

DERLEME / REVIEW

doi: 10.17986/blm.2017228029

Kişilik Bozukluklarında Tanı Güvenirliği ve Cezai Sorumluluk

Reliability in the Diagnosis of Personality Disorders and Criminal Responsibility

Derya Deniz

İstanbul Kültür Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul

Özet

Devlet gücünün en çarpıcı yönü olan “cezalandırma hakkı” ve bu doğrultudaki “ceza” kavramıdır. Cezada ölçü, suçlunun kasıt ve kusur derecesi ile işlenen suçun ağırlığıdır. Psikiyatrinin ceza hukukuna yardımcı olduğu nokta ise suçun manevi ögesinin gerçekleşip gerçekleşmediğidir. “Cezai Sorumluluk” kavramı bir ruh sağlığı uzmanı için açık ve belirgindir. Akut ya da kronik bir zihinsel hastalık hukuki anlamda da ispat edilebilir bir tanıdır. Ancak buradaki soru tamsal orijin de değildir. Hukuki ya da cezai sorumlulukta fonksiyonel azalmayı tespit etmektir. Adli psikiyatri uygulamalarına bakıldığında -belli başlı akıl hastalıklarından farklı olarak- kişilik bozuklukları, genel olarak cezai sorumluluğu ortadan kaldıran bir fenomen olarak görülmemektedir. Elbette suç davranışları sadece kişilik bozukluğu nedeniyle meydana gelmemektedir. Araştırma bulguları, kişilik bozukluklarının genetik yatkınlıkla beraber çevresel koşullar ve olumsuz yaşam deneyimlerinin etkileşimi ile meydana geldiğine işaret etmektedir. Peki bu genetik —ya da— diğer faktörler bir insanın cezai sorumluluğunu azaltmakta mıdır? Burada tartışılması gereken, kişilik bozukluğuna sahip şüphelilerin cezai sorumlulukları ile ilgili ruhsal değerlendirme sürecinde kullanılan ölçütlerin işlevselliğidir. Adli süreçte bakıldığında tanı koyma işlemi için psikiyatrinin elindeki en önemli enstrüman sınıflamadır. DSM IV tarafından tanımlanmış olsa da kişilik bozuklukları kriterlerinin hepsinin birden bugüne kadar tam olarak oturtulamadığı da görülmektedir. DSM sistemi kısmi hastalıkların yarattığı fonksiyonel işlev kayıpları ile ilgili olarak bilgi vermez dolayısıyla buradaki ilgili tanımlar hukuki zeminde adli sorunları çözemez. Böyle bir durumda, kişilik bozukluklarının yol açtığı, sosyal normlara uyma yeteneğindeki azalmaya nasıl karar verilecektir?

Anahtar Kelimeler: Kişilik Bozuklukları; Cezai Sorumluluk; Adli Psikoloji.

Abstract

The most striking aspect of the state power is the “right to punish” and the concept of “punishment” in that notion. The level of punishment is determined by the degree of intent and fault, and the level of the crime committed. The point that psychiatry assisting criminal law is whether or not the “mens rea” has taken place. The concept of “Criminal Responsibility” is clear and obvious for a mental health professional. A diagnosis about an acute or chronic mental illness can be proven in the legal sense. But the question here is not the diagnostic origin. It is to detect the functional reduction in legal or criminal responsibility. Judging from the practice of forensic psychiatry personality disorders - unlike some major mental illnesses - are generally not seen as a phenomenon that dispose criminal responsibility. Of course, criminal behavior is not merely due to personality disorders. Research findings indicate that personality disorders are caused by the interaction of environmental conditions and poorly life experiences as well as genetic vulnerability. Are these genetic factors or other factors reducing the criminal responsibility of a person? What should be discussed here is the functionality of the criteria used in the moral/mental assessment process for criminal responsibility of suspects with personality disorder. From the judicial process point of view, the most important instrument that a psychiatrist has in diagnosis is classification. Although some of them are defined by DSM IV, it is known that none of the personality disorders criteria could be fully settled today. The DSM system does not provide information on dysfunctions caused by partial diseases, so the related diagnoses cannot solve judicial problems in legal cases. In such a case, how will it be decided whether the ability to comply with social norms has been reduced by personality disorders?

Keywords: Personality Disorders; Criminal Responsibility; Forensic Psychology.

