

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
BAĞIMLILIK VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI

**2018-2022 YILLARI ADANA YÜKSEK GÜVENLİKLİ ADLİ
PSİKİYATRİ OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

PERİHAN ÇETİNKAYA

ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

DANIŞMANI
PROF. DR. NECMİ ÇEKİN

ADANA-2024

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
BAĞIMLILIK VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI

**2018-2022 YILLARI ADANA YÜKSEK GÜVENLİKLİ ADLİ
PSİKİYATRİ OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

PERİHAN ÇETİNKAYA

ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

DANIŞMANI
PROF.DR. NECMİ ÇEKİN

ADANA-2024

KABUL ve ONAY

Adli Bilimler Anabilim Dalı

Doktora Programı Çerçevesinde yürütölmüş olan

“2018-2022 Yılları Arasında Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi Olgularının Değerlendirilmesi”

Adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tarihi:12/06/2024

TEZ SINAV JÜRİSİ

Prof. Dr. Necmi ÇEKİN

Çukurova Üniversitesi

Başkan

Prof. Dr. Ayşe SERİN

Çukurova Üniversitesi

Üye

Prof. Dr. Ahmet HİLAL

Çukurova Üniversitesi

Üye

Prof. Dr. Nursel BİLGİN

Mersin Üniversitesi

Üye

Prof. Dr. Hakan KAR

Mersin Üniversitesi

Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun tarih ve sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof Dr. Sunay FIRAT

Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Öğrenim yolculuğumda her konuda desteklerini esirgemeyen, bilgi ve tecrübeleriyle verimli ve nitelikli bir süreç geçirmemi sağlayan Prof. Dr. Necmi ÇEKİN'e, başlangıçları beraber yaptığımız, pandemi sürecini beraber atlattığımız fakat hastalığı ile savaşı kazanamayan ilk danışmanım merhum Prof. Dr. Mete Korkut GÜLMEN'e

Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü çalışanlarına,

Çalışma ortamımda akademik çalışmalarına yardım ve desteğini esirgemeyen Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi Prof. Dr. Süleyman ÇETİNKÜNAR'a

Ve en zor zamanlarımda beni yalnız bırakmayan, bana inanmaktan hiç vazgeçmeyen, manevi desteklerini hep yanımda hissettiğim annem, babam ve kardeşlerime, özellikle en iyi dostum olan kardeşim Mine'ye

Sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİN	ix
KISALTMALAR.....	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Suçun Tanımı ve Suç Kavramları	3
2.1.1. Teorik Çerçeve ve Suç	3
2.1.1.1. Bireysel Teoriler	4
2.1.1.1.a. Klasik Ekol	5
2.1.1.1.b. Neo-Klasik Ekol	5
2.1.1.1.c. Pozitivist Ekol.....	5
2.1.1.1.d. Coğrafi ekol	6
2.1.1.2. Psikolojik Teoriler	6
2.1.1.2.a. Psikanalistik Kuram.....	6
2.1.1.2.b Davranışçı Kuram.....	7
2.1.1.2.c. Bilişsel Kuram	8
2.1.1.3. Biyolojik Teoriler	8
2.1.1.3.a. Genetik ve Kalıtım.....	9
2.1.1.3.b. Nörogelişimsel süreç	11
2.1.1.3.c. Beyin hasarı	12
2.1.1.3.d. Doğum öncesi, sırası ve sonrası travma	13
2.1.1.4. Sosyolojik Teoriler	14
2.1.1.4.a. Sosyal Yapı Teorileri.....	14
2.1.1.4.b. Sosyal Süreç Teorileri	15
2.1.1.4.c. Sosyal Çatışma Teorileri	16
2.1.2. Suç Tahmini ve Önleme.....	16

2.2. Akıl Hastalığı ve Suç	17
2.2.1. Akıl hastalığı	17
2.2.2. Akıl Hastalığı Sayılan Haller	19
2.2.3. Akıl Hastalığı ve Suç İlişkisi	20
2.2.4. Akıl Hastalığı, Ceza hukuku ve Ceza Sorumluluğu	24
2.2.4.1. Çocuk ve Ergenlerde Ceza Sorumluluğu.....	27
2.2.4.2. CMK’da Akıl Hastalığı.....	27
2.2.4.3. TCK’da Akıl Hastalığı.....	29
2.2.4.4. Kabahatler Kanunu’nda Akıl Hastalığı	30
2.2.5. Akıl Hastalıklarında Adli Psikiyatri ve Bilirkişilik.....	30
2.2.5.1. Adli psikiyatri	31
2.2.5.2. Adli Psikiyatrik Değerlendirme (Ruhsal Muayene)	32
2.2.6. Ceza Sorumluluğunu Tam Etkileyen Ruhsal Bozukluklar	34
2.2.6.1. Psikozlar	34
2.2.6.2. Şizofreni.....	35
2.2.6.2.a. Şizofreni ve Kalıtım.....	36
2.2.6.3. Duygudurum Bozukluğu (Duygulanım).....	36
2.2.6.3.a. Çökkünlük dönemi	37
2.2.6.3.b. Mani dönemi.....	37
2.2.6.3.c. Karma dönem	37
2.2.6.3.d. İki Uçlu ve İlişkili (Bipolar) Bozukluklar	38
2.2.6.4. Zekâ Geriliği (Mental Retardasyon).....	39
2.2.6.5. Kişilik Bozuklukları.....	41
2.2.6.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	44
2.2.7. Ceza Sorumluluğunu Geçici Etkileyenler Bozukluklar	45
2.2.7.1. Epilepsi	47
2.2.7.2. Parkinson	47
2.2.7.3. Demans	47
2.2.8. Muhakeme Aşamasına Göre Akıl Hastalığı.....	48
2.2.8.1. Soruşturma Aşamasında Failin Akıl Hastalığına Yakalanması) 48	
2.2.8.2. Kovuşturma Aşamasında Failin Akıl Hastalığına Yakalanması 48	
2.2.8.3. Hükmün İnfazı Aşamasında Akıl Hastalığına Yakalanma	49

2.2.9. Akıl Hastalarına Özgü Güvenlik Tedbirleri.....	49
2.2.10. Dünya’da Adli Psikiyatri Sistemi	53
2.2.10.1. Finlandiya	55
2.2.10.2. İngiltere	57
2.2.10.3. İtalya	58
2.2.10.4. İsveç	59
2.2.10.5. Almanya.....	60
2.2.10.6. Japonya	61
2.2.10.7. Polonya	61
2.2.10.8. Avusturya.....	62
2.2.10.9. Yeni Zelenda.....	62
2.2.10.10. Rusya	63
2.2.10.11. İrlanda	64
2.2.10.12. Danimarka.....	64
2.2.10.13. Hollanda.....	65
2.2.10.14. ABD	65
2.2.10.15. Avustralya.....	65
2.2.11. Türkiye’de Adli Psikiyatri Sistemi	66
2.3. Adli Psikiyatri Uygulamalarında Akıl Hastalıklarının Gözlem, Tedavi ve Taburcu İşlemleri	68
2.3.1. Zorunlu yatış	68
2.3.2. Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanelerinin İşleyiş Şekli	70
2.3.2.1. YGAP Nedir?.....	70
2.3.2.2. YGAP Hastanelerinin Amacı	71
2.3.2.3. Gözlem (Müşahede).....	72
2.3.2.4. Koruma ve Tedavi	73
2.3.2.5. YGAP Süreç ve İşleyiş	73
2.3.2.6. Sosyal Şifa	75
2.3.2.7. Serbest Taburculuk	75
2.3.2.8. Kontrol ve Takip	76
2.3.2.9. Taburculuk ve Takip.....	76
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	79

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	79
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	79
3.3. Verilerin Toplanması	79
3.4. Verilerin Analizi	80
3.5. Araştırmanın Etiği.....	81
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	81
4. BULGULAR.....	83
5. TARTIŞMA	111
6. SONUÇ.....	130
KAYNAKÇA.....	135
EKLER.....	158
Ek A. Etik Kurul İzin Formu	158
Ek B. İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni	159
Ek C. Veri Toplama Formu	160

TABLÖLAR DİZİN

Tablo 1 Katılımcıların cinsiyet ve yaş dağılımı.....	83
Tablo 2 Katılımcıların medeni durumu ile ilgili frekansları ve yüzdeleri	84
Tablo 3 Katılımcıların eğitim düzeyi ile ilgili frekansları ve yüzdeleri	84
Tablo 4 Katılımcıların meslekleri ile ilgili frekansları ve yüzdeleri.....	85
Tablo 5 Katılımcıların gelirleri ile ilgili frekansları ve yüzdeleri.....	85
Tablo 6 Katılımcıların suç öncesi iş durumu ile ilgili frekansları ve yüzdeleri.....	86
Tablo 7. Katılımcıların çalışmama gerekçeleri ile ilgili frekansları ve yüzdeleri	86
Tablo 8 Katılımcıların kiminle yaşadığına dair frekans ve yüzde dağılımı.....	86
Tablo 9 Katılımcıların geldiği yer ile ilgili frekans ve yüzdelerlik dilimleri.....	87
Tablo 10 Katılımcıların geçmiş cezaevi öyküsüne dair frekans ve yüzde değerleri.....	87
Tablo 11 Katılımcıların alkol-sigara-madde kullanımı ile ilgili frekans ve yüzdelerlik dilimleri	88
Tablo 12 Katılımcıların kullandıkları maddenin türü ile ilgili frekans ve yüzdelerlik dilimleri	88
Tablo 13 Katılımcıların suç esnasında alkol madde kullanımına ilişkin frekans ve yüzdelerlik değerleri	89
Tablo 14 Katılımcıların kendine zarar vermesi ile ilgili frekans ve yüzdelerlik dilimleri	89
Tablo 15 Kronik hastalığı olan katılımcıların frekans ve yüzdelerlik dilimleri.....	90
Tablo 16 Katılımcıların psikiyatrik hastalıkları ve psikoz varlığı frekans ve yüzdelerlik dilimleri	91
Tablo 17 Katılımcıların ailelerinin psikiyatrik hastalık geçmişi ve dağılımı	91
Tablo 18 Katılımcıların zekâ testi sonuçları ile zekâ geriliği ve kişilik bozukluğu sınıfı dağılımı.....	92
Tablo 19 Katılımcıların Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesinde yatış sayısı ile ilgili frekans ve yüzdelerlik değerler	93
Tablo 20 Katılımcıların YGAP'deki klinik bilgileri.....	94
Tablo 21 Katılımcıların işledikleri suç ve ilişkili bazı değişkenlerin dağılımı.....	94
Tablo 22 Katılımcıların suçla ilişkili özelliklerinin dağılımı.....	95
Tablo 23. Katılımcıların suçla ilişkili özelliklerinin dağılımı.....	96

Tablo 24. Katılımcıların kullandıkları silahlı aletlerin dağılımı	97
Tablo 25. Katılımcıların suçu kabul etme ve suç işleme gerekçelerinin dağılımı	98
Tablo 26. Bilirkişi raporunu düzenleyen kurum ve gönderildiği mahkemelerin dağılımı	98
Tablo 27. Katılımcıların işledikleri suçların dağılımı	98
Tablo 28. Katılımcıların hastalık tanıları ile suç değişkenlerinin karşılaştırılması	100
Tablo 29. Katılımcıların hastalık tanıları ile bazı değişkenlerin karşılaştırılması	101
Tablo 30. Katılımcıların hastalık tanıları ile suç türlerinin karşılaştırılması	103
Tablo 31. Katılımcıların sağlık sorunları ile suç türlerinin karşılaştırılması	106
Tablo 32. Katılımcıların bazı değişkenler ile suç türlerinin karşılaştırılması	107
Tablo 33. Katılımcıların kişilik bozukluğu ile hukuk maddelerinin karşılaştırılması	108
Tablo 34. Katılımcıların hastalık tanıları ile yatış gün sayılarının karşılaştırılması ...	108
Tablo 35. Katılımcıların yatış sayıları ile cezaevi öykülerinin karşılaştırılması	109
Tablo 36. Katılımcıların yatış öyküleri ile alkol/madde kullanım durumlarının karşılaştırılması	109

KISALTMALAR

ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
APA	:Amerikan Psikiyatri Birliği
ASKB	:Anti Sosyal Kişilik Bozukluğu
AŞEAH	:Adana Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi
CMK	:Ceza Muhakemesi Kanunu (5271 sayılı)
CT	:Computed Tomography
ÇKK	:Çocuk Koruma Kanunu
DEHB	:Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-V	:Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
ICD	:International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
MAO-A	:Monaamin oksidoz-A
MMPI	:Minnesota Multiphasic Personality Inventory
MR	:Manyetik Rezonans Görüntüleme
NBFPA	:Ulusal Adli Psikiyatrik İşler Kuruluna
NHS	:National Health Service
PET	:Pozitron Emisyon Tomografisi
REMS	:Residenzeper la Esecuzionedella Misuradi Sicurezza/ Güvenlik Tedbirinin Uygulanmasına Yönelik Konutlar
RSHH	:Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
SKS	:Sağlıkta Kalite Standartları
USH	:National Health Service/Ulusal Sağlık Servisi
TBS	:Terbeschikkingstelling/Gözaltı Kararı
TPD	:Türkiye Psikiyatri Derneği
TCK	:Türk Ceza Kanunu
TRSM	:Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri
YGAP	:Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri

ÖZET

2018-2022 YILLARI ADANA YÜKSEK GÜVENLİKLİ ADLİ PSİKİYATRİ OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Akıl hastalarının irade ve davranışlarını yönlendirme yeteneğine sahip olmamaları durumunda, suç ve suçluluğun önlenmesi adına eylemlerinden dolayı cezalandırmak tekrar suç işlemelerini engellemeyecektir. Bu nedenle adli olgular güvenlik tedbiri hükmü ile Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri (YGAP) hastanelerine yönlendirmektedir. Adana Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi (AŞEAH) YGAP kliniğinde koruma, tedavi ve gözetim altına alınan kişilerin sosyo-demografik özellikleri, hastalık, yatış, suç özellikleri, hastalık ve suç ilişkisi ve yatış/suç tekrarında bulunanların özelliklerinin saptanması amaçlanmıştır.

Bu çalışma Tanımlayıcı-Retrospektif tipte bir çalışmadır. Çalışma 1.11.2022-30.01.2023 tarihleri arasında AŞEAH YGAP biriminde 2018-2022 yılları arasında AŞEAH YGAP kampüsünden taburcu edilen 1087 olgu ile gerçekleştirilmiştir. Olguların sosyo-demografik, hastalık, yatış, suç ve tekrar yatış/suç bilgilerinin kaydedildiği form ile veriler toplanmıştır.

1087 olgudan %5.42'sinin (n=59) gözlem, %94.58'nin (n=1028) koruma/tedavi amacı ile yatırıldığı, %10.79'unun (n= 104) suça sürüklenen çocuk olduğu saptandı. Çalışma olgularının en sık 21-31 yaş aralığında (%32,05), bekar (%59.3), lise mezunu (%25.2), işsiz (%89.6) ve gelirinin olmadığı (%56.4) belirlendi. YGAP'da en fazla yatış yapan (%54,77) ve en uzun yatış süresi gösteren, en sık alkol (%20.7), madde kullanımı (%27.2) ve cezaevi öyküsü olan grubun şizofreni/psikoz olduğu saptandı. Olguların en sık işledikleri suçlar; kasten yaralama (%32.4), hakaret (%12.4) ve tehdit (%8.48) olarak belirlendi. Kasten yaralama (%49,6), silahla tehdit/tehdit (%14.2/%13.6) ve cinayet suçunun (%3.4) en fazla şizofreni/psikoz hastaları tarafından işlendiği saptandı. Cinsel istismar (%6.3) ve hırsızlık (%17,6) suçunun en sık MR hastaları tarafından işlendiği, en sık kullanılan silahın bıçak (%16.18) ve ateşli silah (6.12) olduğu belirlendi. Tekrar yatışı olan olguların alkol ($\chi^2=24,403$; $p=0,000$) madde kullanımı ($\chi^2=25,583$; $p=0,000$) ve cezaevi öyküsünün ($\chi^2=9,137$; $p=0,010$) yüksek olduğu bulunmuştur.

Suç önleme faaliyetleri ve tekrarı açısından adli olguların özellikleri önem ihtiva etmektedir. Bu alanda Bakanlıklar arasında ortak platformlar oluşturulmalı ve çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yüksek güvenli li adli psikiyatri, akıl hastalığı suçluluğı, güvenlik tedbiri, suç, suç tekrarı



ABSTRACT

EVALUATION OF ADANA HIGH SECURITY FORENSIC PSYCHIATRIC CASES BETWEEN 2018-2022

Punishing mentally ill individuals for their activities in an attempt to stop crime and delinquency will not stop them from committing crimes again since they are incapable of controlling their will or behavior. Because of this, forensic cases are sent to hospitals that specialize in High Security Forensic Psychiatry (HSFP) and offer security precautions. It was aimed to determine the socio-demographic characteristics, disease, hospitalization, crime characteristics of the people who were taken under protection, treatment and supervision at the Adana City Training and Research Hospital (ACTRH) HSFP clinic, and the characteristics of those who were hospitalized/repeated.

This study is a Descriptive-Retrospective type study. The study was conducted between 1.11.2022-30.01.2023 in the ACTRH HSFP unit with 1087 patients discharged from the ACTRH HSFP campus between 2018-2022. Data were collected with a form in which the socio-demographic, illness, hospitalization, crime and readmission/crime information of the cases were recorded. It was determined that out of 1087 cases, 5.42% (n = 59) were hospitalized for observation, 94.58% (n = 1028) were hospitalized for protection/treatment purposes, and 10.79% (n = 104) were children dragged into crime. It was determined that the study subjects were most frequently in the 21-31 age range (32.05%), single (59.3%), high school graduate (25.2%), unemployed (89.6%), and having no income (56.4%). It was determined that the group with the highest number of hospitalizations (54.77%) and the longest length of stay, the most frequent alcohol (20.7%)-substance use (27.2%), and the group with a prison history was schizophrenia/psychosis. The most common crimes committed by the cases are; It was determined as intentional injury (32.4%), insult (12.4%) and threat (8.48%). It was determined that intentional injury (49.6%), threat/threat with a weapon (14.2%/13.6%) and murder (3.4%) were mostly committed by schizophrenia/psychosis patients. Knives (16.18%) and guns (6.12) were found to be the most commonly utilized weapons by MR patients, while the most common crimes they committed were stealing (17.6%) and sexual abuse (6.3%). It was discovered that in instances with readmission, there was a

high prevalence of alcohol ($\chi^2=24.403$; $p=0.000$), substance use ($\chi^2=25.583$; $p=0.000$), and jail experience ($\chi^2=9.137$; $p=0.010$).

When it comes to repeat offenses and crime prevention initiatives, the features of forensic cases are crucial. Ministries should collaborate to develop common platforms and conduct research in this area.

Key Words: High security forensic psychiatric, mental illness criminality, security measure, crime, recidivism.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çok çeşitli akıl hastalıkları olmasına rağmen belli hastalık grupları suç davranışı ile ilişkilendirilmektedir (1, 2, 3, 4). Hukuk için önemli olan akıl hastalığının türü değil ceza ve fiil ehliyetini etkileyecek nitelikte olup olmadığıdır. Adli değerlendirme sonucu suç sırasında iradi davranış gösteremeyecek düzeyde akıl hastalığı olan kişilerin suçtan dolayı sorumlu tutulmayacağı hem eski hem yeni ceza kanununda yer almaktadır (5, 6). Çünkü bu kişilerin hapis cezası almaları, yaptıkları eylemin anlamını anlamaları ve/veya ıslah olmaları açısından bir fayda sağlamayacaktır. Bu nedenle güvenlik tedbirleri hükmü uygulanan suç işlemiş akıl hastalarını koruma ve tedavi altına alma, cezadan ziyade toplumu ve kişiyi korumayı amaçlamaktadır. Adli işlemlerde ruhsal yeterliliğin saptanması adli psikiyatrinin alanı olup bilirkişilik görevini adli psikiyatristler üstlenmektedir (6). Adli psikiyatrik değerlendirilme sonrası ceza ehliyetinin olmadığı kanaati oluştuğunda akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri hükmü üzerine TCK'nun 57. maddesi gereğince YGAP hastanelerinde takip, tedavi ve koruma altına alınan suç işlemiş akıl hastaları toplum için tehlikeliliği ortadan kalktığı yönünde karar alınana kadar kurumda tutulmaktadır. Bazı durumlarda hâkim kişinin ceza süresini YGAP hastanesinde tamamlaması hususunda da karar verebilmektedir.

Akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri kapsamında suç işleyen akıl hastalarının oluşturacağı zararlardan kendilerini ve toplumu korumak ayrıca hastanın tedaviye uyumunu sağlamak amacı ile Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri ülkemizde 2018 yılında hizmet vermeye başlamıştır. İlki Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde açılan YGAP hastaneleri ruhsal hastalıklar ile büyük bir eksikliğin giderilmesini sağlamaktadır.

YGAP Hastaneleri açılmadan önce genel akıl hastanelerine yatış yapılan suçlu akıl hastaları farklı çalışmalarda değerlendirilmeye alınmış olsa da ülkemizde YGAP hastanelerinin kısa tarihi nedeni ile YGAP hastanelerinde kısıtlı sayıda çalışma mevcuttur. Kriminoloji alanında YGAP hastanelerinin akıl hastalığı ve suçluluk ilişkisi odağında suç tekrarı ve suç önleme faaliyetlerinde önemli bir yeri vardır. Yerleşim yerine bağlı olarak Akdeniz Bölgesi mahkemeleri ve çevresinden güvenlik tedbirine hükmedilen, koruma ve tedavi altına alınan hastaların suç eylemleri ve psikiyatri hastalık tanılarının haritasını çıkarmak ve 5271 sayılı CMK 74. Maddesi gereği gözlem

altına alınan kişilerin sonuçlarını değerlendirmek, bölgesel anlamda akıl hastaları ve hastaların suç fiilleri hakkında literatüre katkı sağlayacaktır.

Bu noktadan yola çıkılarak bu çalışma Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Kliniğinde; 01.01.2018 ile 31.12.2022 yılları arasında gözlem, koruma ve tedavi altına alınan adli olguların (çocuk, ergen ve yetişkin) özelliklerini tanımlamak, suç profillerini değerlendirmek ve los (kalış süresi), tekrar yatış ile suç ve hastalık ilişkisini incelemektir. Bununla birlikte suç, hastalık ve yatış özelliklerinin bazı değişkenlerle ilişkileri değerlendirmektir. Bu doğrultuda taburcu edilen adli psikiyatrik popülasyonun klinik, kriminal ve sosyodemografik verileri incelenmiştir.

Bizim çalışmamızda suç işleyen iradi davranış yeteneğine sahip olmayan akıl hastalarının ceza hukuku ve sorumluluğu açısından değerlendirilmeleri ve infaz süreleri ele alınacaktır. Çalışmamızda YGAP hastalarının sosyo-demografik özellikleri, mükerrer suç ve psikiyatrik tanı ile ilgili kısıtlılıkların giderilmesi amaçlanmaktadır. İyi bir adli psikiyatrik izleme ile saldırgan davranışlar ve tekrarlayan suç davranışının başarıyla önlenemediği bildirilmektedir. Hastanede zorunlu tedavi altında olan olguların mükerrer suç ve hastalık ilişkisi, mevcut kişilerin yatış ve tedavi süreleri ile emniyet tedbirlerinin tekrar değerlendirilmesi yönünde çalışmalara öncülük edecektir. Ayrıca yeni açılan YGAP hastanelerinin işlevleri, kapsamı ve mevcut durumu hakkında bilgi sahibi olunarak daha iyi seviyelere taşınması hususunda eksikliklerin giderilmesi açısından değerlendirmeler sağlanacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Suçun Tanımı ve Suç Kavramları

İnsanların yerleşik hayata geçmeleri ile birlikte toplumsal düzenin sağlanması ve korunması için toplumun değer yargıları üzerinden bazı kurallar belirlenmiştir. Bu kuralların ihlali halinde tarih boyunca farklı ceza yaptırımları uygulanmıştır. Toplum bilimlerin ilgi alanı olan suç ise ceza hukukunun temelini oluşturur. Toplumsal yaşamda üstlendiğimiz roller arasında yaşanan çatışma ve dengesizlikler suç faktörüne ve suçlu psikolojisine neden olur (4). Hentig’e göre suçlu hareket toplum içindeki çoğunluğun onayına göre belirlenmektedir. Bu nedenle bir davranışın suç davranışı olarak kabul edilmesi toplumlar arasında farklılıklar göstermektedir (7).

Sosyal, dinamik, zaman ve mekâna göre değişen suç kavramı farklı disiplinler tarafından araştırma konusu olmuştur (8). “*Normatif açıdan yasal tanıma uygun, hukuka aykırı ve kasten yapılmış, neticeli, icrai bir insan davranışırken, felsefi açıdan düşünce tarihi boyunca yüceltilen insan olma durumuna ihanettir.*” (9). Suçun en genel tanımı mevcut eylem veya eylemsizliğin sonucunda belli bir yaptırımın var olmasıdır (10). Ayrıntılı tanımı yapılacak olursa “İsnat yeteneğine sahip bir kişinin kusurlu iradesinin yarattığı icrai ve ihmali bir hareketin meydana getirdiği kolektif yaşamın gereği devletin temellerinden olan yasama organı tarafından oluşturulan yaptırım olarak bir cezanın ya da güvenlik tedbirinin uygulanmasını gerektiren eylemdir” (11).

Suç; suçlu hareket ve davranışken, suçluluk: belirli bir zamanda belirli bir yerdeki tüm suçların bütünüdür (10). Suçluluk kriminologlara göre 3 boyutta açıklanmaktadır. Mağdur etme, politik boyut ve ciddiyet boyutu. Bizim çalışmamızı daha fazla ilgilendiren alan ciddiyet boyutudur. Her toplumda suçun ciddiyeti farklı olmakla birlikte genellikle şiddet suçları ve mağduru olan suçlar ciddi olarak derecelendirilmektedir (7).

2.1.1. Teorik Çerçeve ve Suç

Suç kavramına yaklaşımlar, teorisyenlerin içinde bulunduğu zamanın; sosyal, kültürel, iktisadi ve güncel dinamikleri tarafından şekillenmiştir. Aslında her bir suç yaklaşımı bir sonraki teori için zemin oluşturmuştur. Bu bazen bir savın antitezi, bazen sentezi olmuştur. İnsanlar bilinmeyişi doğaüstü güçlere atfetme eğiliminde olduğu

dönemlerde suç olgusu da teolojik bir bakış açısında değerlendirilmiştir. Diğer bir deyişle suç kavramının yolculuğu teoloji ile başlar. Önceleri akıl hastalarının şeytani bir ruha sahip olduğu ve zihinsel kusurlu oldukları inancı hakimken (7), modern çağa geçiş ile birlikte ölçme değerlendirme yöntemlerinin kullanılmaya başlanması ile bilimsel gelişmelere paralel olarak suç davranışı farklı bakış açıları ile değerlendirilmiştir.

Teorisyenler suç davranışını erken dönemde akıl hastalığı ve fiziksel temellere dayandırmıştır. Eski Yunan'da suç teolojik ve filozofik açıdan değerlendirilmiştir. Platon suçu ruhun bir hastalığı olarak kabul etmiştir (12). Spritüel bakış açısının hâkim olduğu Orta Çağ'da ise suçun kaynağı doğaüstü güçler kabul edilirdi. Akıl hastalarının şeytani bir ruha sahip olduğuna ve zihinsel kusurlu olduklarına inanırlardı. Cezalarda bu dönemde düşüncelere paralel olarak çok acımasızdı (13). Comte bu dönemi teolojik aşama kabul etmektedir. Ardından gelen metafizik aşama kişinin menfaati ile verilecek ceza arasında yaptığı tercih olarak değerlendirir. Son aşama olan pozitif aşama ise gözlem ve ampirik yöntemleri odak noktasına alır. Suç kuramları 18. yy. başlarında rasyonelleşmeye başlamaktadır (13, 7).

Suçlu kişilerin eğitimsiz ve sosyoekonomik düzeyi düşük kişiler olduğu düşünülse de 1950'li yıllarda beyaz yakalıların suç kategorisinde yer alması farklı görüşlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu nedenle biyoloji ve psikoloji ile açıklanmaya çalışılan suç davranışı, sosyoloji disiplini de alanına dâhil etmiştir (8). Suç kavramını açıklamaya çalışan teoriler; Marksist çatışma teorisinde olduğu gibi toplumsal ve makro düzey teoriler, suçun coğrafi dağılımına odaklanan topluluk ve çevre teorileri, aile ve akran ilişkileri ile açıklanmaya çalışılan sosyalizasyon etkili teoriler ve suçun kişilik temellerine dayandırıldığı bireysel teorilerden oluşan dört başlık altında sınıflandırılmıştır (14). Biz suç kuramlarını bireysel, biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yaklaşım olmak üzere dört başlık altında değerlendireceğiz.

2.1.1.1. Bireysel Teoriler

Suç davranışı üzerine odaklanan teorisyenler bireysel teorileri; klasik ekol, neo-klasik ekol, pozitif ekol ve coğrafi ekol olmak üzere dört alt başlık altında sınıflamıştır (8).

2.1.1.1.a. Klasik Ekol

Klasik okul özgür iradeyi esas alır ve cezanın önleyici etkisine yoğunlaşır. “Suçlar ve Cezalar Hakkında” adlı kitabı ile Cesare Beccaria suç ve cezalara dair günümüzün yaygın görüşlerinin temelini atmış klasik okul teorisyenlerinden biridir (8). Eyleme geçmeden önce kişi kar ve zarar hesabı ile harekete geçmektedir. Rasyonel ve özgür irade ile verilen bir karardır. Suç davranışı; haz ve zevk ile acı ve elem bakış açısından kaynaklanır. Minimum çaba ile maksimum fayda görüşünden dolayı suçu önlemede maliyeti artırmak en etkili yoldur (15). Ceza sorumluluğun belirlenmesinde ise manevi unsur (kusur) önem arz etmektedir. Kusurlu irade, isnat yeteneği ve ödetici cezaya odaklanır (5). Cezayı, suç önleme amacı taşıyan tek araç olarak kabul etmesi ve failin kişiliğini dışlaması nedeniyle eleştirilmiştir (16). Klasik teorisyenler akıl hastası suçluları manevi sorumluluklarının olmaması gerekçesi ile ceza hukuku dışında bırakmıştır.

2.1.1.1.b. Neo-Klasik Ekol

19. yy. sosyoloji ve psikoloji etkisi altında şekillenmesine rağmen suç davranışından çok bireye odaklı yaklaşıma sahiptir (8, 7). Lombroso bazı insanları doğuştan suçlu bulur ve cezaları yeterli bulmaz. Hatta Garafalo akıl hastalarının idam edilmesi teklifini sunmuştur (16).

2.1.1.1.c. Pozitivist Ekol

İlk iki teorinin aksine çağdaş ileri dönem teorisyenler suç olgusunun biyo-psiko-sosyal faktörlerin bir sonucu olarak ortaya çıktığı görüşüne hâkimdir. Suçu hukuksal tanımından sıyrır ve psikolojik bir olgu kabul eder. (8). Ölçülebilir ve gözlenebilir olanın, metafizik kavramların yerini aldığı, cezanın önleyici etkisine değil toplumu koruma etkisine odaklandığı yaklaşımdır (15, 8). Pozitivist okul, suçluları, doğuştan, ihtiraslı, fırsatçı ve akıl hastası suçlular olarak ayırmıştır. Akıl hastası suçluların süresiz yurtlara kapanmasını ceza hukuku açısından uygun bulmaktadırlar.

Klasik okul ve pozitivist okulun düşüncelerinin harmanı ile ortaya çıkan eklektik okulda kişisel sorumluluk, ödetici ceza, sosyal tehlikelilik ve güvenlik tedbirleri başlıkları altında “çift peron sistemi” olarak ortaya atılan görüş ilk 1929 tarihli Yugoslav Ceza Kanunu’nda etkili olmuştur (16).

2.1.1.1.d. Coğrafi ekol

Coğrafi durumun ve iklim özelliklerinin suçluluk konusunda etkileri olduğu teorisini savunur (8). Şikago Okuluna göre coğrafi olarak suç rastgele oluşmamaktadır. Genel olarak suç suçlunun bulunduğu yere oldukça yakın yerlerde işlenmektedir. Fakat tanınma riski yüksek olduğundan suçlular evlerin yakınlarında tampon bölgelere sahiptirler (14).

2.1.1.2. Psikolojik Teoriler

Suç mikro perspektif sunan psikoloji bakış açısında suç, sosyal olarak topluma uyum sorunu olan davranış problemidir (7, 17). Zihinsel süreçlerin davranışlardaki rolü üzerine duran teoride, sapma davranışı gösteren kişiler hasta veya psikopatik olarak tanımlanır (7). Psikanalitik, davranışçı ve bilişsel kuramlar tarafından ele aldığımızda kişilik özellikleri, zekâ, bilişsel yapılar ve davranışsal özellikler ile suç davranışı arasında ilişki değerlendirilmektedir. Analiz edilen bireyin kendisidir (15).

2.1.1.2.a. Psikanalistik Kuram

Psikanalistler ilk çocukluk deneyimlerinin bilinç ve bilinçaltı üzerine bıraktığı etkilere odaklanır ve insan davranışlarının içsel dinamiklerini yönlendiren psikolojiye vurgu yapar. Freud'a göre suçlu olgunun ortaya çıkmasına etken zayıf süper egoya sahip olmaktır. Bazı psikanalistlere göre ise bunun tam tersidir. Aşırı gelişmiş bir süper egoya sahip olmak suçluluğa neden olmaktadır (15). Freud'un yaklaşımı da çocukluk döneminde anneleri tarafından sürekli kısıtlanan bireyler kişiyi yücelterek bu durumla baş etmeye çalışmaktadır. Yüceltme davranışını gerçekleştiremeyen bireyler yetişkinlik döneminde kadına yönelik nefret suçları işleme eğilimindedir. Freud ayrıca totem ve tabu üzerine araştırmaları sonucunda "İlkel Horda" hipotezini ileri sürmüştür. Baba gruptaki bütün kadınları kendi için tutan, oğulları vahşi doğaya ölüme terk eden bir babadır. Bu durumu düzeltmek için bir araya gelen kardeşler babalarını öldürür. Daha sonra oğulları işledikleri suçun kendi oğulları tarafından tekrarlanmaması için kurallar ve yasaklar koymuşlardır. Dolayısı ile cinayet ve ensest ilişki yasaklanmıştır. Freud'un ilk suç olarak adlandırdığı şey Oedipus kompleksi döneminde meydana gelmektedir. Birey suçluluk hissettiği için bazen kuralı çiğnemektedir. Aslında birey cezalandırılmak istediği için suç işler. Odak noktası bireyin suçluluk hissidir (18, 14).

Lacanyen psikanalizinde suç; toplumun en küçük birliğı aile veya toplumun doğru işlememesi ile ilişkilendirilmektedir (18). Zihinsel süreçlerin davranışlardaki rolü üzerine duran teoride sapma davranışı gösteren kişiler hasta veya psikopatik olarak tanımlanır (14). Yapısalcı bir bakış açısına sahip psikanalist Jacques Lacan suç işleyen kişilerde; nevroz, psikoz ve perversiyon'dan oluşan üç klinik yapıdan bahseder. Nevrotik yapı; bastırma mekanizması, pervert yapı; reddetme mekanizması, psikotik yapı ise hesaptan düşürme savunma mekanizmalarını kullanmaktadır. Nevrotik ve pervert kişilerin aksine psikotik kişilerde işledikleri suç eylemine dair ceza beklentisinin olmadığını, bu nedenle bu kişilerin suçlu olarak damgalanmasının problemli bir yaklaşım olduğu görüşündedir. Şiddet içeren suçlar için ise psikotik bir epizodun başlangıcını gösteren paranoya ile ilişkilendirmektedir. Psikotik yapıdaki bireyin suç eylemi yasa tarafından tanınmak isteğı ile ilgili ve baba rolü ile ilişkilendirilmiştir. Pervert yapının etiolojisinde cinayet, anne ile ilişkiyi çözömlleme girişimidir (18, 14).

Neopsikoanalistlerden biri olan John Bowlby'nin çocuğun annesinden erken dönemde ayrılma fikrine dayandırdığı bağlanma teorisi, anne ve bebek arasındaki bağların koparılması sonucu çocuğun işlevsel sosyal ilişkiler kurma beceresini kaybetmesi üstüne kurulmuştur. Bu nedenle annelerin çalışmaması gerektiğı görüşündedir (14). Bireyleri ben merkezli hareket tarzından dolayı doğuştan potansiyel bir suçlu olarak görür. İnsanın ben merkezli davranış tarzı ile sosyalleşme süreci arasında çatışma yaşamamasının mümkün olmadığı kanaatindedir. Pragmatikler ise faydalı olduğu için suçun varlığını savunur (7).

Psikolojik temele dayandırılan teorilerin eleştiri aldığı en önemli nokta çok boyutlu olan suç olgusunu bireysel psikolojik faktörlere indirgemesidir. Normal bireylerin suç işleme nedenlerini açıklayamamaktadır. Ayrıcı id, ego, süper ego gibi psikolojik kavramların ölçülebilir olmaması açısından eleştirilere maruz kalmaktadır (15).

2.1.1.2.b Davranışçı Kuram

Davranışçı kuram psikanalistlerin aksine her davranışın belirli dışsal uyaranlar sonucunda gerçekleştiğı görüşündedir. Davranışın sonucunda birey ödöl elde ediyorsa davranışı benimser, (pozitif pekiştirici) eğer yaptırıma tabi tutuluyorsa davranışı unutma (negatif pekiştirici) eğilimindedir. Bu nedenle suç olgusu doğuştan değil sonradan kazanılır. Temelleri Gabriel Tarde'nin (1843-1904) taklit teorisine dayanmaktadır (8).

Bandura'nın sosyal öğrenme teorisinde suç olgusunun ortaya çıkmasında aile içi, çevresel ve medya etkisinden bahsedilir (15). Davranışçı sosyal öğrenme teorisine göre suç davranışı aile bireyleri tarafından görmezden geliniyor veya suç davranışları aile tarafından onaylanıyor ise birey suça yönelebilir (15).

2.1.1.2.c. Bilişsel Kuram

Bilişsel kuram davranışçı bakış açısının koşullanmalara verilen tepki yaklaşımını eleştirir. Kişilerin akıl yürütme ve dünyayı algılama biçimlerinin davranışlarını yönlendirdiğini savunur. Odak noktası bilişsel gelişim aşaması ve ahlaki muhakeme yeteneğidir. Ahlaki muhakeme yeteneği gelişmemiş birey suça en yatkın kişidir. Suçlu bireyler uzun vadeli hedefler yerine kısa vadede hedefe ulaşmak için suçu araç olarak kullanırlar (15).

2.1.1.3. Biyolojik Teoriler

Suçu anlamaya yönelik ilk yaklaşım kabul edilen biyolojik teorilere göre, kişi iradesi dışında gelişen biyolojik mekanizmalar ile suç eyleminin gerçekleşmesine neden olmaktadır. Suçlu bireyler ile suç işlemeyen bireyler arasındaki biyolojik farklılıklara odaklanır ve suçlu bireylerin diğerlerinden farklı olduğunu savunur (15). Tıp doktoru Henry Maudsley'e göre suçu oluşturan zihinsel özellikler kalıtımla geçmektedir. Çünkü birey suçlu doğmaktadır (7). Suçlulara özgü biyolojik özelliklerin araştırılmasının nedeni bir hastalığın suça neden olduğu fikrine dayanmaktadır (14). Bu nedenle kalıtım, hormonlar, kafa travmaları gibi faktörleri araştırma merkezine alır (17).

Erken dönem biyolojik teoriler beden yapılarındaki farklılıkları temel alan yaklaşımlarken, çağdaş biyolojik teoriler gen temellidir (8, 15). Erken dönem biyolojik teorilerin en bilineni olan prenoloji, kafa yapısı ile davranış arasında ilişki bulmayı amaçlamıştır. Cahrles Darwin'in doğal seleksiyon modelinin Lombroso tarafından kriminolojiye uygulanması ile ortaya çıkmıştır. Atavistik anomali gösteren bireylerin şiddet ve saldırganlık eğilimine dikkat çekmektedir (15). İnsan anatomisi üzerinden suç olgusu arasında nedensellik bağı arayan Somatatip okulun yaklaşımcılarından Sheldon insan tiplerini sınıflandırmıştır (10). Daha sonra ki süreçte suçu; zekâ ve etnisite ile ilişkilendirme çalışmalarında bulunulmuştur (15). Erken dönem biyolojik yaklaşım; suç

olgusunu sadece cezaevinde mahkûm edilen suçlulara indirgeyen çalışmalardan dolayı ve bireyin iradesini devre dışı bırakması sebebiyle eleştirilere maruz kalmıştır (15).

Çağdaş biyolojik yaklaşımlar; suç davranışını biyolojik etkenlerin yanı sıra toplumsal faktörler ile ilişkisini ele alarak daha derin bir boyuta taşır. Modern yaklaşım kalıtım bilimin öncüsü Mendel'in genetik bilimi ile ilgili araştırmaları ile başlar. DNA'nın 1950'li yıllarda James Dewey Watson tarafından bulunması ile daha ileri boyutlara taşınmıştır.

2.1.1.3.a. Genetik ve Kalıtım

Genetik araştırmalar; hormonlar, enzimler ve metabolitlerin farklılığını merkeze alır. Nöropsikoloji beynin psikolojik süreçlerle ilgili faaliyet ve yapısı ile ilgilenmektedir. Normal beyin işlevine sahip bireyler kendini kontrol etme yeteneğine sahipken nöropsikolojik sorunları olan bireylerde özdenetim yetersizliği görülmektedir (19). Nöropsikolojik bozukluklar anti sosyal davranışlar üzerinde doğrudan etkiye sahip olabilir. Antisozyal kişilik Bozukluğu'nun (ASKB) temel özelliği olan dürtüsellik, ventral striatum'deki düşük Monoamin oksidaz-A (MAO-A) seviyesi ile ilişkili bulunmuştur (20). Düşük aktiviteli MAO-A aktivitesi, otokontrol'ün bireyin suç ile ilişkisinde arabulucu faktör olmaktadır. Düşük aktivite varyantında hipokampus ve prefrontal korteks daha düşük aktivite göstermekte, ayrıca birey daha düşük limbik sisteme sahip olmaktadır (21). MAO-A, X-kromozomunda bulunan MAO-A geni tarafından yapılandırılmıştır. Beyinde önemli fonksiyonları olan serotonin, dopamin ve norepinefrini parçalamakta rol oynamaktadır. MAOA ile suç ilişkisi adına birçok çalışma yapılmıştır. MAO-A için genotip yüksek veya düşük aktivite tipine sahip olabilir (14). Stalenheim çalışmalarında trombosit monoamin oksidaz enziminin psikopatik bireylerde daha düşük seviyelerde bulunduğunu, fakat enzim düzeylerinin suç davranışının miktarı ile ilişkili olmadığını tespit etmiştir (14). Buna karşılık pozitron emisyon tomografisi (PET) çalışması sınırda kişilik bozukluğunda beyin MAO-A düzeylerinin arttığı görülmüştür (22).

Genetik görüntüleme araştırması, beyin yapısıyla ve beynin işleyişiyle ilgili farklılıkların genetik özellikler ile yakınlığını ortaya koymak için yapılmaktadır. Tecavüzcüler ve çocuk tacizlerine yönelik genetik, fizyolojik ve anatomik anormalliklere yönelik araştırmalar CT, MRI, PET kullanımı ile daha ileri boyutlara

taşınmıştır. Wolf ve arkadaşları, MRI taramasının bir formu olan difüzyon tensör görüntüleme ile psikopatlerde sağ unsinat fasikülüste form bozukluğu ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Fakat anormalliğin suça yol açıp açmadığı konusu net bir sonuca ulaşılammamıştır (14).

Serotonin eksikliği ve süper erkek sendromuna (XYY) sahip bireylerin testesterona bağlı daha agresif olmasına bağlı daha fazla suç işleme eğiliminde olduğu, suçla ilgili aile çalışmaları evrim teorileri popülasyonda nesilden nesile aktarılan genetik faktörlerin kişilerin bazı davranışlara eğilimli olduğu görüşüne sahiptir (15). Genetikçi Patricia Jacobs tarafından bulunduğu için Jacobs sendromu olarak da adlandırılan 47-XYY'ye atfedilen yüksek testosteron seviyesi ve şiddet ilişkisi açısından daha sonra yapılan çalışmalarda bu erkeklerin özellikle şiddet suçlarında yer almadıkları, şiddet içermeyen suç davranışlarının da olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca genel popülasyondan daha fazla suç davranışı gösterdiklerine dair bir kanıt ulaşılammamıştır. Şiddet içeren suç ile genetik bağın kesin kanıtı hala bulunmamıştır (14).

Biyokimyasal yaklaşımlar nöronlar arasında iletişim sağlayan molekül yapılar ve hormonların suç üzerine etkisine odaklanmaktadır (15). Dopamin beyin başka bölgelerinden gelen bilgiyi frontal lobda düzenler. Bu bölgede dopamin eksikliği işlem belleğini bozar, fazlalığı haz duygularını artırır. Limbik sistemde ki dopamin fazlalığı ise paranoid düşüncelere yol açar. Şizofreni hastalarının bir kısmında mezolimbik, mezakortikal ya da nigrostriyal yollarda dopaminerjik nöronlarda etkinlik artışı görülmektedir. Pozitif belirtiler gösteren hastalarda striatal ve D reseptörlerinde fazlalık vardır ve antipsikotiklere iyi yanıt verir. Negatif belirtiler gösteren hastalara ise birinci kuşak antipsikotikler yaramamaktadır. Aynı şekilde amfetamin ve Fensiklidinin uzun süre kullanımı psikotik belirtilerin alevlenmesine yol açmaktadır. Yine beyin kimyası açısından şizofreni hastalarında N-asetil asparat/kolin ve fosfomonoester düzeylerinde azalma görülmektedir. Uyarıcı aminoasit olan glutamat aracılığı ile beyinde gerçekleşen nöral iletide şizofrenisi olan bireylerde bozukluk olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (19).

Glutamaterjik nöronlardaki açık kromatin bölgelerinin nöropsikiyatrik risk varyantları için zenginleştiği de başka bir çalışmada öne sürülmüştür (23). Hollandalı adli psikiyatri hastalarında kan parametre düzeyleri ve saldırgan davranış ilişkisi

açısından yapılan çalışmada hastaların üçte ikisinde önerilen D3 vitamin seviyesinin altında bulunmuştur (24).

Voksel bazlı bir morfometre ile yapılan karşılaştırmalı analizde, psikopatik davranışın prefrontal gri madde hacmi ile negatif ilişkili olduğu bulunmuştur (25). Ciddi şiddet suçu işleyenlerin duygusal şiddet ve şiddet davranışı içermeyen suçlulardan gri cevher hacmi ve beyaz cevher dokularında farklılıklar söz konusudur (26). Pedofili suçlularının anormalliklerini araştıran Schiffer eşcinsel ve heteroseksüel erkeklerden oluşan kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında, pedofillerin beynin bazı kısımlarında daha az gri maddeye sahip olduğunu bulmuştur (27).

Altta yatan moleküler metabolizmanın suç ile ilişkisine yönelik araştırmalarda anormal glikoz metabolizması sonrası oluşan hipoglisemi de şiddet olayları ile ilişkilendirilmektedir. Psikopatide şiddet davranışının RPL109, ZNF132'nin ekspresyon seviyelerinin nöronlardaki CDH5 ve OPRD1 genleri ile ilişkilendirilmiştir. Burada gözlemlenen protein seviyeleri değişiklikleri glikoz metabolizmasındaki anormalliklere işaret etmektedir (28). Bağışıklıkla ilgili gen setleri anti sosyal davranışla ilişkilendirilmiştir (29). Başka bir çalışmada babanın zihinsel bozukluğu, çocuklarının suç oranı ile ilişkilendirildi. Cinayet suçlusu erkeklerin oğulları vandalizm olarak adlandırılan yüksek suç işleme oranına sahipti (30).

Psikobiologlar biyolojik süreç ile suçluluk arasında bulunan ilişki ile ilgilenmektedirler (8). Evlat edinilen çocuklarla yapılan çalışmalarda; şiddet suçu hariç hırsızlık ve mala karşı suçlar için evlat edinilen çocuğun hüküm giyme sayısı ile evlat edinen aile arasında ilişki bulunmamış olmasına rağmen, evlat edinilen çocuk ile biyolojik ebeveyni arasında hüküm giyme sayısı açısından anlamlı ilişki bulunmuştur (14).

2.1.1.3.b. Nörogelişimsel süreç

Düşük zekâ ile ilişkili olan okul başarısızlığı, işsizlik ve benzer özellikler suçluluk ile ilişkili olduğundan akıl zayıflığı kriminolojik açıdan suçluluk faktörü sayılabilmektedir. Fakat bazı suçlar için yüksek zekâ gerekmektedir. Suç davranışının IQ ve ırk ile ilgili faktörlere bağlanması araştırmacıların ön yargılarından da kaynaklanmaktadır. Çalışmalar suçluluk için çevresel etkilerin kalıtsal etkilerden daha önemli olduğunu vurgulamaktadır (14). Bununla birlikte ABD’de farklı eyaletlerde zekâ

oranları ile suç düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada düşük IQ ortalamasına sahip eyaletler daha fazla suç eğilimi göstermiştir (30). Fakat bireylerin IQ'larını kullanarak işlediği suçları karşılaştırma imkânımız olmadığından çalışma kısıtlı bulunmaktadır (14). Yüksek IQ ya sahip bireyler ve ortalama IQ sahibi bireylerle yapılan karşılaştırmalı çalışmada azılı suç oranları yüksek zekaya sahip olgularda, kontrol grubundan yüksektir. Bu olgularda insidans oranları açısından hırsızlık hariç diğer suçlarda daha yüksek bildirilmiştir (14).

Şizofrenisi olan hastaların çocukluk döneminde anormal bulguları olduğu bilinmektedir. Erken gelişim döneminde beyinde oluşan yapısal anormallikler, şizofreniye eşlik eden anatomik bozukluklar ve zekâ katsayısının normal bireylerden düşük bulunması nörogelişimsel bozukluğun hastalık başlamadan önce var olduğunu gösteren bulgulardır. Postmortem histolojik çalışmalarda kortikal hücre dizilimi ve dağılımında anormallikler tespit edilmiştir. Bu anormalliler erken dönem beyin gelişiminde olabilir (19). Nörogelişimsel kuramın aksine nörodejenerasyon kuramında hastalık sonrası beynin belli bölgelerinde yozlaşma başlamaktadır.

2.1.1.3.c. Beyin hasarı

Ruhsal bozukluklar travmatik bir yaralanmanın sonucu ortaya çıkabilir. Yaralanmaya bağlı beyin hasarlarında bellek ve dikkat sık etkilenen bilişsel işlevlerdir. Travma beynin beyaz maddesine zarar vererek yürütücü işlevlerin zayıflaması, amnezi ve saldırgan davranışlarla adli tıbbi değerlendirmeye neden olabilmektedir (Organik beyin sendromu) (32). Özellikle frontal ve temporal loblarda oluşan hasar saldırgan davranışlara neden olabilir. Travmaya bağlı olabildiği gibi neoplastik frontal lob hasarına bağlı da frontal lob sendromu görülebilmektedir. Frontal lobda meydana gelen travmatik hasarda kayıtsız kişilik gibi kişilik değişiklikleri meydana gelebilmektedir. Frontol lob sendromunun “frontal disinhibisyon” gösteren türünde frontal loblarda hasar söz konusu olmamasına rağmen duygu, düşünce, yargı ve davranışları apatik bir körelme sergiler (19). Frontotemporal beyin disfonksiyonu, dürtüsellik, empati eksikliği ve disinhibisyon gibi anti sosyal davranışları beraberinde getirmektedir (33, 34).

Genç suçlularda travmatik beyin hasarı kontrol grubuna göre daha yaygındır (35). Bireylerin travmatik beyin hasarının ölçümünde bilinç kaybı önemli bir faktördür. Kafa travmasından şüphelenen kişilerde mutlaka bilinç kaybı varlığı

değerlendirilmeye alınmalıdır. ASKB özellikleri göstermeyen fakat belli bir yaştan sonra suç gösteren bireylerin ceza sorumluluğu değerlendirilirken mutlaka kafa travması araştırılmalıdır (6, 36). YGAP kliniğinde yatan erkek hastalardan alınan MR ve BT taramalarında sağlıklı kontrollerden daha yüksek derecede beyin hasarı tespit edilmiştir (33, 34). Yine YGAP hastanesinde yapılan araştırmada en fazla şiddet gösteren grubun %20'sinin EEG'sinde fokal temporal elektriksel yavaşlama, BT'de ise %41'inde temporal lobda temporal boynuz ve temporal lob boyutunda küçülme tespit edilmiştir (37). Temporal lob küçülmesi farklı beyin bölgeleri ile suç davranışı ilişkilendirilmiştir. Şizofreni hastalarında Amigdala, hipokampus ve üst temporal girusta oylum azalması ve prefrontal gri madde azalması saptanmaktadır. Ayrıca MR'da prefrontal ve orta temporal korteks bölgesinde küçülme görülmektedir (19).

Prefrontal korteks, septum ve hipokampus; dürtüsel tepkimeleri ayarlayan bütüncül bir sistem oluşturur. Beyin görüntüleme yöntemleri nöroanatomik bağıntıların keşfi açısından önem arz eder. Suç davranışı sergileyen hastaların spesifik bir beyin bölgesinin anormalliğinden ziyade ortak beyin ağında ilişkiler değerlendirilmelidir.

Saldırganlığın nörobiyolojik temelleri için veya travmaya bağlı beyin hasarı, beyin lezyonları ve demans hastalığında olduğu gibi nöroanatomik bağlantıların tespiti açısından nöro-görüntüleme yöntemleri (MRI, fMRI, PET, SPECT) önem arz etmektedir. MR'da prefrontal korteks ve orta temporal korteks etkinlikte azalma, bilişsel eksilme gösteren şizofreni hastalarında kortikal, noradrenerjik ve serotonerjik eksilme görüldüğü bildirilmiştir (19).

2.1.1.3.d. Doğum öncesi, sırası ve sonrası travma

Doğum travmaları şizofreni için riski olmakla birlikte tahmini göreceli risk oranı düşüktür. En tutarlı bilgi kontrol grubuna göre şizofreni hastalarının düşük doğum ağırlığına sahip olmasıdır. Gen-çevre ve perinatal komplikasyonlarla ilgili yaklaşımlardan ilki doğum öncesi komplikasyonların genetik mutasyon riskini arttırdığı yaklaşımıdır. İkinci yaklaşım şizofren için yatkınlık sağlayan genlerin doğum öncesi olumsuz ortama yol açmasıdır. Son olarak da annenin genotipi fetal ortamda olumsuzluklara neden olmaktadır. (19)

Psikotik semptomların geçmişte yaşanan travmatik olaylar ile ilgili dissosiyatif belirtiler olduğu görüşü bazı çalışmalarda ileri sürülmüştür (4, 38). Çocukluk çağında

istismar ve ihmal mağduru olmak ruhsal bozukluklar ile birlikte şiddet davranış riskini artırmaktadır (4,36,39,40). YGAP hastanesinde erkek hastalarda travma maruziyetini ortaya koymaya çalışan araştırmada katılımcıların %75'inin çocukluk döneminde travmaya maruz kaldığı, %65'inin ise birden fazla travmaya maruz kaldığı görülmüştür (41). YGAP hastanesine başvuran 3088 şizofreni ve kişilik bozukluğu tanımlı olguların karşılaştırıldığı çalışmada kişilik bozukluğu olan hastalarda daha yüksek oranda aile suçluluğu, ebeveyn ayrılığı, bakım ve kurum değişikliğine rastlandı (42). Suç işlemiş erkek şizofreni hastalarında madde kullanan grubun %58'i kullanmayan grubun ise %18'i çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalmıştır (43). İsviçre'de yapılan bir çalışmada ise şizofreni spektrum bozukluğu olan hastalar çocuklukta kötü muamele gören ve görmeyenler olarak karşılaştırıldığında, suç teşkil eden davranışlar için gruplar arasında minimum farklılık bulunmuştur (44).

Biyolojik yaklaşımlar sosyal politikalara göre psikologlar tarafından daha az desteklenmektedir (14). Moleküler genetik çalışmalar adli bilimler disipliniinde büyük öneme sahiptir. Burada dikkate alınması gereken nokta suçla ilişkili bir anomali bulunsa bile, bu anomalinin neden suça yol açtığıının cevaplanmasıdır (14).

