



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**CEZA SORUMLULUĞU DEĞERLENDİRMESİ AMACIYLA
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ ADLİ TIP ANABİLİM DALINA
BAŞVURAN HASTALARIN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ**

Dr. AHMET FURKAN DİNÇER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DÜZCE-2025



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**CEZA SORUMLULUĞU DEĞERLENDİRMESİ AMACIYLA
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ ADLİ TIP ANABİLİM DALINA
BAŞVURAN HASTALARIN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ**

Dr. AHMET FURKAN DİNÇER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Prof. Dr. BORA BÜKEN

TEZ DANIŞMANI

DÜZCE-2025

ÖNSÖZ

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında geçirdiğim uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca bilgi birikimi ve tecrübelerini paylaşan Anabilim Dalı Başkanımız ve tez danışmanım saygıdeğer hocam Prof. Dr. Bora BÜKEN'e,

Kendilerinden mesleğe ve hayata dair çok şey öğrendiğim değerli Uzm. Dr. Çisem İNATCI, Uzm. Dr. Abdurrahman GARAN, Uzm. Dr. Hasan DEMİREL ve Uzm. Dr. Furkan ANIK ve Uzm. Dr. Orhan Gazi ÇANKAYA'ya

Tezin planlanması ve hazırlanması aşamasında desteklerini esirgemeyen Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalından Doç. Dr. Mehmet Ali SUNGUR'a,

Asistanlık süreci boyunca güzel anılar biriktirdiğimize inandığım Adli Tıp Anabilim Dalı ailemizin tüm üyelerine,

Asistanlık süreci boyunca makalelerinden, kitap bölümlerinden faydalandığım adli tıpa özveri ile emek sarf eden tüm adli tıp hocalarına,

Destegi her daim yanımda hissettiğim değerli dostlarıma ve benim bu günlere gelmemde büyük emekleri olan aileme derin minnettarlığımı ve sevgilerimi sunmak isterim.

Düzce-2025

Dr. Ahmet Furkan DİNÇER

ÖZET

Amaç:

Ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi, kişinin işlediği ve sonucunda zarar oluşmuş olan bir fiille ilgili olarak, yasada cezaya hükmedilmesinin gerektiği hallerde kişinin kusuru olup olmadığının tanımlanmasını sağlayan değerlendirmedir. Türk Ceza Kanunu’nun 32. maddesinde akıl hastalığı-zayıflığı nedeniyle kişinin işlemiş bulunduğu fiilin anlam ve sonuçlarını algılayamadığı veya işlediği fiille ilgili olarak irade yeteneğinin bulunmadığı halleri, 34. maddesinde geçici bir neden, irade dışı alınmış alkol veya madde etkisiyle ceza sorumluluğunun kalktığı durumları kapsamaktadır. Bu maddelere ilişkin değerlendirmeler ülkemizde tıbbi bilirkişi olarak adli makamların görevlendirdiği hekimlerce yapılmaktadır. Çalışmamızda bu değerlendirmenin yapılması amacıyla Adli Tıp Anabilim Dalımız üzerinden Adli Tıp Uzmanlar kurulumuza 2021-2023 yıllarında yönlendirilen suç tarihleri itibarıyla 18 yaş ve üzeri olguların; sosyodemografik veriler, suç tipi, psikiyatrik hastalıkları gibi parametreler retrospektif olarak değerlendirilerek olguların analizlerinin yapılması amaçlanmaktadır.

Yöntem:

Çalışmamız retrospektif bir çalışma olup, 01.01.2021- 31.12.2023 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalına ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi amacıyla başvuran suç tarihi itibarıyla 18 yaş ve üzeri olguları kapsamıştır. Çalışmamızda olgulara ait sosyodemografik ve klinik özellikler, suç teşkil ettiği iddia edilen fiilleri, suçların işlendiği mekan, suçun failinin mağduru ile yakınlık durumu, adli sürece ait özellikler, adli muayene bulguları gibi özellikler değerlendirilmiştir. Sonrasında olgular TCK 32. Maddeden yararlanma ve yararlanmama durumlarına göre iki gruba ayrılmış ve gruplar arasında fark olup olmadığı incelenmiştir. Verilerdeki sayısal sonuçlar aritmetik ortalama ve standart sapma, kategorik sonuçlar ise yüzde olarak değerlendirilmiştir. Grup karşılaştırmalarında verilerin dağılımına uygun olarak istatistiksel analizler uygulanmıştır. İstatistiksel analizler “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 26.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” aracılığıyla değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Çalışmada ilgili yıllarda suç tarihi itibarıyla 18 yaş ve üzeri olan, rapor sonuçları itibarıyla ceza sorumluluğuna dair kanaate ulaşılmış, dosya içeriği açısından değerlendirilen parametrelerin yer aldığı toplam 446 olgu değerlendirmeye alınmıştır. Tüm olgular belirlenen parametrelerle değerlendirilmiş, sonrasında veriler TCK 32. maddeden yararlananlar ve yararlanmayanlar olarak ayrılarak farklılıklar tespit edilmiştir. Bu farklılıklar arasında TCK 32. maddeden yararlanan olguların yararlanmayanlara göre; çiftçi olma durumları, iletişim araçlarıyla daha çok suç işledikleri, askerlikten akıl hastalığı nedeniyle daha sık muaf oldukları, öğrenim durumlarının farklılaştığı, akıl hastalıklarının farklılaştığı, suç tipleri açısından cinsel suçlar ve mala zarar verme suçunun daha sık olduğu, işledikleri fiilin mağdurunun 1. derece akraba olma oranının daha sık olduğu, suçu kendi iş yerlerinde işleme oranının daha yüksek olduğu, ceza sorumluluğu değerlendirmesine daha erken yönlendirildikleri tespit edilmiştir.

Sonuç:

Çalışmamızın sonuçlarının literatürle uyumlu yönleri olmakla birlikte, literatürde yeterince konuşulmamış bazı sonuçlara ulaşılmıştır. Ceza sorumluluğuna yönlendirilen olguların sosyodemografik özellikleri ülke genelindeki pek çok çalışmayla benzer özellikler gösterdiği tespit edilmiştir. Askerlik durumlarının ayrıntılı sorgulanması, suçun mağdurları, suçun gerçekleştiği mekan, suçun iletişim aracıyla işlenmiş olup olmaması gibi durumların farklılaşması dikkate alındığında daha doğru sonuçlara ulaşmak için odaklı çalışmalara ihtiyaç olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ceza Sorumluluğu, Sosyodemografik, Ceza Ehliyeti, Suç, Akıl Hastalığı

ABSTRACT

Aim:

Evaluation of criminal responsibility is an evaluation that enables the definition of whether a person is at fault in cases where he/she should be punished for the crime committed. Article 32 of the Turkish Penal Code covers situations where a person cannot perceive the meaning and consequences of the act he/she has committed due to mental illness or weakness, or lacks the ability to willpower regarding the act he/she has committed, and Article 34 covers situations where criminal liability is abolished due to a temporary reason, involuntarily consumed alcohol or substance. Evaluations regarding these items are made by physicians appointed by the judicial authorities as medical experts in our country. In order to make this evaluation in our study, cases aged 18 and over as of the crime dates referred to our Board of Forensic Medicine Experts through our Department of Forensic Medicine in 2021-2023; It is aimed to analyze the cases by retrospectively evaluating parameters such as sociodemographic data, crime type, and psychiatric diseases.

Materials and Methods:

Our study is a retrospective study and includes cases aged 18 and over as of the date of the crime who applied to Düzce University Department of Forensic Medicine between 01.01.2021 and 31.12.2023 for the evaluation of criminal responsibility. In our study, sociodemographic and clinical characteristics of the cases, acts alleged to constitute a crime, the place where the crimes were committed, the relationship between the perpetrator of the crime and the victim, characteristics of the judicial process, and forensic examination findings were evaluated. Numerical results in the data were evaluated as arithmetic mean and standard deviation, and categorical results were evaluated as percentages. Statistical analyzes were applied in accordance with the distribution of the data in group comparisons. Statistical analyzes were evaluated using “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 26.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)”.

Results:

In the study, a total of 446 cases were evaluated in the relevant years, who were 18 years old and over as of the date of the crime, whose criminal responsibility was reached

according to the report results, and whose file content was evaluated according to the parameters. All cases were evaluated with the determined parameters, and then the data were separated into those who benefited from Article 32 of the TCK and those who did not, and differences were determined. Among these differences, it was determined that the cases who benefited from Article 32 of the TCK were more farmers, committed more crimes through communication tools, were exempted from military service more often due to mental illness, their educational status differed, their mental illnesses differed, in terms of crime types, sexual crimes and property damage were more common, the rate of the victim of the act they committed was more frequent than the rate of being a first-degree relative, the rate of committing the crime in their own workplace was higher, and they were directed to the criminal responsibility assessment earlier.

Conclusion:

Although the results of our study are compatible with the literature, some results that have not been discussed enough in the literature have been reached. It has been determined that the sociodemographic characteristics of the cases referred to criminal responsibility show similar characteristics to many studies across the country. Considering the differences in situations such as detailed questioning of military service status, victims of the crime, the place where the crime took place, whether the crime was committed through a communication tool or not, it has been determined that focused studies are needed to reach more accurate results.

Keywords: Criminal Responsibility, Sociodemographic, Criminal Capacity, Crime, Mental Illness

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 4.1. Olguların tarafımıza başvuru yıllarına göre dağılımı	35
Grafik 4.2. Olguları tarafımıza yönlendiren kurumların dağılım oranları	36
Grafik 4.3. Olguların cinsiyetlere göre oranları	36
Grafik 4.4. Olguların eğitim durumlarına göre dağılımları.....	37
Grafik 4.5. Olguların yaşadıkları yerlerin idari birimlerine göre dağılımları	37
Grafik 4.6. Olguların meslek durumlarına göre dağılımları	38
Grafik 4.7. Olguların meslek durumlarına göre dağılımları	39
Grafik 4.8. Olguların sigara, alkol ve yasaklı madde kullanımlarına göre dağılımları	40
Grafik 4.9. Olguların muayene tarihindeki ilaç kullanımlarına göre dağılımları	41
Grafik 4.10. Olguların suç aylarına göre dağılımları	43
Grafik 4.11. Muayene anlatımıyla öncek ifadelerin uyumlarına göre dağılımları.....	45
Grafik 4.12. Olguların işledikleri suçlardaki mağdurlarına göre dağılımları.....	46
Grafik 4.13. Olguların muayenelerindeki duygulanımlarına göre dağılımları	47
Grafik 4.14. Olguların suçları işledikleri mekanlara göre dağılımları	48

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Olguların çocuk sayılarının dağılımları ve yüzdeleri	39
Tablo 4.2. Olguların psikiyatrik tanılarına göre dağılımları ve yüzdeleri.....	41
Tablo 4.3. Olguların suç esnasındaki etkisinde oldukları maddeler	43
Tablo 4.4. Olguların suç tiplerine göre dağılımları ve yüzdeleri	44
Tablo 4.5. Olay zamanına yakın psikiyatrik başvuruların dağılımları ve yüzdeleri ..	45
Tablo 4.6. Gruplandırma sonra maddeler etkisinde suç işledikleri iddiası	49
Tablo 4.7. Gruplandırılma sonra eğitim durumlarının karşılaştırılması	50
Tablo 4.8. Gruplandırma sonra mesleklerinin karşılaştırılması	51
Tablo 4.9. Gruplandırma sonrası idari birimlerinin karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.10. Gruplandırma sonra askerlik durumu karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.11. Gruplandırılma sonrası başvuru sürelerinin karşılaştırılması	53
Tablo 4.12. Gruplandırma sonrasında hastalıkların karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.13. Gruplandırma sonrasında suç türlerinin karşılaştırılması	56
Tablo 4.14. Gruplandırma sonrasında önceden ilaç kullanımlarının karşılaştırılması	57
Tablo 4.15. Gruplandırma sonrası alkol kullanım durumlarına göre karşılaştırılma .	58
Tablo 4.16. Gruplandırma sonrası yasaklı madde kullanımlarına göre karşılaştırılması	58
Tablo 4.17. Gruplandırma sonrası olay zamanı psikiyatri başvuruları	59
Tablo 4.18. Gruplandırma sonrası ifade-anemnez uyumu karşılaştırılması	60
Tablo 4.19. Gruplandırma sonrası suçun mağdurlarına göre karşılaştırılması	61
Tablo 4.20. Gruplandırma sonrası yaşadıkları yere göre karşılaştırılması	62
Tablo 4.21. Gruplandırılma sonrası muayenedeki duygulanımların karşılaştırılması	63
Tablo 4.22. Gruplandırma sonrası suçun iletişim aracıyla işleme durumları	64
Tablo 4.23. Gruplandırma sonrası suç mekanlarına göre karşılaştırılma.....	65

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iv
GRAFİKLER DİZİNİ	6
TABLolar DİZİNİ	7
İÇİNDEKİLER	8
SİMGELER VE KISALTMALAR	10
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Suç.....	2
2.2. Ceza	2
2.3. Kusur.....	2
2.4. Türkiye’de Ceza Sorumluluğunun Hukuksal Dayanağı	2
2.5. Ceza Hukukunda Akıl Hastalarına Özgü Güvenlik Tedbirleri	5
2.6. Bilirkişilik.....	5
2.7. Akıl Hastalığı Durumunda Ceza Sorumluluk Değerlendirmesinin Dünyadaki Mevcut Durumu	6
2.8. Türk Ceza Kanunu’nun Otuz İkinci Maddesi Kapsamında Ceza Sorumluluğunun Değerlendirilmesi	7
2.9. Ceza Sorumluluğunun Değerlendirilmesinde Karşılaşılan Bazı Hastalıklar Ve Durumlar.....	8
2.9.1. Zeka Gerilikleri:	8
2.9.2. Duygu Durum Bozuklukları.....	10
2.9.3. Şizofreni Spekturum Bozukluklar ile Diğer Psikotik Rahatsızlıklar ...	12
2.9.4. Kişilik Bozuklukları	15
2.9.5. Kaygı Bozuklukları	24
2.9.6. Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu	25
2.9.7. Demans.....	28
2.9.8. Dürtüsellik.....	29
2.9.9. Kleptomani.....	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Etik Onay	32
3.2. Çalışmada Araştırılacak Hipotezler	32

3.3. Örneklem Seçimi.....	32
3.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları	32
3.5. Yöntem	33
3.6. İstatistiksel Değerlendirme.....	34
4. BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA	66
6. SONUÇ.....	86
7. KAYNAKÇA	88



SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

GABA: Gama Aminobütirik Asit

HIV: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü

HSK: Hakimler ve Savcılar Kurulu

TCK: Türk Ceza Kanunu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ

Doğumlarımız sonrası gözlerimizi açtığımız kültürlerin içerisinde var olmaya çalışırken, doğru-yanlış öğrenimlerimiz de neyin içine doğduysak onların etkisiyle gelişiyor. Yaşama başladığımız noktadaki acizyetimiz de göz önüne alındığında, gelişerek birey haline gelmemiz ve yaşamımızın her noktasında eşsiz hikâyeler ortaya koymamız, herkesin yazabileceği en az bir kitabı vardır cümlesini akla getirmektedir. Belli yaşlara ulaşabilen insanlar için konuşursak, diyebiliriz ki yazabilecekleri kitapların hacmi, içerdiği bölümlerin çeşitliliği, başladıkları yerler ve daha yüzlercesi açıdan, aynı kitabı yazabilecek iki kişi olmayacaktır. Farklılıklarımız bu kadar göz önündeyken, aynı şartlarda doğmamış ve büyümemiş, yaşama gelişleri itibariyle de aynı enstrümanlarla doğmamış bunca insanın aynı kurallarla yargılanması, toplumların düzenleri açısından kolay uygulanır olmakla birlikte hakkaniyet açısından doğru yol mudur bilemiyorum. Ancak mevcut durum bu olduğuna göre sistemi daha doğru bir hale getirmek için sorunları tespit ederek çözmemiz gerekmektedir. Dolayısıyla da suç, ceza ve nedenleri üzerine söylenecek daha fazla çalışmaya ihtiyacımız vardır. Alanımız özelinde de akıl hastalıklarına sahip bireylerin neden oldukları adalet çıkmazlarıyla bu durumların bazı etkilerine bu amaçla bakmak gerekmektedir.

