

Bir Üniversite Hastanesinde 2012-2018 Yılları Arasında Suç Olarak Nitelendirilen Eylemlerde Buldukları İddiası ile Değerlendirilen Psikotik Belirtili Olgularda Sosyodemografik, Klinik ve Suç Olarak Nitelendirilen Eylemlerle İlgili Özellikler

Characteristics of the Sociodemographic, Clinical and Crime-Related Actions in Patients with Psychotic Symptoms Evaluated with the Claim of Committing a Crime-Related Action in a University Hospital between 2012 and 2018

Abdulkadir Yıldız*, Faruk Kılıç, Selin Çabuk, Gizem Çağla Aktaş Çalhoğlu

Öz: **Amaç:** Suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunan psikotik belirtili bireylerin sosyodemografik, klinik ve suç olarak nitelendirilen eylemlerle ilgili özelliklerini belirleyerek bu özelliklerinin suç davranışına ve ceza sorumluluklarına etkilerini incelemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına 2012 – 2018 yılları arasında ceza sorumluluğu değerlendirmesi için gönderilen olgulara düzenlenen 597 Adli Tıp Kurul Raporu retrospektif taranarak psikotik belirtileri bulunan ve bir tanı konulmuş olan 182 yetişkin hastanın raporu ve hasta dosyası Adli Tıp ve Psikiyatri uzmanlarınca ayrıntılı bir şekilde incelenmiştir.

Bulgular: Suç sırasındaki yaş ortalaması 40,87±11,78 olarak saptanan olguların %85,7'si erkekti. Olguların eğitim süreleri ortalamasının 7,98±3,19 yıl olduğu, %78,6'sının meslek sahibi olmadığı ve çalışmadığı, %72'sinin bekar, eşinden ayrılmış veya boşanmış olduğu saptanmıştır. Olguların hastalık süresinin ortalama 10,49±7,98 yıl olduğu, %22,5'inde komorbid bir psikiyatrik hastalık bulunduğu, komorbid hastalıklardan %14,6'sının madde kullanım bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Olgularda %45 gibi bir oranla en çok kötülük görme sanrısı saptanmıştır. %44,5'inin daha önce de suç olarak nitelendirilen eylem öyküsünün bulunduğu, %77,5'inin suç olarak nitelendirilen şiddet içerikli eylemlerde bulunduğu, suç mağdurlarının belirgin bir şekilde olguların tanıdıkları bireylerden oluştuğu bulunmuştur. Raporlarda olgulara, %67'sinin "ceza sorumluluğunun bulunmadığı", %12,1'inin "ceza sorumluluğunun azalmış olduğu", %11,5'inin "ceza sorumluluğunun bulunduğu" şeklinde sonuçlar verildiği görülmüştür.

Sonuç: Ceza sorumluluğu değerlendirmelerinde sosyodemografik, klinik ve suç olarak nitelendirilen eylemlerle ilgili özelliklerin bütüncül bir yaklaşımla dikkate alınması gerekmektedir. Suç olarak nitelendirilen eylemler açısından risk faktörlerini belirlemek hastaların söz konusu eylemlerde bulunma nedenlerini anlamaya ve ceza sorumluluğu değerlendirmesi yapılan psikotik belirtili olgularda ruh sağlığı ve adli psikiyatri yönünden yapılacak çalışmalara yön verecektir.

Anahtar Kelimeler: Psikotik Belirtiler, Suç, Şiddet, Ceza Sorumluluğu

Abstract: **Objective:** The aim of the study is to determine sociodemographic, clinical and crime-related actions' characteristics in patients with psychotic symptoms and to explore the effects of these characteristics on their criminal behavior and criminal responsibility.

Materials and Methods: The 597 Forensic Medicine Board Reports prepared for assessment of criminal responsibility between 2012 and 2018 were investigated retrospectively. The reports and patient files of 182 individuals diagnosed by psychotic symptoms were examined in detail.

Results: 85.7% of the cases were male. The mean age at the time of the crime was 40.87±11.78. 78.6% did not have a profession and did not work, mean duration of education was 7.98±3.19 years, 72% were single, divorced or separated, the mean disease duration of cases was 10.49±7.98 years, 22.5% had a comorbid psychiatric disorder and 14.6% of comorbid diseases were substance use disorder. Persecutory delusion was the most common delusion with a rate of 45%. 44.5% had a crime-related action history, 77.5% had committed a violent crime-related actions and most of the crime victims were familiar individuals of the patients. 67% did not have criminal responsibility, 12.1% had diminished criminal responsibility and 11.5% had criminal responsibility.

Conclusion: In the evaluation of criminal responsibility, sociodemographic, clinical and crime-related actions' characteristics should be considered in a holistic approach. Determining the risk factors in terms of criminal activities will help us to understand the reasons for the patients to take such actions and will guide the studies in terms of mental health and forensic psychiatry in cases with psychotic symptoms evaluated for criminal responsibility.

Keywords: Psychotic Symptoms, Crime, Violence, Criminal Responsibility

DOI: 10.17986/blm.1322

Abdulkadir Yıldız: Dr. Öğr. Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye.
e-mail: kadiryildiz05@yahoo.com
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4247-8462>

Faruk Kılıç: Dr. Öğr. Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye
e-mail: drfaruk33@hotmail.com
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2259-4028>

Selin Çabuk: Arş. Gör. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye.
e-mail: selincabukk@gmail.com
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2096-3010>

Gizem Çağla Aktaş Çalhoğlu: Arş. Gör. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye.
e-mail: agizemcagla@gmail.com
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4640-6044>

Bildirimler

* Sorumlu Yazar

Çıkar Çatışması

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.
Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir mali destek kullanımı bildirmemişlerdir.

Finansal Destek

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir mali destek kullanımı bildirmemişlerdir.

Etik Beyan

Bu çalışma için Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından 10.05.2019 tarih ve 69328 sayılı etik kurul onayı alınmış olup Helsinki Bildirgesi kriterleri göz önünde bulundurulmuştur.