2.1.1.4. Sosyolojik Teoriler

Suçla makro bir perspektif sunan sosyolojik teorilerde hasta olan toplumdur. Geleneksel toplumdan, modern topluma geçiş daha karmaşık ve heterojen bir toplum yapısını beraberinde getirmiştir. Hükümetlerin toplumsal kontrolünün zayıfladığı bölgeler suç davranışının yoğun şekilde gözlemlendiği bölgelerdir. Emile Durkheim ilk sosyolojik suçluluk teorisini "Anomi" ile ortaya koymuştur. Anomi normsuzluk demektir ve anomiye göre suçsuz toplum yoktur. Anomi teorisi daha sonra Robert K. Metron tarafından geliştirilmiştir (15).

Suç davranışını ele alan sosyolojik teorileri sosyal yapı teorileri, sosyal süreç teorileri ve çatışma teorileri olmak üzere üç alt başlık altında incelemek mümkündür.

2.1.1.4.a. Sosyal Yapı Teorileri

Sosyal yapı teorisyenleri toplumsal yapı normlarını, kurumları ve değerlerini suç nedenleri açısından ele almaktadır (7). Suç davranışını sosyal yapı çerçevesinde açıklamaya yönelik gelişen teoriler fonksiyonalist, gerilim, alt kültür ve sosyal ekoloji

teorileri olarak sıralanmaktadır. Fonksiyonalist teorilerin etkili isimlerinden olan Durkheim suçsuz bir toplum olmayacağı görüşünü anomi ile vurgulamıştır (8). Gerilim teorileri kuralları ve yasaları çiğneyen bireylerin bu davranışlarını anormal olan toplumsal koşullara karşılık verme veya bir tepki olarak niteler (8). Gerilim kuramları yoksunluk teorisini merkezine alır. Eşitsizliğe yol açan faktörler yoksunluk duygusuna yol açmaktadır. Yoksunluk duyguları ise saldırganlığa yol açmaktadır. Agnew; bireyin beklentileri ve arzuları arasında uyumsuzluk, başarıları ve beklentileri arasında uyumsuzluk, adil olabilecek sonuç ile gerçek sonuç arasında uyumsuzluk olmak üzere üç temel gerilim nedeninden bahseder (14). Agnew'e göre çocuk istismarı ve ihmali, sert ebeveyn disiplini, evsizlik, ebeveyn tarafından ret edilme, işsizlik ve kalitesiz istihdam, suçla kolayca elde edilebilecek hedeflerin meşru yollarla elde edilememesi gibi gerilim nedenleri suçlulukla yakın ilişkilidir (14).

Alt kültür teorileri genel olarak alt sınıfta bulunan genç erkekler arasında suçluluğun özellikle de buluş çağı çetelerine yönelik açıklamalar getirebilmek amacıyla ortaya atılmıştır (8).

2.1.1.4.b. Sosyal Süreç Teorileri

Suç davranışına ilişkin sosyal süreç yaklaşımları; sosyal öğrenme teorisi, kontrol teorisi ve etiketleme teorisidir. Erken dönemde Miller ve Dollard, sonraki süreçte Albert Bandura tarafından geliştirilen sosyal öğrenme teorisi Gabriel Tarde tarafından geliştirilen taklit teorisine dayanmaktadır. Suç eylemleri genetik olarak aktarılmadıkça modelleme yolu ile bir şekilde sosyal öğrenmeden bahsedilmektedir. Suçlu davranışın hangi koşullarda öğrenilip öğrenilmeyeceği konusunda yetersizliği sınırlılıklarıdır (14).

İnsan davranışlarının denetimi üzerine odaklanan kontrol teorisi Travis Hirschi tarafından toplum ile birey arasında bağların zayıfladığı veya koptuğu “sosyal bağ” konusuna odaklanmıştır. Dört bileşenden; aile, arkadaş, eğitim kurumları ve akran grubuna bağlılık ilişkileri düşükse suç davranışında artış gözlenir (12, 13).

Etiketleme teorisinde ise bireyin suçlu davranışı toplum tarafından dışlanması ile sonuçlanır. Dışlanma duygusunun sonucu olarak topluma yabancılaşan birey suçlu gruplara yaklaşım göstermektedir (12).

2.1.1.4.c. Sosyal Çatışma Teorileri

Toplum içinde oluşan çıkar çatışmalarını teorinin merkezine alır. Fikrin babası kabul edilen Karl Marx çatışan öğelerin itici gücü ile çatışmanın ortaya çıktığını savunur. Teorisi kapitalist toplumdaki sınıf ayrılıklarını merkeze alır. Dünya kaynaklarını elinde tutan burjuva ve aristokrat sınıfı ile işçi sınıfı arasında kaynakların adaletsiz dağılımından suç davranışı ortaya çıkmaktadır. Adalet sistemi alt tabakayı suçlu hale getirirken, zengin tabakanın güç ve kaynaklarının devamlılığını sağlar. Toplumun bütününe yayılan zenginlik ile suçun ortadan kalkacağını savunur (8).

Alan yazında suç davranışı tek faktörle değil, çoklu faktörler ile açıklanmaktadır. Suç davranışının neden olan faktörler yaşam koşulları, yaşanılan çevre, işsizlik, aile arkadaş ilişkileri, madde kullanımı, psikolojik faktörler, geçmiş suç davranışı, geçmişte cinsel veya fiziksel taciz mağduru olmak, genetik anormallikler, fiziksel anormallikler, beyin tümörü, kan kimyasındaki değişmeler, iç salgı bezleri anormallikleri, yetersiz sosyalizasyon, taklit, öğrenme, ekonomik problemler gösterilmektedir (17, 45, 46, 47).

Suçun bir ödül mekanizması ile mi işlendiği yoksa suçun ortaya çıkmasına neden olan koşulların varlığının mı suçun kaynağını oluşturduğu hala tartışılmaktadır (17, 46, 47). Belirli genel kişilik özelliklerinin suça eğilimi etkilediği görüşü hâkimdir. Miller ve Lyman'a göre suçlu bireyler empati yoksunu, kindar, kıskanç, dürtülerini kontrol edemeyen bireylerdir. Anormal psikolojik özellikler gösteren psikopati davranışlarına sahip bireylerin suç işleme eğilimleri bulunmaktadır. Sevgi bağından yoksun kalan çocukluk travmaları, nörolojik bozukluklar ve beyin anormalliklerinin bu bireylerde psikopat kişiliğin oluşumunda etkili olduğu düşünülmektedir (15).

2.1.2. Suç Tahmini ve Önleme

Suç önlemede suç tahmini kriminal gelecekteki gelişmeyi kesin olarak açıklamaya kavuşturamaz. Fakat suç profilaksisi saf suçla önleyici mücadeleye bir açıklama getirir. Suç önlemede amaç birazda suçun kontrolünü sağlamaktır. Suçun kontrolü Ceza Hukuku'nun sosyal kontrol aracıdır. Polis, ceza yargısı ve infaz kurumları bu görevi üstlenmektedir (48). Potansiyel failin korkutulması negatif genel önleme, hukuka sadakatin güçlendirilmesi pozitif önleme olarak tanımlanmaktadır. Negatif önleme genel bir kişiyi tekrardan korumayı, pozitif özel önleme ise failin

yeniden sosyalleşmesini ifade eder. Cezanın aktüel kesinliği ne kadar büyükse cezanın korkutucu etkisi o kadar büyük olur. Hangi yaptırımın, hangi suçluya, hangi şartlar altında etki edeceği önemlidir (10). İngiltere’de ceza yargılaması Almanya’ya göre daha hızlı sonuçlanmasına rağmen bu suçu önleyici bir etki yaratmamıştır (10).

Gençlik ve yetişkin suçluluğunu önlenme faaliyetleri aile ve okulda başlar (48). Malmö Üniversite hastanesinde zihinsel bozukluğu olan suçlular üzerine yapılan çalışmada erken başlangıçlı nörobilişsel ve davranış bozuklukları, çocukluk çağı sıkıntıları ve madde kullanım bozuklukları suçlu fenotipin oluşumunu yordamaktadır (49). Suçun önlenmesi açısından psikopatik değişiklikler gösteren çocukların ve gençlerin pedagojik tedavi programları kurumsallaştırılmalıdır (10).

2.2. Akıl Hastalığı ve Suç

2.2.1. Akıl hastalığı

Akıl kavramı biliş, zekâ ve iradeyi içine alan geniş bir kavramdır. Akıl hastalığı ise; davranış kalıpları, zihinsel deneyimler, bilişsel yeteneklerde işlevlerin bozulması ile ortaya çıkan bireyler arası farklılıkların uç boyutudur (6). DSÖ dünyada bir milyara yakın insanın akıl hastalığına sahip olduğunu ve sadece ABD’de yetişkin nüfusun %20’sinin bir tür akıl hastalığı yaşadığını bildirmiştir. (50) Dünya’da her 8 kişiden 1’i ruhsal bozukluk yaşamaktadır (51).

Psikopatolojide akıl hastalıklarını tanımlamak için Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-V) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan Hastalıkların ve İlgili Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırılmasının 5. Bölümü ICD¹ (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) yayınları ile uluslararası bir tanı dizgesi oluşturulmuştur (46, 48, 52). Fakat ceza sorumluluğu gibi konularda “yargı sahibi olabilmek için DSM-V tanı ölçütlerinin yanı sıra ek bilgilere de gerek duyulur.” açıklaması ile hukuki düzenlemede mevcut ihtiyacı karşılayamayacağını da eklemiştir (46). DSM-V ve Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) akıl hastalığı yerine zihinsel bozukluk terimini kullanmaktadır (52). Bazı yazarlar; zihinsel bozuklukta bir tür düzen eksikliğinden bahsedildiği fakat olması gereken

¹<https://icd.who.int/browse10/2019/en>

düzenin ne olduğu konusunda bir açıklama yapılmadığı gerekçesi ile tanı dizgelerini eleştirmektedir (53). Zihinsel bozuklukta, kişiler ideal bir ruh düzenine ulaşmakta başarısız mı olmaktadır? Yoksa istatistiki açıdan ortalamadan sapma mı göstermektedir? Ruhsal bozukluğa suç eylemi mi yol açmaktadır? Yoksa suça ruhsal bozukluk mu neden olmaktadır? sorularına açıklama getirilememektedir (53). Ayrıca ICD ve DSM-5 tanılama ölçütlerinin kategorik olması boyutsal olmaması yönünden yetersizlik gösterdiği gerekçesi ile tartışma konusu olmuştur (19).

Ülkemizde hazırlanan Ruh Sağlığı Yasa Taslağı'na göre ruhsal hastalık;

“Temel ruhsal işlevlerde, bedensel toplumsal ilişkilerde ya da işlevsellikte aksamaya yol açan psikoterapi, ilaç ya da diğer biyolojik tedaviler gibi müdahale gerektiren geçici ya da kalıcı ruhsal yetersizlik veya bozukluklardır.” Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, zararlı kullanım veya bağımlılığı kapsamaktadır. Ruh sağlığı ve akıl hastalığı yazımızda eş anlamlı kullanılacaktır.

DSM-5'e göre Ruhsal bozukluk;

“Ruhsal biyoloji ile ilgili ya da gelişimsel süreçlerde işlevsellikte bir bozulma olduğunu gösteren, kişinin biliş, duygu düzenleme ve davranışlarında klinik açıdan belirgin bir bozukluk olmasıyla belirli bir sendromdur.”

Öztürk ve Uluşahin'e göre ise ruhsal bozukluk;

“Kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında, değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik kalıplarının sürekli ve yineleyici nitelikte olup bireyin verimli çalışmasını ve kişiler arası ilişkilerini bozması ile karakterize bir tablodur” (19).

Doktrinde akıl hastalığı;

Kişinin anlama ve isteme yeteneği üzerinde etkili, patolojik, psişik, psikolojik, kalıcı veya geçici, iyileşebilir veya iyileşemez nitelik taşıyan her türlü sapkınlık olarak tanımlanmaktadır (5).

2.2.2. Akıl Hastalığı Sayılan Haller

Psikiyatrik sınıflamanın ilk dönemlerinde Kraepelin üç tip psikoz olduğuna inanıyordu: şizofreni, manik depresyon ve paranoya. Şu anda ise iki önemli tanısai sistem vardır. ICD-10 ve DSM-V akıl hastalığı tanısı koyabilmek adına belirli tanımlamalar ve ölçütler getirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından oluşturulan ICD-10 İstatistiksel Sınıflandırılmanın 5. Bölümü Akıl Hastalıkları ve Davranış Bozuklukları başlığı altında kabul edilen akıl hastalıkları şunlardır:

- Semptomatik olanlar dâhil tüm organik akıl hastalıkları; “*alzheimer, demans, amnezi, deliryum, beyin hasarı ve fiziksel hastalık kaynaklı oluşan diğer ruhsal bozukluklar ile davranış ve kişilik değişiklikleri*” (14, 47),
- Psikoaktif madde kullanımı nedeniyle oluşan ruhsal ve davranışsal bozukluklar,
- Şizofreni, şizotipal kişilik bozukluğu ve sanrısai bozukluklar,
- Duygudurum bozukluğu,
- Nevrotik, strese bağıli ve somatoform bozuklukları,
- Fizyolojik bozukluklar ve fiziksel faktörlerle ilişkili davranışsal sendromlar,
- Yetişkin kişilik ve davranış bozuklukları,
- Zekâ geriliğı (Mental retardasyon),
- Psikolojik gelişim bozukluğu,
- Genellikle çocukluk ve ergenlik dönemlerinde ortaya çıkan davranışsal ve duygusal bozukluklar,
- Tanımlanmamış zihinsel bozukluklardır.

Amerikan Psikiyatri Birliğı'nin Tanısai ve İstatistiksel El Kitabı DSM-I'den DSM-V'e kadar yayımlanmıştır (14). APA'nın beş eksenli tanısai istatistiksel el kitabı DSM-V'e göre akıl hastalıkları; (52)

- Eksen I: Klinik Bozukluklar (Majör Depresyon, Madde Bağımlılığı, Şizofreni),
- Eksen II: Kişilik Bozuklukları ve Zihinsel Yetersizlikler,
- Eksen III: Genel Tıbbi Durumlar,

- Eksen IV: Psikososyal ve Çevresel Sorunlar,
- Eksen V: Genel İşlevsellik, şeklinde sınıflandırılmıştır.

İngiltere’de hastaların yüksek güvenli hastanelere alınabilme kriterleri (Broadmoor ve Rampton gibi) DSM-V tanılarından birine sahip olmak ve toplum için tehlikelilik arz etmektir (14). Avrupa mahkemelerinde akıl sağlığının yerinde olmadığına dair hekim raporunun yanında zorunlu yatış için akıl hastalığının istemsiz yatış yapılacak derecede kalıcılığının şartı da aranmaktadır (54).

Bazı durumların ise akıl hastalığı sayılıp sayılmayacağı halen doktrinde tartışmalıdır. Bunlar; Hipnoz, uyurgezerlik ve canavarca his gibi durumlardır. Canavarca hissin ağırlaştırıcı nedeni oluşturup aynı zamanda akıl hastalığı gerekçesi ile indirim sebebini oluşturup oluşturmayacağı konusunda ortak görüş birliğine varılamamıştır (6, 47).

2.2.3. Akıl Hastalığı ve Suç İlişkisi

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin genel popülasyondan daha tehlikeli olup olmadığı sorusu literatürde sıkça irdelenmiştir (55, 56, 57, 58, 59). Akıl hastalığı ile suç arasında ilişki; hastanın bulunduğu toplumun şartlarına uyum sağlayamadığı zamanlarda kendini gösterir (50). Psikiyatride emosyonel gerginlik ile ilişkili olduğu düşünülen “duygusal saldırganlık” ve paranoid bozuklukta olduğu gibi düşüncelerden köklerini alan “düşünsel saldırganlık” akıl hastalarında saldırgan davranışı açıklama eğilimindedir (60). Algılama, anlama, dürtü kontrolü, dikkat gibi bilişsel yetilerde eksiklikler suç davranışına yatkınlık nedeni olabilmektedir (53). Daha önceleri toplumsal bağlamda meydana gelen şiddet olayları ile psikiyatri hastalarında görülen şiddet davranışları arasında paralel bir artış görülürken (55, 59, 61), son yıllarda akıl hastalarında artan suç eylemlerinin sorumluluğu deinstitutionalization sistemine atfedilmektedir (62, 63). Markowitz göre ABD’de bulunan psikiyatri hastanelerinde 100.000 kişi başına 300’den fazla yatak düşmekteydi. 2005 yılında ise bu oran 100.000 kişi başına 17 yatağa düşmüştür (14). 1970’de Finlandiya’da psikiyatrik yatak sayısı 20.000 civarındayken şu an 3500’e kadar düşmüştür (64). İngiltere’de toplum temelli modele geçiş süresinde 100.000 kişiye 30 yatak düşecek şekilde program planlanmıştır (65). Almanya’da toplum temelli yaklaşım sonrası yatak sayısı %50 oranında

azaltılmıştır (51). 1945'e kadar topluma oranla tutuklanma, akıl hastalığı olan bireylerde daha az görülürken, 1959 sonrasında tedavi sonrası ruhsal bozukluğu olanların suç davranış yaygınlığı toplum ile eşit seviyelere gelmiştir (62). 2000 yılından sonraki dönemde ise toplum örnekleme oranla artış gösterdiğini ileri süren çalışmalar vardır. *Ruh ve sinir hastalıkları hastane oranları 100.000 kişiye düşen en yüksek oranlar, 8.314 ile Japonya, 0.577 ile Norveç'tir. En düşük oranlar, 0.011 ile Türkiye ve Arabistan'dır* (52). Akıl hastalarının toplum içinde tedavi sürekliliğinin sağlanmasına yönelik uygulanan politikalar, hastaların yataklı tedavi kurumlarında yatış sürelerini kısaltmıştır.

Psikiyatrik hastalık tanısı bulunan kişiler ile hasta olmayan bireylerle karşılaştırıldığında şiddet davranışı akıl hastalığı olan bireylerde 2-4 kat daha yüksektir (66). Yataklı psikiyatri klinik sayılarının tüm dünyada azaltılmaya başlamasıyla akıl hastalarında suç davranışının arttığı (63,67, 68,69,70), özellikle psikoz hastalarının hastane dışında tedavi edilmesine yönelik bakış açısı arttıkça yatış süreleri kısalan hastaların daha fazla şiddet suçu işlediği ve tutuklandığı dikkat çekmektedir (68). Küresel olarak adli psikiyatri hastanelerinde 1999 yılında vaka sayısı 13.1 milyon civarındayken 2016 yılında 20.9 milyona ulaşmıştır (71). Pekin'de yapılan çalışmada şizofreni hastalarının 2011 yılından 2015 yılına insidansı, prevalansı ve saldırganlık davranışları önemli ölçüde yükselmiştir (57). Özellikle İngiltere ve Almanya artan akıl hastası sayısı ve ülkeye yüklediği mali bütçeden rahatsız ülkelerdir. Deinstitutionalization sonrası topluma oranla akıl hastalarında kişiye karşı ciddi suçlarda artış izlenmektedir (10, 58, 69). Akıl hastalarının toplum içinde tedavi edilmesi, tedavi ihtiyacı olan hastaların tedaviyi reddetmek hakkını beraberinde getirmiştir (14). Finlandiya'da adli muayenelerin sayısı azaldıkça psikotik mahkumların sayısı artmıştır (72).

Akıl hastalıkları ve suç ilişkisi hukuk ve tıp alanında da tartışmalı bir konudur (47). Anckarsäter'e göre psikiyatristler ceza hukukundaki sert cezalara optimist duruş sergilemektedir. Psikiyatrik tedavinin suç önlemeye yönelik beklentisi bulunmamaktadır. Asıl suçu öngörececek yordayıcılar psikiyatri dışıdır. Ruhsal bozukluk ve suç arasındaki illiyet bağıını deneysel olarak test etmek neredeyse imkânsız olduğundan pek fazla ampirik temel oluşmamıştır. Suç ve ruhsal bozukluk arasındaki nedensel rol kavramı epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen olasılıksal çıkarımlara dayanmaktadır (53). *"Ruhsal bozuklukların suça yol açtığı varsayılarak eylemde*

bulunan öznenin rolü ve bireysel sorumluluğu askıya alınmaktadır” (53). Kanun koyucuların ceza sistemleri adalet anlayışı üzerine inşa edildiği kanaati insanların suçtan kaçınma konusunda eşit olmayan şartlara sahip olması bakımından eleştirilmektedir. Cezaların bilimsel olarak belgelenmiş önleyici etkileri üzerine tasarlanması gerekmektedir. (53). Özellikle suç anına yönelik her hastalığın anlama ve isteme yeteneğinde, fiilin sonuçlarını öngörme yeteneğinde, işlev kaybına etkisine yönelik araştırmalar yapılmalıdır (46, 53).

Toplumdaki yaygın kanının aksine belli başlı bozukluklar ile suç davranışı arasında belirgin bir ilişki görülmektedir. Adli örneklemelerde şiddet ve suç davranışı ile daha yakın ilişkili olduğu düşünülen psikiyatri hastalıkları arasında psikotik bozukluklar baskındır (1, 2, 3, 4). Ruh sağlığı sisteminden bağımsız değerlendirme yapabilmek için toplum örneklemesinde psikiyatrik epidemiyoloji araştırma görüşmesi yapılan çalışmada psikotik belirtilerle şiddet arasında ilişki bulunmuştur (73).

Özellikle şizofreni ve pozitif sendrom gösterenler (74), zekâ geriliği, bipolar bozukluk, kişilik bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve dürtü kontrol bozuklukları suç ile ilişkili akıl hastalıkları arasındadır. Literatürde şiddet suçlarında en yaygın tanı şizofreni (%58), (%54,1) olarak karşımıza çıkmaktadır (75, 76, 77, 78). Şizofreni hastalarının kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu gibi psikiyatri eş tanı sahibi olma durumu suç davranışı açısından daha fazla risk oluşturmaktadır (33).

Şiddet suçu gösterenlerin; şizofreni spektrum bozukluğu ve kişilik bozukluğu tanı oranı %6-10 civarında iken, madde kullanım bozukluğunda bu oran %10’dan fazla tespit edilmiştir. Bu tanıları dışında akıl hastalığı olanların şiddet suçu işleme oranı ise %5 olarak bilinmektedir (79). Özellikle bipolar bozukluk ve şizofreni gibi ruhsal hastalığı olan kişilerin şiddete meylinin arttığı görülmektedir (80). Geçmiş suç öyküsü, alkol madde bağımlılığı ve tedavi uyumsuzluğu gösteren alt grubun ise daha tehlikeli bir tablo gösterdiği görüşü hakimdir (14, 56).

Literatürde ikinci sırada en yaygın tanı kişilik bozukluğu² (%47) (77, 78) olarak dikkat çekmesine rağmen ülkemizde yapılan çalışmalarda duygudurum bozukluğunun şizofreniden sonra ikinci sırada yer aldığı görülmektedir (4, 75, 76). Farklılığın ülkelere

² Kişilik bozukluklarının içinde en yaygın tür antisosyal kişilik bozukluğu ikinci sırada ise borderline kişilik bozukluğudur.

göre veya ülkemizde kişilik bozukluğu açısından gerekli psikometrik ölçümlerin yapılmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Akıl hastalarında suç eylemine hastalığın alevlenme dönemleri veya tetikleyici unsurların varlığının neden olma olasılığı yüksektir (81). Şiddet suçlularında dürtüsellik ve saldırganlık dikkat edilmesi gereken özelliktir. Sağlıklı bireylere oranla şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olanların saldırganlık ve dürtüsellik puanları daha yüksektir (82). Şizofreni tanılı bireylerin suç davranışı sıklığının oransal olarak en yüksek olduğu ve ana psikiyatri tanısına ek kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu tanısı alanların daha yüksek suç işleme oranlarına sahip olduğu bilinmektedir (76).

Ruhsal bozuklukların hepsi aynı şekilde şiddet ile ilişkili değildir. Hastalığın akut alevlenme döneminde hastalar daha fazla şiddet davranışı gösterebilirken remisyon döneminde şiddet davranışı göstermeyebilir. Mani hastaları da aynı şekilde manik dönemde daha fazla şiddet davranışı göstermektedir. Ruhsal bozukluk ile suç arasındaki ilişki ne olursa olsun diğer değişkenlerin heterojen etkisinin bir sonucu olma olasılığı da vardır. Klinik, hastane ve cezaevi örneklerinin yanlılığı, medya etkisi, düşük sosyoekonomik faktöre sahip ailelerde şiddete maruz kalma riskinin fazla olması, karışık değişkenlerin çokluğu şiddet suçu için risk faktörüdür (19). Değişkenlerin kontrol edilmesi ile şiddet suçu ile akıl hastalığı arasında ilişkiyi zayıflattığı fakat ortadan kaldırmadığı bilinmektedir. Sosyal, kültürel ve ekonomik iyileştirmeler yapmak ruhsal durumla ilgili yapılacaklardan daha kolaydır ve daha az mali yüke sahiptir.

Şiddet gösteren kişiler ruhsal bozuklukların belirtilerinden birinin şiddet olmasından dolayı kişi ruhsal bozukluğu ile tanımlanabilmektedir. 1952 yılında yayınlanan DSM-I'de listelenen bozuklukların sadece %2'si şiddet içermektedir. 1980 yılında yayınlanan DSM-III'de şiddet psikiyatrik bozuklukların %47'sinde yer almıştır. Ayrıca psikiyatrik bazı ilaçların (nöroleptik etkili ilaçlar) saldırganlığa yol açmak gibi yan etkileri olabilmektedir (14).

Kamu düzeninin sürdürülebilmesi adına kanunda suç olarak tanımlanan eylemlerden dolayı kişinin cezalandırılması esastır. Fakat Anayasanın kusursuz ceza olmaz ilkesi gereği fiilin kişiye isnat edilebilir olması diğer bir deyişle failin kusur yeteneğine sahip olması gerekir (5, 83, 84). Kusur yeteneği suç eylemi sırasında mevcut bulunmalıdır. Failin eylemden sorumlu tutulması için gerekli koşulların oluşmasına kusurluluk denir (5). Akıl hastalığı 5237 sayılı TCK'da kusurluluğu etkileyen ve

kusurluluğu ortadan kaldıran bir durum olarak değerlendirilmiştir (83). Kişilere suç davranışlarından dolayı sorumluluğun yüklenebilmesi için, failin suç fiilini; bilerek, isteyerek ve kusurlu bir davranışla ortaya koyması gerekir. Diğer bir deyişle failin yaptığı eylemin anlam ve sonuçlarını bilmesi, özgür iradesi ile gerçekleştirmesi, verilecek cezadan ders çıkarabilmesi ve sonuçlarını ayırt etme yeteneğine sahip olması gerekmektedir (5, 47). Failin suç fiili esnasında akli melekelerinin yukarıda bahsettiğimiz açılardan değerlendirilmesi ceza sorumluluğu veya ceza ehliyeti kavramı ile açıklanmaktadır (5).

2.2.4. Akıl Hastalığı, Ceza hukuku ve Ceza Sorumluluğu

Hukuk için en temel amaç adaletin sağlanmasıdır. Adaletin sağlanması ve kamu düzeninin korunması adına Devletler ceza yasaları uygulayarak ceza yetkisini elinde tutmaktadır. Ceza ile bireylerin toplum kurallarına uyması sağlanır (7). Toplumsal değerlere göre şekillenen suçun hangi eylemlere yükleneceği, nasıl bir cezai müeyyide uygulanacağı, hangi durumlarda ceza verilmeyeceği devletin tekelindedir.

Normatif bir bilim olan Ceza Hukuku'nda, ceza uygulanacak suç fiilinin faili olunabilmesi için bazı koşullar gerekmektedir. Bundan ceza ehliyeti kavramı ortaya çıkmıştır (5). Cezanın ölçüsü failin kasıt ve kusur derecesi ile işlediği suçun ağırlığıdır (10). Ceza hukuku yaptırımların orantılı olmasını ve bireyin yeniden topluma kazandırılmasını gerekli kılar. Bu nedenle suç eylemleri ve yaptırımları tanımlamayı yeterli bulmamış yaptırım uygulanacak kişinin suç davranışını iradi olarak gerçekleştirme koşulunu aramıştır (6, 10). Fiile iradenin katılması suçun manevi unsurunu oluşturmaktadır (5). Ceza sorumluluğunun esası iradi yetisine, manevi unsura ve kusur ilkesine dayanmaktadır. Kişinin işlediği fiilden sorumlu tutulabilmesi için kusurlu olması gereklidir. Kusurluluk maddi fiile neden olan iradenin, ödeve aykırı davranışdır. Suçun manevi unsuru kast ve taksir olmak üzere iki biçimde ortaya çıkmaktadır (5).

Temel cezanın belirlenmesinde, somut cezanın belirlenmesi duruşma hâkimine aittir. Ceza hukukunda hâkim tarafından temel cezanın belirlenmesi sırasında; ceza türünün belirlenmesi, kast veya taksirle işlenmesi, nitelikli hallerinin belirlenmesinden sonra yaş küçüklüğü ve akıl hastalığı gibi şahsi (subjektif) sebeplere ilişkin hükümler

uygulanır. Suç işleyenlerin sosyal ve psikolojik halleri cezanın kişiselleşmesi açısından önemlidir (50).

Ceza sorumluluğu, kişinin ceza normu içinde yer alan filleri işlemesi halinde, bu eylemlerinden sorumlu olup olmadığının tespiti. Özetle kişinin suç işleme açısından yeterliliğini sınıflar. Ceza sorumluluğunun temeli bilişsel yeteneklerdir (7). Hukuk literatüründe bilişsel yetenekleri tanımlamak için isnat yeteneği, ceza sorumluluğu, temyiz, kusur kavramları kullanılmaktadır (6). Kişinin kusurlu bir davranış göstermeye ehil olması isnat yeteneği ile açıklanmaktadır. Isnat yeteneği TCK'nın 31. maddesinde *“işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamaması, davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması”* şeklinde ifade edilmektedir (5). Anlama yeteneği suç tarihinde iyiyi kötüyü, haklıyı haksızdan ayırabilme yetisinin tam olmasıdır. Hukuka aykırı fiil olduğunu anlamış olması yeterli bulunmaktadır. Burada haksızlık oluşturma bilincini dışarıda bıraktığından dolayı görüş eleştirilmektedir (5). Davranışlarını yönlendirme yeteneği (isteme kabiliyeti), bireyin dürtülerini denetleyebilme kabiliyetine sahip olma yeteneğidir (85). Davranışlarını yönlendirme yeteneğinin bulunmaması; isteme yeteneği, iradesine hakim olamama anlamlarında kullanılmaktadır. İki kabiliyetten birinin önemli derecede azalması ceza sorumluluğunu kaldırırken, önemli olmayan ölçüde azalması ceza sorumluluğu doğurabilir (85). Bireyin sorumlu tutulabilmesi için isnadiyet ve kusurluluk olmalıdır. Kusurluluğun ön şartı isnat yeteneğidir. Isnat yeteneğinin unsuru fiil değil, failin kişisel özellikleridir (4). Diğer bir deyişle failin niteliğidir (5). Ceza sorumluluğu belirlenirken isnat yeteneğinin varlığı veya yokluğu tek başına yeterli değildir. Suç fiili esnasında isnat yeteneğinin eylem üzerinde rolünün belirlenmesi de gerekir (4,6) Kişinin davranışlarının sonucunu öngörmesi ve sonucuna katlanması hali kusurluluk (kast/taksir) olarak tanımlanmaktadır. *Ceza ehliyeti suç esnasında kendi iradesiyle, “şuur veya harekât serbestisini” tam olarak koruyarak meydana getirip getirmediği esasına dayanır.* Kişinin anlama, ayırt etme ve değerlendirme yeteneğinin kısmen veya tamamen yetersiz olması kusuru olmadığı, bahsi geçen eylem ise kusurluluğun bulunmadığı şeklinde yorumlanır. Ceza hukukunda kusurluluğu olmayan bir kişiye cezanın amacına ulaşamayacağı gerekçesi ile verilmemesi diğer alternatif yaptırımların uygulanması benimsenmektedir (6). TCK'da (m.20,31,32,33,45,56,57). Isnat yeteneğinden yoksun

kimselerin fiillerini suç, kendilerini suçun faili sayar. Fakat cezai müeyyideden muafiyet için kişisel bir nedendir (5).

Tüm insanların kusur yeteneğine sahip olduğu ceza hukukunda bir karine olarak kabul edilmektedir. Cezalandırmayı engelleyen kusurluluğun bulunmadığı haller yasalarda tanımlanmıştır. Ceza sorumluluğunu azaltan ve kaldıran sebeplerin bir kısmı subjektif, failin şahsında bulunan sebeplerdir. Akıl hastalığı, yaş küçüklüğü ve sağır, dilsizlik subjektif sebeplerdir. (49) Adli Psikiyatri açısından Ceza sorumluluğunu kaldıran haller; Yaş küçüklüğü, akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sağır ve dilsizlik, irade dışı alınmış alkol ve uyuşturucu madde etkisinde olmak şeklinde sıralanabilir (TCK). Akıl hastalıkları konusunda ceza sorumsuzluğunu gerektiren ölçüt fiilin işlendiği sırada failin irade ve hareket serbestinin mevcut olup olmadığıdır. Ayrıca *“Bir eylemin gerçekleştirilmesi sürecinde bilişsel yeti, düşünce ve davranışlar ayrıştırılmamakta, çocuklar ve kişilik bozuklukları dışında bütüncül olarak ele alınmaktadır”* (6).

Ülkemizde TCK’da “Ceza Sorumluluğunu Kaldıran ve Azaltan Nedenler” genel başlığı altında 31, 32, 33 ve 34. maddelerde isnat yeteneğini kaldıran ve azaltan nedenlere yer verilmiştir. Bunun dışında ayrı bir yerde isnat yeteneği tanımlanmamıştır. İtalyan Ceza Kanunu’nun 85. maddesine göre anlama ve isteme yeteneği olan kimse isnat yeteneğine sahiptir. Isnat yeteneğinin bulunmadığından bahsedilmesi için hem anlama hem de isteme yeteneğinden yoksun olması gerekmektedir (5, 86). American Law Institute ceza ehliyeti kavramı için temel kapasite kaybını yeterli bulmaktadır. Bilmek dışında bilmeyi de etkileyen duygusal sürece de vurgu yapar. İngiltere’de azaltılmış sorumluluk, ABD’de azalan kapasite akıl sağlığının bozukluğuna bağlı ceza sorumluluğunun olmadığı durumlar için kullanılmaktadır. ABD ve Birleşik Krallık gönüllülük esasına bağlı tedavi görme şartı ile tahliye verebilir veya başka şekillerde cezalandırabilir. Hawaii’de mental değerlendirme doğal laboratuvar ortamında yapılmaktadır. Polonya’da mahkeme ek değerlendirme talebinde bulunabilmektedir (14). Ceza Kanunu’nda, akıl hastalarının ceza sorumsuzluğunu Portekiz’de 20. madde, Ukrayna’da 19. madde, Arnavutluk’ta 17. madde de düzenlenmiştir (86).

Kişinin iradi olarak uyutucu, uyuşturucu madde veya alkol alması ve bu maddelerin etkisindeyken suç işlemesi halinde “ALIC Kuramı” (Actiones Liberae in Causa) açısından değerlendirilmelidir. Bilerek alınan alkol ve uyuşturucu madde isnat yeteneğini ne kısmen ne de tamamen ortadan kaldırmaz, fakat alkol ve madde kullanım

durumu tıbben bir akıl hastalığı sayıldığı durumlarda 57/7 madde uyarınca alkol, uyuşturucu ve uyarıcı madde bağımlılarına özgü güvenlik tedbirlerinin uygulanması gerekmektedir (5).

2.2.4.1. Çocuk ve Ergenlerde Ceza Sorumluluğu

Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne göre her birey 18 yaşını doldurana kadar çocuk sayılır. İrade serbestinden kısmen yoksun olan yaşı küçükler için ceza indirimi zorunludur (5). Çocuk adalet sistemi; çocuğun davranışları üzerinde kontrolünün kısıtlılığı nedeni ile çocuğu korumaya yönelik tedbirler olarak, çocuğu ceza adalet sistemi dışında tutmayı amaçlar (ÇKK, Anayasa 41.md. TCK 31.md.). Çocukların gelişme sürecinden dolayı ceza verilmeyeceği veya ceza indirimi uygulanacağı adalet sistemimizde yer almaktadır (6). TCK'nun 56. maddesi küçükler hakkındaki terbiye, ıslah ve tedavi tedbirlerinin kanun kapsamında olduğunu belirtir. ÇKK'nun 12. maddesi akıl hastası, suça sürüklenen çocuğun, TCK'nun 31. maddesi 1.ve 2. fıkrası kapsamında olan çocuğun çocuklara özgü güvenlik tedbirini gerekli kılar.

Biyopsikososyal gelişim basamaklarının yasalarda karşılığı yaştır. 18 yaşının bitişine kadar “yaşına göre ceza ehliyeti”, 18 yaşından sonra ise sadece “ceza ehliyeti” kavramı kullanılmaktadır. Yasalarda yaş sınırlılıkları; 12 yaş öncesi çocuk, 12-15 yaş arası ergenlik, 15-18 yaş aralığı adölesan, 18 yaş üstü ise yetişkinliktir (85). 12 yaş altındaki çocuklarda, çocukların kanunla ihtilafa düştüğü durumlarda bir ceza verilemeyeceği, 12 yaşını bitirmiş 15 yaşını bitirmemiş çocuklarda işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması durumunda cezai yaptırım uygulanmayacağı çocuklara özgü güvenlik tedbirlerinin uygulanabileceği hükmüne yer verilmiştir (TCK m.31). Ergenlikte çocuğun davranışlarının ayırımında olduğu kabul edildiğinden TCK 12-15 yaş aralığında çocuklar için sosyal inceleme yapılması gerektiğini, 15 yaş sonrası ise ceza indirimini öngörmektedir (6).

2.2.4.2. CMK'da Akıl Hastalığı

Ceza hukuku suçların yaptırımı ile ilgilenirken CMK failerin ortaya çıkarılması ve yargılanması hususunda esasları düzenler (10). 5271 sayılı CMK'nın 3. Bölümü “Gözlem Altına Alınma” başlıklı m.74/1 fıkrası şüphelinin akıl hastalığı tespiti, zamanı

ve suç esnasında kişinin davranışları üzerinde etkisini saptamak için resmi bir kurumda gözetim altına alınmasını ifade eder. Gözlem süresi üç haftadır. Sürenin yetmeyeceği kanaati oluştuğunda sağlık kurumu ek süre talebinde resmi olarak bulunur. Bu süre 3 ayı geçemez (6, 81, 85). Cumhuriyet Savcısı ceza ehliyetinin sübutu halinde şahsın cezalandırılmasını, ceza ehliyeti bulunmaması durumunda tıbbi şifa³ buluncaya kadar hastanede muhafaza ve tedavi altına alınmasına karar verilmesini talep edecektir. Gözlem amaçlı yatırılan hastanın TCK'nın 32. maddesinden istifade edip edemeyeceği saptanmaktadır. Kısaca adli mercilerce (mahkeme, savcılık) CMK 74. madde gereğince psikiyatri tedavi vermeden gözlem, psikometrik testler ve görüşmeye dayalı ceza sorumluluğuna kanaat oluşturma işlemidir.

“Madde 74 – (1) “Fiili işlediği yolunda kuvvetli şüpheler bulunan şüpheli veya sanığın akıl hastası olup olmadığını, akıl hastası ise ne zamandan beri hasta olduğunu ve bunun, kişinin davranışları üzerindeki etkilerini saptamak için; uzman hekimin önerisi üzerine, Cumhuriyet savcısının ve müdafinin dinlenmesinden sonra resmî bir sağlık kurumunda gözlem altına alınmasına, soruşturma evresinde sulh ceza hâkimi, kovuşturma evresinde mahkeme tarafından karar verilebilir.”

Ceza sorumluluğunun tayininde yasaklanmış eylemin varlığı, eylemin veya eylemsizliğin iradiliği, suç eylemi ile suç esnasında akıl sağlığı arasında bulunan zamansal kesişme dikkate alınmaktadır (5). Bu çerçevede suçun manevi unsurunun gerçekleşip gerçekleşmediğinden söz edilir. Akıl hastalığı olduğu iddiasında bulunan kişinin akıl hastalığına yönelik herhangi bir bulgusu yoksa olası temaruz⁴ dikkate alınmalıdır.

Genellikle şizofreni ve zihinsel engelli suçlulara ceza sorumluluğu verilmediği görülmektedir (88, 89). AŞEAH adli psikiyatri kliniğine gönderilen vakaların ağırlıklı olarak fiziksel saldırı suçu işledikleri ICD-10 tanı dağılımında ilk sırayı duygudurum bozukluklarının aldığı, sonrasında ise şizofreni ve sanrılı bozuklukların yer aldığı görülmektedir (90). Bakırköy ruh ve sinir hastalıkları hastanesine ceza ehliyeti saptanması için gönderilen olguların DSM-III-R tanı kriterlerine göre ceza ehliyeti

³ Sosyal şifa: tedavi sonrası toplum için tehlikeliliğin önemli ölçüde azaldığı ve ilgili mahkemece kontrol muayenelerin belirtildiği sağlık kurulu raporu verilme işlemi

⁴ Sahte hasta, hastalık taklit etme, DSM-5 sayımsama

olmayanların tanı dağılımında %32,8 ile şizofreni, %26,4 mizaç bozuklukları, %14,3 sanrısız bozukluk, %9,9 BTA psikoz, %5,5 organik akıl bozukluğu yer almaktadır (91).

2.2.4.3. TCK'da Akıl Hastalığı

Eski ve yeni TCK'da akıl hastalığı ceza sorumluluğunu azaltan veya tamamen ortadan kaldıran bir durum olarak düzenlenmiştir. TCK'nın 5237 sayılı yeni düzenlemesinde akıl hastalıklarına özgü güvenlik tedbirleri düzenlenmiştir (5, 81). TCK'da Genel Hükümlerin ikinci kısmında "Ceza Sorumluluğunu Kaldıran ve Azaltan Nedenler" başlığı ile 32. madde düzenlenmiştir (47).

Türk Ceza Kanunu m. 32/1 fıkrasına göre: *"Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur."* TCK'da akıl hastalığı ayırt etme gücünü etkileyen ciddi bir ruhsal bozukluğu ve zihinsel yetersizliği tarif etmektedir (85).

Burada ceza sorumluluğunun ortadan kalkması için akıl hastalığının bulunması, suç fiili sırasında akıl hastalığının mevcut olması ve akıl hastalığı ile algılama ve irade yeteneği arasında illiyet bağının olması gerekir. Suçun gerçekleştiği an kişinin psikiyatrik hastalığın etkisi altında olmaması ceza sorumluluğunu tam yapmaktadır. Akıl hastalığı tek başına ceza sorumluluğunu kaldırmamaktadır. Suç eylemi esnasında failin hastalığının davranışları üzerinde irade yeteneğini etkileyip etkilemediği esas alınır. Kusur durumunu etki etmeyen psikasteni, nevrasteni, histeri gibi bazı bozukluklar ceza sorumluluğunu ortadan kaldırmaz. Ceza sorumluluğunun olmaması hukuka aykırılığı ortadan kaldırmaz (5, 83).

Türk Ceza Kanunu m. 32/2 fıkrasına göre:

"Birinci fıkrafta 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. Mahkûm olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir."

TCK'nın 32. maddesinde kanun koyucu sorumluluğu azalmış olsa da kusur yeteneği ve ceza sorumluluğunun bulunduğunu kabul eder. Ceza indirimi veya uygulanan cezanın güvenlik tedbiri olarak uygulanmasına hükmetme takdirini hâkime bırakmıştır (5, 83). Ceza infaz süresi kısmen veya tamamen olacak şekilde koruma ve tedavi kararı verilir. Epilepsi, hafif zekâ geriliği, tıbbi nedenlere bağlı kişilik bozukluklarında bilirkişi yasanın bu maddesine göre rapor düzenleyebilir (85). TCK 57.maddesi akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri ve uygulama şartlarını içerir. Ceza sorumluluğu bulunmayan hastalar 57. madde gereğince yüksek güvenli kuruma koruma ve tedavi altına alınır. Yüksek güvenlik önlemlerine ihtiyaç duyan akıl hastalarının adli birimlerde yatırılarak zorunlu tedavi alması, taburculuk sonrası barınma, sosyalleşme ve boş zamanların yönetimi gibi ihtiyaçların karşılanması suç politikaları arasında sayılabilir (10). Hastaneden salıverilme yeniden suç işlememenin bulunmadığı yolunda raporla mümkün kılınmaktadır (TCK).

2.2.4.4. Kabahatler Kanunu'nda Akıl Hastalığı

5326 sayılı Kabahatler Kanunu m.11/2 irade yeteneğini etkileyen akıl hastalığı nedeniyle işlediği fiilden dolayı kişi hakkında idari para cezası uygulanmamaktadır. Kabahatler kanunu 11/1 *“Fiili işlediği sırada 15 yaşını doldurmamış çocuk hakkında idarî para cezası uygulanamaz”* (Mevzuat)

2.2.5. Akıl Hastalıklarında Adli Psikiyatri ve Bilirkişilik

TCK'da isnat yeteneğine etki eden akıl hastalıkları tanımına yer verilmeyip, sadece fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneğini kaldıran ve davranışlarını yönlendirme yeteneğini azaltan akıl hastalığı ifadesi kullanıldığından, bir akıl hastalığının cezai sorumluluğu kaldırıp kaldırmadığına yönelik tespitin, uzman psikiyatristlerce yapılması gerekmektedir. Hâkim akıl hastalığını araştırırken bilirkişilik kurumunun (CMK m.63) kanaatini almakla yükümlüdür (5). Yargı organları suç davranışı nedeniyle isnat ve kusur yeteneğini etkileyecek bir tıbbi durumun iddia edildiği, bilindiği veya şüphe duyulduğu hallerde adli tıp veya psikiyatri incelemesini talep etmektedir (6, 47, 83). Failde akıl hastalığı mevcudiyetinin var olup olmadığı, var ise suç davranışı esnasında irade yeteneğini kısmen veya tamamen ortadan kaldırıp kaldırmadığı soruları adli psikiyatristler tarafından cevaplanmaktadır. Uzman bilirkişi

raporunu normatif olarak belirleme görevi ise hâkime aittir (5, 6, 83). Tek hekim tarafından görüş bildirilebilmektedir. Fakat sağlık kurulu veya Adli Tıp Kurumu İhtisas Kurulu tarafından görüş bildirilmesi doktrinde tercih edilmektedir (6).

Bilirkişinin görevi suç anında, failin hastalık sürecinin aktif olup olmadığını değerlendirmektir. Genel soru hukuki ya da cezai sorumlulukta fonksiyonel azalmayı tespit etmektir (53).

2.2.5.1. Adli psikiyatri

Psikiyatri ruhsal hastalıkların ve tedavisinin bilimidir. Adli psikiyatri, psikiyatrinin hukuk ve psikiyatri arasındaki ara yüzde çalışan bir alt dalıdır (10). Ceza hukukunun akıl hastalıklarında koruma ve tedavi süreci adli psikiyatrinin çalışma alanıdır (53). Adli psikiyatri, ruhsal bozukluk tanılı kişilere tıbbi ve etik çizgide yarar sağlamak ve onların ruhsal bozuklukları nedeniyle oluşturabilecekleri kendilerine ya da çevrelerine yönelik zararı önlemeye katkı sağlamaya odaklanmış ve bu sayede toplum güvenliğini de gözetten bir psikiyatri alanıdır. Çoğu psikiyatri hekimi (%90,3) adli psikiyatrinin bir yan dal olarak tanımlanması gerektiğini düşünmektedir (92). Adli psikiyatri hastanelerinde insan kaynaklarının planlanmasında standart bir uygulama bulunmamakla birlikte eğitim programlarında uzmanlık alanı da bulunmamaktadır (93). Ruhsal bozukluğun suç nedeni kabul edilmesi adli psikiyatrinin temelini oluşturmaktadır. Fakat ampirik ve epistemolojik analizler suç ile akıl hastalığı arasında illiyet bağının netliğini tam olarak ortaya koyamamaktadır (53, 85).

Adli psikiyatri; başta nöroloji, yetişkin psikiyatrisi, çocuk ve ergen psikiyatrisi tarafından yasal çerçevede kişinin algılama yetisini etkileyen klinik durumu değerlendiren bilirkişidir (6). Motor işlevleri, duygu durum ve duygulanım, konuşma ve dil yeteneği, fiziksel görünüm, suç algısı değerlendirilmeye alınır. Adli psikiyatrik inceleme her olay için ayrı bir değerlendirme gerektirir. Bilirkişinin ceza hukukuna yardımcı olduğu nokta suçun manevi ögesinin gerçekleşip gerçekleşmediğinin belirlemektir.

Ülkemizde kurumsal olarak Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim Araştırma ve Şehir Hastanelerinde, Devlet Hastanelerinde, Adalet Bakanlığına bağlı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı ve Grup Başkanlıklarında, Üniversitelerin Adli Tıp Anabilim Dalları ve Psikiyatri Anabilim Dallarında adli psikiyatri hizmetleri sürdürülmektedir (6).

Ülkemizde Ruh Sağlığı Kanunu bulunmaması uygulama alanlarında standart olmamasına ve zorluklara neden olmaktadır (93). Ruh sağlığı yasası hala taslak halindedir. Mevzuatta yüksek güvenli hastane tanımı olmakla birlikte orta ve düşük güvenli hastalar aynı yerde tedavi edilmektedir (93).

Adli psikiyatrinin çalışma alanı ceza ve hukuki sorumluluğun belirlenmesi, fariki mümeyyizlik, madde bağımlılığının tespiti, travmaya maruz kalan kişilerin ruhsal bozukluklarını saptamaktır (6). Biz konumuz gereği Adli Psikiyatrinin ceza hukuku kapsamında yer alan işlevlerini akıl hastalığı yönünden derinlemesine değerlendireceğiz.

Akıl hastaları söz konusu olduğunda psikiyatrinin ceza hukukuna yardımcı olduğu nokta kişiye eylemi ile ilgili ceza verilebilmesi için tam bir akıl sağlığı halinde, eylemi bilerek ve isteyerek, eylemin doğuracağı sonuçların bilincinde olup olmadığının belirlenmesi yani suçun manevi ögesinin gerçekleşip gerçekleşmediğidir (46).

Kişinin eylemi sırasında bilişsel yetileri ve özgür iradelerini ortadan kaldıran veya etkileyen bir durumun varlığı ile ilgili şüpheye düşüldüğünde veya iddia edildiğinde yargı organları psikiyatrik inceleme yapılmasını talep etmektedir (6). Hâkimlerin psikiyatri uzmanlarından talebi akıl hastalığına bağlı failin ceza sorumluluğunda azalmayı veya tamamen ortadan kalkmasını tespit etmesidir (75). Doktrinde akıl hastalarını sınıflamalara tabi tutmanın, psikiyatrist ve yargıçların isim verdiklerinde sorunu çözdüklerine inandıkları yargısından kaynaklandığını, statik isimler sonucu verilen cezanın suçluyu cezalandırmaktan çok ismi cezalandırmak olduğu görüşü de hâkimdir (53). Lacan psikiyatristlerin akıl sağlığı yerinde veya değil şeklinde kategorik bir sınıflandırma yapmasının, kısıtlılığa neden olduğu görüşündedir (18). TCK'da algılama ve irade yeteneğinin azalmasının takdiri hukuki ve tıbbi açıdan zordur ve bu durum ceza hukukunun belirlilik ilkesi açısından sorunlu bir durumdur (83).

2.2.5.2. Adli Psikiyatrik Değerlendirme (Ruhsal Muayene)

Ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi aşamasında biyopsikososyal açıdan gelişim düzeyi, kişinin olay anında bulunduğu ruhsal durum, tıbbi ve kriminal öykü değerlendirilmeye alınır. Gelişim düzeyi adli psikiyatrik değerlendirmede yasal olarak karşımıza yaşı çıkarır. Kişinin yaşı üzerinden çocuk, ergen, yetişkin ayrımı ile algılama

ve anlama yeteneği değerlendirilir. Ruhsal durum muayenesi akıl sağlığının yerinde olup olmadığı, ruhsal bir hastalığı var ise suç sırasında hastalığın aktif atak döneminde bulunup bulunmadığı, yaşam öyküsü, bedensel hastalıkları, alkol madde kullanımı, kişilik özellikleri, dava dosyası, suç ve cezaevi geçmişi değerlendirilmeye alınır. Ayrıca nceki suçların niteliği adli psikiyatri değerlendirilmede suç zamanına göre yapılır (85).

Ceza sorumluluğunu belirlemek amacıyla ruh sağlığı hekimi tarafından yapılan ruhsal muayene tıbbi ve kriminal öykünün değerlendirilmesini kapsamaktadır. Bahsi geçen olaya dair zaman, mekân, koşul, niteliği ve süreç bilgileri incelenerek olay öncesi, sırasında ve sonrasında algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğini etkileyecek klinik bir tablonun bulunup bulunmadığı değerlendirilir. Geçmiş suçlarına dair bilgilere de adli dosyalardan ulaşılmaya çalışılır. Ruhsal muayene de öncelikle fiziksel görünüm ve dışa vurum davranışları, yaşına uygun gelişim, giyim tarzı, engellilik durumu, yaralanma durumu değerlendirilir. Alkol-madde kullanımına dair şüpheli durumda etanol ve madde düzeyleri değerlendirilir. Nörokognitif test, EEG, beyin görüntüleme, MMPI, IQ testi, motor işlevleri, hareketler, tikler, denge bozuklukları, ince motor becerileri, duygu durumu, konuşma ve dil özellikleri, kendini ifade edebilme yetisi, göz teması, aile ve akran ilişkileri, ilişki kalıpları ve sosyal etkinlikler, bellek, bilinç, zekâ, i gr ve yargı işlevleri açısından değerlendirilir ve adli rapor düzenlenir. Bireylerin hastalık yükü ve suçlu psikopatolojisini ölçmek için psikometrik testler uygulanmalıdır. Adli psikiyatride şiddet riskinin belirlenmesi ve mükerrer suçun öngörülmesi açısından kanıta dayalı ölçekler önemlidir. HCR-20, Taylor suç şiddet riski derecelendirme araçları şiddet davranışının değerlendirilmesinde, PCL-R psikopati değerlendirilmesinde DUNDRUM-1 adli hastane ortamında yatış süresi ve tecrit değerlendirmekte kullanılmaktadır (94, 95). Değerlendirme sonucunda bilişsel yetilerini tamamen ortadan kaldıran veya etkileyen nörolojik veya psikiyatrik bir hastalığı olduğu kanaatine varılırsa TCK 32/1 maddesi gereğince kişiye ceza verilmez veya bilişsel yetileri kısmen ortadan kalkmışsa TCK 32/2 gereğince azaltılmış oranda ceza verilir (6, 85). Suçlu bireylerin akıl muhakemesi değerlendirilmeleri farklı uzmanlar tarafından tutarlılık göstermelidir (14). Tehlikelilik değerlendirilen hastanın; hastalık şiddeti, i görüsü, tedavi uyumu, tedaviye erişimi, silaha erişimi, kriminal evre, suçun niteliği ve şiddeti klinik yanıtın dışında gözetilmesi gereken etkenlerdir (6).

2.2.6. Ceza Sorumluluğunu Tam Etkileyen Ruhsal Bozukluklar

Tam akıl hastalıklarında faile ceza verilmez, 57/1 maddesi hükmünde düzenlenmiş güvenlik tedbirleri uygulanır (5). Zekâ gerilik düzeyi ve ruhsal bozukluk özellikleri suç eylemlerinin ortaya çıkması yönünden farklılıklar göstermektedir. Literatürde akıl hastalarının gösterdiği şiddet davranışları toplumda şiddet görülme sıklığı ile orantılıdır. Teplin polis kayıtlarından 2122 olgunun incelendiği çalışmada, akıl hastalarının suç oranları toplum geneli ile aynı çıkmıştır (59). Toplumda şiddet oranı arttıkça akıl hastalarında da pozitif yönlü bir artış görülmektedir. Ayrıca madde kötüye kullanımı, alkolizm ve ASKB'luklarında suç korelasyonu daha yüksek bulunmaktadır (6). Dezorganize ve ajite davranışın bir parçası olan sanrılar şiddet davranışının ortaya çıkmasında etkilidir. Sanrı, dezorganize düşünce, varsanı gibi pozitif psikotik semptomlar gerçeği değerlendirme yetisini kısmen veya tamamen ortadan kaldırır. Bu nedenle psikotik akut alevlenme döneminde olan hastalar sosyal şifa gerçekleşene kadar kendilerine ve çevrelerine zarar verme riskleri taşırlar (74).