1. Giriş ve Cezai Sorumluluk

Birey ile devlet arasında ilişkilerin düzenlenmesi ya da yetkin bir dengenin araştırılıp kurulması kaygısı yüzyıllardan beri düşünürleri ve bilim insanlarını bu çerçevedeki sorunlar üzerinde durmaya zorlamıştır. Devlet gücünün en çarpıcı yönü olan “cezalandırma hakkı” ve bu doğrultudaki “ceza” kavramı; bunun sonucu olarak da toplumsal iradeye, yani yasal metinlerin emirlerine karşı

işlenmiş suçlar nedeniyle ortaya çıkan “cezai sorumluluk” ilkesi üzerinde kişileri düşünmeye sevk etmiştir (1). Cezada ölçü, suçlunun kasıt ve kusur derecesi ile işlenen suçun ağırlığıdır. Psikiyatrinin ceza hukukuna yardımcı olduğu nokta ise suçun manevi ögesinin gerçekleşip gerçekleşmediğinin belirlenmesi noktasındadır (2). Suç, isnat yeteneğine sahip bir kişinin kusurlu iradesinin yarattığı icrai ve ihmali bir hareketin meydana getirdiği, yasada yazılı tipe uygun, yaptırım olarak bir cezanın uygulanmasını gerektiren eylem (3) olarak tanımlandığına göre; kişi yaptığı suç olan eylem ya da eylemsizlikten sorumlu tutulabilmesi için; suçu bilerek işlemiş olmalı, yaptığıının ne tür sonuçlara yol açacağını biliyor olmalı, karşılığın

Sorumlu Yazar: Yrd. Doç. Dr. Derya Deniz

İstanbul Kültür Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul

E-mail: d.deniz@iku.edu.tr, ORCID iD: 0000-0003-3839-1193

Geliş:30.01.2017 Düzeltme:26.05.2017 Kabul:08.06.2017

da ceza göreceğinden haberdar olmalı ve içinden gelen dürtüleri denetim altında tutabilmelidir (2). Tanımlanan bu çerçevede dâhilinde fiilin iradiliğinden dolayısıyla suçun manevi unsurunun gerçekleşip gerçekleşmediğinden söz edilebilir.

İtalyan Ceza Kanunu'nda "isteme ve anlama" yeteneği olarak tanımlanmış olan isnat kabiliyetinin bulunmaması durumunda ise kişi işlediği suçun cezasından sorumlu tutulmamaktadır. American Law Institute (ALI), ceza ehliyeti kavramına "temel" ve "değerlendirme" terimleriyle daha geniş bir yorum getirmiştir. "Bilmek" ten ayrı olarak "bilmeyi" de etkileyen duygusal sürecin (emotion) etkisinde kişinin davranışlarını "değerlendirebilme" kapasitesine vurgu yapmıştır. Ceza sorumsuzluğu için, değerlendirmenin tamamen ortadan kalktığı bir durumu değil yalnızca "temel kapasite kaybını" yeterli bulmaktadır (4).

5237 sayılı TCK'nın 31, 32, 33 ve 34. Maddelerinde isnat yeteneğini kaldıran veya azaltan nedenlere yer verilmiş ancak ayrıca özel bir hükümdede isnat yeteneği tanımlanmamıştır. 5237 Sayılı TCK'nın 37. Maddesinin 2. Fıkrasında isnat yeteneği bulunmayan kişilerden "kusur yeteneği olmayanlar" şeklinde bahsedilmiştir (1). TCK'nın 32. Maddesinin 1. Fıkrasında akıl hastalığı nedeniyle işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmeyeceği, ancak bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükümlenacağı açıklanmıştır. Maddenin 2. Fıkrası ise "birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye" dair cezai indirim uygulanacağına hükümlenmektedir.

Modern hukuk anlayışı akıl hastalığını irade serbestisini tamamen veya önemli ölçüde kaldırdığı hallerde kişinin cezalandırılmayacağını belirtmektedir. Esasen akıl hastalığının cezalandırılması çok ağır bir yaptırım olan "cezanın" akıl hastalarına uygulanması halinde kamu vicdanının buna razı olamayacağı, ceza sorumluluğunun esasının irade serbestisine ve manevi unsura dayanması, kusur ilkesi gibi esaslara dayandırıldığı görülmektedir. (5).

Böylece kanun koyucu akıl hastalığını düzenlerken hem biyolojik hem de psikolojik unsurları içerisine alacak şekilde karma bir düzenlemeye yer vermiştir (5). Bu bağlamda ceza sorumluluğunun tayininde üç temel öğe dikkate alınmaktadır:

1) Kanunlar çerçevesinde spesifik olarak yasaklanmış bir eylemin varlığı (actus reus) 2) Suça neden olan eylemin ya da eylemsizliğin iradiliği (mens rea) (6).