Geliş: 23.07.2019

Düzeltilme: 09.08.2019

Kabul: 17.09.2019

p-ISSN: 1300-865X

e-ISSN: 2149-4533

www.adlitipbulteni.com

1. Giriş

Ceza sorumluluğu konusu incelenirken “akıl hastalığı” teriminin psikiyatrik bir terim olmayıp hukuki bir terim olduğu akıldaki tutulmalıdır (1, 2). Hukuki bir terim genellikle tıbbi tanı ile örtüşebilir, ancak tam anlamıyla tıbbi tanının karşılığı olamaz (2). Özgür irade ve bilinçli davranmayı etkileyerek ceza sorumluluğunu azaltan veya kaldıran durumlar arasında en sık karşılaşılan kişinin “akıl hastalığı nedeniyle suçsuz” (Not Guilty by Reason of Insanity) olduğu savunmasıdır. Akıl hastalığı hukuki bir kavram olmakla birlikte akıl hastalığı savunmasının tarihi, anormal davranışların tıbbi ve organik modellerinden büyük ölçüde etkilenmiştir. Bu nedenle çoğu ülkede “akıl hastalığı nedeniyle suçsuz”luk savunmasının etkili olabilmesi için suç esnasında kişinin ruhsal veya zihinsel bir hastalığın etkisinde olduğunun kanıtlanması gerekir (1). “Akıl hastalığı nedeniyle suçsuz”luk savunması insanlık tarihinde uzun bir geçmişe sahip olsa da, 1843’te İngiliz Başbakanı Sir Robert Peel’e suikast girişiminde bulunan ve akıl hastası bir adam olan Daniel M’Naughtan davası yakın geçmişi etkilemiştir (3). Davanın incelenmesinden sonra, İngiliz Lordlar Kamarası, kısa süre sonra akıl hastalığı için M’Naughtan Kuralları olarak bilinen bir dizi resmi kriter tanımlayarak “.... akıl hastalığı temeline dayanan bir savunma oluşturmak için, suçun işlendiği sırada eylemi gerçekleştiren tarafın zihinsel yetersizlik veya akıl hastalığına bağlı olarak yaptığı eylemin doğasını ve niteliğini bilmediğinin veya yaptığı yanlış olduğunu bilmediğinin açıkça kanıtlanması gerektiğini” belirtmiştir (4). Bir suç eyleminden yasal olarak sorumlu olmak için, davalının (i) ne yaptığını bildiğini ve (ii) yaptığı şeyin yanlış olduğunu bilmesi gerektiğini içeren M’Naughtan Kuralları ve varyasyonları Amerika, İngiltere, Kanada, Avustralya, Portekiz ve Yeni Zelanda gibi hukuk sistemlerinde kullanılmaya başlanmıştır (5-7) Bu ülkelerde ruhsal bozukluğu olan ve akıl hastalığı savunmasında bulunan bireylerin adli ruh sağlığı uzmanlarınca suç sırasında akıl hastalığının etkisinde olup olmadıkları belirlenerek ceza sorumluluğunun olduğu veya olmadığı yönünde iki uçlu bir tespate gidilmektedir (6, 7). Bu iki uçlu değerlendirmeden farklı olarak Hollanda, Belçika, Almanya, Yunanistan, Çin gibi ülkelerde ceza sorumluluğu derecelendirmiş bir ölçüğe göre belirlenir. Örneğin Hollanda’da bir suçlunun ceza sorumluluğu; tam sorumluluk, hafif azalan sorumluluk, azalan sorumluluk, ciddi biçimde azalan sorumluluk ve tam sorumsuzluk olarak 5 dereceye dayanarak belirlenirken Yunanistan ve Çin’de tam sorumluluk, azalan sorumluluk ve tam sorumsuzluk olarak 3 dereceye dayanarak belirlenir (6, 8, 9). İsveç’te ise “akıl hastalığı nedeniyle suçsuzluk” (not guilty by reason of insanity) kavramı olmayıp “suçlu fakat

akıl hastası” (guilty but insane) kavramı bulunmaktadır. Yani suç işleyen herkes suçlu kabul edilir ve akıl hastalığının varlığı yalnızca suçlu kararı verildikten sonra değerlendirilir ve zorunlu tedavi kararına yol açabilir (2, 6, 10). İsveç hariç adı geçen tüm ülkelerin ruhsal bozuklukların akıl hastalığı kapsamında ceza sorumluluğunu azaltabileceğini kabul ettikleri görülmüştür. Psikotik belirtiler de dahil olmak üzere major ruhsal bozukluk belirtilerinin ceza sorumluluğunu sınırladığı evrensel olarak kabul görmekteyken kişilik bozuklukları ve psikopati daha tartışmalı olarak gözükmektedir. Bu ülkeler, ruhsal bozukluğu olan ve suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunan bireyleri, hapsedilmeye alternatif veya tamamlayıcı olarak hastanelerde rehabilite etmeyi tercih etmektedir (6).

Türk Ceza Kanununa (TCK) göre ceza sorumluluğu belirlemede iki ana bileşen vardır. Birincisi bireyin eylemlerinin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı, ikincisi ise davranışlarını yönlendirme yeteneğine sahip olup olmadığıdır. Akıl hastalıkları yönünden incelendiğinde TCK 32/1 maddesi uyarınca suç işleyen kişide bu iki bileşenden herhangi birini önemli derecede azaltacak nitelikte akıl hastalığı bulunması halinde ceza sorumluluğu ortadan kalkmaktayken 32/2 maddesi uyarınca ikinci bileşeni olan davranışlarını yönlendirme yeteneğini önemli derecede olmamakla birlikte azaltacak nitelikte bir akıl hastalığı bulunması halinde ceza sorumluluğu azalmaktadır.

Tüm hukuki akıl hastalığı standartları, bir kişinin davranışının yasal niteliğini anlama ve sonuçlarının farkında olma becerisinde önemli bir kayba neden olan zihinsel bir hastalığın varlığını içerir (11). Psikotik semptomların etkisi ile suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunan bireyler akıl hastalığı yasal kriterlerini her bir vakanın detaylarına ve geçerli yasal standartlara bağlı olarak karşılamaktadır (12).

Bazı çalışmalar genel popülasyona kıyasla ruhsal bozukluğu olan bireyler arasında şiddet için göreceli bir risk olduğunu göstermiş olmakla birlikte bir grup olarak ruhsal bozukluğu olan hastalar arasındaki mutlak şiddet riskinin hala çok küçük olduğu ve toplumdaki şiddetin yalnızca küçük bir kısmının ruhsal bozukluğu olan kişilere atfedebileceğini gösteren bir çok çalışma bulunmaktadır (13). Şiddet davranışı açısından bütün psikiyatrik bozukluklar aynı potansiyele sahip olmamakla birlikte toplumda şiddet davranışının artmasına paralel olarak psikiyatrik bozukluğu olanlarda da şiddetin yaygınlaştığı düşünülmektedir (14).

Psikoz terminolojisi tanı olarak hastalık kodlamaları için kullanılan güncel sınıflama sisteminde artık yer almamakla birlikte psikoz, eski adli psikiyatri kitaplarında, ağırlığına göre azaltılmış ceza sorumluluğuna veya ceza

sorumluluğunun bulunmamasına yol açabilen bir psikiyatrik hastalık olarak kabul edilmektedir (15). Psikoz genel olarak dezorganize konuşma ve davranış ile gerçeklik algısında yaygın bozulmalar gibi belirtileri içeren, en dar anlamda sanrılar ve/veya varsanılar anlamına gelen, kişinin zihinsel kapasitesinde, duygusal tepkisinde, başkalarıyla olan iletişimi ve ilişkisinde bozulmaların olduğu bir belirtiler kümesi olarak nitelendirilir. Şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısız bozukluk, kısa psikotik bozukluk, maddeye bağlı psikotik bozukluk ve genel tıbbi durumlara bağlı psikozlar psikotik bozukluklar arasında yer alır (16). Ruhsal bozuklukların, homisidal şiddet riskini erkeklerde iki kat, kadınlarda altı kat arttırdığı ayrıca şizofreninin, şiddet davranışını erkeklerde altı ile on kat arasında, kadınlarda ise sekiz ile on kat arasında arttırdığı bildirilmiş olmakla birlikte halen ruhsal bozukluğu olan bazı hastaların şiddet davranışında bulunurken bazılarının bulunmamaları açıklığa kavuşmuş bir konu değildir (17). Ayrıca ruhsal bozukluğu olan hastaların genel popülasyondan daha tehlikeli olmadıkları, ancak bu hastaların içinde geçmişte de suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunma, alkol-madde kullanımı veya tedaviye uyumsuzluk gibi özellikleri bulunan bir grup olduğu belirlenmiştir (18-20). Bu yüzden ruhsal bozukluğu olanların şiddet davranışlarıyla ilişkilendirilmeleri yönünde damgalanmalarına engel olunması konusunda duyarlı davranılmalıdır.

