olguların ise 32 olarak bulmuşlardır(26). Bir çalışmada, ceza sorumluluğu olmayan faillerin yaş ortalaması 36.56 olarak bulunmuştur(209).

Çalışmamızda, tüm faillerin %5,5'i (n=9) 60 yaşın üzerindedir. Fazel ve arkadaşları çalışmalarında, fail olarak değerlendirilen 7297 adli psikiyatri olgusunun %3'ünün 60 yaş ve üzerinde olduğunu bildirmiştir (170). Alhumoud ve arkadaşlarının 95 olguyu içeren çalışmasında, 60 yaş ve üzerinde fail saptanmamıştır (207). Denis ve arkadaşları 1445 olgunun %12.2'sinin 60 yaş ve üzerinde olduğunu bildirmişlerdir(208).

Çalışmamızda, faillerin, %52.8'inin (n=86) bekar, %39.9'unun (n=65) evli, %4.3'ünün (n=7) boşanmış olduğu, %1.2'sinin (n=2) evli, ayrı yaşadığı ve %1.8'inin (n=3) eşinin öldüğü saptanmıştır.

Ruhsal bozukluğu olan faillerin, %50.8'inin (n=65) bekar, %42.2'sinin (n=54) evli, %5.5'inin (n=7) boşanmış ve %1.5'inin (n=2) eşinin öldüğü görülmektedir.

Türkcan ve arkadaşlarının çalışmasında, adli psikiyatri tarafından fail olarak değerlendirilen tüm olguların %50.6'sının bekar, %31'inin evli, Alhumaud ve arkadaşlarının çalışmasında, tüm olguların %50'sinin bekar, %30'unun evli olduğu belirlenmiştir(26, 207). Crocker ve arkadaşları, ceza sorumluluğu olmayan faillerin %83.6'sının bekar olduğunu, benzer biçimde Lim ve arkadaşları da suç işleyen ruhsal bozukluğu olan faillerin %75.6'sının bekar olduğunu saptamışlardır(209, 210).

Yurt dışında yapılan çalışmalarda, ülkemizde yapılan çalışmalara göre olguların daha yüksek oranda bekar olduğu görülmektedir. Çalışmamızdaki yüksek evlilik oranları, ülkemizde hasta bireylerin evliliğe özendirilmesi, erken yaşta evlilik gibi sosyokültürel özelliklerle ilişkili olabilir.

Çalışmamızda, faillerin, %44.2'sinin (n=72) çalıştığı, %52.8'inin (n=86) çalışmadığı ve %3'ünün (n=5) emekli olduğu görülmektedir.

Ruhsal bozukluğu olan faillerin, %38.3'ünün (n=49) çalıştığı, %58.6'sının (n=75) çalışmadığı ve %3.1'inin (n=4) emekli olduğu saptanmıştır.

Japonya'da ceza ehliyeti olmayan hastaların %45'inin işsiz olduğu bildirilmiştir(211). Nicholson ve arkadaşları, ceza ehliyeti olmayan 61 olguyu 5 yıl süre ile izlemiş, % 86'sının hiç çalışmadığı saptanmıştır(212).

Denis ve arkadaşlarının Şili'de yaptıkları çalışmada, fail olarak değerlendirilen tüm olguların %23.7'sinin işsiz olduğunu, Alhumaud ve arkadaşlarının Kuveyt'te yaptıkları çalışmada, tüm faillerin % 40'ının işsiz olduğunu belirlemişlerdir(207, 208). Türkiye'de Türkcan ve arkadaşları ise adli psikiyatri tarafından değerlendirilen tüm faillerin %50'sinin çalışmadığını saptamışlardır(26). Lim ve arkadaşlarının Çin'de yaptığı çalışmada, suç işleyen ruhsal bozukluğu olan faillerin %8.1'inin işsiz olduğu bulunmuştur(210).

Literatür genel olarak ruhsal bozukluğu olan olgularda işsizlik oranının yüksek olduğunu göstermektedir; Çin ve Şili çalışmalarındaki düşük oranların bu ülkelerin sosyoekonomik politikalarıyla ilgili olduğu kanaatindeyiz.

Çalışmamızda, faillerin, %15.3'ünün (n=25) okur-yazar olmadığı, %11'inin (n=18) okur-yazar, %32.5'inin (n=53) ilkokul, %23.9'unun (n=39) ortaokul, %14.1'inin (n=23) lise ve %3.1'inin (n=5) üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

Ruhsal bozukluğu olan faillerin, %18.8'inin (n=24) okur-yazar olmadığı, %11.7'sinin (n=15) okur-yazar olduğu, %32.8'inin (n=42) ilkokul, %21.1'inin (n=27) ortaokul, %11.7'sinin (n=15) lise ve %3.9'unun (n=5) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.

Literatürde de suç işlemiş olgularla yapılan çalışmalarda benzer şekilde düşük öğrenim süresi saptanmıştır(210).

Yaş, cinsiyet, işsizlik, boşanma gibi etkenlerin şiddet suçuyla ilişkili olduğu, ancak ruhsal bozukluk olgularına özgü olmadığı belirtilmektedir. Yakın tarihte boşanma ve işsizliğin de ruhsal bozukluk olgularına özgü olmadan şiddet suçu riskini artırdığı, ancak ruhsal bozukluğu olan kişilerde işsiz kalma ve boşanma gibi faktörlere daha sık rastlandığı bildirilmiştir(27)

Çalışmamızda, TCK 32. madde kapsamında gönderilen 163 failin, %21.5'inde (n=35) ruhsal bozukluk tespit edilmediği, %25.2'sinde (n=41) şizofreni/psikoz, %20.2'sinde (n=33) anlıksal yetersizlik, %8.6'sında (n=14) bipolar bozuk, %2.5'inde (n=4) majör depresyon, %12.9'unda (n=21) kişilik bozukluğu, %3.1'inde (n=5) alkol/madde kullanım bozukluğu, %3.1'inde (n=5) nörobilişsel bozukluk, %0.6'sında (n=1) kaygı bozukluğu, %1.8'inde (n=3) dürtü denetim bozukluğu tanılarının konulduğu görülmüştür.

Ruhsal bozukluğu olmayan olgular çıkarıldığında, ruhsal bozukluğu olan failerin %32'sinde (n=41) şizofreni/psikoz, %25.8'inde (n=33) anlıksal yetersizlik, %16.4'ünde (n=21) kişilik bozukluğu, %10.9'unda (n=14) bipolar bozukluk ve %14.8'inde (n=19) diğer ruhsal bozukluklar tespit edilmiştir.

Fazel ve arkadaşlarının İsveç'te adli psikiyatri birimine başvuran tüm hastaları değerlendirdikleri çalışmada, olguların %3.7'sinde ruhsal bozukluk tanısı konulmamış, sıklık sırasına göre olguların %32.4'üne kişilik bozukluğu, %31.4'üne psikotik bozukluk, %12.5'ine madde kullanım bozukluğu, %5.5'ine depresyon ve anksiyete bozukluğu, %2.3'üne anlıksal yetersizlik tanısı konulmuştur(170).

Alhumoud ve arkadaşlarının Kuveyt'te yaptıkları çalışmada, ceza hukuku kapsamında değerlendirilen failerin %17'sinde ruhsal bozukluk saptanmamıştır. Madde kullanım bozukluğu %41, psikotik bozukluklar %35, kişilik bozuklukları %35, duygudurum bozuklukları %20 olarak saptanmıştır(207).

Denis ve arkadaşlarının Şili'de yaptıkları çalışmada, ceza hukuku kapsamında değerlendirilen tüm failerin %37.1'inde ruhsal bozukluk saptanmamıştır. Sıklık sırasına göre, değerlendirilen tüm olgularda, kişilik bozukluğu %38, madde kullanım bozukluğu %8 olarak saptanırken, bunları psikotik bozukluklar, organik bozukluklar, anlıksal yetersizlik ve duygudurum bozuklukları izlemektedir (208).

Kalenderoğlu ve arkadaşları ise tüm failerin %20'sinde ruhsal bozukluk saptanmadığını, sırasıyla %31.1'inde şizofreni, %15.6'sında madde kullanım bozukluğu, %11.1'inde anlıksal yetersizlik, %8.9'unda bipolar bozukluk, %6.7'sinde

anksiyete bozukluğu, %4.4'ünde depresyon, %2.2'sinde nörobilişsel bozukluk olduğunu bildirmişlerdir(2).

Çöpoğlu ve arkadaşlarının tüm failleri değerlendikleri çalışmada, olguların %23.8'inde ruhsal bozukluk saptanmadığı, %16.2'sinde anlıksal yetersizlik, %14.6'sında şizofreni, %13.8'inde bipolar bozukluk, %10.8'inde antisosyal kişilik bozukluğu, %7.7'sinde yeğin depresyon ve %7.7'sinde madde kullanım bozukluğu saptanmıştır(205).

Türkcan ve arkadaşlarının failleri değerlendirdikleri çalışmada, ceza ehliyeti olmayan olguların %32.8'inde şizofreni, %26.4'ünde mizaç bozuklukları, %14.3'ünde sanrısız bozukluk, %9.9'unda başka türlü adlandırılmayan psikoz, %2.5'unda madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk tanısı konulmuştur(26).

Crocker ve arkadaşları ceza ehliyeti olmayan faillerde birincil tanı olarak, %70.9'unda psikotik bozukluk, %23.2'sinde duygudurum bozukluğu saptamışlardır. Olguların %20'sinde kişilik bozukluğu tespit etmişlerdir (209).

Adli psikiyatrik değerlendirme çalışmalarında olgulara konulan tanıların dağılımının ülkeden ülkeye ve bölgeden bölgeye farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Ruhsal bozukluğu olan adli psikiyatri hastaları arasında psikoz oranı %76, kişilik bozukluğu %60-70, antisosyal kişilik bozukluğu %40-70, alkol kullanım bozukluğu %40, madde kullanım bozukluğu %51, bipolar bozukluk %5, depresyon %5 olarak bildirilmiştir(20). Çalışmamızda faillere en sık konulan tanının %25.2 (n=41) oranında şizofreni/psikoz olduğu görülmektedir. Bu oran, ruhsal bozukluğu olmayan failler çıkarıldığında %32 olmaktadır. Farklı olarak, Denis ve arkadaşları, tüm failler arasında şizofreni/psikotik bozukluk oranını %5.9 olarak bulmuşlardır. Ancak, literatürde, çalışmamızla uyumlu şekilde adli psikiyatri olguları arasında şizofreni/psikotik bozukluk tanısı genellikle ilk sırayı almaktadır.

Çalışmamızda değerlendirilen tüm olgular içinde, kişilik bozukluğu oranı %12.9 olarak bulunmuştur. Sadece ruhsal bozukluğu olan failler alındığında %16.4'üne (n=21) kişilik bozukluğu tanısı konulduğu görülmektedir. Ruhsal

bozukluğu olan faillerin %93'ünde (n=119) kişilik bozukluğu eş tanısı konulmadığı görülmektedir. Özellikle yurtdışında yapılan çalışmalarda kişilik bozukluğu tanısının yüksek oranları dikkat çekmektedir. Fazel ve arkadaşları, tüm olguların %32.4'üne, Alhumoud ve arkadaşları, %35'ine, Denis ve arkadaşları, %38'ine kişilik bozukluğu tanısı koymuşlardır (170, 207, 208). Adli psikiyatri olgularında tüm kişilik bozukluklarının %60-70, antisosyal kişilik bozukluğunun ise %40-70 oranında görüldüğü bildirilmektedir(20). Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarda da fail olarak adli psikiyatri değerlendirilmesi istenen olgulara düşük oranda kişilik bozukluğu tanısı konulduğu görülmektedir. Kalenderoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında faillere hiç kişilik bozukluğu tanısı konulmadığı görülürken, Çöpoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %10.8 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, Türkiye'de ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi sürecinde, başta antisosyal kişilik bozukluğu olmak üzere, kişilik bozukluklarında kusur yeteneğinin tam olduğu biçiminde rapor düzenlenmesi eğilimi nedeniyle, gönderilen hastalarda kişilik bozukluklarının değerlendirilmesinin geri plana atılmasıyla ilişkili olabilir.

Benzer olarak çalışmamızda literatüre kıyasla alkol ve madde kullanım bozuklukları tanısının da düşük olduğu görülmektedir. Çalışmamızda tüm faillerin %3.1'inde primer tanı olarak madde kullanım bozukluğu tespit edilmiştir. Ruhsal bozukluğu olan faillerin %86,7'sinde (n=111) alkol veya madde kullanım bozukluğu eş tanısı saptanmamıştır.

Madde kullanım bozukluğunun ruhsal bozukluğu olan hastalarda gelecekteki şiddet riskini belirleyen en önemli faktörlerden biri olduğu bildirilmiştir(27).

Türkiye'de alkol kullanım bozukluğu dünya geneline göre daha düşük orandadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2014 yılı alkol ve sağlıkla ilgili raporunda her yıl 3,3 milyon kişinin zararlı alkol kullanımına bağlı olarak yaşamını kaybettiği, dünya genelinde alkol kullanım bozukluğu oranının %4,1, Avrupa'da %7,5, Türkiye'de %2,7 olduğu bildirilmektedir(213). Ögel ve arkadaşlarının Türkiye'de 15 ilde son otuz günde alkol kullanma oranlarını araştırdıkları çalışmada, çalışmamızın yapıldığı ve gönderilen olguların büyük bir bölümünü oluşturan Erzurum ilinde alkol kullanım oranı (%6.6) diğer şehirlere nazaran daha düşük olarak bulunmuştur(214).

Bu verilere dayanarak, ülkemizin ve çalışmamızın yapıldığı bölgenin sosyokültürel özellikleri nedeniyle alkol ve madde kullanım yaygınlığındaki düşüklüğün bu sonuca neden olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda ruhsal bozukluğu olan faillerin suç öncesi alkol veya madde kullanım oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Ruhsal bozukluğu olan faillerin %93.6'sının (n=117) suç öncesi alkol veya madde kullanmadığı görülmektedir. %5.6'sının (n=7) suç öncesi alkol kullandığı, %0.8'inin (n=1) suç öncesi madde kullandığı tespit edilmiştir.

Matejkowski ve arkadaşlarının homisid suçu işlemiş ruhsal bozukluğu olan failleri inceledikleri çalışmada, olguların %23'ünün suç öncesi alkol aldığını, %57'sinin alkol alıp almadığının bilinmediği, %21'inin suç öncesi madde kullandığı, %54'ünün kullanıp kullanmadığının bilinmediğini bildirilmiştir(151).

Çalışmamızdaki olgularda madde kullanım bozukluğu oranlarının düşüklüğü, doğal olarak suç öncesi alkol veya diğer maddelerin kullanım oranının da düşük olmasına neden olmuştur.

Çalışmamızda, anlıksal yetersizliğin fail olarak gönderilen tüm olgular içinde %20.2 gibi yüksek bir oranda olduğu dikkat çekmektedir. Bu oran Fazel ve arkadaşlarının çalışmasında %2.3, Denis ve arkadaşlarının çalışmasında %4.9 olarak saptanmıştır(170, 208). Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarda ise adli psikiyatri olgularında yurt dışı literatüre göre daha yüksek oranlarda anlıksal yetersizlik tanısı konulduğu dikkat çekmektedir. Kalenderoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında, tüm olguların %11.1'inde, Çöpoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında %16.2'sinde, Bolu ve arkadaşlarının çalışmasında %13'ünde anlıksal yetersizlik tespit edilmiştir(205, 215).

Anlıksal yetersizliğin dünyadaki yaygınlığı %1-3 arasındadır(155). Mauilik ve arkadaşlarının yaptığı meta-analiz çalışmasında, 1980 ile 2009 yılları arasında anlıksal yetersizliğin yaygınlığını araştıran 52 çalışmanın sonuçları incelenmiş ve yaygınlık 10.37/1000 olarak hesaplanmıştır(156).

Türkiye’de anlıksal yetersizliğin yaygınlığı konusunda 2002 yılında yapılan Türkiye Özürlüler Araştırması sonucuna göre, toplam nüfus içinde özürlü nüfusun (%12.29) %48’ini anlıksal yetersizlik olguları oluşturmaktadır. Buna göre toplum genelinde anlıksal yetersizlik oranı %5.49 olarak hesaplanmıştır. Anlıksal yetersizlik saptanan nüfusun %20.54’ü hafif, %26.49’u orta, %18.32’si ağır, %19.66’sı çok ağır anlıksal yetersizlik olarak dağılım göstermektedir. (157).