Şizofreni, şizoaffektif bozukluk, manik atak veya psikotik özellikli depresyon, bipolar bozukluk, madde kullanımına bağlı psikoz, demans, ağır ve orta derecede zekâ geriliği kişinin algılama yeteneğini ağır düzeyde etkileyen ruhsal hastalıklardır (85). Hafif zekâ geriliği, epilepsi, kişilik bozuklukları, bazı psikozlar, ağır Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB) (ceza sorumluluğunu azaltan ruhsal bozukluklar olarak değerlendirilmektedir. Fakat psikiyatri tanısı tek başına ceza sorumluluğun kısmen veya tamamen ortadan kalkması için yeterli değildir. Her olay için hasta kendi olay dinamiğinde ve kapsamında değerlendirmeye tabi tutulmakta ve olay içeriğine bağlı ceza sorumluluğu değerlendirilmektedir (6, 85).

2.2.6.1. Psikozlar

Sanrılar, varsanılar nedeniyle bireyi gerçeklik algısından uzaklaştıran, iç dünyaları ile gerçeklik arasında bağın kurulmasına engel olan ağır akıl hastalıklarıdır. Psikozda kişinin gerçekle ilişkisi kesintiye uğramış veya kopmuştur (19). Psikozlar organik ve coşkusal psikozlar olarak sınıflandırılır. Organik psikozlar menenjit, beyin tümörleri, uyarıcı, uyuşturucu madde veya alkolden kaynaklanan beyin bozukluklarıdır. Coşkusal psikozlar ise işlevsel olan bozukluklardır. Başlıca psikoz türleri, şizofreni, manik-depresif bozukluk, demans, paranoya sayılabilir (19, 47). Psikotik bozuklukların

şiddet davranışı ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Olasılık oranı %2 ile %28 arasındadır (96). Bunlardan bir kısmına burada değinilecektir.

2.2.6.2. Şizofreni

Şizofreninin hastalık yükü oldukça yüksektir (71). Dünya çapında yaklaşık 24 milyon kişi etkilenmektedir (51). Oluş nedeni tam olarak aydınlatılamamış olsa da organik ve psikososyal olmak üzere iki ana başlık tartışıla gelmektedir. Günümüzde tek bir hastalıktan ziyade değişik klinik türleri ve etiyolojilere sahip bir bozukluk kümesi olarak görülmektedir. Eugene Bleuler 1911 yılında hastalık belirtilerinin 30-40 yaşlarında hatta daha geç ortaya çıkacağını belirtse de hastalık çoğu zaman gençlik yıllarında başlar (19).

Şizofreni artı belirtiler; fazlalık, aşırılık ve sapmalar olarak ortaya çıkan belirtilerdir. Eksi belirtiler ise normal işlevlerde azalma, eksiklik ve yokluk belirtileridir. Artı belirtilere sanrı, varsanı ve dikkat bozukluğu örnek verilebilirken, eksik belirtilere küntlük, konuşmada ve düşüncede fakirleşmeyi örnek verebiliriz (19).

Şizofrenide beyinin yapısal anormallikleri erkeklerde daha sık görülmektedir. Erken başlangıçlı şizofrenilerde kalıtımın daha etkili olduğu görüşü hakimdir. MR taraması sonuçlarında şiddet davranışı gösteren şizofreni hastalarının şiddet göstermeyen şizofreni hastalarına göre frontotemporal ağ anormallikleri görülmektedir (97). Suç işleyen şizofreni hastalarına yapılan nöropsikolojik araştırmalar şizofreni olan hastaların ortalama zekâ seviyeleri akranlarından düşük olduğunu göstermektedir (19). Çok uluslu bir çalışmada adli ve adli olmayan şizofreni hastaları arasında eğitim ve işlem hızı en güçlü ayırmacılar tespit edilmiştir (98). Şiddet öyküsü olan şizofreni hastalarında düşük hafıza işlevi, sosyal öğrenme becerileri zayıf olmasına rağmen yürütücü işlev, dikkat ve işlem hızı hala tartışmalıdır (99).

Ceza sorumluluğu olmayan ve en sık suç işleyen hasta tanı grubundan biri şizofrenidir (100). Erkek şizofreni hastalarında şiddet içeren suça karışma oranları psikiyatri tanısı olmayan bireylerden 3.9-7.3 kat fazladır (101). Bazı şizofreni hastaları yüksek tehlikelilik ihtiva ederken, bazı hastalarda hiçbir tehlikelilik durumu ortaya çıkmamaktadır. Yüksek güvenli hastanelerdeki erkeklerin %71'i şizofreni veya diğer psikoz tanısına sahiptir (100). Suça yönelimde perseküsyon sanrısı, erkek cinsiyet, paranoid şizofreni tanısına sahip olmak, pozitif belirtiler, düşük sosyoekonomik düzey,

madde kullanım bozukluğu, ASKB ek tanılarına sahip olmak ve aktif sanrıların varlığı risk faktörleri arasında sayılmaktadır (60, 74, 101, 102). Şizofreni ve kişilik bozuklukları dışında psikiyatrik bozukluk tanısı alanların şiddet suçu gösterme oranı %5'in altındadır (79). Yatarak tedavi gören şizofreni hastaları ile yapılan bir metaanaliz çalışmasında düşmanlık ve şüphencilik %78,9, sanrılar %63,2, dezorganize davranış %26,3, işitsel halüsinasyonlar %10,5 ve geçmiş saldırganlık öyküsü %42,1 bulunmuştur (74). Suç türüne baktığımızda kişiye karşı suçlar işledikleri özellikle yaralama, öldürme ve öldürmeye teşebbüs suçları ile adli yargılamalarla karşı karşıya kaldıkları gözlenmiştir.

Türkiye örneğinde 3 yıl içinde adam öldürme suçu işleyenlerin içinde şizofreni tanılı hasta oranı %5,3'dür. Şizofreni tanılı bireylerde öldürme suçu gerçekleştirme riski %1,3 iken genel toplum örneğinde sıklığı %0,2'dir. Şizofreni hastaları genel nüfusa oranla iki kat daha yüksek oranda şiddet suçu işlemektedir (103). Swanson bu bakış açısının genel bir izlenim olduğunu nüfustan daha yaygın olmadığı görüşündedir (55).

2.2.6.2.a. Şizofreni ve Kalıtım

Birinci derece akrabalarda bir hastalık, ikinci derece ve toplumdakinden fazla görülüyorsa bozukluğun ailesel olduğu düşünülür. Şizofreni hastalarında birinci derece akrabalarda şizofreni riski 1.4 ile 16,2 arasında değişen oranlardadır. Eğer hem anne hem baba hasta ise bu oran %35-46 arasındadır. Ebeveynler sağlam fakat çocuklardan biri hasta ise kardeşlerde şizofreni riski %6,7-8,2'dir. Nüfusa oranla yakın akrabalar arası hastalanma riski 7-10 kat daha yüksektir. Akrabalık uzaklaştıkça oran düşmektedir. Şizofrenide genetik kalıtım önemli bir yere sahiptir (19).

2.2.6.3. Duygudurum Bozukluğu (Duygulanım)

Uyaranlar insanlarda farklı derecelerde duygusal tepkilerle birlikte algılanır. "Duygulanım (affect) bireyin anılara, düşüncelere, olaylara, uyaranlara duygusal tepki ile katılma yetisidir. Öfke, neşe, sıkıntı gibi. Duygudurum (mood) ise bireyin bir süre değişik derecelerde üzüntülü, öfkeli, taşkın duygulanım içinde bulunmasıdır" (19). Yaşamın akışı içerisinde günlük duygudurum dalgalanmaları normaldir. Fakat üzüntü, öfke, neşe, utanç gibi doğal duyguların aşırılığı duygudurum bozukluğunu

düşündürmektedir. Ruhsal bozukluklarda temel belirti duygulanım ve duygudurum ile ilgili ise bunlar duygulanım veya duygudurum bozuklukları olarak tanımlanır (19). DSÖ'ye göre 2019 yılında bipolar tanısına sahip olanların oranı 40 milyon civarındadır (51).

Duygudurum bozukluğu çökkünlük, mani dönemi, karma dönem ve bipolar bozukluk olarak genel bir sınıflama yapılabiliriz.

2.2.6.3.a. Çökkünlük dönemi

Derin üzüntü ve bunaltılı duyguduruma eşlik eden konuşma düşünce ve devinimlerde yavaşlama ile birlikte değersizlik, güçsüzlük karamsarlık, isteksizlik duygu ve düşünceleri ile kendini gösteren bir durumdur. Ruhsal olabildiği gibi organik ve madde etkisine bağlıda ortaya çıkabilmektedir (52). Alkol, opiyat bağımlılığı ile amfetamin ve kokain kesilmesi çökkünlüğe yol açabilir (19).

2.2.6.3.b. Mani dönemi

Genellikle ani başlar ve iki ay içinde yatıştır. Mani dönemin öncesi veya sonrasında majör depresyon veya hipomani dönemleri bulunabilir (52). Çökkünlük durumunun tam zıttı, aşırı neşe, coşku veya öfkeli bir duygudurum içinde devinim ve düşüncede hızlanma, büyüklük duyguları ve benlik kabarması ile kendini gösteren bir duygudurum bozukluğudur. Hastaneye yatırılacak derecede ağır taşkınlığın olmaması “hipomani” olarak isimlendirilir (19). Gece gündüz hareket halindedir ve yorulmak bilmez. Uygun olmayan cinsel eylemlere kalkabilir. Taşkın hareketler önlenmeye çalışıldığında öfke ve saldırganlık artar. Mani dönemde olan hastaların yarısında psikotik belirtilerde görülmektedir (19). Mani epizotta meydana gelen grandiyozite, öfke nöbetleri ile şiddet davranışı açısından risk oluşturmaktadır. Mani sürecinde cinsel taciz, hırsızlık ve dolandırıcılık suç türleri ile daha sık karşılaşmaktadır (104).

2.2.6.3.c. Karma dönem

Bazı dönemlerde çökkünlük ve mani belirtileri eş zamanlı olarak görülebilmekteyse de pek sık karşılaşılan bir durum değildir (19).

2.2.6.3.d. İki Uçlu ve İlişkili (Bipolar) Bozukluklar

Manik-depresif psikozun yeni adıdır. Yalnız mani dönemleri veya mani ve çökkünlük dönemleri ile karakterize, bireysel hemen her alanda işlevselliğin azalmasına sebep olan ruhsal bozukluk için iki uçlu (bipolar) bozukluk terimi kullanılmaktadır. Tek uçlu (unipolar) bozukluk ise yineleyici çökkünlük anlamını taşır. İki uçlu duygudurum bozukluğu kendi içinde bipolar I ve II olarak sınıflandırılmaktadır. Bipolar I’de mani ya da mani ve çökkünlük dönemleri, bipolar II’de ise çökkünlük dönemleri arasında ara ara hipomani dönemleri ile karakterize duygu durum bozukluğudur (19, 104). Bipolar I bozukluğun madde kullanımı, kişilik bozukluğu ve anksiyete ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu fakat alkol kötüye kullanımı ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir (104).

ABD’de NESARC ve NIAAA tarafından yürütülen çalışmada saldırgan davranış oranı bipolar I bozuklukta %25.34, bipolar II bozuklukta %13.58 bulunmuştur (104). Hastalığın suça yönelim odağında perseküsyon sanrısı, ajitasyon, irritabilite ve impulsif davranışlar, işitsel halüsinasyonların etkili olduğu saptanmıştır. Perseküsyon sanrı oranı %73.3 ile en sık etken olarak ortaya çıkmaktadır (105). Hastalarda iki veya daha fazla atak geçirmek, daha önce saldırganlık öyküsüne sahip olmak ve ilaç tedavisine uyumsuzluk şiddet davranışı ile ilişkilendirilmiştir (106).

Bipolar hastaların hem manik hem de depresif epizotlarına psikotik semptomlar eşlik edebilir (85). Psikotik belirtilerin olduğu duygudurum bozuklukları daha kötü bir tablo çizmektedir (19, 106). Suç işleyen ve psikotik bozukluk tanısı alan bireylerde %19.4 oranında bipolar bozukluk tanısı almıştır (107). Ayrıca mani dönemde bulunan hastaların öfke artışı adli olaylara karışma nedeni olabilmektedir (85, 106). Adli psikiyatriye yönlendirilen ruhsal bozukluk tanılı olup suç işleyen bireyler arasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin oranı %25 olarak bulunmuştur (105). Bipolar hastaların dahil edildiği başka bir çalışmada saldırgan davranış yaygınlığı %29.4 olarak bulunmuştur (106).

Ruh ve sinir hastalıkları hastanesi adli psikiyatri biriminde gözlem, tedavi ve koruma amacıyla DSM IV ölçütlerine göre bipolar I bozukluk tanısı alan hastaların aynı tanı ile suç öyküsü olmayan erkek hastaların karşılaştırılmaları ile elde edilen verilere göre adli kümesinde kontrol grubuna göre bekar olma oranı, işsizlik oranı, sosyal güvencesi olmayan ve meslek sahibi olmayanların oranı daha yüksek bulunmuştur. Öğrenim süreleri ise kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştır (108).

2.2.6.4. Zekâ Geriliği (Mental Retardasyon)

Genel olarak zihinsel fonksiyonlarda yetersizliği tarif eder. Nörogelişimsel bozukluklarda, anlıksal yetersizlik; gelişimsel evre sırasında başlayan, toplumsal ve uygulamalı alanlarda işlev eksikliklerini kapsayan bir bozukluktur. Akıl yürütme, öğrenme, sorun çözme, soyut düşünme, yargılama ve uyum işlevlerinde eksiklikler geçerli bir zekâ ölçümü ile doğrulanır. IQ seviyesinin 70 altında olması ile karakterizedir. Toplumda %1-3 oranında görülmektedir. DSM-V’de anlıksal yetersizlik kelimesinin kullanma sebebi Birleşik Devletleri’n zekâ geriliği terimini anlıksal yetersizlikle değiştirmiş olmasıdır. Ağır olmayan, orta derece, ağır, olarak gruplandırılarak hastalığın seyri, başlıklar altında sınıflandırılarak kavramsal, toplumsal ve uygulamalı alanda eksiklikler sunulmaktadır (52). Yaşam boyu süren bir durum kabul edilmesine rağmen, sonraki aşamalarda beyin hasarı, felç geçirme, bazı enfeksiyon hastalıkları, metabolizma hastalıkları (Fenilketonüri gibi) tedavi edilmezse zihinsel engellere neden olabilmektedir (14).

Ceza sorumluluğu açısından adli tıp kurul raporu düzenlenen suçlu MR hastalarının %26.1’ine sınır düzeyde mental kapasite, %58’ine hafif düzeyde zihinsel yetersizlik, %15.9’una ise orta düzeyde zihinsel yetersizlik tanısı verilmiştir (109). Hastaların yalnızca %10.1’inin ceza sorumluluğu tam bulunmuştur. Olguların %46.4’ü ceza sorumluluğu bulunmadığı, %43.5’inin ise ceza sorumluluğunun azalmış olduğuna kanaati varılmıştır (109). 1919’lı yıllarda zihinsel yetersizliği hafif düzeyde olan olguların %90’nının ceza sorumluluğu tam sayılmasına rağmen ilerleyen yıllarda bu bakış açısı değişmiştir (109).

Araştırmacılar 20. yy. başlarında suçun nedenlerine yönelik bedensel faktörlerden sıyrılarak ruha yönelmişlerdir. Bu dönemde zekâ ve suç arasında bağlantı kurulmaya çalışılmıştır. Zekâ seviyesi düşük olan bireylerin suç edimi ve suçun yaptırımlarını anlayacak düzeyde olmadığından kriminolojik davranışlarının ortaya çıktığı fikri ortaya çıkmıştır (47). Suç penolojisi zekâ profili düşük kişilerin suça yatkınlığından bahseder.

1960’lı yıllarda suç yordayıcılığı açısından mahkumlar ve suç işlememiş bireylerle yapılan karşılaştırmalı çalışmalar zekâ azlığı olan kişilerin doğuştan suçlu oldukları, şiddet ve tecavüz suçlarının yüksek olduğu, zekâ seviyesi yüksek kişilerin ise dolandırıcılık ve sahtekarlık suçları işlediği görüşlerini ileri sürdü. O dönem zekâ

testlerinin güvenilirliği tartışma konusu olmuştur. Zekâ testlerinin kriminoloji için yeterli olmadığı, ayrıca sadece zekanın suç sebebi kabul edilemeyeceği, kötü çevresel koşulların mevcudiyeti ve diğer değişkenlerin suça itici sebep oluşturduğunu savunur. Bu nedenle tam bir fikir birliğine varılamamıştır. Zekâ seviyesi suç sebebi değil vesile olarak görülmektedir (110).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, Finlandiya’da MR tanılı hastaların suç ilişkisi üzerine yapılan incelemede hastalarda en yaygın suç türünün kundakçılık olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca endeks suç esnasında neredeyse yarısının sarhoş olduğu ve çalışma örnekleminde hastaların yarısının alkol kullanım bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (111). Başka bir çalışmada yüksek, orta, düşük ve açık güvenli birimlerde bulunan MR hastalarının bulunduğu grup fark etmeksizin %50’sinin en az bir cinsel suç işlediği tespit edilmiştir. Gruplar arasında bulunan tek fark suçun detayı ile ilgilidir. En belirgin detay ise açık tedavi alan hastaların aksine yüksek orta ve düşük güvenli birimlerde hastaların suç esnasında silah kullanımına dair kayıtların bulunmasıdır (112). İsveç, İngiltere ve Kanada’da yapılan çalışmalarda yine cinsel suç işleme ve parafili teşhisine sahip olma olasılıkları yüksek bulundu (113, 114, 115). Ülkemizde yapılan çalışmada ise suçların sadece %13’ü insana yönelik olmayan suçlardan oluştuğu, saldırganlık ve yıkıcı davranışların yüksek olduğu görülmektedir (116). Suçun mağdurları ise yüksek oranda aile fertleri ve yakınlarından oluşmaktadır (109). MR olgularında dürtü kontrol eksikliği, cinsel deneyim eksikliği ve sosyal iletişim yetersizliğinin suç davranışına yönlendiren etkili içsel özelliklerdir (117).

MR Hastaların suç tekrarı oranı yüksek bulunmaktadır. Daha önceki suç öykülerini %64,4’ü fiziksel, sözel ve cinsel içerikli şiddet suçlarından meydana gelmektedir (109). Yüksek güvenli bulunan MR hastaların orta ve düşük güvenli tedavi edilen MR hastalarına göre eşlik eden kişilik bozukluğu (115) tanısı hem indeks suç hem de suç öncesi mahkûmiyeti daha yüksek bulunmuştur. Gruptaki tüm hastaların IQ açısından (75 altı) farklılığa sahip olmaması dikkat çekicidir (112). Meta analizler sağlıklı kontrollere kıyasla şiddet uygulayan hem ağır şizofreni hem de ASKB olan olguların daha düşük IQ ve yürütücü işleve sahip olduğunu gösterdi (118). Psikopatik özellikler ile agresif antisosyal davranışlar arasında pozitif bir ilişki ve Afektif PCL-R yönü ile zekâ arasında küçük bir negatif ilişki bulundu (119).

2.2.6.5. Kişilik Bozuklukları

Kişilik; bireyi başkalarından ayıran, kendine özgü olan, bilişsel değerlendirmelere dayanarak iç ve dış dünyayı uyum içinde geliştirmiş olduğu duyuş, düşünüş ve davranış örüntülerinden oluşur (19). Kişilik sınıflandırma çabaları çok uzun zaman önce başlamıştır. Hipokrat ve Galenos toprak, hava, ateş ve su ile ilişkili kara safra, kan, sarı safra ve balgam olmak üzere dört farklı mizaçta kişilik tanımlarken, Kretschmer beden yapılarına göre kişilik türleri tanımlamıştır. Jung ise dışa dönük ve içe dönük kişilik yapısından bahsetmiştir. Colinger'in kişilik modeline göre huy ve karakter olmak üzere iki temel bileşen vardır. Biyolojik ve kalıtsal yanı baskın olan huy kişiliğin duygusal özüdür. Kişinin tutumunu etkileyen karakter ise kişiliğin kavramsal özüdür. Çağdaş psikiyatride ise kişilik türleri gözlemlenebilir davranışlara göre sınıflandırılmaktadır (19). Kişilik tiplerini sınıflandırmaya yönelik ilk resmi girişim 1952 yılında DSM-I'in hazırlanması ile gerçekleşmiştir. DSM'lerin sonraki basımlarında da bu sınıflama geliştirilmiştir. DSM-V'e göre kişilik bozukluğu;

“Bireyin parçası olduğu toplumun beklentilerinden belirgin olarak farklılık gösteren, süreklilik arz eden içsel yaşantı ve davranışları ile karakterize olan bilişsel yapı, duygulanım, sosyal işlevsellik, dürtü kontrolü alanlarında iki ya da daha fazlasında belirginleşen, esneklik göstermeyen, çeşitli bireysel ve duygusal durumları kapsayan süregelen örüntü topluluğu olarak tanımlanmaktadır” (52).

Kişilik bozukluğu erkeklerde kadınlardan daha fazla görülmektedir. Ayrıca cinsiyete yönelik yaygınlık türü farklılaşmaktadır. Kadınlarda borderline ve bağımlı kişilik bozuklukları daha sık görülürken, erkeklerde paranoid, antisosyal, narsistik, şizoid, şizotipal ve OKB kişilik bozuklukları daha sık görülmektedir (19).

Kişilik bozukluklarında en sık görülen ortak özellikler; çocukluk veya ergenlikten devam eden ders almama, biliş, duygulanım ve dürtü denetiminde sapma ile topluma aykırı davranış, kendini çevreye değil çevreyi kendine uydurmaya çalışmak, değişmek istememek (ego-distonik), bilişsel yetilerde bozulma ve bu durumların ruhsal bozukluk ve madde etkisi ile açıklanamamasıdır (19).

Kişilik bozukluğuna eşlik eden ruhsal bozukluklar bulunabilir. Bu durumda ruhsal bozukluk tanısı eksen I, kişilik bozukluğu tanısı eksen II olacak şekilde tanımlanmalıdır. Kişilik bozukluklarının çoğunda çökkünlük, alkolizm gibi eksen I bozuklukları bulunmaktadır (120).

Kişilik bozukluklarının kalıtılabilirlik oranı %45 olarak bulunmuştur. Ayrıca psikanalitik kurama göre belirli gelişme dönemlerinde saplanmaya yol açacak aile tutumları kişilik bozukluklarının ortaya çıkmasında rol oynayan etkenlerdir. Ağır sosyal ve ekonomik sorunları olan alt kültür yoksul kesimde ASKB sıklığı yüksektir.

Kişilik bozukluğu olan kişi bozuk olan davranışları ile ilgili körlük yaşar, bu nedenle aile ve arkadaşlarından da bilgi alınmalıdır. Kişilik değerlendirilmesine yönelik yapılandırılmış ölçüm ve değerlendirme araçları bulunmaktadır. DSM-V, Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI), Eysenck Kişilik Envanteri gibi psikometrik ölçekler değerlendirme aşaması açısından en bilinenleridir.

DSM 5 kişilik bozukluklarını A, B, C ve diğer kişilik bozuklukları olarak kümelere ayırmıştır. Bunlar;

A kümesi kişilik Bozuklukları

- Kuşkucu (Paranoid) Kişilik Bozukluğu
- Şizogibi (şizoid) Kişilik Bozukluğu
- Şizotipi (şizotipal) Kişilik Bozukluğu

B Kümesi Kişilik Bozuklukları

- Antisosyal Kişilik Bozukluğu
- Sınırdaki (Borderline) Kişilik Bozukluğu
- Histriyonik Kişilik Bozukluğu
- Narsistik Kişilik Bozukluğu

C Kümesi Kişilik Bozukluğu

- Çekingen Kişilik Bozukluğu
- Bağımlı Kişilik Bozukluğu
- Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu

Diğer Kişilik Bozuklukları

- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kişilik Değişikliği
- Tanımlanmamış Kişilik Bozukluğu

Kişilik bozukluklarında dürtü kontrolünde ve duygu düzenlemede meydana gelen bozukluklar şiddet riskine neden olabilmektedir. Kişilik bozukluklarının her biri suça yön veren farklı özellikleri ile öne çıkmaktadır. Suç davranışı genellikle engellenmeye dayanma eşiği düşük ASKB ile ilişkilendirilmektedir (120). Fakat bu davranış örüntüleri paranoid, pasif agresif, narsistik, sınırda ve histriyonik kişilik bozukluklarında da görülebilmektedir (121). İmpulsif suçlarda; ASKB, sınırda kişilik bozukluğu, paranoid ve narsist kişilik bozuklukları risk unsuru olurken, cinsel saldırı suçlarında şizoid ve sadistik kişilik bozuklukları öne çıkmaktadır (122, 123).

Psikopati, antisosyal davranışın aşırı bir şekli olarak tanımlanmaktadır. Patridge 1930'da "Sosyopati" kavramını geliştirmiştir. Daha sonra "The Mask of Sanity" kitabında Cleckley "Psikopat" tanımını belirgin bir şekilde tanımlamıştır. Hoş olmayan uyaranlara fiziksel tepki vermediği veya az değişiklik gösterdiği bilinmektedir. Hapsedilmeden suç faaliyetinden kaçınmayı öğrenemezler. Bazı araştırmacılar psikopatiyi mental bir bozukluk olarak kabul etmez (14). ASKB DSM-V yer almaktadır. Psikopati ise, Hare Psikopati Kontrol Listesi tarafından psikolojik olarak tanımlanmıştır. ASKB ruh sağlığı ile ilgiliyken psikopati suç ile ilgilidir (14). Antisosyal kişilik özellikleri gösterenlerin çok azı psikopat olarak sınıflandırılır fakat psikopatların çoğu antisosyal kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini karşılar (124). En belirgin fark psikopatların ASKB'na göre daha zayıf duygu ve empati eksikliğidir. Psikopatlar genellikle itiyadi suç ile ilişkilendirilirler. Psikopatiyi değerlendirmek için en sık kullanılan ölçek psikopati kontrol listesidir (PCL-R).

Genel nüfusun yaklaşık %1'ini, hapisane suçluların %10-30'unu oluştururlar (28). Cezaevi popülasyonunda ise ASKB %50 ile %80 arasında görülmektedir. ZNF132, RPL10P9, CDH5 ve OPRD1 genleri psikopati semptomlarında etkin olduğu bulunmuştur. Proteom analizinde ise OPCML şiddet uygulayanlarda en yüksek protein olarak tespit edildi. Protein seviyelerinde meydana gelen değişiklikler insülin duyarlılığına ve glikoz metabolizmasına işaret etmektedir (28).

Genel olarak kişilik bozuklukları ceza sorumluluğunu ortadan kaldıran bir tanı değildir. Psikopat suçlular aslında genellikle işledikleri suçlardan yasal olarak sorumlu kabul edilir (46). Bazı uzmanlar psikopati suçlularına ceza indirimini uygulanması yerine daha fazla ceza verilmesi taraftarıdır. Diğer bir grup ise ahlaki gelişim aşamalarını

sağlıklı bir şekilde geçemedikleri için daha fazla ceza almak için uygun olmadıkları görüşündedir (14).

Suç tekrarı açısından kişilik bozukluğu yüksek risk oluşturmaktadır (41,125, 126). Kişilik bozukluğu tanılı bireylerden; hastaneden direk topluma taburcu edilenler ve daha az güvenli bir kademeli olarak taburcu edilenlerde yeniden hüküm giyme oranları arasında fark bulunmamıştır. Fakat gözetim koşulları olmadan topluma taburcu edilenlerde koşullu topluma taburculuğu sağlanan veya daha düşük güvenli birimlere sevk edilenlere göre daha yüksek hüküm giyme olasılığına sahip bulunmuştur (127).

İngiltere’de cezaevleri ve orta güvenli birimlerden yüksek güvenli birimlere sevk edilen olguların DUNDRUM-1 triyaj güvenli ölçeğine göre kişilik bozukluğu tanılı hastaların akıl hastalığı tanılı hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (35). Brezilya cezaevinde yapılan çalışmada hırsızlık, adam kaçırmak ve haraç ile ASKB arasında, cinsel suçlar ile sınırda kişilik bozukluğu arasında ilişki olduğu bulunmuştur (128). Gaziantep’te ceza hukuku kapsamında gelen olguların ASKB ve madde kullanımı tespit edilen olguların %53’ünde suç öyküsü saptanmıştır (68). Psikopati puanı yüksek olan şizofreni hastalarının şiddete başvurmaları daha olasıdır (129).

2.2.6.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Çocukluk çağı psikiyatrik bozuklukları içinde en sık görülenidir. Heterojen klinik özellikleri ile erken başlangıçlı ve yaşam boyu süren nörogelişimsel bir bozukluktur. Temel özellikleri dürtüsellik, dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik ile birlikte bireyin ergen ve erişkin döneminde de akademik başarısını, sosyal ilişkilerini ve yaşam kalitesini bozmaktadır. Hastalığın dikkat eksikliği belirtileri; uyarıların dikkati çabuk dağıtması, ödevlerden çabuk sıkılma, istikrarı sağlayamama ve etkinlikleri sık değiştirme eğilimidir. Aşırı hareketlilik belirtileri; amaçsız kıpır kıpırlık iken dürtüsellik belirtisi kuralları umursamamak, sıra bekleyememek sayılabilir (19).

DSM-V DEHB için üç alt grup tanımlamıştır. Bunlar; *dikkat eksikliğinin ön planda olduğu aşırı hareketlilik, dürtüsellik*in ön planda olduğu *tip ve bileşik tip*’tir (52).

DEHB 12-20 yaş arası yatıştığı, aşırı hareketliliğin onlu yaşlardan sonra kaybolduğu, dikkat eksikliğinin daha ileri yaşlarda ortadan kalktığı bilinmektedir. Fakat bu yatışma kısmı duygudurum ve kişilik bozukluklarının ortaya çıkışına neden

olabilmektedir. Hastalığın kötü gidişinin en önemli belirleyicisi hastalığa düşük zekâ ve davranış bozukluklarının eşlik etmesidir. Bu kişiler karşı gelme bozukluğu, duygudurum bozukluğu ve öğrenme bozuklukları, OKB, tik bozuklukları ek tanıları alabilirler (19).

DEHB erkek çocuklarında kız çocuklarından daha sık görülmektedir (19). Dikkat eksikliklerinde sağ yarı kürenin işlev bozukluğu olduğu ve %76 oranında kalıtıldığı ileri sürülmektedir. Dopamin almaç-4 geninin (DRD4) 7 tekrarlı alleli ile DEHB bozukluğu arasında ilişki bulunmuştur. Serotonin taşıyıcı geninin sorumlu olabileceğine dair çalışmalar mevcuttur. Doğum sırasında yaşanan sorunlar ve annenin sigara kullanması çevresel risk faktörleri arasında sayılmaktadır (19).

DEHB bozukluğu ve davranım bozukluğu gösteren çocuklarda ileri dönemlerde ASKB ve madde/alkol kötüye kullanım bozukluğu gelişime riski bulunmaktadır (19). Ergenlik öncesi dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik veya davranış bozukluğu tanısı konmuş çocukların bir kısmında, yetişkinlik döneminde mani dönemleri geçirdiği görülmektedir (19, 130).

DEHB olan hastaların özellikle saldırganlıkla ilgili suç işleme oranı yüksektir. Yargılamada bozukluk olmamasına rağmen dikkatin eksik olması ve dürtüsellik nedeniyle bireyin ceza sorumluluğunu etkilemektedir (130). Ceza sorumluluğunun azaltılmasında DEHB tartışmalı bir konudur.

2.2.7. Ceza Sorumluluğunu Geçici Etkileyenler Bozukluklar

Geçici psikiyatrik sorunlar mahkemeler tarafından daha karmaşık durumlardır (14). Ruhsal bozukluk ve MR dışında kişilerin bilişsel durumunu etkileyerek özgür iradesi ile karar vermesini ve davranışlarını yönlendirmesini geçici etkileyen dahili ve nörolojik kökenli durumlar olabilir. Hipoglisemi, hipertiroidi, ateşli ağır hastalılar, epilepsi nöbeti, zehirlenmeler, kafa travmaları, demans, huntington hastalığı, parkinson, uyurgezerlik, madde ve alkol etkisi altında kişilerin sağlıklı karar vermeleri etkilenmektedir. Organik kökenli hastalıklar, beyni dolaylı etkileyen metabolik bozukluklar ve kafa travmaları bireylerde dürtü bozuklukları ve öfke patlamaları nedeni olabilmektedir (6, 53). Yukarıda bahsi geçen akut tıbbi klinik tabloların kişinin ceza sorumluluğunu etkileyeceği kabul edilmektedir (85). Cinayet, adam öldürmeye teşebbüs ve yaralama gibi ciddi suçlar işleyenlerin %7,5'inde epilepsi öyküsü ve EEG'de

bozukluk saptanmıştır (60). Cinayet suçu işleyenler ile yapılan çalışmada epilepsi, travmatik beyin hasarı, demans gibi organik beyin hasarına bağlı prevalansın yüksek olduğu ileri sürülmüştür (33).

Dürtüsellik, psikotik bozuklukların yanı sıra kişilik örüntüsünün bir sonucu olarak ortaya çıktığı için ceza sorumluluğunu tam olarak ortadan kaldırmamaktadır. Fakat bazı dürtü kontrol bozukluklarında ceza sorumluluğunu kısmen azaltmaktadır. Kleptomani tanısı konduğunda çalma davranışı beynin yapısını ve işlevini bozan bir hastalıktan sonra gelişmişse (Parkinson, kafa travması, demans, epilepsi) ceza sorumluluğunu kaldırabilir. Dürtü kontrol bozukluklarında davranışları yönlendirme yeteneği azaldığından cezanın düşürülmesine gidilmektedir (130, 53). Dış çevre farkındalığının olmadığı dissosasyon, travma sonrası stres bozukluğunun bir sonucu olarak meydana gelebilmektedir. Bu durumu yaşayan birey yaptığı eylemden habersiz olabilir. Kanada’da 47 bıçak yarası ile eşini öldüren Bert Stone davası dissosasyon olgu örneğinde jüri kendilik kontrolünü kaybetmiş olduğuna kanaat getirirse de dissosasyon durumunu reddetmiştir (14).

TCK m.34 ise “*İrade dışı alınan alkol ve uyuşturucu madde etkisiyle işlediği fiilin hukuki anlam ve sonucunu anlayamayan ve davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye ceza verilmez*” denmektedir. Fakat kişinin kendi özgür iradesi ile aldığı alkol ve toksik madde ceza sorumluluğunu etkilemez. Ancak alkol ve madde bağımlılığına bağlı kalıcı amnestik bozukluklar, deliryum tremens, demans ve psikotik bozukluklar ceza ehliyetini kısmen veya tamamen etkileyebilmektedir. TCK 34/1 maddesi, TCK 32/1 maddesinde olduğu gibi ceza sorumluluğunun olmadığı değerlendirilir (6, 85).

TCK 57/6 işlediği fiil yüzünden hastalığı ile ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış kişiler yerleştirildiği YGAP hastanesinde düzenlenen sağlık kurulu raporu üzerine mahkûm olduğu hapis cezası aynı kalmak koşuluyla, infaz hâkimi kararıyla akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri uygulanabilir.

Ceza sorumluluğunu geçici etkileyen bozukluklar arasında geçen nörolojik ve nörodejeneratif hastalıklar nöronlarla ilgilidir ve tipik örnekleri epilepsi, demans, alzheimer ve parkinson hastalığıdır (14).

2.2.7.1. Epilepsi

En sık görülen kronik beyin hastalığıdır. Bireylerin %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde olmak kaydı ile dünya çapında 50 milyondan fazla insan epilepsi hastasıdır (51). Beyin sinir hücrelerinin anormal elektro-kimyasal boşalma yapması ile ortaya çıkan ve geçici bilinç kaybına neden olan nörolojik bir hastalıktır. Epilepsi ceza ehliyetinin belirlenmesinde zor bir tablodur. Epilepsi hastalarında davranış ve kişilik değişiklikleri görülebilmekte hatta ek psikiyatri tanıları eşlik etmektedir. Olgularda eşlik eden bir psikiyatrik bozukluk yoksa nöbetler dışında ceza sorumluluğu tam kabul edilir. Fakat ek psikiyatri tanısı ile birlikte sık nöbet meydana geliyorsa tartışmalıdır (19).

2.2.7.2. Parkinson

Striatal dopamin eksikliğinden kaynaklanan Parkinson hastalığı, 65 yaş üzeri nüfusun %2-3 etkileyen en yaygın nörodejeneratif hastalık olarak bilinmektedir. Altta yatan moleküler patogenezin; a-sinükleinproteostazisi, mitokondriyal fonksiyon, oksidatif stres, kalsiyum homeostazisi, aksonal taşınma ve nöroinflamasyon mekanizmaları olduğu düşünülmektedir (131). Teşhis anında hastanın dopaminerjik nöronlarının %60'ı kaybedilmiştir. Hayatta kalan dopaminerjik nöronlar yukarı doğru düzenlenir. Parkinson hastalarına motor semptomları dışında; depresyon, kognitif bozukluk, halüsinasyonlar, psikoz, uyku bozuklukları, anksiyete ve demans gibi psikiyatrik belirtilerde eşlik etmektedir (131). Parkinson hastaları cezaya duyarsız fakat ödüle aşırı duyarlı bir tablo gösterebilmektedir. Bu tablo özellikle risk durumlarında karar verme becerileri üzerinde etkili olmaktadır. Parkinson hastalığına frontal ve limbik işlevlerde bozukluğun neden olduğu düşünülmektedir (32).

2.2.7.3. Demans

Dünya'da yaklaşık 55 milyon demans hastası bulunmaktadır (51). Zihinsel işlevlerde yetersizlik olarak kendini gösteren demans doğrudan doğruya bir hastalık tanısı değildir. Bu nedenle nedene yönelik araştırmaların yapılması gerekmektedir. Yaşlı nüfusun artışı ile bunama olgularında da artış olmuştur. Alzheimer hastalığı, epilepsi, Parkinson hastalığı, kafa travmaları, metabolik endokrin bozukluklar ve beyin damar hastalıklarına bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Hasta çökkünlük, coşku veya

taşkınlık, apati, patolojik ağlama veya gülme gibi duygulanım belirtileri, deliryum, yönelim bozukluğu, dikkat dağınıklığı, görme ve işitme varsanıları ve bellek bozukluğu gibi bilişsel belirtiler göstermektedir. Bunamanın en belirgin bozukluğu üst düzey kortikal işlevlerdedir. Bunama tanısı için bellek bozukluğu mutlaka olmalıdır. Ayrıca afazi, agnozi, apraksi veya frontol lob yürütücü işlevlerde bozulmalardan en az birinin bulunması gerekmektedir. Genellikle kısa süreli ve akut bir durum olan deliryumun art arda meydana gelmesi sonucu kişide amnestik sendrom veya bunama yerleşebilir. Alzheimer tipi bunama en yaygın görülen türüdür. Düşünce içeriğinin bozulması adli olaylara karışmalarına neden olabilir (19).

2.2.8. Muhakeme Aşamasına Göre Akıl Hastalığı

2.2.8.1. Soruşturma Aşamasında Failin Akıl Hastalığına Yakalanması

Soruşturma aşamasında akıl hastalığı yönünden şüpheli veya sanığın gözlem altına alınmasına sulh ceza hâkimi karar vermektedir (87). Ayrıca failin akıl hastalığı bulunduğu tespit edildiğinde CMK m.171 uyarınca kovuşturmayaya yer olmadığına karar verilerek şüpheli hakkında koruma ve tedavi kararı verilmesi için Sulh Ceza Hâkimliğine başvurabilecektir (83).

2.2.8.2. Kovuşturma Aşamasında Failin Akıl Hastalığına Yakalanması

Kovuşturma aşamasında akıl hastalığı yönünden şüpheli veya sanığın gözlem altına alınmasına kovuşturmayı yürüten mahkeme hâkimi tarafından karar verilmektedir. Gözlem altına alma kararını talebe bağlı olmaksızın re'sen verebilir (87). Ayrıca CMK m.223/3-a akıl hastalığı, yaş küçüklüğü tespiti halinde failin kusuru bulunmadığından ceza verilmesine yer olmadığı kararı belirtilmiştir (83).

“Sanığın iyileşme durumu varsa CMK 233 uyarınca mahkeme akıl hastasının iyileşmesine kadar durmasına davanın durmasına karar verir.” CMK 74/5 akıl hastası olan sanığın iyileşmeyeceği anlaşıldığında davanın düşmesi kararı verilir. CMK 223/8 (81). Akıl hastalığı nedeniyle hükmü temyiz etme sürecini geçiren sanık CMK m.40 eski hale getirme talebinden faydalanabilir.

2.2.8.3. Hükümün İnfazı Aşamasında Akıl Hastalığına Yakalanma

5275 Ceza ve Güvenlik Tedbirinin İnfazı Hakkında Kanun'da m. 16'da hapis cezasının infazının hastalık nedeni ile ertelenmesi başlığı altında bu husus düzenlenmiştir.

“Akıl hastalığına tutulan hükümlünün cezasının infazı geriye bırakılır ve hükümlü, iyileşinceye kadar Türk Ceza Kanunu'nun 57'nci maddesinde belirtilen sağlık kurumunda koruma ve tedavi altına alınır. Sağlık kurumunda geçen süreler cezaevinde geçmiş sayılır.” (3) Yukarıdaki fıkra da belirtilen geri bırakma kararı, Adli Tıp Kurumunca düzenlenen ya da Adalet Bakanlığınca belirlenen tam teşekküllü hastanelerin sağlık kurullarınca düzenlenip Adli Tıp Kurumunca onaylanan rapor üzerine, infazın yapıldığı yer Cumhuriyet Başsavcılığınca verilir (Mevzuat).

2.2.9. Akıl Hastalarına Özgü Güvenlik Tedbirleri

Klasik okul ve pozitivist okulun düşüncelerinin harmanı ile ortaya çıkan eklektik okulda kişisel sorumluluk, ödetici ceza, sosyal tehlikelilik ve güvenlik tedbirleri başlıkları altında “çift peron sistemi” olarak ortaya atılan görüş ilk 1929 tarihli Yugoslav Ceza Kanununda etkili olmuştur. (16)

Ceza hukuku ihlalleri karşısında yaptırımlar iki izliliği takip etmektedir. Birinci yöntem ceza verilmesi iken ikinci yöntem toplumu tehlikeden korumayı amaçlayan güvenlik tedbirleridir. Güvenlik tedbirlerinin dayanağı geleceğe yönelik üstün kamu yararadır. Güvenlik tedbiri uygulamaları ile toplumun elde edeceği menfaat, güvenlik tedbiri uygulanacak kişinin menfaatinden üstün gelmektedir. Akıl hastalarına tedavi uygulanarak toplum için tehlikeliliği ortadan kaldırılmaya çalışılır. Ceza bakımından odak nokta fiil ve manevi sorumluluk iken güvenlik tedbirleri faili ve tehlikeliliğini esas almaktadır. Modern hukuk sosyal tehlikelilik durumunu saptamayı hedefler (4,10,83,84). Suç politikası ceza hukuku dışındaki önleyici tedbirlerin de devreye sokulmasıdır. Suç politikasında toplum ve her bireyin korunması, suçlulukla mücadele ve suçluluğun engellenmesine yönelmiş tüm devlet tedbirlerinin bütünüdür (10).

Özgenç güvenlik tedbirini; *“İşlediği suçtan dolayı kusurlu olup olmadığına bakılmaksızın, suç işleyen kişi hakkında veya suçun konusu ile veya suçun işlenmesinde kullanılan araçla ilgili olarak uygulanan, koruma veya iyileştirme amacına yönelik ceza hukuku yaptırımıdır.”* (133) şeklinde tanımlamıştır.

Artuk’a göre ise; “İşlenmiş olan tipik ve hukuka aykırı fiil karşılığında, failin gösterdiği tehlikelilik hali ile orantılı olarak mahkeme tarafından hükmedilen, esas itibariyle toplumun korunmasını amaçlayan ceza hukuku yaptırımıdır.” (84).

Akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirlerinin amacı iyileştirme ve korumadır. Güvenlik tedbirleri hükümleri cezadan ders çıkaramayacak kimseler için bir uygulama alanı oluşturmaktadır. Amacı acı çektirmek değil psikolojik nedenleri ortadan kaldırarak suç tekrarının önlenmesi ve toplumun korunmasıdır (9, 134).

İyileştirme kişinin ıslah edilmesini ifade ederken (Pozitif özel önleme), koruma, toplum için tehlike arz eden kişiden toplumu korumayı ifade etmektedir (Negatif özel önleme) (84). Akıl hastaları 3 grupta düzenlenmiştir. Fiili işlediği sırada tam akıl hastası olanlar, kısmi akıl hastası olanlar ve uyuşturucu ve uyarıcı madde bağımlısı kişiler. 57/1 gereğince tam akıl hastası olanlar herhangi bir sağlık kurumunda değil yüksek güvenli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınırlar. 57/6 maddesinde ise anlama ve davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olanlar için yüksek güvenli sağlık kurumunda mahkûm olduğu hapis cezasının bir kısmının veya tamamının akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak uygulanabilirliği yer almaktadır (5).

Akıl hastalarına cezasızlık uygulamak çok eski tarihlere dayanmaktadır. M.S.1.yy. Yusuf Has Hacıp’in Kutadgu Bilig adlı eserinde akıl hastasına kısas yapılmayacağından bahseder. Bimarhaneler o dönemde akıl hastalarının tedavilerine de bakmaktadır. Resmi olarak akıl hastalarının müşahede altına alınması ise Ceza Kanunname-i Hümayunu’nun 1858 tarihinde yürürlüğe girmesi ile başlamıştır (6). İlk defa Carl Stoos tarafından 1893 tarihli İsviçre Ceza Kanunu tasarısında hukuki yaptırımlardan bahsedilmiştir. 1950 yılında ceza hukuku ve cezaevi komisyonunun kararı ile güvenlik tedbirlerinin seçimi ve hükmü bilirkişi kanaatine istinaden mahkemelerin yetkisinde verilmiştir (134). Güvenlik tedbirleri ceza hukuku okullarında pozitivist ve klasik okulların çatışmasının bir ürünü olarak ortaya çıkmıştır. Pozitivizme göre nedenler bilinirse netice de bilinebilir. Dünyada her şey bir sebebe dayanmaktadır. Determinizm hür iradeyi ret eder. İnsana o kararı verdiren sebeplerin bir sonucu olarak fiil ortaya çıkmaktadır. Suç işlemek kişinin tercihi değil, daha somut sebeplerin sonucudur. Lombrosso ilk biyolojik şartı ortaya koyarak suçu antropolojik sebeplere dayandırmıştır. Enrico Ferri, Lombrosso’nun görüşlerini geliştirerek suç davranışının sebeplerini antropolojik, fiziki ve sosyal nedenlere dayandırmıştır. Hür irade sahibi

olmayan insanın manevi sorumluluğundan bahsedilmez. Bu nedenle suçların önlenmesi bakımından ceza tehdidi anlamlı değildir. Pozitivistlere göre toplumu müdafaa etmek için faile güvenlik tedbirine hükmedilebilir. Pozitivistlerin bugün ki ceza hukukuna katkısı sadece suçun ağırlığına değil, suç işleyen kişinin durumuna göre cezanın belirlenmesidir. Tüm bu katkılar güvenlik tedbirlerinin ceza hukukuna girmesi ile sonuçlanmıştır (84).

Güvenlik tedbirlerinin uygulanması bazı şartlara tabi tutulmuştur. Bunlar; (83,84)

- Toplum için tehlikeli halin bulunması gerekir,
- İşlenmiş olan fiilin varlığı sonrası, suç sabit olmalıdır,
- Kanunilik ilkesi gereği kanun tarafından öngörülmelidir,
- Orantılılık,
- Zaman bakımından uygulanmalı,
- Muhakeme sonucunda hâkim tarafından hükmedilmelidir.

Failin ceza hukuku normlarını ihlal edeceği ihtimali olan tehlikelilik hali için “sosyal tehlikelilik” ve “cürmi tehlikelilik” olmak üzere iki sınıftan bahsedilir. Tehlikelilik halini tespit etme görevi ise yargındır. Akli kusurlarından dolayı tehlikelilik hali kişinin yeni suç işleme olasılığıdır (84,134).

İkinci şart hukuka aykırı bir fiil gerçekleşmelidir. Teşebbüs aşamasında kalmış bir eyleme güvenlik tedbiri uygulanamaz. Fakat suç esnasında kullanılmak için hazırlanmış eşya ile ilgili müsadere tedbiri uygulanabilir. Kanunilik ilkesi (TCK m.2/1) gereği kanunda yazılı cezalardan başka cezaya hükmolunamaz. Güvenlik tedbirleri kusur ilkesi ile değil orantılılık ilkesi ile sınırlandırılmıştır. Faile uygulanacak güvenlik tedbiri ile failin tehlikelilik durumu arasında orantı aranır. Anayasa’nın 19. maddesi gereğince kişinin hürriyetinin kısıtlanması mahkemelerce verilmiş ceza ve güvenlik tedbiri sonucunda olabilmektedir. Mahkeme tarafından karara hükmedilmesi şartı ve son olarak zaman bakımından güvenlik tedbirlerinin tehlikelilik arz etmesinden dolayı derhal uygulanma anlayışı hakimdir (84). Güvenlik tedbirine ilişkin kanunlar lehte veya aleyhte olmadan hemen uygulanmalıdır. Bunun nedeni kusurun değil failin tehlikeliliğinin esas alınmasıdır.

Ceza kanunun genel hükümlere ilişkin yaptırımlar başlığı altında ceza ve güvenlik tedbirleri 53-60. maddeleri arasında düzenlenen bir ceza yaptırımıdır (84). Bu güvenlik tedbirlerinden 6. madde (çocuklara özgü güvenlik tedbirleri) ve 57. madde (akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri) çalışma alanımız içinde değerlendirilmektedir. Akli durumunun tespitine yönelik her olay için tayin edilen bilirkişi tarafından sürece özgü ceza ehliyetini değerlendirilmek hukuka uygundur (6, 47, 134).

5237 sayılı kanunun 56. maddesine istinaden çıkarılan Çocuk Koruma Kanunu'na göre Koruyucu ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmeliğin 16. maddesi beşinci fıkrasında, *“Sağlık kurulunca düzenlenen rapora göre toplum açısından tehlikeli olan suça sürüklenen⁵ veya korunma ihtiyacı olan akıl hastası çocuklar hakkında verilen sağlık tedbirinin yüksek güvenliqli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınmak suretiyle yerine getirileceği hüküm altına alınmıştır.*

Güvenlik tedbirleri şekillerine göre cezalarla birlikte, cezaya alternatif olarak veya tek başına tasnife tabi tutulabilir. Akıl hastalarına hürriyeti bağlayıcı olan cezaya alternatif olarak veya tek başına uygulanabilir. Zaman dilimi açısından süreli, süresiz ve geçici olmak üzere tasnife tabi tutulmaktadır (84). Güvenlik tedbirinin süresi hastanın tehlikelilik durumu ile orantılıdır. Hastanın sağlık durumuna göre hâkim tarafından geri alınabilir ve değiştirilebilir (5).

Günümüzde ceza sorumluluğu olmadığına karar verilen bireylere 5237 sayılı TCK 32/2 maddesi uyarınca hapis cezası yerine koruma ve tedavi amaçlı güvenlik tedbiri uygulanabilir. TCK 57/1 maddesi uyarınca da Yüksek Güvenlikli Birimlerde koruma ve tedavi altına alınır. Yargı mensupları kişinin ceza sorumluluğunun kısmen ortadan kalktığı durumlarda cezanın cezaevinde infaz edilmesine de karar verebilir. Toplum açısından tehlikelilik ölçütüne göre güvenlik tedbiri süresi belirlenmektedir. (5,6) İtalya, Brezilya ve Portekiz’de tehlikelilik halinin devamında tedbirlere hükmetmek zorunludur. Danimarka, Romanya, İsveç ve İngiltere tehlikeli durumu tespit eden hâkime güvenlik tedbirine hükmedip hükmetmeme takdiri tanır. Ülkemizde güvenlik tedbirlerine mahkeme karar verir. Güvenlik tedbirlerinin uygulanmasında

⁵Kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiası ile hakkında soruşturma veya kovuşturma yapılan ya da işlediği fiilden dolayı hakkında güvenlik tedbirine karar verilen çocuğu tanımlar.

İsviçre, Romanya ve İtalya herhangi bir suçun işlenmesini kabul ederken, Norveç ve kısmen İsveç gibi bazı ülkeler belirli suç tipleri ararlar. İsveç'te güvenlik tedbirine karar verme yetkisi mahkemeye ait olup özel bir komisyonun müsaadesini almak zorundadır (134, 135).

Suç işleyen alkol ve madde bağımlısı kişilere güvenlik tedbiri olarak, bağımlılara hizmet veren kurumlarda tedavi altına alınma kararı verilebilir. Bu kişilerin tedavisi alkol ve madde bağımlılığının tedavisi tamamlanana kadar devam eder. (TCK 57/7) (6). Cezalardan farklı olarak kusur aranmaz ve güvenlik tedbiri süresi kanunda belirtilmemektedir (5, 9, 84). TCK'da güvenlik tedbirlerinin her biri kendi yapısına uygun şartlara bağlanmıştır. Çocuklar ve akıl hastaları için farklı şartları içinde barındırmaktadır (84). Tedbir kararını yalnızca mahkeme kaldırabilir (5).

2.2.10. Dünya'da Adli Psikiyatri Sistemi

Orta Çağ'ın ve Rönesans'ın delisinde, büyü ve dinsel anlamların içerisinde sıkışıp kalmış, 18. yy. sonlarına kadar, akıl hastalarına karşı insanların tutumu ana hatlarıyla böyle kalmış; 19. yy. başından itibaren, tıp kendini eski geleneklerden, dini etkilerden ve dini otoritelerden kurtarmaya başlamıştır (47).

Dünyada 1800'lü yıllardan 1960'lı yıllara kadar akıl hastalıklarında tedavi modeli hastane temelli olan depo hastane modelidir (65). Dünyadaki ilk adli psikiyatri yataklı kliniği 1815 yılında Londra'daki Bethlem Hastanesinde James Hadfield isimli kişinin hezeyanları doğrultusunda 1800 yılında Kral III. George'a ateş etmesinden sonra kurulmuştur (136). Bu dönemde akıl hastaları hücrelere kapatılarak tedavi edilmeye çalışılmaktadır.

Dünyada ruh sağlığı alanında üç hizmet modeli kullanılmaktadır. En eski model olan hasta temelli model 1800 ile 1960 yılları arasında kullanılmış sonrasında tedavi kurumlarının kalabalıklığı ve hasta hakkı ihlallerinden dolayı terk edilmiştir. Türkiye'de bu model hastaların atak dönemlerine odaklanmaktadır. Hastaların kontrolleri ve denetimleri sistem içinde yer alamamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011:21). Toplum temelli modelde akıl sağlığı hizmetlerinin kurumlardan toplum temelli ortamlara kaydırılması ile başlamıştır. Coğrafi temelli olup, tanımlanmış bölgeye ruh sağlığı ekibi ile verilen hizmettir. Üçüncü model toplum-hastane denge modelinde tüm akıl hastanelerinin kapatılarak ruh sağlığı hizmetlerinin ülkeye yayılmasını kapsamaktadır

(137). Günümüzde toplum temelli model ve toplum-hastane denge modeli kullanılmaktadır. Hastane temelli yaklaşımda bütçe devlet tarafından finanse edilirken toplum temelli yaklaşımda yerel yönetimler ve sosyal hizmetler tarafından finanse edilmektedir (65). Toplum temelli model, bakımı geleneksel hastanelerde vermek yerine kişinin aşına olduğu yaşadığı çevrede sunmayı hedefler, TRSM bakım kurumlarına örnek verilebilir (65). İtalya gibi toplum temelli hizmet anlayışını benimseyen ülkeler adli psikiyatri hastanelerini tamamen kapatmıştır (93).

Avrupa’da ruh sağlığı sistemleri arasında farklılıkları değerlendirdiğimizde; İngiltere, İtalya, İspanya bölgelerinde ruh sağlığı hizmetlerinin daha fazla topluluk odaklı, Avusturya Norveç ve Finlandiya’da hastane bakımının daha yüksek odaklı olduğu toplum odaklı sistemler belirlenirken, Fransa hastane temelli bir sistem kullanmaktadır. İngiltere ve İtalya toplum ruh sağlığı hizmetlerinin gelişiminde öncü ülkeler olmuştur (138). Romanya toplum modeline geçiş aşamasındadır (139, 140). Hollanda’da her bölgeye ait adli psikiyatri servisi bulunmaktadır (141). Avrupa birliğine giriş süreci ile birlikte Yunanistan 5 ruh sağlığı hastanesini kapatarak, yatak sayılarını da azaltmıştır.