Tekil yaşamlarımız kendi içlerinde değerli olsalar da, konu doğruları bulmaya geldiğinde yetersiz bir kaynaktır. Bu yüzden de tekilliklerimizin ortadan kalktığı, hepimizin birer veriye dönüşerek doğruları işaret ettiği çalışmalara ihtiyaç duymaktayız. Bu çalışmanın amacı da kendi alanımızda, mümkün olursa yeni doğrular bulmak, bulunamazsa da eski doğrulara tekrar dikkat çekmektir. Mutlak hakkaniyetin olamayacağına inandığım Dünya’da, daha doğruya yönelik bir adım atmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Suç

Suç ceza hukukunun konuları arasında yer alan, Cambridge Akademik İçerik Sözlüğü'nde yasaya aykırı/yasa dışı eylemler ve faaliyetler olarak tanımlanmaktadır (1). Dini kaynaklar, mitik öyküler ve eski buluntular incelendiğinde bu kavramın çok erken dönemlerimizden itibaren türümüzün eşlikçilerinden olduğu görülmektedir.

Suç; toplum yapılanmamızın düzen içerisinde devamlılığı için kanunilik ilkesine göre önceden tanımlanmış, neticesi itibariyle haksızlık oluşan iradi insan davranışı olarak da tanımlanabilir. Yapılacak kovuşturma sonrası bu fiile karşılık, yine kanunda önceden belirlenmiş ceza yaptırımını uygulanır (2).

2.2. Ceza

Cambridge Akademik İçerik Sözlüğü'nde, yanlış bir eylemde bulunan kişiye veya suç işleyen kişilere, yapmak istemedikleri bir şeyi yaptırarak veya onları hapsederek acı çektirmek şeklinde cezanın tanımlamasının yapıldığı görülmektedir (3).

Ceza; suç meydana geldiğinde, kusuru bulunan faili, yasada önceden tanımlanmış oranda, malvarlığı, hürriyeti gibi alanlarda yaptırımlara tabi tutmaktır. Cezanın diğer bir işlevi ise caydırıcı olarak suçun önlenmesine katkıda bulunmaktır (4).

2.3. Kusur

Hukuk alanında kısaca hukuka aykırılık bilinci olarak tanımlanabilecek olan kusur, kişinin oluşan haksızlığa karşı sorumluluğunu belirtir. Ceza hukuku açısından kusur, suç addedilmiş eylem esnasında kişinin, başka türlü davranma şansı varken, iradesini hukuka aykırı davranma yönünde kullanması olarak tanımlanabilir. Hukukun temel düskurlarından birisi “Kusursuz ceza olmaz.” ilkesidir (5).

2.4. Türkiye’de Ceza Sorumluluğunun Hukuksal Dayanağı

Bir kişinin işlediği suçtan dolayı ceza alabilmesi için bazı ön şartların sağlanması gerekmektedir. Bu durumu özetleyecek olursak, kişinin öncelikle bir eylemde bulunmuş olması ve eylem neticesinde bir haksızlığın meydana gelmesi, bu eylemin Anayasa’nın 38. maddesinde belirtildiği üzere meydana geldiğinde yasada suç olarak tanımlanması ve kişinin bu eylemi iradi olarak gerçekleştirmesi gerekmektedir. Ceza sorumluluğu, kişinin suç olan bir fiile karşı iradi olarak bulunduğu durumu işaret etmektedir (6, 7).

5237 sayılı ceza kanunumuzun “Ceza Sorumluluğunun Esasları” başlıklı ikinci kısmının ilk bölümünde ceza sorumluluğunun şahsiliği ve tüzel kişilerin sorumluluğu belirtildikten sonra neticesi sebebiyle ağırlaşmış suçlara karşı sorumluluğun, kişinin en azından taksirle hareket etmesi neticesinde oluştuğu belirtilmiştir. İkinci bölüm ceza sorumluluğunu kaldıran veya azaltan nedenlere ayrılmıştır. Bu bölümün ilk maddesinde (Madde 24) kanunun hükmü ve amir emrini yerine getirme durumunda oluşan sorumlulukları ve sorumlu olunmayan halleri tanımlamaktadır. İkinci madde (Madde 25) meşru savunma ve zorunluluk hallerine atıfta bulunurken, bu maddenin gerekçesinde meşru savunma hakkının, failde karşılık göreceğine dair endişeye neden olarak suçun önlenmesine katkıda bulunduğu vurgulanmıştır. Yirmi altıncı maddede kişinin hakkını kullanmasındaki ceza sorumluluğu belirtilirken, sonraki maddede sınırın aşılmasındaki ceza limitleri ve hangi durumlarda ceza verilmeyeceği tanımlanmaktadır. Tehdit, cebir, şiddet ve korkutma hallerine maruz kalarak suç işlemiş bir kişi ve bu durumlara neden olan kişinin akıbeti yirmi sekizinci maddede tanımlanmış, yirmi dokuz ve otuzuncu maddelerde de sırasıyla haksız tahrik ve hata durumlarındaki ceza sorumluluğu tanımlanmıştır. Bu bölümün son maddeleri (Madde 31-34) tıbbi durumlar ve failin yaşının kusur üzerine etkisiyle ilişkisi olması nedeniyle adli tıp pratiğinin temel konularındandır (8, 9). Bu maddeler ayrıntılı incelendiğinde:

Otuz birinci maddenin ilk fıkrasında, suçun işlendiği tarihte henüz on iki yaşını doldurmamış çocukların ceza sorumluluğu olmadığını belirttikten sonra haklarında güvenlik tedbiri uygulanabileceği belirtilmiş, ikinci fıkrada suçu işlediği tarihte on iki yaş ile on beş yaş aralığında olan çocukların akıbeti “işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması hâlinde” cezai yaptırıma tabi tutulmayacağı ancak güvenlik tedbirine hükmedilebileceği; yeterince gelişmiş çocuklarda ise cezanın azaltılacağı şeklinde kararlaştırılmıştır. Maddenin son fıkrasında onbeş ile on sekiz yaş arasındaki çocukların cezalandırılmalarındaki usul tanımlanmıştır (8). Bu madde çocukların yalnız fiziksel değil aynı zamanda duygusal, zihinsel ve entelektüel olgunluğa erişmeleri gerektiği ancak bu suretle eylemlerinden sorumlu tutulabilecekleri düşüncesini işaret etmektedir. Ayrıca bu yaşın altındaki çocukların cezalandırılmaları halinde, cezanın önleme ve yeniden topluma kazandırma işlevinin tersine çocukta psikolojik gelişiminin negatif etkilenebileceği düşünülmüştür. Ülkelere göre asgari cezai sorumluluk yaşları, yaşın olmadığı ülkelerle, yaşı on altı olarak belirlemiş olan ülkeler şeklinde geniş bir aralıkta

değişmektedir. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Komitesi 2019 yılındaki raporunda bu yaşı en az 14 yaş olması önerisinde bulunduğunu bilinmektedir (8, 9, 10, 11).

5395 Sayılı kanunda, suç olarak tanımlanmış bir fiili gerçekleştiren ve bu nedenle hakkında hukuksal süreç başlatılmış çocuklar ‘suça sürüklenen çocuk’ olarak tanımlanmış, bu çocuklarla ilgili olarak alınacak önlemler ve uygulama biçimlerinin nasıl olacağı tanımlanmıştır (12).

TCK’nin otuz ikinci maddesi otuz bir ve otuz üçüncü maddedeki alt yaş kriterlerini karşılayan akıl hastalığı/zayıflığı nedeniyle iradi yetenekleri tam olmayan bireyler hakkındadır. Maddenin ilk fıkrası suç zamanı kendisinde mevcut olan akli melekelerindeki yetersizlik, dolayısıyla iradesindeki bir kusur nedeniyle, gerçekleştirdiği eylemin anlamını ve sonuçlarını büyük oranda anlamayan ya da davranışlarını önemli derecede yönlendiremeyen kişilere cezaya hükmolunmayacağı, haklarında güvenlik tedbiri uygulanacağını belirtmektedir. İkinci fıkrada ise kişideki akli yetersizliğin yukarıda belirtilen düzeyde olmamakla birlikte, iradesinde azalmaya neden olması halinde uygulanacak ceza indirimini tanımlanmakta ayrıca hakim takdirıyla ceza süresinin güvenlik tedbiri şeklinde de uygulanabileceği ifade edilmektedir (8, 9).

Otuz üçüncü maddede yasada geçtiği ismiyle, sağır ve dilsizlerde ceza sorumluluk yaşları tanımlanmış olup, daha önce bahsetmiş olduğumuz otuz birinci maddedeki yaşlar üçer yaş arttırılmıştır. İşitme ve konuşma engeli olan kişilerin düşünce alma ve iletmelerindeki engeller ve deneyimlerini paylaşmadaki zorluklar nedeniyle algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin geç gelişeceği düşünüldükçe daha önceki yaş sınırlarıyla benzerlik içerecek şekilde özel bir uygulamaya gidilmiştir. Yirmi bir yaşını geçen engellilerde ise gerekli hallerde otuz ikinci madde üzerinden tekrar ceza sorumluluk değerlendirmesi yapılabilmektedir (8, 9, 13).

“Ceza Sorumluluğunu Kaldıran ve Azaltan Nedenler” başlığındaki son madde, geçici bir nedenle ya da şahsın kendi isteği dışında vücuduna alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisiyle gerçekleştirdiği fiilden sorumlu tutulamayacağının ancak iradi şekilde alınmış olan alkol-maddenin ceza yargılamasını etkilemeyeceğinin anlatıldığı otuz dördüncü maddedir. Maddeyi gerekçesi ile birlikte değerlendirdiğimiz zaman; kişinin kendi yaşamı içerisinde iradesine etki edecek bir kimyasal maddeye maruz kalması, alkol-madde alınmaya zorlanması ya da bilmeden kullanması, kişideki mevcut hastalığın sistemik etkilerinden dolayı, kişinin uyku halindeyken işlediği fiilden sorumlu olmadığı tanımlanmıştır. Yine gerekçede uyku hali örneği verilirken, kişinin uyumadan önce,

gerçekleştirdiği eylemle ilgili diğer yükümlülüklerini yerine getirip getirmediğinin değerlendirileceği ifade edilmiştir (8, 9).

2.5. Ceza Hukukunda Akıl Hastalarına Özgü Güvenlik Tedbirleri

Suç işlediği zamanda kendisinde mevcut olan akli melekelerindeki yetersizlik, dolayısıyla iradesindeki bir kusur nedeniyle, gerçekleştirdiği eylemin anlamını ve sonuçlarını anlamayan ya da davranışlarını yönlendiremeyen kişilerin ceza sorumluluğunun TCK'nin otuz ikinci maddesinde tanımlanmış olduğu ve kişiler hakkında güvenlik tedbiri uygulanacağı daha öncesinde belirtilmişti. Uygulanacak güvenlik tedbirinin usulü, başlığı "Akıl Hastalarına Özgü Güvenlik Tedbirleri" olan aynı kanunun elli yedinci maddesinde yüksek güvenli bir akıl hastanesinde koruma ve tedavi altına alınma şeklindedir. Maddenin ikinci fıkrası yatış süresiyle ilgili olup, sabit bir zaman tanımlamamış, kişinin yatırıldığı kurumdaki sağlık kurulu tarafından toplumun huzur ve sükununa karşı oluşturduğu tehdidin ortadan kalktığı ya da önemli derece azaldığına dair raporu sonrasında infaz hakiminin alacağı kararla sonlandırılacağı belirtilmiştir. İlgili rapor hazırlanırken, toplum ve bireyin kendi güvenliği için tıbbi kontrol ve takibinin gerekip gerekmediği ile gerekmesi halinde hangi aralıklarla ve ne kadar süreyle uygulanması gerektiğinin raporda bulunması gerektiği ve sağlık kurulu tarafından ortaya konmuş bu bilgiler ışığında Cumhuriyet savcılıkları kişileri sağlık kuruluşlarına yönlendireceği, bu yönlendirmelerde kişilerin toplumun huzur ve sükununa karşı oluşturduğu tehdidin tekrar baş gösterdiğinin tespit edilmesi halinde hazırlanacak raporla infaz hakimlerinin süreci tekrar başlatacağı sonraki fıkralarda belirtilmiştir. Maddenin altıncı fıkrasında ceza sorumluluğu tam olarak kalkmamış ancak azalmış kişilere de güvenlik tedbiri uygulanabileceği tanımlanmıştır. Son fıkra ise alkol ve madde bağımlısı olan kişilerle ilgili olarak güvenlik tedbirlerinin, bu konuda yeterliliği olan alkol-madde tedavi merkezlerinde uygulanacağı ve önceki fıkralarda olduğu gibi kişinin tedavisinin sağlandığı ile ilgili olarak düzenlenecek sağlık kurulu raporu sonrasında infaz hakiminin alacağı kararla sonlandırılacağı belirtilmiştir.

2.6. Bilirkişilik

Ülkemizde bilirkişilik kavramı Ceza Muhakemeleri Kanunu'nda: Çözümü hukukun kapsamı dışında bulunan fen bilimleri, tıp, mühendislik alanları gibi; araştırılan konunun çözümünde uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren durumlarda; re'sen, soruşturma taraflarının ve müdafilerinin ya da Cumhuriyet savcısının istemiyle bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına istenebileceği belirtilmektedir. İlgili madde hakim tarafından

kullanılmak üzere hazırlanmakla beraber altmış üçüncü maddesinin son fıkrasında soruşturma aşamasında aynı yetkinin Cumhuriyet savcısında da olduğu belirtilmiştir. Sonraki maddede yapılacak olan bu görevlendirmenin kendi bölgesi başta olmak üzere bölge adliye mahkemelerinin bilirkişilik listelerinden seçileceği, listede gerekli uzmanın olmadığı hallerde liste dışından Bilirkişilik Kanunu'nda bilirkişiliğe engel olan halleri olmayan, teknik bilgi sahiplerinin de görevlendirilebileceği tanımlanmıştır (14, 15).

Tıbbi Bilirkişilik açısından bakıldığında zaman, başta adli tıp uzmanlarını olmak üzere hekimlik mesleğini icra eden tüm çalışanların pek çok görevi mevcuttur. Bu görevler arasında yaralanmalara ilişkin beden muayenelerinin yapılarak rapor tanzim edilmesi, genetik ve toksikolojik örneklerin alınması, otopsi işlemi, cinsel suç mağdurlarının muayenesi gibi çok sayıda görev yer almaktadır (16). Bu görevlerden bir tanesi de TCK'nin otuz ikinci maddesine bağlı olarak, meydana gelmiş bir suça ilişkin ceza sorumluluğunun değerlendirilmesidir. Yargıtay kararları incelendiğinde zaman kanun koyucunun uzmanlığa, özel veya teknik bir bilgiye ihtiyaç bulunduğu yani bilirkişi raporu ihtiyacını baştan kabul ettiği akıl hastalığı, parada sahtecilik, moleküler genetik inceleme gibi hususlarda hâkimin bilirkişi raporu alması zorunludur (17).