Bu verilere göre anlıksal yetersizlik yaygınlığının ülkemizde diğer ülkelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu yüksek oranın nedeni araştırmalardaki metodolojik farklılıklar olabileceği gibi, ülkemizde özellikle kırsal kesimde sağlık olanaklarının kısıtlılığı, eğitim düzeyinin yetersizliği ve yüksek düzeyde görülen akraba evliliği de yaygınlığı artıran faktörler olabilir(216). Ülkemizde anlıksal yetersizliğin yüksek yaygınlığı, Türkiye’de yapılmış diğer çalışmalara benzer biçimde bizim çalışmamızdaki yüksek oranı da açıklayabilir.

Çalışmamızda, gönderilen tüm failler değerlendirildiğinde, en sık işlenen suçların %26.4 (n=43) oranında yaralama, %14.7 (n=24) hırsızlık/dolandırıcılık, %11.7 (n=19) cinsel saldırı/istismar olduğu saptanmıştır. Bu dağılım ruhsal bozukluğu olmayan failler çıkarıldığında da benzer olarak görülmektedir. Ruhsal bozukluğu olan faillerin %5.5’i (n=7) öldürme veya öldürmeye teşebbüs, %28.9’u (n=37) yaralama, %14.1’i (n=18) cinsel suçlar, %10.9’u (n=14) tehdit, %17.2’si (n=22) hırsızlık, %6.3’ü (n=8) hakaret, %17.2’si (n=22) diğer suçları işlemişlerdir.

Literatürde de çalışmamızla benzer biçimde, adli psikiyatriye gönderilen faillerin en sık yaralama suçunu işledikleri görülmektedir.

Fazel ve arkadaşlarının çalışmasında değerlendirilen tüm faillerin işledikleri suçlar sırasıyla, %30 saldırı, %15 diğer şiddet suçu, %14.6 öldürme, %11.9 cinsel saldırı, %8.5 yangın çıkarma, %5.1 hırsızlık olarak saptanmıştır(170).

Çöpoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında değerlendirilen tüm olguların işledikleri suçların sıklık sırasına göre %37.7 darp ve yaralama, %20.8 hırsızlık olduğu belirtilmiştir(205).

Türkcan ve arkadaşları, ceza ehliyeti olmayan olguların, % 40.1'inin öldürme veya yaralama, %19'unun tehdit veya hakaret, %10.7'sinin hırsızlık veya dolandırıcılık, %5.7'sinin cinsel suçlar, %4.7'sinin yangın çıkarma, %3.6'sının mala zarar verme suçunu işlediklerini saptanmıştır(26).

Crocker ve arkadaşları, ceza ehliyeti olmayan olguların, %27.4'ünün tehdit, %26.5'inin saldırı, %16.9'unun malvarlığına karşı suç, %6.9'unun öldürme veya öldürmeye teşebbüs, %2.3'ünün cinsel saldırı suçunu işlediklerini belirlemiştir(209).

Birçok çalışmada suç tipinin ayrıntılı tasnifi yerine, suçun genel olarak tanımlanması 'insana karşı suçlar', 'malvarlığına karşı suçlar' biçiminde yapılmaktadır.

Çalışmamızda tüm failler alındığında suçların %68.7'sinin (n=112) insana karşı suç, %17.2'sinin (n=28) malvarlığına karşı suç olduğu saptanmıştır. Ruhsal bozukluğu olan faillerin %69.5'inin (n=89) insana karşı, %16.4'ünün (n=21) malvarlığına karşı, %14.1'inin (n=18) diğer suçları işlediği belirlenmiştir. Tüm ruhsal bozukluk guruplarında olguların daha çok insana karşı suç işlediği görülmektedir. Bulgular literatürle uyumludur.

Denis ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adli psikiyatri tarafından değerlendirilen tüm faillerin %70.4'ünün insana karşı, %23.1'inin malvarlığına karşı suç işlediği belirlenmiştir(208).

Alhumoud ve arkadaşlarının çalışmasında tüm faillerin %61.52'sinin insana karşı, %13.5'inin malvarlığına karşı suç işlediği saptanmıştır(207).

Çalışmamızda, tanı ve suç dağılımları karşılaştırıldığında, anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Şizofreni/psikoz tanısı konulan faillerin %48.8'inin (n=20) yaralama, bipolar bozukluk tanısı konulan faillerin 42.9'unun (n=6) yaralama, anlıksal yetersizlik tanısı konulanların %30.3'ünün (n=10) cinsel saldırı/taciz, kişilik bozukluğu tanısı konulanların %23.8'inin (n=5) tehdit suçlarını işledikleri saptanmıştır.

Çalışmamızda, şizofreni/psikoz hastalarının en çok yaralama suçunu işledikleri saptanmıştır. Şizofreni/psikoz tanısı konulan faillerin %48.8'inin (n=20) yaralama, %17.1'inin (n=7) tehdit, %17.1'inin (n=7) hırsızlık/dolandırıcılık, %4.9'unun (n=2) cinsel suçları işlediği, işledikleri tüm suçların %73.2'sinin (n=30) insana karşı işlenen suçlar olduğu görülmektedir.

Literatürde, çalışmamızla uyumlu olarak şizofreni hastalarının daha çok insana yönelik şiddet suçlarını işlediğini göstermektedir.

Uygur ve arkadaşlarının çalışmasında, suç işlemiş şizofrenlerin %33'ünün cinayet, %34'ünün yaralama ve saldırı, %7'sinin hırsızlık, %7'sinin yangın çıkarma, %6'sının tehdit suçu işlediği belirlenmiştir(217).

Bir başka çalışmada, şizofrenlerin %13'ünün cinayet, %17'sinin ciddi şiddet suçu, %32'sinin hafif şiddet suçu, %3'ünün cinsel suç, %34'ünün mala yönelik suç işledikleri saptanmıştır(218).

Tilhonon ve arkadaşları, 12058 kişiyi izledikleri kohort çalışmasında şizofreni hastalarının genel topluma göre suç işleme olasılığının 3 kat, şiddet suçu işleme olasılığının ise 7.2 kat arttığını saptamışlardır(50). Brennan ve arkadaşlarının 358.180 kişiyi izleyerek yaptıkları kohort çalışmasında şizofreni hastalarının suç işleme olasılığının genel topluma göre 6.8 kat, şiddet suçu işleme olasılığının ise 10.4 kat arttığını bulmuşlardır(51). Wallace ve arkadaşlarının yaptığı kohort çalışmasında ise şizofreni hastalarında, genel topluma göre suç işleme olasılığının 3.2 kat, şiddet suçu işleme olasılığının ise 4.8 kat arttığı saptanmıştır(52).

Şizofrenide genel toplumla kıyaslandığında suç işleme olasılığı artmıştır. Şiddet suçu söz konusu olduğunda bu olasılık daha da artmaktadır. Ancak ciddi şiddet suçları haricindeki hafif şiddet suçlarının ve malvarlığına yönelik suçların büyük bölümünün adli mercilere yansımadağı da düşünülmektedir (217).

Çalışmamızda, anlıksal yetersizlik hastalarının daha çok cinsel suçlar ve yaralama suçlarını işledikleri saptanmıştır. Anlıksal yetersizlik tanısı konulan

olguların %30.3'ünün (n=10) cinsel saldırı/taciz, % 24.4'ünün (n=8) yaralama, %21.2'sinin (n=7) hırsızlık/dolandırıcılık %9.1'inin (n=3) öldürme suçunu işlediği saptanmıştır.

Şiddet suçlarının ve malvarlığına karşı işlenen suçların yaygınlığı yönünden anlıksal yetersizlik tanılı olgular ve anlıksal yetersizlik olmayanlar arasında anlamlı farklılık bulunmadığı, ancak, cinsel suçların anlıksal yetersizlik olgularında altı kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (20).

Anlıksal yetersizlik olgularının cinsel suçları daha fazla işlediğini gösteren araştırmaların yanında, cinsel saldırı suçu işleyen faillerin, diğer şiddet suçlarını işleyen faillere göre daha düşük zeka seviyesine sahip oldukları da bildirilmiştir (219) (220).

Anlıksal yetersizlik olgularının sahtekarlık gibi sofistike suçlar haricinde birçok farklı tipte suç işledikleri de bildirilmektedir (221).

Wheeler ve arkadaşlarının suç işleyen anlıksal yetersizlik olgularını değerlendirdikleri çalışmada %52'sinin fiziksel, %40'ının sözel saldırgan davranışta bulunduğu, %24'ünün mala zarar verme ve %18'inin cinsel suçlar işlediği belirtilmektedir(222).

Literatürde anlıksal yetersizlik olgularının insana karşı, malvarlığına karşı ve cinsel saldırganlık davranışlarının incelenmesinde saptanan birbirinden farklı oranlar dikkat çekmektedir.

Crocker ve arkadaşlarının 3165 anlıksal yetersizlik tanılı erişkin kadın ve erkeği değerlendirdikleri çalışmada, saldırganlık davranışının 12 aylık yaygınlığı %51.8 olarak bulunmuştur. Saldırgan davranış tiplerine göre, %24 maddi hasar, %37.6 sözel saldırganlık, %24.4 kendine yönelik saldırganlık, %24.4 fiziksel saldırganlık ve % 9.8 cinsel saldırganlık bulunmuştur. Saldırganlığın çoğunluğunun hafif şiddette olduğu, sadece %4.9 olguda mağdurda yaralanma meydana geldiği saptanmıştır(159). Buna rağmen saldırgan davranışların yaygınlığı ile ilgili yapılan çalışmalarda değişik

oranlar bildirilmiştir. Anlıksal yetersizlik olgularında Borthwick ve Duffy fiziksel saldırganlık yaygınlığını % 2.1 olarak belirtirken, Eyman ve Call %24 olarak bildirmişlerdir(160, 161). Anlıksal yetersizlik olgularında Jacobson sözel saldırganlık yaygınlığını %5.9 bulmuş, Crocker ise %37.6 olarak saptamıştır(159). Maddi hasara neden olan saldırganlık yaygınlığını ise Jacobson % 4.3, Crocker %24 olarak bulmuşlardır(154, 159).

Cooper ve arkadaşlarının, 1023 anlıksal yetersizlik olgusunda saldırganlığın nokta yaygınlığını araştırdıkları çalışmada, fiziksel saldırganlığın nokta yaygınlığı %6.3, sözel saldırganlığın %7.5, maddi hasara neden olan saldırganlığın nokta yaygınlığı ise %3 olarak bulunmuştur(154).

Anlıksal yetersizlik tanılı olguların işledikleri şiddet suçlarının çoğunun hafif şiddette olmasının yanında, literatürde bahsedilen ve birçok araştırmada yüksek oranda olduğu saptanan, özellikle sözel saldırganlık ve malvarlığına karşı suç eylemlerinin birçoğunun adli makamlara intikal etmediği düşünülebilir.

Çalışmamızda, tüm faillerin (n=163) %54.6'sı (n=89), ruhsal bozukluğu olan faillerin (n=128) %54.7'si (n=70) şiddet suçu işleyen faillerden oluştuğu görülmüştür.

Çalışmamızda, tüm olgular birlikte değerlendirildiğinde ruhsal bozukluğu olan faillerin %15.7'sinin (n=11) tanımadığı bir kişiye karşı şiddet suçu işlediği saptanmıştır. En sık şiddet suçunun %25.7 oranında (n=18) eşe karşı işlendiği görülmektedir. Bunu sırasıyla %14.3 (n=10) komşu, %12.9 (n=9) arkadaş, %10 (n=7) ebeveyn, %7.1 (n=5) kardeş, %7.1 (n=5) evlat, %5.7 (n=4) diğer akraba ve %1,4 (n=1) iş arkadaşı izlemektedir.

Şizofreni hastaları, şiddet ve homisid suçunu daha çok aile bireyleri ve tanıdık kişilere karşı işlemektedir.

Çalışmamızda şizofreni/psikoz olgularının %51.9'unun eşe, %11.1'inin ebeveyne karşı suç işledikleri, yalnızca %11.1'inin tanımadığı bir kişiye karşı şiddet

suçu işlediği saptanmıştır. Şizofreni hastalarının daha çok aile içi bireylere yönelik şiddet suçu işledikleri ile ilgili geniş bir literatür vardır.

Meehan ve arkadaşlarının İngiltere’de yaptıkları çalışmada, homisid eyleminin %55’inin aile içi bir kişiye, %22’sinin tanıdık bir kişiye, %14’ünün ise tanımadığı bir kişiye yönelik olduğu saptanmıştır(109). Ural ve arkadaşlarının, insana yönelik şiddet suçu bakımından şizofreni hastalarıyla, ceza sorumluluğu tam olan kontrol grubunu karşılaştırdıkları bir çalışmada, şizofreni grubunda, mağdurların %46.2’si birinci derece akraba ve eş, %44.2’si ikinci derece akraba ve tanıdık, %9.6’sı ise tanımadığı kişiler iken, kontrol grubunda mağdurların %10’u birinci derece akraba ve eş, %70’i ikinci derece akraba ve tanıdık, %20’si ise tanımadığı kişiler olarak bulunmuştur(110). Yine ülkemizde Belli ve arkadaşlarının, homisid suçu işlemiş 49 şizofreni hastasını inceledikleri çalışmada, mağdurlarının %69.4’ünün aile içinden bir kişi olduğu ve 10 hastanın eşini öldürdüğü saptanmıştır(111). İngiltere’de homisid suçlusu 3930 kişinin incelendiği bir çalışmada, şizofreni hastalarının %22’sinin eşini, %23’ünün aile içinden bir kişiyi, %9’unun ise yabancı bir kişiyi öldürdükleri saptanmıştır. (112).

TMK 133. maddede, akıl hastalarının evlenmelerinde tıbbi sakınca bulunmadığının resmi sağlık kurulu raporuyla belirlenmesi şart koşulmuştur. Çalışmamızda, ruhsal bozukluğu olan faillerin %42.2’sinin (n=54) evli olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızın yanında, ülkemizdeki diğer çalışmalarda da yurt dışı literatüre göre ruhsal bozukluğu olan hastalarda daha yüksek evlilik oranları bildirilmiştir. Özellikle ülkemizdeki erken evlilik yaşı nedeniyle, ağır ruhsal bozukluğun aktif belirtilerinin ortaya çıkmasından önce evliliğin gerçekleşmesi, toplumumuzda evlenince hastalığın geçeceğine dair inanç bu sonuca neden olabilir. Şizofreni hastalarının şiddet suçunu aile içi bir bireye ve özellikle eşe karşı işlemeleri eşin risk altında kalmasına neden olmaktadır. Bunun yanında, ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların boşanmalarının da şiddet riskini arttırdığı bildirilmiştir(27). Bu nedenle, özellikle şizofreni hastalarının evlenmelerinde tıbbi bir sakınca olup olmadığının değerlendirilmesi sürecinde, evlilik sonrası eşinin ve çocuklarının geçiminin, maddi, ruhsal ve eğitsel gereksinimlerinin karşılanması yeterliliğinin saptanması yanında eşine ve çocuklarına verebileceği olası şiddet içeren zararlar da hesaba katılmalıdır. Kişinin suç öyküsü, psikopati düzeyi, madde kullanım bozukluğu

eş tanısı gibi şiddet riskini arttıran faktörlerin dikkatlice değerlendirilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda, şizofreni /psikoz tanısı konulan olguların %48.1'inin (n=13) sanrısız, %40.7'sinin (n=11) reaktif motivasyonla şiddet suçu işlediği görülmektedir. Çalışmamızda hiçbir olguda şiddet suçunun halüsinatuar nedenlerle işlendiği görülmemiştir. Bipolar bozukluk tanısı konulan olguların %60'ının (n=6) reaktif, kişilik bozukluğu tanısı alan olguların %55.6'sının (n=5) reaktif, %33.3'ünün (n=3) araçsal, anlıksal yetersizlik tanısı alan olguların %50'sinin (n=9) araçsal, %44.4'ünün (n=8) reaktif motivasyonla suç işledikleri görülmektedir.

Her ne kadar çalışmamızda şizofreni/psikoz hastalarının en çok sanrısız nedenlerle şiddet suçu işlediği saptansa da, şizofrenide psikotik belirtilerle şiddet davranışının ilişkisini araştıran çalışmalarda çelişkili sonuçlara ulaşılmıştır. Şiddet davranışının sanrılara (78-84) ve komut varsanlarına (85) bağlı olduğunu saptayan çalışmaların yanında, bazı yayınlar bu sonuçları doğrulamamıştır(86-90).

Bu hususta diğer önemli nokta, şiddet suçunun motivasyonunun belirlenmesindeki güçlülüdür. Çalışmamızda, belli bir hedefe ulaşmak için, eylemin başlangıcında duygusal bir uyarılmanın olmadığı durumlar araçsal, güçlü duygusal uyarılarla impulsif şekilde gerçekleşen eylemler reaktif, failin mağdura yönelik sanrısız düşünceleri sonucunda gerçekleşen eylemler ise sanrısız olarak sınıflandı. Birçok şiddet eyleminde bu özelliklerden bir tanesi yalnız başına bulunmadığı için, eylemin başlangıç nitelikleri dikkate alınarak sınıflama yapıldı. Bu nedenle sanrısız temelde olan bir motivasyonun eylem anında güçlü duygusal uyarıların dahil olduğu impulsif, reaktif bir biçime dönüştüğü durumlarda da, çoğu zaman failin suç anındaki duygusal durumu bilinmediğinden sanrısız olarak sınıflandırıldı.