3) Suç eylemi ile suç sırasındaki akıl sağlığı arasında bulunan zamansal kesişme (2), (7).

Türk Ceza Kanunu, suç failinin süregelen bir akıl hastalığına sahip olsun ya da olmasın, esas olarak suç anındaki akıl sağlığı durumunun saptanması ve gerçeğe ulaşılması yönünde düzenlenmiştir. Tam da bu noktada hastalığın ya da içinde bulunulan durumun, failin davranışlarını yönlendirme yeteneğinde nasıl bir değişim yarattığı, psikiyatri ve psikoloji bilimlerinin sorusu ve konusu durumuna düşmektedir. Modern hukuk anlayışının bir sonucu olarak zaman içerisinde kanunların faille ceza vermeye dayalı bakış açısından, failin "sosyal tehlikelilik" durumunun saptanmaya çalışıldığı bir döneme gelinmiştir. Bu noktada gerek verilecek cezanın ağırlığını belirlemede gerekse güvenlik tedbirleri sürelerinin saptanmasında, psikiyatrik tanı ve psikolojik değerlendirmelerin ceza hukukuna yön veren niteliği daha da güçlenmektedir.

Ancak Türk Ceza Kanunu'nda (algılama ve irade yeteneğinin önemli derecede azalması) ibaresinin hangi derecedeki ruhsal bozuklukları kapsadığını belirlemekten uzak olduğu gibi, bu gibi durumların da tanımlanması hukuken ve tıbben de güçlük arz etmektedir. Bu durum ceza hukukundaki belirlilik ilkesini de zedelemektedir (5). Söz konusu sınırlılıklar adli alanda çalışan ruh sağlığı profesyonellerini, ruhsal bozukluklar ile ilgili tanı ve değerlendirme ölçütlerini tekrar gözden geçirmeye yönlendirmektedir.

2. Kişilik Bozuklukları ve Cezai Sorumluluk

"Cezai Sorumluluk" kavramı bir ruh sağlığı uzmanı için açık ve belirgindir. Akut ya da kronik bir zihinsel hastalık hukuki anlamda da ispat edilebilir bir tanıdır. Zihinsel hastalık yüzünden kişi, tamamen farklı bir algıya sahiptir. Bu nedenle suç eylemi ile hastalığı arasındaki ilişki daha kolay değerlendirilebilir. Burada bilirkişinin görevi suç anında, failin hastalık sürecinin aktif olup olmadığını değerlendirmektir (8). Bu yüzden failin suç anındaki akıl sağlığı durumuna ait tanısal mevcudiyeti saptamak bilimsel olarak oldukça karmaşık bir sorun olarak ortaya çıkar. Aslında buradaki genel soru tanısal orijin de değildir. Hukuki ya da cezai sorumlulukta fonksiyonel azalmayı tespit etmektir (6).

Adli psikiyatri uygulamalarına bakıldığında belli başlı akıl hastalıklarından farklı olarak kişilik bozuklukları, genel olarak cezai sorumluluğu ortadan kaldıran bir fenomen olarak görülmemektedir. Hukukun da kişilik bozuklukları ile ilgili benzer bir bakış açısına sahip olduğu görülmektedir (6). Kişilik Bozukluklarının cezai sorumluluğu hangi oranda etkilediği ile ilgili çalışmalar sınırlı olduğu gibi hukuki düzlemde standart bir düzenleme de söz konusu değildir (7).

Yapılan araştırmalar sonucunda suça karışmış kimse-lerin başta “Antisozyal Kişilik Bozukluğu” ve Psikopati olmak üzere yüksek oranda kişilik bozukluğu tanısına sahip olduklarını göstermektedir. Ayrıca Paranoid, Pasif-Agresif Kişilik Bozuklukları ile narsistik davranışların adölesanlarda ve genç yetişkinlerde şiddet içeren suçların işlenmesindeki riski yükselttiği bilinmektedir (7). Borderline Kişilik Bozukluğunda yoğun öfke duyguları ve dürtüyle davranımlar belirginse de yoğun stres altında geçici paranoid düşünce ya da ağır disosiyatif semptomların varlığı (9) suça karışma riskini artırır özelliklerdir. Çoğul Kişilik Bozukluğunun bireylerde seksüel işlev bozukluklarına neden olduğu; seksüel dürtü kontrolünde kayıplara neden olabileceği, hem homoseksüel hem heteroseksüellerde sade-mazoşizm, pedofili, zoofili, teşhircilik ve erotik asfiksinin görülebildiği söylenmektedir (10). Şizotipal Kişilik Bozukluğunda ise, şizofreninin bazı semptomları ve karakteristik özellikleri görülebilmektedir. Çeşitli aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları sonrasında ulaşılan sonuçlara göre Şizotipal Kişilik Bozukluğu, şizofreni ile genetik yönden ilişkili gözükmektedir (11).