Her ne kadar psikotik belirtiler ile ceza sorumluluğunun yokluğu veya azalması arasında bir ilişki olsa da, bu ilişki sosyodemografik, gelişimsel ve klinik faktörlerle belirlenir (2).

Psikotik belirtileri olan bireylerin suç olarak nitelendirilen davranışlarının başka bireylere ya da topluma zarar vermesinin yanı sıra kendilerinin özgürlüğünün kısıtlanması ve kendilerine yönelik toplumsal damgalamayı arttırmak gibi etkileri de vardır. Psikoz tanı grubunda olan hastaların suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunmalarındaki risk faktörlerinin saptanarak gerekli önlemlerin alınması bu eylemlerden uzak kalmalarını sağlayabilir (21).

Bu çalışmanın amacı; suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunan ve psikoz tanı grubunda olduğu belirlenen bireylerde sosyodemografik, klinik ve suç olarak nitelendirilen eylemlerle ilgili özelliklerin suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunmalarına ve ceza sorumluluklarına etkilerini incelemektir.

2. Gereç ve Yöntem

Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına Isparta ili ve çevre illerden 2012 – 2018 yılları arasında ceza sorumluluğu değerlendirmesi için gönderilen olgulara düzenlenen 597 Adli Tıp Kurul

Raporu retrospektif taranarak psikotik belirtili ve bir tanı konulmuş olan yetişkin hastaların raporları ve hasta dosyaları Adli Tıp Uzmanı ve Psikiyatri Uzmanı tarafından ayrıntılı bir şekilde incelenmiş, dosyalarında eksik bilgiler bulunanlar dışlanmış ve 182 erişkin hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Örneklem grubu Adli Tıp Anabilim Dalında soruşturma ve/veya kovuşturma dosyaları, varsa geçmiş tıbbi belgeleri incelenip muayene edildikten sonra Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalından konsültasyon istenen, Psikiyatri uzmanlarınca Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskısı'na (DSM-IV-TR) göre tanı konulmuş hastalardan oluşmaktadır. Adli Tıp Kurul Raporlarında soruşturma ve/veya kovuşturma dosyasında bulunan iddianame, sanık, mağdur, tanık ifadeleri, suç tarihi öncesi ve sonrasına ait tıbbi belgeleri, hastadan ve gerekiyorsa yakınlarından da alınan anamnez, hastaya konulan tanı, olayın gerçekleşme şekli, hastanın ve varsa yakınlarının olayı anlatımı dikkate alınarak olay sırasında hastalığının etkisinde olup olmadığına göre ceza sorumluluğu konusunda karar verildiği görüldü. Olguların sosyodemografik özellikleri, klinik belirtileri, suç olarak nitelendirilen eylemlere ilişkin özellikler ve rapor sonuçları incelenerek suç davranışı ile ilişkileri ve ceza sorumluluklarına etkileri araştırılmıştır. Verilerin analizinde "SPSS for Windows 18.0" paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı özellikler, sürekli değişkenler ortalama \pm standard sapma, kesikli değişkenler ise sayı ve yüzde olarak verilmiştir.

Etik Beyan

Bu çalışma için Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından 10.05.2019 tarih ve 69328 sayılı etik kurul onayı alınmış olup Helsinki Bildirgesi kriterleri göz önünde bulundurulmuştur.

3. Bulgular

3.1. Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik özelliklere ait veriler Tablo 1'de verilmiştir. 2012-2018 yılları arasında suç işlediği iddiasıyla haklarında soruşturma ve/veya kovuşturma yürütülen ve bir akıl hastalığı şüphesi/iddiası nedeniyle ceza sorumluluğu değerlendirmesi için Adli Tıp Anabilim Dalına gönderilen 597 kişinin %30,4'ünde (n=182) psikotik belirtiler nedeniyle bir tanı konulduğu saptanmıştır.

%85,7'si erkek, %14,3'ü kadın olan olguların muayenelerinin yapıldığı sıradaki yaş dağılımı 22 - 75 yaş arasında olup yaş ortalamasının $44,65 \pm 11,7$, suç sırasındaki yaş ortalamasının $40,87 \pm 11,78$ olduğu, ceza sorumluluğu değerlendirmesi için yapılan muayenelerinin suç olarak nitelendirilen eylem tarihlerinden ortalama $3,90 \pm 2,62$ yıl sonra yapıldığı saptanmıştır.

Eğitim durumları incelendiğinde %8,8'inin hiç eğitim almadığı, %61,5'inin ilköğretim mezunu, %24,7'sinin lise mezunu, %4,9'unun üniversite mezunu olduğu, eğitim süresi ortalamalarının ise $7,98 \pm 3,19$ yıl olduğu görülmüştür.

Olguların mesleki durumlarına bakıldığında %78,6 gibi yüksek bir oranla meslek sahibi olmadıkları ve çalışmadıkları saptandı.

Medeni durumları incelendiğinde %48,3'ünün evli, %32,4'ünün bekar, %19,2'sinin boşanmış olduğu saptanmıştır. Evli olanların %20,3'ünün eşinden ayrı yaşadığı saptandı. Olgulardan %4,9'unun yalnızca eşi ile, %23,1'inin eşi ve çocuğu ile, %7,1'inin yalnızca çocuğu ile, %35,2'sinin anne ve/veya babası ile, %29,7'sinin yalnız başına yaşadığı öğrenildi.

3.2. Klinik Özellikler

Olguların klinik özellikleri Tablo 2'de verilmiş olup hastalıkları ile ilgili özellikler incelendiğinde hastalık başlangıç yaşı ortalaması $33,92 \pm 11,07$ yaş, hastalık süresi $10,49 \pm 7,98$ yıl olarak saptandı. Olguların tanı dağılımı %35,2 şizofreni, %54,4 başka türlü adlandırılmayan (BTA) psikotik bozukluk, %8,2 şizoafektif bozukluk,

%1,1 kısa psikotik bozukluk, %1,1 sanrısız bozukluk şeklindeydi. Olguların % 53,8'inin düzenli tıbbi tedavi ve takip altında olduğu, %70,9'unun geçmişinde psikiyatri servislerinde en az 1 kez yatarak tedavi görmüş olduğu, yatarak tedavi alanların ortalama hastane yatış sayısının 1 ile 20 arasında değiştiği, ortalama yatış sayısının ise $2,51 \pm 2,36$ olduğu görüldü. Olguların %19,2'sinin depo antipsikotik kullandığı, %22,5'inde komorbid bir psikiyatrik hastalık bulunduğu saptandı.

Olguların suç olarak nitelendirilen eylemler esnasındaki sanrı ve varsanı içeriğine bakıldığında %45 gibi bir oranla en çok kötülük görme sanrısı görülürken, %29,7'sinde yalnızca kötülük görme sanrısı, %10,4'ünde kötülük görme sanrısına işitsel varsanı, %4,9'unda kötülük görme sanrısına görsel varsanın eşlik ettiği saptandı. Olgularda suç olarak nitelendirilen eylemler esnasında %4,9'unda yalnızca işitsel, %1,6'sında yalnızca görsel, %2,2'sinde işitsel ve görsel varsanı, %2,7'sinde kıskançlık, %3,8'inde büyüklük, %1,6'sında bizar sanrılar saptanırken %37,4'ünde ya suç olarak nitelendirilen eylemler sırasındaki belirtileri saptanamamış ya da çeşitli diğer sanrılar saptanmıştır.