Bu konuda yapılmış bir meta-analiz çalışması, şiddet davranışı ve psikotik belirtiler arasında bir ilişkinin olduğunu ortaya koymakla birlikte, yazarlar, özellikle psikotik belirtilerin gruplara ayrılarak incelenmesi ve psikotik belirtilerle bağlantılı olabilecek duygudurum özelliklerinin de şiddet davranışıyla ilişkisi üzerine odaklanılması gerektiğini belirtmişlerdir(91). Şiddet davranışının oluşmasında

sanrılarla davranış arasında aracılık eden nedensel ilişkiler üzerine çok az çalışma bulunmaktadır. Coid ve arkadaşları, sanrılarla şiddet davranışı arasında ilişki olduğunu, ancak gelişen şiddet davranışına, sanrısız inancın neden olduğu öfkenin aracılık ettiğini saptamışlardır. Çoşuklu, kabarmış duygudurum, anksiyete ve korku ile şiddet davranışı arasında bir ilişki tespit edilmemiş, depresif duygudurum ile şiddet davranışı arasında ise ters orantılı bir ilişki bulunmuştur. Stres, anksiyete ve korkunun sanrısız inanç sonucu oluşabileceğini, ancak bu duyguların şiddet davranışından ziyade, tehditten kaçma ile ilişkili olduğunu vurgulamışlardır(94). Bu nedenle adli psikiyatrik değerlendirmelerde, eylemin başlangıç motivasyonu psikotik nitelikler arz etse de, hastaların suç anındaki ve hemen öncesindeki duygulanımlarını sorgulamanın, eylemin soğukkanlı bir biçimde ya da duygusal bir uyarılmayla gerçekleşip gerçekleşmediğinin anlaşılması amacıyla daha dikkatli bir şekilde yapılması önem taşımaktadır.

Çalışmamızda, ruhsal bozukluk saptanan faillerin suç öyküleri incelendiğinde %70.9'unda (n=90) suç öyküsü olmadığı, %29.1'inde (n=37) suç öyküsünün olduğu saptanmıştır. Suç öyküsü oranı en yüksek grubun kişilik bozukluğu tanısı konulanlar olduğu görülmektedir. Tekrarlayıcı suçun antisosyal kişilik bozukluğuyla yakından ilişkili olduğu bildirilmektedir(211).

Çalışmamızda, kişilik bozukluğu saptanan olguların %57.1'inde suç öyküsü varken, anlıksal yetersizlik tanısı konulan olguların %94'ünde suç öyküsü saptanmamıştır. Şizofreni/psikoz tanısı alan olguların %30'unda ve bipolar bozukluk tanısı alan olguların %35.7'sinde suç öyküsü saptanmıştır.

Şiddet suçu işleyen şizofreni/psikoz olgularının %37'sinde, bipolar bozukluk tanısı konulan olguların %40'nda, kişilik bozukluğu tanısı konulan olguların %44.4'ünde suç öyküsü saptanırken, anlıksal yetersizlik olgularının %5.6'sında suç öyküsü tespit edilmiştir. Bulguların literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Türkcan ve arkadaşları, adli psikiyatri birimine ceza hukuku kapsamında gönderilen 1831 olgunun %34'ünün geçmişte en az bir kez suç işlediğini saptamışlardır. Ceza sorumluluğu olmayan grubun önceki suç sayısının ceza

sorumluluğu tam olan gruba göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Tekrarlayan suç davranışının antisosyal kişilik bozukluğu, alkol ve madde kullanımı olanlarda daha fazla olduğu belirlenmiştir(26).

Crocker ve arkadaşlarının ceza sorumluluğu olmayan hastaları inceledikleri çalışmada, olguların %46.6'sının daha önce en az bir kez tutuklandıklarını saptamışlardır(209).

Suç öyküsünün, gelecekteki suç ve şiddet riskini belirleyen en önemli gösterge olduğu bilinmektedir(21).

Elbogen ve arkadaşlarının yaptığı NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) çalışmasında, ruhsal bozukluğu olan olgularda, suç öyküsünün ve madde kullanım bozukluğunun gelecekteki şiddet riski ile ilgili en önemli faktörler olduğu bildirilmektedir(27).

Çalışmamızda, tüm failler ceza sorumluluğu açısından değerlendirildiğinde, faillerin %36.8'inin (n=60) ceza sorumluluğu olmadığı, %20.2'sinin (n=33) ceza sorumluluğunun azaldığı ve %42.9'unun (n=70) ceza sorumluluğunun tam olduğu saptanmıştır. Ruhsal bozukluk saptanan faillerin %46.9'unun (n=60) ceza sorumluluğunun olmadığı, %25.8'inin (n=33) ceza sorumluluğunun azalmış olduğu, %27.3'ünün (n=35) ceza sorumluluğunun tam olduğu görülmektedir. Şizofreni/psikoz tanısı alan olguların %87.8'inde ceza sorumluluğu olmadığı, anlıksal yetersizlik tanısı konulan olguların %54.5'inde ceza sorumluluğunun azalmış olduğu, bipolar bozukluk tanısı alan olguların %42.9'unda ceza sorumluluğu olmadığı, kişilik bozukluğu tanısı alan olguların ise %90.5'inde ceza sorumluluğunun tam olduğu saptanmıştır. Kişilik bozukluğu tanısı konulan 21 olgunun %85.7'sine (n=18) antisosyal kişilik bozukluğu, %9.5'ine (n=2) başka bir sağlık durumuna bağlı kişilik bozukluğu, %4.8'ine (n=1) sınırda kişilik bozukluğu tanısı konulmuştur. Başka bir sağlık durumuna bağlı kişilik bozukluğu olgularına ceza sorumluluğunun olmadığı, antisosyal ve sınırda kişilik bozukluğu olgularına ise ceza sorumluluğunun tam olduğu şeklinde karar verilmiştir.

Denis ve arkadaşlarının adli psikiyatrik değerlendirme yaptıkları tüm olgularda erkeklerin %85.6'sının, kadınların %74.1'inin ceza ehliyetinin tam olduğu, erkeklerin %3.6'sının ve kadınların %10.8'inin ceza sorumluluğunun olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmada, erkeklerin %61.9'unda ve kadınların %67.5'inde ruhsal bozukluk tespit edilmiştir(208).

Alhumoud ve arkadaşlarının ceza hukuku kapsamında gönderilen tüm olguları değerlendirdikleri çalışmasında, erkeklerin %38'inin ve kadınların %56'sının, tüm olguların %45'inin ceza sorumluluğu olmadığı saptanmıştır. Psikotik bozukluk saptanan olguların %83'ünün, duygudurum bozukluğu saptanan hastaların %63'ünün ceza sorumluluğu olmadığı belirlenmiştir(207).

Fazel ve arkadaşlarının ceza hukuku kapsamında gönderilen tüm olguları değerlendirdikleri çalışmasında, 60 yaş üzerindeki olguların %62.6'sının, 60 yaş altındaki olguların %50.5'inin ceza sorumluluğu olmadığı belirtilmiştir. Tüm yaş gruplarında ceza ehliyeti olmayan hasta gurubu dağılımı, şizofreni hariç diğer psikotik bozukluklar %42.1, şizofreni %21.9, kişilik bozukluğu %13.7, madde kullanım bozukluğu %3.4, depresif ve anksiyete bozuklukları %3, nörobilişsel bozukluk %0.6 olarak belirlenmiştir(170).

Çöpoğlu ve arkadaşların çalışmasında, adli psikiyatrik değerlendirme yapılan tüm olguların %53.8'inin ceza sorumluluğunun olmadığı, %13'ünün ceza sorumluluğunun azaldığı, %33.1'inin ise ceza sorumluluğunun tam olduğu bildirilmiştir(205).

Türkcan ve arkadaşlarının çalışmasında adli psikiyatrik değerlendirme yapılan tüm olgularda, olguların %48.9'unun ceza sorumluluğunun olmadığı, %6.7'sinin azalmış ceza sorumluluğu bulunduğu, %43.5'inin ise ceza sorumluluğunun tam olduğu sonucuna varılmıştır. Ceza ehliyeti olmayan olguların %32.8'inde şizofreni, %26.4'ünde mizaç bozuklukları, %14.3'ünde sanrısız bozukluk, %9.9'unda başka türlü adlandırılmayan psikoz, %2.5'unda madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk tanısı konulmuştur (26).

Türkiye ve birçok ülkede adli psikiyatri değerlendirmelerinde, antisosyal kişilik bozukluğu başta olmak üzere, kişilik bozukluklarının ceza ehliyetini ortadan kaldıran bir etken olarak görülmediği bilinmektedir. Benzer biçimde bizim çalışmamızda da antisosyal ve sınırda kişilik bozukluğu tanısı almış olgulara ceza sorumluluğunun tam olduğu şeklinde karar verilmiştir. ABD’de, California ve Oregon gibi bazı eyaletlerde, kişilik bozukluklarının tümünün ruhsal bozukluk kapsamı dışında bırakılması ve böylece kişilik bozukluğu olgularının tam kusur yeteneğine sahip oldukları yasayla belirlenmiştir(223). Türkiye’de de hukukçular, antisosyal kişilik bozukluğunun bir akıl hastalığı olmadığı ve bu nedenle ceza sorumluluğunun tam olduğu kanaatindedirler(9, 224).

Buna karşılık, 1971-1976 yılları arasında New York’da ceza sorumluluğu olmayan 275 olgunun incelendiği çalışmada, olguların %10.7’sinde primer tanının kişilik bozukluğu olduğu, bunların da yaklaşık yarısına antisosyal kişilik bozukluğu tanısı konulduğu saptanmıştır(225).

Connecticut’ta 1970-1972 yılları arası ceza sorumluluğu olmayan olguların incelendiği çalışmada, %48’inde primer tanının kişilik bozukluğu olduğu belirlenmiştir(226).

Fazel ve arkadaşlarının çalışmasında da, ceza sorumluluğu olmayan failerin %13.7’sinde primer tanının kişilik bozukluğu olduğu görülmektedir(170).

Kinscherff, tanıda kategorik ve boyutsal yaklaşımlar arasındaki uyumsuzluklar, nörobilişsel bilimin ve ruhsal bozukluklardaki davranış genetiğinin verileri ve kişilik bozukluklarının ayırıcı tanısındaki güçlükler nedeniyle kişilik bozukluğu tanısında kusur yeteneğinin tam olduğu iddiasının tek başına bir kural olmasını bilimsel olarak savunulamaz bulmaktadır(227).

Jamison ve Taylor’un yüksek güvenlikli hastanelerden taburcu edilmiş hastaları 12 yıl izledikleri çalışmada, yeniden suç işleme oranı %38 bulunmuştur. Tekrar suç işlemenin, psikopati ve genç yaşla ilişkili olduğu belirlenmiştir(21).

Toplumda psikopati yaygınlığı %1 olarak bildirilmiştir; buna rağmen mahkumlar arasında bu oran %15-20'ye kadar çıkmaktadır(228, 229). ABD'de şiddet suçlarının %50'sinin psikopatlar tarafından işlendiği bildirilmektedir(230). Diğer suçlulara göre, bu kişilerin ilk suçlarının daha erken yaşta olduğu ve daha fazla mükerrer suç işledikleri saptanmıştır(231).

Tekrarlayıcı suçun antisosyal kişilik bozukluğuyla da yakından ilişkili olduğu saptanmıştır(211). Bizim çalışmamızda da, suç öyküsü oranı en yüksek grubun kişilik bozukluğu tanısı konulanlar olduğu, bu olguların %57.1'inde suç öyküsü saptandığı görülmüştür.

Singleton ve arkadaşları, erkek mahkumların % 50-60'ında antisosyal kişilik bozukluğu saptamışlardır(129). Fazel ve arkadaşları, 22.790 mahkumu inceledikleri çalışmada, antisosyal kişilik bozukluğu oranını %47 olarak bulmuşlardır(132).

Roberts ve Coid, antisosyal kişilik bozukluğu olgularının genel topluma göre homisid suçu işleme olasılığının 10-20 kat arttığını, şiddet suçu işlemeye daha yatkın olduklarını, ama hırsızlık, gasp, tecavüz ve kundaklama gibi çok çeşitli suçlar da işlediklerini belirtmişlerdir(133).

The Office for National Statistics (ONS) incelemesinde mahkumların %78'inde kişilik bozukluğu saptanmıştır. En sık saptanan kişilik bozukluğu antisosyal kişilik bozukluğu iken, bunu erkeklerde paranoid ve kadınlarda sınırda kişilik bozukluğu izlemektedir(129).

Laajalaso ve arkadaşlarının homisid suçu işleyen 593 faili değerlendirdikleri çalışmada, mahkumların %74.3'ünde kişilik bozukluğu saptamışlardır. (131).

Şizofrenide, antisosyal kişilik bozukluğu yaygınlığının genel toplumdan 11 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir(232). Suç işleyen şizofreni hastalarında psikopati yaygınlığı da yüksektir. Nolan ve arkadaşları suç işleyen şizofreni hastalarında psikopati yaygınlığını %59 olarak bulmuşlardır. Yazarlar, şiddet davranışı gösteren şizofreni hastalarındaki yüksek psikopati skorlarının psikotik semptomların belirttiği

(emergence) ayrı bir kişilik bozukluğu veya davranım bozukluğunun erken belirtileri ve şiddet davranışları ile karakterize şizofreninin daha önce sınıflanmamış bir alt tipi olabileceğini belirtmişlerdir (55).

Madde kullanım bozukluğu eş tanısı, şizofreni hastalarında agresif davranışları ve şiddet suçlarını arttırmaktadır(102, 233). Benzer olarak madde kullanım bozukluğu, psikopati ve antisosyal kişilik bozukluğu saptananlarda daha yaygındır (234). Şizofrenide, madde kullanım bozukluğunun, şizofreniye eşlik eden psikopatinin karakteristiği olduğu ve şizofrenideki şiddet suçlarında asıl nedenin madde kullanım bozukluğu değil, altta yatan psikopati örüntüsü olduğu öne sürülmektedir.

Elbogen ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, şizofreni, bipolar bozukluk ve depresyon gibi ağır ruhsal bozukluk tanılı olgular, madde kullanım bozukluğu olanlar ve ruhsal bozukluğu olmayan kişiler gruplara ayrılarak incelenmiştir. Ağır ruhsal bozukluğu olan olgularda şiddet eylemi sıklığı daha yüksek bulunmasına karşın, bu sadece madde kullanım bozukluğuyla birlikte olduğunda anlamlı bulunmuştur. Sonuçlar, ağır ruhsal bozukluğun yalnız başına gelecekteki şiddet riskini belirleyemeyeceğini ortaya koymuştur (27).

Antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerde madde kullanım bozukluğu yaygınlığı yüksektir. Böylelikle bu iki yapılanma arasında önemli bir çakışma ortaya çıkmaktadır(53, 103) Birlikte düşünüldüğünde, bu kanıtlar, şizofrenideki agresif davranış ile madde kullanım bozukluğu arasındaki ilişkinin karmaşıklığını göstermektedir. Bu ilişki, maddenin farmakolojik aktivitesine bağlanabilecek direkt nedensel bir etki olabileceği gibi, maddenin farmakolojik etkilerinden bağımsız, madde kullanım bozukluğuyla birlikte giden antisosyal kişilik bozukluğu/psikopati nedeniyle de oluşabilir(104).

Bu konuyu açıklığa kavuşturmak, şizofreni, psikopati ve madde kullanım bozukluğunun suç işleme riskine etkisini anlamak için yapılan bir çalışmada, psikopati tespit edilen şizofreni hastalarının, psikopati saptanmayan şizofreni hastalarına göre daha fazla suç işledikleri belirlenmiştir. Şizofreni tanısı olmayan psikopati saptanan olguların, yüksek psikopati skorları olan şizofreni hastalarıyla, madde kullanım

bozukluğu varlığından bağımsız olarak benzer sayıda suç işledikleri saptanmıştır. Bulgulara göre, suç davranışının madde kullanım bozukluğuyla değil, psikopati özellikleriyle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır(28).

DeLisi de, psikopatinin antisosyal davranışı ve suçu açıklayan en iyi teori olduğunu öne sürmektedir(235). Şizofrenlerde, PCL skorlarının gelecekteki suç davranışını en iyi yordayan gösterge olduğu da bildirilmektedir(236). Şiddet suçu işleyen antisosyal kişilik bozukluğu ve şizofreni hastalarında çeşitli görüntüleme yöntemleriyle saptanan, birçoğu benzer olan yapısal ve fonksiyonel anomaliler tespit edilmiştir.