Ancak kriminal davranımlar sadece kişilik bozukluğu sonucu meydana gelmemektedir. Araştırma bulguları kişilik bozukluklarının genetik yakınlıkla beraber çevresel koşullar ve olumsuz yaşam deneyimleri etkileşimleriyle meydana geldiğine işaret etmektedir. Peki bu genetik — ya da— diğer faktörler bir insanın cezai sorumluluğunu azaltmakta mıdır? Psikiyatrik değerlendirmede kişilik bozukluğunun hukuki sorumluluğu azaltıp azaltmadığına karar vermek mümkün müdür? Burada tartışılması gereken soru kişilik bozukluğuna sahip şüphelilerin cezai sorumlulukları ile ilgili adli değerlendirmenin nasıl yapılması gerektiği ile ilgilidir (8).

ABD ve Kanada’da yapılan çalışmalarda ceza ehliyeti olmayanların %10 ile %25’inin Kişilik Bozukluğuna sahip olduğu; %59’unda birden çok tanı olduğu (Psikotik bozukluk ile kişilik bozukluğu ya da madde kötüye kullanımı gibi komorbid durumlar olduğu) saptanmıştır. İrlanda’da retrospektif olarak yapılan bir çalışmada, 1850-1995 yılları arasında ceza ehliyeti olmayanların kayıtları incelenmiş ve %95 oranında şiddet suçu işlendiği, bunların %19.1 inde kişilik bozukluğu olduğu belirtilmiştir (12).

1982-1988 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastahıkları Hastanesi’nde herhangi bir suç nedeniyle akıl hastanesinde yatırılarak tedavi ya da muhafaza altına alınan 1160 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendiğinde; özellikle adam öldürme suçu faillerinin %44’ünde, adam öldürmeye teşebbüs veya yaralama suçlarının faillerinde %31.9 oranında paranoid bozukluk teşhis edilmiştir. Adam öldürme ve öldürmeye teşebbüs

veya yaralama suçlarında şizofreniden sonra en sık karşılaşılan durum olarak göze çarpmaktadır. Bununla beraber hırsızlık, dolandırıcılık, askerden firar etme ve üste karşı gelme, alkol ve madde kullanım bozukluğu, hakaret ve tehdit suçlarında kişilik bozukluğu oranı anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (13).

DSM IV, kişilik bozukluğunu, yaşanan kültürün beklentilerinde sapan davranış ve içsel davranış örüntüsü olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma göre, biliş, duyuş, kişilerarası işlevsellik, dürtü kontrol alanlarının iki ya da daha fazlasında uzun süre uyumsuz ve esnek olamamanın söz konusu olması, işlevsellikte bozulmalara yol açması ya da bunlardan her ikisinin de bulunması gerekmektedir (14). Kişilik bozukluklarının yarattığı bir sonuç olarak kişi, kendisini hatalı görmez ve kendisinde düzeltilmesi gereken bir durum olmadığına inanabilir (ego-sintonik). Kimi hallerde ise kişi, sorunlarının kendisinden kaynaklandığını bilir ancak davranışlarını değiştirmekte başarısız olabilir (ego- distonik) (15).