2.7. Akıl Hastalığı Durumunda Ceza Sorumluluk Değerlendirmesinin Dünyadaki Mevcut Durumu

Dünya'da hemen her ülkede suç eylemi sırasında kendilerindeki zihinsel anormallikleri belirli bozukluklara yol açan bireylerin ceza sorumluluklarında değişim olduğu kabul edilmektedir. Ancak, ülkeler arasında bu duruma yaklaşımlar arasında farklılıklar mevcuttur. ABD ve Danimarka dahil olmak üzere bazı ülkelerde akıl hastalıklarına ceza sorumluluğu var-yok şeklinde ikili bir ayrıma gitmektedir. Aralarında İngiltere, İskoçya ve Singapur gibi ülkelerin bulunduğu bir kısım ülkede azalmış ceza sorumluluğu yalnızca cinayet vakalarında kabul edilmektedir. İçinde Türkiye, Yunanistan, Rusya gibi ülkelerin bulunduğu sistemde ise var-yok ikililiğine alternatif olarak ceza sorumluluğunun azaldığı bir sistem kullanılmaktadır. Ayrıca ülkelerde ceza sorumluluğunu incelenerek ahlaki ve iradi ayırım gözetilmesi de bir standart değildir. Aralarında ülkemizin de bulunduğu bir kısım ülkede bir eylemin ahlaki olarak kötülüğünün kişi tarafından anlaşılabilmesiyle, bu eyleme karşı davranışlarını yönlendirme iradesini göstermesi ayrı değerlendirmelere tabi tutulurken; İngiltere ve Galler gibi bir kısım ülkede yalnızca ahlaki boyutunu anlama kapasitesi değerlendirilmektedir (18).

2.8. Türk Ceza Kanunu'nun Otuz İkinci Maddesi Kapsamında Ceza Sorumluluğunun Değerlendirilmesi

Akıl hastaları ile ceza hukuku ilişkisi farklı zaman dilimlerinde ve farklı coğrafyalarda değişen şekillerde kurulmuştur. Akıl hastalıklarını, bazı budunlar tanrısal güçler sonucunda meydana gelen, kişinin etki altında kaldığı ve büyü, ayinsel törenler gibi etkilerle bu etkilerden kurtarılmaları gereken durumlar olarak düşünmüş; bazı toplumlar ise kişinin kendisinde mevcut olan kabahatleri sonucu meydana geldiğine hükmetmişlerdir. Tıpkı bu düşüncelerin kökeninde olduğu gibi eski Roma Hukuku, 738'de derlenen Japon Hukuk Sistemi Ritsuryō akıl hastalarının işledikleri suça karşı sorumluluklarını azaltma veya kaldırma yoluna giderken; eski Germen Hukuku ve ortaçağ yargılama sistemi, akıl hastalarını ceza sorumlulukları olduğunu düşünerek yargılamıştır. İslam Hukuku'da Roma ve Japon sisteminde olduğu gibi akıl hastalarını işledikleri suçun cezasından muaf kılmış ve gerekirse tedavi yoluna gitmeye çalışmıştır (19, 20).

Ceza kanunumuzun otuz ikinci maddesine göre yapılacak değerlendirme için şahıslar, adli tıp uzmanları ile ruh ve sinir hastalıkları uzmanlarınca değerlendirilmek üzere adli makamlar tarafından gönderilirler. Bu değerlendirmenin yapılması için yönlendirilen şahıslar klinikte sıklıkla kendileri suçu işlemede psikiyatrik bir durumun (ilaç kullanımı, hastalığı olması vb.) olduğunu ifade eden şahıslarla; daha önceden sağlık kurulu, vesayet, askerlik muafiyet raporları gibi daha önceden değerlendirme yapılmış ve ruhsal durumlarla ilgili tanıları olduğu kayıtlı olan şahıslardır (21).

Yasa koyucu akıl hastalığının ceza sorumluluğunu etkilediğini kabul etmekle beraber, akıl hastalığı tanımının neleri kapsadığını tanımlamamış ve bu konuyla ilgili kanaati tıp doktorlarına bırakmıştır. Zeka gerilikleri, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları gibi pek çok akli hastalığın, kişinin ayırt etme yeteneğinde veya davranışlarını yönlendirmesinde araza neden olabildiği bilinmektedir. Burada dikkat edilecek hususlardan bir tanesi, kişide akıl hastalığının mevcut olmasının tek başına ceza sorumluluğunu kaldırır bir hal olmadığı; hastalığın suç tarihinde, ilgili suça karşı kişinin yargılaması ve/veya özdenetimi üzerinde etkisinin olması gerekmektedir. Bu nedenle bir kişinin ya da bir hastalığın tüm cürümlere karşı sorumluluğu kaldırması söz konusu değildir. Yapılacak olan değerlendirme her suç için, aynı gün işlenmiş hatta aynı neticeden oluşması için ardıl gerçekleşen suçlar olması halinde dahi tek tek yapılmalıdır (22).

Ceza sorumluluğu değerlendirmesi yapılırken; şahsın daha önceden bir tanısı olup olmadığını anlamak üzere eski tıbbi kayıtları incelenmeli, özellikle suçun işlendiği tarihte hastane başvurusu olup olmadığına bakılmalı ve kişide ilgili tarihte mevcut olan semptomlar ile nitelikleri ortaya konulmalıdır. Kişinin olay zamanında, öncesi ve sonrasındaki tavır ve davranışlarının daha iyi anlaşılabilmesi, bu davranışlar ile kişide mevcut olan hastalığı arasındaki illiyetin kurulabilmesi için adli tahkikat evrakları, özellikle fail ve mağdur ifadeleri, dikkatle incelenmelidir. Şahsın psikiyatrik muayenesi titizlikle yapılmalı, gerekli durumlarda zeka durumuna, kişilik yönlerine, bellek durumuna yönelik testler yapılmalı ve tüm aşamalarda hastanın alabileceği cezadan kurtulmak için temaruz içerisinde hareket edebileceği unutulmamalıdır. Olay zamanı kişinin geçici bir neden etkisinde olup olmadığına yönelik metabolizma hastalıkları başta olmak üzere diğer hastalık ve durumlar da sorgulanmalı, gerekli hallerde bu hastalıklara yönelik testler ve ilgili uzmanlık alanlarına konsültasyon işlemleri gerçekleştirilmelidir. Tüm incelemeler sonucunda hazırlanacak raporda; ulaşılan bulgulara ve tanılara, ceza sorumluluğunun azalıp azalmadığına, kişi yasadan yararlanabilecek duruma sahipse hangi fıkrasından yararlanabileceğine, bu yararlanmanın hangi tarihteki hangi suça yönelik olduğuna net şekilde yer verilmelidir (21, 22, 23).

2.9. Ceza Sorumluluğunun Değerlendirilmesinde Karşılaşılan Bazı Hastalıklar Ve Durumlar

Önceden vurgulandığı üzere, ceza sorumluluğu değerlendirmesinde, irade yeteneğini direkt kaldıran veya azaltan bir hastalık ve durum olmamakla birlikte, bazı hastalık ve durumlarla nitelikleri itibariyle bu muayeneleri yapan klinisyenler daha sık karşılaşmakta ayrıca bazı durumlar daha sıklıkla hastalar tarafından iddiaya konu olmaktadır (21).

2.9.1. Zeka Gerilikleri

Entelektüel yetersizlik veya diğer bir deyişle zeka gerilikleri kişilerde kavramsal, toplumsal ve uygulamalı alanlarda gelişim yetersizlikleri ile karakterizedir (24). DSM-5'te (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5. Edisyon) bireyin klinik değerlendirmesi ve zeka ölçümünün beraber değerlendirilmesi sonucu zihnin çeşitli alanlarındaki işlevlerde yetersizlikler olması, yetersizliklerin gelişim döneminde ortaya çıkmış olması ve kişisel ile toplumsal alanlarda uyum sorunlarının bulunması ile tanı konulmaktadır (25). DSM-5'te hafif/ılımlı, orta derecede, ağır ve çok ağır olarak 4 sınıfa ayrılmaktadır (25). DSM-4'ten farklı olarak DSM-5'te artık IQ testlerinin puanına göre

bir sınıflandırma yapılmamakta olup sınıflandırma kişilerdeki yetersizliklerin şiddetine göre yapılmaktadır (24). Kavramsal alan; dil, bilgi ve hafıza ile ilgili gelişmeyi, sosyal alan; empati, sosyal yargı ve toplumsal kurallarla ilgili gelişmeyi ve uygulamalı alan ise özbakım, organizasyon ve günlük yaşam becerilerini içermektedir (24). Toplumda %1-3 arasında görülmekte ve etyolojisinde genetik, prenatal, doğum komplikasyonları gibi heterojen faktörler neden olarak gösterilmektedir (24).

Hafif derecede zeka geriliğinde soyut düşünme, sayısal ve parayla ilgili beceriler bozulmaya başlamakta; konuşmada, duygu ve düşüncelerini düzenlemekte güçlükler yaşanmaktadır. Orta derecede zeka geriliğinde toplumsal yargılama ve karar verme yetileri bozulmakta, beceriler ilköğretim düzeyinde olup günlük işlevlerini tamamlayabilmek için süregelen bir desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Ağır zeka geriliğinde konuşma tek tek kelimelerden ya da belirli kalıplardan oluşmakta, iletişim el kol devinimleri ile sağlanmakta ve kavramsal beceriler oldukça sınırlı kalmaktadır. Çok ağır zeka geriliğinde ise bakım, sağlık, güvenlik gibi temel alanlarda başkalarına bağımlılık bulunmaktadır (24).

Klinik değerlendirmede hastanın kapsamlı bir öyküsü alınarak doğum öncesi, doğum ve sonrasına ait bilgiler, nöbet öyküsü, erken çocukluk dönemindeki gelişim yetersizlikleri, aile öyküsü ve ek psikiyatrik bozukluklar sorgulanmalıdır. Zeka gerilikleri eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukları gölgelemesi nedeniyle dikkate alınmalıdır. Ülkemizde yetişkin rehabilitasyon ve bakım evlerinde bulunan çeşitli seviyelerde zeka geriliği bulunan 151 olgu üzerinde yapılan bir çalışmada eş tanı olasılığının toplamda % 63.5 oranında olduğu görülmektedir (26).

Zeka geriliklerinin adli tıp açısından önemi bu kişilerde sorunlu davranışların topluma göre daha sık bulunmasından kaynaklanmaktadır (27). İngiltere’de herhangi bir sağlık ve eğitim kurumuna başvurmuş kişilerde yapılan bir çalışmada zorlayıcı davranışlar olarak sınıflandırılan fiziksel ve sözel saldırganlık, öfke nöbetleri, mala zarar verme, uygunsuz cinsel davranış bozuklukları, yıkıcı davranışların zeka geriliklerinde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (28). Norveçte ayaktan bakım sağlanan zeka geriliği grubunda öfke nöbetleri % 42 olarak bulunurken, sözel ve fiziksel saldırganlık ise %38 olarak bulunmuştur (29). Zeka geriliği bulunan 2200 olgu üzerinde yapılan bir çalışmada erkek olguların %24’ünün kadın olguların %11.9’unun resmi kriminal geçmişe sahip olduğu belirlenmiştir (30). Dolayısıyla zihinsel geriliğe sahip kişiler hukuksal sisteme daha fazla karıştığı düşünülebilir (30). Ayrıca sadece suç işlediği şüphesi ile değil mağdur taraf olma

risklerinin de normal popölasyona göre daha yüksek olduğu bilinmektedir (30). Örneğin Avustralya’da yapılan bir çalışmada cinsel ve şiddet suçlarında zeka geriliği bulunan bireylerin mağdur olma oranının toplum ortalamasından anlamlı seviyede daha yüksek olduğu görölmektedir (31). Sonuç olarak hastanın hangi entelektüel yetersizlik seviyesinde bulunduğu saptandıktan sonra adli psikiyatrik değerdendirilmeye geçilebilir. Adli psikiyatrik değerdendirilmede adli tahkikat dosyası incelenmeli ve suçun hangi koşullarda gerçekleştiği, kişinin suç işleme motivasyonu dikkate alınmalıdır (32). Adli tahkikat dosyası incelendikten sonra kişi ile muayene başlanmalıdır, muayenede psikiyatrik semptomlar sorgulanmalı, bilinç, duygudurum, motor bozukluklar, düşünce içeriği ve süreci, konuşma, algılama, zeka alanları, içgörü ve yargılama yönünden sorgulanmalıdır (32). Kişi suçun hukuki anlamını ve doğuracağı sonuçları algılayıp algılamadığı, gerçeği değerdendirme yetisi yönünden değerdendirilmelidir (32). Zeka geriliklerinde bulunan yetersizlikler eğitim ve rehabilitasyondan fayda görse de semptomlar genellikle süreklilik göstermektedir, bu nedenle muayene bulguları özellikle değerdendirilirdir (33).

2.9.2. Duygu Durum Bozuklukları

Duygudurum bozuklukları nöbetler halinde üzüntü, neşe, öfke gibi duygu alanlarında bozukluklar ile ortaya çıkan kişinin işlevselliğini bozan heterojen bir grup rahatsızlıkları içerir (34). Bu grup içerisinde başlıca majör depresif bozukluk, bipolar duygudurum bozukluğu, mevsimsel affektif bozukluk, premenstrüel disforik bozukluk ve distimi yer almaktadır.

Majör depresif bozukluğun yaşam boyu sıklığı %16 iken bipolar bozukluğun yaygınlığı %5’e yakın olarak tahmin edilmektedir (35). Bipolar (ikiüçlü) bozukluk tip 1 ve tip 2 olarak ayrılmaktadır. Tip 1 bipolar bozuklukta daha önce geçirilmiş en az bir mani dönemi aranmaktadır. Mani dönemi en az 1 hafta seyreden günün büyük bölümünde ve neredeyse her gün olağan dışı ve sürekli olarak yükselmiş bir duyguduruma eşlik eden enerjide artış ile karakterizedir. DSM-5’te tanı kriterleri arasında yükselmiş duygudurumuna ek olarak benlik saygısında artış veya büyüklük düşünceleri, uyku gereksiniminde azalma, konuşma miktarında artış, düşüncelerde hızlanma, dikkat dağınıklığı, psikomotor hareketlilikte artış ve riskli sonuçlar doğurabilecek davranışlara katılmada artma şeklinde tanımlanan belirtilerden en az 3 ünün de bulunması ile tanı konulmaktadır. Ayrıca kişideki bozukluğun işlevsellikte belirgin bir bozulmaya neden olması veya hastaneye yatırılmasının gerekmesi veya psikotik durumda bulunması da tanı

konulması için gerekmektedir. Tip 2 bipolar bozukluk ise mani atakları ile benzer semptomların bulunduğu ancak 7 gün yerine 4 gün seyreden hipomani atakları ile karakterizedir (25).

DSM-5'te Major depresyon bozukluğu tanısı daha önce en az bir kez geçirilmiş işlevsellikte bozulma ile giden çökkün duygudurum veya ilgide azalma-zevk alamama halinden en az birinin bulunduğu 9 semptomdan en az 5'inin varlığı ile karakterize 2 haftalık dönemin olmasını gerektirmektedir. 9 semptom arasında çökkün duygudurum, ilgide azalma, kilo kaybı, aşırı uyuma veya uykusuzluk, psikomotor artış veya azalma, enerji düşüklüğü, suçluluk duyguları, odaklanmada güçlük ve ölüm düşünceleri bulunmaktadır. Her iki bozukluğun da tanısında kişinin durumunu açıklayan başka bir nedenin (madde kullanımı vb.) bulunmaması gerekmektedir. Siklotimi ise nöbetler halinde olmaması ile kendini gösteren en az 2 yıldır devam eden hipomani belirtileri ve majör depresyon belirtilerinin olduğu dönemlerin bulunması ile tanımlanmaktadır. Duygusal değişikliklerin mevsimsel örüntü göstermesi ile mevsimsel affektif bozukluk, menstrüel dönemlerin son haftasına uyması ile premenstrüel disforik bozukluk ve gebelik sırasında veya doğumdan sonraki 4 hafta içinde görülmesi ile de peripartum depresyon tanımlanmaktadır (25).