Tablo 1. Olguların Sosyodemografik Özellikleri

		Ort ± SS	n (=182)	%
Yaş	Muayene sırasındaki yaş	44,65±11,7		
	Eylem sırasındaki yaş	40,87±11,78		
Cinsiyet	Erkek		156	85,7
	Kadın		26	14,3
Medeni Durum	Evli - birlikte		51	28
	Evli - ayrılmış		37	20,3
	Bekar		59	32,4
	Boşanmış		35	19,2
Eğitim	Yok		16	8,8
	İlköğretim mezunu		112	61,5
	Lise mezunu		45	24,7
	Üniversite mezunu		9	4,9
	Eğitim süresi	7,98±3,19		
Mesleki Durum	Var		39	21,4
	Yok		143	78,6
Kiminle Yaşadığı	Eşi		9	4,9
	Eşi ve çocuğu		42	23,1
	Çocuğu		13	7,1
	Anne ve/veya baba		64	35,2
	Yalnız		54	29,7

Ort= Ortalama

Tablo 2 Olguların Klinik Özellikleri

		Ort ± SS	n (=182)	%
Hastalık süresi		10,49±7,98		
Hastalık başlangıç yaşı		33,92±11,07		
Tanı	Şizofreni		64	35,2
	BTA psikotik bozukluk		99	54,4
	Şizoaffektif bozukluk		15	8,2
	Kısa psikotik bozukluk		2	1,1
	Sanrısız bozukluk		2	1,1
Düzenli takip ve tedavi	Var		98	53,8
	Yok		84	46,2
Psikiyatri servisi yatışı	Var		129	70,9
	Yok		53	29,1
Depo antipsikotik kullanımı	Var		35	19,2
	Yok		147	80,8
Komorbid psikiyatrik hastalık			41	22,5
SONE sırasındaki belirti	Kötülük görme sanrısı		54	29,7
	Kötülük görme sanrısı + işitsel varsanı		19	10,4
	Kötülük görme sanrısı + görsel varsanı		9	4,9
	Kıskançlık sanrısı		5	2,7
	Büyüklik sanrısı		7	3,8
	Bizar sanrı		3	1,6
	İşitsel varsanı		9	4,9
	Görsel varsanı		3	1,6
	İşitsel + görsel varsanı		4	2,2
	Belirlenemeyen veya Diğer		66	37,9

SONE= Suç Olarak Nitelendirilen Eylem, BTA= Başka Türü Adlandırılmayan, Ort= Ortalama

Komorbid hastalıkların dağılımı %26,8 ile depresyon, %19,5 ile kişilik bozukluğu, %14,6 ile anksiyete bozuklukları, %14,6 ile madde kullanım bozukluğu, %14,6 ile mental retardasyon ve %9,8 ile obsesif kompulsif bozukluk olarak saptandı (Tablo 3).

Tablo 3 Komorbid psikiyatrik hastalıkların dağılımı

	n (=41)	%
Depresif bozukluk	11	26,8
Kişilik bozuklukları	8	19,5
Mental retardasyon	6	14,6
Anksiyete bozuklukları	6	14,6
Madde kullanım bozuklukları	6	14,6
Obsesif kompulsif bozukluk	4	9,8

3.3. Suç Olarak Nitelendirilen Eylemlerle İlgili Özellikler

Olguların suç olarak nitelendirilen eylemlerine ilişkin verileri Tablo 4'te verilmiştir. Olguların %45,6'sının yaralama, %22'sinin hakaret ve tehdit, %3,8'inin mala zarar verme, %4,9'unun cinsel suçlar, %1,1'inin öldürme suçları olmak üzere toplamda %77,5'inin şiddet içerikli suç işleme iddiası ile gönderildiği, %10,4'ünün hırsızlık, %2,7'sinin iftira, %9,3'ünün ise trafik suçları, sahtecilik, dolandırıcılık, uyuşturucu madde bulundurma, ticaretini yapma gibi diğer suçları işleme iddiası ile gönderildiği, %44,5'inin daha önce de suç olarak nitelendirilen eylem öyküsünün bulunduğu, %11'inin eylem sırasında alkol veya madde kullanımının olduğu, işlendiği iddia olunan suç olarak nitelendirilen eylem mağdurlarının olgular ile ilişkisi değerlendirildiğinde %25,5'inin aile bireyleri, %4,4'ünün akraba, %1,5'inin iş arkadaşı, %39,4'ünün

komşu, köylü gibi tanıdık bireyler olduğu, %29,2'sinin ise daha önce hiç tanımadıkları kişiler olduğu görülmüştür.

Bilirkişi raporlarının sonuçlarında psikotik belirtilerle bir tanı konulan olguların %67'sinin TCK 32/1 maddesi kapsamında ceza sorumluluğunun bulunmadığı, %12,1'inin TCK 32/2 maddesi kapsamında ceza sorumluluğunun azalmış olduğu, %11,5'inde ceza sorumluluğunun bulunduğu, %9,3'ünde ceza sorumluluğunun olup olmadığının belirlenmesi için Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK) 74. maddesi kapsamında gözlem altına alınması gerektiği yönünde görüş verildiği belirlendi.

Tablo 4 Olguların Suç Olarak Nitelendirilen Eylemleri ile İlgili Özellikleri

		n (=182)	%
Rapor sonuçları	Ceza sorumluluğu tam	21	11,5
	Ceza sorumluluğu yok	122	67
	Ceza sorumluluğu azalmış	22	12,1
	Gözlem	17	9,3
SONE niteliği	Yaralama	83	45,6
	Hakaret, tehdit	40	22
	Hırsızlık	19	10,4
	Cinsel suç	9	4,9
	Mala zarar verme	7	3,8
	Öldürme	2	1,1
	İftira	5	2,7
	Diğer	17	9,3
SONE sırasında alkol/madde kullanımı		20	11
Daha önce SONE öyküsü		81	44,5
Şiddet içerikli SONE		141	77,5
SONE mağdurlarının özelliği	Aile	35	25,5
	Akraba	6	4,4
	İş arkadaşı	2	1,5
	Tanıdık birey	54	39,4
	Tanımadık birey	40	29,2

SONE=Suç Olarak Nitelendirilen Eylem

Suç olarak nitelendirilen şiddet içerikli eylemlerin kendi içerisindeki dağılımı değerlendirildiğinde %28,4'ü

hakaret, tehdit gibi sözel şiddetten, %2,1'i ateşli silah ile yaralama, %19,1'i kesici, delici veya ezici aletler ile yaralama, %37,6'si suç aleti olmaksızın çıplak el veya ayak ile yaralama, %1,4'ü öldürme, %5'i mala zarar verme olmak üzere toplamda %65,2'lik bir oranla fiziksel şiddetten, %6,4'ünün ise cinsel şiddetten oluştuğu saptandı (Tablo 5).