Narayan ve arkadaşları, şiddet suçu işleyen ve şiddet suçu işlemeyen şizofreni ve antisosyal kişilik bozukluğu olan hastaları karşılaştırdıkları bir çalışmada, ventromedial prefrontal korteks ve lateral senserimotor alanlarda kortikal kalınlığın azaldığını saptamışlardır(70). Bir çok araştırmada, şiddet suçu işleyen şizofreni hastalarında prefrontal korteks metabolizmasında azalma saptanmıştır (73) (74).

Benzer olarak, antisosyal kişilik bozukluğu olgularında da, prefrontal kortekste, özellikle sağ orbitofrontal korteks ve sağ anterior singulat kortekste yapısal ve işlevsel anomaliler saptandığı bildirilmiştir (137).

Hem artmış agresif davranış gösteren şizofreni hastalarında, hem de psikopati düzeyi yüksek, dürtüsel, antisosyal davranış gösteren kişilerde, amigdala ile orbitofrontal korteks arasında bağlantı anomalileri saptanmıştır (138) (76).

Şizofreni hastalarında, dürtüsellüğün aceleci çıkış (urgency) boyutundaki artış ile agresif davranışların artışı arasında ilişki saptanmıştır. Ek olarak, aceleci çıkış düzeyinin artışı ile ventral prefrontal korteks kalınlığında azalma ve ventral prefrontal korteks ile limbik (rostral anterior singulat vb.) bölgeler arasındaki fonksiyonel bağlantıda azalma tespit edilmiştir(77). Emosyonel regülasyonu sağlayan bu devrelerdeki fonksiyon bozukluğunun, kişide agresif davranışa zemin hazırladığı belirtilmektedir (59).

Ventral prefrontal korteks lezyonları ahlaki yargılamayı bozar. Bozulmuş ahlaki davranışın altında yatan diğer etmenler empati, sempati kaybı ve dezinhibe, kompulsif davranışlardır(181-183). Psikopati, ventral prefrontal korteks lezyonları sonucu oluşur; böylece merhamet, utanç, suçluluk duygusu, pişmanlık gibi sosyal ve ahlaki duygularda azalma olur(184-188).

Şizofreni ve antisosyal kişilik bozukluğu/psikopati tanılı olgularda yapısal ve fonksiyonel olarak bozulmuş ventral prefrontal korteks ile orbitofrontal korteks ve limbik bölgeler arasındaki fonksiyonel bağlantının azalması hem emosyonel regülasyonda bozulmaya ve bunun sonucu olarak ortaya çıkan aceleci çıkış (urgency) biçimindeki dürtüsellığe, hem de ahlaki yargılamanın bozulmasına neden olarak şiddet davranışını arttırabilir.

Şizofreni ve antisosyal kişilik bozukluğunda benzer nörobiyolojik özellikler de dikkat çekmektedir. Şiddet davranışı gösteren şizofrenler ve antisosyal kişilik bozukluğu tanılı olgularda, COMT, MAO-A ve serotonin taşıyıcı proteinde benzer özellikler saptanmıştır.

Düşük etkinlik gösteren MAO-A enzimi, antisosyal kişilik bozukluğu, dürtüsellik ve suç işleme davranışıyla ilişkilendirilmiştir. MAO-A enzimini kodlayan genler ve çevre etkileşimlerinin, antisosyal kişilik bozukluğu gelişiminde rolü olduğu belirtilmektedir(135). Ferguson ve Beaver yaptıkları gözden geçirme çalışmasında, MAO-A geni dışında, serotonin taşıyıcı geni, dopamin taşıyıcı geni ve COMT geni ile antisosyal davranış ve şiddet davranışı arasındaki ilişkileri göstermişlerdir(136).

Çalışmalarda, düşük aktiviteli COMT genotipiyle, şizofrenide agresif davranış riskinin artması arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (114, 116-118). Halihazırda, COMT genotipi, şizofrenide agresif davranışı en iyi açıklayan biyolojik hipotezdir(122).

Şizofrenide düşük etkinlik gösteren MAO-A enzimi birçok çalışmada agresif davranışla ilişkilendirilmiştir(124, 125).

Türkiye ve dünyada modern hukuk ceza sorumluluğunun esası ve cezanın işlevi hakkında klasik hukuk okulunun görüşleri kabul edilmektedir.

Klasik okul, kişide ceza sorumluluğundan bahsedilebilmesi için kişinin kusurlu olması, kusurlu tutulabilmesi için kusurluluğa ehil olması; bunun için de failin manevi sorumluluğa yani irade özgürlüğüne sahip olması gerektiğini iddia etmektedir. Klasik okula göre, fail işlediği fiilin suç olduğunu anlayabildiği halde iradesini bundan kaçınmak için kullanmadığından sorumlu tutulmalıdır (9, 14). İnsanda irade özgürlüğü olduğu için kanunlara uyma veya uymama konusunda seçim yapabilir. Akıl hastaları ve küçükler gibi bu seçimi yapma yeteneğinden yoksun veya kısıtlı olanların irade özgürlükleri, dolayısıyla ceza sorumlulukları da yoktur ya da azalmıştır(11, 14).

Buna karşı, pozitivist okula göre klasik okulun temelini oluşturan irade özgürlüğü ve bunun üzerine temellendirilen ceza sorumluluğu yerine ‘toplumsal sorumluluk’ düşüncesi benimsenmelidir. Pozitivist okula göre irade özgürlüğü temelsiz ve bilimsel geçerliliği olmayan bir kavramdır. Ceza bir kefaret aracı olarak değil, suçlunun kişiliği ve tehlikelilik hali esas alınarak toplumsal bir savunma aracı olarak kullanılmalıdır(9, 14).

Gerek görüntüleme yöntemleriyle tespit edilen benzer yapısal ve fonksiyonel anomaliler, gerek COMT ve MAO-A enzimlerinde saptanan benzer özellikler, şiddet suçu işleyen şizofreni ve antisosyal kişilik bozukluğu olgularının suç davranışını ortak biyolojik etkenler vasıtasıyla gerçekleştirdiklerini göstermektedir. Hem şizofrenide, hem de antisosyal kişilik bozukluğunda şiddet davranışını açıklayan yapısal, fonksiyonel ve nörobiyolojik benzerlikler bu iki grupta ceza sorumluluğu noktasında aynı kıstaslarla karar vermeyi gerekli kılmaktadır. Mükerrer suç işleyenlerin çoğunda psikopati saptanması, suç işleyen şizofrenler de dahil olmak üzere gelecekteki şiddet suçunun öngörülmesinde en önemli göstergenin psikopati düzeyi olması, birçok çalışmada şizofreni dahil ağır ruhsal bozuklukların şiddet davranışını tek başına açıklayamadığının bildirilmesi, suç ve şiddet davranışının değerlendirilmesinde psikopatinin esas alınması ve adli psikiyatrik karar sürecinde şizofreni ve antisosyal kişilik bozukluğunun psikopati özellikleri açısından değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Adli değerlendirmede esas alınması gereken unsur özgür iradenin temelini oluşturduğu kusur yeteneğine dayanan ceza sorumluluğunun belirlenmesi değil, suçlunun kişiliği bağlamında, tehlikelilik boyutunun incelenmesi olmalıdır. Güncel veriler ve araştırmalar tehlikeliliğin belirlenmesi için en uygun yolun kişinin psikopati düzeyinin değerlendirilmesi ve failin suç öyküsü olduğunu göstermektedir. Adli psikiyatrik değerlendirmelerin, kusur yeteneğinin aslını oluşturan özgür iradenin varlığı gibi ispatlanmamış bir yargıyı kabul etmesi bilimsel değerlerle uyuşmamaktadır. Aynı zamanda değerlendirmelerin kusur yeteneği ve özgür irade prensipleri üzerine kurulması ‘tehlikelilik’ unsurunun gözden kaçmasına neden olmaktadır. Antisosyal kişilik bozukluğunda ceza sorumluluğunun tam olduğu yönünde karar vermek, açıkça bu kişilerin mevcut tehlikeliliğini yok saymak anlamına gelmekte ve bu kişiler için yüksek güvenliklı sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınarak gerçekleştirilebilecek güvenlik tedbirlerinin uygulanmamasına sebep olarak, mükerrer suçların önünü açmaktadır. Tehlikeliliğin somut en önemli göstergesi failin suç öyküsüdür. Tekrarlayıcı suçun antisosyal kişilik bozukluğu ve psikopati ile ilişkili olduğu bilinmektedir.

Aslında TCK 32. maddede ruhsal bozukluğu olan failin kusur yeteneği temelli değerlendirilmesi esas alınsa da, ‘*akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri*’ başlığını taşıyan 57. maddede ‘*koruma ve tedavi amaçlı güvenlik tedbiri*’ benimsenmiştir(6). Bu maddede ruhsal bozukluğu olan suçlunun ‘tehlikeliliği’ odak noktasıdır. 57. maddenin uygulanması için 32. maddeye göre kusur yeteneğinin olmadığı veya azaldığı kararı bir ön koşuldur. Böylece TCK’da hem kusur yeteneğini hem de tehlikeliliği dikkate alan ve kanımızca çelişkili olan, ikili bir anlayış benimsenmiştir. Eğer tehlikelilik önemliyse, bu durumun, kişinin işlediği suç akabinde hemen değerlendirilmesi gerekir. Antisosyal kişilik bozukluğunda olduğu gibi, kişi, ruhsal durumu itibarıyla, yapılan çalışmalar ve elimizdeki verilere göre tehlikeli olduğu kabul edilse dahi, kusur yeteneğinin tam olduğu kararı verilmesi, koruma ve tedavi amaçlı güvenlik tedbirinin uygulanmaması sonucunu doğurmaktadır.

Öte yandan TCK 32/2. maddede ‘ceza sorumluluğu azalmış’ kararı verilen kişi için bu madde uyarınca, ‘*’mahkum olunan ceza, süresi aynı kalmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak uygulanabilir*’

denilmektedir(6). Maddeye göre, kanun koyucu, hakime güvenlik tedbirinin uygulanması veya mahkumiyet için taktir yetkisi verdiğiinden, ruhsal bozukluğu olan failin cezasını cezaevinde çekme olasılığı da bulunmaktadır(9). Bunun yanında, kişiye ağır ruhsal bozukluk tanısı konulsa dahi ceza sorumluluğunun tam olduğuna dair adli psikiyatrik rapor düzenlendiğinde ceza infaz edilmektedir. Aynı biçimde antisosyal kişilik bozukluğu başta olmak üzere kişilik bozukluklarının ceza sorumluluğunun tam olduğu biçiminde rapor düzenlemek kişinin cezasını cezaevinde çekmesi sonucunu doğurabilmektedir. Çalışmamızda psikoz/şizofreni tanısı konulan olguların %9.8'ine (n=4) ceza sorumluluğunun azaldığı, %2.4'üne (n=1) ceza sorumluluğunun tam olduğu, bipolar bozukluk tanısı konulan olguların %21.4'üne (n=3) ceza sorumluluğunun azalmış, %35.7'sine (n=5) ceza sorumluluğunun tam olduğu, anlıksal yetersizlik tanısı konulan olguların %54.5'ine (n=18) ceza sorumluluğunun azalmış olduğu, %6.1'ine (n=2) ceza sorumluluğunun tam olduğu yönünde rapor düzenlenmiştir. Çalışmamızda, ruhsal bozukluk saptanan failerin %25,8'inin (n=33) ceza sorumluluğunun azalmış olduğu, %27,3'ünün (n=35) ceza sorumluluğunun tam olduğu görülmektedir. Ceza sorumluluğunun azaldığı biçiminde rapor düzenlenen olgular açısından da, uzun süre ceza alan kişinin cezasının tamamını hastanede geçirmesi ülkemiz şartlarında uygulanabilir olmadığından, önce güvenlik tedbirinin sonra cezanın uygulanması, ruhsal bozukluğu olan kişinin ruh sağlığı açısından kendisi için olumsuz etkilere neden olabilecek cezaevine konulması sonucunu doğurmaktadır. Böylece tedbirin uygulanma amacı olan 'tehlikelilik' halinin tedavisi imkansız hale gelmektedir(9, 14). Cezaevi koşullarının kişinin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkisi olduğu ve cezanın amaçlarından biri olan ıslah edici etkisinin bulunmadığı, kişinin tehlikeliliğini azaltabilecek tedbirlerin sağlanamadığı Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinin (AİHM) Almanya kararının gerekçesinde de belirtilmiştir.

“Cezalandırmanın amacı genel önleme (caydırma) ve kefaretin (ödetme) yanında özel önleme yani ıslahtır”(14). Alman hukukunda, tehlikeli suçlular ceza infaz süresi bittikten sonra tehlikelilik hallerinin devam etmesi gerekçe gösterilerek “önleyici güvenlik denetimi” olarak adlandırılan bir uygulama kapsamında cezaevinde tutulmaktadırlar. Bu uygulama cezaevinde şartlarında gerçekleşse de “ceza” olarak değil “önleyici güvenlik tedbiri” olarak adlandırılmıştır. Bu durum

AIHM 17.12.2009 tarihli Almanya kararında, Avrupa İnsan Hakları sözleşmesinin 5 ve 7. maddelerinin ihlali olarak değerlendirmiştir. AIHM, Alman hukukunda güvenlik denetimi olarak değerlendirilse de kişinin tehlikelilik nedeniyle cezaevinde tutulmaya devam edilmesi nedeniyle kişinin çöküntü yaşadığını, suç işlemeye yönelik tehlikeliliği azaltacak tedavi ve tedbirlerin uygulanmadığını belirterek uygulamayı yanlış bulmuştur(14). AIHM'nin güvenlik tedbiri altında suçlunun cezaevinde tutulmaya devam edilmesinin kişinin ruh sağlığını olumsuz etkilediği, tehlikeliliğini azaltmadığı yönündeki gerekçesinin ruhsal bozukluk tanıli suçlulara uygulanan tüm hapis cezaları için geçerli olduğunu düşünüyoruz.

Sonuç olarak ceza hukukunda adli psikiyatrik değerlendirmenin bilimsel olarak ispatlanmamış 'özgür iradenin var olduğu' önermesiyle temellendirilen ceza sorumluluğunun belirlenmesi üzerinden yapılması uygun görünmemektedir. Bu durumda, yapısal ve fonksiyonel görüntüleme çalışmaları ve nörobiyolojik verilerle benzerlikleri ortaya konulan antisosyal kişilik bozukluğu ve şizofreni örneğinde olduğu gibi, ceza sorumluluğu için farklı kararlar verilmesi çelişkiye sebep olmaktadır. Bunun yanında, failin ilk değerlendirilmesinin kusur ehliyeti esası üzerinden yapılması tehlikelilik durumunun göz ardı edilmesine neden olmakta ve mükerrer suçların önüne geçilememektedir. Özellikle kişilik bozukluğu tanısı konulan olgularda güvenlik tedbirlerinin uygulanamamasına, gerekli tedavi ve kontrollerinin yapılamamasına ve cezaevi sürecinde kişinin ruhsal durumunun daha da bozulmasına neden olmaktadır.

Bu nedenle kişilik bozuklukları dahil olmak üzere tüm ruhsal bozuklukların, özellikle hapis cezası ön görülen suç durumunun varlığında, ceza hukuku ve ceza sorumluluğunun belirlenmesi kapsamında çıkarılarak, odak noktası tehlikelilik hali olmak üzere önleyici güvenlik tedbirlerinin uygulanması perspektifinde değerlendirilmesi gerektiği görüşündeyiz(9).

“Güvenlik tedbirleri suçun karşılığı olan ödetme niteliğini taşımamakta, suçlunun ıslahı, tedavisi ve tehlikelilik halini ortadan kaldırma amacını gütmektedir”(14).

Koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirlerinin uygulanması için adli psikiyatri hastanelerine gereksinim bulunmaktadır. Ruhsal bozukluğu olan suçlular için strateji, kişinin mevcut ruhsal bozukluğunun tedavisinin yanında, suça, özellikle şiddet suçuna neden olan agresif davranışlar, dürtüsellik gibi fenomenleri tedavi etmek ve tehlikelilik halini ortadan kaldırmaya yöneliktir. Kişilik bozuklukları dahil olmak üzere birçok ruhsal bozuklukta kalıcı iyileşme sağlanamamaktadır. Bu nedenle adli psikiyatrik tedavide öncelikli olarak gözetilmesi gereken kalıcı iyileşme değil, tehlikeliliğin ve suça eğilimin ortadan kalkmasıdır.