Majör depresif bozukluk bulunan kişilerin birinci derece akrabalarında 2,8 kat artmış hastalık geliştirme riski bulunduğu bildirilmiştir. Travmatik olaylar hastalık geliştirme riskini arttırmaktadır. Ayrıca kadınlarda daha sık bulunması üreme hormonlarının etkisine dikkat çekmektedir. Bipolar bozukluk da yüksek kalıtım riskinin bulunması ile dikkat çekmektedir. Monozigotlarda %40 dizigotlarda %5.4 olarak hastalık geliştirme riski bildirilmiştir. Ayrıca her iki hastalığa da ek psikiyatrik bozukluk eşlik etme riski yüksektir. Örneğin majör depresyonda kaygı bozuklukları %60 oranında eşlik ederken madde kullanımı %24, Alzheimer %30-50 arasında değişen oranlarda eşlik etmektedir. Bipolar bozukluğa ise %42.3 oranında madde kullanım bozukluğu, %62.8 oranında dürtü kontrol bozukluğu, %60 oranında ise kişilik bozukluğu eşlik ettiği bildirilmektedir. Ayrıca duygudurum bozuklukları artmış uyku bozukluğu, tükenmişlik ve intihar davranışlarına sahiptir. Majör depresif bozukluğu bulunan bireylerin %30 ila 40'ının ve bipolar bozukluğu bulunanların %25-50'sinin intihar girişiminde bulunduğu bildirilmektedir (35).

İsveç'te 30 yıllık nüfus ve hastane kayıtlarının araştırılması sonucu bipolar bozukluğu bulunan kişilerde şiddet suçu olarak tanımlanan cinayet, soygun, kundakçılık, cinsel suç

işleme oranının %8.4 olduğu genel nüfusta ise şiddet suçu işleme oranının %3.5 olduğu ve aralarındaki farklılığın anlamlı seviyede bulunduğu gösterilmiştir (36). Madde kötüye kullanımı olan bipolar bozuklukta ise şiddet suçu riski %21.3 olarak bulunmuştur (36). ABD’de 34.653 olgu üzerinde yapılan çalışmada şizofreni, bipolar ve majör depresyon varlığının şiddet suç riskini arttırdığı özellikle de madde kullanımının tabloyu daha da kötüleştirdiği bildirilmektedir (37).

Duygudurum bozukluklarının ruhsal durum muayenesinde özellikle hastanın görünümü ve hareketleri, konuşma biçimi ve içeriği şüphelenmek için önemli bulgular içermektedir. Ayrıca hastalarda ruhsal durum muayenesinin diğer öğeleri olan düşünce süreci ve içeriği, yönelim, dikkat, hafıza, içgörü ve yargı gibi komponentler değerlendirilmelidir (35). Adli psikiyatrik değerlendirmede kişinin geçmiş tıbbi kayıtları değerlendirilerek suç tarihine yakın dönemde hastalık semptomlarının şiddeti ile ilgili bilgi edinilebilir. Duygudurum bozuklukları tanımında da belirtildiği üzere ataklar döneminde şiddetlenmekte, kişilerin gerçeği değerlendirebilme yetileri bozulabilmektedir (22).

2.9.3. Şizofreni Spekturum Bozukluklar ile Diğer Psikotik Rahatsızlıklar

Psikoz, kişinin zihninin etkilenecek gerçeklikle temasının azaldığı semptomlar bütünüdür. Kişinin gerçekle, gerçek olmayan arasındaki yargılaması bozulmuştur. Toplumdaki sıklığı tam bilinmemekle beraber her yıl yüz binde on beş ila yüz kişinin bu durumu ilk kez deneyimlediği, insanlığın yüzde bir buçuğu ila üç buçuğunun bu durumdan etkilendiği düşünülmektedir. Ancak sayıların gösterdiği kişiler dışında çok daha yüksek sayıda bireyin hayatı boyunca bir psikotik semptom deneyimleyeceği tahmin edilmektedir. Genellikle ergenliğin sonları ila yirmilerin başlarında kendini göstermekle beraber, zihni etkileyen nöropsikiyatrik, nörolojik, nörogelişimsel ve tıbbi durumun sonucunda ilerleyen yaşlarda da görülebilmektedir. Patofizyolojisinde dopamin, glutamat, asetilkolin, GABA gibi pek çok nörotransmitterlerin ve beynin pek çok alanının etkisinin bulunduğu bilinmektedir (38, 39).

DSM-V’de kesin bir tanımı sunulmamış olmakla beraber; sanrılar, halüsinasyonlar, dağınık düşünce, dağınık davranış ve negatif semptomlar şeklindeki anormallikler ile tanımlanmasını önermektedir (25).

Sanrı/hezeyan, kişinin kendisine yanlışlığı üzerine kanıtlar sunulsa da değişmeyen, iç görüden yoksun olduğu, değişmez ve yanlış inançlarıdır. Tanımlanmış pek çok sanrı tipi vardır. En sık karşılaşılan sanrı tipi, kişinin zor duruma sokulmak için kötülendiği,

kendisiyle “uğraşıldığını” düşündüğü, gözetlendiği, kendisine rızası dışında pek çok kötü amaçla ilaç verildiği gibi inançları içeren perseküsyon/zarar görme sanrılarıdır. Referans sanrıları, kişinin çevredeki gördüğü/duyduğu şeylerin kendisiyle ilgili olduğu üzerine inanç geliştirdiği; büyüklük (grandiyöz) sanrılarıysa kendisiyle ilgili gerçekçi olmayan zenginlik, ün, özel yeteneğe sahip olduğu gibi durumları içeren sanrılardır. Erotomanik tip kişi ya da kişilerin kendisine aşık olduğuna inandığı; nihilistik tipte büyük bir felaketin geldiğine dair inancın olduğu sanrılarıdır. Sanrının ana konusu beden işlevleri/duyumları kapsıyorsa bedensel (somatik) tip olarak sınıflandırılır. Sanrılar bu tiplerin bir kaçını içerebilir veya sınıflandırma dışında da sanrılar görülebilmektedir. Varsanı/halüsinasyon kişinin kontrolünde olmayan, yeterli miktarda dış uyaran olmaksızın algılanan deneyimlerdir. Bu deneyimler herhangi bir duyu kaynaklı olabilmekle beraber şizofreni spekturumunda kişinin zihninin dışından kaynaklı işitsel durumlar sıktır. Dağınık düşünce ya da konuşma, dış gözlemciler için sözel iletişim ile fark edilen, iletişimi bozacak derecede dağınık/odaksız ve mantık dışı konuşma biçimidir. Bu konuşma biçimi, ana konudan tamamen kopuk ya da dolaylı yoldan ilişkili olabileceği gibi kimi zaman tamamiyle anlamsız da olabilir. Dağınık davranış ise kişinin aşırı dağınık veya anormal motor davranışlarla giden, tamamen hareketsizleşmenin de görüldüğü katatoni durumunun da mevcut olabildiği, büyük ölçüde sosyal olarak uygunsuz eylemleri kapsamaktadır. Negatif semptomlar, depresif bozukluklarda da görülebilen, kişinin çevreye ve kendine ilgisizleştiği, konuşmanın azaldığı, ifadesiz ve duygusal olarak körelmiş, motor aktivitenin de azalabildiği semptomları kapsamaktadır. Tüm bu semptomların ışığında psikozun eşlik ettiği hastalıklar, semptomların sürelerine ve içeriğine göre ayrılmaktadır (25, 38, 39).

Kısa psikotik bozukluk bir gün ile bir ay arasında süren, psikotik semptom türlerinin en az birinin olduğu, sürenin bitiminde bireylerin semptomlar öncesi hayatı deneyimleme düzeyine (işlevsellik) tam dönüş sağladığı, kişideki semptomların başka bir hastalığı/durumu işaret etmediği bozukluktur. Semptomların bir nedene bağlı olarak tetiklenmesine veya doğum sonrası ortaya çıkmasına göre alt sınıflamasına gidilebilmektedir (25).

Sanrılı/Delüzyonel bozukluk, bir aydan uzun süren, varsanılarının eşlik etmediği; eşlik ettiği durumlarda sanrılara bağlı olarak ortaya çıktığı, sanrılarının kişilerin işlevselliğini ciddi derecede bozmadığı, sanrılara bağlı oluşan davranışların toplum tarafından kabul görmeyecek denli ayırksı olmadığı durumdur. Sanrılar daha önce tanımlanmış olan

tiplerden biri ya da birkaçını içerebilir, gerçeklikten tam kopuk ya da gerçek yaşam deneyimlerinin bir çıktısı olabilir (25).

Şizofreni, global olarak yirmi dört milyondan fazla kişinin etkilendiği tahmin edilen, sıklıkla bozulmuş bilişsel performans, zayıf gerçeklik yargılaması, azalmış yaşam kalitesi ve ayrıca yüksek düzeyde damgalanmaya bağlı azalmış yaşama katılımı ile karakterize bir durumdur. Sanrı, varsanı ya da dağınık konuşma belirtilerinden biri ya da bir kaç bir aylık sürenin önemli bir kısmında mevcuttur, diğer süregiden bulgular en az altı ay boyunca etkilidir, işlevsellik ve kişiler arası alanda ciddi bozulmalar söz konusudur. Hastalığın atak dışı zamanlarında psikotik belirtiler azalabilir ve yalnızca negatif semptomlar bulunabilir. Şizofreni hastalarının yüzde beş civarında intihar ederek öldüğü, yaklaşık yüzde yirmisinin de intiharı denediği bilinmektedir. Şizofreni ile benzer kliniğe sahip olurken süre olarak bir ayla sınırlı kalan hastalık Şizofreniform bozukluk olarak tanımlanır (25, 30, 41, 42).

Şizoaffektif bozuklukta hastada daha önce tanımlanmış olan psikotik bulgular mevcutken, hastada ayrıca major depresif bozukluk ya da mani gibi bir duygudurum dönemi mevcuttur. Hastalığın duygudurum bozukluklarından ayrımı, kendisinde mevcut olan duygudurum semptomlarının düzeldiği ancak psikotik semptomlarının devam ettiği en az iki haftalık dönemin olmasıyla sağlanır. Yukarıda saydığımız tüm psikozla giden hastalıklarda kişinin madde etkisinde olmaması ve durumunun başka bir hastalıkla açıklanmıyor olması gerektiği de belirtilmektedir. Eğer kişilerde psikotik bir durum madde kullanımı, yoksunluğu veya zehirlenmesi ile meydana gelmişse maddenin neden olduğu psikotik bozukluk tanısı uygun olacaktır; aynı şekilde bu durum eğer kişide mevcut olan başka bir hastalığın eşlikçisi olarak ortaya çıkmışsa (Örneğin, temporal lob epilepsilerindeki kokusal halüsinasyonlar gibi) başka bir sağlık durumuna bağlı psikoz bozukluğu denmektedir (25).

Katatoni, bir başka ruhsal bozuklukla birlikte olan ya da başka bir tıbbi duruma bağlı katatonik bozukluk olarak ayrılan, çok sayıdaki psikomotor özellikten en az üç tanesinin var olduğu, kişinin aktivitesinde belirgin azalma olabildiği gibi, ciddi ajisayonlarla da prezente olabilen bir durumdur (25).

Psikotik hastaların başta şiddet suçları olmak üzere pek çok suç tipine karıştıkları bilinmektedir. Yapılan bir meta-analizde psikotik hastaların normal popülasyona göre yaklaşık iki buçuk kat daha fazla suça karıştıkları bildirilmiştir. Yapılan diğer meta-analizler özellikle şiddet suçuna odaklanıldığında bu oranın dört ila beş kat civarına

ulaştığını bildirmektedir. Bu durumun hastalığın karakteristik nörolojik anormallikleriyle, özellikle frontal lob işleviyle ve inhibisyon azlığıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir (43, 44, 45).

2.9.4. Kişilik Bozuklukları

Kişilik bozukluğu; kişinin yaşadığı, deneyimlediği çevrenin kültürel normlarından ve beklentilerinden önemli ölçüde sapan, içsel deneyim ve davranışın kalıcı bir örüntüsü olarak tanımlanmaktadır. Mizaç sınıflandırmasının geçmişi, Hipokrat'ın davranış sınıflandırmalarıyla ilgili humoral teorisini önerdiği Antik Yunan'a kadar uzanır (25, 46).

Kişilik bozuklukları, güncel olarak kullanılan tanı sisteminde, kişilerarası veya profesyonel alanlarda önemli sorunlara veya işlev bozukluğuna neden olan düşünme/bilişel, hissetme/duygulanım, başkalarıyla etkileşim ve dürtü alanlarındaki yaygın, esnek olmayan ve sabit kalıplar olarak kendini gösterir. Bu durumdan muzdarip olan hastalar genellikle çarpık gerçeklik algılarına ve anormal duygusal davranışlara sahiptir ve bu durum kendini uyumsuz başa çıkma mekanizmaları ve duygusal sıkıntıyla kendini gösterir (25, 47, 48).

Kişilik bozuklukları DSM-V'te tanımlayıcı benzerliklerine göre 3 kümeye ayrılmış olmakla beraber bu sınıflandırmanın, kesin sonuçlarla doğrulanmadığı ve farklı kümelerden gelen özelliklerin yoğunluk ve yaygınlık açısından değişir şekilde sıklıkla birlikte ortaya çıkabileceği bilinmektedir. Kişilik Bozukluklarına Yönelik Boyutsal Modeller üzerine çalışmalar halen yapılmaktadır. Çeşitli ülkelerdeki epidemiyolojik çalışmaların gözden geçirilmesinde farklı sonuçlar elde edilmekle beraber, A Kümesi'ndeki bozuklukların ortalama yaygınlığı %3,6, B Kümesi için %4,5, C Kümesi için %2,8 ve herhangi bir kişilik bozukluğu için %10,5 olduğu bildirilmektedir (25).

Kişilik bozukluklarının genel yapısı; biliş, duygulanım, kişiler arası etkileşim ve dürtü alanlarının en az iki tanesinde kendini gösteren, çok çeşitli sosyal ve kişisel durumlarda sabit kalan; sosyallik, mesleki yaşam, işlevsellik gibi alanlarda ciddi bozulmaya neden olan ve ergenlik-genç yetişkinlikte başlaması beklenen örüntüler bütünüdür. Tanı konma aşamasında bu örüntülerin, psikiyatrik olmayan durumlar, madde kullanımı veya başka bir hastalık ile daha iyi açıklanır olmaması gerekmektedir. Çeşitli sosyal ve kişisel bağlamlarda sergilenen, çevreyi ve kendini algılama, bunlarla ilişki kurma ve düşünme biçimleri olan kişilik özellikleri, maladaptif olup işlevsel bozulmaya neden olmasıyla kişilik bozukluklarını oluştururlar. Kişilik bozukluğunu tanımlayan özelliklerin birey

tarafından kişinin kendi benliği ile uyumlu olması nedeniyle değerlendirmede zorluklar çıkabilmektedir. Bu durumlarda kişiyi tanıyan diğer bilgi verenlerden alınacak ek bilgiler fayda sağlayabilmektedir. Kişilik bozukluğunun katı ve işlevsiz gibi görünen davranış kalıpları, bunun yerine kültürel kısıtlamalara uyum sağlayan tepkileri işaret ediyor olabilmektedir, bu nedenle kişilik özellikleri kültürden etkilenebileceğinden, bireyin kültürel ve sosyal geçmişi dikkate alınmalıdır (25).

A Kümesi Kişilik Bozuklukları

A kümesi kişilik bozuklukları; paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluklarının yer aldığı kümedir. Bu kümedeki kişilik bozukluklarına sahip bireyler garip ve eksantrik olarak görünmektedirler. Bu kümedeki bozukluklarda semptomatolojideki ortak örüntüler, genetik ve çevresel risk faktörlerde benzerlikler mevcuttur (49).