Tablo 5 Şiddet içerikli suç olarak nitelendirilen eylemlerin dağılımı

	n (=141)	%	
Sözel şiddet	40	28,4	
Fiziksel şiddet	92	65,2	
	Ateşli silah ile yaralama	3	2,1
	Kesici, delici, ezici alet ile yaralama	27	19,1
	Çıplak el ile yaralama	53	37,6
	Öldürme	2	1,4
	Mala zarar verme	7	5
Cinsel şiddet	9	6,4	

4. Tartışma

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Olguların cinsiyete göre dağılımında erkek cinsiyet oranı kadın cinsiyete göre %85,7 gibi bir oranla çok daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmaların neredeyse tamamı psikotik belirtili bireylerde erkeklerin kadınlara oranla daha fazla suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulduklarını ortaya koymaktadır (7, 10, 22-24). Genel olarak erkek cinsiyetinin genel nüfusta şiddet içeren ve yasa dışı davranışlarla bağlantılı olduğu dikkate alındığında suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunan psikotik belirtili olgular arasında da erkeklerin oransal olarak baskın olmasının beklenen bir sonuç olduğu düşünülebilir. Türkiye İstatistik Kurumu Verilerine göre de 2017 yılında cezaevinde bulunan toplam hükümlü ve tutuklu sayısının %95,6'sı erkek cinsiyettedir (25).

Olguların muayenelerinin yapıldığı sıradaki yaş dağılımı 22 - 75 yaş arasında olup yaş ortalamasının 44,65 ve suç sırasındaki yaş ortalamasının 40,87 olduğu, ceza sorumluluğu değerlendirmesi için yapılan muayenelerinin suç tarihlerinden ortalama 3,90 yıl sonra yapıldığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda belirlenen yaş ortalamalarının 38,10 ile 43,96 arasında değiştiği görülmektedir (7, 10, 21, 23, 24, 26). Çalışmamızda hastalık başlangıç

yaşı ortalaması $33,92 \pm 11,07$ olarak saptanmış olup diğer çalışmalara benzer şekilde 40 yaşlarında suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunma oranlarının yüksek olmasının ruhsal bozukluğu olan bireylerin uzun hastalık sürelerinde sosyal desteğin zayıf olması, düzenli ve etkin tedavi almamaları gibi faktörlerle ilişkili olabileceği değerlendirilmiştir.

Eğitim durumları incelendiğinde %8,8'inin hiç eğitim almadığı, %61,5'inin ilköğretim mezunu, %24,7'sinin lise mezunu, %4,9'unun üniversite mezunu olduğu, eğitim süresi ortalamalarının ise $7,98 \pm 3,19$ yıl olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında eğitim süreleri ortalamasını Öncü ve ark. $6,06 \pm 3,50$ yıl (24), Öncü ve ark $7,99 \pm 3,81$ yıl (21), İnan ve ark. $6,18 \pm 3,42$ yıl (26) olarak saptamışlardır. İtalya'da adli psikiyatrik değerlendirmeleri yapılan ve yarısından fazlası şizofreni spektrum bozukluğu olan hastalardan oluşan olguların da çalışmamızda saptanan oranlarla uyumlu olarak %68,9'unun hiç eğitim almadığı veya ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır (23).

Olguların mesleki durumlarına bakıldığında %78,6 gibi yüksek bir oranla meslek sahibi olmadıkları, çalışmadıkları ve düşük sosyoekonomik seviyede oldukları saptandı. Suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunan ve bulunmayan psikotik belirtili hastaların karşılaştırıldığı çalışmalarda, suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunanların işsizlik ve çalışmıyor olma oranlarının bulunmayanlara göre belirgin bir şekilde yüksek olduğu görülmüştür (21, 27). Yine suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunan şizofreni hastaları üzerinde yapılan çalışmalar bu olguların ortak özellikleri arasında yüksek işsizlik oranı (28) ve düşük sosyoekonomik düzeyin (7, 21, 29, 30) bulunduğunu ortaya koymuştur. Psikoz tanı grubunda olan bireylerin eğitim düzeylerinin düşüklüğü ve bir meslek sahibi olamamaları ya da bir işte çalışmamaları öncelikle hastalıklarının beklenen bir sonucu olarak görülmelidir. Hastalıkların niteliğine göre çalışma imkanı bulunan psikotik belirtili bireylere uygun iş alanlarında iş imkanı sağlanmasının rehabilitasyon süreçlerine yardımcı olabileceği düşünülmüştür.

Medeni durumları incelendiğinde olguların %28'inin evli ve eşi ile birlikte olduğu, bekarların oranının %32,4, evli ancak eşinden ayrı yaşayanların oranının %20,3, boşanmışların oranının ise %19,2 olduğu saptandı. Çalışmamıza benzer şekilde literatürde evli olmayan hastaların daha fazla suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunduğunu gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (7, 8, 21, 23, 24, 26, 28).

Olgulardan %4,9'unun eşi ile, %23,1'inin eşi ve çocuğu ile, %7,1'inin çocuğu ile, %35,2'sinin anne ve/veya babası ile, %29,7'sinin yalnız başına yaşadığı öğrenildi.

Avustralya'da suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunan psikotik belirtili olgular üzerinde yapılan bir çalışmada evsizlerin oranının %18,03 (27), İsveç'te çoğunluğunu şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluk hastalarından oluşan 1476 adli psikiyatrik değerlendirmesi yapılan hasta üzerinde yapılan bir çalışmada evsizlerin oranının %41 olduğu, yalnız yaşama oranının ise %72 olduğu (10) bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunan psikotik belirtili olgularda evsizlerin oranı %2,9, yalnız yaşayanların oranı %15,7 olarak saptanmıştır (21). Çalışmamızda da saptandığı üzere ülkemizde psikotik belirtili olguların yalnız yaşama ve evsiz olma oranlarının Avrupa'ya kıyasla belirgin derecede düşük olmasının toplumsal ve sosyokültürel farklılıklardan ve bakıma muhtaç olan psikotik belirtili hastalara ülkemizde anne, baba ve çocuklarınca bakım verilmesinden kaynaklandığı düşünüldü.

4.2. Klinik Özellikler

Çalışmamızda 2012-2018 yılları arasında suç işlediği iddiasıyla haklarında soruşturma ve/veya kovuşturma yürütülen ve bir akıl hastalığı şüphesi/iddiası nedeniyle ceza sorumluluğu değerlendirmesi için Adli Tıp Anabilim Dalına gönderilen 597 kişinin Adli Tıp ve Psikiyatri uzmanlarınca yapılan muayeneleri sonucunda %30,4'üne (n=182) psikotik belirtiler ile bir tanı konulduğu saptanmıştır. Portekiz'de bir adli psikiyatri biriminde ruhsal bozukluklar nedeniyle ceza sorumluluğu bulunmayan 274 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %50,5'inin tanısının şizofreni olduğu (7), İtalya'da ruhsal bozukluklar nedeniyle ceza sorumluluğu bulunmayan 61 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %54,1'inin tanısının Şizofreni, Delüzyonel Bozukluk, Şizoafektif Bozukluk, Madde Kullanımına bağlı Psikotik Bozukluk, şizofreni spektrum bozukluğu ve diğer psikotik bozukluklar olduğu (23), İsveç'te haklarında adli mercilerce zorunlu psikiyatrik tedavi kararı verilen ve adli psikiyatri biriminde değerlendirilen 1476 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada %59'unun tanısının şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluk olduğu (10) bildirilmiştir. Söz konusu çalışmalarda örneklem grupları ceza sorumluluğu olmayan ruhsal bozukluğu olan hastalardan oluştuğundan tüm olgular arasındaki psikotik belirtiler ile bir tanı konulmuş olma oranlarının çalışmamıza göre daha yüksek çıkması beklenebilir bir sonuç olduğu değerlendirildi.