Ülkeler kendilerine özgü adli psikiyatrik uygulamalar geliştirmiştir. Özel sektör ve kamu tarafından desteklenen hastaneler olduğu gibi, cezaevi kampüsleri içerisinde hizmet sürdüren ülkeler de bulunmaktadır (93). Bazı ülkelerde cezaevinden ve mahkemelerden gönderilen hastalar ile toplum içinden gelen riskli hastalar ceza ehliyeti olsun ya da olmasın aynı ortamda tutulurken, bazı ülkelerde cezaevi için farklı kurumlar, yargılanma sonucunda zorunlu tedavi kararı verilen suçlu psikotik hastalar, zekâ geriliği, madde bağımlılığı, cinsel suçlular ve ASKB olanlar için ayrı servisler içeren büyük hastaneler ya da ayrı birimler kurulmuştur (142). Özetlersek akıl hastası suçlular cezaevi hastanelerinde, genel hastanelerin psikiyatri bölümlerinde veya adli psikiyatri hastanelerinde tedavi edilmektedir. Bazı hastanelerde sadece suç işleyenler değil, agresif tavır gösteren veya gösterme riski yüksek olan hastalar da adli hastanelerde tedavi altına alınmaktadır (143). Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile ruhsal hastalıklara yapılan harcamaların doğru orantılı olduğu görülmektedir (137).

Ruh sağlığı hastanelerinin dört güvenlik derecesi vardır. Açık psikiyatri, düşük güvenli, orta güvenli ve yüksek güvenli servisler olarak sınıflandırılmıştır. Adli psikiyatri hastalarının yargılaması için özel bir mahkeme yoktur. 1990’lı yıllarda yüksek

güvenlikli hastaların ihtiyaç değerlendirilme çalışmaları üzerine hastaların üçte biri ile üçte ikisi arasında yüksek güvenlik gerekmediği tespit edilmiştir. Bu durum hızlandırılmış taburculuk programlarına neden olmuştur (77).

İstemsiz yatış için bazı ülkeler kendi ve toplum için tehlikelilik riski ararken, (Amerika, Avustralya, Fransa, Belçika, İsrail, Hollanda) bazı ülkeler sadece halkın tehdit altında olmasını göz önünde bulundurmaktadır. Kıbrıs Rum kesimi ve İrlanda zorunlu yatış için toplum tarafından kabul görmeyen davranışları yeterli bulmaktadır (144). Norveç, Japonya, İspanya, İngiltere, İsveç ve Hindistan zorunlu yatış için tehlikeliliği zorunlu tutmamaktadır (145). Norveç hariç birçok ülkede güvenlik tedbiri için karar yetkisi ve onların nevi tayininde hâkim yetkilidir. Belçika’da güvenlik tedbirine hükmetmek hükümete bırakılmıştır (134). Danimarka’da zihinsel bozuklukların mevcut yaygınlık oranı %64, İngiltere’de %62, İrlanda %62, Hollanda’da ise %54’dir (146).

2.2.10.1. Finlandiya

Finlandiya’da 5.4 milyonluk nüfusa sahip olup, sağlık hizmetleri kamu tarafından finanse edilmektedir. 1830’larda adli muayeneler hapisane doktorları tarafından yapılmaktaydı. 1840 yılında çıkarılan yasa ile diğer hastanelerden psikiyatri hastaneleri ayrıldı. Adli muayene yapan ilk hastane Lapinlahti hastanesi 1841’de hizmet vermeye başlamıştır. 1930’larda adli psikiyatri hasta sayısı artması ile 1970’li yıllarda hastane yatak sayıları doruk noktasına ulaştı (72). 1990 yılında genel hastanelerle, psikiyatri hastaneleri bütünleşmeye başladı. İlk adli psikiyatri kürsüsü 1983 yılında Doğu Finlandiya Üniversite’sinde kuruldu. Rehabilitasyon ve adli psikiyatri birimi 2015 yılında Helsinki’de kurulmuştur (72). Finlandiya’da sağlık sisteminden Sosyal ve Refah Bakanlığı sorumlu olmasına rağmen bölgesel olarak eyaletler sorumludur. Ülkenin ruh sağlığı yasası mevcuttur ve yasa hastaların zorunlu yatışını tanımlar. Zorunlu yatış için hastanın psikotik olması, hastalığı nedeniyle acil bakıma ihtiyaç duyması, kendi sağlığı veya diğer insanların sağlığı için tehlike oluşturması ayrıca diğer tedavi merkezlerinin hastanın tedavisini sağlamaya yeterli olmaması gerekli şartları oluşturmaktadır. Kişinin ciddi bir psikiyatrik bozukluktan muzdarip olmasına rağmen psikoz değilse kişinin ceza sorumluluğu azalmış sayılmaktadır. Ayrıca Wechsler Yetişkin Zekâ Ölçeği puanı 55 ile 70 arasında ise kısmen ceza sorumluluğunun olduğu düşünülebilir. Bu durumda

cezalarında %25 indirim uygulanmaktadır. Ömür boyu hapis cezası almamaktadırlar. Psikotik ve Wechsler Yetişkin Zekâ Ölçeğinden 55 altı puan alanlar yargılanmaz akıl hastanelerine tedavi altına alınırlar (147).

Finlandiya Yargı Usul Kanunu 17. Bölüm 37. Paragraf adli psikiyatri muayene kararı ile ilgilidir. Finlandiya Hukuku ceza mahkemesinin adli psikiyatrik muayene kararı için sanığın 1 yıldan fazla hapis cezası gerektiren bir suçla suçlanıyor olmasını şart koşmaktadır. Sanığın daha az ciddi vakalarda tedavi eden psikiyatristin raporu yeterlidir. Şiddet ve cinsel suçlar gibi ciddi suçlarda tam adli tıp muayene istenmektedir (72). Ceza Kanunu 39/1889'a göre, fail suçun hukuka aykırılığını, gerçek niteliğini ve davranışlarını kontrol etme kabiliyetini anlayamadıysa ceza sorumluluğu yoktur. Gözlem süresi ortalama beş hafta sürer. Değerlendirme en fazla iki ay sürer. Bu süre hastanın temaruz durumlarında çok ender olarak kullanılmaktadır (147).

Adli psikiyatrik muayeneler devlet adli hastanesi, üniversite hastaneleri ve cezaevi akıl hastanesinde yapılandırılmış ve yapılandırılmamış görüşmeler, sürekli gözetim ve testlerle yapılmaktadır. Düzenlenen rapor Ulusal Adli Psikiyatrik İşler Kuruluna (NBFPA) gönderilir. NBFPA inceleme raporu ve yasal belgelere dayanarak mahkemeye beyanını verir. Nihai kararı mahkeme vermektedir. Adli psikiyatrik bakım için tedavi emrini NBFPA verir. Mükerrerlik durumlarında denetim süresi ceza mahkumiyeti düşünüldüğünde tehlikelilik değerlendirilmesi PCL-R ve HCR-20 risk değerlendirme ölçekleri kullanılmaktadır. Taburcu edilen hasta bir psikiyatri biriminin gözetimi altındadır. Gerekli görüldüğünde tekrar hastaneye yatış yapılabilir. Geçici ayaktan tedavisi sonlanan hastanın adli hasta olarak hukuki süreci sonlanır.

Tedavi birkaç yıl sürmektedir. Tedavi süresi hekimin vereceği rapora dayanarak Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık yetkililerinin yönetimindedir. Geçici süre ayaktan tedavi şartı ile hasta taburcu edilir. Bu sürede yerel hastane yönetimi tarafından gözetim altında tutulur. Her ay bir psikiyatrist ile görüşmek zorundadır. Gerekli görüldüğü takdirde tekrar hastaneye yatırılır. Ayaktan tedavisi sona eren hastanın hukuki durumu biter (72). Fin kurucu popülasyonunda genetik özellikler (HTRB2B) ve aşırı alkol tüketimi şiddet suçlarına yatkınlık nedeni olarak açıklanmaktadır (72). Bakım gereksinimi olan aile desteği olmayan hastalar için 20 hastanın birlikte yaşadığı kurumları sisteme entegre etmiştir.

2.2.10.2. İngiltere

13. yy.da psikiyatri hastalarının bakımını manastırlar sağlamaktaydı. Bethlem Hastanesi 1676 yılında yalnızca psikiyatri hastalarına hizmet veren ilk psikiyatri hastanesi olmuştur (148). Ulusal Sağlık Hizmetinin (USH-National Health Service) 1948 yılında hizmete girmesi ile parasız hizmet sunulmuş fakat 1979 yılında ekonomik sıkıntılardan dolayı ve muhafazakâr partinin seçimi kazanması ile özelleştirme çalışmaları başlamıştır. Bu durumdan uzun süreli yatış gerektiren psikiyatri hastaları da etkilenmiştir. Çünkü birçok depo psikiyatri hastaneleri kapatılmıştır (148). 2002’de kurulan stratejik sağlık otoriteleri tarafından bölgesel hizmetlerden sorumlu birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Psikiyatri hizmetlerinin yürütülmesinde temel sorumluluk birincil bakım vakıflarındadır.

Ruh sağlığı hastaneleri tamamen kapatılmadan küçülmeye gidilmiştir (65). Ruh sağlığı hizmet modeli toplum-hastane denge modelidir. ABD ve İngiltere’de kamu tarafından finanse edilen adli psikiyatri hizmetleri üç güvenlik düzeyinde sağlanmaktadır (149). Toplum içinde bakım veren kurumlar sisteme dahil edilmiştir (150). 1975 yılında çıkarılan bir yönerge ile toplum tabanlı hizmet yaklaşımı benimsenmiş fakat 1990 yıllara kadar gerekli adımlar atılamamıştır. Günümüzde 1983 Ruh Sağlığı Yasasına göre ciddi oranda tehlikeli hastalar yüksek güvenlikli, riskli olan hastalar orta güvenlikli, genel psikiyatri hastasında tedavi edilen hastalar düşük güvenlikli birimlere tedavi edilmektedir (77, 151). Orta ve düşük güvenlikli birimler özel, gönüllüler ve USH ile sağlanmaktadır. Orta düzey güvenlikli birimler 2 yıla kadar yatacak şekilde tasarlanmıştır (149). YGAP hastaneleri halk için ciddi tehlike arz eden hastalara hizmet vermektedir (77). USH dışında rehabilitasyon hizmeti veren özel sektör yatakları da bulunmaktadır. Yüksek destekli rehabilitasyon tedavisi sonlanan hastalar bölgelerinde bulunan toplum rehabilitasyon ekiplerine yönlendirilerek taburcu işlemleri gerçekleşir (152). 7000’den fazla güvenli yatağı bulunan İngiltere’nin yalnızca 795’i yüksek güvenliklidir (78). 2013 yılında İngiltere’de 3 yüksek güvenli ve 57 orta güvenli hastane mevcuttu (153). Yüksek güvenlikli bakım ciddi ve acil tehlikeliliği olan hastalar için İngiltere’de 3 hastanede sağlanmaktadır (78).

Bazı bölgelerde cezaevleri akıl sağlığı birimleri (Correctional Mental Health Units) tutuklu hükümlülerin tedavilerini ve gözlemlerini gerçekleştirmektedir (151). Mahkeme tarafından zorunlu tedavi kararı verilen hastaların tanılarına göre; MR,

Psikotik Bozukluk, madde bağımlılığı, cinsel suçlular, ASKB olanlar için ayrı birimler hizmet sağlamaktadır. İngiltere ve Danimarka'da güvenlik tedbirlerinin süresi fiilin ağırlığına bağlıdır (151).

Şartlı tahliye edilen hastaların geri çağırılması, şartlı tahliye iptali veya doğrudan hastaneye kabul yetkisine sahip 1983 Akıl Sağlığı Yasası kapsamında Adalet Bakanlığı'na aittir (154). ABD ve İngiltere'de kurumdan hastalar kademeli olarak veya doğrudan toplum içine salıverilmektedir. Avrupa'da "Süpervisör", ABD'de "Case Manager" ayaktan hastaların gözetmenliğini yapmaktadır. 24 saat ulaşılabilir olan gözetmenler suç işlenmesi halinde tedavi kurumu ve adli sistem arasında köprü oluşturmaktadır (142). Bugün İngiltere'de ruh sağlığı hizmeti toplum hastane denge modeli ile yürütülmektedir. (65). Hastanın tedavisiz kalarak tekrar yatışını önlemek için evde tedavi ekibi kurmuştur. Ekip hemşirelerden oluşmaktadır. NHS'de şu anda 333 adli psikiyatrist çalışmaktadır (51).

2.2.10.3. İtalya

İtalya'da Lombroso'nun etkisi ile cezaevi ve sağlık sistemi arasında ayrım vardı. Akıl hastaneleri Adalet Bakanlığı'na bağlı ayrı bir sağlık sistemine bağlıydı. 1978 yılında Ruh Sağlığı Yasası Reformu Yasası ile klinik psikiyatri ve adli psikiyatri hastalarının ayrımına gidildi. Klinik uygulama 1 yy'dan fazla süredir OPG olarak isimlendirilen maksimum güvenli adli psikiyatri hastanelerinde verilmekteydi (155). Toplum temelli yaklaşım ile hastanelerin kademeli olarak kapatılmasına yönelik revizyona başlandı. 1994 yılında yayınlanan Ulusal Ruh Sağlığı planı ile tüm sorumluluk ruh sağlığı birimlerine verilmiştir (156). Hastanelerde 2000 yılında 10.000 kişi başına 2,9 yatak düşmekteydi ve hastaların işsiz ve bakım ihtiyacının olması uzun yatışlara neden olmaktaydı (157). Konaklama oranları bu nedenle yüksektir (138). 2011 yılında kurulan Marino komisyonu adli psikiyatri hastanelerinin kapanmasını vurguladı. 31.03.2015'de 6 adli psikiyatri hastanesi 81/2014 sayılı yasa ile kapatıldı. Bu yasa küçük ölçekli Residenze per la Esecuzione della Misura di Sicurezza adı verilen (REMS) yeni yapılara geçişi tanımladı (158, 159). Kamu açısından tehlikeli olan akıl hastalar için konut tesislerin geliştirilmesine kararı verildi. En fazla 20 kişiden oluşan bu küçük ölçekli tesisler psikiyatri hastanelerinin kaldırılması ve toplum temelli psikiyatri bakıma geçiş aşamasıdır (155, 160). Özel bakım yetkinliğine sahip REMS'ler maksimum

güvenliği sağlarken yüksek bakım standartlarına ulaşmayı amaçlar ve psikiyatristler tarafından yönetilir. Amaçları hastayı klinik olarak stabilize ederek orta güvenli konuttan birine transfer etmektir. (158). İtalyan Ceza Hukuku'nda akıl hastası suçlular iki farklı madde ile cezalandırılır. Madde 88 ceza sorumluluğunun tamamen ortadan kalktığı ve madde 89 ceza sorumluluğunun, yargılama yeteneğinin azalmış olduğu ceza sorumluluğunun kısmen ortadan kalktığı olgular için kullanılmaktadır. İtalyan Ceza Kanunu'nun 203. maddesine göre hâkimin suç tekrarı olasılığı bulunduğu yönelik durum tespitinde kişi “sosyal açıdan tehlikeli” ilan edilir. Bir kişinin ceza sorumluluğu kısmen veya tamamen ortadan kalkmış olsa bile İtalyan Caza Kanunu'nun 49 ve 115. Maddelerine göre sosyal olarak tehlikelidir. Sosyal tehlikeli bireyler OPG'de bakıma alınmaktadır. Sosyal tehlikelilik suçun cezasının süresini aşamaz (159). OPG'lerin kapatıldıktan sonra REMS'ler hizmetin sürdürülmesini sağlamaktadır (159). 2018 yılında 30 aktif REMS İtalya'da hizmet vermektedir ve 689 yatan hasta vardı (155).

Ruhsal bozukluğu olan suç işlemiş bireylerin ceza sorumluluğu olmadığına karar verildiğinde kişi kamu açısından tehlikelilik arz etmiyorsa serbest bırakılır ve psikiyatri tedavisi alır. Kamu güvenliğini tehlikeye atacağı kanaati oluşmuşsa adli psikiyatri hastanesine veya sığınma tesisine yatırılır. Düzenli olarak tehlikeliliği değerlendirilen hastanın tehlikelilik sınıfı mahkeme tarafından yenilenebilir. İtalya'da 2012 yılında akıl hastası mahkumların karar verme rolünü İtalyan bölgelerine verdi (161). Suç esnasında kısmen zihinsel engelli olarak tanımlanan kişiler cezalarının bir kısmını cezaevinde, diğer kısmını da REMS'ler de çekmektedir (159).

Yeni yasada sosyal tehlikelilik değerlendirilmesi subjektif temelde değerlendirmeye izin vermez (158). İtalya'da hala YGAP hastanelerinde personel sayısı yetersiz ve rehabilitasyon sağlayan işlevsel programların değerlendirilmesi sorunu ülkemiz ile aynıdır (161). Toplum temelli modele geçen İtalya tüm yatakları kapattığından özelleştirilme açısından eleştirilmektedir.

2.2.10.4. İsveç

Güvenlik tedbirleri ilk defa İsveç Ceza Kanunu Ön Tasarısında 1893 yılında mevzuatta yer almıştır. 1995 yılında ruh sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi yerel yönetimlerden alınarak, yüksek riskli grupları belirleyerek tekrar suç olasılıklarının azaltılmasına yönelik risk değerlendirme komisyonları kurulmuştur (135). 2006 yılında

ulusal psikiyatri koordinatörü ataması yapılmıştır. Ruh sağlığı hastaneleri tamamen kapatılmıştır (162).

İsveç Ceza Kanunu'na göre akıl hastası suçlulara hapis cezası verilmemekte olup güvenlik tedbiri uygulanmaktadır. İsveç'te güvenlik tedbirlerinin süresi filin ağırlığına bağlıdır. Mahkeme güvenlik tedbiri kararı vermek için özel bir komisyona bağlıdır (134). Komisyon kararı reddederse karar hükmetmemektedir. Günümüzde toplum temelli ruh sağlığı hizmeti sunulmaktadır. Ruh sağlığı hizmetleri yerel yönetimlerden alınarak 1995 yılında sosyal birimlere verilmiştir (65). İsveç mevzuatında hastaların risk değerlendirilmesi yer almaktadır. İsveç adli psikiyatri sistemi batı ülkelerinden farklılıklar göstermektedir. Adli psikiyatrik değerlendirmelerden Ulusal Adli Tıp Kurulu sorumludur ve değerlendirme ceza verilmeden önce yargılama sırasında yapılmaktadır. Değerlendirmenin 4 haftadan uzun sürmesine izin verilmez. Kanaat oluşturulamamışsa ikinci görüşe tabi tutulur. Adli psikiyatrik muayeneye tabi tutulan hastaların yarısı ciddi zihinsel bozukluk kriterlerini karşılamaktadır. Kişilik bozukluğu da ciddi ruhsal bozukluk olarak değerlendirilmektedir. Ciddi ruhsal bozuklukların birçoğu kronik olduğundan taburculuk koşullarını nadir sağlamaktadır (162).

Genel psikiyatri hastaneleri özel koğuşları dışında beş özel adli psikiyatri hastanesi hizmet vermektedir. Özel birimlerde bulunan hastalar yüksek riskli suçlulardan oluşmaktadır. Sundsvall şiddet içeren suçlulara odaklanırken, Vakiö cinsel suçluların tedavisine odaklanmıştır. İsveç risk değerlendirme konularına ağırlık vermiş bu alanda uygulamalı kriminoloji profesörü yetiştirmiş ve Kanada ile çalışmalara devam etmektedir (162).

2.2.10.5. Almanya

Batı ceza adalet sisteminden farklı olarak Alman Ceza Kanunu'nun 20 ve 21. Maddeleri zihinsel ve madde kullanım bozukluğu olan suçlularla ilgilidir (86). Bu maddeler uyarınca ceza sorumluluğundan muaf tutulanlar YGAP hastanelerinde tedavi edilirler. İki tür güvenli adli hastane tedavi merkezi bulunmaktadır. Bunlar adli psikiyatri hastaneleri ve bağımlılık tedavi merkezleridir (Detoksifikasyon Merkezi).

İlgili maddeler 1975 tarihli Alman Ceza Kanunu'nun 63.ncü ve 64. Maddelerinde yer almaktadır. Adli ruh sağlığı tedavisine karar vermek için en sık

kullanılan madde 63. Maddedir (163). 63. madde süresiz olarak gözaltına alınmasına, 64. Madde ise süreli olarak gözaltına alınmasına olanak sağlar. 63. Madde kapsamında en sık psikoz, kişilik bozukluğu, zihinsel engellilik tanıları konulmaktadır (163). Ceza sorumluluğundan kısmen veya tamamen muaf kişiler bu merkezlere yerleştirilmektedir. 2000 yılında 64. Madde gereğince alkol ve madde bağımlılığı nedeniyle ceza sorumluluğu bulunmayan kişilerin bağımlılık tedavi merkezinde yatış oranları 3 katına çıkmıştır (164). Topluma psikiyatri hizmeti veren Sachsen-Anhalt'ta psikiyatrik bakım sorunları komitesi mevcuttur (165). Ruhsal bozukluğu olan kişilerin takibini sağlamak için mevzuat oluşturulmuştur. Tekrar suç riskinin takibini sağlamak adına Adli poliklinik kurulmuştur (166). Son yıllarda yüksek güvenliqli yatak sayıları azaltılmasına rağmen orta güvenlik yatak sayılarında artış meydana gelmiştir. Almanya'da YGAP hastanelerinde 200 kişiye 3 psikiyatrist, 3 psikolog, 109 hemşire düşmektedir. 300 yataklı YGAP hastanesinde 300 çalışan hizmet vermektedir. (151) Almanya toplum temelli modeli kullanır ve maliyet büyük oranda sigorta şirketleri tarafından karşılanmaktadır. İngiliz sisteminde ön planda psikiyatri hemşireleri gelmekteyken, Almanya sisteminde sosyal çalışmacılar gelmektedir.

2.2.10.6. Japonya

Adli psikiyatri hastaları genel psikiyatri içinde veya cezaevinde tedavi edilmektedir. 1988 yılında ruh sağlığı yasası yürürlüğe girmiştir. Akıl hastası suçlulara yönelik özel bir düzenleme bulunmamaktadır. Akıl hastalığı nedeniyle beraat eden hastalar ruh sağlığı sistemine girmektedir (167). 2005 tarihli Tıbbi Tedavi ve Denetleme Yasası ile mahkeme tedavi kararı üzerine bireylerin tekrar topluma kazandırılması amacıyla rehabilitasyon amaçlı bakıma alınmaktadır. Fakat cezaevi sürecinde zihinsel bozukluğu olan hastalar cezaevi sistemi içinde tedavi edilir. Ağır ruhsal bozukluğu olanların cezaevinden psikiyatri hastanelerine nakledilmesi açısından düzenleme bulunmamaktadır. Tıbbi Tedavi ve Denetleme Yasası hükümleri geçerli olmadığından mahkûmiyet sonrası takipleri açısından sıkıntılar oluşturmaktadır (168).

2.2.10.7. Polonya

Yüksek, orta ve düşük güvenlik birimlerden oluşan adli psikiyatri yatak bakımı uygulamaktadır. Yeniden suç işleme riski yüksek olan akıl hastalarına zorunlu yatış

uygulanmaktadır. Adli bilimler alanında geride kalmasının nedeni komünist rejim sonrası ilk serbest parlamento seçimleri 1991 yılında yapılması ve ilk demokratik anayasanın 1997 yılında kabul edilmesidir. Polonya’da Avrupalı emsallerine göre suçlular daha uzun süre hapis cezasına çarptırılmaktadır. Akıl hastası Psikiyatri hastanelerinde yatan 40.000 hastanın 800’ü zihinsel engellidir. Adli psikiyatri alanında önemli yasal düzenlemeleri Ceza Kanunu ve Ruh Sağlığı Yasası’dır. 1994 yılında tutuklanan akıl hastası suçlular genel psikiyatri koşullarına yerleştirilmekteydi. Ceza evlerinde 40-70 arasında psikiyatrik yatağı bulunmaktadır. Yüksek güvenlikli adli psikiyatri merkezi Gostyn’de bulunmaktadır (169). Zihinsel engelli mahkumlara yönelik 23 koğuştta 1.511 yatak bulunmaktadır (146).

2.2.10.8. Avusturya

1970’li yıllara kadar dünya savaşlarından kaynaklanan ekonomik yıkımdan dolayı geleneksel yatılı hastanelerde ruh sağlığı bakımı sağlanmıştır. Akıl hastası suçlular bölgesel psikiyatri hastanelerine yönlendirilmekteydi. 1975 yılında ceza reformu ile akıl hastası suçlular için Adalet Bakanlığı yetkilendirildi. Bu bakanlık ayrıca suç işleyen akıl hastalarının Ceza Kanunu’nun 21/1 maddesi gereği tedavisinden de sorumludur. Fakat özel bir kurum olmadığından hastalar yine genel psikiyatri hastanelerinde tedaviye devam etti. Akli dengesi bozuk olmasına rağmen ceza ehliyeti tam olanların cezaevlerinin özel bölümlerinde tutuldu. 1985 yılında akıl hastası suçlular için merkez açıldı. Avusturya Ceza Kanunu’nun 11. Maddesi psikozların ve zihinsel bozuklukların neden olduğu takdir yetkisi ve eğilim eksikliğinden bahsetmektedir (79).

2.2.10.9. Yeni Zelanda

Nüfusun çoğunluğunun Avrupa kökenli olduğu Yeni Zelanda’da adli psikiyatri gelişme aşamasındadır. Özellikle 1987 yılından önce bireysel psikiyatristlerle yapılan sözleşmeler üzerinden bilirkişilik hizmetlerini yürütmekteydi. İlk 1965 yılında Lake Alice Hastanesi’nde yüksek güvenlikli yataklı tedavi merkezi kuruldu. Zorunlu Tedavi ve Değerlendirme Yasası 1992 yılında yürürlüğe girdiğinde toplum içinde tedaviye olanak tanıyan yasal çerçeveyi oluşturmuştur. Adli psikiyatri yatarak tedavi kurumları genellikle zorunlu tedavi kararına hükmedilen hastalar ile ilgilenmektedir. Ceza Hukukunun 121. Maddesinde ceza ehliyetinin tespitine yönelik mahkemeye yetki

vermektedir (12). Cezaevlerinde ağır vakaların adli akıl hastanelerine nakledilmesi gerektiği durumlarda yatak yetersizliğinden dolayı beklemler yaşanabilmektedir. Hastaların çoğu ceza evlerinden sevk edilmektedir. (%65.1) (170). Tedavi sonrası hastanın bakımının devam etmesi gerekirse çeşitli destek yolları sağlanmaktadır. Güvenlik ihtiyaçları yüksek, orta ve düşük psikiyatri hizmetleri ile yürütülmektedir (170).

Akıl hastası suçluları ceza infaz sistemine değil sağlık sistemine dâhil eden hükümet araştırma komisyonu kültürel farklılıkları merkezine almaktadır. Her eyalet kendi Adli Ruh Sağlığı Yasası'nı bölgesinde uygulamaktadır. Merkezi bir sistem bulunmamaktadır (171). Son dönem açılan iki adli psikiyatri servisi; tarama, triyaj, değerlendirme, müdahale ve yenide entegrasyon modeli ile çalışmaktadır. Ruh sağlığı hemşireleri danışmanlık görevi için duruşmalarda görevlendirilir. Ön değerlendirme sonrası bir kısım kişilerin adli bir psikiyatrist tarafından tam psikiyatrik değerlendirmeye tabi tutulması gerekebilir. Adli psikiyatristin görüşme sonrası değerlendirme raporları mahkemeye raporlanır (171).

2.2.10.10. Rusya

Ruh sağlığı bakımını düzenleyen yasa “Psikiyatrik Bakım Sağlanması Sırasında Sivil Hakların Garantisi Hakkında Kanun” zihinsel bozukluğu olan kişilerin tehlikelilik eylemlerinden korunmasını kapsamaktadır. Psikiyatri hastalarının tedavisi çoğunlukla gönüllülük esasına dayanır fakat şiddetli zihinsel bozukluğu olan kendisi ve başkası için tehlike oluşturacak ciddiyette, kendi bakımını sağlayamayacak durumda değerlendirilen ve tedavi edilmediğinde hastanın sağlığına zarar verme durumu söz konusu olduğunda zorunlu yatış uygulanabilir. Ruh sağlığı bakım hizmetlerinde gönüllülük, patolojinin ciddiyetine bağlı olarak değişmektedir. Gönüllü hastalar kendine veya başkasına zarar verme olasılığı olmadığı sürece istemsiz yatışa yönlendirilmemektedir. Zorunlu tedavi şiddetli zihinsel bozukluğu olan kişilere mahkeme kararıyla uygulanır. Akut psikotik dönem, zihinsel gerilik veya entelektüel ve hafıza kaybı olanlar şiddetli zihinsel bozukluk olarak değerlendirilmektedir. Zorunlu yatış yapılanların yatırıldıktan sonra 48 saat içerisinde 3 psikiyatristten oluşan bir komisyon tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastanın yatması gerekiyorsa 24 saat içinde komisyon mahkemeye başvurmalıdır. Adli psikiyatrik değerlendirme psikonörolojik dispanserler veya 3

psikiyatristten oluşan adli psikiyatri komisyonları tarafından yapılmaktadır. Adli psikiyatri komisyonları ayaktan ve yatarak tedavi komisyonu olmak üzere 2'ye ayrılmaktadır. Ceza sorumluluğu açısından yatarak değerlendirme 30 gün içinde yapılmalıdır. Değerlendirme 1 ay içinde mümkün değilse komisyon tarafından uzatma talep edilir (172).

Suç sırasında akıl hastalığı nedeni ile ceza ehliyeti olmayanların zorunlu bakım süresi 6 Ay'dır. Daha uzun süre bakım verilmesi gereken durumlarda yeniden mahkemeye gönderilmesi gerekmektedir. Kabul edilmesi halinde 1 yıl uzatılabilecek ve 6 ayda bir psikiyatri komisyonları tarafından muayene edilecektir. Normal, özel ve yoğun gözlemlili özel tip olmak üzere üç tür zorunlu tedavi vardır. Normal tipte genel kapalı psikiyatri servisini tanımlar. Özel tip, bölgesel psikiyatri hastanelerinin zorunlu koşullarının tanımlarken yoğun gözlemlili tip en yüksek güvenlik düzeyine sahip özel federal hastaneleri ifade eder. Rusya'da yedi tane bulunmaktadır. Zorunlu tedavi sağlayan tüm hastaneler Sağlık Bakanlığına bağlıdır. 1997 Rusya Federasyonu'nun Yeni Ceza Kanunu 20. maddeye göre zihinsel bozukluğu olmayan fakat zihinsel gelişimde gecikme gösteren ergenler ceza açısından sorumlu değildir. Rusya'da psikiyatri yatak sayısı reform kaynaklı olmayıp mali kaynaklı azalma göstermektedir. (172).

2.2.10.11. İrlanda

İrlanda cumhuriyetinin 4,6 milyonluk nüfusuna hizmet veren tek güvenli hastanesi merkez akıl hastanesidir. Yüksek orta ve düşük düzeylerde hizmet sunmaktadır. Hastaneye sevk edilen tüm hastalar adli toplum ruh sağlığı hemşiresi veya adli psikiyatrist tarafından değerlendirilmektedir (173).

2.2.10.12. Danimarka

Ruh sağlığı hizmetleri sivil adli psikiyatri ve adli psikiyatri olmak üzere iki alana ayrılmıştır. İstemsiz yatışları 1989 yılında yürürlüğe giren "Psikiyatride Özgürlükten Yoksun Bırakma ve Diğer Zorlamalara İlişkin Yasa" düzenler. Danimarka Ceza Kanunu'nun 16. maddesinde akıl hastası kişilere ceza verilmemesi gerektiği belirtilir (141). Ceza Kanunu'nun 69. maddesi ise akıl hastalarına yönelik güvenlik tedbirlerini kapsar (86).

2.2.10.13. Hollanda

Hollanda'da her bölgeye ait adli psikiyatri servisi bulunmaktadır (141). Hollanda'da Terbeschikkingstelling (TBS) suç işleyen akıl hastalarından toplumu korumayı amaçlar (174). Zorunlu tedavili ve koşulları olan TBS olmak üzere 2 türü vardır. Suça ve tekrarlama riskine bağlı olarak hâkim vereceği TBS türünü belirlemektedir (174). TBS 2 yıl süre ile uygulanır mahkumlar için 4 yıl süreye uzatılabilir. Adalet bakanlığına bağlı hizmet vermektedir (175). Sorumluluğu azalmış kişilik bozukluğu suçluları için hapis cezası ardından tedavi görme şeklinde birleşik karar uygulanır. TBS mahkumlarının yaklaşık 3/2'si kişilik bozukluğudur (174).

2.2.10.14. ABD

Federal yargı ve eyaletlerin kanunları yapı olarak benzerlikler gösterse de uygulama da farklılıklara sahiptir. Mahkeme tarafından akıl hastası suçlu kişi tedavi için adli tıp hastanesine alınır. 1978 yılında "Psikiyatrik Güvenlik Kurulu" yürürlüğe girmiştir. Kansas ve Washington eyaletinde ceza yaptırımından sonra cinsel suçlular için akıl hastalığına yönelik düzenleme yapılmıştır. Cinsel açıdan özellikle çocuklara yönelik tehlikeli suçluların kamu tehdidi oluşturduğu gerekçesi ile yaygınlaşmasından korkulmaktadır. Suç faaliyetine eğilim gösteren A sınıfı kişilik bozukluklarına uzun cezalar verilmektedir (176). Kirby Adli Psikiyatri biriminde her 25 kişiye 1 psikiyatrist, 1 hemşire, 1 psikolog, 1 sosyal çalışmacı, 3 güvenlik görevlisi hizmet vermektedir (151).

2.2.10.15. Avustralya

Avustralya hukuk sistemi İngiltere hukuk sisteminden etkilenmiştir. Fakat genel olarak ruh sağlığı yasaları açısından eyaletler arasında farklılıklar söz konusudur. Zihinsel engeli olan suçlular "Birleşmiş Milletler Mahkumlara Muameleye İlişkin Asgari Standart Kurallar" 82/1 gereğince cezaevlerinde tutulmamaktadır. Kişilik bozukluğu ve madde bağımlılığı tanımlı bireyler bu konuda büyük bir baskı olmasına rağmen adli ruh sağlığı hizmeti kapsamına girmemektedir (177). Ülkede adli psikiyatri hizmetleri hem kamu hem de özel kuruluşlar tarafından yürütülmektedir (93).

2.2.11. Türkiye’de Adli Psikiyatri Sistemi

Disiplin olarak ruh sağlığı ve adli tıp 1800’lerden sonra birlikte ele alınmıştır. 1858 yılında Ceza Kanunname-i Hümayunu Kanunu ile akıl hastaları resmi olarak müşahade altına alınmaya başlamıştır. Bimarhaneler düzenlemeden önce suçlu akıl hastalarını tedavi görevini üstlenmekteydi (178). Cumhuriyet öncesi Bimarhane Tüzüğünü kaleme alan Mongeri’nin amacı modern bir akıl hastanesi kurmaktır. 1871 yılında akıl hastanesi tıbbi ve hukuki açıdan düzenlenen yasa ile Fransa akıl hastanesi kanununun uyarlanmış halidir ve 22 maddeden oluşur (85). Ülkemizde adli psikiyatri alanında ilk eser olarak bilinen “Tababet-i Adliye-i Mecanin” adli kitabı Dr. Mustafa Hayrullah Diker tarafından 1915 yılında yayınlamıştır. Toptaşı Bimarhanesi kapasitesinin yetersizliği sonucu 1901 yılında polis müdüriyetine bağlı Müşahedehane açılmıştır (178). Cumhuriyet sonrası Kara Avrupa hukuk sistemine göre uyarlanan TCK’nda suç işleyen akıl hastalarına özgü zorunlu hasta yatışına özgü düzenleme yapılmamıştır. Modern hastanelerde 1960’lı yıllara kadar Adli Tıp Müessesesi hekimleri görevlerini sürdürmüştür. Adli psikiyatri halen adli tıp ve psikiyatrinin konusu olarak algılanmakta ve ortak iki disiplin olarak değeriendirilmektedir.1 Haziran 2005 tarihinde 705 sayılı yasanın yerine yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nun amacı kamu güvenliğini ve sağlığını, toplum barışını korumak ve suç işlenmesini önlemektir (6,178).

Türk Psikiyatri Derneği (TPD) 1998 yılından itibaren yasa taslakları hazırlayarak ruh sağlığı yasasının gerekliliğine dikkat çekmiştir. Taslak yerini bulmayınca 2006 yılında TPD ve birçok dernek ruh sağlığı platformu adı altında ruh sağlığı yasası adına kampanya başlatmıştır. Fakat 2007 yılında yasalaşması beklenen taslak politik nedenlerden dolayı askıda kalmıştır. 2013 yılında DSÖ ve Sağlık Bakanlığı toplantılar düzenlemiş ve insan haklarına dayanak alarak yeni yasa düzenleme çalışmalarına başlamıştır. Kurul diğer ülkelerden farklı olarak önleyici ruh sağlığı hizmetlerini de kapsama almıştır. 24 maddeden oluşan kanun teklifinin 5. Maddesi istemsiz zorunlu hasta yatışını kapsamaktadır. Yasa taslağının en önemli hukuki dayanağı 2008’de TBMM kabul edilen Birleşmiş Milletler Engelli Kişilerin Hakları Sözleşmesidir. Yasa taslağının asıl hedefi istemli ve zorunlu tedavinin düzenlenmesidir. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında ayrı bir ruh sağlığı yasası gerekliliği vurgulanmıştır (150). Ülkemiz için en uygun hizmet modelinin toplum

hastane denge modeli olduğunu belirtmiştir (65). Sağlık Bakanlığı ruh sağlığı eylem planı 2005 yılında ceza mevzuatımızın tamamının (ceza, ceza usul, infaz yasaları) yeniden düzenlenmesi sonucunda akıl hastaları için yasal zorunluluk olan yüksek güvenliqli sağık kurumları kurulması gerekmiştir (179). Toplum-hastane temelli ruh sağlığı modelinin bir ayağını oluşturan TRSM’lerin ilki 2008 yılında Bolu ilinde faaliyetlerine başlamıştır. Amaç her 100-300 bin kişilik alana bir TRSM birimi açmaktır. Hastanede tedavi edilen hastaların takibi için ilgili bölge TRSM’lerine gönderilmeleri planlanmaktadır. Yatarak tedavi edilen hastaların taburcu işlemi sonrasında 3 gün içinde TRSM’ne bildirim yapılmalıdır (65).

Ülkemizde ruh sağlığı ile ilgili dağınlık çok sayıda hüküm bulunmaktadır. TCK’nun 57. Maddesi Yüksek Güvenlikli Sağlık Kuruluşu’nu zorunlu kılmıştır. Yüksek Güvenlikli Sağlık Kurumları hizmete başlamadan önce Bölge RSHH’de koruma ve tedavi hizmetleri sürdürölmekteydi (151). Hakimler ve Savcılar Yüksek Kurulu (HSYK) tarafından 18/10/2011 tarih ve 6 sayılı Genelge ile Türkiye’de henüz yüksek güvenliqli sağık kurumlarının oluşturulmadığı ve bu nedenle TCK m. 57 gereğince akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirlerinin uygulanması kararı verilen ve infaz için sağık kurumlarına gönderilen ilamların yapılmadığı ve koruma ve tedavinin düşük güvenliqli servislerde sürdüröldüğü belirtilmiştir (142).

Suç isleyen hasta hakkında verilen ceza sorumluluğı bulunmadığı raporu ve bu gerekçeyle mahkemece hükmolunan TCK 32/1 kararına istinaden verilen TCK 57/1 kararına hükmolunan kişi bölge RSHH’ne (Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi) gönderilmekte ve yatırılarak koruma ve tedavi süreci başlamaktaıdı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı hedefleri doğrultusunda 2016 yılı sonuna kadar 16 ilde 18 tane YGAP hastane açılması hedeflenmiştir. Fakat YGAP hastanelerinin ilki 2018 yılında açılmıştır. Bu hastaneler açılana kadar adli psikiyatri hastaları yeterli alt yapı ve düzenlemeye sahip olmayan genel psikiyatri kliniklerinde veya psikiyatri hastanelerinde adli veya tutuklu servislerinde hizmet vermiştir.

Sağık Hizmetleri Genel Müdürlüğü verilerine göre 2021 yılı psikiyatri hastane sayısı 10, yatak sayısı 3830, şehir hastane sayısı 19, yatak sayısı 25.623 bildirilmiştir. Şehir hastanelerinin toplam psikiyatri yatak sayısı ayrıca belirtilmemiştir (180).

Ülkelerde farklı ruh sağlığı yasaları yürürlükte olmakla birlikte Dünya’da 1960’larda hasta temelli ruh sağlığı politikaları, toplum temelli ruh sağlığı politikalarına

doğru değişim göstermeye başlamış olmasına rağmen ülkemizde anlamlı bir gelişme olmamıştır (179). Ülkemizde yürütülen ruh sağlığı hizmetleri tedavi hizmetlerine yöneliktir (181). TRSM hastaların taburculuk sonrası sosyal yaşamlarına destek sağlayan merkezler olmasına rağmen yönlendirilme ile ilgili aksaklıklardan dolayı yaptırımlar uygulanmıştır (182). Ayrıca adli psikiyatri hastalarının taburculuk sonrası toplum temelli ruh sağlığı modelinin bir adımı olan TRSM'ler adli ruh sağlığı alanına özgü değildir (93).

Sağlık Bakanlığı'nda YGAP hastanelerinde uygulamada belli bir sistemden bahsetmemektedir. Sağlık Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı arasında TCK maddeleri çerçevesinde hizmet yürütülmektedir. Uygulama rehberi veya çalışma protokolüne yönelik ön çalışmalar olmasına rağmen Sağlıkta Kalite Standartları'nda (SKS) YGAP hastanelerine yönelik standart bir uygulama oluşturulmamıştır. YGAP alanında çalışan personeller özel bir eğitimden geçmemektedir. Kurum içinde verilen hizmet içi eğitimler dışında profesyonel bir eğitim programı bulunmamaktadır (93).

En az 3, yetişkin ve çocuk-ergen olmak üzere iki alanın ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından sağlık kurulu oluşturulur. Her yetişkin için olan 30 yatağa 1 psikiyatri uzmanı, çocuk ve ergenler için ise her 10 yatağa 1 çocuk-ergen psikiyatri uzmanı görevlendirilir. Her 3 yatağa 1 hemşire görevlendirilir (183).

2.3. Adli Psikiyatri Uygulamalarında Akıl Hastalıklarının Gözlem, Tedavi ve Taburcu İşlemleri

2.3.1. Zorunlu yatış

Suç işleyen ciddi akıl hastaları TCK 57/1 maddesi çerçevesinde değerlendirmeye alınır. Haklarında 32/1 maddesine göre karar verilen hastalar toplum için tehlikeliliği sürdüğü sürece YGAP kliniklerinde zorunlu tedaviye alınırlar (85). İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesi, Anayasa, Biyoetik Sözleşmesi, Türk Medeni Kanunu'nda da akıl hastalığı bulunan kişilerin zorunlu tedavisi için hükümler bulunmaktadır (54). Suç işleyen ve suç işlemeyen akıl hastalarının yatırılma gerekçeleri arasındaki tek fark hastane tedavisini zorunlu kılan mahkeme kararı bulunmasıdır (142). Zorunlu yatış için kişinin haklarından üstün bir kamu yararı söz konusu olmalıdır. Bunlar bulaşıcı hastalık, akıl hastalığı veya zayıflığı, alkol ve madde bağımlılığı olarak sınıflanabilir (184).

Zorunlu yatış, hastaların rızası dışında hastaneye yatış ve tedavi düzenlemelerini kapsamaktadır. Tedaviyi ve hastalığı kabul etmeyen bireyin adli sebeplerden dolayı istemsiz olarak tıbbi tedavisinin başlatılması ve kurumda tutulmasıdır (185). Gerçeği değerlendirme yeteneği ve yargılama yeteneği bozulan akıl hastalarının psikotik alevlenme dönemi, intihar girişimi ve pandemi gibi zorunlu tedavi uygulanan klinik durumlardır. Akıl hastalığı nedeniyle hastalıklarına dair iç görü sahibi olamamaları tedaviyi reddetmeleri sonucunu doğurmaktadır (186). Fakat hastaların tedaviyi reddetme hakkı dikkate alınmamakta, rızası dışında hastaneye yatırılmaktadır (85). Suç işleyen ciddi akıl hastalığı olan bireylerin suç fiili esnasında anlama ve ayırt etme yeteneğinden yoksun olan ve davranışlarını yönlendirme yeteneğine sahip olmayan kişilere mahkemece zorunlu tedavi uygulanır. Zorunlu yatış için uluslararası boyutta standart bir yaklaşım olmamakla birlikte iki kriter göz önüne alınmaktadır. Bunlar tedavi gereksinimi ve toplum için tehlikelilik durumudur. Bazı ülkeler yalnızca ceza ehliyeti tam olmayanları zorunlu yatış kapsamına alırken bazı ülkeler kısmi ceza ehliyeti olmayanları da kapsama almaktadır. Zorunlu yatış oranları da standart bir uygulama olmadığından ülkeler arasında farklılıklar görülmektedir. Türkiye’de %23, ABD’de %42, Finlandiya da ise %12 civarındadır (81, 187). Zorunlu tedavi gören olgular arasında en yaygın görülen psikiyatri hastalık tanısı %39 ile şizofreni, şizofreniyi %28 oranı ile bipolar bozukluk takip etmektedir (11, 187).

Ruh Sağlığı Yasa Taslağı’nın 15. maddesine göre istemsiz tedavi ve yatış;

“Ruh sağlığı yasası dışındaki yasalar gereği ya da ruhsal hastalığa bağlı kendine ya da başkalarına zarar verme ve/veya zarar görme riski olduğunda hem kişinin tedavisini hem de kişinin ve toplumun güvenliğini sağlamak amacıyla, risk halinin ortadan kalkmasına ya da önemli ölçüde azalmasına dek kişinin kendisinin ve yasal vasisinin rızasının olup olmamasına bakılmaksızın mahkeme kararıyla yatırılması ve/veya tedavi edilmesidir” (188).

Adli psikiyatri hastaları, psikopatoloji, sabıka geçmişi ve yeniden suç işleme risk faktörleri açısından çok heterojen bir popülasyon oluşturur (189). Suç işleyen adli psikiyatri hastalarının yatırılma gerekçesi hastanın tedavisinin mahkeme kararı ile zorunlu tutulmasıdır. Hastaların bakımı ve tedavisi psikopatinin remisyonunu sağlamak, oluşabilecek olası şiddet davranışını azaltmak ve toplumu şiddet fiilinden korumayı

amaçlamaktadır. Suç işlememiş akıl hastalarının ise tedavileri semptomların hafifletilmesine yöneliktir (53, 70,142).

Kişinin salıverilmesi toplum için tehlikeliliğinin kalktığına dair düzenlenen sağlık kurulu raporu ile olmaktadır. Raporda ayrıca kişi hakkında takip gerekip gerekmediği, gerekiyorsa takip sıklığı ve süresi belirtilerek çıkışı verilmektedir. Kontroller sırasında toplum için tehlikeliliğin arttığına dair bir kanaat oluştuğunda TCK'nun 57/5 maddesi gereğince tekrar yatış yapılarak güvenlik tedbirinin uygulanmasına devam edilir.

Şiddet eylemi öncesi hastaların tedavilerini bıraktıkları bilinmektedir (190). Öte yandan şizofreni için uygulanan tedavinin suç riski açısından etkinliğinin tespit edilemediği gerekçesi ile yeni araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır (191, 53). Özellikle şiddete meyilli olan grubun tedaviye uyumsuzluk göstermesi belirleyici özelliklerinden birini oluşturmaktadır. Kısaca şiddet davranışı ile tedavi uyumu arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (57, 56, 75). Cinayet ve adam öldürmeye teşebbüs eden hastaların %78'inin suç öncesi hastalığı bilinmesine rağmen olguların %98'i suç işlediği dönemde herhangi bir tedavi görmemiştir (60).

2.3.2. Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanelerinin İşleyiş Şekli

TCK'nın 32/1 maddesi akıl hastalığı nedeniyle kişilere ceza verilmeyeceğinden ve güvenlik tedbirinin uygulanacağından bahsederken, TCK'nın 57/1 maddesi güvenlik tedbirine hükmedilen hastaların Yüksek Güvenli Sağlık Kurumlarında koruma ve tedavi işlemine alınacağından bahseder.

2.3.2.1. YGAP Nedir?

“Adli Psikiyatri işlemleri amacıyla adli mercilerce gönderilen kişilerin tıbbi hizmetlerinin, raporlama işlemlerinin ayaktan veya yatırılarak sürdürüldüğü, koruma-tedavi ve gözlem amaçlı kapalı psikiyatri servislerini barındıran şehir hastaneleri kampüsü içerisinde güvenlik seviyesi arttırılmış genel hastane binasından ayrı olarak konumlandırılan birimlerdir” (183). TCK 57. madde de bahsi geçen Yüksek Güvenlikli Sağlık kuruluşları Şehir hastaneleri bünyesinde yer almaktadır (93).

2.3.2.2. YGAP Hastanelerinin Amacı

YGAP'lar ceza infaz sistemindeki eksikliği gidermeyi amaçlamaktadır. YGAP hastanelerinin amacı adli kurumlar tarafından TCK.32,57,74. maddeleri dayanağında suça bulaşmış adli psikiyatri hastaları veya suç sonrasında psikiyatrik hastalık tanısı alan kişilerin tehlikeliliği ortadan kalkana kadar toplumu ve kendini korumak amaçlı uygun fiziki koşullarda tedavilerin sağlandığı sonrasında sosyal şifa ile kontrol muayenelerinin yapıldığı kurumlardır (142). Tedavideki amaç hastalığın remisyonunu sağlamak, bu sayede şiddet davranışlarını azaltmak ve suç davranışını önleyerek toplumu korumak ve kişilerin sorumluluk almalarını sağlamaktır (142). Özetle akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirlerinin infazını gerçekleştirir.

YGAP hastaneleri birbiri ile zıt iki beklentiyi karşılamayı hedefler. Akıl hastası faillerin tecrit edilerek kamu güvenliğinin sağlanmasının yanı sıra faillerin tedavi edilerek tekrar toplum ile bütünleşmesi adli psikiyatri açısından önemlidir. Bu nedenle hastanın ihtiyacına uygun en az kısıtlayıcı ortamda bakım alması sağlanmalıdır (93). Bu bir tutukluluk süreci değil, rehabilitasyon ve tedavi hizmeti ile akıl hastası suçlu bireylerin sosyal ortamlarına kavuşmasını amaçlamaktadır. YGAP hastanelerinin kurulma gereği akıl hastası hükümlüler cezaevinde kalma durumunda hastalıkları daha fazla ilerlemesidir. Ruh sağlığı hastaneleri ise bu hastalar için kısıtlı şartlara sahiptir.

YGAP hastanelerinde sunulan hizmetler; bilirkişilik ve tedavi koruma hizmetleri olarak sınıflandırıldığında; (Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Birliği Yönergesi)

Bilirkişilik kapsamında;

- ⇒ *CMK 74. madde gereğince gözlem gerekip gerekmediği,*
 - ⇒ *TCK'nın 31, 32, 33, 34. maddesi gereğince bireyin ceza sorumluluğunun belirlenmesi amaçlı*
 - ⇒ *Anayasa'nın 104. Maddesi uyarınca Cumhurbaşkanlığı affı gerekliliğinin belirlenmesi,*
 - ⇒ *Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun'un 16 ve 105. Maddeleri uyarınca infazın tehiri konusunda rapor istenenler,*
 - ⇒ *Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun'un 18. Maddesi uyarınca rapor istenilenlerin ayaktan ve yatarak bilirkişilik hizmetleri,*
- Koruma ve tedavi kapsamında;

- ⇒ TCK 31/2 fıkrası, Çocuk Koruma Kanunu 11. ve 12. Maddeleri ile Koruyucu ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmeliğin 16. Maddesi beşinci fıkrası gereğince çocuk ve ergenlerin koruma ve tedavi hizmetleri,
- ⇒ TCK'nın 57. Maddesinin 1,2,3,4,5, ve 6'ncı fıkraları gereğince ayaktan tıbbi kontrol ve takipleri ile koruma ve tedavileri;
- ⇒ Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun'un 16. Maddesi birinci fıkrası gereğince koruma tetkik ve tedavileri istenilenlerin hizmetleri karşılanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı doğrultusunda ilki 2018 yılında Adana ilinde hizmet vermeye başlayan YGAP Hastane'sinden sonra Kayseri, Elâzığ, Eskişehir, Bursa ve Ankara illerinde Şehir Hastaneleri kampüsleri içinde açılmaya devam etmiştir. Bu hastanelerde 452 psikiyatri yatağı mevcuttur. Ruh sağlığı eylem planında 2023 yılına kadar 2,350 adli psikiyatri yatağına ulaşılacak hedef alınmış olmasına rağmen bu sayıya ulaşamamıştır (93, 150).

Bunun dışında tutuklu ve hükümlü adli psikiyatri (THAP) hastalarına bakım sağlamak için kurulan hastaneler hala açılmaya devam etmekle birlikte Ankara, Elâzığ ve Kayseri illerinde hizmet vermektedir (93).

Ülkemizde YGAP hastanelerinde yatarak tedavi gören hasta profilinin %29.1'inin cinayet ve cinayete teşebbüs suçu ile ilişkilendirildiği, %20.8'inin ise kişilere karşı suçlardan dolayı ceza adalet sisteminde yer aldığı, en sık görülen hastalığın şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar olduğu görülmektedir (11, 76).

2.3.2.3. Gözlem (Müşahede)

Kişiyi psikiyatrik tedavi vermeden gözlem altında tutularak akıl hastalığı ve ceza sorumluluğu hakkında kanaat oluşturulur. CMK'nun 74. maddesi dayanak alınarak ceza sorumluluğuna karar verilme sürecidir. Akıl hastalığına yönelik tespitin 3 haftayı geçmemek kaydı ile değerlendirilmesinin yapılması gerekmektedir. Değerlendirme süresinin yeterli gelmediği durumda ek süre talebinde bulunulur (183).

“TCK'nın 32.maddesi 1 ve 2 fıkrasından istifade edip edemeyeceği, CMK'nın 74. maddesi uyarınca 3 haftayı geçmeyecek suretle adli müşahade altına alınan sanığın

işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneğinin bulunmadığı kanaatine varılarak TCK 32/1 delaletiyle CMK 223/3.a maddesi gereğince sanığa isnat edilen eylemler yönünden ceza verilmesine yer olmadığına, TCK 57/1 maddesi gereğince sanığın yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınmasına, sanığın vesayet altına alınmasına...”

veya

“TCK 32/1 ve 32/2. Maddelerinden yararlanamayacağı, müsnet suça yönelik ceza ehliyeti tamdır.”

2.3.2.4. Koruma ve Tedavi

Genel amaç suç işlemiş akıl hastalarının tekrar suç işlemesini önlemektir. Ceza sorumluluğu azalmış veya ceza sorumluluğu olmayan (32/1-2) akıl hastalığı yönünde raporu düzenlenmiş kişilerin mahkemelerce yönlendirilerek tedavi altına alınması ve sosyal şifa ile taburcu oluncaya kadar geçen zamanı kapsar (183). Koruma ve tedavi süreci ceza değil, tıbbi süreçlerden oluşan hukuki yaptırımdır (142). Adli psikiyatri hastalarının yatış süresi ile ilgili bir standart bulunmadığından, yüksek veya orta güvenlikli hastanelerde çok uzun yatış süreleri endişe yaratmaktadır. YGAP hastanelerinde ortalama kalış süresi 8 yıldır. (77).

2.3.2.5. YGAP Süreç ve İşleyiş

Suç işlemiş psikiyatri tanısı veya iddiası olan hasta adli yargı makamları tarafından sağlık kurulu raporu için YGAP hastanesine gönderilir. Sağlık kurulu raporunda ceza ehliyeti olmadığına dair değerlendirme sonucu savcılığa bildirilir. Savcılık kararı ile koruma ve tedavi kararı çıkartılır ve hasta YGAP hastanesinde TCK 57/1 uyarınca koruma ve tedavi altına alınır. Adli makamların yazılı yatış talebi hastanelerin doluluk oranına göre boş yer bulunması halinde 48 saati geçmeyecek şekilde hastanın getirilmesi talep eder (93). Boş yatak bulunmadığı durumlarda hasta sıraya alınarak, sırası geldiğinde jandarma veya emniyet tarafından getirilen hasta adli yazışma biriminde karşılanır. Adli yazışma biriminde savcılık ve mahkeme evraklarının ön değerlendirilmesi yapıldıktan sonra adli poliklinik nöbetçi hekimi tarafından muayene ve değerlendirmesi yapılan hasta adli yazışma biriminden servis hemşiresi tarafından devir alınır. Hastanın boş olan servise yatışı yapılır. Tedavisi tamamlanan

hasta sağlık kurulu raporu ve savcılık kararı ile serbest bırakılır (142, 151). YGAP hastanelerine yalnızca kolluk kuvvetleri, adli yargı makamları ve ceza infaz kurumlarının yazıları ile başvurular yapılabilmektedir (93).