Paranoid kişilik bozukluğuna sahip kişilerde ana özellik, yaygın bir güvensizlik ve şüphencilik duymayla karakterize, diğer süjelerin davranış motivasyonlarını kötü olarak yorumlamaya eğilim ile kendini göstermektedir. Bu durum sıklıkla erken erişkinlik döneminde başlamaktadır. DSM kriterleri incelendiğinde, elinde yeterli kanıt olmaksızın diğer süjelerin kendisini kullandıklarından, zarar verdiklerinden veya aldattıklarından evhamlanabilir; arkadaşlarının ve bağlantıda oldukları kişilerin güvenilirlik ve sadakatinden şüpheye kapılabilirler. Hakkında vakfolunan bilgilerin onlara karşı kötü niyetli olarak kullanılabileceği hakkında yersiz korkular hissederek, diğer insanlara karşı güvensizlik duyarak sırlarını açmakta isteksiz davranabilirler. İyi niyetle söylenmiş sözlerin veya gerçekleşmiş eylemlerin aşağılayıcı ya da tehdit edici alt anlamlarını okuyabildiklerini düşünebilir, kendisine karşı daha önceden yapılmış olan aşağılama, hakaret gibi negatif davranışlara karşı sürekli olarak kin/hınç duyabilirler. Karakterlerine, bilinirliklerine yapıldığını düşündükleri saldırılar tespit ederek bunlara karşı tepkiler verebilirler. Hayat arkadaşları ya da seksüel partnerlerine karşı gerekçesiz, tekrarlayıcı şüpheler duyabilirler. Bütün olarak toparlandığında bu kişiler diğer süjelerin davranışlarını titizlikle inceleyerek diğer insanlar tarafından yeterli düzeyde kabul görülmecek kanıtlar bulup, bu kanıtlar üzerinden diğerlerine karşı güvensiz, saldırgan davranışlar sergileme ya da kin gütmeye gibi eylemlerde bulunurlar. Kimi zaman bu bozukluktan muzdarip kişilerin davranışları, diğer süjelerde düşmanca tepkilerin meydana gelmesine neden olabilir. Paranoid kişilik bozukluğu olan bireyler başkalarına güvenmedikleri için bağlantıda oldukları insanlar üzerinde yüksek derecede kontrole sahip olmak isteyebilirler. Eleştiriye açık yapıda olmamakla beraber diğerlerine karşı

eleştireldirler. Kavgacı tutumlar sergileyerek hukuki sorunların doğmasına neden olabilir. Paranoyak inanç sistemlerini paylaştan başkalarıyla sıkı sıkıya bağlı kültler veya gruplar oluşturabilirler. Ayrıca tanı koyma aşamasında paranoid davranışların sanrısız bozukluk veya şizofreninin hastalık öncülü olarak ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır (25). Paranoid kişilik bozukluğuna sahip bireylerin şiddet suçlarına karışması riskinin daha yüksek olabileceğine dair çalışmalar alanyazında mevcuttur (50).

Paranoid kişilik bozukluğunu, genel nüfusun % 0.5 ila % 4.4'ünde, psikiyatrik hastalar arasında ayakta tedavi kliniklerine başvuran hastaların yüzde %2-10'unda, psikiyatrik yatılı servis hastalarının %10-30'unda ve cezaevi popülasyonlarının %23'ünde görüldüğü çalışmalar mevcuttur (50, 51, 52).

Şizoid kişilik bozukluğu toplumsal ilişkilerden yaygın bir kopuş ve kişilerarası ortamlarda duyguların limitli şekilde ifade edilmesiyle karakterize olan, genellikle erken yetişkinlik döneminde başlaması beklenen bir bozukluktur. Kişilerle samimi bağlar kurma isteğinden yoksun ve bu bağların kurulması fırsatlarına karşı ilgisiz olabildikleri ayrıca sosyal grupların parçası olmaktan zevk almadıkları tanımlanmaktadır. Sosyal etkileşimden tek başlarına vakit geçirmeyi yeğleyerek sıklıkla bu tip etkinlik ve hobileri tercih ederler. Mekanik veya teorik alanlardaki görevleri yapmayı tercih edebilirler. Yakın akrabaları dışında arkadaşları olmaması sık karşılaşılan bir durum olup, cinsellikten alınan keyif sıklıkla azalmıştır. Başkalarının övgülerine ve eleştirilerine karşı vurdumduymaz bir tavır sergilemektedirler. Duygusal açıdan donuktur. Sosyal etkileşimin genel geçer tutumlarından habersiz olabilirler ve sıklıkla sosyal sinyallere uygun şekilde tepki vermeyebilirler, bu durumlara bağlı olarak da sosyal alanda beceriksiz, yüzeysel, bencil görünebilirler (25). Şizoid Kişilik Bozukluğunun şiddet suçları ve cinayetle ilişkili olabileceğini belirten çalışmalar mevcuttur (53).

Şizotipal kişilik bozukluğuna sahip şahıslar sıklıkla deneyimlediği günlük bir olayın veya algıladığı bir nesnenin kendisi için özel bir öneme sahip olduğu hissini tanımlayan referans fikirlere sahiptir. Bu durum referans sanrılardan farklıdır ve ayırt edilmeleri gereklidir, hastalar batıl inançlara sahip olabilir veya ait oldukları kültür tarafından anormal karşılanacak paranormal olaylarla meşgul olabilirler. Olayları gerçekleşmeden önce sezme veya diğer süjelerin zihnindekileri okuma gibi özel güçlere sahip olduklarını hissedebilir, büyüsel güçlerle ötekileri etkileyebildiklerini ya da ritüelistik davranışlarda bulunarak zarardan kaçındıklarını düşünebilirler. Bedensel yanılsamalar da dahil olmak üzere alışılmış dışında algısal deneyimler yaşayabilirler. Mecazi, aşırı ayrıntılı, tuhaf

düşünceleri ve konuşmaları vardır. Diğer süjelere karşı kuşkucu tavırlar içine girebilir ve uygunsuz, katı veya kısıtlı ilişkiler içerisine giriyor gibi görünebilirler. Hastaların giyimleri ve tavırları egzantrik veya tuhaf olabilir. Yakın buldukları dostlarının sayısı kısıtlıdır veya akrabaları dışında yoktur. Özellikle tanımadıkları kişilerin olduğu sosyal toplantılarda gerilebilirler. Ortama uymadıklarını düşünebilirler. Ancak bu gerginlikleri, kendileri hakkındaki negatif algıları ile ilgili değil, şüpheliciliklerinden kaynaklıdır. Özellikler Şizoid kişilik bozukluğu gibi diğer hastalıklardan ayırt edilmeleri gereklidir. Hastalığa diğer kişilik bozukluklardan ziyade depresyon ve anksiyete daha sık eşlik etmektedir (25, 54).

Şizotipal kişilik bozukluğunun yaygınlığı dünya çapında yaklaşık %3,9'dur ve erkeklerde daha sık görülmektedir. Küme A kişilik bozukluklarının evsiz bireyler arasında daha yaygın olduğu düşünülmektedir (55, 56).

Yapılan bir çalışmada cezaevindeki mahkumların çoğunluğunun bir kişilik bozukluğundan muzdarip olduğu bildirilmiş olup, şiddet suçları ve cinayet suçlularının özellikle şizoid ve şizotipal kişilik bozukluklarıyla anlamlı şekilde ilişkili olduğu bildirilmiştir (53).

B Kümesi Kişilik Bozuklukları

B kümesi kişilik bozuklukları; antisosyal, borderline, histrionik ve narsistik kişilik bozukluklarını kapsamaktadır, bu kümedeki kişilik bozuklukları duygu düzenleme, dürtüsellik ve kişilerarası çatışmalarla ilgili sorunlarla karakterizedir (57).

Antisosyal kişilik bozukluğunda, on beş yaşından itibaren ortaya çıkan diğer süjelerin haklarına karşı saldırı örüntüsü yaygındır. Bu bozukluktan muzdarip olan kişiler yasaları çiğneme konusunda tekrarlayıcı davranışlar gösterebilmektedirler. Kronik yalan söyleme, aldatıcı davranışlarda bulunma, kişisel çıkarlar için başkalarını kandırma davranışları ve dürtüsel davranışlar sergileyebilmektedirler. Antisosyal kişilik bozukluğu olan kişiler asabi ve saldırgan olma eğilimindedirler ve tekrarlar şekilde fiziksel kavgalara karışabilir veya fiziksel saldırılarda bulunabilirler, bu saldırılar meşru müdafaa amacı taşımamaktadır. Bu kişiler aynı zamanda kendilerinin veya başkalarının güvenliğine karşı umursamaz tutum içerisine girebilirler. Zararlı sonuçları olacak cinsel davranışlarda veya madde kullanımında bulunabilirler. Çocuklarına karşı ihmal ve istismar boyutuna ulaşan davranışları olabilir. Kişilerin sorumsuz davranışları ekonomik alanlarını ve çalışma hayatlarını negatif etkiler. Mesaiye uymakta sorun yaşayabilir, borçlanabilirler. Başka

kişilere karşı yaptıkları zararlı davranışlar sonucunda pişmanlık göstermeyebilir ya da durumun sonuçlarını iyi yönde değiştirmek için çabalamayabilirler. Empati yoksunluğu ve kendisini normal yargının ötesinde önemli hissetme eğilimleri sık görülen diğer özelliklerdendir. Antisosyal kişilik bozukluğu olan bireylerin doğal nedenlerden ve özkıyım nedeniyle erken ölme olasılığı genel popülasyona göre yüksektir (25).

Antisosyal kişilik bozukluğuna sahip bireylerde davranışlarının sonuçlarından ders çıkarmadaki tekrarlayan başarısızlıklarından dolayı yasal sorunlarla sık karşılaşabilirler (57). Davranış bozukluğu olan çocuklar insanlara ve hayvanlara karşı şiddet içeren davranışlarda bulunabilirler, bu çocuklardan özellikle erkeklerin antisosyal kişilik bozukluğu geliştirme ihtimalleri daha yüksektir (59, 60). Başta suç işleme davranışı olmak üzere kırk yaşına kadar kişilerin semptomlarında silinmeler olur (25). Bu bozukluğun oluşmasında etki ve katkı düzeyleri net olarak ortaya koyulmamış olmakla beraber çocukluk deneyimleri, çevresel etmenler ve epigenetik mekanizmalar etkili olmaktadır (60). Hastalığın gelişmesinde monoamin oksidaz A ve triptofan hidroksilazın ekspresyonundan sorumlu genlerin, nöronal hasara neden olan hastalıkların, annede gebeyken tütün kullanımının etkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (62, 63, 64, 65). Nörogörüntülemeyle yapılan çalışmalarda da bu kişilerde frontal korteks anomalileri tespit edilmiştir (66).

Antisosyal kişilik bozukluğunun yaygınlığı hakkında değişen veriler bulunmakla beraber, şiddetli alkol kullanım bozuklukları olanlar ve madde bağımlılığı klinikleri, hapishaneler veya diğer adli ortamlarda bulunan erkek örneklemelerde oranının yüzde yetmişlere vardığı belirtilmektedir (25).

Borderline kişilik bozukluğunun temel özelliği, erken yetişkinlik döneminde başlayan; kişilerarası ilişkilerde, benlik algılamasında sapmalar, duygulanımlarda istikrarsızlık, belirgin dürtüsellik gibi çeşitli alanlarda ortaya çıkan bir durumdur. Bu durumdan muzdarip olan kişiler gerçek bir ayrılıktan veya imgesel bir terk edilişten sakınmak için üst düzey çaba harcarlar. Yaklaşan ayrılma veya reddedilme algısı veya dış ilişkilerdeki kayıp; benlik algısında, duygulanımda, bilişte ve davranışta önemli derinlikte değişikliklere yol açabilir. Ayrılık sonucunda öz saygıda düşme görülebilir, kendilerine dair negatif düşünceler geliştirebilirler. Bu terk edilme korkuları, yalnız kalmayı tolere edememe ve yanlarında başka insanların bulunması ihtiyacı ile ilgilidir. Terk edilmekten kaçınma çabaları arasında kendisine fiziksel zarar verme ve intihar davranışları da bulunabilmektedir. Bu kişiler çalkantılı ve derin ilişkilere sahip olabilirler ve ilk

buluşmalarda sevgililerini idealize edebilirler. Bununla birlikte duygusal yoğunluk hissettikleri s  jelerle çok fazla zaman geçirmeyi talep edebilirler ve hayatlarındaki en mahrem ayrıntıları, ilişkinin başlarında paylaşabilirler. Ancak tüm yaşananlar sonrası bile idealize ettikleri kişileri süratle değersizleştirmeye, kendisine yeterince iyi davranılmadığını d    nmeye ba  layabilirler. Diğer süjelere karşı yaşadıkları bu çalkantılı durumu, kendi benlik algılarına karşı da hissedebilirler. Kendilerine zararı dokunabilecek kumar, tehlikeli araba kullanma gibi birden fazla alanda dürtüsel davranışlar sergileyebilirler. Kişilerin duygu çalkantıları derin bir boşluk veya yalnızlık hissinin olduğu dönemler şeklinde de kendini gösterebilir. Bedenleri üzerinde tahribata neden olacak davranışlar ve hayatlarına son verme saikiyle hareket ettikleri eylemlerle jestler; ayrılma veya reddedilme tehditleriyle veya ilişkide olduğu kişinin daha fazla sorumluluk alacağı beklentileriyle ortaya çıkabilir veya çıkması hızlanabilir. Bu tip davranışlar disosiasyon ve kişinin ‘hissizle  ti  i’ dönemlerde veya kendilerini ‘kötü’ addettikleri dönemlerde de ortaya çıkabilir. Bireyler özellikle ilişkide olduğu insanların kendilerine karşı hatalı davrandıkları d    ncesine ba  lı yoğun   fkeler deneyimleyebilir, ek bir tanı gerektirmeyecek düzeyde, kısa süreli disosiyatif ve paranoid dönemler yaşayabilirler (25).

Genel nüfusta borderline kişilik bozukluğunun yaygınlığının %1.8 olduğu tahmin edilirken, hapishanedeki kişiler arasındaki oranın %9-30 arasında olduğu bildirilmiştir (67).

Histriyonik kişilik bozukluğu olan bireyler ilgi odağı olmadıklarında kendilerini rahatsız veya takdir edilmemiş hissederler. Çoğu zaman hayat dolu ve dramatik tavırlar içerisindedirler, dikkatleri kendilerine çekme eğilimleri vardır. Yeni tanıştıkları kişileri coşkuları veya   apkınlıkları gibi tutumlarıyla etkileyebilirler. ‘Neşe sa  an kişi’ rolünü üstlenebilirler. Bu bozukluğa sahip bireylerin görünümü ve davranışları genellikle uygunsuz bir baştan çıkarıcılık içerebilir. Duygusal ifadeleri y  zeyssel ve hızla değişken olabilir. Bu bozukluğa sahip kişiler dikkati üzerlerine çekmek için fiziksel görünümlerini kullanabilmektedirler. G  r  n    leriyle başkalarını etkilemeye aşırı önem verirler ve giyime-bakıma aşırı miktarda zaman, enerji ve para harcarlar. G  r  n    leriyle ilgili iltifat duymaya çalışabilir ve görünüşleriyle ilgili eleştirel bir yorumdan ya da kötü buldukları bir fotoğraftan kolayca ve aşırı derecede   z  lebilirler. Bir konu, kişi ya da durumla ilgili olarak abartılı olan görüşlerini dramatik bir yetenekle ifade edilirler ancak bu güçlü duyguların gerekçelerini temellendiremezler, tavırları yapmacık bulunabilir. Histriyonik

kişilik bozukluğu olan bireyler telkine açıktırlar, görüşleri ve duyguları başkalarından ve güncel modalardan kolaylıkla etkilenir. Bu bozukluğa sahip kişiler genellikle ilişkilerini gerçekte olduğundan daha samimi olarak görebilirler, en sık etkilenen alanları insanlar arası ilişkiler olup boşanma veya hiç evlenmeme oranlarının genel toplumdan daha yüksek olduğu da bildirilmiştir (25). 2020 yılında yayınlanmış bir çalışmada histrionik kişilik bozukluğunun batı toplumundaki yaygınlığı %0,8 olarak bulunmuştur (68).