Olguların %35,2'sine Şizofreni, %54,4'üne BTA Psikotik Bozukluk, %8,2'sine Şizoafektif Bozukluk, %1,1'ine Kısa Psikotik Bozukluk, %1,1'ine Sanrısız Bozukluk tanısı konuldu. Hastalık süresi ortalamaları $10,49 \pm 7,98$ olarak bulundu. Homisidal davranış gösteren şizofreni hastalarından oluşan bir çalışmada hastalık

süresi ortalamalarının 12.65 ± 8.94 yıl olduğu ve uzun hastalık süresinin homisidal davranış eğilimi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (28). Suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunan ve bulunmayan psikotik belirtili hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada ise suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunanların hastalık süresi ortalamaları $13,14 \pm 8,55$ yıl olarak bulunmuş ancak iki küme arasında istatistiksel fark saptanmadığı belirtilmiştir (21). 1988 – 2001 yılları arasında homisidal davranış gösteren psikotik belirtili hastalar ile şiddet içerikli suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunmamış psikotik belirtili hastaların karşılaştığı bir çalışmada hastalığın kronikliğinin homisidal davranış göstermede önemli faktörlerden biri olduğu belirtilmiştir (31). Başka bir çalışmada ceza sorumluluğu olmayan suç olarak nitelendirilen şiddet içerikli eylemlerde bulunmuş, şizofreni ve ilişkili bozukluklar tanımlı hastaların %40,3'ünün 10 yıllık bir hastalık süresinden, %20,8'inin 5 – 10 yıl arası bir hastalık süresinden sonra suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunduğu bildirilmiştir (8). Çalışmamızda suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunmuş ve psikotik belirtiler ile bir tanı konulmuş bireylerin hastalık süreleri literatürle uyumlu bulunmuş, uzun hastalık sürelerinin sosyal destek ile uygun tedavi ve takip olmaması gibi faktörlerle birleştiğinde başta şiddet içerikli eylemler olmak üzere suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunmalarında etkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda olguların %46,2'sinin düzenli bir şekilde psikiyatrik tedavi ve takibi yoktu. Çalışmamızın bu bulgusu, %42 tedavi uyumsuzluğu belirtilen EUFEST çalışması (32) ile benzerdir. Olgularımızda depo antipsikotik kullanımı %19,2 olarak saptandı. Psikoz tanı grubunda yer alan bireylerde şiddet eylemi yönünden riskler dikkate alınarak düzenli takiplerinin ve depo antipsikotik de dahil tedavilerinin etkin düzenlenmesinin suç olarak nitelendirilen eylemler açısından koruyucu olacağı kaçınılmazdır.

Olguların %22,5'inde komorbid bir psikiyatrik hastalık bulunduğu, bunların %19,5'inde kişilik bozukluğu, %14,6'sında madde kullanım bozukluğu olduğu saptanmıştır. Yurtdışında yapılan çalışmalar incelendiğinde komorbid hastalıklarının ülkemizde yapılan çalışmalara göre daha yüksek oranlarda olduğu, özellikle madde kullanım bozukluk oranları yüksekliğinin dikkat çektiği saptandı. Suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunan psikoz tanı grubunda olan hastalarda madde kullanım bozukluğu oranlarını White ve ark %44,3 (27), Heinrich ve Sam %32 (29) olarak bildirmişlerdir. Ülkemizde komorbid hastalık bulunma oranlarını Öncü ve ark. %25 (24), İnan ve ark. %13,1 (26) olarak saptamışlardır. Suç sırasında alkol-madde kullanımı oranlarını Öncü ve ark.

%14,2 (24), Ural ve ark. %10 (33), Belli ve ark. alkol için %5,2, esrar için %2,2 olarak (34) belirlemişlerdir. Bizim çalışmamızda ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda Avrupa'ya göre komorbid hastalık oranlarının düşüklüğü ülkemizde alkol madde kullanımının batı ülkelerine göre daha az olmasına bağlı olabilir. Çalışmamızda olguların %11'inin (n=20) suç olarak nitelendirilen eylemler sırasında alkol veya madde etkisinde olduğunu ve bu hastalardan %60'ının şiddet eylemlerinde bulunduğu saptanmış olması, alkol madde kullanımının suç olarak nitelendirilen şiddet içerikli eylemler açısından risk faktörü olduğu yönündeki çalışmalarla (8, 23, 28) uyumlu bulunmuştur.

Yapılan birçok çalışma sanrıların şiddet içeren davranışlar ile ilişkili olduğunu göstermektedir (8, 33, 35). Çalışmalarda başkaları tarafından zarar ve kötülük görme sanrıları nedeniyle ortaya çıkan şüphecilik, düşmanca duygular, sinirlilik, öfke gibi duygulanımların hastanın şiddet davranışı göstermesine yol açtığı belirtilmiştir (35-37). Çalışmamızda psikoz tanı grubunda olduğu belirlenen hastalarda şiddet suçunun ve kötülük görme sanrılarının oranlarının yüksek olması şiddet suçu olarak nitelendirilen eylemlerde sanrı ve varsanlıların etkili olduğunu desteklemektedir.

4.3. Suç Olarak Nitelendirilen Eylemlerle İlgili Özellikler

Çalışmamızda psikotik bozukluğu olanların %77,5'inin suç olarak nitelendirilen şiddet içerikli eylemlerde bulunması psikoz tanı grubunda olan bireylerin şiddet davranışı riskinin yüksek olduğu (17, 23) yönündeki literatür bilgisi ile uyumludur. Şiddetin niteliği yönünden çalışmamızda olguların % 28,4'ünün sözel, %65,2'sinin fiziksel, %6,4'ünün cinsel şiddete başvurdukları, fiziksel şiddet uygulayanların %37,6'sının herhangi bir alet kullanmaksızın, %5'inin ise mala zarar verme şeklinde şiddet uyguladıkları görülmüştür. Şiddetin niteliği açısından büyük oranda sözel şiddet ve suç aleti olmaksızın fiziksel şiddet uygulanması diğer çalışmalardaki (33, 38) veriler ile uyumlu bulunmuş, bu durum psikoz tanı grubunda olan bireylerin hastalıklarının etkisiyle dürtü kontrolünde sorun yaşıyor olmalarını ve suç olarak nitelendirilen eylemleri plansız gerçekleştirdiklerini düşündürmüştür.

Olguların % 44,5'inin daha önce de suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunması, bu eylemlerin tekrarı riskini belirlemede önceki suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunma öyküsünün önemli bir veri olduğu yönündeki literatür bilgisi (8, 24, 39, 40) ile uyumlu bulundu.

Suç olarak nitelendirilen eylemler nedeniyle mağdur olanların belirgin bir şekilde olguların aile bireyleri, akrabalar ve tanıdıkları bireylerden oluştuğu saptanmıştır.