Akıl sağlığı bozukluklarının etiyojisine bakıldığında biyolojik etkenlerin nerede bitip psikolojik etkenlerin nerede başladığını kestirmek zordur (16). Nörokognitif bilimler ve davranışsal genetik alanlarındaki yakın dönem çalışmalar “biyolojik” menşeli akıl hastalıkları ile yalnızca “psikolojik” hastalıklar arasındaki ayırımların anlamsız olduğunu göstermektedir (6). Yetişkinlikteki kişilik bozukluklarının gelişimsel seyrine bakıldığında ise; genetik yakınlık ve erken dönem olumsuz yaşam deneyimlerinin (çocukluk çağı ihmal ve istismarı, bağlanma bozuklukları) kompleks bir biçimde erken dönem akıl hastalıklarına sebebiyet verebileceği; bu durumun daha sonra kişilik bozukluklarına evrilebildiği söylenmektedir. Söz edilen etkenler, erken yetişkinlikte nörolojik gelişime etki ederek yoğun duygusal düzensizlik, kendilik uyumunda bozulmalar, madde kötüye kullanımı, kendine zarar verme, tehlike algısında ve yanıtlama biçiminde çarpıklıklar, sosyal yetkinlikte eksiklikler, iç görüde azalma ve diğer insanlar ile empati kurmada zorluk olarak kendini göstermektedir. Antisozyal Kişilik Bozukluğu olan bireylerde yakın zamanda yapılan beyin görüntüleme çalışmaları, psikopatik kişilik özellikleri ve antisozyal davranış ile prefrontal (özellikle de orbitofrontal) işlev bozukluğunu ilişkilendirmektedir. Prefrontal bölgede lezyonu bulunan hastalar, eylemlerinin sonuçlarına duysuz gibi görünür ve avantajlı kararlar vermek için başarılı bir strateji oluşturamazlar. Buradaki kopukluk, hastaların deneyimlerinden çıkarımlarda bulunamamasının ve sürekli olarak ağır ve ciddi sonuçları olan davranışları baskılayamamalarının nedeni olabilir (17). Bu tarzda hastalar sıklıkla çocukluk çağı minimal beyin hasarını destekleyen anormal EEG bulguları ve silik nörolojik belirtiler göstermektedir (18).

Ayrıca kişilik bozukluğu ile ilgili yapılan birçok çalışmada ciddi ataklık gösteren olgularda BOS 5- HIAA (5-Hidroksi Indol Asetik Asit) düzeyleri önceden tedavi almış şiddet tutumları olanlara oranla daha düşük bulunmuştur (19). BOS 5- HIAA'daki azalmanın saldırgan dürtülerin kontrolünü zorlaştırdığı bilinmektedir (20).

Tüm bu açıklamalardan sonra elbette cezai sorumluluğun tayininde dürtüsel hareket etme kapasitesi olan bir suçlunun, dikkatli ve tasarlayarak işlediği suç için özrünün bulunmadığını söyleyebiliriz. Ancak bilimsel olarak, genetik yatkınlık ve nörolojik süreçlerin etkisi altında olduğunu varsaydığımız, dürtüsel davranan suçlular işledikleri suçun ne kadarını kendi kontrol ve iradesi dâhilinde gerçekleştirmektedir? Hukuki zeminde, bu noktada insana yüklenen nedir? (8).

3. Kişilik Bozukluklarını Saptamada Kullanılan Ölçütler ve Tanı Güvenirliği

Adli sürece bakıldığında tanı koyma işlemi için psikiyatrin elindeki en önemli enstrüman sınıflamadır (21). Tarihsel süreç içerisinde belli aralıklarla yenilenen ve geliştirilen Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitapları tarafından tanımlanmış olsa da kişilik bozuklukları kriterlerinin hepsinin bugüne kadar tam anlamıyla oturtulmadığı da görülmektedir. Buradaki tanımlamalar, tarihsel öncelikleri, klinik gözlemler, yasal zorunluluklar ve uzman komiteler tarafından uzun süren münazaralar sonucunda ortaya çıkmışlardır (22). Bunun yanı sıra bu kategori ve ölçütlerin (DSM ve ICD) seçimi diğer ülkelerde klinisyenlerin kültürüne bağlı olarak oluşturulmaktadır. Kişilik değişkeninin (değişiminin) kategorik mi yoksa boyutsal mı olduğuna ilişkin tartışılan ve uygulamalarda eninde sonunda başarısızlıkla sonuçlanan başlıca soru üzerinde henüz bir fikir birliğine varılmamıştır (14).

“Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın dördüncü baskısının (DSM IV) önsözünde ‘uyarıcı açıklama’ başlığı altında şu açıklamayı yapmak uygun bulunmuştur: ‘Ruhsal Bozukluklar olarak nitelenen bu durumların sınıflamasında yer alan klinik ve bilimsel değerlendirmeler, hukuki ve cezai ehliyet veya maluliyet derecesi tespiti gibi adli yargıyı ilgilendiren konularla bütünüyle örtüşmeyebilir’ Bunun dışında sınıflama- kategorizasyon mantığının tüm diğer tıp alanlarında olduğu gibi hastalıkların etiyolojisi-nedenleri- konusunda bilgi sunamayacak oluşu ile sınırlı oluşuna, bozuklukların şimdiki, geçmişteki ve gelecekteki görünümünün farklı olacağından mevcut değerlendirmenin yetersiz kalabileceğine, adli konular söz konusu olduğunda illiyet bakımından aynı bozukluğun farklı derecelerde ilişki gösterebileceğine, yeni araştırmalar eşliğinde ileride kimi

bozuklukların mevcut sınıflama sisteminden kaldırılıp yeni bozuklukların bu sınıflamaya dâhil edilebileceğini belirtmektedir” (21).

2013 yılında yayımlanan DSM V'in önsözünde ise “Ruhsal bozukluk tanımı klinik, toplum sağlığı ve araştırma amaçları için tanımlanmıştır. Ceza sorumluluğu, işgöremezlik ödeneği almaya hak kazanma ve yeterlilik gibi konularda yargılarda bulunabilmek için DSM V tanı ölçütlerinin yanı sıra ek birtakım bilgilere de genellikle gerek duyulur” açıklaması yapılarak hukuki düzlemde mevcut ihtiyacı tam olarak karşılamayabileceği tekrar ifade edilmiştir (23).

Genel tasnife bakıldığında, DSM'ye ait tanı şemaları, akıl hastalıklarını kategorik açıklamalar ile organize etmiş, her tanıyı kendi içinde açıklayarak “kutu”lar oluşturmuş, Eksen 1 ve Eksen 2 arasında uzanan “kutuları” birbirinden ayırarak düzenlemiştir (6). Bu sistemde, kişilerdeki uyumsal ve uyumsal olmayan özelliklerin tayin edilmesindeki başlıca zorluklardan biri ise faktör analizin önemli sınırlılıkları ile de ilişkili gözükmektedir. Faktör analizi sadece boyut sayısını belirleyebilmekte, temeldeki nedensel yapıyı, lokasyonu veya düzlemdeki rotasyonları ortaya çıkaramamaktadır. Başka bir deyişle kişilik boyutları biyolojik belirleyicileri paylaşmaktadır (14).

DSM sistemindeki kategorik tanı “kutuları” boyutsal olarak akıl hastalıklarını yakalamaya kalkışmaktadır. Buradaki risk ise tanısal hatadır. Özellikle tanı “kutularındaki” gri alanlar hastalığı bütünlüğü tanımlamaya kalkışmaktadır (6). Bu sınıflamadaki yararsız girişimin en önemli sonucu anlam verilemeyen bulguları “Tanımlanmış diğer...” ya da “Tanımlanmamış” şeması altında toplamaya çalışmasıdır (23). Bu nedendir ki DSM sistemi kısmi hastalıkların yarattığı fonksiyonel işlev kayıpları ile ilgili olarak bilgi vermez dolayısıyla buradaki ilgili tanımlar hukuki kontekste adli sorunları çözemez (6). Peki böyle bir durumda, psikiyatrik bakış açısıyla, kişilik bozukluklarının yol açtığı, sosyal normlara uyma yeteneğindeki azalmaya nasıl karar verilecektir?

DSM ve ICD temel alınarak yapılan tanılama sürecinde göze çarpan diğer husus ise kişilerin birden fazla kişilik bozukluğunun karakteristik özelliklerini taşımasıdır (14). Bununla beraber kişilik bozukluklarının diğer psikiyatrik bozukluklar ile birlikte görüldüğü bildirilmektedir. Örneğin Antisosyal Kişilik Bozukluğu ve Borderline Kişilik Bozukluğu olan kişilerde madde kullanım bozuklukları da sıklıkla görülür (6,8,22,24,25). Borderline Kişilik Bozukluğuna bakıldığında psikotik hastalıklara ait özellikler ile nevrotik fonksiyonelliğin bir arada olduğu görülmektedir. Obsesif Komplesi Bozukluğu bulunan hasta grubunda en sık rastlanılan bozukluk Borderline Kişilik