Narsistik (Özsever) kişilik bozukluğuna sahip bireyler grandiyöz bir üstünlük ve kendini aşırı önemseme duygularına sahiptir. Yeteneklerini ve başarılarını yüksek görme eğilimde olup, kibirli ve iddialı görünebilirler, sıklıkla sınırsız başarı, güç, zeka, güzellik veya aşk hayalleriyle meşguldürler. Başkalarının da kendisini bu tip pozitif meziyetlere sahip olarak gördüğünü düşünmekte ve diğer süjelerden bekledikleri ve hak ettiklerini düşündükleri övgüler yapılmadığında şaşmakta hatta yıkıma uğrayabilmektedirler. Bu hayal kırıklığını oluşturan kişileri kötüleyebilirler. Sadece yüksek statüdekiler tarafından anlaşılabacaklarını ve onlarla ilişki kurmaları gerektiğini düşünebilirler ve ilişki kurdukları bu kişilere olumlu nitelikler atfedebilirler. Bu bozukluğa sahip bireyler, sahip oldukları ihtiyaçların özel olduğuna ve sıradan insanların tasavvurunun ötesinde olduğuna inanırlar. Genellikle aşırı hayranlık gereksinirler, öz saygıları ciddi düzeyde kırılmıştır ve kendi içsel çatışmaları diğerlerinin hayranlığını aramayla sonuçlanır. Kendilerine ayrıcalıklı davranılmasını bekleyip bu gerçekleşmediğinde şaşkınlık ya da öfke gibi duygulara savrulabilirler. Başkalarının talep ve gereksinimlerine karşı anlayış ve hassasiyet eksikliğinin de katıldığı ayrıcalık beklentileri, diğer süjeleri bilinçli veya bilinçsiz şekilde; duygusal, sosyal, entelektüel veya finansal gibi alanlarda sömürmelerine yol açabilir. Arkadaşlık ve romantik ilişkilerini de amaçlarını elde etmek için kurabilirler. Kişilerin bakış açılarını anlayabilirler başka bir deyişle bilişsel empatiye sahiptirler, ancak duygusal empatiden yoksun olabilirler. Narsistik kişilik bozukluğu olan bireylerle ilişki kuranlar genellikle duygusal bir soğukluk hissedebilir, kendilerinin gösterdiği ilginin karşılığını alamazlar. Bu bozukluktan muzdarip olanlar kıskanç duygular içerisinde olabilir ve diğerlerinin de kendisini kıskandığını düşünebilir; sıklıkla kendini beğenmiş ve diğerlerine karşı küçümseyici tavırlar sergileyebilirler (25). Beş epidemiyolojik çalışmanın değerlendirilmesinde, hastalığın medyan yaygınlığı %1,6 olarak bulunmuştur. Kadınlardan daha çok erkeklerde görülmektedir (69).

B kümesi kişilik bozukluklarından teşhis alan kişilerin, onları dava sürecine dahil olmaya daha yatkın hale getiren özelliklere sahip olduğu düşünülmektedir. Antisosyal kişilik

bozukluğundaki hilekarlık, pervasız davranışlar, dürtüsellik ve empati eksikliği bireyin yasal sisteme dahil olma riskini artırır. Borderline kişilik bozukluğu da çeşitli yasal sorunlarla ilişkilendirilmiştir; ancak Antisosyal kişilik bozukluğundan farklı olarak, bu grup sıklıkla davacıdır. Borderline kişilik bozukluğu olan kişilerin, cinsel suistimal veya intiharla ilgili adli sistemde mağdur olarak başvurabilirler. Narsistik ve Histronik kişilik bozuklukları olan kişiler medeni hukuk alanında sorunlar yaşayabilmektedirler (57).

C Kümesi Kişilik Bozuklukları

Kaçınmacı, bağımlı ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluklarını içeren C kümesi kişilik bozuklukları, genel popülasyondaki en yaygın ruhsal bozukluklar arasındadır ve bildirilen yaygınlık oranları %3-9'dur. Bu küme yaygın ruh sağlığı bozukluklarının (Örneğin depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi) olumsuz sonuçları ve kronikleşmesiyle ilişkilidir (70).

Çekingen kişilik bozukluğu olan bireyler, kritize edilme, reddedilme ve onaylanmama korkuları sebebiyle kişilerarası iletişim gereken iş aktivitelerden ve yeni sorumlulukları başaramayacaklarını düşünerek terfilerden kaçınabilirler. Bu kişiler, seviceceklerinden ve kritize edilmeden kabul edileceklerinden emin olmadıkları müddetçe yeni arkadaşlar edinmekten kaçınırlar, ayrıca yaptıkları denemelerle aksini ispat etmedikleri sürece diğerlerinin kendisini onaylamadıklarını düşünürler. Davranışlarını sınırlandırabilir, kendileri hakkında konuşmaktan çekinebilirler ve ifşa edilme, alay edilme veya utanma korkusuyla samimi duygulardan uzak durabilirler. Karşısındaki kişiler az miktarda bile eleştirel/onaylamama şeklinde davranırlarsa, aşırı derecede incinmiş hissedebilirler. Bu davranışların korkusundan dolayı utangaç, sessiz, çekingen olma eğilimindedirler. Çekingen kişilik bozukluğu olan bireyler, kendilerini yetersiz hissettikleri ve öz saygıları düşük olması nedeniyle yeni iletişim durumlarında çekingen davranırlar. Kendini sosyal açıdan beceriksiz, kişisel olarak çekici olmayan veya diğerlerinden daha aşağı biri olarak görebilir, utanç duyabileceklerinden dolayı kişisel risk almak veya herhangi bir yeni aktiviteye katılmak konusunda normdan sapar derecede isteksiz olabilirler (25).

Çekingen kişilik bozukluğunun toplum yaygınlığını yaygınlık oranları %0,8 ila %5 arasında değişiklik gösterdiği tahmin edilmektedir. Yaşam boyu yaygınlığının %9 civarında olduğu da bildirilmiştir (71).

Bağımlı kişilik bozukluğuna sahip bireyler günlük kararlarını vermekte diğerlerinin görüş ve önerileri olmaksızın zorlanırlar. Edilgen olma eğilimindedirler ve diğer insanların

(Çoğunlukla ebeveynleri ya da eşi olabilen tek bir kişinin) kendi hayatlarında; iş seçimleri, kişilerarası iletişim gibi alanlarda inisiyatif almasına izin verirler. Destek veya onay kaybetmekten korktukları için diğer süjelere, özellikle de bağımlı oldukları bireylere fikir ayrılıklarını ifade etmekte zorlanabilirler, bu nedenle yanlış olduğunu düşündükleri şeyleri kabul edebilirler, onlara karşı olan kızgınlıklarını gösteremeyebilirler. Bu bozukluğa sahip bireyler, özgüvenleri düşük olması ve yardımsız başaramayacaklarını düşündükleri için tasarıları başlatmakta veya bağımsız olarak bir şeyler yapmakta zorluk çekebilirler. Kendilerini bu şekilde gördüklerinden dolayı dışarıdaki insanlara kendilerini beceriksiz ve sürekli yardıma ihtiyaç duyan kişiler olarak sunarlar, bir konuyla ilgili mahir görünmelerinin destek kaybına neden olacağını düşünebilirler. Diğerlerinden aldıkları destek ve onay için yapmak istemedikleri hoş olmayan işlere gönüllü olabilirler. Alışılmadık fedakarlıklar yapabilir ve başka seçenekleri olmasına rağmen kullanılmaya tahammül edebilirler. Kendine bakamayacağına dair abartılı korkuları sebebiyle tek başlarına kaldıklarında rahatsız veya çaresiz hissedebilirler. Destek aldığı ilişkinin bitmesi halinde ihtiyaçları olduğunu düşündükleri desteği tekrar bulmak amacıyla hızla ve gelişigüzel şekilde başka bir kişiyle bağlanma yoluna gidebilirler. Zihinleri sıklıkla kendi başlarının çaresine bakmak zorunda bırakılma korkusuyla meşguldür (25).

2018 yılında yapılan bir çalışmada bağımlı kişilik bozukluğunun genel toplumdaki oranının diğer kişilik bozukluklarına nazaran daha düşük olduğu, %0,78 oranında olduğu belirtilmiştir (72).

Obsesif Kompulsif Kişilik bozukluğundan muzdarip olan kişiler, bir durumda asıl önemli olan noktayı kaybedecek kadar kurallara, önemsiz ayrıntılara, prosedürlere, listelere, programlara veya bir şeyin görünümüne büyük bir dikkat göstererek kontrol duygularını sürdürmeye çalışabilirler. Detaylar konusunda sıradışı dikkatleri vardır ve olası hataları tekrar tekrar kontrol ederler, bu süreçte vaktin nasıl geçtiğini fark etmeyebilirler. Hata yapma korkuları ya da işlerin nasıl yapılması gerektiği konusundaki ısrarları insanlar arası ilişkilerinde sorunlara neden olabilmektedir. Zaman kullanımında sorunlar yaşamaları nedeniyle en önemli görevleri son dakikaya bırakabilir veya başladıkları işleri hiç tamamlayamayabilirler. Teslim zamanı yaklaşmış işler için çabalarken odaklandıkları konular dışındaki alanlarda bozulmalar yaşanabilir; öğün atlama ya da gece uykularından feragat etme gibi davranışlar sıklıkla gözlenebilir. Arkadaşlıklarına vakit ayırmaktan ve boş zaman aktivitelerinden imtina ederek, çalışma ve üretkenliklerine aşırı bağlılık gösterebilirler. Boş zaman aktivitelerine veya dinlencelerine ‘zaman kaybetmek’ olarak

bakabilirler. Ev işlerine ciddi yoğunlaşmalar yaşayıp, ‘bal dök yala’ olana kadar tekrar tekrar temizlik yapabilirler. Hayatlarının diğer alanlarındaki durumlara aynı mükemmelliyetçi kimlikle yaklaşabilirler. Kültürel ve dini değerleriyle açıklanmayan, otoriteye ve kurallara katı bir şekilde itaat ve kuralcılık sergileyebilirler ayrıca kendilerini ayırmaksızın ahlaki veya etik yanlışları sertçe yargırlar. Beraber yaşadıkları insanların şikayetlerine konu olacak düzeyde; bozuk, yıpranmış, işe yaramayacak şeyleri biriktirme/atmama davranışları gösterebilirler. Bu eşyaların atılmasından üzüntü duyarlar. Başkalarıyla birlikte iş yapmaya isteksizlik gösterebilir, her şeyin kendi yöntemleriyle yapılması ve insanların kendi yöntemlerine uyması konusunda ısrar edebilirler. Karşılayabileceklerinin çok altında bir yaşam sürebilir, ileride yaşanabilecek katastrofilerinin sonuçlarını engellemek için para harcama konusunda kayda değer cimrilikler gösterebilirler. Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu katılık ve inatçılık ile karakterizedir. Bu bozukluğa sahip kişiler, işlerin ‘tek olan doğru’ şekilde yapılması konusunda o kadar endişe duyarlar ki, başkalarının fikirlerine uymakta zorluk çekerler. Toplumdaki yaygınlık oranının %4,7 olduğu düşünülmektedir (25).

C kümesi kişilik bozukluklarıyla ilgili adli psikiyatri çalışmaları diğer kişilik bozukluklarına nazaran daha azdır. Yapılan bir çalışmada cinayet suçluları incelendiğinde bu gruptaki bireylerin daha kısa suç geçmişine sahip oldukları tespit edilmiştir (73). İran’da yapılan bir çalışmada bu kümedeki hastaların hırsızlık ve saldırı suçları ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (74).

2.9.5. Kaygı Bozuklukları

Anksiyete (Kaygı) bozuklukları, aşırı korku ve kaygının özelliklerini ve buna bağlı davranışsal bozuklukları içerir. Korku, mevcut veya gelmekte olduğu algılanan tehdide verilen duygusal tepkidir; kaygı ise gelecekteki tehdidin beklentisidir (25).

Korku daha çok gelmekte olan tehdite karşı savaş ya da kaç için gerekli olan otonomik uyarılma dalgalanmaları ve kaçma davranışları ile ilişkiliyken; kaygı daha çok gelecekteki tehlikelere hazırlık için gereken kas gerginliği, uyanıklık ile temkinli veya kaçınan davranışlarla ilişkilidir. Panik ataklar, korku tepkisinin özel bir türü olarak anksiyete bozuklukları arasında özel bir yere sahiptir ancak panik atak sadece anksiyete bozukluklarıyla sınırlı kalmayıp diğer ruhsal bozukluklarda da görülebilmektedir. Kaygı bozukluklarının, normal korkudan ayrımı aşırı oluşu ve beklenenden daha uzun sürmesiyle değerlendirilmektedir. Anksiyete bozuklukları birbirleriyle yüksek oranda eşanlı olma eğilimindedir ve korkulan veya kaçınılan durumun ne olduğu ile bu durumla

ilişkili düşünce veya inançların içeriği sorgulanarak tanıya gidilmektedir (25). Kaygı bozukluklarının çoğu çocukluk çağında gelişir ve tedavi edilmezse devam etme eğilimindedir, çoğu anksiyete bozukluğu kızlarda erkeklere göre yaklaşık 2:1 oranında daha sık görülmektedir (25).

Ayrılma kaygısı bozukluğu olan bireyler, bağlandığı kişilerden ayrılma konusunda kaygı duyar, bağlanma figürlerinin kaybına ya da ayrılmalarına yol açabilecek olayların yaşanmasına dair sürekli tasalanabilirler. Semptomlar sıklıkla çocuklukta gelişse de, çocuklukta ayrılma anksiyetesi bozukluğu öyküsü olmadığında da yetişkinlikte ortaya çıkabilmektedir. Seçici konuşmazlık, kişinin günlük hayatında konuşmasında problem olmamasına rağmen, konuşma beklentisinin olduğu sosyal durumlardaki konuşma başarısızlığı ile karakterize edilir, bu konuşmama durumu kronik olarak mevcuttur. Konuşmadaki bu başarısızlık kişinin sosyal alanlarını etkilemektedir. Özgül fobileri (Yılgıları) olan bireyler, belirli nesne ya da durumlara karşı kaygıya sahiptirler. Bu durum ya da eylemlerden kaçınmaya çalışırlar. Korku nesnesi ya da durumu gerçekten o anda mevcuttur ancak ona karşı verilen tepki norm üzerindedir. Yılgı konusu olan durum kan enjeksiyonu, hayvan türü vb. olabilmektedir. Sosyal anksiyete bozukluğunda kişi, sosyal etkileşimlerden ve yargılanma ihtimali olan durumlardan korkar, kaygı duyar veya bunlardan kaçınır. Kişinin bilinci, başkaları tarafından utandırılmak, aşağılanmak ya da başkasını gücendirmek gibi durumlara karşı kaygılanmaktadır. Panik atak, fiziksel ve/veya bilişsel semptomların eşlik ettiği, dakikalar içinde zirveye ulaşan, korku veya rahatsızlık hislerinde ani dalgalanmalarıdır. Panik bozukluğunda, kişi tekrarlayan beklenmedik ataklar deneyimler ve tekrar bu durumun oluşacağı konusunda sürekli kaygılanır, bu nedenle alışılmadık yerlerden kaçınma gibi davranış değişiklikleri görülebilir. Agorafobide kişi toplu taşıma, sıraya girme, kapalı alanlar gibi atak geçirdiğinde kaçmasının-uzaklaşmasının zor olduğu yerlerden rahatsızlık duymaktadır. Kişiler bu tip yerlerden kaçınabilirler ya da kendilerine eşlik edecek başka bir süjeye gereksinebilirler. Yaygın kaygı bozukluğunun temel özellikleri, kişinin kontrol etmekte zorlandığı, iş ve okul performansı da dahil olmak üzere çeşitli alanlardaki sürekli, aşırı endişeye sahip olmasıdır. Kişi bu durumlara ek olarak konsantrasyon zorluğu, uyku bozuklukları gibi fiziksel belirtiler de yaşamaktadır. Madde kullanımına bağlı olarak da intoksikasyon ve çekilme dönemlerinde anksiyete bozukluğu görülebileceği bilinmektedir (25).