Sonuçlarımız bu konuda yapılan çalışmalarla önemli derecede benzerlik göstermektedir (8, 24, 28, 33). Bu durumun, psikoz tanı grubunda olan bireylerin hastalıkları nedeniyle ailelerinin bakımına ihtiyaç duymaları, sosyal ilişkilerinin daha çok aile ve yakınlarıyla kısıtlı olması ve bunun doğal sonucu olarak sanrılarının bu kişilere yönelik olmasından kaynaklanabileceği değerlendirilmiştir.

Olgular hakkında düzenlenen bilirkişi kurul raporları sonuçlarında %67'sinin TCK 32/1 maddesi kapsamında ceza sorumluluğunun bulunmadığı, %12,1'inin TCK 32/2 maddesi kapsamında ceza sorumluluğunun azalmış olduğu saptandı. Çalışmamızla uyumlu olarak; Çin'de yapılan bir çalışmada 1108 şizofreni tanısı alan suç işlemiş olguların %74'ünün ceza sorumluluğunun bulunmadığı, %21'inin ceza sorumluluğunun azalmış olduğu (9), yine benzer birçok çalışmada akıl hastalığı nedeniyle ceza sorumluluğu olmayan veya azalmış olan hastaların büyük bir bölümünün psikoz tanı grubunda olanlardan oluştuğu (7, 10, 39, 41) görüldü. Psikozda genel olarak dezorganize davranış ve gerçeklik algısında bozulmalar, kişinin zihinsel kapasitesinde, duygusal tepkisinde, gerçekliği algılayabilme yetisinde, başkalarıyla olan iletişimi ve ilişkisinde bozulmaların olduğu (16) göz önüne alındığında psikotik belirtileri olan bireylerin ceza sorumluluğunun olmaması veya azalmış olması oranlarının yüksek olması hastalıklarının beklenebilir sonucu olabilir. Ancak ceza sorumluluğunu belirlemedeki en temel unsur suç işleyen suç anındaki özgür irade ve bilerek hareket etme kabiliyeti ile zihinsel durumunu incelemektir (1). Yapılacak incelemenin temeli de adli psikiyatrik inceleme ve muayeneye dayanmaktadır. Burada önemli olan kişinin olaydan önce veya olaydan sonra herhangi bir psikiyatrik tablo içinde olup olmadığı değil, suçun işlendiği sırada ceza sorumluluğunun (bilinç ve eylem özgürlüğünün) bulunup bulunmamasıdır (42). Bu kapsamda suçun niteliğine göre suç anında hastalığının etkisi altında olmadığı değerlendirilen %11,5 oranındaki olguya ceza sorumluluğunun bulunduğu, %9,3 oranındaki olguya ise bu ayrımın yapılabilmesi için CMK 74 kapsamında gözlem altına alınması gerektiği yönünde görüş verildiği görüldü. Hastalığının belirtileri ile suç arasında nedensellik bağı olmayan ve ceza sorumluluğunun tam olduğu yönünde görüş verilen psikoz tanı grubundaki bireylere -hastalık belirtilerini alevlendirebileceği ve yıkımı arttırabileceğinden- hürriyeti kısıtlayıcı cezalar verilmesinin tartışılması ve çözüm getirilmesi gerekmektedir. Psikotik belirtili bireylere hürriyeti kısıtlayıcı cezalar vermenin tedavilerini aksatmanın yanı sıra cezalandırmanın ıslah etme ve caydırıcı olma amaçlarına hizmet etmeyeceği de açıktır. Türk Ceza Kanunu 32. ve

57. maddelerinde akıl hastalığı nedeniyle ceza sorumluluğu olmayan veya azalmış olanlara güvenlik tedbiri ve yüksek güvenlikli hastanelerde rehabilitasyon uygulanacağı belirtilmiş olmakla birlikte ceza sorumluluğu tam olan ancak akıl hastalığı da bulunanlar için bu türden rehabilitasyon içeren düzenlemeye gidilmemiştir. Psikoz tanı grubunda olan ancak işlediği suç ile hastalığı arasında nedensellik bağı olmadığından ceza sorumluluğu tam olarak değerlendirilen bireylerin de suçlarının karşılığı olan ceza sürelerini cezaevi yerine yüksek güvenlikli hastanelerde tedavi ve takip altında tamamlamalarının bir çözüm yolu olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca ceza sorumluluğu değerlendirmesi yapan hekimlerin söz konusu durumda, yasalarda yer alması ve ilgili makamlarca sorulması da kişide var olan hastalık/hastalıklar nedeniyle infazın hangi sağlık tedbirleri koşullarında yapılmasının uygun olduğu ve kişinin hapisanede kalması yönünde tıbbi görüşlerini raporlarında belirtmeleri gerekmektedir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında retrospektif bir çalışma olması nedeniyle olguların almış oldukları tedavileri, tedavi uyumları ve verilen tedavilerin suç davranışı üzerine etkileri ile ilgili verilere ulaşılabilmiş olması ile klinik tanı ölçeklerinin kullanılmamış olması sayılabilir.

Ceza sorumluluğunu belirlemek oldukça karmaşık ve dikkatli bir inceleme gerektiren bir konudur. Çalışmamızda suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunmuş psikotik belirtili bireylerin eğitim ve sosyoekonomik seviyelerinin, bir işte çalışıyor olma oranları ile düzenli takip ve tedavi alma oranlarının düşük olduğu, uzun hastalık sürelerinin bulunduğu, sanrılardan özellikle kötülük görme sanrılarının daha yüksek oranda görüldüğü, daha önce de suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunma oranlarının yüksek olduğu dikkat çekmiştir. Suç olarak nitelendirilen şiddet eylemlerini tanımadıkları bireylerden daha çok aile bireyleri ve tanıdık bireylere karşı gerçekleştirdikleri de dikkat çekicidir. Psikotik semptomların suç davranışı ile ilişkisi ve ceza sorumluluğu üzerindeki etkisi konunun uzmanlarınca bilinmekle birlikte sosyodemografik, klinik ve suç olarak nitelendirilen eylemlerle ilgili özelliklerin bütüncül bir yaklaşımla ceza sorumluluğu değerlendirmelerinde dikkate alınması gerekmektedir. Tanımlayıcı nitelikte olan çalışmamızın suç riski açısından psikiyatriklere ve adli tıp uzmanlarına, şiddet suçları başta olmak üzere psikotik belirtileri olan bireylerin suç olarak nitelendirilen davranış değişkenlerini analiz etmekte yardımcı olacağı düşünülmüştür.