Bozukluğu olarak görülmektedir (%27.2) (26). Antisoyal Kişilik Bozukluğu tanısı almış 140 erkek hastanın dâhil edildiği bir araştırmada, komorbid olarak en sık görülen Eksen II bozukluğu Paranoid Kişilik Bozukluğu olarak tespit edilmiştir (%47,1). En az bir Eksen I tanı komorbiditesi görülen hasta oranı %54.3, en az bir Eksen II komorbiditesi görülen hasta oranı %23.6'dır. Hastaların %30.7 sinde hem Eksen I hem de Eksen II komorbiditesi tespit edilmiştir. İspanya'da yürütülen bir çalışmada ise Eksen I hastalıkları ve Kişilik Bozuklukları arasındaki komorbidite %58 olarak ortaya çıkmıştır (7). Belirtilen noktada tek bir Eksen I bozukluğu ya da Eksen I kümesi bozuklukları ve Eksen 2 hastalıkları arasındaki çizgide, kişi hakkında elde edilen kompleks bulgular birbirinden nasıl ayrılacaktır? Gri alandaki tanıya sahip kimse hakkında, kişilik bozukluğunu diğer akıl hastalıklarından ayırma çabası düşük bir güvenilirliğe sahip bir sonuca neden olacaktır. Bu durumda ceza sorumluluğuna ait çıkarım mahkemeye ne kadar rehberlik edecektir? (6)

4. Sonuç ve Öneriler

“Bir kişiye işlemiş olduğu suç ile ilgili ceza verilebilmesi veya yapmış olduğu eylemin geçerli olabilmesi için tam bir akıl sağlığı içinde, bilerek ve isteyerek hareket etmesi; işlediği eylemin doğuracağı sonuçlara katlanması gerekir. İnsanın davranışlarını, denetleyemediği ve engelleyemediği durumlarda eylemlerinden dolayı sorumlu tutulamayacağı ve kendisine ceza verilemeyeceği hukuk yaklaşımının temelidir” (27).

Hâkimlerin psikiyatri uzmanlarından istediği bilgi, failin içinde bulunduğu herhangi bir psikiyatrik durumun varlığı ya da yokluğu değil, mevcut ruhsal durumun hukuki ya da cezai ehliyeti kaldırarak/azaltacak bir durumun olup olmadığına ilişkindir (21). Tanı ölçütlerindeki işaretler bir insanın ruhsal dengesini korumak üzere içsel ve dışsal zorlayıcı etkenlere gösterilen duygusal tepkileriyle ilgili oldukça sınırlı dağarcığın bir parçasını teşkil etmektedir. Buradaki tanımlamalar klinisyenlerin, hastalarının tedavi planlarını ve olası sonuçlarını belirlemelerine yardımcı olmasını hedeflerken (23) mevcut psikiyatrik bozuklukların cezai ehliyete etkisini sınıflamaya giden bir araştırma da bulunmamaktadır. Klinikte kullanılan tanı güvenilirliği bu anlamda hem kullanışlı ve uygulanabilir hem de amaca yönelik değildir. Bu zorluğun aşılmasında “tanı geçerliliği” kavramının yol gösterici olduğunu söylemek mümkündür (21). Ruh sağlığı uzmanları, amaca yönelik geliştirilecek değerlendirme ölçütlerini ve metotlarını kullanarak, failin adil yargılanabilmesi için mahkemeye daha fazla rehberlik edebileceklerdir.

Ayrıca kişilik bozuklukları dahil farklı psikiyatrik bozukluklara sahip failer açısından cezai sorumluluğun

ortadan kalktığı veya azaldığı durumlarda, toplumsal tehlikelilik halinin bertaraf edilebilmesi için açık psikiyatri servisleri ile düşük/orta ve yüksek güvenli hastanelerde; psikiyatrist, klinik psikolog, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatri hemşiresi, iş/uğraş terapisti, meslek kursu öğretmenleri ve psikoeğitim uzmanlarından oluşan tedavi ekiplerinin, medikal tedavilerinin yanı sıra güncel terapi ve rehabilitasyon programları ile çalışmalar yürütmeleri, hem failerin tedavi hakkını elde etmesi hem de yeni suçların meydana gelmesine yönelik “önleyici” olması itibarıyla son derece elzemdir.