2.9.6. Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu

Madde Kullanım Bozukluklarının prevalansı ülkelere ve kullanılan madde türüne (en yüksek tütün ve alkol kullanım bozuklukları) ve ayrıca nüfusun demografik ve sosyoekonomik özelliklerine göre değişiklik gösterir. Madde kullanım oranları erkeklerde kadınlara oranla yüksektir. Her iki cinsiyette yaşla birlikte oranlar düşüş gösterir (75, 76). Bu bozuklukların toplum üzerindeki sağlık ve ölüm, ekonomi ve suçla ilgili etkisi derindir ve bu etkisi artmaya devam etmekte gibi görünmektedir (77). Yasaklı maddeler; pulmoner, metabolik, kardiyovasküler, psikiyatrik, onkolojik ve bulaşıcı hastalıklar dahil olmak üzere birçok akut ve kronik hastalığa katkıda bulunur ve sonuçlarını kötüleştirir (78). Yasadışı uyuşturucuların üretimi, dağıtımı ve kullanımından önemli ekonomik maliyetler doğmaktadır ve bu maliyetler aileleri, tüketicileri, endüstrileri ve hükümetleri etkiler. Örneğin, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin istihdam edilme olasılığı daha düşüktür ve mali krizin sonuçlarını deneyimleme olasılıkları daha yüksektir. Başka alanlarda kullanılabilecek ekonomik kaynaklar, madde kullanımının engellenmesi ve bireylerin tedavisine harcanır (76, 79). Madde kullanımı bireyden bireye nedenleri ve sonuçları değişmekle beraber madde kullanımına karşı eğilimi etkileyen bireysel faktörler arasında genetik, olumsuz çocukluk deneyimlerinin varlığı, uyuşturucuyla ilk karşılaşılma yaşı, kişilik özellikleri ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklar bulunur. Bu faktörler, aile ve toplum desteğinin miktarı, sosyal düzensizlik ve eşitsizlikler, uyuşturucularla ilgili normatif davranışlar ve uyuşturucu bulunabilirliği ve yasadaki durumu gibi genel sosyal faktörler tarafından düzenlenir (76).

Madde kullanım bozukluğunun temel özelliği, bireyin maddeyle ilgili önemli sorunlara rağmen maddeyi kullanmaya devam ettiği bir dizi bilişsel, davranışsal ve fizyolojik semptomdur. Kişinin kullandığı maddeler semptomları değiştirmektedir, örneğin tüm maddeler yoksunluk sendromuna neden olmamaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi reçeteli ilaçlar da dahil olmak üzere maddelerin tüketimi, kısmen kültürel geçmişten veya maddenin temin edilebilirliği gibi bir dizi faktörden etkilenmektedir. Özellikle şiddetli bozuklukları olan bireylerde, detoksifikasyondan sonra da devam edebilen merkezi sinir sistemi değişiklikleri olabilir, bu değişiklikler maddeyle ilgili uyarılarda maddenin arzulamasıyla ilişkilidir. Genel olarak, madde kullanım bozukluğunun tanısı, maddenin kullanımına bağlı patolojik bir davranış örüntüsüne dayanır. Tanı öğeleri maddeye karşı bozulmuş denetim, kişinin toplumsal alanlarında bozulma, riskli kullanım davranışları ve maddeye dair farmakolojik ölçütler şeklinde gruplara uyarlar (25).

Madde kullanımı üzerindeki bozulmuş denetim, ilk kriter gruplamasıdır. Kişinin maddeyi aslen tasarladığından daha yüksek dozlarda veya daha çok vaktini alacak şekilde kullanması, kullanımında değişikliğe gitmek istemesine rağmen azaltma veya bırakma noktasında tekrarlayan başarısız girişimlerinin olması, maddeyi temin etmek, kullanmak veya etkilerinden sıyrılmak için çok fazla zaman harcaması, maddeyi özellikle onu hatırlatan bir durum olduğunda aşermesi bu tip kriterlerdendir. Sosyal alandaki bozulmalarda, maddenin tekrarlar biçimde kullanılmasıyla kişinin iş ve aile hayatıyla ilgili alanlarda hayatın işleyişi dolayısıyla var olan sorumluluklarını savsaklamasına neden olabilir, kişi oluşan sorunlara rağmen madde kullanımına devam edebilir, bu alanlarla ilgili aktivitelere katılmamaya, uzak durmaya başlayabilir. Maddenin riskli kullanımından kasıt, kişinin farkında olduğu, maddenin neden olduğu fiziksel veya psikolojik zarara rağmen maddeyi kullanmaktan kaçınmamasıdır. Farmakolojik ölçüt ise kişinin maddeye karşı tolerans geliştirmesidir. Toleranstan kasıt madde kullanıcısının aynı dozu kullandığı halde kendisinde meydana gelen etkinin azalması ya da istediği etkinin gerçekleşmesi için daha büyük doz kullanmayı gereksinmesidir. Çekilme, bir maddenin kronik ve sık kullanması sonrasında şahısta kan veya doku konsantrasyonlarının azalmasıyla oluşan bir sendromdur. Çekilme semptomları geliştikten sonra, kişi semptomları hafifletmek için maddeyi tüketme eğilimindedir (25).

Alkol kullanım bozukluğu, madde kullanım bozukluğuna benzer şekilde, alkole karşı yoksunluk, tolerans ve aşerme gibi davranışsal ve fiziksel bulguların toplamının bir bütünü olarak tanımlanmaktadır. Yoksunluk, alkolün kronik ve sık kullanmasından 4-12 saat sonra meydana gelen bulgular ve buna bağlı olarak kişilerin tekrar alkol alması durumudur. Alkolü yoğun kullanan bu bireyler, günlerinin büyük kısmını alkolü bulmayla ve tüketmekle geçirirler. Aşerme ise başka konulara odaklanmayı güçleştiren ve içki içmeyle sonuçlanan bir içme isteğidir. Alkol kullanımı bireyin, sosyal alanları, işi, aile hayatı gibi alanları etkilemektedir. Mesleğindeki görevleri savsaklama, aile içi sorumluluklarını gerçekleştirememesi, okul hayatında başarısızlık ve devam sorunları gibi çoğaltılabilecek alanlar etkilenebilir. Kişiler alkol kullanmaması gereken durumlarda içki içebilirler. Alkol kullanım bozukluğu olan bireyler, sürekli tüketimin fiziksel sağlığı üzerindeki etkisi, kendisinde meydana getirdiği psikolojik problemler, sosyal-kişilerarası alanlardaki sorunlara rağmen alkol tüketmeye devam edebilirler (25).

Alkol ve madde kullanımının şiddet suçlarıyla ilişkisi literatürde sıkça tartışılan bir konudur. Örneğin 2018 yılında yapılan bir meta-analizde, şiddetin; alkol ve uyuşturucu

kullanımına orta düzeyde etki büyüklüğüyle ($d = 0,45$) bağlı olduğu gösterilmiştir (80). Alkol, duygusal işleme ve rasyonel düşünme dahil olmak üzere bireylerin zihinsel durumunu değiştirerek, özellikle gençler ile psikolojik veya psikiyatrik komorbiditeleri olanları öngörülemez ve tehlikeli hale getirebilmektedir (81). Uyuşturucu kullanıcılarının da alışkanlıklarını desteklemek için hırsızlık, soygun ve cinsel suçlar gerçekleştirebildikleri bilinmektedir (82). Unutulmaması gereken bir nokta alkol kullanımının fail üzerindeki etkileri dışında mağdurlar üzerinde de etkilere neden olduğudur. Örneğin ilaçla kolaylaştırılmış cinsel saldırıda madde kullanılabildiği gibi, alkol de sıklıkla tercih edilen bir etken maddedir. Ayrıca çocukken yaşanan cinsel istismarların bir sonucu olarak da alkol ve madde kullanım bozuklukları görülebilmektedir (83, 84).

2.9.7. Demans

Demans; hafıza, düşünme ve günlük aktiviteleri uygun biçimde gerçekleştirme yeteneğini gibi beyin fonksiyonlarını etkileyen çeşitli hastalıkları kapsayan bir çatı terimdir. Eski sınıflamalarda ilgili alanların en az ikisinde bozulma olması gerektiği tanımlanırken yeni tanımlamalarda bu etkilenmenin tek alanda da olabileceği kabul edilmektedir. Bu hastalık grubu ilerleyici vasıftadır. Halk arasında ‘bunama’ olarak tabir edilen bu durum, halkın genel bilgisinin aksine tüm yaşlılarda meydana gelen bir durum değildir. (85)

Demansa yakalanmayı kolaylaştıran pek çok faktör vardır. Bunlardan bazıları: Depresyon, fazla alkol kullanımı, sigara kullanımı, sosyal izolasyon, genetik faktörler, hipertansiyon, diyabet, düşük eğitim düzeyi ve hava kirliliği olarak sıralanabilir. Hastalık sıklıkla almış beş yaş üstündeki kişilerde görülmektedir. Bu yaştan önce semptomların başlaması ‘erken başlangıçlı demans’ olarak tanımlanmaktadır. Erken başlangıçlı demans tüm demansların yaklaşık yüzde dokuzunu oluşturmaktadır (85, 86).

Demans çatısı altında beyne hasar veren pek çok durum ve hastalık olmakla beraber tanımlanmış vakaların en sık formu Alzheimer hastalığıdır ve vakaların yüzde altmış ila yetmişinde katkısı bulunabilir. Demansın geçirilmiş stroke/kanama sonrası, HIV gibi belirli enfeksiyonlara bağlı olarak, beyinde yineleyici fiziksel travmalara bağlı (kronik travmatik ensefalopati) veya beslenme yetersizlikleri sonucunda da gelişeceği unutulmamalıdır. Demansın farklı formları arasındaki net ayrımlara gitmek güçtür ve formlar sıklıkla bir arada bulunur. Hastalarda ortaya çıkan hafıza problemleri epizodik vasıfta (önceki günlerde, haftalarda ne yaptığını unutma) şeklinde olabilir, hastalar yaşamlarındaki özellikle otobiyografik yeni durumları öğrenmekte zorlanırlar. Bir şeyleri

kaybetme veya yanlış yere koyma, yürürken veya araba kullanırken kaybolma, zamanın nasıl geçtiğini anlamama, karar almada zorluklar, konuşmaları takip etmede veya kelime bulmada zorluklar yaşama, görsel olarak nesnelere olan mesafeyi yanlış hesaplama gibi durumlar da görülebilmektedir. Demasta ruh hali ve davranış değişikliklerinin hafıza sorunlarından önce ortaya çıkabileceği bilinmektedir. Bu davranışsal değişiklikler arasında, uygunsuz davranışlarda bulunma, kişilik değişiklikleri, işten veya sosyal aktivitelerden çekilme ve diğer insanların duygularıyla daha az ilgilenmek sayılabilir. Hiperoralite veya hiperseksüalite gibi disinhibisyona (serebral korteksin baskılayıcı fonksiyonunun azaldığı/kaybolduğu durum) bağlı olağan dışı davranışlar, beynin frontal ve/veya temporal bölgelerinde başlayan demans tiplerini akla getirmektedir. Kişilerdeki demans kliniğinin metabolik durumlar, bulaşıcı hastalıklar, otoimmün nedenler ve diğer etiyolojiler gibi durumlar nedeniyle de oluşabileceği akıl tutulmalıdır (85, 86).

Demans grubu hastalıklar, kişilerin içinde bulunduğu şartları muhakeme yeteneğini etkilemektedir. Hastalar gerek tanı öncesi gerek tanı sonrasında ceza sistemiyle sorunlar yaşayabilmekte, hayatlarını tek başına sürdürmekte zorlanmaktadırlar. Kişinin hastalığının ne kadar süredir var olduğu, yaşamını tek başına yaşama kabiliyeti ve hastalığının iradesi üzerindeki etkisi nedeniyle ceza sorumluluğunun ne olduğu gibi konular, adli psikiyatrik inceleme açısından ciddi önem atfetmektedir (87).

2.9.8. Dürtüsellik

Dürtüsellik, insanlarda yaygın olarak görülebilen bir özelliktir. Bu durumdan muzdarip olan kişiler, kendisine veya başkalarına yönelik olumsuz sonuçları tartmaksızın, iç veya dış uyaranlara karşı hızlı, planlanmamış tepkiler verme eğilimindedirler. Dürtünün kontrolü ise kendini yönetme veya özdenetim olarak tanımlanabilir. Dürtüsellik; eğitim, mesleki başarı, sosyal uyum ve fiziksel-ruhsal sağlık alanları etkileyebilmektedir. Dürtüsellik, riskli seksüel davranışlar, madde kullanımı, kumar oynama, saldırganlık ve şiddet gibi suçlarla ilişkilidir (88, 89).

Dürtü kontrol bozukluğunun gelişiminde rol oynayan sosyal faktörler arasında düşük sosyoekonomik durum, toplum şiddeti, ihmal, istismar edici ortam ve norm dışı akran ilişkileri yer alır. Bazıları bu durumdan muzdarip kişilerin, bazal kortizol aktivitesinin azalması ve frontotemporal-limbik devrelerde işlevsel anormallikler olarak ayırt edilebilen biyolojik bozukluklara sahip olduğunu ileri sürmüştür (90).

Literatürde disinhibisyon ve dürtüsellik terimleri yer yer birlikte kullanılmakla beraber, bazı yazarlar iki durumun birbirinden farklı olduğunu vurgulamaktadır. Yapılan bir çalışma ile bu iki durumun farklı alanlarda etkili olduğu ortaya koyulmuştur. Özellikle dürtüsellik daha çok kişinin duygusal olarak sıkıntıya girdiği durumlarda düşünmeden hareket etmesiyle ilişkiliyken (negatif urgency); disinhibisyonun bireyin dış çevre ile iletişimini etkileyen saldırganlık, meydan okuma gibi dışsallaştırma sorunlarıyla alakalı olduğunu tespit edilmiştir (91). Çalışmamızda Türkçe alanyazınla uygun olarak bu fark gözetilmeksizin dürtüsellik tabiri kullanılacaktır.

Ceza sorumluluğu açısından bakıldığında dürtüsellik, kişinin yaptığı eylemin hukuki anlam sonuçları algılaması üzerinde değil davranışlarını yönlendirme yeteneğinin etkilenmesidir. Kişi yaptığı eylemin yanlışlığını bilmesine karşın, normal popülasyon düzeyinde davranışlarını yönlendirememektedir.