Tutuklanma raporları, mahkeme kararı kayıtları, inceleme sonuçları, şartlı çıkarılma sonuçları, suçun şiddet derecesi, psikiyatrik hastalığın ağırlığı, psikometrik inceleme ve gelecekteki suç riski değerlendirilen hastaya tedavi başlanır (72, 142, 192, 193). The Historical Clinical Risk for Violence-20'nin (HCR-20), akıl hastalığı olan suçlularda şiddeti öngören yapılandırılmış yargı aracı olarak kullanılmaktadır (192). PCL-R ve HCR-20 gibi profesyonel risk değerlendirme araçlarının araştırma yaptığımız kurumda kullanılmadığı dikkat çekmektedir.

Adana Şehir Hastanesi bünyesinde yer alan ve 23 Ocak 2018'den bu yana hizmet veren Adana YGAP Hastanesi, Türkiye genelinde ceza ehliyeti bulunmayan akıl hastalarına hizmet vermeye başlayan ilk YGAP hastanesidir. YGAP hastanesi bünyesi içinde 6. Servis diye tanımlanan bölüme ilk yatışlar akut dönem takibi açısından kabul edilmektedir. Hastalar 1 hafta 6. serviste tutulduktan sonra boş yatak bulunan diğer servislere nakil edilmektedir. Hastane kabul sürecinden sonra yatış sürecince kişiye tedavi, rehabilitasyon ve psikososyal destek uygulanır (91). Taburcusu planlanan hastaların sağlık kurulu raporu alınarak savcılığa talepte bulunulduktan ve onay geldikten sonra taburcusu gerçekleştirilmektedir.

Tedavi gördüğü kurum tarafından toplum için tehlikeliliğinin ortadan kalktığına yönelik düzenlenen sağlık kurulu raporu sonrası hâkim karar merciidir (93). TCK 57(2) maddesi gereği hakkında güvenlik tedbiri hüküm verilen kişi mahkeme kararı ile serbest bırakılabilir. Bu raporda sosyal şifa, kişinin kontrol muayeneleri, süre ve aralıkları belirtilir. Adli makamlarca ceza sorumluluğu olup olmadığına ilişkin sağlık kurulu raporu için hastaneye yönlendirilen hastalarda ceza sorumluluğu kısmen veya tamamen azalmışsa kişi hakkında adli süreç başlatılır. Bireyin karıştığı her olay için ayrı bir süreç başlatılır. Sağlık kurulu raporu bulunmasına rağmen Adli Tıp Kurumu yeniden değerlendirmeye sevk edebilir. Adli psikiyatrik muayene 2. bölümde anlatılmıştır.

Hastane bünyesinde 3 adet 20 yataklı yetişkin, 3 adet 10 yataklı yetişkin ve 1 adet 10 yataklı ergen ve çocuk servisi kurulmuştur. Hastane, toplam 100 yatağa sahip 3 kattan oluşmaktadır. Hasta odaları 20 metrekare büyüklüğünde banyo ve tuvaleti bulunan, hastaların kendilerine zarar vermelerini önleyecek şekilde tek kişilik özel

odalar olarak tasarlanmıştır. Her serviste hemşire odası bulunmakta olup, hemşire koridorda bulunan 16 kameradan görüntü izleyebilmektedir. YGAP hastanesinde 1 sosyal çalışmacı ve 2 psikolog görev yapmaktadır. Müşahede hastaları diğer hastalar ile aynı yerde kalmaktadır (194). Tıbbi işlem, tedavi ve taburculuk haricinde hastaların sağlık kurumundan ayrılmaları veya başka bir YGAP hastanelerine devri halinde savcılık veya mahkemeden onay alınmaktadır. Avrupa İnsan Hakları İşkence ve Kötü Muameleyi Önleme Komitesi gerekli denetlemeler sonrası ruh sağlığı sistemi hakkında rapor yazmaktadır.

2.3.2.6. Sosyal Şifa

Sosyal şifa hali saptanan hasta adli kontrol planı ile sağlık kuruluna çıkarılmaktadır. Tedavi sonrası toplum için tehlikeliliğin önemli ölçüde azaldığı ve ilgili mahkemece kontrol muayenelerin belirtildiği sağlık kurulu raporu verilme işlemidir (183). Örneğin 2 yıl süre ile 6 ay aralıklarla veya 5 yıl süre ile 3 aylık aralıklarla kontrol ve takibi gerekmektedir şeklinde taburcu eden hekimler tarafından kurulun raporunda belirtilmektedir. Belirtilen süre ve aralıklarda cumhuriyet savcılığı tarafından kişinin sağlık kuruluşuna gönderilmesi sağlanır (TCK 57/4-5). Kontroller sırasında akıl hastalığı nedeniyle toplum için tehlikeliliği nüks ettiği tespit edilen hastalar düzenlenen rapora istinaden tekrar infaz hakimliği tarafından koruma ve tedavi amaçlı güvenlik tedbirine hükmedilir (TCK 57/5).

2.3.2.7. Serbest Taburculuk

Sosyal şifa raporu sonrası mahkeme kararının gelmesi ile taburcu işlemidir (183). TCK 57/2 uyarınca hakkında güvenlik tedbiri alınan akıl hastaları, bulunduğu kurum tarafından sağlık kurulu raporunca tehlikeliliğinin ortadan kalktığı belirtilmesi üzerine infaz hâkimi kararıyla serbest bırakılır. Hastaya epikriz raporu düzenlenir, tedavisi için reçetesi varsa hazırlanır kolluk kuvvetlerine veya ailesine teslim edilir. Mahkemenin taburculuk kararını savcılık tebliğ ettikten sonra YGAP kararı uygulanır.

“Kişinin kronik hastalığı devam etmekle beraber toplum için tehlikeliliğinin önemli ölçüde azaldığı; bu nedenle TCK 57/2 maddesi uyarınca hastaneden çıkabileceği ancak kişinin ruh sağlığı ve toplum güvenliği bakımından 2 yıl süreyle 3

ayda bir tıbbi kontrollere tabi tutulmasının uygun olduğu tıbbi kanaatini bildirir sağlık kurulu raporu ile çıkışı yapılmıştır.”

2.3.2.8. Kontrol ve Takip

Zorunlu tedavi gören hasta serbest taburcu edilebileceği gibi hastaneden şartlı olarak da çıkarılmaktadır. Adreste bulunma koşulu, bir gözetmen denetiminde veya belirtilen kontrollerde bulunma şartı gerekebilmektedir (76). Düzenlenen sağlık kurulu raporunda güvenlik bakımından taburcu edilecek bireyin takip ve kontrol gerektirip gerektirmediği, gerekli ise bunun süre ve aralıkları belirtilir. Çalışmamıza konu olan hastanede taburcusuna karar verilen hastalar için kontrol ve takip aralıkları sağlık kurulu raporunda belirtilmektedir. Kontroller sırasında hastalığın alevlenme ihtimali veya tedavi uyumunun bozulduğu tespit edildiğinde tekrar yatışa yönlendirilmektedir. Yatışa yönlendirilen hasta için savcılıktan 57/5 kararının çıkarılması ilgili hekim tarafından talep edilir. YGAP hastanesi infazı gerçekleştirir (93). Bu durumda hasta aynı suçtan yatışı görölmektedir. Fakat yeni bir suç fiili gerçekleşmiş ise mahkeme kararı ile 57/1’den hastanın yatışı yapılmaktadır. SSÇ için ise 18 yaşını doldurana kadar 3’er ay ara ile en yakın çocuk psikiyatri kliniğinde kontrol ve takibi koşulu ile taburcu edilir (yönerge).

2.3.2.9. Taburculuk ve Takip

Hastaların taburculuğunda en büyük engeller; dürtüsellik, heyecan ve düşmanlık duygularıdır (98). Kurumdan hastanın çıkarılma programı doğrudan olabildiği gibi daha düşük güvenliklı birime basamaklı olarak da gerçekleşebilmektedir (142). Fakat ülkemizde mevcut YGAP hastanelerinde yüksek, orta ve düşük güvenliklı bakım hizmeti uygulanmamaktadır (93). Tedavi eden psikiyatrist tarafından taburcu kararının verilmesi üzerine sağlık kurulu tarafından kişinin toplum için tehlikeliliğinin kalktığına veya azaldığına dair rapor düzenlenir. 57/1’den yatışı yapılan hasta 57/2. maddesi gereğince sosyal şifa ile taburculuk kararı verilir. Bu kişiler aile üyelerine, kolluk kuvvetlerine veya bakımevi personeline teslim edilmektedir. Mahkemeye bildirilen rapor sonrasında genellikle psikiyatristin kararına uyularak taburcu kararı verilir. Fakat istisnai durumlarda söz konusu olabilmektedir. Özellikle canavarca hislerle işlenen cinayet suçunda olduğu gibi hâkim hekim kararının tam tersi bir kanaate

varabilmektedir. 3 psikiyatrist tarafından verilen hastanın toplum için tehlikeliliğinin azaldığına veya kalktığına dair rapora rağmen karar yetkisine sahip hâkim hastanın taburcu kararını vermeyebilmektedir. Kalacak yeri ve bakıcı sorunu olan taburcu hastalarına yatılı sosyal hizmet kurumunda kalmasını sağlamak adına sosyal hizmet uzmanı tarafından gerekli işlemler gerçekleştirilmektedir. Ülkemizde taburcu olduktan sonra adli psikiyatri hastalarının takip ve destek mekanizması sınırlıdır. Taburcu olan hastaya Sağlık Bakanlığı'nın RS20 bilgi formu verilir. Toplum temelli modelin amacı hastanelerde yatan hasta yükünü azaltmak, bu hastaların toplum içinde tedavi ve bakımının sağlanmasıdır. Bu amaçla kurulan TRSM ülkemizde ilk 1970 yılında Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde kurulmuştur (195). Dünyada ise ilk ABD'de hizmet vermeye başlamıştır (196). Takip ve tedavisi tamamlanan hastalar hastanın ikamet ettiği bölgeye bağlı TRSM'ye yönlendirilir. TRSM'ye bildirim ayaktan hastalar için 1 ay içinde, yatarak tedavi gören hastalar için ise 3 gün içinde yapılmalıdır (196). Fakat TRSM'ler ruh sağlığı sistemine tam olarak entegre olamamıştır (65). TRSM hizmetleri adli psikiyatri ile beraber hareket kabiliyeti oluşturmalıdır. Sağlık Bakanlığı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönergesi 2011 yılında 7364 sayılı makam onayı ile yürürlüğe girmiştir. Yönergenin amacı;

“Ağır ruhsal bozukluğu⁶ olan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin gerektiğinde evde sağlık hizmetleri uygulamasına entegre bir şekilde yaşadıkları ortamda sunulabilmesi için, Sağlık Bakanlığına ait yataklı sağlık tesislerine bağlı olarak faaliyet göstermek üzere toplum ruh sağlığı merkezlerinin kurulması ve işleyişi, asgarî fizikî şartları ile bulundurulması gereken araç, gereç ve personel standardının ve ilgili personelin görev, yetki ve sorumlulukları ile uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenerek hizmetin etkin ve ulaşılabilir bir şekilde sunulmasını sağlamaktır”(182).

Yönergeye göre; TRSM birimleri kendisine bağlı bölgede bulunan ağır ruhsal bozukluğu olan hastaları tespit eder. Telefonla irtibat kurarak TRSM'ye davet eder. Merkeze gelemeyecek durumda olan hastalar evde ziyaret edilir. Evde Sağlık

⁶ Ağır ruhsal bozukluk: Bilişsel, yönetsel ve sosyal beceri alanlarındaki yıkıcı etkisi nedeniyle yeti yitimi ile giden şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi kronik ruhsal hastalıkları

Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergesi çerçevesinde evde sağlık hizmetleri birimiyle koordinasyon sağlanarak evde takip programı oluşturulur.

Hastalara bireysel psikososyal destek programları, farmakolojik tedavi uygulama düzeninin takibinin sağlanmasından, hastalığı alevlenen hastaların yataklı tedavi kliniklerine yönlendirilmesinden, yatış bakım işyeri ihtiyaçlarına yönelik kurumlarla iletişim kurularak bilgilendirme yapılmasından sorumludurlar. Bunlara ek olarak ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların toplum tarafından damgalanmaması adına medya ile çalışma yapmakla yükümlüdür (182).

Tedavi sonrası sosyal şifa ile topluma gönderilen kişilik bozukluğu tanılı hastaların tekrar suç işleme oranı koşullu olarak topluma taburcu edilen hastalardan daha yüksek bulunmaktadır. Koşullu taburcu edilen hastaların ise başka psikiyatri bakıma gönderilen hastalardan daha yüksek tekrar suç işleme olasılığına sahip olduğu belirlenmiştir (127). Bu çalışma bize hastaların tedavi sonrası kademeli olarak toplum içine salınmasının suç tekrarının önlenmesi açısından önemini göstermektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımda retrospektif bir araştırmadır. Bu çalışma 01.11.2022 – 31.01.2023 tarihleri arasında, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Kampüsü'nde gerçekleştirilmiştir

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2018-2022 yılı içinde işledikleri suç sebebiyle yargılama sonucu psikiyatrik bozukluk şüphesi bulunan gözlem hastaları veya psikiyatrik bozukluk nedeniyle ceza ehliyeti olmadığından zorunlu klinik tedavi veya akıl hastalığı varlığı yönünden müşahade altına alınan adli olgular oluşturmuştur. AŞEAH Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Kampüsünde 1.1.2018-31.12.2022 tarihleri arasında yatırılarak gözlem, tedavi ve takibi yapıldıktan sonra taburcu edilen adli olgular⁷ araştırmanın örneklemi oluşturmaktadır. (N=1087) Hastaların bilgilerine arşiv, hasta dosya, adli tahkikat ve bilgi işlem sisteminden ulaşılmıştır. Çalışma keşif amaçlı olduğundan hipotezi bulunmamaktadır.

3.3. Verilerin Toplanması

Olguların, sosyodemografik, hastalık, yatış ve suça ait özelliklerinin belirlenmesi amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmış veri toplama formu kullanılmıştır. Bu formda, katılımcıların sosyodemografik bilgileri, tıbbi bilgileri ve suça ilgili bilgileri yer almaktadır.

Yaş, eğitim durumu, ekonomik durum, klinik tanı, madde kullanım durumu, ek bir organik hastalık, psikiyatrik tanı, daha önce psikiyatrik tedavi öyküsü gibi bu çalışmaya dahil edilen her bir adli olguya özgü bilgiler, intihar girişimi, alkol/madde kullanımı, mükerrer suç, YGAP'ta bulunmasına neden olan suç, YGAP'ta kaç kez tedavi gördüğü, YGAP dışı psikiyatride yatarak tedavi, hastane veri tabanından ve arşiv biriminden elde edilmiş ve geriye dönük olarak analiz edilmiştir. Olguya ait bilgiler

⁷ Ceza kanununda tanımlanan suçları işleyen ya da işlenmiş olan suçlardan etkilenecek hastaneye başvuran kişiler adli olgu olarak tanımlanır.

arşiv biriminde hasta dosyasında yer alan hekim ve hemşire notlarından, hekimlerin anamnez bilgilerinden, ilgili suça dair savcılık/mahkeme evraklarından ve infaz kararlarından elde edilmiştir. Adalet Bakanlığı'na ait gerekçeli karar tarihleri göz önüne alınmıştır.

Örnekleme üzerinden YGAP hastanelerinde suç işleyen akıl hastalarının özelliklerini tanımlamak, suç ve hastalık profillerini çıkarmak, hastalık ile suç ilişkisini ortaya koymak ve tekrar eden yatış oranlarını saptamak amacıyla yapılan araştırmada, ayrıca yatış özellikleri, suç türü ve hastalık tanılarının diğer değişkenler ile ilişkileri değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesinde 2018-2022 yılları arasında yatarak tedavi edildikten sonra serbest bırakılan tüm hastaların dosyaları incelenmiştir. Beş yıl süresince TCK kapsamında akıl sağlığının yerinde olmaması sebebiyle, koruma ve tedavi amacıyla veya akıl hastalığı olup olmadığına yönelik bilirkişilik değerlendirilmesi gerekçesi ile kuruma yönlendirilen çocuk-ergen ve yetişkin 1126 olguya ulaşıldı. 39 olgunun dosya bilgileri eksik olduğundan çalışma kapsamından çıkarıldı. Katılımcıları oluşturan 1087 olgudan %5.42'si (n:59) CMK 74/1 uyarınca akıl hastalığı olup olmadığı, varsa ne zamandır olduğu ve akıl hastalığının davranışına etkisinin saptanması amacıyla, %94.58'i (n:1028) koruma ve tedavi amacı ile güvenlik tedbirine hükmedilen adli olgulardır. Olguların mükerrer yatışları çıkarıldığından hasta bazlı değerlendirilmeye 964 kişi alınmıştır. Bu kişilerin Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi arşivinde bulunan tıbbi ve adli dosyaları incelenmiştir. Katılımcıların %92.43'ünün (n=891) tanısını; şizofreni/psikoz (%54.77; n=528), MR (%21.27; n=205) ve bipolar bozukluk (%16.39; n=158) oluşturmakta olduğundan suçla ilişkili değişkenlerin bu üç tanı ile karşılaştırma analizleri yapılmıştır.

3.4. Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizinde Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi versiyon 23 (IBM SPSS, ABD, New York) adlı program kullanıldı. Sosyodemografik bilgilerin analizinde sayı, yüzde ve Ki-kare testleri kullanıldı. Hastalık tanı grupları hastanede yatış gün sayı ortalamaları açısından Tek Yönlü Varyans analizi kullanılarak karşılaştırıldı. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunan durumlarda ikişerli post-hoc

karşılaştırmalar Tamhane testi kullanılarak yapıldı (Levene testi sonucunda P değeri 0,05'ten küçük olduğu için). Tüm testlerde anlamlılık düzeyi olarak $P < 0,05$ kabul edildi. Tanımlayıcı istatistikler ve yaş gibi sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma olarak, cinsiyet ve tanı gibi kategorik değişkenler ise frekans (n) ve yüzde (%) olarak ifade edildi.

3.5. Araştırmanın Etiği

Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22.7.2022 tarihinde karar numarası 9 ile etik kurul izini alınmıştır. Adana İl Sağlık Müdürlüğü'nden 25.08.2022 tarihinde alınan bilimsel çalışma izini sonrasında verilerin toplanması aşamasında giriş çıkışların sağlanması açısından AŞEAH Başhekimliğine dilekçe yazılmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın kısıtlı yönlerinden birisi hastaların anamnez bilgilerinin hekim ve hemşire tarafından hasta veya hasta yakınlarından alınmasıdır. Akıl sağlığı yerinde olmayan kriminal hastalardan alınan bilgilerin güvenilirliği sorgulanabilir. Tedavi uyumu gibi veriler hasta ve hekim gözlem notlarına dayalıdır.

Çalışmadaki kısıtlılıklardan bir diğeri hasta dosyalarında mevcut verilere bağımlı kalınmasıdır. Veri toplanması aşamasında arşivde incelenen; kişiye ait, tek yatışa ait olan dosyaların bir arada bulunmaması ve sistem üzerinden faturalandırma gerekçesi ile hastalara ara ara sistem üzerinden çıkış işlemi yapılarak tekrar giriş işlemleri yapıldığından mükerrer yatışların değerlendirilmesinde zorluklar yaşanmıştır. Dosya içerisinde bulunması gereken mahkeme ve tıbbi kayıtlara ait verilerin bazılarında tıbbi kayıtlar bazılarında mahkeme kayıtları eksik olduğundan çalışmada güçlükler yaşanmıştır. Hasta dosyaları adli olgu olmalarına rağmen düzensiz, plansız ve atıl durumda muhafaza edilmiş, uzun yatışı olan olguların dosyaları bir araya getirilmeye çalışılmıştır.

Çalışmanın bir başka kısıtlılığı da yüksek, orta ve düşük güvenli olarak koşullara ayrılan hastane servisleri standartlara uygun kullanılmamış, covid gerekçesi ile ilk yatışta hastalar bir servise, buradan boş uygun odalara devir edilmiştir. Bu nedenle hastaların yüksek güvenli, orta güvenli, düşük güvenli sınıf

değerlendirilmesi yapılamamıştır. Taburcu edilen hastalara takip süreci için TRSM yönlendirilmesi sekreterler tarafından yapılmıştır. Hastaların TRSM takiplerinin yapılıp yapılmadığı bu durumun tekrar suç eylemleri ve hastalığın remisyon süreci üzerine etkileri başka bir araştırma konusunu oluşturmaktadır.



4. BULGULAR

Tablo 1 Katılımcıların cinsiyet ve yaş dağılımı.

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	959	99.5
Kadın	5	0.5
Yaş*		
12-15	41	4.25
16-18	63	6.54
19-20	41	4.25
21-30	309	32.05
31-40	247	25.62
41-50	155	16.08
51-60	72	7.47
61-70	21	2.18
71 ve üzeri	15	1.56
Yatış yaşı		
1	13	1.3
2	52	5.4
3	25	2.6
4	244	25.3
5	272	28.2
6	196	20.3
7	102	10.6
8	40	4.1
9	20	2.1
Toplam	964	100.0

* = Suç sırasındaki yaş

Katılımcıların 959'u (%99.5) erkek olup, suç işledikleri sırada 309'unun (%32.05) 21-30 yaş grubu arasında iken, 104'ünün (%10.79) 18 yaşın altında olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2 Katılımcıların medeni durumu ile ilgili frekansları ve yüzdeleri

Medeni Durum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bekâr	572	59.3
Evli	219	22.7
Boşanmış	146	15.1
Ayrı	18	1.9
Dul	9	0.9
Toplam	964	100

Katılımcıların 572'sinin (%59.3) bekar ve 219'unun (%22.7) evli olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcılardan 146'sının (%15.1) boşandığı, 18'inin (%1.9) eşinden ayrı yaşadığı ve 9'u ise dul olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 3 Katılımcıların eğitim düzeyi ile ilgili frekansları ve yüzdeleri

Eğitim Düzeyi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okuz-yazar değil	136	14.1
Okur-yazar	28	2.9
İlkokul	234	24.3
Ortaokul	176	18.3
Lise	243	25.2
Önlisans	20	2.1
Lisans	85	8.8
Lisansüstü	7	.7
Özel	35	3.6
Toplam	964	100

Katılımcıların eğitim düzeylerinin frekansları ve yüzdelik dilimleri görülmektedir. Tabloya göre katılımcılardan 136'sı (%14.1) okur-yazar değil, 28'i (%2.9) okur-yazar, 234'ü (%24.3) ilkokul mezunu, 176'sı (%18.3) ortaokul, 243'ü

(%25.2) lise mezunudur. Ayrıca katılımcıların 20'si (%2.1) ön lisans, 85'i (%8.8) lisans ve 7'si (%.7) lisans üstü eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcıların 35'i ise (%3.6) özel eğitim kurumuna devam etmiştir (Tablo 3).

Tablo 4 Katılımcıların meslekleri ile ilgili frekansları ve yüzdeleri

Meslek	Sayı (n)	Yüzde (%)
Mesleği yok	400	41.5
Kamu- memur	64	6.6
Serbest meslek	214	22.2
İşçi	164	17
Çiftçi-hayvancılık	86	8.9
Güvenlik Hizmetleri	30	3.1
Diğer	6	.6
Toplam	964	100

Katılımcıların mesleklerine ilişkin yüzdeler ve frekans tabloları görülmektedir. Tabloya göre 400 (%41.5) katılımcının mesleği olmadığı görülmektedir. Ayrıca katılımcılardan 64'ü (%6.6) memur, 164'ü (%17) işçi ve 30'u (%3.1) güvenlik sektöründedir. Dahası katılımcıların 147'si (%15.2) serbest meslek sahibi, 67'si (%7) esnaftır. Katılımcıların %6'sı (%.6) ise diğer mesleklerdendir (Tablo 4).

Tablo 5 Katılımcıların gelirleri ile ilgili frekansları ve yüzdeleri

Gelir	Sayı (n)	Yüzde (%)
Geliri var	420	43.6
Geliri yok	544	56.4
Toplam	964	100

Katılımcıların gelirleri ile ilgili yüzdeler ve frekanslar görülmektedir. Tabloya göre katılımcılardan 420'sinin (%43.6) geliri olduğu ve 544'ünün (%56.4) herhangi bir geliri olmadığı görülmektedir (Tablo 5).

Tablo 6 Katılımcıların suç öncesi iş durumu ile ilgili frekansları ve yüzdeleri

Çalışma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çalışıyor	260	27.0
Çalışmıyor	702	72.9
Bilinmiyor	2	.2
Toplam	964	100

Tablo 7. Katılımcıların çalışmama gerekçeleri ile ilgili frekansları ve yüzdeleri

Çalışmama Gerekçesi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaşlı	8	1.13
Emekli	41	5.84
Öğrenci	49	6.98
Toplam	98	100

Katılımcıların suç öncesi işleri ile ilgili frekansları ve yüzdeleri görülmektedir. Katılımcılardan 260'ının (%27) bir işte çalıştığı, 702'sinin (%72.9) çalışmadığını, çalışmayan katılımcılardan 41'inin (%4.1) emekli olduğu görülmektedir. Katılımcılardan 8'i (%.8) yaşlı olduğu ve 49 (%5.1) katılımcının ise öğrenci olduğu biliniyor. Ayrıca 2 (.2) katılımcının ise çalışma durumunun öğrenilemediği görülmektedir (Tablo 6/7).

Tablo 8 Katılımcıların kiminle yaşadığına dair frekans ve yüzde dağılımı

Kiminle yaşıyor	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ebeveyn	452	46.9
Eş-çocuk (çekirdek aile)	199	20.6
Kardeş	45	4.7
Bakım merkezi	57	5.9
Sokakta	15	1.6
Yalnız	162	16.8
Diğer	19	2
Çocuğunun çekirdek ailesiyle	8	.8
Cezaevi	7	.7
Toplam	964	100

Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişiler ve yerler ile ilgili frekans ve yüzdelik dilimleri göstermektedir. Katılımcıların 452'si (%46.9) ebeveynleri ile birlikte yaşarken 199'u (%20.6) eş ve çocukları ile ve 45'i (%4.7) ise kardeşi ile birlikte yaşamaktadır. Ayrıca katılımcılarında 57'si (%5.9) bir bakım merkezinde, 15'i (%1.6) sokakta, 162'si (%16.8) yalnız, 8'i (.8) çocuğunun yanında ve 7'sinin (%.7) ise cezaevinde yaşadığı görülmüştür. Son olarak katılımcılardan 19'unun (%2) ise daha önce nerede yaşadığı bilinmemektedir (Tablo 8).

Tablo 9 Katılımcıların geldiği yer ile ilgili frekans ve yüzdelik dilimleri

Geldiği Yer	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bilinmiyor	5	.5
Toplum	737	76.5
Engelli bakım merkezi	63	6.5
Cezaevi-Gözetli	86	6.8
Akıl Sağlığı Hastanesi	84	8.7
Çocuk evi	8	.8
Huzurevi	1	.1
Toplam	964	100

Katılımcıların geldiği yere dair frekans ve yüzdelik dilimler görülmektedir. Katılımcılardan 737'si (%76,5) toplum içinden, 63'ü (%6.5) engelli bakım merkezinden, 86'sı (6.8) cezaevi ve savcılıktan, 84'ü (%8.7) akıl sağlığı hastanesinden, 8'i (%.8) çocuk evinden ve 1'i (%.1) ise huzurevinden gelmiştir. Ayrıca 5 (.5) katılımcının ise nereden geldiği bilinmemektedir (Tablo 9).

Tablo 10 Katılımcıların geçmiş cezaevi öyküsüne dair frekans ve yüzde değerleri

Geçmiş cezaevi öyküsü	Sayı (n)	Yüzde (%)
Geçmiş cezaevi öyküsü var	119	12.3
Geçmiş cezaevi öyküsü yok	824	85.5
Bilinmiyor	21	2.2
Toplam	964	100

Katılımcıların daha önce cezaevine girip girmediklerine dair frekans ve yüzdelik dilimler görülmektedir. Katılımcılardan 119'unun (%12.3) daha önce cezaevine girdiği ve 824'ünün (%85.5) cezaevi geçmişi olmadığı görülmektedir. Ayrıca 21 (%2.2) katılımcının ise cezaevi geçmişinin olup olmadığı bilinmiyor (Tablo 10).

Tablo 11 Katılımcıların alkol-sigara-madde kullanımı ile ilgili frekans ve yüzdelik dilimleri

Madde Türü		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara	Var	611	63.4
	Yok	338	35
	Bilinmiyor	15	1.6
	Toplam	964	100
Alkol	Var	154	16
	Yok	786	81.5
	Bilinmiyor	24	2.5
	Toplam	964	100
Madde	Var	199	20.6
	Yok	753	78.1
	Bilinmiyor	12	1.2
	Toplam	964	100

Katılımcıların sigara-alkol ve madde kullanımlarının frekans ve yüzdelik dilimleri görülmektedir. Katılımcıların 611'inde (%63,4) sigara kullanımı olduğu, 154'ünde (%16) alkol kullanımı ve 199'unda ise madde kullanımı olduğu görülmektedir (Tablo 11).

Tablo 12 Katılımcıların kullandıkları maddenin türü ile ilgili frekans ve yüzdelik dilimleri

Madde	Sayı (n)	Yüzde (%)
Esrar	88	44.2
Uçucu madde	53	26.6
Opiyat	3	1.5
Kokain	2	1
Amfetamin ve türevleri	17	8.5
Sentetik psikoaktif	3	1.5
Birden fazla madde	33	16.6

Katılımcıların kullandıkları maddelerin frekansları ve yüzdelik dilimleri görülmektedir. Tabloya göre 88 (%44.2) katılımcı esrar kullanırken 53 katılımcı

(%26.6) uçucu madde kullanmaktadır. Katılımcılardan 3'ü (%1.5) opiyat, 2'si (%1) kokain, 17'si (%8.5) amfetamin ve 3'ü (%1.5) sentetik psikoaktif kullanmaktadır. Ek olarak 33 (%16.6) katılımcı birden fazla madde kullanmaktadır (Tablo 12).

Tablo 13 Katılımcıların suç esnasında alkol madde kullanımına ilişkin frekans ve yüzelik değeri

Madde	Sayı (n)	Yüzde (%)
Madde kullanımı var	47	4.9
Madde kullanımı yok	759	78.7
Alkol kullanımı var	12	1.2
Bilinmiyor	146	15.1
Toplam	964	100

Katılımcıların suç işledikleri esnada kullandıkları alkol- madde kullanımı ile ilgili frekans ve yüzelik değeri görölmektedir. Katılımcıların 47'si (%4.9) suç esnasında herhangi bir madde kullandıklarını beyan ederken 12'si (%1.2) alkol kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 13).

Tablo 14 Katılımcıların kendine zarar vermesi ile ilgili frekans ve yüzelik dilimleri

Kendine zarar verme geçmişı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kendine zarar geçmişı var	202	21
Kendine zarar geçmişı yok	732	75.9
Bilinmiyor	30	3.1
Toplam	964	100

Katılımcıların kendine zarar verme geçmişlerinin frekans ve yüzelik dilimleri görölmektedir. Tabloya göre 202 (%21) katılımcının daha önce kendine zarar verdiği ve 732 (%75.9) ise daha önce kendine zarar vermediği görölmektedir. 30 (%3.1) katılımcının ise kendine zarar verme geçmişine dair bilgi olmadığı görölmektedir (Tablo 14).

Tablo 15 Kronik hastalığı olan katılımcıların frekans ve yüzdelik dilimleri

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Diyabet	106	26.37
Hipertansiyon	77	19.15
Epilepsi	43	10.75
Parkinson	6	1.49
Demans	5	1.24
KOAH	6	1.49
Kalp hastalığı	16	3.98
Astım	22	5.47
Otizm/Down/Asperger Sendromu	4	1.00
Kanser	3	0.75
SVO	10	2.49
Bulaşıcı hastalık	8	1.99
Görme/İşitme/Yürüme Engeli bulunma	14	3.48
Alkol/Kumar/ Madde Bağımlılığı*	38	9.45
Kişilik Bozukluğu	32	7.96
Diğer	12	2.99
Toplam	402	100.00

* Esrar (cannabis), Çoklu madde, Uçucu madde, Opiyat, Kokain, Amfetamin, Sentetik

Katılımcıların kronik hastalık dağılımları sunulmuş olup, 106'sının (%26.37) Diyabet, 77'sinin (%19.15) Hipertansiyon, 43'ünün (%10.75) ise Epilepsi hastası olduğu belirlenmiştir. Katılımcılardan alkol/kumar/madde bağımlılığı olanların oranı 38 (%9.45) olup, kullanılan maddelerin esrar (cannabis), çoklu madde, uçucu madde, opiyat, kokain, amfetamin, sentetik maddeler olduğu saptanmıştır (Tablo 15).

Tablo 16 Katılımcıların psikiyatrik hastalıkları ve psikoz varlığı frekans ve yüzdelik dilimleri

Hastalık Tanı Dağılımı	Sayı (n)	Yüzde (%)	Psikoz varlığı	
			Var N (%)	Yok N (%)
Şizofreni	528	54.77	-	-
Bipolar Bozukluk	158	16.39	24 (%15.20)	134 (%84.80)
MR (Zekâ Geriliği)	205	21.27	97 (%47.30)	108 (%52.70)
Depresif Bozukluk	10	1.04	1 (%10.00)	9 (%90.00)
Nörolojik Bozukluk	22	2.28	2 (%9.10)	20 (%90.90)
DEHB	6	0.62	0 (%0.00)	6 (%100.00)
Diğer	22	2.28	0 (%0.00)	22 (%100.00)
Psikiyatrik Muayene	13	1.35	0 (%0.00)	13 (%100.00)

Katılımcıların hastalık tanı dağılımı incelendiğinde 528'inin (%54.77) tanısı “Şizofreni/psikoz” iken, ikinci sırada 205 kişi (%21.27) ile “MR”, üçüncü sırada ise 158'inin (%16.39) “Bipolar” tanılı bireyler olduğu saptanmıştır. Psikoz varlığının hastalığa göre dağılımı incelendiğinde ise MR hastalarının yaklaşık yarısında (%47.30, n=97) psikoz görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 16).

Tablo 17 Katılımcıların ailelerinin psikiyatrik hastalık geçmişi ve dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ailede psikiyatri geçmişi		
Bilinmiyor	182	18.88
Var	167	17.32
Yok	615	63.80
Psikiyatrik hastalık bulunan aile üyesi		
Baba	30	17.97
Anne	25	14.97
Kardeş	45	26.95
Çocuğu	4	2.39
Kuzeni	12	7.19
Dayı/Teyze	18	10.78
Hala/Amca	8	4.79
Üvey kardeş	2	1.20
Dede	1	0.59
Hem kardeş hem de baba ve/veya baba soyunda	10	5.99
Baba ve baba soyunda	4	2.39

Hem kardeş hem de anne ve/veya anne soyunda	4	2.39
Anne ve anne soyunda	2	1.20
Anne ve babada	1	0.59
Anne, baba ve kardeşte	1	0.59
Var olan psikiyatrik hastalıklar		
Alkol/Madde bağımlılığına bağlı psikotik bozukluk	15	8.98
MR (Zekâ geriliği)	12	7.18
Şizofreni	40	23.95
Bipolar bozukluk	14	8.38
Bipolar bozukluk ve suikid	1	0.06
Epilepsi	3	1.80
Suikid	3	1.80
Depresyon/Anksiyete bozukluğu	5	2.99
Şizofreni ve suikid	3	1.80
Bipolar ve alkol/madde bağımlılığı veya bağlı psikoz	1	0.06
Diğer (otizm/mikrosefali)	2	1.20
Belirlenemedi	68	40.12
Toplam	167	100.0

Katılımcıların 167'sinin (%17.32) ailesinde psikiyatri geçmişi olduğu ve 45'inde (%26.95) bu aile üyesinin “kardeş” olduğu saptanmıştır. Ailede var olan psikiyatrik hastalıkların dağılımı incelendiğinde 40'ının (%23.95) tanısının “şizofreni” olduğu belirlendi (Tablo 17).

Tablo 18 Katılımcıların zekâ testi sonuçları ile zekâ geriliği ve kişilik bozukluğu sınıfı dağılımı

Zekâ testi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Test yapılmamış	792	82.16
Ağır	1	0.10
Orta	14	1.45
Hafif	52	5.39
Sınır	56	5.81
Donuk/Normal	23	2.39
Normal	26	2.70
Zekâ geriliği tanısı/sınıfı		
Yok	884	91.70
Hafif	49	5.08

Sınır	16	1.66
Orta	14	1.45
Ağır	1	0.10
Kişilik bozukluğu sınıfı		
Yok	935	96.99
Antisosyal Kişilik Bozukluğu	19	1.97
Tanımlanmamış Kişilik Bozukluğu	3	0.31
Narsistik Kişilik Bozukluğu	1	0.10
Şizoid Kişilik Bozukluğu	3	0.31
Pasif-agresif Kişilik Bozukluğu	1	0.10
Nevrotik Kişilik Bozukluğu	2	0.21
Toplam	964	100.0

Katılımcıların çok büyük kısmına zekâ testi yapılmadığı (%82.16), yapılanların da sadece 26'sında (%2.70) zeka testinin “normal” olduğu belirlenmiştir. Yine hastaların çok büyük kısmının kişilik bozukluğu sınıfının bulunmadığı (%96.99) ve kişilik bozukluğu sınıflandırılması yapılanların ise sadece 18'inde (%1.87) antisosyal kişilik bozukluğu bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 18).

Tablo 19 Katılımcıların Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesinde yatış sayısı ile ilgili frekans ve yüzdelik değerler

YGAP Yatış Sayıları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bir defa	812	84.2
İki defa	89	9.2
Üç defa	15	1.6
Dört defa	2	.2
Gözlem	46	4.8
Toplam	964	100

Katılımcıların yüksek güvenlikli adli psikiyatri hastanesindeki yatış sayılarının frekansları ve yüzdelik değerleri görülmektedir. Katılımcılardan 812'si (%84.2) bir defa, 89'u (%9.2) iki defa, 15'i (%1.6) üç defa ve 2'si (% .2) dört defa yattığını bildirmiştir. Ayrıca 46 (%4.8) katılımcı gözlem amaçlı yatırılmıştır (Tablo 19).

Tablo 20 Katılımcıların YGAP'deki klinik bilgileri

Yattığı gün sayısı (ORT ± SS)	107.36±171.65 (Min:1 - Maks: 1801)	
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yatış sırasında diğer hastalara şiddet		
Var	89	9.23
Yok	875	90.77
Yatış sırasında tedaviye uyum		
Uyumlu	791	82.05
Uyumsuz	65	6.74
Bazen Uyumlu Bazen Uyumsuz	108	11.21
Toplam	964	100.0

Katılımcıların hastanede yattıkları gün sayısı ortalaması 107.36±171.65(1-1801) olup, 89'unda (%9.23) 89 diğer hastalara şiddet saptanırken, 791'inin (%82.05) tedaviye uyumlu olduğu belirlenmiştir (Tablo 20).

Tablo 21 Katılımcıların işledikleri suç ve ilişkili bazı değişkenlerin dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hukuk maddesi*		
TCK 32/1	845	87.66
TCK 32/2	12	1.24
Çocuk Koruma Kanunu Sağlık Tedbiri	12	1.24
CMK madde 74	46	4.77
TCK 57/5	49	5.08
İlk tedavi suç girişiminden önce mi?		
Evet	673	69.81
Hayır	266	27.59
Eksik veri	25	2.59
Daha önce hastaneye yatış sayısı		
Bilinmiyor	68	7.10
1	485	50.30
2	134	13.09
3	68	7.10
4	62	6.40
5	36	3.70
6	24	2.50
7	13	1.30
8	11	1.10
9	9	0.90

10 ve üzeri	54	5.60
Kontrole çağrılma süreleri		
2 yıl süre ile 6 ayda bir	582	60.37
1 yıl süre ile 6 ayda bir	62	6.43
2 yıl süre ile 3 ayda bir	183	18.98
3 yıl süre ile 3 ayda bir	33	3.42
5 yıl süreyle 3 ayda bir	63	6.54
10 yıl süre ile 3 ayda bir	5	0.52
3 yıl süre ile 6 ayda bir	16	1.66
5 yıl süre ile 6 ayda bir	4	0.41
Şifa	6	0.62
18 yaşına kadar ayda 1	3	0.31
Ölüm	2	0.21
Başka hastaneye devir	1	0.10
Halen yatıyor	4	0.41
Toplam	964	100.0

* YGAP yatışı verilen

**YGAP birden fazla yatışı olan hastalar için

Tablo 21’de katılımcıların 845’inin (%87.66), yatış verilen hukuk maddesi “57-32/1” TCK maddesidir. İlk tedavisi suç girişiminden önce yapılan katılımcıların oranı 673 (%69.81) olup, 485’i (%50.30) hastaneye bir kez yatmıştır. Hastaların 582’sinin (%60.37) “2 yıl süre ile 6 ayda bir” kontrole çağrıldıkları belirlenmiştir.

Tablo 22 Katılımcıların suçla ilişkili özelliklerinin dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Olay sırasında suç sayılan eylem sayısı		
1	681	70.64
2	193	20.02
3	74	7.68
4	12	1.24
5	3	0.31
6	1	0.10
Suç mekânı		
Kendi Evi	336	34.85
Tanıdığının Evi	35	3.63
Kapalı Mekân	117	12.13
Açık Mekân	292	30.29
Kurum Askeriye, Okul, Hastane, Belediye, Sosyal Dayanışma Vakfı,	46	4.77
Telefon, Facebook, Sosyal Medya Dijital Ortam Mektup	69	7.15

Binek Araç, Otobüs	9	0.93
Kurum (Bakımevi, Cezaevi, Karakol, Adliye)	32	3.31
Cami, Türbe	10	1.03
Yaralama türleri		
Yaralama olmayanlar	530	54.98
Basit yaralama	337	34.96
Yüzde değişikliğe neden olan yaralama, sabit iz	5	0.52
Kemik kırığı	18	1.87
Yaşamsal tehlike	15	1.56
Duyu veya organ kaybı	5	0.52
Belirtilmemiş	54	5.60

Katılımcıların suçla ilişkili özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Buna göre katılımcıların olay sırasında suç sayılan eylem sayıları incelendiğinde, %70.64' sının (n=681) eylem sayısının 1 olduğu, 193'ünün ise (%20.02) olay sırasında 2 adet suç sayılan eylem gerçekleştirdiği saptanmıştır. Katılımcıların 335'inin (%34.80) kendi evinde, 291'inin (%30.20) açık mekanlarda, 117'sinin (%12.10) kapalı mekanlarda suç işlediği görülmüştür. İşlenen suçlarla ilgili 530'unda (%54.98) herhangi bir yaralanma olmazken, 323'ü (%33.51) basit yaralanma ile sonuçlanmıştır (Tablo 22).

Tablo 23. Katılımcıların suçla ilişkili özelliklerinin dağılımı

Suçun hedefi		
Anne	65	6.74
Baba	62	6.43
Eşi, sevgili, eski eşi	80	8.98
Çocuğu	16	1.65
Kardeş	60	6.22
Tanıdığı bireyler	80	8.29
Yabancı bireyler	182	18.87
Mala karşı suçlar, ağaç kesmek yangın çıkarmak, kamu malına zarar, kaçak elektrik, kaçak sigara, sahtecilik, uyuşturucu bulundurmak, dolandırıcılık, silah bulundurmak, kuran yakmak, kaçakçılık, suçluyu övme	84	8.71
Cezaevi personeli, polis, güvenlik, gardiyan, avukat, jandarma doğru	48	4.97
Diğer imam, subay	10	1.03
Aile bireylerinden birden fazla kişiye	60	6.22

Arkadaş	26	2.69
Akraba	41	4.25
Komşu	59	6.12
Halkta panik yaratmak, suç uydurmak, ateş açmak, yasak bölgeye girmek, tutukluyken kaçmak, terör, fuhuş, çıplak gezme, askerden kaçma	28	2.90
Kamu çalışanı savcı, hâkim, vali, sağlık çalışanları, belediye başkanı, TBMM, büyükelçilik	23	2.38
Cumhurbaşkanına	15	1.55
Ulaşılamayan veri	25	2.59

Katılımcıların suç hedefine yönelik dağılımı sunulmuştur. Buna göre katılımcıların 343'ünün (%36.24), suç hedefinin 1. Derece yakınları olduğu belirlenmiştir. Bunların içinde 187'sinin (%19.39), suç hedefinin “ebeveyni” olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların 489'unun (%57.59), tanıdıkları olduğu bulunmuştur (Tablo 23).

Tablo 24. Katılımcıların kullandıkları silahlı aletlerin dağılımı

Kullanılan silahlı alet türü	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bıçak	156	16.18
Ateşli Silah (1 tanesi el bombası)	59	6.12
Tornavida, şiş, makas	4	0.41
Sopa (demir veya tahta)	50	5.19
Balta, keser, satır	8	0.83
Taş	33	3.42
İp	1	0.10
Diğer (kiremit, bardak, sandalye, cam, çatal, çapa çekiç, tırmık, şişe, kemer)	46	4.77
Bilinmiyor	17	1.76
Kullanmayan	590	61.20
Toplam	964	100.0

Katılımcıların %38.16'sının (n=357) silahlı alet kullandıkları ve en fazla kullanılan aletin %16.18 (n=156) bıçak olduğu ortaya konmuştur (Tablo 24).

Tablo 25. Katılımcıların suçu kabul etme ve suç işleme gerekçelerinin dağılımı

Suç kabullenme durumu*	Sayı (n)	Yüzde (%)
Suç kabul	51	5.29
Suç inkâr	886	91.91
Ulaşılamayan veri	27	2.80
Suç işleme gerekçesi*		
Sebepsiz	716	74.27
Husumet, tartışma, para veya boşanma vb. tetikleyiciler	237	24.59
Ulaşılamayan	11	1.14
Toplam	964	100.0

*Bilgi gerekçeli kararlardan alındı

Katılımcıların sadece %5.29'u (n=51) suçunu kabul etmiş olup, %74.27'sinin (n=716) suç işleme gerekçesi olarak bir sebebinin olmadığı saptanmıştır. (Tablo 25).

Tablo 26. Bilirkişi raporunu düzenleyen kurum ve gönderildiği mahkemelerin dağılımı

Bilirkişi Raporu Düzenleyen Kurumlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Üniversite Hastanesi	101	10.48
Ruh Sağlığı Hastanesi	608	63.07
Şehir Hastanesi ygap	72	7.47
Eğitim Araştırma Hastanesi	40	4.15
Devlet Hastanesi	22	2.28
Adli Tıp Kurumu, Şubesi	63	6.54
Askeri hastane	1	0.10
Ulaşılamayan	57	5.91
Gönderildiği Mahkeme		
Asliye Ceza	801	83.09
Sulh Ceza	42	4.353
Ağır Ceza	88	9.13
Çocuk Mahkemesi	31	3.22
Askeri mahkeme	2	0.20
Toplam	964	100.0

Çalışmada bilirkişilik raporunu düzenleyen kurumun en fazla %63.07 oranı ile (n=608) Ruh Sağlığı Hastanesi, gönderildiği mahkemenin ise en fazla %83.09 (n=801) oranında Asliye Ceza Mahkemesi olduğu belirlenmiştir (Tablo 26).

Tablo 27. Katılımcıların işledikleri suçların dağılımı

Suç türü	Sayı(n)	Yüzde (%)
Kasten yaralama	431	32.4
Hakaret	174	12.94
Tehdit	114	8.48
Silah bulundurma	18	1.34

Silahla tehdit	103	7.66
Mala zarar verme, kamu malına zarar verme	95	7.06
Hırsızlık ve Hırsızlığa Teşebbüs	76	5.65
Cinayet (Adam Öldürme)	20	1.49
Adam öldürmeye teşebbüs	12	0.89
Cinsel saldırı	32	2.38
Çocuğun cinsel istismarı	33	2.45
Çocuk dilendirme, çocuk pornosu indirme, fuhuşa yer temin etmek	3	0.22
Kişiyi hürriyetten yoksun bırakma	33	2.45
Görevi yaptırmamak için direnme	24	1.78
Yağma ve Gasp	20	1.49
İftira	19	1.41
Dolandırıcılık	16	1.19
Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek bulundurmak ve kullanmak	15	1.12
Konut dokunulmazlığı ihlali	13	0.97
Hayasızca hareketlerde bulunma	6	0.45
Halk arasında panik yaratacak şekilde genel güvenliği tehlikeye sokma suçu	14	1.04
Diğer*	69	5.13
Toplam**	1345	100

* = Terör Propagandası Yapmak, Ağaç Kesme, Yangın Çıkarma, Kaçak Sigara ve Elektrik, Emirleri Yerine Getirmeme, Görevi Kötüye Kullanma, Hükümlünün Kaçması, Askerden Firar, Bayrak Yakmak, Tüzel Kişiye Ait Yeri Kullanma, kaçakçılık, kurumdan kaçma, silahlı terör örgütü adına suç işleme kişisel verileri kullanma

**Bir kişi birden fazla suç

Çalışmada katılımcıların işledikleri suç dağılımı incelendiğinde; en fazla %32.4 (n=431) oranı ile kasten yaralama, ikinci sırada % 12.94 (n=174) ile hakaret ve üçüncü sırada %8.48 (n=114) ile tehdit suçlarının işlenmiş olduğu saptanmıştır. Değerlendirmeye alınan toplam 1345 suçun suç dağılımları Tablo 27’de sunulmuştur.

Tablo 28. Katılımcıların hastalık tanıları ile suç değişkenlerinin karşılaştırılması

Değişkenler		Hastalık Tanısı				χ^2	Sd	P değeri
		Şizofreni n(%)	Bipolar n(%)	MR* n(%)	Toplam			
Suç Yaşı	21-30	124 (26,0)	37 (%24,7)	73 (%45,6)	234	33,082	6	0,000*
	31-40	155 (%32,5)	57 (%38,0)	54 (%33,8)	266			
	41-50	131 (%27,5)	39 (%26,0)	20 (%12,5)	190			
	51-60	67 (%14,0)	17(%11,3)	13 (%8,1)	97			
	Toplam	477	150	160	787			
Suç sayısı	1	401 (%82,9)	128 (%83,7)	170 (%85,9)	699	0,932	2	0,627
	4	83 (%17,1)	25 (%16,3)	28 (%14,1)	136			
	Toplam	484	153	198	835			
Suç Mekânı	Kendi evi	212 (%52,2)	59 (%51,3)	43 (%25,7)	314	35,542	4	0,000*
	Kapalı mekân	52 (%12,8)	17 (%14,8)	36 (%21,6)	105			
	Açık mekân	142 (%35,0)	39 (%33,9)	88 (%52,7)	269			
	Toplam	406	115	167	688			
Suç Silahı	Ateşli silah	226 (%43,3)	52 (%32,9)	61 (%29,9)	339	13,700	2	0,001*
	Bıçak	295 (%56,7)	106 (%67,1)	143 (%70,1)	544			
	Toplam	521	158	204	883			
Suç İşleme Gerekçesi	Sebepsiz	382 (%73,2)	113 (%71,5)	161 (%79,7)	656	4,076	2	0,130
	Husumet veya tartışma	140 (%26,8)	45 (%28,5)	41 (%20,3)	226			
	Toplam	522	158	202	882			
Suçu Kabul Etme	Kabul	25 (%4,9)	11 (%7,1)	10 (%5)	46	1,229	2	0,541
	İnkâr	489 (%95,1)	144 (%92,9)	190 (%95)	823			
	Toplam	514	155	200	869			
Hukuk Maddesi	TCK 32/1	477 (%91,7)	150 (%95,5)	174 (%89,2)	801	11,416	4	0,022*
	CMK 74	10 (%1,9)	2 (%1,3)	11 (%5,6)	23			
	57/5	33 (%6,3)	5m(%3,2)	10 (%5,1)	48			
	Toplam	520	157	195	872			
Cezaevi Öyküsü	Yok	436 (%84,0)	141 (%91,6)	185 (%92,5)	762	12,458	2	0,002*
	Var	83 (%16,0)	13 (%8,4)	15 (%7,5)	111			
	Toplam	519	154	200	873			

*MR=Mental Retardasyon

Katılımcıların %92.43'ünün (n=891) tanısını şizofreni (%54.77; n=528), MR (%21.27; n=205) ve bipolar bozukluk (%16.39; n=158) oluşturmaktadır. Suçla ilişkili değişkenlerin bu üç tanı ile karşılaştırma analizleri sunulmuştur. Suçla ilgili değişkenlerde de en sık görülen parametreler karşılaştırmaya alınmıştır. Katılımcıların suç yaşları ile hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=33,082$; $p=0,000$). Buna göre; şizofreni olan hastaların içinde %32.5 (n=155), bipolar tanılı hastalarda da %38.0 oranı (n=57) ile en büyük oranı 31-40 yaş arası

hastalar oluşturmıştır. Ancak MR tanılı hastalarda suç yaşının çoğunlukla %45.6 (n=73) oranı ile 21-30 yaş arası grup olduğu görülmüştür (Tablo 28).

Katılımcıların suç mekânları ile hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=35,542$; $p=0,000$). Suç mekânı olarak Şizofreni ve Bipolar tanılı hastalar çoğunlukla kendi evlerini tercih ederken, MR hastaları açık mekanları daha fazla tercih etmişlerdir (%52.7, n=88). Katılımcıların suç silahları ile hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=13,700$; $p=0,001$). Buna göre; katılımcılar çoğunlukla bıçak kullanmayı tercih etmişlerdir. (Tablo 28).

Katılımcıların yargılandıkları hukuk maddeleri ile hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=11,416$; $p=0,022$). Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğu “57-32/1” hukuk maddesinden yargılanmışlardır. Katılımcıların cezaevi öyküleri ile hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=12,458$; $p=0,002$). Buna göre şizofreni hastalarının %16.0 (n=83) sınıfın cezaevi öyküsü olduğu belirlendi. Katılımcıların suç sayıları, suç işleme gerekçeleri, suçu kabul etme durumları ile hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 28).

Tablo 29. Katılımcıların hastalık tanıları ile bazı değişkenlerin karşılaştırılması

Değişkenler		Şizofreni n (%)	Bipolar n (%)	MR n (%)	Toplam	χ^2	Sd	P değeri
Ailede Psikiyatrik Hastalık Geçmişi	Bilinmiyor	98 (%18,6)	30 (%19,0)	39 (%19,0)	167	4,325	4	0,364
	Var	92 (%17,4)	37 (%23,4)	32 (%15,6)	161			
	Yok	338(%64,0)	91 (%57,6)	134(%65,4)	563			
	Toplam	528	158	195	891			
Kişilik Bozukluğu Sınıfı	Yok	513(%97,9)	151(%98,7)	205 (%15,6)	869	4,507	2	0,105
	Antisosyal	11 (%2,1)	2 (%1,3)	0 (%0)	13			
	Toplam	524	153	205	881			
Tedavi Suç Girişimin den Önce mi?	Önce	382(%74,3)	125(%80,1)	128 (%63,7)	635	13,297	2	0,001 *
	Sonra	132(%25,7)	31 (%19,9)	73 (%36,3)	236			
	Toplam	514	156	201	871			
Yatış Sayısı	Bilinmiyor	29 (%6,2)	5 (%3,8)	27 (%13,4)	61	78,653	10	0,000 *
	1	227(%48,8)	56 (%42,4)	145 (%72,1)	428			
	2	86 (%18,5)	27 (%20,5)	16 (%8,0)	129			
	3	41 (%8,9)	20 (%15,2)	6 (%3,0)	67			
	4	42 (%9,0)	14 (%10,6)	5 (%2,5)	61			
	10 ve üzeri	40 (%8,6)	10 (%7,5)	2 (%1,0)	52			

	Toplam	465	132	201	798			
Diğer Hastalara Şiddet	Var	45 (%8,5)	9 (%5,7)	27 (%13,2)	81	6,471	2	0,039 *
	Yok	483(%91,5)	148(%94,3)	178 (%86,8)	809			
	Toplam	528	157	205	890			
Tedaviye Uyum	Uyumlu	445(%84,3)	144(%91,7)	148 (%72,2)	737	25,987	4	0,000 *
	Uyumsuz	28 (%5,3)	5 (%3,2)	21 (%10,2)	54			
	Bazen uyumlu bazen uyumsuz	55 (%10,4)	8 (%5,1)	36 (%17,6)	99			
	Toplam	528	157	205	890			
Sigara	Var	378(%73,0)	118(%75,6)	86 (%42,8)	582	66,346	2	0,000 *
	Yok	140(%27,0)	38 (%24,4)	115 (%57,5)	293			
	Toplam	518	156	201	875			
Alkol	Var	107(%20,7)	28 (%17,9)	11 (%5,5)	146	24,403	2	0,000 *
	Yok	409(%79,3)	128(%82,1)	190 (%94,5)	727			
	Toplam	516	156	201	873			
Madde	Var	142(%27,2)	23 (%14,7)	24 (%11,8)	189	25,583	2	0,000 *
	Yok	380(%72,8)	133(%85,3)	179 (%88,2)	692			
	Toplam	522	156	203	881			
Kontrolle Çağırılma Süreleri	2 yıl süre ile 6 ayda 1	314(%67,8)	112(%74,7)	110 (%71,4)	536	3,070	4	0,546
	2 yıl süre ile 3 ayda 1	113(%24,4)	27 (%18,0)	33 (%21,4)	173			
	5 yıl süre ile 3 ay aralıklarla	36 (%7,8)	11 (%7,3)	11 (%7,1)	58			
	Toplam	463	150	203	767			

Katılımcıların en sık aldıkları üç tanı ile bazı değişkenlerin karşılaştırma analizleri Tablo 29’de sunulmuştur. İlk tedavilerini suç girişiminden önce/sonra olması ile katılımcıların hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=13,297$; $p=0,001$). Buna göre; katılımcıların büyük çoğunluğunda suç girişimlerinden önce tedavilerinin başladığı saptanmıştır. MR tanılı hastalar arasında %36,3 (n=73) oranı ile tedavi öncesinde suç girişimi olduğu belirlenmiştir. Bu oran Şizofreni ve Bipolar hastalara göre daha fazladır (Tablo 29).