Nitekim eski 765 sayılı TCK 46/3. maddesinde *''muhafaza ve tedavi altında bulundurma müddeti şifaya kadar devam eder''* ifadesi kullanılmıştır(237). Bu madde ağır ruhsal bozukluklar söz konusu olduğunda kalıcı şifa bulmanın çok nadir ve zor olması nedeniyle eleştirildiği için yürürlükteki 5237 sayılı TCK'nın 57. maddesinde güvenlik tedbirinin uygulanma süresi için *''tehlikeliliğinin ortadan kalkması veya önemli ölçüde azalması''* ifadesi kullanılmış ve güvenlik tedbirinin amacının kalıcı iyileşme veya remisyon değil, tehlikeliliğin ortadan kalkması veya azalması olduğu belirtilmiştir(6, 9, 238).

Adli psikiyatri açısından ele alındığında şiddet ve insana yönelik suç işleyen antisosyal kişilik bozukluğu da dahil olmak üzere tüm ruhsal bozukluk olguları özellikle hastanın saldırganlığı ve dürtüsel davranışları hedeflendiğinde farmakoterapiden fayda görebilmektedirler. Birçok klinik araştırma ve vaka raporu psikotik bozukluklar, nörobilişsel bozukluklar, anlıksal yetersizlik, davranım bozukluğu tanıılı hastalarda karbamazepin, valproat, lityum, propranolol ve antipsikoptiklerin saldırganlığı ve dürtüsel davranışları engellediğini ortaya koymuştur(239-245). Agresif davranışları olan antisosyal kişilik bozukluğu tanıılı hastaların ketiapinden fayda gördükleri ve öfkeli, dürtüsel ve agresif davranışlarının azaldığı bildirilmiştir(246). Bir olgu raporunda antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almış bir hastanın risperidon tedavisiyle dürtüselliliğinin ve şiddet davranışlarının azaldığı belirtilmiştir(247). Literatürde psikoterapinin antisosyal kişilik bozukluğu tanıılı olgularda hem kişilik bozukluğunun tedavisinde faydalı olduğu, hem de bu olgularda saldırganlık ve şiddet suçu işleme riskini azalttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. G McGauley ve arkadaşları, zihinselleştirme temelli terapinin antisosyal

kişilik bozukluklarında agresif davranışları da azaltan faydalarını bildirmişlerdir(248). Davidson ve arkadaşları, bilişsel davranışçı terapinin antisosyal kişilik bozukluğu tanımlı olgularda öfke ve sözel saldırganlık üzerinde etkinliğinin olmamasına karşın fiziksel saldırganlıkta azalma sağladığını belirtmişlerdir(249). Bernstein ve arkadaşları, yüksek güvenliqli sağlık kurumlarında yatan antisosyal, paranoid, sınırda ve narsistik kişilik bozukluğu tanısı konulmuş hastalara şema terapi uygulamışlar ve bu olgularda suç işleme oranlarının azaldığını bildirmişlerdir(250).

Bu verilere dayanarak, ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi uygulamasının özgür irade ve belirlenimcilik ekseninde bilimsel geçerliliği, antisosyal kişilik bozukluğunda ceza sorumluluğun olup olmadığı, akıl hastalarının cezaevinde kalmalarının uygunluğu, adli psikiyatri hastaneleri ve suç işleyen akıl hastalarına uygulanacak güvenlik tedbirleri, tedavi ve rehabilitasyonlarının kapsamı ve niteliği konularının Türkiye psikiyatri camiasında geniş çapta tartışmaya açılması gerektiği görüşündeyiz.

TCK’da kasten öldürme (TCK 82/1), kasten yaralama (TCK86/2), işkence (TCK 94/2), eziyet (TCK 96/2), cinsel saldırı (TCK 102/3), hırsızlık (TCK 142/2), yağma (TCK 149/2) suçlarının beden veya ruh bakımından kendini savunamayacak durumdaki kişiye karşı işlenmesi ceza artırımı nedenidir. Ruhsal bozukluğu olanlara karşı suç işlendiğinde hastalık varlığının saptanması ve hastalığın kişiyi ‘*beden ve ruh bakımından kendini savunamaz kılıp kılmadığı*’ sorusunun yanıtlanması için bilirkişi raporu istenir (6, 200).

Çalışmamızda, Ceza hukuku kapsamında değerlendirilen 214 olgunun %9,3’ü (n=20) ruhsal bozukluğu olan mağdur olarak gönderilmiştir.

Ruhsal bozukluğu olan mağdurların %84.2’sinde (n=16) anlıksal yetersizlik, %5.3’ünde (n=1) şizofreni/ psikoza, %5.3’ünde (n=1) bipolar bozukluk ve %5.3’ünde (n=1) nörobilişsel bozukluk saptanmıştır. Ruhsal bozukluğu olan mağdurlara karşı işlenen suçların %10,5’i (n=2) kasten yaralama, %63,2’si (n=12) cinsel saldırı/istismar, %5,3’ü (n=1) tehdit/cebir, %5,3’ü (n=1) kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma ve %15,8’i (n=3) hırsızlık/ dolandırıcılık olduğu görülmektedir.

Bulgularımızda, suça maruz kalan olgulara en çok anlıksal yetersizlik tanısı konulduğu saptanmıştır. Bu gruba karşı en fazla işlenen suç tipinin cinsel suçlar olduğu görülmektedir. Anlıksal yetersizlik tanısı konulan olguların maruz kaldıkları suçların sırasıyla %68,8'inin (n=11) cinsel saldırı/istismar, %12,5'inin (n=2) hırsızlık/dolandırıcılık, %6,3'ünün (n=1) kasten yaralama, %6,3'ünün (n=1) kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma, %6,3'ünün (n=1) tehdit/cebir olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda fail olarak gönderilen şizofreni hastalarının mağdur olarak gönderilen şizofreni hastalarından sayıca daha fazla olması dikkat çekmektedir. Çalışmanın yapıldığı zaman diliminde, fail olarak gönderilen şizofreni/psikoz hasta sayısı 41 iken, mağdur olarak gönderilen şizofreni/psikoz hasta sayısı yalnızca 1'dir. Benzer biçimde fail olarak gönderilen 14 bipolar bozukluk hastasına karşın, mağdur olarak gönderilen 1 hasta ve fail olarak anlıksal yetersizlik tanısı konulan 33 hastaya karşılık, mağdur olarak gönderilen 16 hasta vardır. Bizim çalışmamızda 'ruhsal bozukluğu olan mağdur' olarak gönderilenlerin büyük çoğunluğuna anlıksal yetersizlik tanısının konulduğu, literatürde diğer ağır ruhsal bozuklukların suça maruz kalma oranlarının yüksek olduğu bildirilmesine rağmen tarafımıza gönderilen olgu sayısının düşük olduğu görülmüştür.

Literatürde ruhsal bozukluğu olan mağdurlar hakkında yapılan çalışma sayısı oldukça azdır. Maniglio ve arkadaşları, Ocak 1966- Ağustos 2007 yılları arasında ruhsal bozukluğu olan suç mağdurlarıyla ilgili yapılmış yayınları taramışlar ve bu tarih aralığında bu konuda yayınlanmış dokuz çalışmanın olduğunu belirlemişlerdir. Bu dokuz çalışmada incelenmiş toplam 5195 hastanın, %4.3 ile %35.04 oranları arasında değişen yaygınlıkta suç mağduru oldukları belirlenmiştir. Ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların, genel toplumla karşılaştırıldığında, 2.3-140.4 kez daha fazla suç mağduru oldukları belirlenmiştir(204).

Teplin ve arkadaşlarının psikoz ve ağır duygudurum bozukluğu hastaları, ruhsal bozukluğu olmayan kontrol grubuyla karşılaştırdıkları ve bir yıl süresince ileriye dönük izleyerek veri topladıkları çalışmada, bir yıl içinde, hasta grubunun dörtte birinden fazlasının tamamlanmış veya teşebbüs halinde kalan bir şiddet suçunun mağduru oldukları saptanmıştır. Hasta olmayan grupla karşılaştırıldığında oranın 11.8

kat daha fazla olduğu görülmüştür. Hasta grubun %17'sinin tamamlanmış şiddet suçunun mağduru olduğu ve bu oranın kontrol grubundan 13.5 kat fazla olduğu, %21'inin hırsızlık mağduru olduğu ve bu oranın kontrol grubundan 140 kat fazla olduğu hesaplanmıştır. Hasta grubunun %28'i malvarlığına karşı suçların kurbanı olmuş ve bu oran kontrol grubundan 4 kat fazla bulunmuştur. Cinsiyet açısından her iki cinsin de benzer oranlarda suça maruz kaldığı belirlenmiştir. Tamamlanmış şiddet, tecavüz/cinsel saldırı, hırsızlık ve motorlu araç çalınması gibi suçlar ruhsal bozukluğu olan kadınlara karşı, erkeklerden daha fazla işlenmiştir. Kadınların %2.6'sı cinsel saldırı kurbanı olmuş ve bu oran kontrol grubundan 17 kat fazla bulunmuştur. Erkek hastaların ise kadınlara göre daha fazla gasp mağduru olduğu belirlenmiştir. Birçok suç tipi için yaş arttıkça mağdur olma yaygınlığının da arttığı saptanmıştır(202).

Çalışmamızda, ruhsal bozukluğu olan mağdurların %68.4'ünün (n=13) kadın olduğu görülmektedir. Sonuçlarımızdan farklı olarak, yapılan çalışmalarda, suça maruz kalan ruhsal bozukluk hastalarında kadın erkek oranının birbirine yakın olduğu bildirilmiştir(202).

Çalışmamızda, ruhsal bozukluğu olan mağdurlara karşı işlenen suçların %63.2'si (n=12) cinsel saldırı/istismar olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda, ruhsal bozukluğu olan mağdurların cinsel saldırı da dahil olmak üzere şiddet suçlarının yanında, malvarlığına karşı suçların da içinde bulunduğu geniş bir yelpazede suç tipinin mağduru oldukları bildirilmiştir (201, 202, 204).

“Gerçek suçluluğun, yani bir ülkede işlenen suçların toplamının miktarı bilinmediğinden, bu tür suçlulukla, bilinen suçluluk (kanuni, görünür suçluluk) arasında bir mesafe, ayrılık bulunmaktadır. Bu ayrılığa kriminolojide suçluluğun karanlık alanı veya gizli suçluluk denmektedir”(251). Literatürde ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların suç faili olmalarından daha sıklıkla suç mağduru olduğuna ilişkin yayınlara dayanarak, şizofreni, bipolar bozukluk, anlıksal yetersizlik gibi ağır ruhsal bozukluğu olan hastalarının maruz kaldıkları suçların adli mercilere yansımadağı ve bu hastaların mağdur niteliğiyle suçluluğun karanlık alanında kalmaları sonuçlarımızdaki farklılıkla ilgili olabilir. Bu nedenle genel psikiyatrik muayenelerde şizofreni/psikoz, duygudurum bozuklukları gibi ağır ruhsal bozukluk

tanılı hastaların suça maruz kalıp kalmadıklarını dikkatlice sorgulamak, vesayetini üstlenen kurum ve kişiler tarafından bu konu özelinde hastaların yakından takibi ve hastaların suç konusunda farkındalıklarını arttırıcı eğitimlerinin sağlanması önem taşımaktadır.

TCK'ya göre kasten ve taksirle yaralama, cinsel saldırı gibi olaylara maruz kalan kişide ruh sağlığının bozulması durumunda, olaya neden olan kişinin alacağı ceza artırılmaktadır. Bu nedenle adli makamlar tarafından maruz kaldığı olay sonrası kişinin ruh sağlığının bozulup bozulmadığı sorulmaktadır(6, 200).

Çalışmamızda, Ceza hukuku kapsamında değerlendirilen 214 olgunun %14'ü (n=30) mağdurda ruhsal bozukluk gelişip gelişmediğinin tespiti amacıyla gönderilmiştir. Gönderilen 30 hastanın %76.7'sinde (n=23) ruhsal bozukluk geliştiği tespit edilmiştir. Ruhsal bozukluk saptanan olguların %39.1'inde (n=9) travma sonrası stres bozukluğu, %39.1'inde (n=9) yeğin depresyon, %8.7'sinde (n=2) anksiyete bozukluğu, %8.7'sinde (n=2) nörobilişsel bozukluk, %4.3'ünde (n=1) akut stres bozukluğu tespit edilmiştir.

Mağdurda ruhsal bozukluk gelişmesinin nedeni olan suçlar sırasıyla %47.8 (n=11) trafik kazası, %26.1 (n=6) cinsel saldırı/istismar, %13 (n=3) kasten yaralama, %4.3 (n=1) taksirle yaralama, %4,3 (n=1) tehdit/cebiri, %4.3 (n=1) terör suçlarıdır.

Sonuçlarımıza benzer olarak Çöpoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında, tüm olguların %14.1'inin mağdurda ruhsal bozukluk gelişip gelişmediğinin değerlendirilmesi amacıyla gönderildiği, maruz kaldığı olay sonrasında ruh sağlığının bozulup bozulmadığı sorulan olguların, %87.9'unun ruh sağlığının bozulduğu tespit edilmiştir. Olguların %60.3'üne yeğin depresyon, %12.1'ine de travma sonrası stres bozukluğu tanısı konulmuştur(205).

Karbeyaz ve arkadaşlarının cinsel saldırı mağdurlarının adli psikiyatri raporlarını değerlendirdikleri çalışmada, cinsel saldırıya maruz kalmış kişilerin %61.9'unun ruh sağlığının bozulduğu tespit edilmiştir. Ruh sağlığı bozulan olguların

%82'sinde travma sonrası stres bozukluğu, %14.4'ünde travma sonrası stres bozukluğuna ek olarak depresyon saptanmıştır(252).

Çalışmamızda, ruh sağlığının bozulduğu kararı verilen olguların önemli bir kısmının, %47.8'inin (n=11) trafik kazası mağdurları olduğu görülmektedir. Bu olguların %54.5'ine (n=6) travma sonrası stres bozukluğu, %27.2'sine (n=3) depresif bozukluk tanısı konulmuştur.

Koren ve arkadaşları, trafik kazası geçirmiş 74 olgunun %32'sinde, 1 yıl sonra travma sonrası stres bozukluğu saptandığını bildirmişlerdir(253). Mayou ve arkadaşları ise trafik kazası geçiren olguların 1 yıl sonrasında %10'unda anksiyete ve depresyon, %10'unda travma sonrası stres bozukluğu olduğunu saptamışlardır(254). Trafik kazası geçirenlerin 3 yıl izlendiği bir çalışmada, psikiyatrik problemlerin haftalar içinde azalsa da, 3 yıl sonunda olguların %20'sinde devam ettiği saptanmıştır(255).

Ülkemiz trafik kazası sıklığında dünyada ilk sıralarda yer almaktadır. TÜİK verilerine göre, 2018 yılında 1.229.364 trafik kazası olmuş ve bu kazaların sonucunda 307.071 kişi yaralanmıştır(256). TCK 89. maddede, taksirle yaralamanın, *“iyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa”* sebep olması durumunda cezanın yarısı oranında artırılacağını belirlemiştir(6). Ancak, kaza geçiren kişilere konulan travma sonrası stres bozukluğu tanı oranının aylar ve yıllar geçtikçe azaldığı belirtilmektedir. Özaltın ve arkadaşları, kaza sonrası 3. ayda travma sonrası stres bozukluğu oranını %30, 6. ayda %17 bulmuşlardır(257). Bu konuda yapılan benzer çalışmalarda, trafik kazası sonrası 6. ayda travma sonrası stres bozukluğu oranları %18-25 olarak bulunmuş, başlangıç travma sonrası stres bozukluğu oranlarının 6. ayda yarıya düştüğü, 9. ayda da bir miktar azaldığı ve sonra plato yaparak devam ettiğini vurgulanmıştır(258, 259). Mayou ve arkadaşları 5 yıl önce trafik kazası geçiren 111 kişi ile yaptıkları çalışmada, bireylerin bir kısmında hala devam eden sosyal, fiziki ve psikolojik zorluklar olduğunu ve %10 dolaylarında devam eden travma sonrası stres bozukluğu tespit etmişlerdir(260). Trafik kazaları sonrası saptanan ruhsal bozuklukların zaman içinde azalma eğilimi, adli psikiyatri açısından ne zaman tanı konulmasının uygun olduğu ve konulan tanının kalıcı olup olmadığı yönünde nasıl değerlendirme yapılacağı

konularında karar vermeyi güçleştirmektedir. Bu olguların adli değerlendirilmesi açısından bir ölçün belirlemenin gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Medeni hukuk kapsamında gönderilen 98 olgunun %54.1'i (n=53) vesayet gereksiniminin, %32.7'si (n=32) velayet uygunluğunun, %6.1'i (n=6) boşanma davası nedeniyle, %4.1'i (n=4) ayırt etme gücünün, %2'si (n=2) cinsiyet değiştirme uygunluğunun, %1'i (n=1) koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanmasının değerlendirilmesi amacıyla gönderilmiştir.

Kalenderoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında, medeni hukuk kapsamında yer alan olguların % 78.7'sinin vesayet davalarıyla, %20.7'sinin fiil ehliyetiyle ilgili olduğu belirtilmiştir (2).

Çalışmamızda vesayet gereksiniminin değerlendirilmesi için gönderilen 53 olgunun %18.9'unda (n=10) ruhsal bozukluk saptanmazken, %26.4'ünde (n=14) şizofreni/psikoz, %18.9'unda (n=10) anlıksal yetersizlik, %9.4'ünde (n=5) bipolar bozukluk, %9.4'ünde (n=5) kişilik bozukluğu, %9.4'ünde (n=5) nörobilişsel bozukluk, %3.8'inde (n=2) yeğin depresyon, %1.9'unda (n=1) dürtü kontrol bozukluğu ve %1.9'unda (n=1) takıntı-zorlantı bozukluğu tespit edilmiştir.

Ülkemizde ve dünyada medeni hukuk alanında yapılan çalışma sayısı çok azdır. Aynı durum vesayet gerekliliği konusunda da geçerlidir.

Yapılan çalışmalarda vesayet gereksinimi nedeniyle adli psikiyatri birimleri tarafından değerlendirilen olguların tanı dağılımlarında farklılıklar görülmektedir. Çalışmamızda, vesayet gerekip gerekmediği sorulan olgularda en sık %26.4 oranında (n=14) şizofreni/psikoz saptanırken, vasi atanması yönünde görüş bildirilen hastaların %45.8'inde (n=11) şizofreni/psikoz, %29.2'sinde (n=7) anlıksal yetersizlik ve %20.8'inde (n=5) nörobilişsel bozukluk saptanmıştır.

Kalenderoğlu ve arkadaşları vesayet gereksinimi nedeniyle gönderilen hastalarda en sık anlıksal yetersizlik olduğunu, Gökçeimam ve arkadaşları vesayet verilen hastalarda en sık nörobilişsel bozukluk saptandığını, Melamed ve arkadaşları ise en sık şizofreni/psikoz tanısının konulduğunu bildirmişlerdir.

Kalenderoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında vesayet gerekip gerekmediği sorulan hastalarda, sıklık sırasına göre %60.2 anlıksal yetersizlik, %15.3 nörobilişsel bozukluk, %12.7 şizofreni ve %3.4 bipolar bozukluk tespit edilmiştir(2).

Türkiye’de Gökçeimam ve arkadaşları tarafından vesayet gereksiniminin incelendiği 810 olgudan oluşan çalışmada, kişilerin %28’inde psikotik bozukluk, %8.1’inde bipolar bozukluk, %15.2’sinde anlıksal yetersizlik, %31.1’inde nörobilişsel bozukluk, %0.7’sinde alkol kullanım bozukluğu, %1.6’sında madde kullanım bozukluğu, %1.6’sında senilite saptanmıştır. Araştırmada vasi atanması yönünde görüş bildirilenlerin %39.2’sinde nörobilişsel bozukluk, %27.7’sinde şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, %17.7’sinde anlıksal yetersizlik, %4’ünde bipolar bozukluk saptanmıştır(17).

Melamed ve arkadaşları çalışmalarında vesayet verilen hastaların %80’inde şizofreni, %13’ünde diğer psikotik bozukluklar, %5’inde nörobilişsel bozukluk saptamıştır. (18).

Medeni hukuk kapsamında gönderilen 98 olgunun %32,7’si (n=32) velayet uygunluğunun değerlendirilmesi için gönderilmiştir.

Velayet uygunluğunun değerlendirilmesi için gönderilen 32 olgunun %71.9’unda (n=23) ruhsal bozukluk saptanmazken, %12.5’inde (n=4) bipolar bozukluk, %3.1’inde (n=1) anlıksal yetersizlik, %3.1’inde (n=1) şizofreni, %3.1’inde (n=1) yeğin depresyon, %3.1’inde (n=1) anksiyete bozukluğu, %3.1’inde (n=1) kişilik bozukluğu tanısı konulduğu belirlenmiştir. Bipolar bozukluk tanısı konulan olguların %75’inin velayete uygun olmadığı kararı verilmiştir

Çalışmamızda velayet için gönderilen olguların %71.9’unda ruhsal bozukluk saptanmaması, gönderilen olguların %12.5’inin (n=4) velayete uygun olmadığı yönünde karar verilmesi, çocuğun velayetinin alınabilmesi amacıyla eşe uygunsuz hastalık isnat etmenin yaygın olduğunu düşündürmektedir.

6. SONUÇ

Çalışmamız yaklaşık iki yıllık süreç içinde bir üniversite hastanesi adli psikiyatri polikliniğine gönderilen tüm olguların gönderilme nedenleri, tanıları ve verilen kararların bir dökümünü sunmaktadır. Bu çalışmanın önemi, literatürde adli psikiyatriye gönderilen tüm olguların bütüncül olarak değerlendirildiği araştırma sayısının yok denecek kadar az olmasıdır.

Çalışmamızda fail olarak gönderilen grupta, literatüre kıyasla anlıksal yetersizlik oranının yüksek, madde kullanım bozukluğu ve kişilik bozukluğu tanılarının ise düşük olduğu saptanmıştır. Kişilik bozukluğu tanısının literatüre göre oldukça düşük oranda bulunması, Türkiye’de kişilik bozukluğu olgularının genellikle ceza sorumluluğunun tam olduğu şeklindeki kurallaşmış yaygın kanaat nedeniyle adli psikiyatrik değerlendirmelerde kişilik bozukluğu tanı değerlendirmesinin geri planda kaldığını göstermektedir. Suç öyküsü en fazla olan grubun antisosyal kişilik bozukluğu olduğu ve bu olguların hepsine ceza sorumluluğunun tam olduğu yönünde rapor düzenlendiği belirlenmiştir. Ceza sorumluluğu konusunun tartışmaya açılması ve ruhsal bozukluğu olan olguların ceza kanunu kapsamında çıkarılarak kusur yeteneğinin belirlenmesi yerine ‘tehlikeliliğin saptanması’ odaklı bir değerlendirme yapılması gerektiği öne sürülmüştür.

‘Ruhsal bozukluğu olan mağdur’ olarak gönderilenlerin büyük çoğunluğuna anlıksal yetersizlik tanısının konulduğu, diğer ağır ruhsal bozuklukların literatürde suça maruz kalma oranlarının yüksek olarak bildirilmesine rağmen çok az saptandığı görülmüştür. Ruhsal bozukluğu olan hastaların adli sürece oldukça az intikal etmesi, bu kişilerin mağdur nitelikleriyle suçluluğun karanlık alanında kaldıklarını göstermektedir.

Mağdurda ruhsal bozukluk gelişip gelişmediğinin belirlenmesi için gönderilen olguların çoğunluğunun trafik kazası nedeniyle gönderildiği ve bu olgulara en fazla konulan tanının travma sonrası stres bozukluğu olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalar trafik kazaları sonucu gelişen travma sonrası stres bozukluğu tanı oranının

yıllar içinde azaldığını ortaya koyduğundan, bu olguların adli değeriendirilmesi açısından bir ölçün belirlemenin gerektiğı ortaya çıkmaktadır.

Velayet uygunluğu için gönderilen olguların önemli bir kısmında ruhsal bozukluk saptanmaması, bu kişiler hakkında ‘uygunsuz hastalık isnadı’nın yaygın olduğunu düşündürmüştür.

Ülkemizde ve tüm dünyada adli psikiyatri çalışmalarının çoğunluğunun ‘fail’ grubuna yönelik olduğu, özellikle ceza hukuku alanında, ‘ruhsal bozukluğu olan mağdurlar’, medeni hukuk alanında ise ‘vesayet gerekliliğı’ ve ‘velayet uygunluğu’ alanlarında çok az çalışma olması, bu konuların yeterince ilgi görmediğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Çöpür M. Adli Psikiyatri ve Hukuk. 1 ed. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2017.
2. Kalenderoğlu A, Yumru M, Selek S, Savaş HA. Gaziantep Üniversitesi tip fakültesi adli psikiyatri birimine gönderilen olguların incelenmesi. Nöropsikiyatri Arşivi. 2007.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.
4. Yeşilbursa D, Güneş D. Adli yönü ile zor bipolar hastalar. Psikiyatride Güncel. 2017;7(3):221-33.
5. Sercan M. Adli Psikiyatri: Hukuk ve Tıp Dili Arasında Çeviri. In: Uygur N, editor. Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayıncılık Kurulu; 2018. p. 1.
6. Türk Ceza Kanunu, Stat. 5237 (12.10.2004).
7. Özden SY. Adli Psikiyatri. 2 ed. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2015.
8. Öncü F SM. Ceza sorumluluğunun belirlenmesi. Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu. 3 ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018.
9. Ulutürk H. Türk Ceza Hukunda Akıl Hastalığı ve Akıl Hastalığının Kusur Yeteneğine Etkisi. 1 ed. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2014.
10. Öncü F SM. Ceza Hukukunda Adli Psikiyatri. In: N U, editor. Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu. 3 ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018.
11. Centel N, Zafer H, Çakmut Ö. Türk Ceza Hukukuna Giriş. 10 ed. İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım; 2017.
12. Sercan M. Adli psikiyatri: iki dil arasında çeviri. Psikiyatride Güncel. 2011;1(1):1-12.
13. Öncü F, Soysal H, Uygur N, Özdemir F, Türkcan S, Yeşilbursa D, et al. Zorunlu klinik tedavi sonrası yineleyici suç işleyen adli psikiyatri olgularının tanı ve suç niteliği açısından değerlendirilmesi. Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2002;15(3):132-48.

14. Dönmezer S, Erman S. Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku. 14 ed. İstanbul: Der Yayınevi; 2019.
15. Türk Medeni Kanunu, (8.12.2001).
16. Serozan R. Medeni Hukuk Genel Bölüm/Kişiler Hukuku. İstanbul: Vedat Kitapçılık; 2018.
17. Şen Gökçeimam P, Aydın Sünbül E, Gökbakan AM, Özel ME, Kurban RD, Aşkin R. Bir Psikiyatri Dal Hastanesi Sağlık Kuruluna vesayet uygunluğu açısından gönderilen kişilerin değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2019;20(6).
18. Melamed Y, Doron I, Shnutt D. Guardianship of people with mental disorders. *Social Science & Medicine*. 2007;65(6):1118-23.
19. Organization WH. Violence and health: task force on violence and health. Cenevre, WHO. 1998.
20. Eastman N, Adshead G, Fox S, Latham R, Whyte S. *Forensic Psychiatry (Oxford Specialist Handbooks in Psychiatry)*. New York: Oxford University Press 2012.
21. Clark T, Rooprai DS. *Practical forensic psychiatry*: CRC Press; 2011.
22. Harris GT, Rice ME. Risk appraisal and management of violent behavior. *Psychiatric services*. 1997.
23. Soliman AE-D, Reza H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatric services*. 2001;52(1):75-80.
24. Mullen PE, Burgess P. Community care and schizophrenia. *The Lancet*. 2000;355(9217):1827-8.
25. Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M. Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Archives of general psychiatry*. 1996;53(6):489-96.
26. Türkcan S, Incesu C, Canbek Ö, Can Y, Sercan M, Uygur N. 1831 Adli Olgunun Tanı Dağılımı ve Tanı-Suç Bağlantısının Değerlendirilmesi.
27. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general Psychiatry*. 2009;66(2):152-61.

28. Tengström A, Hodgins S, Grann M, Långström N, Kullgren G. Schizophrenia and criminal offending: The role of psychopathy and substance use disorders. *Criminal Justice and Behavior*. 2004;31(4):367-91.
29. Erb J. Assessment and management of the violent patient. *Psychiatric Secrets*, 2. baskı, Jacobson JL, Jacobson AM (Edts). Hanley & Belfus Inc. Philadelphia; 2001.
30. Cipriani G, Lucetti C, Danti S, Carlesi C, Nuti A. Violent and criminal manifestations in dementia patients. *Geriatrics & gerontology international*. 2016;16(5):541-9.
31. Pisapia G. *Criminology. An italian perspective: libreriauniversitaria. it Edizioni*; 2014.
32. Seifritz E, Dürsteler-MacFarland KM, Stohler R. Is prefrontal cortex thinning specific for antisocial personality disorder? *Archives of general psychiatry*. 2001;58(4):402-3.
33. Raine A, Lencz T, Bihrlé S, LaCasse L, Colletti P. Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Archives of general psychiatry*. 2000;57(2):119-27.
34. Raine A, Lencz T, Taylor K, Hellige JB, Bihrlé S, Lacasse L, et al. Corpus callosum abnormalities in psychopathic antisocial individuals. *Archives of General Psychiatry*. 2003;60(11):1134-42.
35. Raine A, Ishikawa SS, Arce E, Lencz T, Knuth KH, Bihrlé S, et al. Hippocampal structural asymmetry in unsuccessful psychopaths. *Biological psychiatry*. 2004;55(2):185-91.
36. Mark VH, Ervin FR. *Violence and the Brain*. 1970.
37. Heath RG, Gallant DM. Activity of the human brain during emotional thought. 1964.
38. DelgadoEscueta AV, Mattson RH, King L, Goldensohn ES, Spiegel H, Madsen J, et al. The nature of aggression during epileptic seizures. *New England Journal of Medicine*. 1981;305(12):711-6.
39. Filley CM, Price BH, Nell V, Antoinette T, Morgan AS, Bresnahan JF, et al. Toward an understanding of violence: neurobehavioral aspects of unwarranted

- physical aggression: Aspen Neurobehavioral Conference consensus statement. *Cognitive and Behavioral Neurology*. 2001;14(1):1-14.
40. Zagrodzka J, Hedberg CE, Mann GL, Morrison AR. Contrasting expressions of aggressive behavior released by lesions of the central nucleus of the amygdala during wakefulness and rapid eye movement sleep without atonia in cats. *Behavioral neuroscience*. 1998;112(3):589.
 41. Siever LJ. Neurobiology of aggression and violence. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165(4):429-42.
 42. Luria AR. Higher cortical functions in man: Springer Science & Business Media; 2012.
 43. Grafman J, Litvan I. Importance of deficits in executive functions. *The Lancet*. 1999;354(9194):1921-3.
 44. Soderstrom H, Tullberg M, Wikkelso C, Ekholm S, Forsman A. Reduced regional cerebral blood flow in non-psychotic violent offenders. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2000;98(1):29-41.
 45. Monahan J, Steadman HJ. Crime and mental disorder: An epidemiological approach. *Crime and justice*. 1983;4:145-89.
 46. Richard-Devantoy S, Olie J-P, Gourevitch R. Risk of homicide and major mental disorders: a critical review. *L'Encephale*. 2009;35(6):521-30.
 47. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of general psychiatry*. 1996;53(6):497-501.
 48. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*. 2009;6(8).
 49. Fazel S, Grann M, Carlström E, Lichtenstein P, Långström N. Risk factors for violent crime in schizophrenia: a national cohort study of 13,806 patients. *The Journal of clinical psychiatry*. 2009;70(3):362-9.
 50. Tiihonen J, Isohanni M, Rasanen P, Koironen M, Moring J. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154(6):840-5.

51. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General psychiatry*. 2000;57(5):494-500.
52. Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(4):716-27.
53. Volavka J, Citrome L. Pathways to aggression in schizophrenia affect results of treatment. *Schizophrenia bulletin*. 2011;37(5):921-9.
54. Hart SD, Hare RD, Forth AE. Psychopathy as a risk marker for violence: Development and validation of a screening version of the Revised Psychopathy Checklist. 1994.
55. Nolan KA, Volavka J, Mohr P, Czobor P. Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatric services*. 1999;50(6):787-92.
56. 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. *The British journal of psychiatry*. 2008;193(1):37-43.
57. Hodgins S, Tiihonen J, Ross D. The consequences of conduct disorder for males who develop schizophrenia: associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophrenia Research*. 2005;78(2-3):323-35.
58. Stahl SM. Deconstructing violence as a medical syndrome: mapping psychotic, impulsive, and predatory subtypes to malfunctioning brain circuits. *CNS spectrums*. 2014;19(5):357-65.
59. Hoptman MJ. Impulsivity and aggression in schizophrenia: a neural circuitry perspective with implications for treatment. *CNS spectrums*. 2015;20(3):280-6.
60. Nolan KA, Czobor P, Roy BB, Platt MM, Shope CB, Citrome LL, et al. Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatric services*. 2003;54(7):1012-6.