Kaynaklar

- Berman ME, Coccaro EF. Neurobiologic correlates of violence: relevance to criminal responsibility. *Behav Sci Law* 1998; 16(3), 303-318. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0798\(199822\)16:3%3C303::AID-BSL309%3E3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0798(199822)16:3%3C303::AID-BSL309%3E3.0.CO;2-C)
- Tsimploulis G, Niveau G, Eytan A, Giannakopoulos P, Sentissi O. Schizophrenia and Criminal Responsibility: A Systematic Review. *J Nerv Ment Dis* 2018; 206(5), 370-377. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000805>
- Kelly BD. Criminal insanity in 19th-century Ireland, Europe and the United States: Cases, contexts and controversies. *Int J Law Psychiatry* 2009; 32, 362–68. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.09.005>
- United Kingdom House of Lords Decisions (1843) Daniel M'Naughten's case. <http://www.bailii.org/uk/cases/UKHL/1843/J16.html>.
- Radovic S, Meynen G, Bennet T. Introducing a standard of legal insanity: The case of Sweden compared to The Netherlands. *Int J Law Psychiatry*. 2015;40: 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.04.009>
- Grossi LM, Green D An international perspective on criminal responsibility and mental illness. *Practice Innovations*. 2017; 2:2–12. <https://doi.org/10.1037/pri0000037>
- Almeida J, Graça O, Vieira F, Almeida N, Santos JC. Characteristics of offenders deemed not guilty by reason of insanity in Portugal. *Medicine, Science and the Law* 2010;50(3):136-139. <https://doi.org/10.1258/msl.2010.100003>
- Ntounas P, Katsouli A, Efsthathiou V, Pappas D, Chatzimanolis P, Touloumis C ve ark. Comparative study of aggression–Dangerousness on patients with paranoid schizophrenia: Focus on demographic data, PANSS, drug use and aggressiveness. *Int J Law Psychiatry* 2018;60:1-11. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.06.001>
- Hu J, Yang M, Huang X, Liu X, Coid J. Forensic psychiatry assessments in Sichuan province, People's Republic of China, 1997–2006. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 2010;21(4):604-619. <https://doi.org/10.1080/14789941003642504>
- Degl'Innocenti A, Hassing LB, Lindqvist AS, Andersson H, Eriksson L, Hanson FH ve ark. First report from the Swedish national forensic psychiatric register (SNFPR). *Int J Law Psychiatry* 2014;37(3):231-237. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.11.013>
- Smith SR. Neuroscience, ethics and legal responsibility: The problem of the insanity defense: Commentary on “the ethics of neuroscience and the neuroscience of ethics: A phenomenological-existential approach”. *Sci Eng Ethics*. 2012;18:475–81. <https://doi.org/10.1007/s11948-012-9390-7>
- Dietz PE. Mentally disordered offenders. Patterns in the relationship between mental disorder and crime. *Psychiatr Clin North Am*. 1992;15:539–551. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30222-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30222-3)
- Mulvey EP. Assessing the Evidence of a Link Between Mental Illness and Violence. *Psychiatric Services* 1994, 45(7): 663-68. <https://doi.org/10.1176/ps.45.7.663>
- Tırtıl L, Biçer Ü, Oral G. Adli Psikiyatri. Dokgöz H (Ed) Adli Tıp ve Adli Bilimler, Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2019: 541-81
- Dinçmen K. Adli Psikiyatri, Birlik Yayınları, İstanbul 1984.
- Stahl SM. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi. Alkın T (Çev. Ed.) İstanbul Tıp Kitabevi, 2015, s.79.
- Richard-Devantoy S, Olie J-P, Gourevitch R. Risk of homicide and major mental disorders: a critical review. *L'Encephale* 2009;35(6):521-530. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.10.009>
- Yee NYL, Large MM, Kemp RI, Nielsens OB. Severe non-lethal violence during psychotic illness. *Aust N Z J Psychiatry* 2011; 45:466-72. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.541417>
- Taylor PJ, Gunn J. Homicides by people with mental illness: myth and reality. *Br J Psychiatry* 1999; 174:9-14. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.1.9>
- Shaw J. Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: National clinical survey. *Br J Psychiatry* 1999; 318. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7193.1240>
- Öncü F, Sercan M, Ger C, Bilici R, Ural C, Uygur N. Sosyoekonomik etmenlerin ve sosyodemografik özelliklerin psikotik olguların suç işlemede etkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 2007; 18, 4-12.
- Kalenderoğlu A, Yumru M, Selek S, Savaş HA. Gaziantep Üniversitesi tıp fakültesi adli psikiyatri birimine gönderilen olguların incelenmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2007; 44, 86-90
- Lombardi V, Veltri A, Montanelli C, Mundo F, Cesari GRD, Maccari M ve ark. Sociodemographic, clinical and criminological characteristics of a sample of Italian Volterra REMS patients. *Int J Law Psychiatry* 2019;62:50-55. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.09.009>
- Öncü F, Soysal H, Uygur N, Özdemir F, Türkcan S, Yeşilbursa D ve ark. 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):132-148.
- Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim: http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1070 Erişim Tarihi: 20.05.2019.
- İnan S, Yıldızhan E, Öncü F. İnsana Yönelik Ciddi Suç İşleyen Adli Psikiyatri Olgularının Hastalık Öyküleri, Sosyodemografik ve Suç Özellikleri. *Türk Psikiyatri Derg* 2018;29(4). DOI : <https://doi.org/10.5080/u22822>
- White P, Chant D, Whiteford H. A comparison of Australian men with psychotic disorders remanded for criminal offences and a community group of psychotic men who have not offended. *Australian and New Zealand journal of psychiatry* 2006;40(3):260-65.
- Belli H, Ozcetin A, Ertem U, Tuyluoğlu E, Namli M, Bayık Y ve ark. Perpetrators of homicide with schizophrenia: sociodemographic characteristics and clinical factors in the

- eastern region of Turkey. *Compr Psychiatry* 2010;51(2):135-141. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.03.006>
29. Heinrichs RW, Sam EP. Schizophrenia and Crime: How Predictable Are Charges, Convictions and Violence? *International Journal of Mental Health and Addiction* 2012;10(1):122-131. <https://doi.org/10.1007/s11469-010-9308-z>
 30. Eriksson Å, Romelsjö A, Stenbacka M, Tengström A. Early risk factors for criminal offending in schizophrenia: a 35-year longitudinal cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46(9):925-932. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0262-7>
 31. 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):263-269. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.08.019>
 32. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H, Davidson M, Vergouwe Y, Keet IP ve ark. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *The Lancet* 2008;371(9618):1085-1097. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60486-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60486-9)
 33. 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. <https://doi.org/10.5080/u6913>
 34. Belli H, Özçetin A, Ertem Ü, Alpay E, Bahçebaşı T, Kıran Ü ve ark. Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8(2):102-112.
 35. Krakowski M, Czobor P, Chou JC-Y. Course of violence in patients with schizophrenia: relationship to clinical symptoms. *Schizophr Bull* 1999;25(3):505-517. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033397>
 36. Arango C, Barba AC, González-Salvador T, Ordóñez AC. Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Bull* 1999;25(3):493-503. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033396>
 37. Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: Data from the MacArthur violence risk assessment study. *Am J Psychiatry* 2000;157(4):566-572.
 38. Nordström A, Kullgren G. Victim relations and victim gender in violent crimes committed by offenders with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38(6):326-330. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0640-5>
 39. Türkcan S, İncesu C, Canbek Ö, Can Y, Sercan M, Uygur N. 1831 adli olgunun tanı dağılımı ve tanı-suç bağlantısının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2000;13(3):132-137.
 40. Valdiserri EV, Carroll KR, Hartl AJ. A study of offenses committed by psychotic inmates in a county jail. *Psychiatric Services* 1986;37(2):163-166. <https://doi.org/10.1176/ps.37.2.163>
 41. Ferranti J, McDermott BE, Scott CL. Characteristics of female homicide offenders found not guilty by reason of insanity. *J Am Acad Psychiatry Law* 2013;41(4):516-522.
 42. Biçer Ü, Tırtıl L, Kurtaş Ö, Aker T. Adli Psikiyatri. Koç S, Can M (Ed) Birinci Basamakta Adli Tıp, 2. Baskı, İstanbul Golden Print 2012;242-252