Katılımcıların yatış sayıları ile hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=78,653$; $p=0,000$). Buna göre; katılımcıların çoğunlukla bir kez yatışı olduğu görülmektedir. Diğer hastalara şiddet varlığı ile katılımcıların hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=6,741$; $p=0,039$). Buna göre; diğer hastalara şiddet uygulayan grubun %13,2 (n=27) oranı ile MR tanılı bireylerde daha fazla olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların tedaviye uyumları ile hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=25,987$;

$p=0,000$). Buna göre; en fazla tedaviye uyumsuz olan grubu MR tanılı hastalar oluşturmaktadır (%10,2, $n=21$). (Tablo 29).

Sigara içme durumları ile katılımcıların hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=66,346$; $p=0,000$). Buna göre; sigara içme oranı en fazla olan grubunun Bipolar hastalar olduğu belirlenmiştir (%75,6, $n=118$). Alkol içme durumları ile katılımcıların hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=24,403$; $p=0,000$). Buna göre; şizofreni tanılı bireylerin alkol içme durumlarının en fazla olduğu belirlenmiştir (%20,7, $n=107$). Katılımcıların madde kullanma durumları ile hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=25,583$; $p=0,000$). Buna göre en fazla madde kullanan grubun Şizofreni hastaları olduğu saptanmıştır (%27,2 , $n=142$). Katılımcıların suç sayıları, ailesinde psikiyatrik hastalık geçmişi bulunması, kişilik bozukluğu sınıfı, kontrole çağrılma süreleri ile hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 29).

Tablo 30. Katılımcıların hastalık tanıları ile suç türlerinin karşılaştırılması

Değişkenler		Şizofreni n(%)	Bipolar n(%)	MR n(%)	Toplam	χ^2	S d	p
Kasten Yaralama	Var	262 (%49,6)	73 (%46,2)	73 (%35,6)	408	11,692	2	0,003*
	Yok	266 (%50,4)	85 (%53,8)	132 (%64,4)	483			
Hakaret	Var	111 (%21,1)	34 (%21,7)	21 (%10,4)	166	12,032	2	0,002*
	Yok	415 (%78,9)	123 (%78,3)	181 (%89,6)	719			
Tehdit	Var	72 (%13,6)	20 (%12,7)	14 (%6,8)	106	6,634	2	0,036*
	Yok	456 (%86,4)	138 (%87,3)	191 (%93,2)	785			
Silah Bulundurma	Var	12 (%2,3)	2 (%1,3)	3 (%1,5)	17	0,940	2	0,625
	Yok	516 (%97,7)	156 (%98,7)	202 (%98,5)	874			
Silahlı Tehdit	Var	75 (%14,2)	17 (%1,3)	6 (%2,9)	98	19,261	2	0,000*
	Yok	452 (%85,8)	141 (%98,7)	199 (%97,1)	792			
Mala Zarar	Var	53 (%10,1)	20 (%12,7)	17 (%8,3)	90	1,875	2	0,392
	Yok	474 (%89,9)	138 (%87,3)	188 (%91,7)	800			
Cinayet	Var	18 (%3,4)	0 (%0)	1 (%0,5)	19	10,223	2	0,006*
	Yok	510 (%96,6)	1158 (%87,3)	204 (%99,5)	872			
Hırsızlık	Var	19 (%3,6)	9 (%5,7)	36 (%17,6)	64	43,816	2	0,000*
	Yok	509 (%96,4)	149 (%94,3)	169 (%82,4)	827			
Cinsel Saldırı	Var	16 (%3,0)	5 (%3,2)	9 (%4,4)	30	0,864	2	0,649
	Yok	512 (%97,0)	153 (%96,8)	196 (%95,6)	861			
Dolandırıcılık	Var	6 (%1,1)	2 (%1,3)	5 (%2,4)	13	1,793	2	0,408
	Yok	522 (%98,9)	156 (%98,7)	200 (%97,6)	878			
	Var	9 (%1,7)	2 (%1,3)	3 (%1,5)	14	0,171	2	0,918

Uyuşturucu	Yok	519 (%98,3)	156 (%98,7)	202 (%98,5)	877			
İftira	Var	9 (%1,7)	4 (%2,5)	3 (%1,5)	16	0,638	2	0,727
	Yok	519 (%98,3)	154 (%97,5)	202 (%98,5)	875			
Yağma	Var	9 (%1,7)	3 (%1,9)	6 (%2,9)	18	1,129	2	0,569
	Yok	519 (%98,3)	155 (%98,1)	199 (%97,1)	873			
Öldürmeye Teşebbüs	Var	9 (%1,7)	2 (%1,3)	0 (%0)	11	3,520	2	0,172
	Yok	519 (%98,3)	156 (%98,7)	205 (%100,0)	880			
Çocuk Fuhuş	Var	0 (%0)	0 (%0)	3 (%1,5)	3	3,520	2	0,172
	Yok	528 (%100,0)	158 (%100,0)	202 (%98,5)	888			
Diğer*	Var	30 (%5,7)	11 (%7,0)	16 (%7,8)	57	1,214	2	0,545
	Yok	498 (%94,3)	147 (%93,0)	189 (%92,2)	834			
Cinsel İstismar	Var	11 (%2,1)	4 (%2,5)	13 (%6,3)	28	9,032	2	0,011*
	Yok	527 (%97,9)	154 (%97,5)	192 (%93,7)	863			
Yaralanmaya Teşebbüs	Var	4 (%0,8)	0 (%0,0)	1 (%0,5)	5	1,276	2	0,528
	Yok	524 (%99,2)	158 (%100,0)	204 (%99,5)	886			
Hürriyetten Yoksun Bır.	Var	20 (%3,8)	3 (%1,9)	6 (%2,9)	29	1,469	2	0,480
	Yok	508 (%96,2)	155 (%98,1)	199 (%97,1)	862			
Konut Dok. İhlal	Var	6 (%1,1)	1 (%0,6)	5 (%2,4)	12	2,623	2	0,269
	Yok	522 (%98,9)	157 (%99,4)	200 (%97,6)	879			
Direnme	Var	12 (%2,3)	6 (%3,8)	5 (%2,4)	23	1,146	2	0,564
	Yok	516 (%97,7)	152 (%96,2)	200 (%97,6)	868			
Hayasız Hareket	Var	5 (%0,9)	0 (%0,0)	1 (%0,5)	6	1,768	2	0,413
	Yok	523 (%99,1)	158 (%100,0)	204 (%99,5)	885			
Panik	Var	5 (%0,9)	5 (%3,2)	1 (%0,5)	11	6,122	2	0,047
	Yok	523 (%99,1)	153 (%96,8)	204 (%99,5)	880			
Toplam		528	158	205	891			

Katılımcıların en sık aldıkları üç tanı ile bazı değişkenlerin karşılaştırma analizleri Tablo 30'da sunulmuştur. Kasten yaralama suçu ile katılımcıların hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=11,692$; $p=0,003$). Buna göre; kasten yaralama suçunun en fazla işlendiği grubun Şizofreni hastaları olduğu belirlendi (%49,6, n=262). Hakaret suçu ile katılımcıların hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=12,032$; $p=0,002$). Buna göre; hakaret suçunun en fazla işlendiği grubun Bipolar hastaları olduğu belirlendi (%21,7, n=34). Tehdit ile katılımcıların hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=6,634$ $p=0,036$). Buna göre; tehdit suçunun en fazla işlendiği grubun Şizofreni hastaları olduğu belirlenmiştir (%13,6, n=72). Silahlı tehdit ile katılımcıların hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=19,261$; $p=0,000$). Buna göre; silahlı tehdit suçunun en fazla işlendiği grubun Şizofreni hastaları olduğu belirlenmiştir (%14,2, n=75) (Tablo 30).

Cinayet suçu ile katılımcıların hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=10,223$; $p=0,006$). Buna göre; cinayet suçunun en fazla işlendiği grubun Şizofreni hastaları olduğu belirlenmiştir (%3,4, n=18). Hırsızlık suçu ile katılımcıların hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=43,816$; $p=0,000$). Buna göre; hırsızlık suçunun en fazla işlendiği grubun MR hastaları olduğu belirlenmiştir (%17,6, n=36). Cinsel istismar suçu ile katılımcıların hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=9,032$; $p=0,011$). Buna göre; cinsel istismar suçunun en fazla işlendiği grubun MR hastaları olduğu belirlenmiştir (%6,3, n=13). Toplumda Panik yaratacak eylem suçu ile katılımcıların hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=6,122$; $p=0,047$). Buna göre; toplum içinde panik yaratma suçunun en fazla işlendiği grubun Bipolar hastaları olduğu belirlenmiştir (%3,2, n=5). Katılımcıların silah bulundurmaları, mala zarar verme, cinsel saldırı, dolandırıcılık, uyuşturucu kullanma, iftira yağma, öldürmeye teşebbüs, diğer suçlar, yaralamaya teşebbüs, hürriyetten yoksun bırakma, konut dokunulmazlığı ihlali, direnme, hayasız hareket suçları ile hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 30).

Tablo 31. Katılımcıların sağlık sorunları ile suç türlerinin karşılaştırılması

Görme İşitme sorunu	Kasten Yaralama		Hakaret		Tehdit		Silahlı Tehdit		Mala Zarar		Hırsızlık		Diğer	
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Var	7 (%1,6)	7 (%1,3)	5 (%2,9)	9 (%1,6)	4 (%3,5)	10 (%1,2)	1 (%1,0)	13 (%1,5)	2 (%2,1)	12 (%1,4)	0 (%0,0)	14 (%1,6)	1 (%1,4)	13 (%1,5)
Yok	424 (%98,4)	526 (%98,7)	169 (%97,1)	775 (%98,4)	110 (%96,5)	840 (%98,8)	102 (%99,0)	847 (%98,5)	93 (%97,9)	856 (%98,6)	76 (%100,0)	874 (%98,4)	68 (%98,6)	882 (%98,5)
Toplam	431	533	174	431	114	850	103	860	95	868	76	888	69	895
İstatistiksel Analiz	$\chi^2 = 0,688$ P = 0,789		$\chi^2 = 2,945$ P = 0,151		$\chi^2 = 3,820$ P = 0,073		$\chi^2 = 0,188$ P = 1,000		$\chi^2 = 0,312$ P = 0,640		$\chi^2 = 1,216$ P = 0,618		$\chi^2 = 0,000$ P = 1,000	
Alkol- Mad. Bağımlılığı	Kasten Yaralama		Hakaret		Tehdit		Silahlı Tehdit		Mala Zarar		Hırsızlık		Diğer	
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Var	17 (%3,9)	21 (%3,9)	8 (%4,6)	30 (%3,8)	3 (%2,6)	35 (%4,1)	7 (%1,6)	30 (%3,5)	4 (%4,2)	34 (%1,6)	2 (%2,6)	36 (%1,2)	1 (%1,4)	37 (%4,1)
Yok	414 (%96,1)	512 (%96,1)	166 (%95,4)	754 (%96,2)	111 (%97,4)	815 (%95,9)	96 (%98,4)	830 (%96,5)	91 (%95,8)	834 (%98,4)	74 (%97,4)	852 (%98,8)	68 (%98,6)	858 (%95,9)
Toplam	431	533	174	431	114	850	103	860	95	868	76	888	69	895
İstatistiksel Analiz	$\chi^2 = 0,000$ P = 1,000		$\chi^2 = 0,222$ P = 0,667		$\chi^2 = 0,586$ P = 0,610		$\chi^2 = 2,724$ P = 0,104		$\chi^2 = 0,019$ P = 0,784		$\chi^2 = 0,374$ P = 0,762		$\chi^2 = 1,219$ P = 0,514	
Kişilik Bozukluğu	Kasten Yaralama		Hakaret		Tehdit		Silahlı Tehdit		Mala Zarar		Hırsızlık		Diğer	
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Var	12 (%2,8)	20 (%3,8)	5 (%2,9)	27 (%3,4)	4 (%3,5)	28 (%3,3)	3 (%2,9)	29 (%3,9)	2 (%2,1)	30 (%3,5)	1 (%1,3)	31 (%3,5)	3 (%4,3)	29 (%3,2)
Yok	419 (%97,2)	513 (%96,2)	169 (%97,1)	757 (%96,6)	110 (%96,5)	822 (%96,7)	100 (%97,1)	831 (%96,1)	93 (%97,9)	838 (%96,5)	75 (%98,7)	857 (%96,5)	66 (%95,7)	866 (%96,8)
Toplam	431	533	174	431	114	850	103	860	95	868	76	888	69	895
İstatistiksel Analiz	$\chi^2 = 0,696$ P = 0,472		$\chi^2 = 0,143$ P = 0,819		$\chi^2 = 0,014$ P = 0,784		$\chi^2 = 0,060$ P = 1,000		$\chi^2 = 0,486$ P = 0,762		$\chi^2 = 1,032$ P = 0,506		$\chi^2 = 0,245$ P = 0,494	

Katılımcılarda en sık görülen sağlık sorunları ile işledikleri suç türlerinin karşılaştırma analizleri Tablo 30'da sunulmuştur. Buna göre, sağlık sorunları ile işledikleri suç türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 31)

Tablo 32. Katılımcıların bazı değişkenler ile suç türlerinin karşılaştırılması

Kontrol e çağr. Süreleri	Kasten Yaralama		Hakaret		Tehdit		Silahlı Tehdit		Mala Zarar		Hırsızlık		Diğer	
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
2 yıl süre ile 6 ayda 1	253 (%47,2)	283 (%52,8)	107 (%20,2)	424 (%79,8)	64 (%11,9)	470 (%88,1)	64 (%12,0)	471 (%88,0)	50 (%2,1)	485 (%1,4)	35 (%6,5)	501 (%93,5)	38 (%7,1)	498 (%92,9)
2 yıl süre ile 3 ayda 1	80 (%46,2)	93 (%53,8)	32 (%18,6)	140 (%81,4)	21 (%12,1)	152 (%87,9)	22 (%12,7)	151 (%87,3)	23 (%97,9)	150 (%98,6)	9 (%5,2)	164 (%94,8)	10 (%5,8)	163 (%94,2)
5 yıl süre ile 3 ay aralıklarla	22 (%37,9)	36 (%62,1)	8 (%13,8)	50 (%86,2)	9 (%15,5)	49 (%84,5)	5 (%8,6)	53 (%91,4)	6 (%91,4)	52 (%98,4)	8 (%13,8)	50 (%86,2)	4 (%97,1)	54 (%98,4)
Toplam	355	412	147	614	94	673	91	675	79	687	52	715	52	715
İstatistiksel Analiz	$\chi^2 = 1,809$ P = 0,405		$\chi^2 = 1,428$ P = 0,490		$\chi^2 = 0,626$ P = 0,731		$\chi^2 = 0,708$ P = 0,702		$\chi^2 = 2,204$ P = 0,332		$\chi^2 = 5,248$ P = 0,073		$\chi^2 = 0,356$ P = 0,837	
Kişilik Boz.	Kasten Yaralama		Hakaret		Tehdit		Silahlı Tehdit		Mala Zarar		Hırsızlık		Diğer	
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Yok	419 (%44,8)	516 (%55,2)	169 (%18,2)	760 (%81,8)	110 (%11,8)	825 (%88,2)	101 (%10,8)	833 (%89,2)	93 (%10,0)	841 (%90,0)	75 (%8,0)	860 (%92,0)	67 (%7,2)	868 (%92,8)
Var	8 (%44,2)	10 (%55,6)	3 (%16,7)	15 (%83,3)	2 (%11,1)	16 (%88,9)	2 (%11,1)	16 (%88,9)	1 (%5,6)	17 (%94,4)	1 (%5,6)	17 (%94,4)	1 (%5,6)	17 (%94,4)
Toplam	427	452	172	775	112	841	103	849	94	858	76	877	52	715
İstatistiksel Analiz	$\chi^2 = 0,028$ P = 1,000		$\chi^2 = 0,868$ P = 1,000		$\chi^2 = 0,932$ P = 1,000		$\chi^2 = 0,968$ P = 1,000		$\chi^2 = 0,535$ P = 1,000		$\chi^2 = 0,702$ P = 1,000		$\chi^2 = 0,793$ P = 1,000	
Suç Sayısı	Kasten Yaralama		Hakaret		Tehdit		Silahlı Tehdit		Mala Zarar		Hırsızlık		Diğer	
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
1	357 (%46,7)	408 (%53,3)	133 (%17,5)	627 (%82,5)	73 (%9,5)	92 (%90,5)	101 (%10,8)	833 (%89,2)	69 (%9,0)	695 (%91,0)	49 (%6,4)	716 (%93,6)	58 (%7,6)	707 (%92,4)
4	56 (%39,4)	86 (%60,6)	29 (%20,6)	112 (%79,4)	21 (%14,9)	120 (%85,1)	2 (%11,1)	16 (%88,9)	18 (%12,7)	124 (%87,3)	17 (%12,0)	125 (%88,0)	7 (%4,9)	135 (%95,1)
Toplam	413	494	162	739	109	798	103	849	87	819	66	841	65	842
İstatistiksel Analiz	$\chi^2 = 2,524$ P = 0,112		$\chi^2 = 0,759$ P = 0,384		$\chi^2 = 0,000$ P = 0,985		$\chi^2 = 3,666$ P = 0,056		$\chi^2 = 1,832$ P = 0,176		$\chi^2 = 5,500$ P = 0,019*		$\chi^2 = 1,266$ P = 0,260	
Tedavi Suç Gir. Önce mi?	Kasten Yaralama		Hakaret		Tehdit		Silahlı Tehdit		Mala Zarar		Hırsızlık		Diğer	
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Bilinmiyor	10 (%2,3)	15 (%2,8)	3 (%1,7)	22 (%2,8)	2 (%1,8)	23 (%2,7)	1 (%1,0)	24 (%2,8)	1 (%1,1)	24 (%2,8)	2 (%2,6)	23 (%2,6)	1 (%1,4)	24 (%2,7)
Önce	318 (%46,2)	355 (%66,6)	128 (%73,6)	541 (%69,0)	77 (%67,5)	596 (%70,1)	71 (%68,9)	601 (%69,9)	72 (%75,8)	60 (%69,1)	47 (%61,8)	626 (%70,5)	41 (%59,4)	632 (%70,6)
Sonra	103 (%37,9)	163 (%30,6)	43 (%24,7)	221 (%28,2)	35 (%30,7)	231 (%27,2)	31 (%30,1)	235 (%27,3)	22 (%23,2)	244 (%28,1)	27 (%35,5)	239 (%26,9)	27 (%39,1)	239 (%26,7)
Toplam	431	533	174	784	114	850	103	860	79	687	76	888	69	895
İstatistiksel Analiz	$\chi^2 = 5,841$ P = 0,054		$\chi^2 = 1,687$ P = 0,430		$\chi^2 = 0,899$ P = 0,638		$\chi^2 = 1,441$ P = 0,486		$\chi^2 = 2,273$ P = 0,321		$\chi^2 = 2,633$ P = 0,268		$\chi^2 = 5,110$ P = 0,078	

Katılımcılarda bazı değişkenler ile işledikleri suç türlerinin karşılaştırma analizleri Tablo 31’de sunulmuştur. Buna göre, sağlık sorunları ile hırsızlık dışında işledikleri suç türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hırsızlık suçu ile katılımcıların suç sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=5,500$; $p=0,019$). Buna göre; 4 suç işleyen bireylerin en fazla hırsızlık suçu işleyenler arasında olduğu belirlenmiştir (%12,0, n= 17).(Tablo 32)

Tablo 33. Katılımcıların kişilik bozukluğu ile hukuk maddelerinin karşılaştırılması

Kişilik Bozukluğu Sınıfı	Hukuk Maddesi					Toplam	İstatistiksel Analiz	S d	p
	57-32/1	32/2	Çocuk Kor.Kan . Sağ.Ted.	CMK 74	57/5				
Yok	820(%87,7)	11(%1,2)	12(%1,3)	44(%4,7)	48(%5,1)	935	$\chi^2=15,558$	28	0,972
Psikopat	1(%100,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	18			
Antisosyal	16(%88,9)	1(%5,6)	0(%0,0)	0(%0,0)	1(%5,6)	3			
Tanımlanmamı	2(%66,7)	0(%0,0)	0(%0,0)	1(%33,3)	0(%0,0)	1			
Ş	1(%100,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	3			
Narsistik	2(%66,7)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	1			
Şizoid	1(%100,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	1(%33,3)	0(%0,0)	2			
Pasif-agresif	2(%100,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0			
Nevrotik	2(%100,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0			
Kişilik Bozukluğu Var	27(%84,4)	1(%3,1)	0(%0,0)	2(%6,3)	2(%6,3)	32	$\chi^2=1,633$	4	0,803
Kişilik Bozukluğu Yok	818(%87,8)	11(%1,2)	12(%1,3)	44(%4,7)	47(%5,0)	932			
Toplam	845	12	12	46	49	964			

Katılımcıların kişilik bozukluğu ile ilgili hukuk maddesi karşılaştırma analizleri Tablo 33’de sunulmuş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 34. Katılımcıların hastalık tanıları ile yatış gün sayılarının karşılaştırılması

Hastalık Tanısı	Yatış Gün Sayısı			F değeri	P değeri
	Ortalama (SS)	%95 GA'da			
		Alt Sınır	Üst Sınır		
Şizofreni (n=527)	135,86 (213,72)	117,57	154,15	16,750	0,000*
Bipolar (n=158)	69,93 (51,17)	60,95	78,91		
MR(n=205)	86,08 (111,64)	70,70	101,45		

Katılımcıların hastalık tanıları ile yatış gün sayılarının karşılaştırma analizleri Tablo 34’de sunulmuş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($F=16,750$) ($p=0,000$). Tamhane testi sonuçlarına göre üç grup arasındaki şizofreni tanılı

olan gruptan kaynaklanmaktadır. Buna göre, şizofreni olan bireylerin yatış süresi anlamlı derecede yüksektir (Tablo 34). (Virgülden sonraki basamakları da değerlendirmeye almış)

Tablo 35. Katılımcıların yatış sayıları ile cezaevi öykülerinin karşılaştırılması

Yatış öyküsü	Cezaevi Öyküsü		Toplam	χ^2	Sd	P değeri
	Var (2)	Yok (0)				
İkinci Yatış Öyküsü Var	24(%23,1)	80(%76,9)	104	11,593	1	0,002*
Yok	95(%11,3)	744(%88,7)	839			
Üçüncü Yatış Öyküsü Var	6(%37,5)	10(%62,5)	16	9,137	1	0,010*
Yok	113(%37,5)	814(%87,8)	927			
Toplam	119	824	943			

Katılımcıların cezaevi öyküsü ile yatış sayılarının karşılaştırma analizleri Tablo 35’de sunulmuş olup katılımcıların ikinci ve üçüncü yatış öyküleri ile cezaevi öyküleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=11,593$)($p=0,002$), ($\chi^2=9,137$)($p=0,010$). Buna göre, ikinci yatış öyküsü olan katılımcıların %23.1’inde (n=24), üçüncü kez yatış öyküsü olanların ise %37,5’inin (n=6) cezaevi öyküsü mevcuttur (Tablo 35).

Tablo 36. Katılımcıların yatış öyküleri ile alkol/madde kullanım durumlarının karşılaştırılması

Yatış öyküsü	Alkol (n=939)		Madde (n=952)		Toplam
	Var	Yok	Var	Yok	
İkinci Yatış Öyküsü Var	24(%23,3)	104(%75,96)	31(%30,1)	73(%69,22)	104
Yok	130(%15,6)	836(%84,4)	168(%19,8)	681(%80,2)	848
Test değeri	$\chi^2=4,018$ Sd=1 p=0,045*		$\chi^2=5,904$ Sd=1 p=0,015*		
Üçüncü Yatış Öyküsü Var	6(%37,5)	16(%62,5)	8(%50,0)	8(%50,0)	16
Yok	148(%16,0)	923(%84,0)	191(%16,0)	745(%84,0)	936
Test değeri	$\chi^2=5,285$ Sd=1 p=0,034*		$\chi^2=8,333$ Sd=1 p=0,009*		
Toplam	154	939	154	785	952

Katılımcıların yatış öyküleri ile alkol/madde kullanım durumlarının karşılaştırılması tablo 36’de sunulmuştur. Buna göre katılımcıların ikinci yatış öyküleri ile hem alkol hem de madde kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. ($\chi^2=4,018$)($p=0,045$), ($\chi^2=5,904$)($p=0,015$). Buna göre ikinci kez

yatış öyküsü olanların % 23,3'ü (n=24) alkol kullanmakta ve %30,1'i (n=30,1) madde kullanmaktadır. Üçüncü kez yatış öyküsü olanların ise %37,5'i (n=6) alkol ve %50.0'ı (n=8) madde kullanmakta olup, bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır. ($\chi^2=5,285$) ($p=0,034$). ($\chi^2=8,333$) ($p=0,009$). (Tablo 36).



5. TARTIŞMA

Bazı akıl hastalıklarının irade ve davranışlarını yönlendirme yeteneğini ortadan kaldırması akıl hastalarında suç ve suçluluğun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Suçun önlenmesine yönelik suçlu eylemlerinden dolayı akıl hastalığı olan kişiyi cezalandırmak suç tekrarını engellemeyecektir. Bu kişilerin hapis cezası almaları, yaptıkları eylemin anlamını anlamaları ve/veya ıslah olmaları açısından bir fayda sağlamayacaktır. Bu nedenle akıl hastalarına tedavi ve koruma amaçlı akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri uygulanmaktadır. Akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirlerinin uygulanacağı sağlık kurumu ise bireylerin kendilerine ve başkalarına zarar vermeyecek şekilde toplum içinde tekrar varlığını devam ettirmesini sağlayacak, korunaklı ve güvenli yüksek güvenli sağlık kurumlarıdır (TCK 57.m). YGAP hastanesinde takip, tedavi ve koruma altına alınan suç işlemiş akıl hastaları toplum için tehlikeliliği ortadan kalktığı yönünde karar alınana kadar kurumda tutulmaktadır.

Dünyadaki ilk adli psikiyatri yataklı kliniği 1815 yılında Londra'daki Bethlem Hastanesinde James Hadfield isimli kişinin hezeyanları doğrultusunda 1800 yılında Kral III. George'a ateş etmesinden sonra kurulmuştur (136). Bu dönem akıl hastaları hücrelere kapatılarak tedavi edilmeye çalışılmıştır. Günümüzde ise toplum temelli model ve toplum-hastane denge modeli kullanılmaktadır. Ülkemizde YGAP hastanelerinin ilki 2018 yılında açılmıştır. YGAP kampüsü açılmadan önce ise adli psikiyatri olgularının genel psikiyatri veya ruh sağlığı hastanelerinin muhafaza birimlerinde takip ve tedavileri sağlanmıştır.

Ülkeler kendilerine özgü adli psikiyatri uygulamaları geliştirmiştir. Özel sektör ve kamu tarafından desteklenen hastaneler olduğu gibi, cezaevi kampüsleri içerisinde hizmet sürdüren ülkeler de bulunmaktadır (93). Bazı ülkelerde cezaevinden ve mahkemelerden gönderilen hastalar ile toplum içinden gelen riskli hastalar ceza ehliyeti olsun ya da olmasın aynı ortamda tutulurken, bazı ülkelerde cezaevi için farklı kurumlar, yargılanma sonucunda zorunlu tedavi kararı verilen suçlu psikotik hastalar, zekâ geriliği, madde bağımlılığı, cinsel suçlular ve ASKB olanlar için ayrı birimler barındıran büyük hastaneler ya da ayrı birimler kurulmuştur (142). İngiltere ve İtalya'nın önderlik ettiği bazı ülkelerde daha küçük fakat her bölgede mevcut olan güvenli birimlere doğru bir evrilmeye gidilmektedir. İtalya toplum temelli hizmet

anlayışını benimseyen ülkeler arasında olup adli psikiyatri hastanelerini tamamen kapatmıştır (93). Özetlersek akıl hastası suçlular cezaevi hastanelerinde, genel hastanelerin psikiyatri bölümlerinde veya adli psikiyatri hastanelerinde tedavi edilmektedir. Bazı hastanelerde sadece suç işleyenler değil, agresif tavır gösteren veya gösterme riski yüksek olan hastalar adli hastanelerde tedavi altına alınmaktadır (143).

Dünya’da yüksek, orta ve düşük güvenlik olarak kademeli uygulamalar mevcut olup, ülkemizde açılan YGAP kliniklerinde servisler fiziki olarak yüksek, orta ve düşük birim olarak tanımlanmasına rağmen sınıflamaya tabi bir uygulama bulunmamaktadır. Bazı ülkelerde mevcut olduğu gibi klinik tanılarına göre de bir ayırım söz konusu değildir. Bu durum biraz da ruh sağlığı yasasının taslak olarak kalmasından kaynaklanmaktadır.

Avrupa’da büyük hastaneler kapatılmıştır. Bu duruma neden olan faktörlerden biri bakım tedavi ve koruma maksadı ile toplum temelli yaklaşıma geçmek ve hastaların toplum içinde tedavisinin sağlamaktır. Bir diğer etken ise uzun yatış sürelerinden kaynaklı mali yükün hafifletilmesidir. Ülkemizde YGAP hastalarının finansı Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye ve Muhasebe İşlemleri Daire Başkanlığı tarafından karşılanmaktadır.

Ülkemizde akıl hastası suçlular 2018 yılından itibaren TCK’nun 57. maddesine istinaden YGAP hastanelerinde koruma ve tedavi altına alınmaktadır. YGAP dışından Tutuklu Hükümlü Adli Psikiyatri (THAP) hastaları için Şehir Hastaneleri kampüsü içinde THAP birimleri bulunmaktadır. YGAP birimleri ülkemizde son yıllarda hizmete başladığından kurum hastalarının özelliklerini ve kriminolojisini ortaya koyan çalışmalar kısıtlıdır.

YGAP 2018 yılında açıldığından araştırma konumuz ile ilgili ülkemizde yapılan benzer çalışmalar RSHH muhafaza birimlerinde gerçekleşmiştir. YGAP Hastanesi ekseninde Elâzığ YGAP hastanesinde benzer bir çalışma yapılmıştır.

Örnekleme grubunu oluşturan 1087 olgudan (n:59) %5.42’si CMK 74/1 uyarınca akıl hastalığı olup olmadığı, varsa ne zamandan beri ve akıl hastalığının davranışına etkisinin saptanması amacıyla, (n:1028) %94,58’i koruma ve tedavi amacı ile güvenlik tedbirine hükmedilmiştir. Çalışmaya alınan 4 olgu hastanenin açılış tarihinden itibaren başka bir akıl hastanesinden devir edilmiş ve halen infaz süreleri devam eden hastalardır. Bu hastalar yüksek güvenli birimlerin yeni açılması nedeni ile başka bir

hastaneden devir edildiğinden, taburcu kriterlerini karşılamamalarına rağmen daha sağlıklı bulgular ortaya konacağı düşünülerek çalışma kapsamına alınmıştır. Katılımcıların %87.6'sı TCK'nın 32/1 maddesi, %1.24'ü TCK 32/2 maddesi, %5.8'i TCK 57/5 maddesi, %4.77'si CMK 74. maddesi uyarınca YGAP kliniğine yatış yapılmıştır. %1.24'ü ÇKK sağlık tedbirine hükmedilen bireylerdir. Hâkim tarafından 17 hastaya süreli yatış verilmiştir. En kısa süreli yatış süresi 25 gün, en uzun süreli yatış süresi ise 4 yıl 10 ay 10 gündür. 5 hastaya 1 yıldan 4 yıl 10 aya kadar süreli yatış verilirken, 11 hastaya 2 ay ile 10 ay arasında süreli yatış verilmiştir. 1 hasta ise 25 gün süreli yatış ile yatırılmıştır. Örneklemin çoğunluğu olay sırasında meydana gelen fiil açısından tek suçtan yargılanmıştır. Katılımcıların %29.35'i aynı olayda 2-6 arasında suç fiilinden yargılanmıştır.

Katılımcıların demografik verileri incelendiğinde literatürle uyumlu olarak çoğunluğun erkek olduğu görülmektedir (%99.5) (3, 65, 69, 76, 90, 98, 108, 109, 197, 198, 199, 200). Erkek popülasyonun bu kadar yüksek olması araştırmaya aldığımız kurumda yetişkin erkek ve çocuk-ergen klinikleri bulunmasından kaynaklıdır. Suç yaşını göz önüne aldığımızda örneklemimizin %10.79'unu suça sürüklenen çocuklar (SSÇ) oluşturmaktadır. Katılımcıların %32.05'inin 21-31 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. MR hastalarında çoğunluğunun suç yaşı 21-30 yaş aralığında iken, bipolar ve şizofreni tanılı hastaların çoğunluğu 31-40 yaş aralığındadır. Bu durum literatürle uyumludur (14, 19, 39, 58, 69, 76, 197, 201). Yaş ortalamasının daha yüksek bulunduğu diğer çalışmalarda katılımcı sayısının daha düşük olduğu dikkat çekmektedir (11, 75, 109, 198, 200, 202). Hükümlülerle yapılan araştırmalar akıl hastaları ile yapılan çalışmaların sonuçları ile benzerdir (203). Ayrıca çalışmamızda yer alan olguların askerde alevlenme sürecine girdiği veya hastalığın tespit edildiği gözlemlendiğinden tespit edilen yaş aralığı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma grubu medeni durum açısından incelendiğinde, örneklemin %22.7'sinin evli olduğu, %59.3'ünün bekar olduğu, geriye kalan katılımcıların boşanmış, eşini kaybetmiş veya eşinden ayrı yaşadığı görülmektedir. Literatürde benzer şekilde evli olmayan veya partneri olmayanların oranı oldukça yüksektir (11, 60, 69, 75, 76, 108, 109, 197, 198, 204, 205, 206). Benzer çalışmalar göz önüne alındığında akıl hastalığı olan kişilerin suça yönelme durumunun bir partnerinin olmama durumu ile ilişkili olabileceği düşünülebilir (60, 62, 76, 102, 207). Örnekleimde ayrılma ve boşanma

süreçlerinde olguların partnerlerinden vazgeçmekte sıkıntılar yaşadığına yönelik adli durumlara sık rastlanmıştır.

Ayrıca katılımcıların birden fazla evlilik gerçekleştirdiği, çocuk sahibi olma durumu ve sahip olunan çocuk sayılarının yüksek olduğu araştırma verilerini toplama aşamasında dikkat çekmiştir. Olguların (n:349) %36.2'si çocuk sahibidir. Akıl hastalığının evlenme için engel teşkil ettiği ve tıbbi sakınca bulunmadığı yönünde ispatlanması halinde evlenmeleri mümkün olduğu düşünüldüğünde toplum değerlerinde TMK'nun 133. maddesinin işlerliğinin çok fazla bulunmadığı görülmektedir.

Örneklemdaki kişilerin eğitim düzeyine baktığımızda %25.2'sinin lise, %24.3'ünün ilkokul, %18.3'ünün ortaokul mezunu, %14.1'inin okur yazar olmadıkları bulunmuştur. Literatürde çalışmamıza benzer bulgulara ulaşılmakla birlikte (198, 204,), en sık karşılaşılan eğitim seviyesi ilk-orta eğitim düzeyindedir (11, 60, 75, 76, 89, 98, 109, 202, 206). Akıl hastalarının düşük eğitim başarıları şiddet davranışı için risk faktörü oluşturmaktadır (39, 98). Ayrıca Elazığ YGAP hastalarında eğitim seviyesi azaldıkça şiddet, dissosiyatif yaşantıların arttığı ve yineleyici suç ile ilişkili olduğu gözlenmiştir (4, 70, 198).

Eğitim seviyesi ile uyumlu olarak katılımcıların %41.5'inin mesleğinin olmadığı, mesleği olanların ise serbest çalışan veya işçi statüsünde istihdam edildiği, araştırmamızda engelli maaşı alan kişilerin de gelir sahibi olduğu kabul edilmesine rağmen, yalnızca %43.6'sının gelirinin bulunduğu ve suç esnasında katılımcıların %27'sinin çalıştığı saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda ortaya çıkan sonuçlar benzer bir şekilde meslek sahibi olma oranlarının düşük, meslek sahibi olanların ise işsizlik oranlarının yüksek ve gelir düzeyi düşük saptanmıştır (11, 51, 60, 69, 102, 108, 109, 154, 197, 198, 201, 202, 205, 206, 208). Araştırmamızda çalışma hayatı olan katılımcılarında aile bireyleri ile çalıştığı dikkat çeken konulardan biridir. Sosyal beceriler ve bilişsel yeteneklerde zayıflama zihinsel tanılı hastaların istihdam başarısızlığına neden olmaktadır. En sık meslek grubunun işçi ve serbest meslek sahibi kişilerden oluşması suç davranışında bulunan adli psikiyatri hastalarının mavi yakalı ve niteliksiz işlerde çalıştığını göstermektedir.

Katılımcıların %73'ü çekirdek aile ve geniş aile üyeleri ile birlikte yaşamaktadır. Bu bulgu literatür çalışmaları ile benzerlik göstermektedir (75, 108,109, 209). Birlikte yaşadıkları kişiler içinde en yüksek oran %46.9 ile ebeveynleridir. Yalnız veya sokakta

yaşayanların oranı diğer çalışmalar ile benzer olarak %18.4'dür (76, 108, 210). Avrupa ülkelerinde aile ile yaşayan şizofreni hastalarının oranı %50 tahmin edilmektedir (150). Aile üyeleri ile yaşama oranlarının ülkemizde yüksek bulunmasında Türk aile kültür yapısının rolü olduğu düşünülmektedir. Adli psikiyatrik olguların aile üyeleri ile ortak yaşam alanını kullanmaları aile üyelerini birçok zaman suçun hedefi haline getirmektedir (209).

Katılımcıların ailede psikiyatrik hastalık öyküsü incelendiğinde, olguların %17.32'sinin ailesinde psikiyatri hastalık geçmişi bulunduğu, aile üyeleri içerisinde %26.95 ile kardeş ve %17.97 babanın en sık hastalık öyküsü taşıdığı, ailede var olan hastalık dağılımında ise %25.75 ile şizofreni tanısının ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Bu durum literatürle uyumludur (1, 2, 3, 4, 11, 19, 23, 42, 69, 75). Ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün 1/3 oranında olduğu ve genetik yükün ağırlıklı olarak 1. Derece akrabalarda bulunduğu görülmektedir. 1. derece akrabada ruhsal bozukluk suç tekrarını da yordamaktadır (19, 39, 69, 211). Şizofrenide çok genli ve çok etkenli kalıtsal geçiş modeli desteklenmektedir (3, 19, 23, 211). Şizofreni ile şiddet arasında ki ilişkinin ailesel olduğu değerlendirmeye alındığında hastalara çok yönlü yaklaşımın önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır. Örneğimizde alkol ve maddeye bağlı psikotik bozukluk ve Bipolar Duygudurum bozukluğu ikinci sırada yer almaktadır.

Sonuç olarak sosyodemografik veriler literatür ile benzer sonuçlara sahiptir. Suç işleyen akıl hastalarının eğitim seviyesi ve gelir düzeyi düşük, erkek cinsiyet, bekar, işsiz, mesleği olanların da serbest veya işçi sıfatı ile genellikle aileleri ile beraber çalıştıkları ve vasıfsız işlerle uğraştıkları görülmektedir. Çalışmıyor olanların ve düşük sosyoekonomik duruma sahip olanların şiddet davranışı ve yineleyici suç oranı birçok çalışmada yüksek bulunmaktadır (11, 60, 76, 90, 102, 212) Pikopati olanların iş bulma oranları akıl hastalarından daha yüksektir (154). Suç çoklu faktörlerin etkisi ile ortaya çıkmaktadır (53). Kişinin sadece zihinsel hastalıktan muzdarip olması suç işleme gerekçesini doğurduğu görüşü diğer bütün risk faktörlerinin görmezden gelindiği ve nedenselliği tek bir değişken üzerinden açıklamanın yanılgısını oluşturmaktadır. Psikopatolojik sorunların dışında kalan sosyo-kültürel-ekonomik çevre suç davranışının ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir (14, 36). Psikiyatri hastalığına katkı sağlayan, banliyö kent yaşantısı, evsizlik, toplumun akıl hastalığına bakış açısı, şiddete maruz kalmak, partnersiz yaşam, bakım yetersizliği, ebeveynlerde psikiyatrik hastalık

bulunması ve eğitimsiz ebeveynler, kafa travma öyküsü, cinsel istismar, alkol-madde kullanımı, hatta adaletin işletilmesinde meydana gelen aksaklıklar gibi çoklu faktörler ile ortaya suç davranışının çıkmasında risk faktörü oluşturmaktadır.

Örneklem grubu, geldiği yer açısından incelendiğinde katılımcıların %76,5'i kuruma toplum içinden getirilmiştir. Dünyada toplum temelli yaklaşımın yaygınlaştığı günümüzde ülkemizde de benzer yaklaşımın benimsendiği görülmektedir. Geriye kalan hastalar bakımevi, huzurevi, çocuk evi, cezaevi ve akıl hastanelerinden kuruma getirilmiştir. Akıl hastanesinden nakledilen olguların nakil nedeni yüksek güvenlikli birimin açılmasıdır. Bir diğer yer olan cezaevlerine baktığımızda katılımcıların %12,3'ü cezaevi geçmişine sahiptir. Cezaevi geçmişine sahip olanların yarısının cezaevinde kalış süresi belirtilmemiştir. Bilinenlerin ise en kısa kalış süresi 1 ay, en uzun kalış süresi 136 ay olarak tespit edilmiştir. En sık cezaevi öyküsüne sahip hastalık grubu şizofrenidir. Bu sonuç literatür ile uyumludur (115). Ayrıca katılımcıların hastaneye ikinci ve üçüncü yatışı yapılanların cezaevi öyküsü yüksek bulunmuştur. Cezaevlerinde zihinsel bozukluk sık görülmekte olup (170, 213), özellikle madde bağımlılığında cezaevi öyküsü %50 oranındadır (214). Avrupa'da adli sistem içinde suçluların %37 ile %89'u arasında psikiyatrik bir sorun görülme olasılığı vardır (14). Cinayet işleyen cezaevi mahkumlarında hem eksen I hem eksen II tanı alanların oranı ise %51,4'dür (215). Çalışmamızdan daha yüksek oranda cezaevi geçmişi gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (216). Cinayet ve cinayete teşebbüs eylemleri cezaevi hükümlülerinde en sık karşılaşılan psikiyatri tanı psikotik hastalık, ASKB ve madde kullanma bozukluğudur (215, 217). Aynı sonuçlar cinayet işleyen şizofreni hastaları içinde geçerlidir (102, 218). Yurt dışı çalışmalarında cezaevlerinden YGAP kliniklerine yönlendirilen hastaların oranı daha yüksektir. Örneklemimizde cezaevinden yönlendirilen adli olguların daha az bulunması çok eski bir tarihe sahip olmayan Tutuklu Hükümlü Adli Psikiyatri (THAP) birimlerine bireylerin yönlendirilmelerinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde kişilik bozukluğu ceza sorumluluğunu ortadan kaldıran bir ruhsal hastalık kabul edilmediğinden bu hastalara YGAP birimlerinde güvenlik tedbiri uygulanmamaktadır.

2002-2019 yılları arasında ülkemizde depresif bozukluk küresel hastalık yükü %22,65 artmıştır (51). Sağlık bakanlığı ICD 10 tanılama gruplarına göre 2021 yılı

mental ve davranışsal bozukluk nedeniyle ölüm oranı 0,08'dir. Psikiyatri hastalarında kendine zarar verme davranışı ve intihar öyküsü saldırganlık ile pozitif yönlü bir ilişki içinde olduğundan katılımcıların kendine zarar verme davranışı değerlendirilmeye alınmıştır. Çalışmamızda adli olguların %21'inde kendine zarar verme öyküsü saptanmıştır. Bu sonuç diğer YGAP hastanesi sonuçları ile uyumludur (burcu emir). YGAP hastalarının intihar oranı genel popülasyona göre 7 kat yüksektir (219). Şizofrenide en önemli ölüm nedeni öz kıyımdır ve genel toplumdan daha kısa yaşam sürelerine sahiptir (19, 43, 220). Ortalama yaşam süresi 52 yıldır (220). Hastaların ortalama %20-50'si öz kıyım girişiminde bulunmaktadır (10, 19, 77, 154).

Sigara kullanımı değerlendirildiğinde, olguların %63.4'ünün sigara kullandığı bulunmuştur. Katılımcıların sigara içme durumları çalışmalarla benzerdir (198, 221, 222). Literatürde daha sık olarak şizofreni hastalarının sigara kullanım oranları yüksek görölse de (63, 223), bizim çalışmamızda olduğu gibi Bipolar bozukluk tanısı alan bireylerin daha sık sigara tükettiği örneklemelerde bulunmaktadır (224). Grant çalışmamızın tam aksi sonuca ulaşarak bipolar I tanılı bireylerin nikotin bağımlılık seviyesini düşük bulmuştur (102). Keizer ise duygu durum bozuklukları ile psikotik bozukluk olanların sigara içme durumu arasında herhangi bir ilişki bulamamıştır (221). Burada dikkatimizi çeken hastalık tanılamada kullanılan ICD 10 kodlarında nikotin bağımlılığı başlığı bulunmasına rağmen ikinci bir tanı olarak nikotin bağımlılığının kaydedilmediği ve hiçbir hastaya Sigara İçme Ağırlığı İndeksi veya Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testinin uygulanmadığıdır.

Kişilerin madde kullanım oranı %20.6, alkol kullanım oranı ise %16'dır. Suç sırasında %4,9'unun madde kullandığı, %1,2'sinin alkol kullandığı saptanmıştır. Ek tanılara baktığımızda alkol-kumar ve madde bağımlılığı ek tanı alanların oranı %9.45'dir. Öte yandan bireylerin güvenlik tedbiri uygulanmasına neden olan suç türlerine baktığımızda katılımcıların %1.12'si uyuşturucu ve uyutucu madde satın almak, bulundurmak ve kullanmaktan hüküm giymiştir. Çalışmamızda bireylerin geçmişte olsa alkol-madde kullanım durumları göz önüne alındığında kullanım durumları ile tanı oranları ve yargıya yansıma dereceleri arasındaki farklılığın takip ve değerlendirmeler sırasında gerekli özenin gösterilmediğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Elâzığ YGAP hastanesinde alkol-madde kötüye kullanım öyküsü %23 oranındadır. 2020 yılında başka bir YGAP hastanesinde yapılan çalışmada hastaların

%24,6'sının alkol-madde kullanım öyküsü göstermiştir (225). Benzer şekilde İskoç ve Malavili psikiyatri hastalarının ağırlıklı olarak madde kullanım sorunları olduğu, daha az sıklıkla alkol kötüye kullanım sorunu yaşadığı görülmektedir (199). Finlandiya'da yapılan incelemede suçların %82'si alkol etkisi altında işlenmiştir. Özellikle cinayet işleyenlerde oran oldukça yüksektir (60, 215, 218). Ciddi suçlar işleyen akıl hastalarında ülkemizde yapılan çalışma da çok daha düşük oranlarda alkol ve madde kötüye kullanımı söz konusudur (50, 76, 91). Çalışmamızda ülkemizde adli psikiyatri hastalarında alkol ve madde kullanım oranlarının 30 yıl önce yapılan çalışmadan daha yüksek bulunması ulaşılabilirliğin artması ile ilişkilendirilmektedir (69). Son yıllarda yapılan çalışmalarda bizim araştırmamıza benzer sonuçlara ulaşılmaktadır (11, 120, 202). Sonuç olarak alkol ve madde bağımlılığı örneklem grubuna göre araştırmada değişkenlik gösterse de azımsanmayacak boyuttur.

Çalışmamızda alkol ve madde kullanımı en fazla şizofreni grubunda görülmektedir. Bu sonuç literatürle uyumludur (3, 102, 216). Öte yandan Grant, bipolar bozukluğu madde kullanımı ile ilişkilendirmiştir (104). Männynsalo ise suç işlemiş MR tanılı hastaların üçte ikisinde madde kötüye kullanım bozukluğu tespit etmiştir (111). Hastaların madde kullanım durumu örneklemin yaklaşık beşte birini oluşturmalarına rağmen suçun madde etkisi altında mı işlendiğine yönelik dosyada fiziki delil niteliği taşıyan tek bir hasta dışında bilgiye rastlanmamıştır. Dosyalarda madde testleri bulunmamaktadır. Kuruma getirilen hastalara toksikolojik madde incelemeleri yapılmadığı hasta ve hasta yakını beyanı esasına göre hekimlerin bilgilendiği görülmektedir. Oysa alkol ve madde bağımlılığının deliryum, duygudurum bozukluğu ve psikotik belirtilere neden olduğu bilinmektedir. Ayrıca madde kullanımı ile şiddet suçu arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır (33). Kişinin alkol-madde kullanımı bağımlılık düzeyinde ise ruhsal hastalık olarak kabul edilir (226). Güvenlik tedbirine hükmedileceğinden bağımlılık derecesinin değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Gerekli tetkik ve incelemelerin maliyetinin yanı sıra ihmal edildiği düşünülmektedir. Bunun bir sonucu olarak alkol-madde bağımlılıkları tanıya yansımada eksiklik yaşanması söz konusu olabilmektedir.

Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak ikinci ve üçüncü yatışı yapılan adli olgular alkol ve madde kullanımı ile ilişkili bulundu (227, 228, 229). Yineleyici suç işleyenlerde alkol-madde kullanım oranı yüksektir (41, 43, 230). Suç tekrarı ile hastalık

tanıları arasında ilişki bulan çalışmalar psikoz ve kişilik bozukluğu, (6, 100, 229), şizofreni, sanrılı bozukluk (100, 216) MR, alkol madde bağımlılığı (69, 231) ile ilişki gösterirken, özellikle madde kullanım bozukluğu ve kişilik bozukluğu adli psikiyatri hastalarında yeniden yatış ile ilişkilidir (41, 43, 216, 230).

Madde kullananların kullandığı madde türü incelendiğinde; %44.2'sinin esrar, %26.6'sının uçucu madde ve %16.6'sının çoklu madde kullandığı belirlenmiştir. Diğer çalışmalarla örneklemimize benzer sonuçlara ulaşılmıştır (43, 89, 232). Literatürden farklı olarak bizim çalışmamızda uçucu madde, karışık kullanılan maddelerden daha sık kullanılmaktadır. Sentetik kannabinoidler şizofreniye benzer tablonun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (6). İlk madde kullanma yaşı ve sigara içme yaşı suç ile ilişkilidir. Fakat çalışmamız retrospektif bir araştırma olduğundan ilk madde kullanma yaşı ve sigara içme yaşına dair bilgilere dosya kayıtlarından ulaşamamıştır.

Çalışmamızda olguların %17.84'üne zeka testi yapılmıştır. Öte yandan epikrizde yer alan tanı sınıflamasında bu oran %8.3'dür. MR tanısı alanların literatürle uyumlu olarak en sık hafif ve sınır zekâ geriliğine sahip olduğu saptanmıştır (233, 69, 109). Sınır düzey mental kapasitede psikotik hastalık sıklığını artırmamakla birlikte sosyal dezavantaj ve kişilik bozukluğu sıklığını yükseltmektedir (234). Örneklemimizde zekâ testi ve tanı kısmında yer alan farklılıklar IQ test sonucunda bazı hastaların donuk/normal veya normal çıkmasından kaynaklanmaktadır.

DSM V'e göre kişilik bozuklukları 3 kümeye ayrılır. Bizim çalışmamızda genellikle B kümesi kişilik bozukluklarının yer aldığı görülmektedir. Tanımlamada kullanılan ölçek Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteridir. Katılımcıların yalnızca %3.01'ine envanter uygulanmıştır. Ayrıca bu kişilere kişilik bozukluğu sınıflaması yapılmıştır. En sık karşılaşılan kişilik bozukluğunun %1,97 ile ASKB olduğu bulunmuştur. Bulgu literatür ile uyumludur (77, 235). Kişilik bozukluğu olanların içinde ise ASKB olanların oranı %65,5'dir. Bulgular son dönem yapılan çalışmalar ile uyumludur (120). Şizofreni hastalarında kişilik bozukluğu eş tanı oranı %17.2 olup bizim çalışmamızdan oldukça yüksektir (216). Ülke dışında yapılan çalışmalarda kişilik bozukluğu tanısı daha yüksektir (77, 78). Sonuç olarak ASKB ve sınırda kişilik bozukluğu şiddet suçları için bir risk faktörü oluşturmaktadır (41, 216). Hükümlü

cinayet faillerinde de psikotik bozukluktan sonra gelen ikincil tanı da kişilik bozukluğudur (217).

Olguların psikiyatri hastalıkları dışında en sık rastlanılan kronik hastalıkların diyabet, hipertansiyon ve epilepsi olduğu bulunmuştur. Diğer çalışmalarda benzer şekilde hastaların diyabet, hipertansiyon, KOAH, astım, kalp damar hastalıkları gibi hastalıkların en sık karşılaşılan hastalıklar olduğu görülmektedir (88, 198, 206, 236). Özellikle cinayet ve öldürmeye teşebbüs ve kasten yaralama suçları işleyenlerin epilepsi, travmatik beyin hasarı prevelansı yüksektir (33, 60, 109).

Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda da suça karışan hastaların yarısından fazlası şizofreni/psikoz tanılı hastalardır (4, 11, 40, 69, 76, 77, 80, 90, 96, 100, 144, 153, 154, 170, 200, 206, 225, 237). Örneklemimizde güvenlik tedbiri kararı ile zorunlu yatış yapılan hastalarının tanı dağılımında %54.77 ile şizofreni/psikotik bozukluk ilk sırada yer almaktadır. İkinci sırada %21.27 MR, üçüncü sırada %16.39 ile bipolar tanılı hastalar yer almaktadır. Ülkemizde yapılan araştırmalar ile benzer sonuçlara ulaşılmıştır (107, 120). Farklı çalışmalarda kişilik bozukluğu ve bipolar tanılı hastalar, psikotik bozukluktan sonra ikinci sırada yer almaktadır (4, 63, 76, 77, 155, 225, 238, 239). Adli psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda psikotik bozukluk öncelikli olsa da diğer tanılarda sıralamada farklılıklar görülmektedir (189). Ruhsal hastalıklar geniş bir yelpazeye sahip olsa da adli psikiyatri hastalarında psikotik bozukluk, kişilik bozukluğu, duygudurum bozukluğu, zekâ geriliği ve çoklu problemlili sınıf ile diğer tanılardan daha sık karşılaşıldığı görülmektedir. İngiltere’de şizofreni, kişilik bozukluğu ve MR tanıları ilk sıralarda yer almaktadır (197). MR suçlularının kaçma eğilimi göstermediğinden daha fazla kayıtlarda yer aldığı göz ardı edilmemesi gereken bir etkidir. Madde kullanım bozukluğu ve kişilik bozukluğu bizim çalışmamızda yurt dışında yapılan çalışmalardan daha düşüktür (228, 240, 241).

Literatürde ikinci sırada en yaygın tanı kişilik bozukluğu (%47)⁸(77, 78) olarak dikkat çekmesine rağmen ülkemizde yapılan çalışmalarda duygudurum bozukluğunun şizofreniden sonra ikinci sırada yer aldığı görülmektedir (4, 76, 225). Farklılığın

⁸ Kişilik bozukluklarının içinde en yaygın tür antisosyal kişilik bozukluğu sonrasında ise borderline kişilik bozukluğudur.