61. McDermott BE, Holoyda BJ. Assessment of aggression in inpatient settings. *CNS spectrums*. 2014;19(5):425-31.
62. Nolan KA, D'Angelo D, Hoptman MJ. Self-report and laboratory measures of impulsivity in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder and healthy controls. *Psychiatry research*. 2011;187(1-2):301-3.
63. Lipszyc J, Schachar R. Inhibitory control and psychopathology: a meta-analysis of studies using the stop signal task. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2010;16(6):1064-76.
64. Chambers CD, Garavan H, Bellgrove MA. Insights into the neural basis of response inhibition from cognitive and clinical neuroscience. *Neuroscience & biobehavioral reviews*. 2009;33(5):631-46.
65. Enticott PG, Ogloff JR, Bradshaw JL, Daffern M. Contrary to popular belief, a lack of behavioural inhibitory control may not be associated with aggression. *Criminal behaviour and mental health*. 2007;17(3):179-83.
66. Whiteside SP, Lynam DR. The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and individual differences*. 2001;30(4):669-89.
67. Cyders MA, Smith GT. Mood-based rash action and its components: Positive and negative urgency. *Personality and individual differences*. 2007;43(4):839-50.
68. Cyders MA, Smith GT. Emotion-based dispositions to rash action: positive and negative urgency. *Psychological bulletin*. 2008;134(6):807.
69. Green MF, Horan WP, Lee J. Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*. 2015;16(10):620-31.
70. Narayan VM, Narr KL, Kumari V, Woods RP, Thompson PM, Toga AW, et al. Regional cortical thinning in subjects with violent antisocial personality disorder or schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(9):1418-27.
71. Hoptman MJ, Volavka J, Johnson G, Weiss E, Bilder RM, Lim KO. Frontal white matter microstructure, aggression, and impulsivity in men with schizophrenia: a preliminary study. *Biological psychiatry*. 2002;52(1):9-14.
72. Hoptman MJ. Impulsivity and aggression in schizophrenia: a neural circuitry perspective with implications for treatment. *CNS Spectr*. 2015;20(3):280-6.

73. Raine A, Buchsbaum MS, Stanley J, Lottenberg S, Abel L, Stoddard J. Selective reductions in prefrontal glucose metabolism in murderers. *Biological psychiatry*. 1994;36(6):365-73.
74. Volkow ND, Tancredib LR, Grant C, Gillespie H, Valentine A, Mullani N, et al. Brain glucose metabolism in violent psychiatric patients: a preliminary study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 1995;61(4):243-53.
75. Joyal CC, Putkonen A, Mancini-Marie A, Hodgins S, Kononen M, Boulay L, et al. Violent persons with schizophrenia and comorbid disorders: a functional magnetic resonance imaging study. *Schizophrenia Research*. 2007;91(1-3):97-102.
76. Hoptman MJ, D'Angelo D, Catalano D, Mauro CJ, Shehzad ZE, Kelly AC, et al. Amygdalofrontal functional disconnectivity and aggression in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. 2010;36(5):1020-8.
77. Hoptman MJ, Antonius D, Mauro CJ, Parker EM, Javitt DC. Cortical thinning, functional connectivity, and mood-related impulsivity in schizophrenia: relationship to aggressive attitudes and behavior. *American Journal of Psychiatry*. 2014;171(9):939-48.
78. Taylor PJ. Motives for offending among violent and psychotic men. *The British Journal of Psychiatry*. 1985;147(5):491-8.
79. Humphreys MS, Johnstone EC, MacMillan JF, Taylor PJ. Dangerous behaviour preceding first admissions for schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 1992;161(4):501-5.
80. Junginger J, Parks-Levy J, McGuire L. Delusions and symptom-consistent violence. *Psychiatric Services*. 1998;49(2):218-20.
81. Link BG, Stueve A. Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. 1994.
82. Swanson JW, Borum R, Swartz MS, Monahan J. Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 1996;6(4):309-29.
83. Link BG, Stueve A, Phelan J. Psychotic symptoms and violent behaviors: probing the components of "threat/control-override" symptoms. *Social psychiatry and psychiatric Epidemiology*. 1998;33(1):S55-S60.

84. Hodgins S, Hiscoke UL, Freese R. The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. *Behavioral Sciences & the Law*. 2003;21(4):523-46.
85. McNiel DE, Eisner JP, Binder RL. The relationship between command hallucinations and violence. *Psychiatric services*. 2000;51(10):1288-92.
86. Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: Data from the MacArthur violence risk assessment study. *American journal of psychiatry*. 2000;157(4):566-72.
87. Milton J, Amin S, Singh SP, Harrison G, Jones P, Croudace T, et al. Aggressive incidents in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*. 2001;178(5):433-40.
88. Rogers P, Watt A, Gray NS, MacCulloch M, Gournay K. Content of command hallucinations predicts self-harm but not violence in a medium secure unit. *The Journal of Forensic Psychiatry*. 2002;13(2):251-62.
89. Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Schanda H. Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: The threat/control-override concept reexamined. *Schizophrenia bulletin*. 2004;30(1):31-44.
90. Dean K, Walsh E, Morgan C, Demjaha A, Dazzan P, Morgan K, et al. Aggressive behaviour at first contact with services: findings from the AESOP First Episode Psychosis Study. *Psychological medicine*. 2007;37(4):547-57.
91. Douglas KS, Guy LS, Hart SD. Psychosis as a risk factor for violence to others: a meta-analysis. *Psychological bulletin*. 2009;135(5):679.
92. Appelbaum PS, Robbins PC, Roth LH. Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156(12):1938-43.
93. Cheung P, Schweitzer I, Crowley K, Tuckwell V. Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions. *Schizophrenia research*. 1997;26(2-3):181-90.
94. Coid JW, Ullrich S, Kallis C, Keers R, Barker D, Cowden F, et al. The relationship between delusions and violence: findings from the East London first episode psychosis study. *JAMA psychiatry*. 2013;70(5):465-71.

95. Adolphs R. Neural systems for recognizing emotion. *Current opinion in neurobiology*. 2002;12(2):169-77.
96. Loughhead J, Gur RC, Elliott M, Gur RE. Neural circuitry for accurate identification of facial emotions. *Brain research*. 2008;1194:37-44.
97. Öhman A. The role of the amygdala in human fear: automatic detection of threat. *Psychoneuroendocrinology*. 2005;30(10):953-8.
98. Pinkham AE, Brensinger C, Kohler C, Gur RE, Gur RC. Actively paranoid patients with schizophrenia over attribute anger to neutral faces. *Schizophrenia Research*. 2011;125(2-3):174-8.
99. Blair RJR. Considering anger from a cognitive neuroscience perspective. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*. 2012;3(1):65-74.
100. Panksepp J. *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*: Oxford university press; 2004.
101. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of general psychiatry*. 2006;63(5):490-9.
102. Swanson JW, Holzer III CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Psychiatric Services*. 1990;41(7):761-70.
103. Volavka J. *Neurobiology of violence*: American Psychiatric Pub; 2008.
104. Volavka J, Swanson J. Violent behavior in mental illness: the role of substance abuse. *JaMa*. 2010;304(5):563-4.
105. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *American journal of psychiatry*. 1998;155(2):226-31.
106. Bellack AS, Bowden CL, Bowie CR, Byerly MJ, Carpenter WT, Copeland LA, et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2009;70(SUPPL. 4):1-48.
107. 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. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*. 2007;33(1):86-96.
108. Fazel S, Buxrud P, Ruchkin V, Grann M. Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: a national case-control study. *Schizophr Res*. 2010;123(2-3):263-9.
109. Meehan J, Flynn S, Hunt IM, Robinson J, Bickley H, Parsons R, et al. Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales. *Psychiatric services*. 2006;57(11):1648-51.
110. 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.
111. Belli H, Ozcetin A, Ertem U, Tuyluoglu E, Namli M, Bayik Y, et al. Perpetrators of homicide with schizophrenia: sociodemographic characteristics and clinical factors in the eastern region of Turkey. *Comprehensive psychiatry*. 2010;51(2):135-41.
112. Rodway C, Flynn S, Swinson N, Roscoe A, Hunt IM, Windfuhr K, et al. Methods of homicide in England and Wales: a comparison by diagnostic group. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2009;20(2):286-305.
113. Lachman HM, Papolos DF, Saito T, Yu Y-M, Szumlanski CL, Weinshilboum RM. Human catechol-O-methyltransferase pharmacogenetics: description of a functional polymorphism and its potential application to neuropsychiatric disorders. *Pharmacogenetics*. 1996;6(3):243-50.
114. Han DH, Kee BS, Min KJ, Lee YS, Na C, Park DB, et al. Effects of catechol-O-methyltransferase Val158Met polymorphism on the cognitive stability and aggression in the first-onset schizophrenic patients. *Neuroreport*. 2006;17(1):95-9.
115. Han DH, Park DB, Na C, Kee BS, Lee YS. Association of aggressive behavior in Korean male schizophrenic patients with polymorphisms in the serotonin transporter promoter and catecholamine-O-methyltransferase genes. *Psychiatry Res*. 2004;129(1):29-37.
116. Kotler M, Barak P, Cohen H, Averbuch IE, Grinshpoon A, Gritsenko I, et al. Homicidal behavior in schizophrenia associated with a genetic polymorphism

- determining low catechol O- methyltransferase (COMT) activity. American journal of medical genetics. 1999;88(6):628-33.
117. Lachman HM, Nolan KA, Mohr P, Saito T, Volavka J. Association between catechol O-methyltransferase genotype and violence in schizophrenia and schizoaffective disorder. American Journal of Psychiatry. 1998;155(6):835-7.
 118. Strous RD, Bark N, Parsia SS, Volavka J, Lachman HM. Analysis of a functional catechol-O-methyltransferase gene polymorphism in schizophrenia: evidence for association with aggressive and antisocial behavior. Psychiatry research. 1997;69(2-3):71-7.
 119. Liou Y-J, Tsai S-J, Hong C-J, Wang Y-C, Lai I-C. Association analysis of a functional catechol-o-methyltransferase gene polymorphism in schizophrenic patients in Taiwan. Neuropsychobiology. 2001;43(1):11-4.
 120. Zammit S, Jones G, Jones SJ, Norton N, Sanders RD, Milham C, et al. Polymorphisms in the MAOA, MAOB, and COMT genes and aggressive behavior in schizophrenia. American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics. 2004;128(1):19-20.
 121. Kim Y-R, Kim JH, Kim SJ, Lee D, Min SK. Catechol-O-methyltransferase Val158Met polymorphism in relation to aggressive schizophrenia in a Korean population. European Neuropsychopharmacology. 2008;18(11):820-5.
 122. Soyka M. Neurobiology of aggression and violence in schizophrenia. Schizophr Bull. 2011;37(5):913-20.
 123. Fresan A, Camarena B, Apiquian R, Aguilar A, Urraca N, Nicolini H. Association study of MAO-A and DRD4 genes in schizophrenic patients with aggressive behavior. Neuropsychobiology. 2007;55(3-4):171-5.
 124. Brunner HG, Nelen M, Breakefield X, Ropers H, Van Oost B. Abnormal behavior associated with a point mutation in the structural gene for monoamine oxidase A. Science. 1993;262(5133):578-80.
 125. Cases O, Seif I, Grimsby J, Gaspar P, Chen K, Pournin S, et al. Aggressive behavior and altered amounts of brain serotonin and norepinephrine in mice lacking MAOA. Science. 1995;268(5218):1763-6.
 126. Shea MT, Stout R, Gunderson J, Morey LC, Grilo CM, McGlashan T, et al. Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and

- obsessive-compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(12):2036-41.
127. Casey P, Tyrer P, Ferguson B. Personality disorder in perspective. Tyrer, P, Stein, G, *Personality Disorders Reviewed*, Gaskell, London. 1993:1-17.
 128. Duggan C, Howard R. The 'functional link' between personality disorder and violence: A critical appraisal. *Personality, personality disorder and violence*. 2009;19-37.
 129. Singleton N, Gatward R, Meltzer H. *Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales: Stationery Office London*; 1998.
 130. Longato-Stadler E, Knorrung Lv, Hallman J. Mental and personality disorders as well as personality traits in a Swedish male criminal population. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2002;56(2):137-44.
 131. Laajasalo T, Ylpekkä M, Häkkinen- Nyholm H. Homicidal behaviour among people with avoidant, dependent and obsessive-compulsive (cluster C) personality disorder. *Criminal behaviour and mental health*. 2013;23(1):18-29.
 132. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The lancet*. 2002;359(9306):545-50.
 133. Roberts AD, Coid JW. Personality disorder and offending behaviour: Findings from the national survey of male prisoners in England and Wales. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2010;21(2):221-37.
 134. Rhee SH, Waldman ID. Genetic and environmental influences on antisocial behavior: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological bulletin*. 2002;128(3):490.
 135. Philibert RA, Wernett P, Plume J, Packer H, Brody GH, Beach SR. Gene environment interactions with a novel variable Monoamine Oxidase A transcriptional enhancer are associated with antisocial personality disorder. *Biological psychology*. 2011;87(3):366-71.
 136. Ferguson CJ, Beaver KM. Natural born killers: The genetic origins of extreme violence. *Aggression and Violent Behavior*. 2009;14(5):286-94.
 137. Yang Y, Raine A. Prefrontal structural and functional brain imaging findings in antisocial, violent, and psychopathic individuals: a meta-analysis. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2009;174(2):81-8.

138. Craig MC, Catani M, Deeley Q, Latham R, Daly E, Kanaan R, et al. Altered connections on the road to psychopathy. *Molecular psychiatry*. 2009;14(10):946-53.
139. Yang Y, Raine A, Narr KL, Colletti P, Toga AW. Localization of deformations within the amygdala in individuals with psychopathy. *Archives of general psychiatry*. 2009;66(9):986-94.
140. Frick PJ, Petittclerc A. The use of callous-unemotional traits to define important subtypes of antisocial and violent youth. *The neurobiological basis of violence: Science and rehabilitation: Oxford University Press*; 2009. p. 65-84.
141. Newhill CE, Eack SM, Mulvey EP. Violent behavior in borderline personality. *Journal of personality disorders*. 2009;23(6):541-54.
142. Logan C, Blackburn R. Mental disorder in violent women in secure settings: Potential relevance to risk for future violence. *International journal of law and psychiatry*. 2009;32(1):31-8.
143. Carroll A. Are you looking at me? Understanding and managing paranoid personality disorder. *Clinical Topics in Personality Disorder*. 2012:53.
144. Volavka J. Violence in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatria danubina*. 2013;25(1):0-33.
145. Quanbeck CD, Stone DC, McDermott BE, Boone K, Scott CL, Frye MA. Relationship between criminal arrest and community treatment history among patients with bipolar disorder. *Psychiatric services*. 2005;56(7):847-52.
146. Stapleton TR. Mania in criminal populations. *Western Journal of Medicine*. 1979;131(2):165.
147. Graz C, Etschel E, Schoech H, Soyka M. Criminal behaviour and violent crimes in former inpatients with affective disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2009;117(1-2):98-103.
148. Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Långström N. Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Archives of general psychiatry*. 2010;67(9):931-8.
149. Hunt IM, Nicola Swinson AB, Flynn S, Hayes AJ, Roscoe A, Rodway C, et al. Homicide convictions in different age-groups: a national clinical survey. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2010;21(3):321-35.

150. Monahan J, Steadman HJ, Silver E, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, et al. Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence: Oxford University Press; 2001.
151. Matejkowski JC, Solomon PL, Cullen SW. Characteristics of persons with severe mental illness who have been incarcerated for murder. 2008.
152. Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, Kjome KL, Steinberg JL, Moeller FG. Criminal conviction, impulsivity, and course of illness in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2011;13(2):173-81.
153. Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, Steinberg J, Moeller FG. Interactions between bipolar disorder and antisocial personality disorder in trait impulsivity and severity of illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2010;121(6):453-61.
154. Cooper SA, Smiley E, Jackson A, Finlayson J, Allan L, Mantry D, et al. Adults with intellectual disabilities: prevalence, incidence and remission of aggressive behaviour and related factors. *Journal of intellectual disability research.* 2009;53(3):217-32.
155. Harris JC. Intellectual disability: Understanding its development, causes, classification, evaluation, and treatment: Oxford University Press; 2006.
156. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Research in developmental disabilities.* 2011;32(2):419-36.
157. Enstitüsü Dİ. Türkiye Özürlüler Araştırması, 2002. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası; 2002.
158. Jolliffe D, Farrington DP. Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and violent behavior.* 2004;9(5):441-76.
159. Crocker AG, Mercier C, Lachapelle Y, Brunet A, Morin D, Roy ME. Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research.* 2006;50(9):652-61.
160. Borthwick-Duffy S. Prevalence of destructive behaviors. *Destructive behavior in developmental disabilities: Diagnosis and treatment.* 1994.
161. Eyman RK, Call T. Maladaptive behavior and community placement of mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency.* 1977.

162. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Nörobilişsel Bozukluklar. In: Bozkurt A, editor. Psikiyatri, Davranış Bilimleri /Klinik Psikiyatri. 11 ed. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016. p. 694-741.
163. Yıldız Babacan G. Bilişsel İşlevler ve Demans. In: Yıldız Babacan G, Gökçal E, editors. Nöroloji'nin 'ABC'si. 1 ed. İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık; 2018. p. 101-17.
164. Bulut S, Ekici I, Polat A, Berilgen M, Gönen M, Dağ E, et al. Elazığ ili Abdullahpaşa bölgesinde demans prevalansı ve demans alt grupları. Demans Dergisi. 2002;2:105-10.
165. Pary RJ, Rajendran G, Stonecipher A. Overview of Alzheimer's disease in Down syndrome. Down Syndrome and Alzheimer's Disease: CRC Press; 2018. p. 1-13.
166. Alam R, Tripathi M, Mansoori N, Parveen S, Luthra K, Lakshmy R, et al. Synergistic epistasis of paraoxonase 1 (rs662 and rs85460) and apolipoprotein E4 genes in pathogenesis of Alzheimer's disease and vascular dementia. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®. 2014;29(8):769-76.
167. Bertram L, McQueen MB, Mullin K, Blacker D, Tanzi RE. Systematic meta-analyses of Alzheimer disease genetic association studies: the AlzGene database. Nature genetics. 2007;39(1):17-23.
168. Lewis CF, Fields C, Rainey E. A study of geriatric forensic evaluatees: who are the violent elderly? Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online. 2006;34(3):324-32.
169. Putkonen H, Weizmann- Henelius G, Repo- Tiitonen E, Lindberg N, Saarela T, Eronen M, et al. Homicide, Psychopathy, and Aging—A Nationwide Register- based Case- comparison Study of Homicide Offenders Aged 60 Years or Older. Journal of forensic sciences. 2010;55(6):1552-6.
170. Fazel S, Grann M. Older criminals: a descriptive study of psychiatrically examined offenders in Sweden. Int J Geriatr Psychiatry. 2002;17(10):907-13.
171. Nguyen VT, Love AR, Kunik ME. Preventing aggression in persons with dementia. Geriatrics. 2008;63(11):21-6.

172. O'Leary D, Jyringi D, Sedler M. Childhood conduct problems, stages of Alzheimer's disease, and physical aggression against caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*. 2005;20(5):401-5.
173. Cipriani G, Vedovello M, Nuti A, Di Fiorino M. Aggressive behavior in patients with dementia: correlates and management. *Geriatrics & gerontology international*. 2011;11(4):408-13.
174. Hindley N, Gordon H. The elderly, dementia, aggression and risk assessment. *International journal of geriatric psychiatry*. 2000;15(3):254-9.
175. Mendez MF, Chen AK, Shapira JS, Miller BL. Acquired sociopathy and frontotemporal dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2005;20(2-3):99-104.
176. Ticehurst SB, Ryan MG, Hughes F. Homicidal behaviour in elderly patients admitted to a psychiatric hospital. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 1992;3(2):86-90.
177. Liljegren M, Naasan G, Temlett J, Perry DC, Rankin KP, Merrilees J, et al. Criminal behavior in frontotemporal dementia and Alzheimer disease. *JAMA Neurol*. 2015;72(3):295-300.
178. Neary D, Snowden JS, Gustafson L, Passant U, Stuss D, Black S, et al. Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*. 1998;51(6):1546-54.
179. Miller BL, Darby A, Benson D, Cummings J, Miller M. Aggressive, socially disruptive and antisocial behaviour associated with fronto-temporal dementia. *The British journal of psychiatry*. 1997;170(2):150-5.
180. Gustafson L. Clinical picture of frontal lobe degeneration of non-Alzheimer type. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 1993;4(3-4):143-8.
181. Mendez MF, Lauterbach EC, Sampson SM. An evidence-based review of the psychopathology of frontotemporal dementia: a report of the ANPA Committee on Research. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. 2008;20(2):130-49.

182. Bagneux V, Thomassin N, Gonthier C, Roulin J-L. Working memory in the processing of the Iowa Gambling Task: an individual differences approach. *PLoS One*. 2013;8(11).
183. Tranel D. " Acquired sociopathy": the development of sociopathic behavior following focal brain damage. *Progress in experimental personality & psychopathology research*. 1994;285-311.
184. Kertesz A, Nadkarni N, Davidson W, Thomas AW. The Frontal Behavioral Inventory in the differential diagnosis of frontotemporal dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2000;6(4):460-8.
185. Barrash J, Tranel D, Anderson SW. Acquired personality disturbances associated with bilateral damage to the ventromedial prefrontal region. *Developmental neuropsychology*. 2000;18(3):355-81.
186. McKhann GM, Albert MS, Grossman M, Miller B, Dickson D, Trojanowski JQ. Clinical and pathological diagnosis of frontotemporal dementia: report of the Work Group on Frontotemporal Dementia and Pick's Disease. *Archives of neurology*. 2001;58(11):1803-9.
187. Beer JS, Heerey EA, Keltner D, Scabini D, Knight RT. The regulatory function of self-conscious emotion: insights from patients with orbitofrontal damage. *Journal of personality and social psychology*. 2003;85(4):594.
188. Eslinger PJ. Neurological and neuropsychological bases of empathy. *European neurology*. 1998;39(4):193-9.
189. Mendez MF, Anderson E, Shapira JS. An investigation of moral judgement in frontotemporal dementia. *Cognitive and behavioral neurology*. 2005;18(4):193-7.
190. Mendez MF, Perryman KM. Disrupted facial empathy in drawings from artists with frontotemporal dementia. *Neurocase*. 2003;9(1):44-50.
191. Rankin KP, Kramer JH, Miller BL. Patterns of cognitive and emotional empathy in frontotemporal lobar degeneration. *Cognitive and Behavioral Neurology*. 2005;18(1):28-36.
192. Blair RJ, Cipolotti L. Impaired social response reversal: A case of acquired sociopathy'. *Brain*. 2000;123(6):1122-41.

193. Mychack P, Kramer J, Boone K, Miller B. The influence of right frontotemporal dysfunction on social behavior in frontotemporal dementia. *Neurology*. 2001;56(suppl 4):S11-S5.
194. Mendez MF. The unique predisposition to criminal violations in frontotemporal dementia. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2010;38(3):318.
195. Kim JM, Chu K, Jung KH, Lee ST, Choi SS, Lee SK. Criminal manifestations of dementia patients: report from the national forensic hospital. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2011;1:433-8.
196. Noël X, Sferrazza R, Van der Linden M, Paternot J, Verhas M, Hanak C, et al. Contribution of frontal cerebral blood flow measured by 99mTc-Bicisate SPECT and executive function deficits to predicting treatment outcome in alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism*. 2002;37(4):347-54.
197. Rayel MG. Clinical and demographic characteristics of elderly offenders at a maximum-security forensic hospital. *Journal of Forensic Science*. 2000;45(6):1193-6.
198. Patel V, Hope T. Aggressive behaviour in elderly people with dementia: a review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1993;8(6):457-72.
199. Cohen D. *Violent Deaths and Dementia*. 2004.
200. Soysal H. Ceza Hukukunda Adli Psikiyatri. In: N U, editor. *Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018.
201. Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Impact of outpatient commitment on victimization of people with severe mental illness. *American journal of Psychiatry*. 2002;159(8):1403-11.
202. Teplin LA, McClelland GM, Abram KM, Weiner DA. Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the National Crime Victimization Survey. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(8):911-21.
203. Marley JA, Buila S. Crimes against people with mental illness: types, perpetrators, and influencing factors. *Social Work*. 2001;46(2):115-24.
204. Maniglio R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2009;119(3):180-91.

205. Çöpoğlu ÜS, Bülbül F, Kokaçya MH, Alıcı D, Taştan MF, Ünal A, et al., editors. Adli psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen olguların psikiyatrik tanıları, madde kullanım durumları, sosyo-demografik ve klinik özellikleri. New. New/Yeni Symposium Journal; 2014.
206. Yumru M, Savas HA, Tutkun H, Herken H, Karasu M, Dülger HE. Gaziantep Üniversitesi'nde adli psikiyatrik açıdan incelenmiş olan olguların değerlendirilmesi: Yüksek oranda alkol-madde kullanımı/Evaluation of forensic psychiatric cases, examined in Gaziantep University: higher prevalences of substance abuse. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005;6(1):30.
207. Alhumoud A, Zahid M, Ibrahim S, Syed T, Naguy A. Forensic psychiatry in Kuwait - characterization of forensic psychiatry patients evaluated over year duration in the only available forensic psychiatry unit. *Int J Law Psychiatry*. 2018;60:12-6.
208. Denis EES, Sepúlveda E, Téllez C, Arboleda-Flórez J, Stuart H, Lam M. Forensic psychiatry in Chile. *International journal of law and psychiatry*. 2012;35(5-6):496-503.
209. Crocker AG, Nicholls TL, Seto MC, Charette Y, Côté G, Caulet M. The National Trajectory Project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 2: the people behind the label. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2015;60(3):106-16.
210. Lim L, Pathy P, Lim C, Puteh O. A follow up study of patients discharged from the criminal procedure code. *Age (years)*. 1993;20(5):5.8.
211. Lymburner JA, Roesch R. The insanity defense: five years of research (1993–1997). *International Journal of Law and Psychiatry*. 1999;22(3-4):213-40.
212. Nicholson RA, Norwood S, Enyart C. Research report characteristics and outcomes of insanity acquittees in Oklahoma. *Behavioral Sciences & the Law*. 1991;9(4):487-500.
213. Organization WH. Global status report on alcohol and health 2018: World Health Organization; 2019.
214. Ögel K, Tamar D, Evren C. Türkiye’de 15 ilde sigara, alkol ve madde kullanımının yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Derg*. 2001;12:47-52.

215. Bolu A, Toygar M, Pan E, Erdem M, Ünlü G, Balıkcı A. Bir eğitim hastanesi psikiyatri kliniğinde adli olguların değerlendirilmesi; beş yıllık inceleme. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2014;56:1-4.
216. Ayık B, Mukaddes NM. Zihinsel Yetersizlik. In: Mukaddes NM, Ercan ES, editors. *Nörogelişimsel Bozukluklar*. 1 ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2018.
217. Uygur N, Işıklı M, Ögel K, Çeliker AR. Suç işlemiş şizofrenlerin demografik özellikleri ve suç profili. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 1992;5:5-9.
218. Robertson G. Arrest patterns among mentally disordered offenders. *The British Journal of Psychiatry*. 1988;153(3):313-6.
219. Hanson RK, Scott H, Steffy RA. A comparison of child molesters and nonsexual criminals: Risk predictors and long-term recidivism. *Journal of Research in Crime and Delinquency*. 1995;32(3):325-37.
220. Guay J-P, Ouimet M, Proulx J. On intelligence and crime: A comparison of incarcerated sex offenders and serious non-sexual violent criminals. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2005;28(4):405-17.
221. Jones GP, Coombes K. The prevalence of intellectual deficit among the Western Australian prisoner population: Western Australia Department of Corrective Services; 1990.
222. Wheeler JR, Holland AJ, Bambrick M, Lindsay WR, Carson D, Steptoe L, et al. Community services and people with intellectual disabilities who engage in anti-social or offending behaviour: referral rates, characteristics, and care pathways. *The journal of forensic psychiatry & psychology*. 2009;20(5):717-40.
223. Bonnie RJ. Should a personality disorder qualify as a mental disease in insanity adjudication? *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2010;38(4):760-3.
224. Akıncı SF. *Kriminoloji*. 14 ed. İstanbul: Beta Basım Yayım; 2020.
225. Pasewark RA, Pantle ML, Steadman HJ. Characteristics and disposition of persons found not guilty by reason of insanity in New York State, 1971-1976. *American Journal of Psychiatry*. 1979;136(5):655-60.
226. Phillips BL, Pasewark RA. Insanity plea in Connecticut. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 1980;8(3):335-44.

227. Kinscherff R. Proposition: A personality disorder may nullify responsibility for a criminal act. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2010;38(4):745-59.
228. Hare RD. The Hare PCL- R: Some issues concerning its use and misuse. *Legal and criminological psychology*. 1998;3(1):99-119.
229. Konrad N. Prisons as new asylums. *Current Opinion in Psychiatry*. 2002;15(6):583-7.
230. Hemphill JF, Templeman R, Wong S, Hare RD. Psychopathy and crime: Recidivism and criminal careers. *Psychopathy: Theory, research and implications for society*: Springer; 1998. p. 375-99.
231. Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Psychopathy and violent recidivism. *Law and human behavior*. 1991;15(6):625-37.
232. Hodgins S, Côté G, Toupin J. Major mental disorder and crime: an etiological hypothesis. *Psychopathy: Theory, research and implications for society*: Springer; 1998. p. 231-56.
233. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2009;6(8):e1000120.
234. Hart SD, Hare RD. Discriminant validity of the Psychopathy Checklist in a forensic psychiatric population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1989;1(3):211.
235. DeLisi M. Psychopathy is the unified theory of crime. *Youth Violence and Juvenile Justice*. 2009;7(3):256-73.
236. Bonta J, Law M, Hanson K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychological bulletin*. 1998;123(2):123.
237. Türk Ceza Kanunu (mülga), (13.03.1926).
238. Hakeri H. Sorularla ceza hukuku: Türkiye Barolar Birliği; 2005.
239. Davis JM, Janicak PG, Ayd FJ. Psychopharmacotherapy of the personality-disordered patient. *Psychiatric Annals*. 1995;25(10):614-20.
240. Corrigan PW, Yudofsky SC, Silver JM. Pharmacological and behavioral treatments for aggressive psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*. 1993;44(2):125-33.

241. Sheard MH, Marini JL, Bridges CI, Wagner E. The effect of lithium on impulsive aggressive behavior in man. *The American Journal of Psychiatry*. 1976.
242. Campbell M, Adams PB, Small AM, Kafantaris V, Silva RR, Shell J, et al. Lithium in hospitalized aggressive children with conduct disorder: a double-blind and placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(4):445-53.
243. Barratt ES, Kent TA, Bryant SG, Felthous AR. A controlled trial of phenytoin in impulsive aggression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 1991.
244. Donovan SJ, Stewart JW, Nunes EV, Quitkin FM, Parides M, Daniel W, et al. Divalproex treatment for youth with explosive temper and mood lability: a double-blind, placebo-controlled crossover design. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(5):818-20.
245. Brodaty H, Ames D, Snowdon J, Woodward M, Kirwan J, Clarnette R, et al. A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2003;64(2):134-43.
246. Walker C, Thomas J, Allen TS. Treating impulsivity, irritability, and aggression of antisocial personality disorder with quetiapine. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2003;47(5):556-67.
247. Hirose S. Effective treatment of aggression and impulsivity in antisocial personality disorder with risperidone. 2001.
248. McGauley G, Yakeley J, Williams A, Bateman A. Attachment, mentalization and antisocial personality disorder: The possible contribution of mentalization-based treatment. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*. 2011;13(4):371-93.
249. Davidson K, Tyrer P, Tata P, Cooke D, Gumley A, Ford I, et al. Cognitive behaviour therapy for violent men with antisocial personality disorder in the community: an exploratory randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. 2009;39(4):569.
250. Bernstein DP, Nijman HL, Karos K, Keulen-de Vos M, de Vogel V, Lucker TP. Schema therapy for forensic patients with personality disorders: Design and

- preliminary findings of a multicenter randomized clinical trial in the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2012;11(4):312-24.
251. Alşahin ME, Artuk ME. *Kriminoloji*. 2 ed. Ankara: Adalet Yayınevi; 2018.
252. Karbeyaz K, Gündüz T, Balcı Y, Akkaya H. Cinsel suç mağdurlarının ruh sağlığı hakkında düzenlenen adli psikiyatrik raporlar ve bilirkişilik kurumları arası uzlaşma sorunu. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2012;23(4):255-63.
253. Koren D, Arnon I, Klein E. Acute stress response and posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: a one-year prospective, follow-up study. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156(3):367-73.
254. Mayou R, Bryant B, Duthie R. Psychiatric consequences of road traffic accidents. *British Medical Journal*. 1993;307(6905):647-51.
255. Mayou R, Ehlers A, Hobbs M. Psychological debriefing for road traffic accident victims: Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;176(6):589-93.
256. TÜİK. Karayolu Trafik Kaza İstatistikleri 1.6.2020 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/tr/display-bulletin/?bulletin=karayolu-trafik-kaza-istatistikleri-2019-33628>].
257. Özaltın M, Kaptanoğlu C, Aksaray G. Motorlu Araç Kazalar ından Sonra Görülen Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonras Stres Bozukluğu. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2004.
258. Ursano RJ, Fullerton CS, Epstein RS, Crowley B, Kao T-C, Vance K, et al. Acute and chronic posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156(4):589-95.
259. Harvey AG, Bryant RA. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1998;66(3):507.
260. Mayou R, Tyndel S, Bryant B. Long-term outcome of motor vehicle accident injury. *Psychosomatic medicine*. 1997;59(6):578-84.