Kaynaklar

1. Kocar, Y. İsnat Yeteneği, İsnat Yeteneğini Kaldıran Veya Azaltan Nedenler [Yüksek Lisans Tezi], Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Hukuku (Ceza ve Ceza Usul Hukuku) Anabilim Dalı, 2007. 35,61p.
2. Öncü F, Sercan M. Ceza Hukukunda Adli Psikiyatri. Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu. (Ed. M Sercan), Türkiye Psikiyatri Derneği, Ankara, 2007; p. 33-50
3. Alacakaptan, U. Suçun Unsurları. AÜHF Yayınları, No:263, Ankara, 1970; p.10
4. Geyran PÇ, Özdemir F, Uygur N. Teşhircilikte Ceza Ehliyeti. Düşünen Adam, 1994; 7 (3): 25-29
5. Bayındır S. Türk Ceza Hukukunda Akıl Hastalıkları ve Sonuçları. Legal Hukuk Dergisi, 2011; 9(99):17-27
6. Kinscherff R. Proposition: A personality disorder may nullify responsibility for a criminal act. J Law Med Ethics, 2010; 38(4):745-759 DOI: 10.1111/j.1748-720X.2010.00528.x
7. Mohino S, Amadeo P, Itziar I. Personality disorders and criminal responsibility in the Spanish Supreme Court. J Forensic Sci, 2010;56 (1):150-154 DOI: 10.1111/j.1556-4029.2010.01558.x
8. Kröber, HL, Lau S. Bad or mad? Personality disorders and legal responsibility- the German situation. Behav Sci Law, 2000; 18(5):679-90
9. Gardner DL, Lucas PB, Cowdry RW. CSF Metabolites in borderline personality disorder compared with normal controls. Biol Psychiatr, 1990;28(3):247-254 DOI: 10.1016/0006-3223(90)90580-U
10. Brenner I. The characterological basis of multiple personality. Am J Psychoter, 1996; 50:154-166.
11. Stelton S, Ferraro FR. The effect of anxiety on the cognitive functioning in non-clinical schizotypal individuals. Curr Psychol, 2008; 27: 16-28 DOI: 10.1007/s12144-008-9021-2
12. Lymburner JA, Roesch R. Insanity defense: five years of research (1993-1997). Int J Law Psychiat, 1999; 22(3-4):213-240
13. Maner F, Kayatekin Z, Abay E, Saygılı S, Şener İ. Psikiyatrik Hastalıklar ve Suç. Düşünen Adam Dergisi, 1991; 4(1):6-13
14. Cloninger CR, Svrakic DM. Personality Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, p.1723-1764
15. Ziyalar A. Erişkin Psikopatolojisi. Yüce Reklam Yayın Dağıtım A.Ş., İstanbul, 2006; p.310

16. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Yedinci Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997
17. Yılmaz O. Psikopati Düzeyi Yüksek Antisosyal Kişilik Bozukluğu Tanılı Olgularda Ventromedyal Prefrontal Korteksin Difüzyon Tensor Manyetik Rezonans Görüntülenmesi ve Saldırganlık Düzeyi ile İlişkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi], GATA, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; 2012. 5-17 p.
18. Ak İ, Sayar K. Antisosyal Kişilik Bozukluklarında Sosyobiyolojik Etkenler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2002;12:155-158
19. Kısa C, Yıldırım SG, Göka, E. Ataklık ve Ruhsal Bozukluklar. Türk Psikiyatri Dergisi, 2005; 16(1):46-54
20. Baykız AF. Antisosyal ve Borderline Kişilik Bozukluğu Olan Bireylerde Saldırganlık Davranışının Psikiyatrik Testlerle Değerlendirilmesi ve Biyolojik Değişkenlerle İlişkisinin Araştırılması: Kontrollü Bir Çalışma [Tıpta Uzmanlık Tezi] GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 2003.44-56 p.
21. Konuk N, Kökrek Z, Karadeniz H. Adli Psikiyatrik Uygulamalarda Tanı Geçerliği Kavramı. Türkiye Klinikleri Dergisi, Psychiatry- Special Topics, 2011;4(1):52-59
22. Frances AJ. Foreword. In J.Z. Sadler, O.P. Wiggins & M.A. Schwartz (Eds.), Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1994
23. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Beşinci Baskı (DSM V), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan çev. Köroğlu, E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013
24. Regier DA, Former ME, Rae DS, Locks BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse results from ECA Study. JAMA, 1990, 264:2511-2518
25. Trull, TJ, Sher KJ, Minks-Brown C, Durbin J. Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. Clinical Psychology Review, 2000; 20:235-253 DOI: 10.1016/S0272-7358(99)00028-8
26. Yaluğ İ, Kocabaşoğlu N, Aydoğan G, Günel B. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozuklukta Depresyon ve Kişilik Bozukluğu Komorbiditesi. Düşünen Adam Dergisi, 2003;16 (1):28-34
27. Deniz D. Suça Karışan Bireylerde Dissosiyatif Yaşantılar ve Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı [Doktora Tezi], İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2015. 98 p.