ülkelere göre veya ülkemizde kişilik bozukluğu açısından gerekli psikometrik ölçümlerin yapılmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

MR olgularımızdan yaklaşık yarısı psikoz ek tanısı almıştır. Başka bir çalışmada %5 psikozun psikiyatrik bir hastalığa eşlik ettiği görülmektedir. Atalay MR'i olan adli olgularında nöropsikiyatrik hastalık comorbiditesini %8.6 bulmuştur (109). Elâzığ Şehir Hastanesinde ise olguların %7,3'ü birden fazla psikiyatrik tanı almıştır (4). Avustralya'da MR hastalarının %8.2'sine eşlik eden bir akıl hastalığı vardır (242). İnan ise ciddi suç işleyen hastalarda eş tanı oranını düşük bulunmuştur (11). Ek psikiyatri tanısının suç tekrarı ile ilişkilendirildiği düşünüldüğünde (242), bizim örneklemimizde MR hastalarının diğer çalışmalara kıyasla daha yüksek oranda psikotik bozukluk göstermesi ayrı bir araştırma konusu olarak değerlendirilmelidir.

Şiddet suçluları iki veya daha fazla psikiyatri tanıya sahiptir. Literatürde ek psikiyatri hastalık tanısı olarak en yüksek oranda alkol madde kötüye kullanımı ve kişilik bozuklukları yer almaktadır (76, 241). Psikiyatri hastalığına ek tanı madde kullanım bozukluğu ve ASKB olanların saldırganlık ve şiddet suçu işleme oranı 19,9 kat daha yüksektir (19, 41, 43). İspanya'da yürütülen çalışmada eksen 1 tanısı alanlarda kişilik bozuklukları %58 komorbidite göstermiştir (243). ASKB'na en sık eşlik eden tanı madde kullanım bozukluğudur (215). Şizofreni ve kişilik bozukluğu tanısı şiddet suçunu %6-10 oranında artmasını sağlarken, madde kullanımında bu oran %10'dan daha fazladır (68, 79, 244). Antisosyal ve sınırda kişilik bozukluğu komorbiditesi olanlarda alkole bağlı şiddet riski yüksek bulunmaktadır (41, 111). Bizim çalışmamızda psikiyatri ayrı bir ek tanı olarak sınıflanmadığından tanı sınıflaması içinde madde kullanım bozukluğu 4. sırada, kişilik bozukluğu 5. sırada yer almaktadır. Alkol-kumar ve madde bağımlılığı ek tanı alanların oranı ise %9.45, kişilik bozukluğu oranı ise %7.96'dır. Ülkemizde adli psikiyatri hastalarının alkol madde kötüye kullanımına yönelik toksikolojik araştırmaların yeterince yapılmaması ve kişilik bozukluklarına yönelik yeterli psikometrik araçların uygulanmaması bu sonuçların elde edilmesinde etken faktör olabilir. Bu durum fark edilmemeye neden olmaktadır. Oysa alkol madde kötüye kullanım ve kişilik bozuklukları ciddi suçlarla psikiyatri hastalığından çok daha fazla şiddeti yordamaktadır (wootton 2008). Özellikle cinayet ile ASKB arasında anlamlı bir ilişki söz konusudur (102).

Ceza sorumluluk değerlendirmesi için başvuran gözlem amaçlı yatırılan 59 adli olgunun 13'ne tekrar yatış yapılmıştır. Tekrar yatış yapılan 13 hastanın 5'i aynı suçtan koruma ve tedavi amaçlı yeniden yatışı gerçekleşen olgulardır. Bu hastaların CMK 74. maddesi uyarınca değerlendirme amaçlı kurumda en az kalış süresi 3 gün, en fazla kalış süresi ise 295 gündür. Olguların %61.01'inin (n:36) ceza ehliyeti olmadığı veya kısıtlı olduğu, %37.28'inin (n:22) ise ceza ehliyetinin tam olduğu saptanmıştır. Olgulardan birinin verilerine ulaşılamamıştır. Doktrinde adli olgularda benzer sonuçlara ulaşılmıştır (120 ,69, 70, 91). Farklı olarak Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'nde 2-95 gün arasında kalış süresi ve %22.2'sine ceza sorumluluğu olmadığı kanaati verilmiştir (89). Uzun kalış süresi gösteren kişilerin koruma ve tedavi amacı ile gözlem sonrasında yatışına devam edildiği düşünülmektedir.

Suç girişimi öncesinde katılımcıların büyük çoğunluğu bir psikiyatri kliniğinden psikiyatri tedavisi almıştır (%69.81). 2023 yılında yapılan bir çalışmada ise şizofreni hastalarının yalnızca %17,6'sının suç eylemi sonrasında ilk kez psikiyatri ile temasa geçtiği tespit edilmiştir (202). Bu hastaların büyük çoğunluğunun suç öncesinde psikiyatri tanısının olduğunu göstermektedir. Öte yandan bu hastaların YGAP hastanesine yatışının ilk yatışı olmadığı düşünüldüğünde ilk suç üzerinden değerlendirilmeye almak daha doğru olacaktır. Fakat bu verilere retrospektif çalışma olduğundan ulaşılamamıştır. YGAP kliniğine son yatışları sırasında ki suç üzerinden veriler elde edildiğinden sonucun bu veriler üzerinden paylaşıldığı dikkate alınmalıdır. Ulaştığımız sonuçlar araştırmalarla benzerdir (60, 198, 202, 205). Diğer taraftan bu suç sırasında hastaların tedavi altında olduğunu göstermemektedir. Suç işledikleri dönemde herhangi bir tedavi almayan hastaların oranı %98'dir (69). Çalışmamızda en fazla MR tanıılı hastaların suç girişimi öncesinde herhangi bir tedavi almadığı bulunmuştur. Cinayet işleyen şizofreni hastalarının düzenli tedavi görmeyenler olduğu (102, 218), antipsikotik ve duygudurum dengeleyici ilaç kullanımı şiddet içeren suç oranlarının azalması ile ilişkilendirilmiştir (56, 245). Adam ldrme ve adam öldürmeye teşebbüs eden hastaların hastalığı bilinmesine rağmen suç döneminde hemen hemen hepsinin tedavi görmediği ortaya çıkmaktadır (60).

İlaç tedavisine uyumsuzluk şiddet davranışı ile ilişkilendirilmektedir (56, 57, 106, 190, 225). Çalışmamızda yatış sürecinde katılımcıların %82.5'i tedaviye uyum gösterirken, Polat'ın çalışmasında yüksek güvenlikli adli hastaların %36.6'sı ilaç uyumu

göstermiştir (225). Aradaki farklılığın nedeni Polat'ın çalışmasında Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği kullanılmasıdır. Bizim çalışmamızda hemşire gözlem formları ve hekim takip notları üzerinden veriler toplanmıştır. Bu durum sağlık profesyonelleri tarafından tutulan gözlem notlarının daha özenli tutulması gerektiğini düşündürmektedir. Bizim çalışmamızda tedaviye en fazla uyumsuz olan ve diğer hastalara şiddet uygulayan grubun MR tanılı bireyler olduğu saptanmıştır. Völlm ise orta güvenli birimde şizofreni hastalarını tedaviye dirençli bulmuştur (77). Madde kullananlarda da tedaviye uyumsuzluk söz konusu olmaktadır (43). Tedaviye uyumsuzluk daha uzun LoS ve suç tekrarı ile ilişkilidir (200, 246). Hastaların psikiyatri tanılarına göre klinik dağılımının çözüm olacağı düşünülmektedir.

Yine örnekleme yatış sırasında katılımcıların %9.23'ü diğer hastalara ve çalışanlara şiddet uyguladığı bulunmuştur. Literatürde mevcut şiddet oranı daha yüksektir (77). Tedavi sonrasına göre öncesinde ve psikoz atağı sırasında 15.5 kat artmaktadır. Bazı psikotik ilaçlar ilaçsız döneme göre şiddet gösterme davranışını %45 azaltmaktadır (102, 245).

Araştırmamızda gözlem amaçlı yatırılan hastalar dışında tedavi ve koruma amaçlı yatırılan hastaların ortalama kalış süresi 107.36 ± 171.65 gündür. En kısa yatış süresi 1 gün, en uzun yatış süresi 1801 gün bulunmuştur. En düşük 1 gün olmasının nedeni bakıma muhtaç hastaların hemen taburcu edilmesidir. En uzun yatış süresi gösteren bireylerin diğer akıl hastanelerinin muhafaza birimlerinden yüksek güvenli birimin açılması ile nakil edilen adli olgular olduğu tespit edilmiştir. Bu hastaların sadece YGAP hastanesinde kalış süreleri değerlendirilmeye alınmış olup geldiği kurumlarda ki kalış süreleri değerlendirmeye alınmamıştır. Ayrıca psikososyal değişkenlerde yatış süresinin belirleyicisi olabilmektedir. Taburcu olmaya uygun aile ve sosyal koşulların bulunmaması da Barbui'nin deyiimiyle beyaz müebbet hapis cezasını uzatmaktadır (160). Örneklekimizde kalacak yeri bulunmayan kimsesiz hastaların bakım kurumları tarafından kabulünün sağlanacağı zamana kadar hastanede tutulmasından kaynaklı yatış süreleri uzadığı dikkat çekmiştir. Aslında orta ve yüksek güvenli adli hastanelerde kalış süresi oldukça uzundur (77). Çünkü daha uzun kalış süresi yeniden suç işleme riskini azaltmaktadır (230, 247). Aynı zamanda yineleyici suç sayısı arttıkça hastaların daha uzun süre tedavi altına alındıkları saptanmıştır (76). Yüksek güvenli birimlerde vakaların %23.5'i 10 yıldan fazla yatış süresine sahiptir.

%18.1'i ise orta güvenli birimde 5 yıldan uzun süre kalmıştır (197, 248). Londra'da adli psikiyatri yatakları genel psikiyatri yataklarından daha uzun yatış süresine sahiptir. %43.5'i 1 yıldan uzun süre yatış göstermiştir (249). İngiltere'de yapılan başka bir çalışmada ortalama kalış süresi 163-164 aydır (149). Norveç örneğinde çoğunlukla şizofreni tanısına sahip hastaların 1 yıldan uzun süre kaldığı görülmektedir (250). İsveç popülasyonunda adli psikiyatri LoS 951 gündür ve şiddet içeren suç işleyenler diğerlerinden beş kat daha uzun kalış süresine sahiptir (251). Polonya popülasyonunda 21.11-39.14 ay arasındadır (200, 252). Prag Avrupa'ya göre daha kısa yatış sürelerine sahiptir (253). İrlanda popülasyonunda erkek hastaların ortalama LoS 304,3 gündür (192). Yunanistan popülasyonunda zorunlu ve gönüllü yatış yapan psikiyatri hastalarının ortalama kalış süresi 40,7 gündür (204). Ülkeler arasında adli psikiyatri hastalarının LoS farklılıkları dikkat çekse de adli psikiyatri hastalarının uzun kalış süreleri özellikle Avrupa'da finansal yük nedeniyle çözüm aranan konular arasındadır. Dünya'da 87 ülkeden alınan küresel sonuca göre %10'unun LoS 1-5 yıl %8'i ise 5 yıldan fazladır (51). Hastanede ortalama kalış süresi bizim örneklemimizde 3.5 aylık bir zaman diliminden oluşmaktadır. Sonuç olarak çalışma kapsamına alınan yüksek güvenli adli grubun yatış süreleri hem literatürden hem de beklediğimizden kısa bulunmuştur. Bu farklılığın ülkeler arasında standart bir uygulamanın olmaması, hastaneye kabul şartları, adli süreçler ve tanı sürecinde madde kullanım bozukluğu ve kişilik bozukluğu gibi eksen 2 tanı kriterlerinin yeterince değerlendirilmemesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda literatürle benzer şekilde şizofreni tanılı bireylerin yatış süresi, MR ve duygu durum bozukluğu olanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (77, 251). MR hastalarının daha düşük kalış süresi gösteren araştırmalar olduğu gibi (254) daha yüksek kalış süresi gösteren çalışmalarda mevcuttur (248). Davoren ise şizofreni spektrum bozuklukları, duygulanım bozuklukları, organik bozuklukların yatış süresi üzerinde etkili olmadığını saptamıştır (192). Ana tanısı kişilik bozukluğu veya ek kişilik bozukluğu tanısı alanlar daha uzun yatış süreleri ile ilişkilendirilen çalışmalar da bulunmaktadır (164). YGAP kliniklerinde uzun yatış süresi yüksek şiddet düzeyi, çoklu antipsikotik tedaviler, suçun ciddiyeti, daha düşük güvenli birimlerin yetersizliği, firar etme, parafilik veya cinsel suç bütüncül yaklaşım yetersizliği ile ilişkili olduğu unutulmamalıdır (77, 251, 252, 253). Yatış süresinde hastalara; düşük güvenli, orta

güvenlikli ve maksimum güvenlikli yatış sınıflaması yapılmadığından tüm hastalara standart bir yatış uygulanmakta olduğu tespit edilmiştir. Bu uygulama ülkemizde tüm YGAP hastanelerinde bu şekildedir. Fiziki olarak klinikler düşük, orta ve yüksek güvenlikli olarak işletmeye açılmış olsa da uygulama bu şekilde değildir.

Tekrar yatışlar cezai mükerrerlikle ilişkilendirildiğinden mükerrer yatışlar araştırmamızda değerlendirilmeye alındı. Çalışmamızda; 5 yıllık süre boyunca hastaların %9,2'si ikinci defa, %1.6'sı üçüncü defa, %0.2'si dördüncü defa yatış yapmıştır. Ülkemizde YGAP hastaneleri açılmadan önce akıl ve RSHH bünyesinde adli psikiyatri hastalarının yatışları yapılmaktaydı. Bu nedenle katılımcıların daha önceki psikiyatri kliniklerine yatışları da değerlendirmeye alındı. Olguların %30.5'i; 2-5 defa yatış öyküsüne sahipken, %25.5'i; 6-9 kez yeniden yatış göstermiştir. 10 ve üzerinde yatış oranı %5.60 olarak bulunmuştur. Adli psikiyatri hastalarının yeniden yatış tablosu bizim bulgularımıza benzerdir (135, 198, 204, 216, 227, 228, 229, 231, 247, 255). Daha uzun süre ele alınarak yapılan çalışmalarda (20 yıl) taburcu edilen orta güvenlikli hastaların neredeyse yarısı yeniden hüküm giyerek, %38'i yeniden bakıma alındı (154). Bir başka araştırmada 6 aylık takip sürecinde yeniden yatış oranı %7,1'dir. Şizofreni hastalarının ortalama yatış sayısı 7.5 olduğu görülmektedir (216).

Mükerrer yatışlar suçun yinelenmesini akla getirmektedir. Suçlara baktığımızda bu hastaların %92.62'si tek suç, %6.54'ü iki suç, %0.73'ü üç suç, %0.10'u dört suçtan yatış yapmıştır. Örneklemimizde suç sayısı ile hastalık grupları arasında ilişki bulunmamıştır. Suçun niteliğine baktığımızda sadece hırsızlık suçu ile suç sayıları arasında ilişki bulunmuştur. Kalenderoğlu çalışmamızın aksine en fazla suçu madde kullanım bozukluğu sonrasında şizofreni hastaları olarak tespit etmiştir (70). Orta düzeyde güvenli hizmetten taburcu edilen MR hastalarının 12 yıl boyunca %11'i yeniden hüküm giymiştir. Hırsızlık suçu ve öyküsü örneklemimizde ki gibi yeniden mahkûmiyet riskini artırmaktadır (69, 256). Birleşik krallıkta serbest bırakılan orta güvenlik düzeyine sahip kadın hastaların 6.5 yıllık takibinde %26'sı en az bir kez yeniden yatış göstermiştir. Bu hastaların %17.5'i ise yeniden suç işlemiştir (247). Taburcu olduktan 5 yıl sonra hastaların %26'sı, 10 yıl sonra ise %34'ü herhangi bir suçtan hüküm giymiştir (256). İsviçre'de 9 yıllık süre içinde adli psikiyatri hastalarının %31,8'i yeniden suç işlemiştir (135). Ülkemizde %32.81'i daha önce 1 kez, %26.2'si üç yada daha fazla suç işlemiştir (69). İsveç ulusal adli psikiyatri kayıtlarına göre mahkûm

edilen bireylerin %75'i yeniden şiddet suçundan hüküm giyse de çok azı ciddi suç kapsamındadır (257). Taburcu sonrası ciddi suçlar işleme oranı %7 bulunmuştur (258). Türkiye'de yeniden yatış yapan bireylerde ciddi suç ve diğer suçlar arasında fark bulunmamıştır (11). Yine İsveç'te erkek zihinsel bozukluğu olan suçluların %47'si yeniden hüküm giymiştir. İsviçre'de 9 yıllık süre içinde %31.8'i herhangi bir suç, %9.1'i ciddi bir suç işledi (135). Hollanda'da cezaevi mahkumları için 2 yıl boyunca yeniden suç işleme oranı %44, şiddet içeren suç işleme oranları ise %16 idi (245). Sistematik bir incelemede serbest bırakıldıktan sonra toplum ruh sağlığı hizmetlerine maruz kalanların yeniden suç işleme oranları düşük bulunmuştur (213). Yaşamları boyunca %96'sı en az 2 suçtan hüküm giymiş ve yaşamları boyunca ortalama suç sayısı 16.5'dir. Raporlanmayan çok sayıda suç bulunduğu düşünülmektedir (49). Yeniden suç oranları genellikle bizim çalışmamızdan daha yüksek orandadır. Fakat bizim çalışmamıza sadece Adana YGAP hastanesi için yeniden yatışlar verilmektedir. Hastaların diğer YGAP hastanelerine yatış yapabileceği göz önüne alınmalıdır. Suçun yeri çoğunlukla kişilerin ikamet ettiği yerler olduğu ve hastaların genellikle çevre il ve ilçelerden yönlendirildiği düşünüldüğünde bu oran yine de çok fazla olmayacaktır.

Sonuç olarak geçmiş suç öyküsü ve önceki şiddet eylemi, düşük eğitim seviyesi, eşlik eden madde kullanım bozukluğu, psikotik bozukluğu olan grupta şizofreni hastaları yeniden yatış ve tekrar suç işlemeyi öngörmektedir (19, 39, 120, 198, 210, 228, 246, 259). Toplum için tehlikeli oluşturan suç tekrarının önlenmesine yönelik hastaların taburcu sonrası takibinin ve tedavi uyumunun sağlanması büyük önem arz etmektedir.

Çalışmamızda olguların suçtan kurtulmaya yönelik atılı suçu kabul etmedikleri (%91.91) ve büyük çoğunluğunun suç işleme gerekçesi olmadan sebepsiz yere eyleme geçtiği bulunmuştur. Katılımcıların hastalık tanıları ile suç sayıları, suç işleme gerekçeleri, suçu kabul etme durumları, kişilik bozukluğu sınıfı, sosyal şifa ile serbest bırakıldıklarında kontrole çağrılma süreleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Şizofreni hastalarında duygu tanıma becerilerinde bozulma ve bozulmuş görsel hafıza işlevleri sebepsiz yere eylem gerekçesi olabilir (98, 99).

Suçlar kişilere, malvarlığına veya cinsel dokunulmazlığa karşı icrai bir davranışla görülmekteyse de biz araştırmamızda genel sınıflama yerine alt grupları sınıflamaya çalıştık (158, 73) Olguların suç olarak nitelendirilen eylemlerine ilişkin veriler incelendiğinde katılımcıların %32,4'ü kasten yaralama, %12,4 hakaret, %8,48'i

tehdit, %7,66'sı silahla tehdit, %7,06'sı mala zarar verme suçu, %5,65'i hırsızlık veya hırsızlığa teşebbüs suçu işlemiştir. Hukukçular ile ortak dil oluşturmak için kullanılan yaralama raporlarında İşlenen yaralama suçlarının %33.51'i basit yaralanma ile sonuçlanmıştır. Bu sonuç literatür ile uyumludur (198). Burada belirtmemiz gereken önemli bir nokta hırsızlık suçu işleyen grubun el koymaya çalıştığı eşyaların; bisiklet, motosiklet, mikrofon gibi eğlenceye yönelik olduğu ve İmpulsif nitelikte anlık kullanma eylemi ile gerçekleştirildiğidir. Anlamli olan diğer suçları değerlendirdiğimizde, adam öldürme ve adam öldürmeye teşebbüs suçu %2,38'dir. Çocuk cinsel istismarı oranı %2,45, cinsel saldırı oranı ise 2,38'dir. Bu sonuçlar literatür ile uyumlu olmakla beraber farklılıklarda barındırmaktadır (109, 153, 155, 198). Adli akıl hastalarının sıklıkla kişiye yönelik şiddet içeren suçlar işlediği görülmektedir (216). Genellikle şiddet suçları ve mağduru olan suçlar ciddi olarak değerlendirilir (7). Şiddet içeren suçlardan sonra ilk sırada hırsızlık gelmektedir (39, 49). YGAP kampüsünde adli hastalarda işlenen suç türü çalışmamızdaki gibi ilk sırada kasten yaralama yer almaktadır (198). Bazı çalışmalarda adam öldürme ve öldürmeye teşebbüs suçu ilk sırada yer almakta, tehdit, kasten yaralama ve hırsızlık şeklinde suç türleri daha sonra sıralanmaktadır (69, 76, 120, 155, 161, 252). Literatürde adam öldürme suçunun oranı bizim çalışmamızdan oldukça yüksektir (69, 76, 198). İngiltere'de uzun süre kalan örneklemin %58'i şiddet suçlusuydu, %22'si hem cinsel hem de şiddet suçu içermekteydi. Başka bir çalışmada bireylerin %27'si şiddet ve cinsel suçlar işlemiştir (153, 155). Çalışmamızdaki farklılığın daha fazla suç kategorisi değerlendirilmeye alınmasından ve aynı olay içinde birkaç suç tipinin yer almasından kaynaklanabileceği gibi, YGAP hastanelerine kabul edilen hastaların ciddi ve ağır suç faili olmalarından ziyade toplum için tehlikelilik kavramının veya mevcut suç sayılarının göz önüne alınarak 57. Madde ile değerlendirmeye alınmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Dikkat çeken başka bir nokta suç sırasında katılımcıların da yaralandığı ve şiddete maruz kaldığı, akıl hastalığı nedeni ile suç için kullanıldığı olaylar mevcuttur. Araştırmamızda suçun işleniş kısmında müşterek faillik ve azmettiricilere rastlanmıştır.

Katılımcıların en sık aldıkları üç tanı ile bazı değişkenlerin karşılaştırma analizlerine baktığımızda literatürle uyumlu olarak kasten yaralama, silahla tehdit, tehdit ve cinayet suçunun en fazla şizofreni hastaları tarafından (3, 11, 60, 69, 120, 202, 260, 261) toplumda panik yaratacak eylemler ve hakaret suçunun en fazla bipolar

bozukluk hastaları tarafından, cinsel istismar ve hırsızlık suçunun en fazla MR hastaları tarafından işlendiği saptanmıştır (69, 112, 113, 114, 115, 117, 120, 262). Bazı çalışmalarda MR hastalarında fiziksel ve sözel şiddet suçu, cinsel suç ve hırsızlıktan daha yüksek bulmuştur (109, 263). Başka bir çalışmada cinsel suçlar %37.3, adam öldürme %34.7, mala karşı işlenen suçlar %28 olarak bildirilmiştir (233). MR hastalarında çalışmamızla benzer şekilde cinsel suçlar dürtüleri ile hareket etmelerinden kaynaklı planlı suçlar olmayıp, sözlü taciz ve sarkıntılık düzeyindedir (109). MR olgularında dürtü kontrol eksikliği, cinsel deneyim eksikliği ve sosyal iletişim yetersizliğinin suç davranışına yönlendiren etkili içsel özelliklerdir (117).

Katılımcıların silah bulundurmaları, mala zarar verme, cinsel saldırı, dolandırıcılık, uyuşturucu kullanma, iftira yağma, öldürmeye teşebbüs, yaralamaya teşebbüs, hürriyetten yoksun bırakma, konut dokunulmazlığı ihlali, direnme, hayasız hareket suçları ve diğer suçlar ile hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmamıştır. Şizofreni tanılı bireylerde öldürme eylemi gerçekleştirme riski genel toplumdan yüksek olduğu bilinmektedir. Türkiye örnekleminde 3 yıl içinde bu oran %5,3 bulunmuştur (102). Özellikle şizofreniye ek madde kullanım bozukluğu olanların cinayet işleme olasılığı normal bireylerden 17 kat daha fazladır (177). Bu durumun zarar göreceği sanısından kaynaklandığı düşünülmektedir (perseküsyon) (3). Bazı çalışmalarda bipolar hastalarının suç işleme oranı düşük bulunmuştur (108). Duygu durum bozukluğunda adam öldürme %24.7'i, hırsızlık %19.2 en sık rastlanan suçlardır (69). Sonuç olarak suç ve hastalık ilişkisi çalışmalarda sıralamada değişkenlik göstermiş olsa da kişiye karşı suçlar en sık karşılaşılan suç tipidir.

Ülkemizde benzer çalışmalarda olduğu gibi Varşova Psikiyatri ve Nöroloji Enstitüsü Adli Psikiyatri Anabilim Dalı'nda suç mağdurlarının çoğunluğu ebeveyn olmak üzere aile üyelerinden oluşmaktadır (76, 91, 200). Örnekleimde bireylerin %36.24 oranı ile en sık aile üyelerine karşı şiddet suçları işlediği bulunmuştur. Aile üyeleri içinde en fazla şiddet mağduru olanlar ise %18.89 ile ebeveynleridir. Adli psikiyatri hastaları sıklıkla birinci derece akraba ve eşlerine yönelik suçlara karışmaktadır (60, 76, 102, 109, 120, 202, 210, 225, 264, 265). Ek olarak ciddi suç işleyenlerin en sık uzak akraba ve tanıdıklarının suç mağduru olduğu, 2. sırada ebeveyn ve kardeşlerin geldiği eski tarihli çalışmada mevcuttur (60). Aslında bu bulgu genel popülasyon ile benzerdir. Adam öldürme mağdurlarının yarısından fazlası sanığın tanıdığı kişileridir (%64),

(266). Madde kullanımı olanların tanımadıkları kişilere karşı suç işlediği (43) düşünülse de adli olguların ebeveynleri ile para konusunda tartışmaların sık karşılaşılan nedenler arasında olduğu dikkat çekmiştir.

Örnekleminizde şizofreni ve bipolar tanılı hastalar çoğunlukla kendi evini tercih ederken, MR tanılı hastalar açık mekanları tercih etmektedir. Bu bulgu literatürle uyumludur (202, 210, 257, 209). Ev içi cinayet suçlusu psikotiklerin ASKB veya daha önce ağır suçlardan hüküm giyme oranı düşüktür (264). Suçun hedefi olan kişileri dikkate aldığımızda adli hastaların hane içinde birlikte yaşadıkları kişileri hedef aldığı, bu durumda aslında eylemlerin enstrümantal şiddetten çok tepkisel şiddet olduğu ve plansız ortaya çıktığını göstermektedir. Sonuç olarak hastaların en yakınında bulunan kişilere zarar verdiği ve birlikte yaşadıkları kişilerin risk altında bulunduğu söylenebilir. Aile üyelerinin şiddetten korunması hususunda şiddete giden süreci fark etmeleri ve sürecin yönetimi hakkında aile üyelerine eğitim desteği sağlanabilir.

Örnekleimde yer alan kişilerin %38.16'sının silah ve silah yerine kullanılan alet kullandığı ve çoğunlukla bıçak kullanmayı tercih ettiği saptanmıştır (%16.18). İkinci sırada ateşli silahlar yer almaktadır. Çalışmamızda ulaşılan bulgular doktrin ile uyumludur (60, 202, 209). Burada dikkat etmemiz gereken nokta akıl hastası olan adli olguların ateşli silaha erişim sağlamış olmasıdır. Psikiyatri hastalarının ulaşacağı yerlerde silah olarak kullanılacak aletlerin bulundurulmaması, aile üyelerinin de suç mağduru olduğu göz önüne alındığında yaralama ve ölüm olaylarının önüne geçecek minimal önlemler arasındadır. En yaygın kullanılan suç aletinin bıçak olması ulaşımın kolaylığından kaynaklanmaktadır. Çalışmamızdan farklı olarak Atalay, Türkcan ve Nordström hastaların çıplak el veya tekme ile suç işlediğini ortaya koymuştur (91, 109, 265). Özellikle MR hastalarının yarısından fazlası el veya tekme ile silah kullanmadan suç eylemini gerçekleştirdiği ortaya konmuştur (109) Suç aletleri için TCK 54. Madde gereğince müsaderesine (el konma) karar verilmiştir.

6. SONUÇ

Adli psikiyatri hastaları, psikopatoloji, sabıka geçmişi ve yeniden suç işleme risk faktörleri açısından çok heterojen bir popülasyon oluşturmalarına rağmen belli hastalık gruplarının (şizofreni/psikoz, bipolar bozukluk, MR ve kişilik bozukluğu) suç işleme riski taşıdığı tespit edilmiştir.

Psikiyatri bakımı sınıflandırılma kriterlerinde (yüksek, orta ve düşük güvenlik) insana ciddi zarar verme tehlikesi bulunan bireyler yüksek güvenli birimlerde bakım altına alınmasına rağmen Türkiye’de yapılan çalışmamıza konu olan örneklemimizde pek çok suç türünün gerçekleştiği görülmektedir. Bununla birlikte çoğunlukla kişilere karşı suçların işlendiği tespit edilmiştir.

Ülkemizde adli psikiyatri sağlık sisteminin işleyişi hakkında daha realist, şeffaf ve yapıcı eleştiriler eksikliklerin görünür kılınmasına yardımcı olacak ve yeni, birbirini denetleyen düzeneklerin kurulmasını sağlayacaktır. Bu nedenle öncelikle ekip çalışması zihniyetinin geliştirilmesi hastanın hem etik bir ortama sahip olmasına sağlayacak, hem de farklı bakış açılarını bir araya getirerek daha nitelikli bakımı sağlayacaktır.

Öte yandan çalışma kapsamına alınan kuruma baktığımızda adli psikiyatrik hastaların ekip zihniyetinden ziyade psikiyatrist hekimler tarafından değerlendirildiği, hastaya bakım veren yetişmiş profesyonellerin görüş, öneri ve yaklaşımları hakkında ortak toplantıların veya değerlendirmelerin yapılmadığı dikkat çekmiştir. Psikologlar tarafından bireysel görüşme ve grup terapisi uyguladığını, hemşirelerin çok daha uzun süreler hastaları gözlemlediğini, iş terapistlerinin sosyal gelişimlerini değerlendirdiğini, sosyal çalışmacıların aile ve sosyal bağları konusunda olgular hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu düşünüldüğünde haftada bir yapılan değerlendirme toplantıları hasta serbest bırakılmadan önce topluma ve kendine zarar verme konusunda daha fazla bilgi sağlayacaktır. YGAP hastanelerinin bir amacı tedavi uyumunun sağlanmasıdır. Fakat yalnızca farmakolojik tedavi yaklaşımının benimsenmesi suç tekrarına ve tekrar yatışlara neden olacaktır. Kalış süresi ve suçun niteliği, klinik durum ve psikososyal faktörlerle ilgilidir. Biyopsikososyal canlı olan insana bütüncül yaklaşım ve ekip çalışması sağlık uygulamalarında en büyük eksikliklerden biridir. Bu nedenle öncelikle bireysel ve bütüncül yaklaşıma ihtiyaç vardır.

Adli psikiyatride yüksek riskli ve yaşam boyu kalıcı fenotipin olduğu göz önüne alınarak taburcu öncesinde hastaların kurum dışında yaşama hazırlıklı olup olmadığına yönelik psikometrik ölçümler veya sonrası bakım tesislerinde barınma veya genel psikiyatri kliniğinde tutulmasına yönelik programlar oluşturulması mükerrer suçluluğu önlemeye yardımcı olacaktır. Hastaların ilaç uyumunun izlenmesi zorunlu takip prosedürleri oluşturulması hastaların akıl hastalığı yönünden damgalanmasını da engelleme konusunda bir adım oluşturacaktır. Risk yönetim prosedürleri, yarı yapılandırılmış veya yapılandırılmış risk yönetim araçları kullanılmamaktadır. Hastaların taburculuk kararı yalnızca hekimlerin gözlem ve değerlendirmesini kapsamaktadır. Bizim gözlemimiz adli psikiyatri hastalarına yatış ve taburcu öncesi herhangi bir şiddet ölçeği uygulanmadığıdır. Güçlü psikometrik özelliklere sahip, güvenilir, uluslararası geçerliliği olan bir araç kullanmak, bu tür grupların uluslararası karşılaştırmalarına izin verebilir. Sağlık Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı'na yapılacak bir ortak protokol ile suç işlemiş akıl hastalarının tekrar suç işleme eylemlerinin belirlenmesi açısından yapılandırılmış veya yarı yapılandırılmış standart testlerin uygulanabilir hale getirilmesi ve sistem içinde işletilmesi kurala bağlanmalıdır.

Hastaların ilk hastane yatışları ile ilgili yeterli bilgiye ulaşılmadığı araştırma sürecinde tespit edilmiştir. Hastaların kronik hasta oldukları göz önüne alındığında ve hastalığın etkisi altında anamnezin doğru alınmasında ve gerçek bilgiye ulaşılmasında sıkıntı yaşandığından akıl hastalarının dijital ortamda kriminal, klinik, sosyal ve bireysel bilgilerinin kayıt altına alındığı gittiği psikiyatri uzmanının ulaşabileceği nitelikte depolanması önem arz etmektedir. Akıl Hastalarından sağlıklı anamnez alınamadığı için dijital bir bilgi deposunun oluşturulması gerekmektedir. YGAP hastanelerinde adli hastalara bakmakla yükümlü olan psikiyatristlerin olguların geçmiş kriminal öykü ve geçmiş tedavi sürecine ulaşabilecekleri bir sistem kurulmalıdır. Adalet Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında ortak protokolle adli ve tıbbi bilgilerinin ortak depolandığı alanlar oluşturulmalıdır.

Alkol madde kullanımı ile alkol madde bağımlılığı ek tanıya sahip olma durumları ve yargıya yansıyan kullanma ve saklama durumları arasında ki farklar düşünüldüğünde, kişilik bozukluğu edvanteri uygulananlar ve tanı alanlar arasında ki farklar ve son olarak zeka testi yapılanlar ve tanıda yer alanlar arasında farklar düşünüldüğünde çok yönlü bir değerlendirmenin, yarı yapılandırılmış veya

yapılandırılmış araçların uygulamada zorunlu tutulması sağlıklı bilgi sağlayacaktır. Özellikle, Risk-İhtiyaç-Yanıt Verme (RNR) modeline uyan programların, suçluların tekrerrünü %35'e kadar azalttığı gösterilmiştir (267).

Hekim Tanıları DSM V kriterlerine göre verilmediğinden sınıflama hastaların dosyaya yazılan tanılarına göre yapılmıştır. Hastaların sıklıkla epikriz raporunda organik olmayan psikoz tanısı yalldığı görülmüştür. Yalnızca akademik çalışmalar için değil nitelikli hizmet sağlamak adına veriler sağlam ve düzenli tutulmalıdır.

Suç çoklu faktörlerin etkisi ile ortaya çıkmaktadır (53). Kişinin sadece zihinsel hastalıktan muzdarip olması suç işleme gerekçesini doğurduğu görüşü diğer bütün risk faktörlerinin (şiddete maruz kalmak, akıl hastası ebeveyn, akran aile suç ortamına maruz bırakılmak, sosyo-kültürel-ekonomik faktörler, hatta adaletin işletilmesinde meydana aksaklıklar) görmezden gelindiği ve nedenselliği tek bir değişken üzerinden açıklamanın yanılığını oluşturmaktadır. İyileştirme politikaları bu çoklu faktörler üzerinden sağlanmalıdır. Daha açık olarak ifade etmek gerekirse suç önleme faaliyetleri sadece güvenlik tedbirleri üzerinden değil, sosyoekonomik bakımının sağlanması açısından değerlendirilmeye alınmalıdır. Ailenin sıklıkla suç mağduru olduğu göz önüne alındığında aileleri de kapsayacak sosyal politikalar oluşturulmalıdır.

Hastaların yüksek güvenlik kliniğinden orta veya düşük güvenli birime devir edilmediği veya aldıkları tanılara göre farklı kliniklerde yatış yapılmadığı gözlenmiştir. Hastaların tehlikelilik durumuna göre sınıflandırılması (orta düşük,) tedavi ile tehlikelilik düzeyinde azalma olan hastaların düşük güvenliğe doğru bir planlama içinde ilerlemesi servislerinin değiştirilmesi sonrasında şartlı olarak topluma yönlendirilmeleri daha kontrollü bir taburculuk sağlayacaktır.

Ülkemizde adli psikiyatri hastalarının taburculuk sonrası organizasyonu ve yönetiminden kaynaklı aksaklıklar olduğu görülmektedir. TRSM'ye hastaların yönlendirildiğine veya takibi yapıldığına yönelik herhangi bir belgeye çalışma süresince rastlanmamıştır. YGAP'dan taburcu olduktan sonra toplum içine salıverilen hastaların tedavi sürekliliğini sağlayacak kontrol mekanizmalarının oluşturulması gerekmektedir. Çalışmamızda psikiyatri tanıları olan hastaların tedavi planını sürdürmedikleri görülmektedir. TRSM'ler bu konuda yeterli seviyelere gelememiştir. Sosyal şifa ile taburcu edilen hastaların düzenli tedavi görmesini sağlayacak ayaktan denetim ve takip

sistemlerin RSHH ile koordineli yürütülmesini sağlayacak izleme kurulları oluşturulmalıdır.

Daha etkili tedaviyi ve uzun süreli yatan hastaların güvenli ortamlardan taburcu edilmesini kolaylaştırmak, uygun terapötik müdahaleleri belirlemek için bu hasta grubunun özelliklerinin ve ihtiyaçlarının daha fazla araştırılması gerekmektedir. Bu hasta grubunun yönetimi için ulusal bir strateji belirlemek yardımcı olabilir Sonuç olarak kırsal ve kentsel yaşamda ruhsal hastalıklar önemli bir hastalık yükü oluşturmaktadır. Toplum temelli modele birçok ülkede geçilmesine rağmen ülkemizde hala hastane modeli uygulanmaktadır. Hastane dışında kronik hastalar için bakım sistemleri özellikle evde bakım sistemi kurulmalıdır.

Yeniden kabul oranı toplum ruh sağlığı hizmetlerindeki eksikliklerden kaynaklı güvenli birimden taburcu olduktan sonra iki yıl süre tekrar suç işleme ile ilişkilendirilmiştir. Suç tekrarını azaltmada tedavi sonrası takip bu nedenle önem arz etmektedir. Türkiye için yeni sayılan YGAP hastanelerinin hizmet politikalarının gelişmesine katkı sağlayacaktır.

Dünyada birçok ülkede ruh sağlığı yasası bulunmasına rağmen ülkemizde ruh sağlığı yasası taslak halinde olup yürürlüğe girememiştir. Zorunlu yatış yapılan akıl hastalarını da kapsayacak yasanın eksikliği halen uygulama alanlarında sınırların çizilmesinde zorluklar yaşanmasına neden olmaktadır.

YGAP birimlerine ve zorunlu yatışlara yönelik tam bir düzenlemede yapılmamıştır. Kanun koyucuların YGAP hastanelerinin uygulama, usul ve esasları hakkında düzenleme yapması ve eksikliklerin tespit edilmesi açısından yüksek güvenli adli psikiyatri hastalarında Ülke-bölge olgu özelliklerinin ortaya konması önemlidir.

Tespitler

- Olguların adli süreçte suç ve karar tarihi arasında geçen süre ortalama 2 yıl bulunmuştur.
- Adli sürecin %83.09'u Asliye Ceza Mahkemelerinde geçmektedir.
- Çalışmamız kapsamında beş yıllık süre zarfında somatik hastalıklara bağlı 2 olguda yatış sırasında ölüm gerçekleşmiştir.
- Yatış yapılan hastaların 17'sine mahkeme kararıyla süreli yatış verilmiştir.

- Bakıma muhtaç olan hastaların uzun süre yatırılmadığı, bazı hastaların ise ailesi kabul etmediği veya kalacak yeri olmadığından yatış süresinin uzadığı dikkat çekmektedir.
- Söz konusu olguların sahip oldukları çocuk sayısının fazla olduğu araştırmada dikkat çekmiştir. Ayrıca birden fazla evlilik gerçekleşme durumları gözlemlenmiştir.
- Dosya bilgilerinden ceza ehliyetleri olmadıkları gerekçesi ile olguların suç için kullanıldıkları olaylar da mevcuttur. Mağdur olarak şiddete maruz kaldıkları durumlarda söz konusudur. Hastalarında şiddet olayları sırasında darp edildiği, bıçaklandığı tespit edilmiştir.
- Hastalıkların birçoğunun askerde alevlendiği veya farkına varıldığı tespit edilmiştir.
- Hastaların psikotik bulguları madde kullanım öyküsü olanlarda hasta beyanına bağlı kalınmış madde etkisi altında mı işlenip işlenmediğine yönelik laboratuvar incelemesi yapılmamıştır.
- YGAP’de yatan hastalar düşük, orta ve yüksek güvenlik sınıflamaya tabii tutulmamaktadır.

KAYNAKÇA

1. **Degl'Innocenti A, Hassing LB, Lindqvist AS, Andersson H, Eriksson L, Hanson FH, Ancarseter H.** First report from the Swedish national forensic psychiatric register (SNFPR). *International Journal Law Psychiatry*, **2014**; 37(3):231-237.
2. **Hodgins S, Müller-Isberner R, Allaire JF.** Attempting to understand the increase in the numbers of forensic beds in Europe: a multi-site study of patients in forensic and general psychiatric services. *International Journal of Forensic Mental Health*, **2006**; 5:173-184.
3. **Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M.** Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, **2009**;6(8):1-15 doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120 Erişim tarihi:10.02.2023
4. **Yıldız S, Kazğan A, Kurt O, Emir BS.** Adli Psikiyatri Servisinde Tedavi Gören Hastalarda Çocukluk Çağı Travması ve Dissosiyatif Belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **2021**;13(1):216-226.
5. **Hafızoğulları Z. Özen M.** *Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler*. 5. Baskı, Ankara: US-A yayıncılık, **2012**.
6. **Tırtıl L, Biçer Ü, Oral G.** Adli Psikiyatri. Dokgöz H, Ed. Adli Tıp ve Adli Bilimler. 1. Baskı, Ankara: Özyurt matbaacılık, **2019**:541-580
7. **İçli TG.** *Kriminoloji*. 10. Baskı, Ankara: Seçkin Yayınevi, **2019**.
8. **Burkay S.** Teorik çerçevede suç. *ETHOS: Felsefe ve Toplumsal Bilimlerde Diyaloglar*, **2008**; 2:1-15
9. **Özbek VÖ, Kanbur MN, Bacaksız P, Doğan K, Tepe İ.** *Ceza Hukuku Bilgisi: Genel Hükümler*. 5. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, **2014**
10. **Demirbaş T,** *Kriminoloji*. 6. Baskı, Ankara: Seçkin Yayınevi, **2016**.
11. **İnan S, Yıldızhan E, Öncü F.** İnsana yönelik ciddi suç işleyen adli psikiyatri olgularının hastalık öyküleri, sosyodemografik ve suç özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2018** ;29(4):258-268.
12. **Polat O.** *Kriminoloji ve Kriminallistik Üzerine Notlar*. 1. Basım, Ankara: Seçkin Yayıncılık, **2004**
13. **Yüksel M.** Klasik Suç Kurmaları, ed. Güllüpınar F. Suç Sosyolojisi. Ebook Eskişehir **2019**:2-31

[https://ets.anadolu.edu.tr/storage/nfs/SOS318U/ebook/SOS318U-17V1S1-8-0-1-](https://ets.anadolu.edu.tr/storage/nfs/SOS318U/ebook/SOS318U-17V1S1-8-0-1-SV1-ebook.pdf)

[SV1-ebook.pdf](https://ets.anadolu.edu.tr/storage/nfs/SOS318U/ebook/SOS318U-17V1S1-8-0-1-SV1-ebook.pdf)

14. **Howitt D.** *Adli Psikoloji ve Suç Psikolojisine Giriş*. 6. Basım, Ankara: Atlas Akademik Basın, **2021** Yayın Çeviri Editörü: Didem (Yücel) Elitez - Fulya Giray Sözen
15. **Gökulu, G.** Suç kuramları: biyolojik ve psikolojik yaklaşımlar: eleştirel bir değerlendirme. *Social Sciences*, **2019**; 14(4):1471-1488.
16. **Toroslu H.** Ceza Hukukunda İsnat Yeteneği. Doktora tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Hukuku Anabilim Dalı, Ankara, **2013**.
17. **Görgülü T, Öntaş ÖC.** Hükümlülerin suç davranışının nedenlerine ve suç davranışı risk faktörlerine ilişkin düşünceleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, **2013**; 24(2):59-82.
18. **Bulut BP.** Lacanyen Psikanalitik Kuramda Suç Kavramı ve Klinik Yapılar ile Suç İlişkisi. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, **2020**; 1(2):93-100.
19. **Öztürk O, Uluşahin A.** *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 11.baskı, Ankara: Tuna Matbaacılık, **2011**.
20. **Kolla NJ, Dunlop K, Downar J, Links P, Bagby RM, Wilson AA, Meyer JH.** Association of ventral striatum monoamine oxidase-A binding and functional connectivity in antisocial personality disorder with high impulsivity: a positron emission tomography and functional magnetic resonance imaging study. *European Neuropsychopharmacology*, **2016**; 26(4):777-786.
21. **Meyer-Lindenberg A, Buckholtz JW, Kolachana BR, Hariri A, Pezawas L, Blasi G, Weinberger DR.** Neural mechanisms of genetic risk for impulsivity and violence in humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, **2006**; 103(16):6269-6274.
22. **Kolla NJ, Vinette SA.** Monoamine oxidase a in antisocial personality disorder and borderline personality disorder. *Current behavioral neuroscience reports*, **2017**; 4(1): 41-48.
23. **Hauberg ME, Creus-Muncunill J, Bendl J, Kozlenkov A, Zeng B, Corwin C, Roussos P.** Common schizophrenia risk variants are enriched in open chromatin regions of human glutamatergic neurons. *Nature communications*, **2020**; 202;11(1):1-16.
24. **Zaalberg A, Wielders J, Bulten E, van der Staak C, Wouters A, Nijman H.** Relationships of diet-related blood parameters and blood lead levels with psychopathology and aggression in forensic psychiatric inpatients. *Criminal Behaviour and Mental Health*, **2016**;26(3):196-211.

25. **Hofhansel L, Weidler C, Votinov M, Clemens, Raine A, Habel U.** Morphology of the criminal brain: gray matter reductions are linked to antisocial behavior in offenders. *Brain structure and function*, **2020**; 225(7):2017-2028.
26. **Chou MC, Cheng TC, Yang P, Lin RC, Wu, MT.** Changes of Brain Structures and Psychological Characteristics in Predatory, Affective Violent and Nonviolent Offenders. *Tomography*, **2022**; 8(3):1485-1492.
27. **Schiffer B, Peschel T, Paul T, Gizewski E, Forsting M, Leygraf N, Krueger TH.** Structural brain abnormalities in the frontostriatal system and cerebellum in pedophilia. *Journal of psychiatric research*, **2007**;41(9):753-762.
28. **Tiihonen J, Koskivi M, Lääteenvuo M, Virtanen PL, Ojansuu I, Vaurio O, Lehtonen Š.** Neurobiological roots of psychopathy. *Molecular psychiatry*, **2020**; 25(12):3432-3441.
29. **Salvatore JE, Edwards AC, McClintick JN, Bigdeli TB, Adkins A, Aliev F, Dick DM.** Genome-wide association data suggest ABCB1 and immune-related gene sets may be involved in adult antisocial behavior. *Translational psychiatry*, **2015**;5(4):558-558.
30. **Repo-Tiihonen E, Tiihonen J, Lindberg N, Weizmann-Henelius G, Putkonen H, Häkkänen H.** The intergenerational cycle of criminality Association with psychopathy. *Journal of forensic sciences*, **2010**;55(1):116-120.
31. **Bartels JM, Ryan JJ, Urban LS, Glass LA.** Correlations between estimates of state IQ and FBI crime statistics. *Personality and individual differences*, **2010**; 48(5):579-583.
32. **Kokaçya MH, Ortanca İ.** Frontal lob sendromu ve adli psikiyatrik yönleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **2020**; 12(4):507-518.
33. **Žarković Palijan T, Radeljak S, Kovač M, Kovačević D.** Relationship between comorbidity and violence risk assesment in forensic psychiatry-the implicaton of neuroimaging studies. *Psychiatria Danubina*, **2010**;22(2):253-256.
34. **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; İstanbul, **2012**.
35. **Williams WH, McAuliffe KA, Cohen MH, Parsonage M, Ramsbotham J.** Traumatic brain injury and juvenile offending: complex causal links offer multiple

- targets to reduce crime. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, **2015**;30(2): 69-74.
36. **Fekih-Romdhane F, Abboud C, Kossaify M, El Khoury N, Sleiman YB, Hachem D, Hallit S.** Child abuse and aggressiveness in individuals diagnosed with schizophrenia in Lebanon. *Perspectives in Psychiatric Care*, **2022**;58(4):2872-2880.
37. **Wong MTH, Lumsden J, Fenton GW, Fenwick PB.** Electroencephalography, computed tomography and violence ratings of male patients in a maximum-security mental hospital. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **1994**; 90(2):97-101.
38. **Şener A, Tomruk N, Evren C, Karaytuğ MO.** Şizofreni tanılı hastalarda çocukluk çağı travmasının dissosiyasyonla ilişkisi. *Çukurova Medical Journal*, **2020**;45(3):1024-1032.
39. **Krona H, Nyman M, Andreasson H, Vicencio N, Anckarsäter H, Wallinius M, Hofvander B.** Mentally disordered offenders in Sweden: differentiating recidivists from non-recidivists in a 10-year follow-up study. *Nordic journal of psychiatry*, **2017**; 71(2):102-109.
40. **Karatzias T, Shevlin M, Pitcairn J, Thomson L, Mahoney A, Hyland P.** Childhood adversity and psychosis in detained inpatients from medium to high secured units: results from the Scottish census survey. *Child Abuse & Neglect*, **2019**; 96:104094.
41. **Howard R, McCarthy L, Huband N, Duggan C.** Re-offending in forensic patients released from secure care: The role of antisocial/borderline personality disorder co-morbidity, substance dependence and severe childhood conduct disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, **2013**; 23(3):191-202.
42. **Gibbon S, Ferriter M, Duggan C.** A comparison of the family and childhood backgrounds of hospitalised offenders with schizophrenia or personality disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, **2009**;19(3):207-218.
43. **Çinik E, Güçlü O, Şenormancı Ö, Aydın E, Erkiran M, Erkmen H.** Şizofreni hastalarında madde kullanımının suç ve şiddet özellikleri etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2015**; 16 (2):104-112
44. **Lau S, Kirchebner J, Kling S, Euler S, Günther MP.** Childhood maltreatment, psychopathology, and offending behavior in patients with schizophrenia: a latent class analysis evidencing disparities in inpatient treatment outcome. *Frontiers in psychiatry*, **2021**;12:612322.

45. **Garno JL, Gunawardane N, Goldberg JF.** Predictors of Trait Aggression in Bipolar Disorder. *Bipolar Disorder*, **2008**; 10(2):285-292.
46. **Deniz D.** Suç davranışına etki eden psikopatolojik süreçler. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi*, **2017**; 3(2):1-8.
47. **Yılmaz, C.** Kriminolojik Açıdan: Akıl Hastalığı ve Suç. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, **2018**;24(2):743-765.
48. **Demirbaş T.** Suçun önlenmesi. *Yaşar Hukuk Dergisi*, **2019**;1(1):56-71.
49. **Krona H, Anckarsäter H, Nilsson T, Hofvander B.** Patterns of Lifetime Criminality in Mentally Disordered Offenders—Findings From a Nationally Representative Cohort. *Frontiers in psychiatry*, **2021**;12:564171.
50. **Yıldız, S.** Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Akıl Hastalarının Yargılanması. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, **2002**; 2(4):140-151.
51. **World Health Organization.** Policies and practices for Mental Health in Europe; Meeting the Challenges. Denmark: WHO; 2008. p.187.<http://www.who.int/>
52. **Amerikan Psikiyatri Birliği.** *Ruhsal bozuklukların tanılma ve sayımsal el kitabı (DSM V)*. 5.Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **2013**. (Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan çev. Koroğlu, E.)
53. **Anckarsäter H, Radovic S, Svennerlind C, Höglund P, Radovic F.** Mentaldisorder is a cause of crime: the cornerstone of forensic psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry*, **2009**; 32(6):342-347.
54. **Dalkılıç EE.** Türkiye’de Zihinsel veya Ruhsal Engellilerin “Zorla” Tedavisinin Eleştirisi. *TTB Dergisi*, **2015**; 27(117):11-34
55. **Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, Stroup TS, McEvory JP, Liberman JA.** A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. **2006**; 63(5):490-499.
56. **Torrey EF.** Violent behaviour by individuals with serious mental illness. *Hospital Community Psychiatry Services* **1994**;45(7):653-661.
57. **Wu Y, Kang R, Yan Y, Gao K, Li Z, Jiang J, Xia L.** Epidemiology of schizophrenia and risk factors of schizophrenia-associated aggression from 2011 to 2015. *Journal of International Medical Research*, **2018**; 46(10):4039-4049.
58. **Zitrin A, Hardesty AS, Dulavratotu EI, Drossman AK.** Akıl hastalarında suç ve şiddet. *Amerikan Psikiyatri Dergisi*, **1976**;133(2):142-149.

59. **Teplin LA, Abram KM, McClelland GM.** Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women: I. Pretrial jail detainees. *Archives of general psychiatry*, **1996**;53(6):505-512.
60. **Kayatekin ZE, Maner F, Abay E, Saygılı S, Şener AI.** Ruh hastalarında homisidal saldırganlık. *Düşünen Adam*, **1991**;4(1):22-27.
61. **Mulvey EP.** Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. *Psychiatric Services*, **1994**;45(7):663-668.
62. **Marzuk P.** Violence, Crime and mental illness-how strong a link? *Arc Gen Psychiatry*, **1996**;53:481-6.
63. **Balcioglu, YH, Balcioglu SSK, Oncu F, Turkcan A, Yorulmaz AC.** Impulsive and aggressive traits and increased peripheral inflammatory status as psychobiological substrates of homicide behavior in schizophrenia. *The European Journal of Psychiatry*, **2022**; 36(3):207-214.
64. **Finlandiya Ruh Sağlığı Hizmetleri**
<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut> Erişim Tarihi:21.02.2023
65. **Karataş S, Çalışkan BB.** Toplum Ruh Sağlığı Modelleri: Dünyada ve Türkiye'deki Mevcut Durum. *Türkiye Klinikleri J Intern Med*, **2020**; 5(1):34-41.
66. **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):761-770.
67. **Mauri MC, Cirnigliaro G, DiPace C, Paletta S, Reggiori A, Altamura CA, Dell'Osso B.** Aggressiveness and violence in psychiatric patients: a clinical or social paradigm? *CNS Spectrums*, **2019**;24(5):564-73. doi: 10.1017/S1092852918001438.
68. **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.
69. **Maner F, Kayatekin ZE, Abay E, Saygılı S, Sener AI.** Psikiyatrik hastalıklar ve suç. *Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, **1991**; 4:6-13
70. **Kalenderoğlu A, Yumru M, Selek S. ve Savaş, HA.** Gaziantep Üniversitesi tıp fakültesi adli psikiyatri birimine gönderilen olguların incelenmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. **2007**; 44(3):86-90
71. **Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, Whiteford HA.** Global epidemiology and burden of schizophrenia:

- findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophrenia bulletin*, **2018**; 44(6):1195-1203.
72. **Seppänen A, Joelsson P, Ahlgren-Rimpiläinen A, Repo-Tiihonen E.** Forensic psychiatry in Finland: an overview of past, present and future. *International Journal of Mental Health Systems*, **2020**;14:1-8.
73. **Link BG, Andrews H, Cullen FT.** The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *American Sociological Review*, **1992**;57:275-292.
74. **Zhou JS, Zhong BL, Xiang YT, Chen Q, Cao XL, Correll CU, Wang XP.** Prevalence of aggression in hospitalized patients with schizophrenia in China: A meta-analysis. *Asia-Pacific Psychiatry*, **2016**;8(1):60-69.
75. **Polat H, Karakaş S.** Adli psikiyatri hemşireliği. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2020**; 3(3):225-232.
76. **Öncü F, Soysal H, Uygur N, Özdemir F, Türkcan S, Yeşilbursa D, Alataş G.** 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.
77. **Völlm BA, Edworthy R, Hubbard N, Talbot E, Majid S, Holley J, Duggan C.** Characteristics and pathways of long-stay patients in high and medium secure settings in England; a secondary publication from a large mixed-methods study. *Frontiers in Psychiatry*, **2018**;9(140):1-12
78. **Williams HK, Senanayake M, Ross CC, Bates R, Davoren M.** Security needs among patients referred for high secure care in Broadmoor Hospital England. *BJPsych Open*, **2020**;6(4):e55. doi: 10.1192/bjo.2020.35
79. **Whiting D, Lichtenstein P, Fazel S.** Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *Lancet Psychiatry*, **2021**;8(2):150-61. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30262-5.
80. **Volavka, J.** Violence in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatra danubiana*, **2013**;25(1):0-33.
81. **Nielssen O, Large M.** Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, **2010**; 36(4): 702-712.
82. **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):301-303.

83. **Bayındır S.** Türk ceza hukukunda akıl hastalıkları ve sonuçları. *Legal Hukuk Dergisi*, **2011**;9/99:17-27
84. **Artuk ME, Yılmaz E.** Teorik açıdan güvenlik tedbirleri. *İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. **2020**; 7(2):7-43
85. **Gündüz N.** Adli Psikiyatri Bağlamında Zorunlu Yatışlar, Erişkinlerde Ceza Ehliyetleri, Yasal Kısıtlamalar ve Fiil Ehliyeti. Saka NE, ed. adli tıp ve adli bilimlerde klinik uygulamalara bakış 1. Baskı, Ankara: Özyurt matbaacılık, **2019**:265-282
86. **OSCE Office for democratic Institutions and Human Rights.** OSCE dar-tabase of legal reviews and legislation. <https://legislationonline.org/> Erişim Tarihi:02.04.2022
87. **Keçelioğlu E.** Ceza muhakemesi hukukunda gözlem altına alma. *Ankara Barosu Dergisi*, **2015**;(3);221-245.
88. **Mosotho NL, Bantobetse ML, Joubert G, le Roux, HE.** Demographic, clinical and forensic characteristics of alleged offenders referred to West End Specialised Hospital, Kimberley, South Africa. *Psychiatry, Psychology and Law*, **2020**;27(6):925-938.
89. **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.
90. **Polat S, Hocaoglu C.** Bir eğitim ve araştırma hastanesi psikiyatri polikliniğine yönlendirilen adli olguların değerlendirilmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, **2020**;12(2):290-294.
91. **Türkcan S, İncesu C, Canbek Ö, Can Y, Sercan M, Uygur N.** 1831 adli olgunun tanı dağılımı ve tanı-suç bağlantısının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*, **2000**;13(3):132-137.
92. **Saygılı Ç, Ak S, Cantürk G.** Türkiye’deki Psikiyatri Hekimlerinin Adli Psikiyatri Bilgi Düzeyi Nedir? “Sizce Adli Psikiyatri Bir Yan Dal Olmalı mıdır?”. *Adli Tıp Bülteni*, **2019**;24(1):1-8.
93. **Karaağaç H, Kara T.** High Security Forensic Psychiatry Hospitals in Türkiye Current Status and Future Challenges: Traditional Review. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine & Forensic Sciences*, **2023**; 20(2):49-56
94. **Reale KS, Lee J, Sea J.** Variants of psychopathic personality in Korean and UK incarcerated offenders: Using latent profile analysis and discriminant analysis. *Journal of forensic sciences*, **2022**;67(2):630-641.

95. **Freestone M, Bull D, Brown R, Boast N, Blazey F, Gilluley P.** Triage, decision-making and follow-up of patient referred to a UK forensic service: validation of the DUNDRUM toolkit. *BMC psychiatry*, **2015**;15:1-11.
96. **Nederlof AF, Muris P, Hovens JE.** The epidemiology of violent behavior in patients with a psychotic disorder: A systematic review of studies since 1980. *Aggression and violent behavior*, **2013**;18(1):183-1
97. **Gou N, Lu J, Zhang S, Liang X, Guo H, Sun Q, Wang X.** Structural deficits in the frontotemporal network associated with psychopathic traits in violent offenders with schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, **2022**;13.
98. **Lozzino L, Harvey PD, Canessa N, Gosek P, Heitzman J, Macis A, de Girolamo G.** Neurocognition and social cognition in patients with schizophrenia spectrum disorders with and without a history of violence: results of a multinational European study. *Translational psychiatry*, **2021**;11(1):1-9.
99. **Kashiwagi H, Matsumoto J, Miura K, Takeda K, Yamada Y, Fujimoto M, Hashimoto R.** Neurocognitive features, personality traits, and social function in patients with schizophrenia with a history of violence. *Journal of psychiatric research*, **2022**;147: 50-58.
100. **Coid J, Kathan N, Gault S, Jarman B.** Women admitted to secure forensic psychiatric services: 1. Comparison of women and men. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, **2000**; 11(2):275–295.
101. **McGregor K, Castle D, Dolan M.** Schizophrenia spectrum disorders, substance misuse and the four-facet model of psychopathy: the relationship to violence. *Schizophr Res* **2012**; 136:116-121.
102. **Belli H, Özçetin A, Ertem U.** Perpetrators of homicide with schizophrenia: Sociodemographic characteristics and clinical factors in Turkey. *Compr Psychiatry*, **2010**; 51:135-41.
103. **Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P.** Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *Jama*, **2009**; 301(19):2016-2023.
104. **Grant BF, Stinson FS, Hasin DS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Huang B.** Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, **2005**;66(10):1205-1215.
105. **Kulkara NS, Güllü D, Kıvrıkoğlu F.** Şiddet ve duygudurum bozukluğu ilişkisi: Bir gözden geçirme, *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, **2020**;3(6):51-66.

106. **Belete H, Mulat H, Fanta T, Yimer S, Shimelash T, Ali T, Tewabe, T.** Magnitude and associated factors of aggressive behaviour among patients with bipolar disorder at Amanual Mental Specialized Hospital, outpatient department, Addis Ababa, Ethiopia: cross-sectional study. *BMC psychiatry*, **2016**; 16:1-8.
107. **Çöpür M, Elmas I, Can Y.** Psikotik hastalarda suç. *Kriz Dergisi*, **1995**; 3:41-3.
108. **Camcioğlu TH, Öncü F, Şüküroğlu S, Mehmet Can GER, Uygur N.** Bipolar I bozukluğu olan erkek olguların suç işleminde sosyodemografik ve sosyoekonomik etmenlerin etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2012**; 25(3):163-170
109. **Atalay A, Yıldız A.** Ceza Sorumluluğu Değerlendirmesi Yapılan Zihinsel Yetersizlik Tanılı Olgularda Sosyodemografik, Klinik ve Kriminolojik Özellikler. *Ahi Evran Medical Journal*, **2021**; 5(3):243-251.
110. **Özek Ç.** Zeka ve suç. *Journal of Istanbul University Law Faculty*, **1996**;32(1):62-78.
111. **Männynsalo L, Putkonen H, Lindberg N, Kotilainen I.** Forensic psychiatric perspective on criminality associated with intellectual disability: a nationwide register-based study. *Journal of Intellectual Disability Research*, **2009**;53(3):279-288.
112. **Hogue T, Steptoe L, Taylor JL, Lindsay WR, Mooney P, Pinkney L, O'Brien G.** A comparison of offenders with intellectual disability across three levels of security. *Criminal Behaviour and Mental Health*, **2006**; 16(1), 13-28.
113. **Ray I, Simpson AI, Jones RM, Shatokhina K, Thakur A, Mulsant BH.** Clinical, demographic, and criminal behavior characteristics of patients with intellectual disabilities in a Canadian forensic program. *Frontiers in psychiatry*, **2019**;10:760.435861.
114. **Lindsay WR, Holland AJ, Carson D, Taylor JL, O'Brien G, Steptoe L, Wheeler J.** Responsivity to criminogenic need in forensic intellectual disability services. *Journal of Intellectual Disability Research*, **2013**;57(2):172-181.
115. **Edberg H, Chen Q, Andiné P, Larsson H, Hirvikoski T.** Crimes and sentences in individuals with intellectual disability in a forensic psychiatric context: a register-based study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, **2022**; 31(2):1-10
116. **Fıstıkçı N, Canturk G, Saatcioglu O, Gokce E, Erten E, Keyvan A, Kalkan M.** Clinical and sociodemographic characteristics of hospitalized psychiatric patients with intellectual disability. *International Journal of Developmental Disabilities*, **2014**; 60(4):243-250.

117. **Day K.** Male mentally handicapped sex offenders. *The British Journal of Psychiatry*, **1994**; 165(5):630-639.
118. **Sedgwick O, Young S, Baumeister D, Greer B, Das M, Kumari V.** Neuropsychology and emotion processing in violent individuals with antisocial personality disorder or schizophrenia: The same or different? A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, **2017**;51(12):1178-1197.
119. **González Moraga FR, Garcia D, Billstedt E, Wallinius M.** Facets of psychopathy, intelligence, and aggressive antisocial behaviors in young violent offenders. *Frontiers in psychology*, **2009**; 10:984.
120. **Ersolak C, Ceyhan HA, Aydin EF.** Forensic psychiatry evaluation of criminal law cases at a university hospital in Eastern Turkey. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, **2023**; 34(5-6):434-455.
121. **Derin G, Öztürk E.** Dissosiyatif bozukluklar ve sınırda (borderline) kişilik bozukluğunda ruhsal travma. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, **2018**; 3(3):29-41
122. **Marshall WL.** Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders: Their incidence and treatment. *Aggression and Violent Behavior*, **2007**;12(1):16-35.
123. **Stone MH.** Violent crimes and their relationship to personality disorders. *Personality and Mental Health*, **2007**; 1(2):138-153.
124. **Ogloff JR, Campbell RE, Shepherd SM.** Disentangling psychopathy from antisocial personality disorder: An Australian analysis. *Journal of Forensic Psychology Practice*, **2016**;16(3):198-215.
125. **Grann M, Långström N, Tengström A, Kullgren G.** Psychopathy (PCL-R) predicts violent recidivism among criminal offenders with personality disorders in Sweden. *Law and Human Behavior*, **1999**; 23(2):205-217.
126. **Hare, RD.** Psychopathy as a risk factor for violence. *Psychiatric quarterly*, **1999**; 70:181-197.
127. **Davison S, Jamieson E, Taylor PJ.** Route of discharge for special (high-security) hospital patients with personality disorder: Relationship with re-conviction. *The British Journal of Psychiatry*, **1999**; 175(3):224-227.
128. **Pondé MP, Caron J, Mendonça MS, Freire AC, Moreau N.** The relationship between mental disorders and types of crime in inmates in a Brazilian prison. *Journal of forensic sciences*, **2014**;59(5):1307-1314.

129. **Dolan M, Davies G.** Psychopathy and institutional outcome in patients with schizophrenia in forensic settings in the UK. *Schizophrenia research*, **2006**; 81(2-3): 277-281.
130. **Soysal, H.** Dürtü Kontrol Bozukluklarının Adli Psikiyatrik Yönleri. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*, **2015**;7(1):16-29.
131. **Poewe W, Seppi K, Tanner CM, Halliday GM, Brundin P, Volkmann J, Lang AE.** Parkinson disease. *Nature reviews Disease primers*, **2017**;3 (1):1-21.
132. **Kobayakawa M, Tsuruya N, Kawamura M.** Sensitivity to reward and punishment in Parkinson's disease: an analysis of behavioral patterns using a modified version of the Iowa gambling task. *Parkinsonism & Related Disorders*, **2010**;16(7): 453-457.
133. **Özgenç İ.** *Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler*. 14. Baskı, Ankara: Seçkin Yayınevi, **2018**
134. **Artuk ME.** Güvenlik tedbirleri. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, **2008**; 12(1):461-492.
135. **Schaffner D, Weber M, Kochuparackal T, Graf M, Hachtel H.** Long-Term Recidivism of Mentally Disordered Offenders Considered "Dangerous to the Public" in Switzerland. *Frontiers in psychiatry*, **2021**;12:639936.
136. **Latham R, Williams HK.** Community forensic psychiatric services in England and Wales. *CNS spectrums*, **2020**; 25(5), 604-617.
137. **Güven E.** Sağlık Hizmetleri ve Ruhsal Hastalıklarda Hizmet Modelleri: Bir Uygulama. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, **2021**;7(1): 75-90.
138. **Martinelli A, Iozzino L, Ruggeri M, Marston L, Killaspy H.** Mental health support and accommodation services in England and in Italy: a comparison. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, **2019**;54(11):1419-1427.
139. **Gutiérrez-Colosía MR, Salvador-Carulla L, Salinas-Pérez JA, García-Alonso CR, Cid J, Salazzari D.** Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, **2019**; 28(2):210–223.
140. **Furst MAC.** The Local Pattern of Mental Health Care in Different States/Territories in Australia: A Comparison of the Australian Capital Territory with Other Urban Australian Regions and with International Benchmark Areas. PhD Thesis , The Australian National University, Australia, **2021**.

141. **van Marle, H.** Forensic psychiatric services in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, **2000**; 23(5-6):15-531.
142. **Türkiye Psikiyatri Derneği.** *Türkiye Psikiyatri Derneğinin Yüksek Güvenlikli Servisler Hakkında Raporu*, **2010**. <https://psikiyatri.org.tr/55/turkiye-psikiyatri-derneginin-yuksek-guvenlikli-servisler-hakkinda-raporu-adl> Erişim Tarihi:04.03.2022
143. **Salize HJ, Lepping P, Dressing H.** How harmonized are we: Forensic mental health legislation and service provision in the European Union. *Crim. Behav. & Mental Health*, **2005**;15:143-147
144. **Stefano A, Ducci G.** Involuntary admission and compulsory treatment in Europe: An overview. *International Journal of Mental Health*. **2008**; 37(3):10- 21.
145. **Aydın Er R, Şehiraltı M.** Çözümlememiş bir konu: psikiyatrik bozukluğu olan hastanın gönülsüz/zorla tedavi edilmesi. *Journal of Psychiatric Nurses*. **2010**;1(1): 39-42.
146. **Blaauw E, Roesch R, Kerkhof A.** Mental disorders in European prison systems: Arrangements for mentally disordered prisoners in the prison systems of 13 European countries. *International Journal of Law and Psychiatry*, **2000**; 23(5-6):649-663.
147. **Eronen M, Repo E, Vartiainen H, Tiuhonen J.** Forensic psychiatric organization in Finland. *International Journal of Law and Psychiatry*, **2000**; 23(5-6):541-546.
148. **Ulas, H.** İngiltere'de psikiyatrik hizmetlerin sunumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2008**;9(3/1):61-64
149. **Kasmi Y, Duggan C, Völlm B.** A comparison of long-term medium secure patients within NHS and private and charitable sector units in England. *Criminal Behaviour and Mental Health*, **2020**; 30(1):38-49.
150. **Sağlık Bakanlığı.** *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı yayın No: 847: **2011**
151. **Alemdar A.** Yüksek Güvenlikli Sağlık Kurumları. *Türkbilim*, **2012**; 113.
152. **Killaspy H, Harden C, Holloway F, King M.** What do mental health rehabilitation services do and what are they for? A national survey in England. *Journal of mental health*, **2005**;14(2):157-165.
153. **Huband N, Völlm BA, Edworthy R, Talbot E, Majid S, Holley J, Duggan, C.** Characteristics and pathways of long-stay patients in high and medium secure settings in England: a secondary publication from a large mixed-methods study. *Frontiers in Psychiatry*, **2018**;9:1-12

154. **Davies, S, Clarke M, Hollin C, Duggan C.** Long-term outcomes after discharge from medium secure care: a cause for concern. *The British Journal of Psychiatry*, **2007**;191(1):70-74.
155. **Carabellese F, Felthous AR, La Tegola D, Rossetto I, Franconi F, Lucchini, G, Catanesi R.** Female psychopathy: A descriptive national study of socially dangerous female NGRI offenders. *International journal of law and psychiatry*, **2020**; 68:101455.
156. **De Girolamo G, Bassi M, Neri G, Ruggeri M, Santone G, Picardi A.** The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, **2007**; 257(2):83-91.
157. **Martinelli A, Iozzino L, Pozzan T, Cristofalo D, Bonetto C, Ruggeri M.** Performance and effectiveness of step progressive care pathways within mental health supported accommodation services in Italy. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, **2022**;57(5):939-952.
158. **Casacchia M, Malavolta M, Bianchini V, Giusti L, DiMichele V, Giosue P, Roncone R.** Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new deal for mental health care?. *Rivista di psichiatria*, **2015**; 50(5):199-209.
159. **Ferracuti S, Pucci D, Trobia F, Alessi MC, Rapinesi C, Kotzalidis GD, Del Casale A.** Evolution of forensic psychiatry in Italy over the past 40 years (1978-2018). *International Journal of Law and Psychiatry*, **2019**; 62:45-49.
160. **Barbui C, Saraceno B.** Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins?. *The British Journal of Psychiatry*, **2015**; 206(6):445-446.
161. **Gualtieri G, Traverso S, Pozza A, Ferretti F, Carabellese F, Gusinu R, Coluccia A.** Clinical risk management in High-Security Forensic Psychiatry Residences. Protecting patients and health professionals: perspectives and critical issues of the Law 81/2014. *La Clinica Terapeutica*, **2020**; 171(2):97-100.
162. **Belfrage H, Fransson G.** Swedish forensic psychiatry: A field transition. *International Journal of Law and Psychiatry*, **2000**; 23(5-6):509-514.
163. **Tomlin J, Walde P, Völlm B.** Protocol for the CONNECT study: a national database and prospective follow-up study of forensic mental health patients in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, **2022**;13:827272.
164. **Ross T, Fontao MI, Bulla J.** Rising inpatient numbers in forensic security hospitals of German federal state of Baden-Württemberg: Background and explanatory approaches. *Behavioral Sciences & the Law*, **2020**; 38(5):522-536.

165. **Böcker FM, Jeschke F, Brieger P.** Psychiatric care in Sachsen-Anhalt: a survey of institutions and services with the "European Services Mapping Schedule" ESMS. *Psychiatrische Praxis*, **2001**; 28(8):393-401.
166. **Konrad N, Lau S.** Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany. *International journal of law and psychiatry*, **2010**; 33(4):236-240.
167. **Nakatani Y.** Psychiatry and the law in Japan: history and current topics. *International Journal of Law and Psychiatry*, **2000**; 23(5-6), 589-604.
168. **Nakatani Y.** Treatment of offenders with mental disorders: focusing on prison psychiatry. *Seishin Shinkeigaku Zasshi= Psychiatria et Neurologia Japonica*, **2011**; 113(5):458-467.
169. **Ciszewski L, Sutula, E.** Psychiatric care for mentally disturbed perpetrators of criminal acts in Poland. *International Journal of Law and Psychiatry*, **2000**; 23(5-6): 547-554.
170. **Geheran B, Kumar S, Ma'u E.** Care pathways in forensic mental health services in New Zealand. *Psychiatry, psychology and law*, **2023**;30(4):553-564.
171. **McKenna B, Sweetman LE.** Models of care in forensic mental health services: A review of the international and national literature. Ministry of Health New Zealand. **2021**. Online <https://apo.org.au/node/315759>
172. **Ruchkin VV.** The forensic psychiatric system of Russia. *International Journal of Law and Psychiatry*, **2000**;23(5-6):555-565.
173. **Davoren M, O'Reilly K, Mohan D, Kennedy HG.** Prospective cohort study of the evaluation of patient benefit from the redevelopment of a complete national forensic mental health service: the Dundrum Forensic Redevelopment Evaluation Study (D-FOREST) protocol. *BMJ open*, **2022**; 12(7):058581:1-10
174. Terbeschikkingstelling (TBS) <https://www.rechtspraak.nl/Themas/Tbs>
175. **De Boer J, Gerrits J.** Learning from Holland: the TBS system. *Psychiatry*, **2007**; 6(11):459-461.
176. **Bloom, J D, Williams MH, Bigelow DA.** The forensic psychiatric system in the United States. *International Journal of Law and Psychiatry*, **2000**; 23(5-6):605-613.
177. **Mullen PE, Burgess P, Wallace C, Palmer S, Ruschena D.** Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet*, **2000**;355:614-617.
178. **Dokgöz H. Koçak U.** Adli Bilimler. ed. Dokgöz H, Adli tıp ve Adli Bilimler. 1. Baskı, Ankara: Akademisyen Yayınevi, **2019**:1-30

179. **Öncü, F.** Türkiye'nin Ruh Sağlığı Yasası ile İmtihani. *Toplum ve Hekim*, **2020**; 35(4):316-320.
180. **Sağlık Bakanlığı.** *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021*. Ankara, **2023**
<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0>
181. **Arabacı LB, Bozkurt S, Fener E, Şittak S, Yılmaz E, Tuna Ö.** Psikiyatri Hizmetleri Kalite Standartları Açısından Üç Farklı Hastane Örneği: Öğrenci Deneyimi. *Journal Of Psychiatric Nursing*, **2017**; 8(1):54-58.
182. **Sağlık Bakanlığı.** Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri Hakkında Yönerge.
<https://www.saglik.gov.tr/TR-11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>
183. **Sağlık Bakanlığı.** Şehir Hastaneleri Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, 2019
<https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/TR-54440/ygap-hastaneleri-nedir.html>
184. **Gürkan S, Özçelik H, Yıldırım, G.** Türkiye'de Akıl Hastalığı Olan Hastalarda Zorla Yatırma ve Zorla Tedavi/Hukuki ve Etik Sorunlar. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, **2019**; 9(3):393-404.
185. **Şen N, Özkan FS.** Psikiyatri hastalarında zorunlu yatış ve zorla tedaviye bir bakış açısı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2017**; 7(3):176-181.
186. **Tsimploulis G, Niveau G, Eytan A, Giannakopoulos P, Sentissi O.** Schizophrenia and criminal responsibility: A systematic review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, **2018**;206:370-377
187. **Yılmaz Y, Saygılı İ, Yanartaş Ö, Baykaran MB, Kesebir S, Yıldız D.** Zorunlu Yatışta Psikiyatrik ve Hukuksal Süreç. In *Yeni Symposium*, **2013**;51(1):46-50
188. **Ruh Sağlığı Yasa Taslağı** <https://psikiyatri.org.tr/uploadfiles/2811201717434-ruh-sagligi-yasa-taslagi.pdf>
189. **Janković M, Masthoff E, Spreen M, De Looft P, Bogaerts S.** A latent class analysis of forensic psychiatric patients in relation to risk and protective factors. *Frontiers in psychology*, **2021**; 12:695354.
190. **Arango C, Bombin I, Gonzalez-Salvador T, Garcia-Cabeza, I, Bobes J.** Randomized clinical trial comparing oral versus depot formulations of zuclopenthixol in patients with schizophrenia and previous violence. *European Psychiatry*, **2006**; 21(1):34-40
191. **Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tyrer P, Creed F, Murray R, Fahy T.** Reducing violence in severe mental illness: Randomised controlled trial of intensive case management compared with standard care. *British Medical Journal*, **2001**;323(7321):1093-1096

192. **Davoren M, Byrne O, O’Connell P, O’Neill H, O’Reilly K, Kennedy HG.** Factors affecting length of stay in forensic hospital setting: need for therapeutic security and course of admission. *BMC psychiatry*, **2015**; 15(1):1-15.
193. **Morrissey C, Beeley C, Milton J.** Longitudinal HCR-20 scores in a high-secure psychiatric hospital. *Criminal Behaviour and Mental Health*, **2014**;24(3):169-180.
194. Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurulu Raporu, Rapor No 2019/16
https://www.tihek.gov.tr/upload/file_editor/2019/11/1573135344.pdf
195. **Gökalp R, Akuzum Z.** Community mental health services in Turkey: Past and future. *Int J Ment Health*, **2007**;36(3):7-14. doi: 10.2753/IMH0020-7411360302.
196. **Songur C, Saylavcı E, Kıran Ş.** A comparative examination of mental health services on Europe and Turkey. *Social Sciences Studies Journal*, **2017**; 3(7):276-289.
197. **Pimm J, Stewart ME, Lawrie SM, Thomson, LDG.** Detecting the dangerous, violent or criminal patient: an analysis of referrals to maximum security psychiatric care. *Medicine, science and the law*, **2004**; 44(1):19-26.
198. **Emir BS, Kazğan A, Kurt O, Yıldız S.** Sociodemographic characteristics of persons treated in the high security forensic psychiatry service: a retrospective study. *Medical Records*, **2022**; 4(1):73-80.
199. **Hayward D, White T, Kauye F.** Review of the forensic psychiatry service at Zomba Mental Hospital and a comparison of forensic psychiatry services in Malawi and Scotland. *Medicine, Science and the Law*, **2010**; 50(2):67-71.
200. **Gosek P, Kotowska J, Rowińska-Garbień E, Bartczak D, Heitzman J.** Treatment resistance and prolonged length of stay among schizophrenia inpatients in forensic institutions. *Psychiatry Research*, **2021**;298:113771.
201. **Whyte S, Petch E, Penny C, Reiss D.** Who stalks? A description of patients at a high security hospital with a history of stalking behaviour. *Criminal Behaviour and Mental Health*, **2008**;18(1):27-38.
202. **Batmaz M, Oncu F.** Clinical and offense-related characteristics of male patients with schizophrenia and schizophrenia-like psychotic disorders found not criminally responsible: A sample from Türkiye. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, **2023**; 36:22-32.
203. **Akdeniz S, Üzümcü A.** Suç ve sosyoekonomik değişkenler arasındaki bağımlılık ilişkisi: Kars cezaevi üzerine bir inceleme. *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **2013**; 4(6):115-138

204. **Velelekou A, Papathanasiou IV, Alikari V, Papagiannis D, Tsaras K, Fradelos EC.** Factors influencing the duration of hospitalization of patients with schizophrenia. *Medicine and Pharmacy Reports*, **2022**;95(3):290-299.
205. **Tsigebrhan R, Shibre T, Medhin G, Fekadu A, Hanlon C.** Violence and violent victimization in people with severe mental illness in a rural low-income country setting: a comparative cross-sectional community study. *Schizophrenia research*, **2014**;152(1):275-282.
206. **Delibaş DH, Birmay ÇB.** Sociodemographic and clinical characteristics diagnosed patients of psychotic disorder in a training and research hospital. *J Contemp Med*, **2018**, 8(3):1-5
207. **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.
208. **Öncü F, Sercan M, Ger C Bilici R, Ural C, Uygun N.** Sosyoekonomik etmenlerin ve sosyodemografik özelliklerin psikotik olguların suç islemesinde etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2007**;18:4-12.
209. **Ural C, Belli H, Öncü, F.** Psikotik Hastaların Şiddet Davranışlarında Hedef Kitle Profili. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2012**; 23(1):26-32
210. **Akduman İ.** Türkiye de 1999-2004 Yılları Arasında TCK'nın 46. Maddesinden Faydalanan Kişilerin Şiddet Davranışının Analizi ve Tekrarlama Risk Faktörleri. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, **2007**.
211. **Evren C, Ögel K.** Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2003**; 4(1):30-37.
212. **Türkcan S, Yeşilbursa D, Saatçioğlu Ö, Alpkın L, Uygun N.** Adli psikiyatri ve kurum dışı izleme. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, **1997**; 10:39-43.
213. **Stewart AC, Cossar RD, Quinn B, Dietze P, Romero L, Wilkinson AL, Stoové M.** Criminal justice involvement after release from prison following exposure to community mental health services among people who use illicit drugs and have mental illness: a systematic review. *Journal of Urban Health*, **2022**; 99(4):635-654.
214. **Ögel K, Tamar D, Evren C, Sır A.** Madde kullanımı ve suç. *3P Dergisi*, **1999**
215. **Kugu N, Akyuz G, Dogan O.** Psychiatric morbidity in murder and attempted murder crime convicts: A Turkey study. *Forensic science international*, **2008**; 175(2-3):107-112

216. **Kutscher S, Schiffer B, Seifert D.** Schizophrene patienten im psychiatrischen massregelvollzug (§ 63 StGB) Nordrhein-Westfalens. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, **2009**; 77(02):91-96
217. **Fazel S, Grann M.** Psychiatric morbidity among homicide offenders: a Swedish population study. *American Journal of Psychiatry*, **2004**;161(11):2129-2131
218. **Baird A, Webb RT, Hunt IM, Appleby L, Shaw J.** Homicide by men diagnosed with schizophrenia: national case–control study. *BJPsych open*, **2020**; 6(6):e143,1-8
219. **Jones RM, Hales H, Butwell M, Ferriter M, Taylor PJ.** Suicide in high security hospital patients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, **2011**; 46:723-731.
220. **Fazel S, Wolf A, Fimińska Z, Larsson H.** Mortality, rehospitalisation and violent crime in forensic psychiatric patients discharged from hospital: rates and risk factors. *PLoS One*, **2016**; 11(5):e0155906.
221. **Keizer I, Eytan A, Khan AN, Papachristou C.** Persistent high smoking prevalence in a swiss psychiatric hospital between 2001 and 2020 despite smoking bans and perspectives for further necessary interventions. *Psychology*, **2024**; 15(2):263-284.
222. **Breslau N, Kilbey MM, Andreski P.** Nicotine dependence and major depression: new evidence from a prospective investigation. *Archives of general psychiatry*, **1993**; 50(1):31-35.
223. **Akvardar Y, Tümüklü M, Alptekin K.** Şizofreni ve madde kullanımı. *Bağımlılık Dergisi*, **2003**;4(3):118-122
224. **Heffner JL, Strawn JR, DelBello MP, Strakowski SM ve Anthenelli RM.** The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: phenomenology and treatment considerations. *Bipolar disorders*, **2011**; 13(5-6):439-453.
225. **Polat H, Uğur K.** Adli psikiyatri hastalarının şiddet davranışlarının tedaviye uyum ve umut düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **2021**; 24(4):491-498.
226. **Demirel ÖF, Balcioğlu İ.** Alkol ve Madde Bağımlılığında Ceza Sorumluluğu ve Fiil Ehliyeti. *Yeni Symposium Dergisi*, **2015**; 53(1):27-32.
227. **Nagata T, Tachimori H, Nishinaka H, Takeda K, Matsuda T, Hirabayashi N.** Mentally disordered offenders discharged from designated hospital facilities under the medical treatment and supervision act in Japan: Reoffending and readmission. *Criminal Behaviour and Mental Health*, **2019**; 29(3):157-167.

228. **Lund C, Hofvander B, Forsman A, Anckarsäter H, Nilsson T.** Violent criminal recidivism in mentally disordered offenders: A follow-up study of 13–20 years through different sanctions. *International journal of law and psychiatry*, **2013**; 36(3-4):250-257.
229. **Tabita B, De Santi MG, Kjellin L.** Criminal recidivism and mortality among patients discharged from a forensic medium secure hospital. *Nordic journal of psychiatry*, **2012**;66(4):283-289.
230. **Rossetto I, Clerici M, Franconi F, Felthous AR, Di Vella G, Carabellese F.** Differences Between Readmitted and Non-readmitted Women in an Italian Forensic Unit: A Retrospective Study. *Frontiers in Psychology*, **2021**; 12:708873
231. **Okamura M, Okada T, Okumura Y.** Recidivism among prisoners with severe mental disorders. *Heliyon*, **2023**; 9(6).
232. **Çöpoğlu ÜS, Bülbül F, Kokaçya MH, Alıcı D, Taştan MF, Ünal A, Savaş HA.** Adli psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen olguların psikiyatrik tanıları, madde kullanım durumları, sosyo-demografik ve klinik özellikleri. *New/Yeni Symposium Journal*, **2014**; 1(52):1-6.
233. **Shang QJ, Hu ZQ, Cai WX, Yu XD, Gu Y, Jiang MJ.** The criminological characteristics of mental retardation. *Fa yi xue za zhi*, **2006**; 22(1):58-60.
234. **Hassiotis A, Strydom A, Hall I, Ali A, Lawrence-Smith G, Meltzer H, Bebbington P.** Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *Journal of Intellectual Disability Research*, **2008**; 52(2):95-106.
235. **Filov I.** Antisocial personality traits as a risk factor of violence between individuals with mental disorders. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, **2019**;7(4):657-662.
236. **Taşcı G.** Bir Şehir Hastanesinde İstenilen Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi: 2019 Yılı Verileri. *Genel Tıp Dergisi*, **2021**; 31(3):257-261.
237. **Delibaş DH, Aydın M, Satı-Kırkan T, Oğuz EG, Karasu U, Şimşek Y, Yıldız M.** Toplum ruh sağlığı merkezlerinde takipleri sırasında ölen şiddetli ruhsal hastalığı olan bireylerin klinik özellikleri, ek tıbbi tanıları ve ölüm nedenleri: çok merkezli, geriye dönük bir araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2021**; 32(4):246-252
238. **Jeandarme I, Goktas G, Boucké J, Dekkers I, De Boel L, Verbeke G.** High security settings in Flanders: An analysis of discharged and long-term forensic psychiatric patients. *Frontiers in Psychiatry*, **2022**;13, 826406.

239. **Lovett A, Kwon HR, Kidia K, Machando D, Crooks M, Fricchione G, Jack HE.** Mental health of people detained within the justice system in Africa: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, **2019**; 13:1-41.
240. **Brand EF, Lucker TP, van den Hurk AA.** Addiction and recidivism in forensic psychiatry. *Tijdschrift voor psychiatrie*, **2009**; 51(11):813-820.
241. **De Page L, Titeca P.** Patients are changing—the ripple effects of changing the law and creating new forensic beds in Belgium. *International Journal of Law and Psychiatry*, **2021**; 76:101684.
242. **Thomas SD, Nixon M, Ogloff JR, Daffern M.** Crime and victimization among people with intellectual disability with and without comorbid mental illness. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, **2019**; 32(5):1088-1095.
243. **Kinscherff R.** Proposition: A personality disorder may nullify responsibility for a criminal act. *Journal of Law Medicine Ethics*, **2010**;38(4):745-759 doi: 10.1111/j.1748-720X.2010.00528.x
244. **Altuner D, Engin N, Gürer C, Akyay İ, Akgül A.** Madde kullanımı ve suç ilişkisi: Kesitsel bir araştırma. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, **2009**;7(2):87-94.
245. **Fazel S, Zetterqvist J, Larsson H, Långström N, Lichtenstein P.** Antipsychotics, mood stabilisers, and risk of violent crime. *The Lancet*, **2014**; 384(9949):1206-1214.
246. **Oueslati B, Fekih-Romdhane F, Mrabet A, Ridha R.** Correlates of offense recidivism in patients with schizophrenia. *Int J Law Psychiatry*. **2018**; 58:178-83. doi: 10.1016/j.ijlp.2018.05.001
247. **Tully J, Cappai A, Lally J, Fotiadou M.** Follow-up study of 6.5 years of admissions to a UK female medium secure forensic psychiatry unit. *BJ Psych bulletin*, **2019**;43(2):54-57.
248. **Hare Duke L, Furtado V, Guo B, Völlm BA.** Long-stay in forensic-psychiatric care in the UK. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, **2018**; 53(3):313-321.
249. **Sharma A, Dunn W, O'Toole C, Kennedy HG.** The virtual institution: cross-sectional length of stay in general adult and forensic psychiatry beds. *International Journal of Mental Health Systems*, **2015**; 9(1):1-12.
250. **Linaker OM, Thoresen R, Figenschou L, Sølvsberg H, Refsnes U, Jakobsen D.** Psychiatric security units in Norway. Patients and activity. *Tidsskrift for den*

Norske Laegeforening: Tidsskrift for Praktisk Medicin, ny Raekke, **1994**; 114(13):1520-1523.

251. **Andreasson H, Nyman M, Krona H, Meyer L, Anckarsäter H, Nilsson T, & Hofvander B.** Predictors of length of stay in forensic psychiatry: the influence of perceived risk of violence. *International journal of law and psychiatry*, **2014**;37(6): 635-642.
252. **Gosek P, Kotowska J, Rowińska-Garbień E.** Factors influencing length of stay of forensic patients: impact of clinical and psychosocial variables in medium secure setting. *Frontiers in Psychiatry*, **2020**; 11:497594.
253. **Páv M, Vňuková M, Sebalo I.** Factors Affecting Length of Inpatient Forensic Stay: Retrospective Study From Czechia. *Frontiers in psychiatry*, **2022**;13:825615.
254. **Chester V, Völlm B, Tromans S, Kapugama C, Alexander RT.** Long-stay patients with and without intellectual disability in forensic psychiatric settings: comparison of characteristics and needs. *BJPsych open*, **2018**; 4(4):226-234.
255. **Lyons JS, O'Mahoney MT, Miller SI, Neme J, Kabat J, Miller F.** Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: implications for quality indicators. *American Journal of Psychiatry*, **1997**;154(3):337-340.
256. **Buchanan, A.** Criminal conviction after discharge from special (high security) hospital: Incidence in the first 10 years. *The British Journal of Psychiatry*, **1998**; 172(6):472-476.
257. **Noland E, Strandh M, Klötz Logan F.** The reconvictions of mentally disordered offenders how, when, and where?. *BMC psychiatry*, **2022**; 22(1):1-10.
258. **Falla S, Sugarman P, Roberts L.** Reconviction after discharge from a regional secure unit. *Medicine, Science and the Law*, **2000**; 40(2):156-157.
259. **Bonta J, Blais J, Wilson, HA.** A theoretically informed meta-analysis of the risk for general and violent recidivism for mentally disordered offenders. *Aggression And Violent Behavior*, **2014**;19(3):278-287.
260. **Eronen M, Tiihonen J, Hakola P.** Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin* **1996**; 22(1):83-89.
261. **Tiihonen J, Hakola P, Eronen M, Vartiainen H, Ryyänänen OP.** Risk of homicidal behavior among discharged forensic psychiatric patients. *Forensic Science International*, **1996**;79(2):123-129.

262. **Svennerlind C, Nilsson T, Kerekes N, Andiné P, Lagerkvist M, Forsman A, Malmgren H.** Mentally disordered criminal offenders in the Swedish criminal system. *International journal of law and psychiatry*, **2010**;33(4):220-226.
263. **Akpınar A, Aksoy UM.** Assessing the type of offence and criminal responsibility in borderline and mild intellectual disabilities: Is there any difference? *Abant Med J.* **2014**; 3(1):7-11.
264. **Hanlon RE, Brook M, Demery JA, Cunningham MD.** Domestic homicide: Neuropsychological profiles of murderers who kill family members and intimate partners. *Journal of Forensic Sciences*, **2016**; 61:163-170.
265. **Nordström A, Kullgren G.** Victim relations and victim gender in violent crimes committed by offenders with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **2003**; 38:326-330.
266. **McQuade KM.** Victim–offender relationship. In: Albanese JS, editor. The encyclopedia of criminology and criminal justice. Hoboken, NJ: Blackwell Publishing Ltd; **2014**:1-5 doi.org/10.1002/9781118517383.wbecj131
267. **Andrews DA, Bonta J.** Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 2010;16(1):39.

EKLER

Ek A. Etik Kurul İzin Formu

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
124		22 Temmuz 2022

KARAR NO 9- Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü Adli Bilimler Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Necmi Çekin yönetiminde, Perihan Çetinkaya tarafından yürütülmesi öngörülen, "2018-2022 Yılları Arasında Adana Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi Olgularının Değerlendirilmesi" başlıklı retrospektif doktora tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Prof Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Zehra Hatipoğlu Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	
	Doç Dr Yasemin Saygıdeğer Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Av Simay Sönmezateş Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

Ek B. İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni



T.C. ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı:E-96172664-050.06.04

Konu: Bilimsel Çalışma İzni (Perihan ÇETİNKAYA)

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Çukurova Üniversitesi Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü Adli Bilimler Bölümü doktora öğrencisi Perihan ÇETİNKAYA tarafından Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütülmek istenen, **"2018-2022 Yılları Adana Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi Olgularının Değerlendirilmesi"** başlıklı, ekte bulunan bilimsel araştırma talebi Müdürlüğümüz **"Sağlık Tesislerinde Klinik Araştırma, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma ile Bilimsel Araştırma ve Proje Çalışmaları Ön İzin Değerlendirme Komisyonu"** tarafından 23 Ağustos 2022 tarihli toplantıda değerlendirilmiştir.

Başvuru talebinin, Covid-19'a karşı gerekli önlemlerin alınması, çalışmaya katılacak gönüllülerin açık rızasının alınması, kişisel veri elde edilmesi/işlenmesi durumunda 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve alt düzenlemelerine uygun şekilde hareket edilmesi ve çalışma sonuçlarının Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı Ar-Ge ve Proje Koordinatörlüğüne sunulması koşulu ile, uygun bulunduğu talep sahibine bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Ahmet Yücel ÇOMU

Müdür. a

Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Ek: Tez Çalışması İzni (Perihan ÇETİNKAYA)

Ek C. Veri Toplama Formu

DEMOGRAFİK VERİLER

A. CİNSİYET

1. Erkek
2. Kadın

B- MEDENİ DURUMU:

1. Bekâr
2. Evli
3. Boşanmış
4. Ayrı yaşıyor
5. Dul
6. Diğer

C- EĞİTİM DURUMU:

1. Okur Yazar Değil
2. Okur Yazar
3. İlkokul Terk/Mezun
4. Ortaokul Terk/Mezun
5. Lise Terk/Mezun
6. Ön lisans
7. Üniversite Terk/Mezun
8. Lisansüstü Terk/Mezun
9. Özel Eğitim Programı

D-MESLEK

1. Meslek yok
2. Memur
3. Serbest/esnaf
4. İşçi
5. Çiftçilik, hayvancılık
6. Güvenlik hizmetleri ve kolluk
7. Diğer

E. GELİR DURUMU:

1. Var
2. Yok

F. ÇOCUK SAHİBİ OLMA DURUMU

0. Eksik veri
1. Var
2. Yok

G. SUÇ ÖNCESİ İŞ DURUMU

1. Çalışıyor
2. Çalışmıyor
3. Yaşlı
4. Emekli
5. Kayıp veri
6. Öğrenci, çocuk

H. ERİŞKİN VE SSC HASTA

0. Yetişkin
1. SSÇ

I.KİMLE YAŞIYOR

0. Kayıp veri
1. Ebeveyn
2. Eşi ve çocuklarıyla
3. Kardeşleriyle
4. Bakım Kurumunda, çocuk esirgeme, huzurevi
5. Sokakta
6. Yalnız
7. Diğer (ruh sağlığından gelen)
8. Çocuklarının yanında
9. Cezaevi

İ. AİLEDE PSİKİYATRİK GEÇMİŞİ

0. Bilinmiyor
1. Var
2. Yok

J. VARSA KİMDE

0. Yok
1. Baba
2. Anne
3. Kardeş
4. Çocuğu
5. Kuzeni
6. Dayı, teyze
7. Hala, amca
8. Üvey kardeş
9. Dede
10. Hem kardeş hem de Baba ve/veya Baba soyunda
11. Baba ve baba soyunda
12. Hem Kardeş hem de anne ve/veya anne soyunda
13. Anne ve anne soyunda
14. Anne ve babada
15. Anne baba ve kardeşte

K. VARSA AİLEDE GÖRÜLEN HASTALIK TANISI

0. Yok
1. Alkole madde bağımlılığı veya bağıli psikotik bozukluk
2. Zekâ geriliği
3. Şizofreni
4. Bipolar Duygudurum Bozukluğu
5. ASKB
6. Bipolar ve Suicid
7. Epilepsi
8. Suicid
9. Belirlenemedi
10. Depresyon, anksiyete bozukluğu
11. Şizofreni ve Suicid
12. Bipolar ve alkol madde bağımlılığı veya bağıli psikoz

13. Diğer (otizm mikrosefali)

L. SUİCİD DÜŞÜNCE VE KENDİNE ZARAR VERME HİKÂYESİ VAR MI?

0. Bilinmiyor

1. Var

2. Yok

M. HASTANIN GELDİĞİ YER

0. Eksik veri

1. Toplum İçinden

2. Engelli Bakım Merkezi

3. Ceza Evi, Gözaltı, Savcılık

4. Ruh Sağlığı Hastanesi

5. Çocuk evi,

6. Huzurevi

GEÇMİŞ YATIŞ SUÇ ŞİDDET VE CEZAEVİ ÖYKÜSÜ

N. ŞİDDET ÖYKÜSÜ VAR MI?

0. Bilinmiyor

1. Var

2. Yok

O. HASTA BİRDEN FAZLA SORUŞTURMA DOSYASINA SAHİP Mİ?

0. Bilinmiyor

1. Evet

2. Hayır

Ö. HASTALARIN BİLİNER SUÇ SAYISI

1. 1

2. 2

3. 3

4. 4

5. 5

P. GEÇMİŞ CEZAEVİ ÖYKÜSÜ

0. Bilinmiyor

1. Yok

2. Var

R. GEÇMİŞ CEZAEVİNDE KALIŞ SÜRESİ

Ay olarak hesaplanır.

S. İLK TEDAVİ ALMA GİRİŞİMİ SUÇ GİRİŞİMİNDEN ÖNCE Mİ?

0. Eksik veri

1. Evet (önce)

2. Hayır (sonra)

Ş. YGAP ÖNCESİ PSİKİYATRİ KLİNİĞİNE YATIŞI OLDU MU?

0. Eksik veri

1. Evet

2. Hayır

T. TOPLAM HASTANEDE YATIŞ SAYISI

0. Bilinmiyor

1. 1

2. 2

3. 3

4. 4
 5. 5
 6. 6
 7. 7
 8. 8
 9. 9
 10. 10 ve üzeri
- *: yatışı yok

YATIŞ VERİLERİ

V. HASTALIK TANI

1. Şizofreni/Psikoz
2. Bipolar Duygu-durum Bozukluğu
3. Zeka Geriliği
4. Depresif bozukluk
5. Nörolojik bozukluk
6. DEHB Davranış Bozuklukları
7. Normal
8. Diğer

Y. PSİKOZ VARLIĞI

1. Var
2. Yok

Z. ZEKA GERİLİĞİNİN TANISI ALANLARIN SINIFLANDIRILMASI

1. Hafif
2. Sınır
3. Orta
4. Ağır

AA. KİŞİLİK BOZUKLUĞU TANISI ALANLARIN SINIFI

0. Yok
1. Psikopat
2. ASKB
3. Tanımlanmamış Kişilik Bozukluğu
4. Narsistik Kişilik Bozukluğu
5. Şizoid Kişilik Bozukluğu
6. Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu
7. Nevrotik Kişilik Bozukluğu

AB. MMPI KİŞİLİK TESTİ YAPILAN HASTALAR

1. Var
2. Yok

AC. ZEKA TESTİ:

0. Test yapılmamış
1. 39 altı: ağır
2. 40-59: orta
3. 59-69: hafif

4. 69-85: sınır
5. 85-90 donuk normal
6. 90 üstü normal

AD. YATIŞ VERİLEN HUKUK MADDESİ

1. 32/1
2. 32/2
3. Çocuk Koruma Kanunu Sağlık Tedbiri
4. CMK 74
5. 57/5

AE. YATTIĞI GÜN SAYISI:

.....

AF. YGAP HASTANESİNE 5 YIL İÇİNDE YATIŞ SAYISI:

0. Gözlem için yatış
1. 1 yatış
2. 2 yatış
3. 3 yatış
4. 4 yatış
5. 5 yatış

AG. YGAP BİRDEN FAZLA YATIŞI OLAN HASTALARIN AYNI SUÇTAN MI FARKLI SUÇLARDAN MI YATIŞ YAPILDIĞI

0. Eksik veri
1. Tek suç
2. Farklı 2 suç
3. Farklı 3 suç

AI. YGAP YATIŞI SIRASINDA HASTANIN TEDAVİ UYUMU

0. Eksik veri
1. Uyumlu
2. Uyumsuz
3. Bazen uyumlu bazen uyumsuz

Aİ. TEDAVİ SIRASINDA DİĞER HASTALARA ŞİDDET UYGULAMA DURUMU

0. Eksik veri
1. Var
2. Yok

AJ. KISITLAMA TESPİTE ALMA DURUMU

0. Yok
1. Var

SÜRELİ YATIŞ VERİLENLER

Ay ve gün olarak belirlenecek

SUÇ VERİLERİ

AK. BİLİRKİŞİLİK RAPORUNU DÜZENLEYEN KURUM

0. Eksik veri

1. Üniversite Hastanesi
2. Ruh Sağlığı Hastanesi
3. Şehir Hastanesi YGAP
4. Eğitim Araştırma Hastanesi
5. Devlet Hastanesi
6. Adli Tıp Kurumu, Şubesi
7. Askeri hastane

AL. GÖNDERİLDİĞİ MAHKEME:

0. Eksik veri
1. Asliye Ceza
2. Sulh Ceza
3. Ağır Ceza
4. Çocuk Mahkemesi

SUÇ TARİHİ:

KARAR TARİHİ:

SUÇ YERİ:

AM. SUÇ SIRASINDA YAŞI:

1. 12-15
2. 16-18
3. 19-20
4. 21-30
5. 31-40
6. 41-50
7. 51-60
8. 61-70
9. 71 ve üzeri

AN. SUÇUN TÜRÜ (SUÇ GRUPLARI) FATİH ÖNCÜ BAKIRKÖY)

1. Kasten Yaralama (1. Var 2. yok)
2. Hakaret (1. Var 2. yok)
3. Tehdit(1. Var 2. yok)
4. Silah Bulundurma (1. Var 2. yok)
5. Silahla Tehdit (1. Var 2. yok)
6. Mala Zarar Verme, Kamu Malına Zarar Verme (1. Var 2. yok)
7. Cinayet (Adam Öldürme) (1. Var 2. yok)
8. Hırsızlık ve Hırsızlığa Teşebbüs(1. Var 2. yok)
9. Cinsel Saldırı(1. Var 2. yok)
10. Dolandırıcılık(1. Var 2. yok)
11. Uyuşturucu Kullanmak, Satın Almak Bulundurmak(1. Var 2. yok)
12. Suç Uydurma, İftira, suçluyu övme(1. Var 2. yok)
13. Yağma ve Gasp (Silahla Silahsız) (1. Var 2. yok)
14. Adam Öldürmeye Teşebbüs(1. Var 2. yok)
15. Çocuk dilendirme, çocuk pornosu indirme, fuhuşa yer temin etmek(1. Var 2. yok)
16. Diğer (Terör Propagandası Yapmak, Ağaç Kesme, Yangın Çıkarma, Kaçak Sigara Elektrik, Emirleri Yerine Getirmeme, Görevi Kötüye Kullanma, Hükümlünün

Kaçması, Askerden Firar, Bayrak Yakmak, Tüzel Kişiyeye Ait Yeri Kullanma, kaçakçılık, kurumdan kaçma, silahlı terör örgütü adına suç işleme kişisel verileri kullanma (1. Var 2. yok)

17. Çocuğun Cinsel İstismarı (1. Var 2. yok)
18. Kasten Yaralamaya Teşebbüs (1. Var 2. yok)
19. Kişiyi Hürriyetten Yoksun Bırakma (1. Var 2. yok)
20. Konut Dokunulmazlığı İhlali (1. Var 2. yok)
21. Görevi Yaptırmamak İçin Direnme (1. Var 2. yok)
22. Hayasızca Hareketlerde Bulunmak (1. Var 2. yok)
23. Halk Arasında Panik Yaratacak Şekilde Silahla Ateş, Tehdit (1. Var 2. yok)

AO. OLAY SIRASINDA SUÇ SAYILAN EYLEM SAYISI:

AÖ. YARALAMA OLAN OLGULARDA YARALAMA TÜRLERİ

0. Yaralama olmayanlar
1. Basit Yaralama
2. Yüzde değişikliğe neden olan yaralama, sabit iz
3. Kemik kırığına neden olan yaralama
4. Yaşamsal tehlike oluşturan yaralama
5. Duyu veya organ kaybı ve işlevinin sürekli yitirilmesi olacak şekilde yaralama
6. Basit tıbbi müdahale ile giderilemeyecek yaralama
7. Belirtilmemiş

AP. SUÇUN HEDEFİ (KİME KARŞI İŞLENDİ)

0. Ulaşılamayan veri
1. Anne
2. Baba
3. Eşi, sevgili, eski eşi
4. Çocuğu
5. Kardeş
6. Tanıdığı
7. Yabancı
8. Mala karşı suçlar, ağaç kesmek yangın çıkarmak, kamu malına zarar, kaçak elektrik, kaçak sigara, sahtecilik, uyuşturucu bulundurmak, dolandırıcılık, silah bulundurmak, kamu, kuran yakmak, kaçakçılık, suçluyu övme
9. Cezaevi personeli, polis, güvenlik, gardiyan, avukat, jandarma
10. Diğer imam, subay
11. Aile bireylerinden birden fazla kişiyeye
12. Arkadaş
13. Akraba
14. Komşu
15. Halkta panik yaratmak, suç uydurmak, ateş açmak, yasak bölgeye girmek, tutukluyken kaçmak, terör, fuhuş, çıplak gezme, askerden kaçma
16. Kamu çalışanı savcı, hâkim, vali, Hastane çalışanı 112, doktor, hemşire belediye başkanı, TBMM, büyükelçilik,
17. Cumhurbaşkanı
18. Ulaşılamayan veri

AR. OLAY YERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER (SUÇUN MEKÂNİ)

0. Eksik Veri
1. Kendi Evi
2. Tanıdığıının Evi
3. Kapalı Mekan
4. Açık Mekan
5. Kurum Askeriye, Okul, Hastane, Belediye, Sosyal Dayanışma Vakfı,
6. Telefon, Facebook, Sosyal Medya Dijital Ortam Mektup
7. Binek Araç, Otobüs
8. Kurum (Bakımevi, Cezaevi, Karakol, Adliye)
9. Cami, Türbe

AS. SİLAH VE BENZERİ ALET KULLANIMI

0. Bilinmiyor
1. Var
2. Yok

AT. VARSA TÜRÜ

0. Bilinmiyor
1. Bıçak
2. Ateşli Silah
3. Torna vida, şiş, makas
4. Sopa (demir veya tahta)
5. Balta, keser, satır
6. Taş
7. İp
8. Diğer (kiremit, bardak, sandalye, cam, çatal, çapa çekiç, tırmık, şişe, kemer)

AV. SUÇ İŞLEME GEREKÇESİ?

0. Eksik veri
1. Sebepsiz
2. Tetikleyici var husumet veya tartışma, para, boşanma

AY. ADLİ SÜREÇTE SUÇU KABUL ETME DURUMU

0. Ulaşılamayan veri
1. Suçu kabul
2. Suçu inkâr

HASTALIK VE BAĞIMLILIK VERİLERİ

AZ. EK KRONİK TANI:

1. DM (1.var-2.yok)
2. HT (1.var-2.yok)
3. Epilepsi (1.var-2.yok)
4. Parkinson (1.var-2.yok)
5. Demans (1.var-2.yok)
6. KOAH (1.var-2.yok)
7. Kalp Hastalıkları (1.var-2.yok)
8. Astım (1.var-2.yok)

9. Otizm, Down, Asperger (1.var-2.yok)
10. Ca (1.var-2.yok)
11. SVO (1.var-2.yok)
12. Bulaşıcı hHastalık (1.var-2.yok)
13. Görme, İşitme, Yürüme Engelli (1.var-2.yok)
14. Alkol kumar madde bağımlılığı (1.var-2.yok)
15. Kişilik Bozukluğu (1.var-2.yok)
16. Diğer (1.var-2.yok)

BA. SİGARA KULLANIMI:

0. Bilinmiyor
1. İçiyor
2. İçmiyor

BB. ALKOL KULLANIMI

0. Bilinmiyor
1. Var
2. Yok

BC. MADDE KULLANIMI:

0. Bilinmiyor
1. Var
2. Yok

BD. VARSA KULLANDIĞI MADDE TÜRÜ:

0. Bilinmiyor
1. Yok
2. Esrar (Cannabis, THC)
3. Çoklu Madde Kullanımı
4. Uçucu Madde
5. Opiyat (Eroin, Morfin)
6. Kokain
7. Amfetamin ve Türevleri (metamfetamin, MDA, MDMA, captogon, ateş-
buz)
8. Sentetik Psikoaktif Maddeler (sentetik kannabinoid, PAM, Bonzai))

BE. SUÇ SIRASINDA MADDE ALKOL KULLANIMI

0. Bilinmiyor
1. Var
2. Yok
3. Alkol

DİĞER BİLGİLER

BF. KONTROLE ÇAĞIRILMA SÜRELERİ

1. 2 yıl süre ile 6 ayda bir
2. 1 yıl süre ile 6 ayda bir
3. 2 yıl süre ile 3 ayda bir
4. 3 yıl süre ile 3 ayda bir
5. 5 yıl süreyle 3 ay aralıklarla

6. 10 yıl süre ile 3 ayda bir
7. 3 yıl süre ile 6 ayda bir
8. 5 yıl süre ile 6 ay
9. Şifa
10. 18 yaşına kadar ayda 1
11. Ölüm
12. Başka hastaneye Devir
13. Halen yatıyor

BG. YARGITAY İNCELEMESİ İSTENMİŞ Mİ?

- 1- Evet
- 2- Hayır

YGAP ÖNCESİ ADLİ DOSYASI

0. Bilinmiyor
1. Var
2. Yok

MÜŞAHADE/GÖZLEM HASTALARI İÇİN

0. Ulaşılmayan veri
1. Ceza ehliyeti yok
2. Ceza ehliyeti var