2.9.9. Kleptomani

Kleptomani, kléptēs ve mania sözcüklerinden oluşur, Yunanca kökenlidir ve ‘çalma deliliği’ şeklinde çevrilebilir. Hastalığın nedeni tam bilinmemekle beraber, meydana gelen bir travma sonrasında tetiklenebileceği, uterin hastalıklar ve menstürel düzensizliklerle ilgili olabileceği gibi teoriler ortaya atılmıştır. Psikanalitik yönden farklı açıklayıcı modeller de önerilmiştir. Bazı yazarlar, çalma davranışının kaygıya karşı bir ego savunması olabileceği veya çalınan nesnenin cinsel bir sembolizme sahip olabileceğini ve çalma eyleminin, yasaklanmış bir şeye sahip olmaya yönelik bastırılmış bir dürtü tarafından yönlendirildiğini ortaya atmışlardır. Hastalığın ortaya konulduğu ilk dönemlerde hastalığın ekonomik durum ve sosyal sınıflarla ilişkisi üzerine durulmuştur. Hastalık DSM’nin ilk versiyonunda tekil bir hastalık olarak tanımlanmayıp, ikinci edisyonda tamamen çıkartılmıştır. Sonraki DSM’lerde kendi alt başlığına kavuşan hastalığın DSM 5’te “Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları” başlığı altında sınıflandırıldığı görülmektedir (23, 92).

Hastalığın DSM’ye göre Amerika ve Kanada’da mağaza hırsızlarının (shoplifter) yüzde dört ila yüzde yirmi dördünde bu durumun görüldüğü, Birleşik Devletler’de genel popülasyonda oranının binde üç ila binde altı olduğu düşünülmektedir. Hastalığın kadın-erkek oranı üçte birdir. Hastalık, genelde erken yaşlarda başlamakla birlikte her yaşta görülmektedir. Hastalığın seyri konusunda bilgiler az olmakla birlikte, hastalığın alevlendiği ve iyilik halinin olduğu dönemlere göre sınıflamaya gidilmiştir (25).

Hastalığın belirtileri incelendiği zaman: kişisel kullanım amacı ya da ekonomik değer ihtiva etmeyen nesnelere karşı tekrarlıyıcı çalma dürtüleri meydana geldiği, hırsızlık eylemi öncesinde hastanın öznel olan gerginlik-sıkıntı yaşadığı, eylemle birlikte haz, doyum rahatlatma benzeri duygular hissettiği tanımlanmakta ve hastalığın herhangi bir başka hastalık veya durumla açılanmaması gerektiği belirtilmektedir. Hastanın çaldığı nesneler genellikle ödeyebileceği ekonomik değerde olup, sıklıkla bunları başkalarına verebilmekte veya atabilmektedir, ancak hastaların bunları istifleyebildiği ya da iade edebileceği de bilinmektedir. Kişiler genellikle gerçekleştirdikleri bu hırsızlığı tasarlayarak yapmaz ve başkalarıyla organize hareket etmezler (25).

Kleptomani hastaları genellikle hırsızlık eylemine karşı olan dürtülerini kontrol etmeye çalışır ve yaptıklarını doğru bulmazlar. Birey sıklıkla yakalanıp ceza alacaklarından korkar ve bu eylem nedeniyle kendini depresif veya suçlu hisseder. Kimi zaman bu suçluluk nedeniyle hastalar yardım arayışında bulunamazlar. Davranışsal bağımlılıklarla ilişkili nörotransmitter (serotonin, dopamin vb.) yollarının kleptomanide de rol oynadığı saptanmıştır (23, 25).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Onay

Çalışma 02.09.2024 tarih ve 2024/179 Numaralı karar ile Düzce Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

3.2. Çalışmada Araştırılacak Hipotezler

Bu çalışmada araştırılması hedeflenen hipotezler aşağıda belirtilmiştir:

- a. TCK 32. maddeden değerlendirmeye gelen olguların eğitim durumları toplumdan farklıdır.
- b. TCK 32. maddeden değerlendirmeye gelen olguların sigara, alkol ve yasaklı madde kullanımları toplumdan farklıdır.
- c. TCK 32. maddeden değerlendirmeye gelen olguların bu maddeden yararlananlarla yararlanmayanlar arasında mesleki durum açısından farklar vardır.
- d. TCK 32. maddeden değerlendirilen olgulardan bu maddeden yararlananlarla yararlanmayanlar arasında eğitim durumları açısından farklar vardır.
- e. TCK 32. maddeden değerlendirilen olgulardan bu maddeden yararlananlarla yararlanmayanlar arasında akıl hastalıkları açısından farklar vardır.
- f. TCK 32. maddeden değerlendirilen olgulardan bu maddeden yararlananlarla yararlanmayanlar arasında işlenen suçlar açısından farklar vardır.
- g. TCK 32. maddeden değerlendirilen olgulardan bu maddeden yararlananlarla yararlanmayanlar arasında suçun mağdurlarıyla suç mekanları açısından farklar vardır.

3.3. Örneklem Seçimi

Çalışmamız retrospektif bir çalışma olup, 01.01.2021- 31.12.2023 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalına ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi amacıyla başvuran suç tarihi itibarıyla 18 yaş ve üzeri olgulardan taranan parametreler açısından yeterli veriye sahip olan olguları kapsamaktadır.

Çalışma Dışı Bırakılanlar: 01.01.2021-31.12.2023 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalına ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi amacıyla başvuran suç tarihi itibarıyla 18 yaş altı olgular ve rapor sonuçları TCK 32. madde hakkında net karara varılamamış olgular çalışma dışı bırakılmıştır.

3.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmayla ilgili genel bir kısıtlılık, değerlendirilen parametrelerin önemli bir kısmında (meslek, beraber yaşadığı kişi, askerlik durumları vb.) alanlarda pek çok verinin olguların ifadelerinden elde edilmesi ve burada kişilerin çeşitli nedenlerle bu bilgileri manipüle edilebilecekleri gerçeğidir. Ayrıca olgulardan cezaevinde yaşayanların kendi hayatlarında kiminle yaşadıklarıyla ilgili net bilgi olmaması nedeniyle değerlendirme dışı bırakılmaya çalışılsa da olguların yaklaşık üçte birini oluşturmaları nedeniyle olgu sayısını ciddi oranda düşürmektedir. Suçları gruplandırırken alanyazınla tartışmak amacıyla ona uygun sınıflamaya gidilse de bu haliyle de ülke istatistikleriyle karşılaştırma açısından zorluklara neden olmaktadır.

3.5. Yöntem

Çalışmamız esnasında 01.01.2021- 31.12.2023 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalına ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi amacıyla başvuran suç tarihi itibarıyla 18 yaş ve üzeri olgulardan taranan parametreler açısından yeterli veriye sahip olan ve TCK 32. madde hakkında net karara varılmış olguları seçilmiştir.

Taramada adli tahkikat evrakları, eski tıbbi belgeleri, kurulumuzda yapılan muayeneleri ve olguların beyanları bütünlük içerisinde incelenmiştir.

Psikiyatrik hastalıklarının sınıflandırılmasında DSM-V'ye ve literatürdeki sınıflandırmalardan yararlanılmıştır.

Hastaların suç tipleri sınıflandırılırken literatürdeki tezlerden yararlanılmış, Yaşar'ın 2023 yılında yayınlanmış tezindeki sınıflandırma sistemi anabilim dalımızdaki olgularımız için modifiye edilmiştir.

Bu sınıflama esnasında genel huzuru ve güvenliği tehlikeye sokma suçları içerisinde; kasten yangın çıkarma, orman yangını çıkarma, ateşli silahlarla ilgili suçlar, görevi yaptırmamak için direnme, hayasızca hareketler, genel güvenliği kasten tehlikeye sokma, alkol ve uyuşturucu maddesinde araç kullanma, kişilerin huzur ve sükununu bozma, trafik güvenliğini tehlikeye sokma suçları mevcuttur. Mala kamu malına zarar verme suçları içerisinde dokuz suçun orman alanlarının işgali, ormandan faydalanma ve orman içinde yerleşilmesi, dikili ağaç, fidan veya bağ çubuğuna zarar verme, yakacak nitelikte emval veren ağaç kesme şeklinde tabiatla ilgi suçlar olduğu gözlenmiştir. Fiziksel şiddet suçu içerisine yaralanma suçları ve öldürme eylemi eklenmiştir.

Klinik gözlemimizde çoğunlukla TCK Madde 32'den yararlanan olgu grubunun benzer hastalıklara sahip oldukları ancak olaydan önceki, olay sırası ve sonrası davranışlarıyla

bu ayrıma gidildiği düşünölerek ve literatürden faydalanarak olgular ceza sorumluluğu açısından TCK 32. maddeden yararlanma ve yararlanamama şeklinde ayrılarak incelenmişlerdir.

3.6. İstatistiksel Değerlendirme

İstatistiksel analizler IBM SPSS v.22.0 (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.) paket programıyla yapılmıştır. Normallik varsayımı Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiş varyans homojenliği için Levene testi kullanılmıştır. Grup karşılaştırmalarında Independent Samples t test kullanılmıştır. Kategorik verilerin analizi Pearson chi-square, Fisher's exact veya Fisher-Freeman-Halton testleri ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ile, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak belirtilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak dikkate alınmıştır.

4. BULGULAR

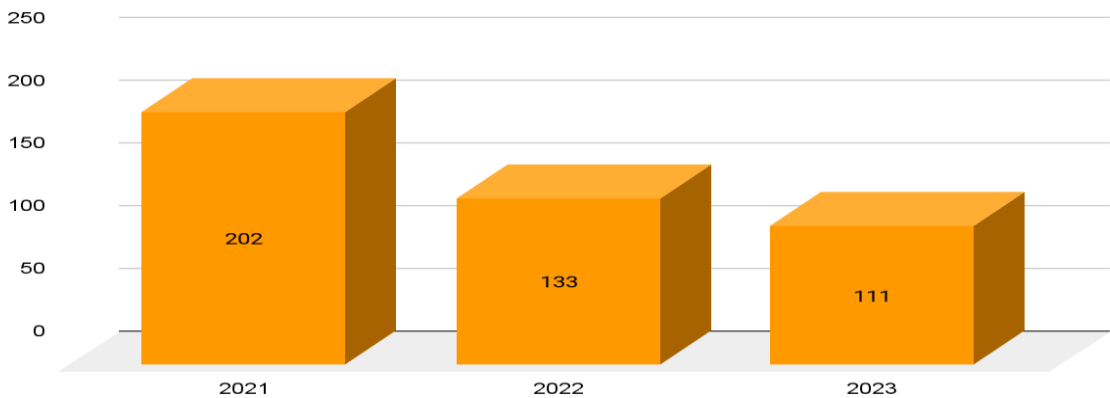
Çalışmamızda Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Uzmanlar Kuruluna 2021-2023 yılları arasında ceza sorumluluğu değerlendirmesi için adli makamlarca yönlendirilen olgular retrospektif olarak değerlendirmeye alınmıştır.

Suç tarihlerinde 18 yaş üstünde olan 458 olgudan dahil edilme kriterlerini karşılayan 446 (% 97,37) olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Muhalefet şerhi olan iki olgu ile yüksek güvenli psikiyatri servisine yatırılarak değerlendirilmesi istenen on olgu çalışmaya dahil edilmemiştir.

Olguların başvuru yılları incelendiğinde 202 (%45) olgunun 2021 yılında, 133 (%30) olgunun 2022 ve 111 (%25) olgunun 2023 yılında başvurdukları görülmüştür (Grafik 4.1.). Bu olguların 327'si (%73,3) asliye ceza mahkemeleri, 106'sı (%23,8) savcılıklar, 13'ü (%2,9) ise ağır ceza mahkemeleri tarafından ceza sorumluluğu açısından değerlendirilmek üzere gönderilmiştir (Grafik 4.2.). Gönderilen olguların 343'ünün (%77) Düzce, 103'ünün (%23) ise diğer illerden yönlendirildiği; Düzce'den yönlendirilen olguların 272'sinin (%79,3) Düzce Adliyesinden, 48'inin (%14) Akçakoca Adliyesinden, 23 (%6,7) olgunun ise Yığılca Adliyesinden gönderildiği tespit edilmiştir.

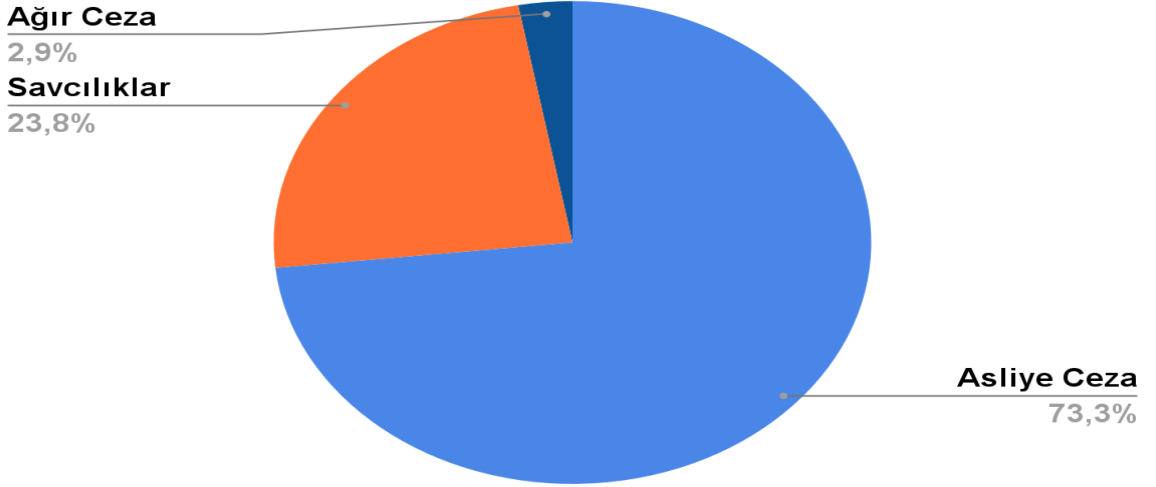
Grafik 4.1. Olguların tarafımıza başvuru yıllarına göre dağılımı

Olguların Başvuru Yılları



Grafik 4.2. Olguları tarafımıza yönlendiren kurumların dağılım oranları

Olguları Yönlendiren Kurumların Dağılımı

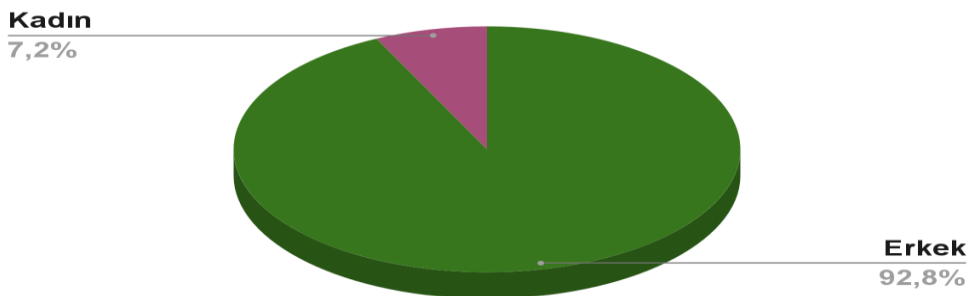


Olguların suç tarihleriyle tarafımızca muayene edildikleri tarihler değerlendirildiğinde 446 olgunun ortalama başvuru süresinin 1223,65 gün $\pm$ 1513,754 gün (SS), medyan 575,50 gün, (en kısa 1 gün; en uzun 7602 gün) olduğu tespit edilmiştir.

Olgular cinsiyete göre incelendiğinde; 414 (%92,8) olgunun erkek; 32 (%7,2) olgunun kadın oldukları (Grafik 4.3.), Tüm olguların yaş ortalaması $37,33 \pm 11,903$ ss, (en az 19, en fazla 91) olduğu saptanmıştır. 32 kadın olgunun yaş ortalaması $36,22 \pm 11,242$ ss, (en az 23, en fazla 74) erkek olguların yaş ortalaması $37,41 \pm 11,961$ ss, (en az 19, en fazla 91) olarak saptandı.

Grafik 4.3. Olguların cinsiyetlere göre oranları

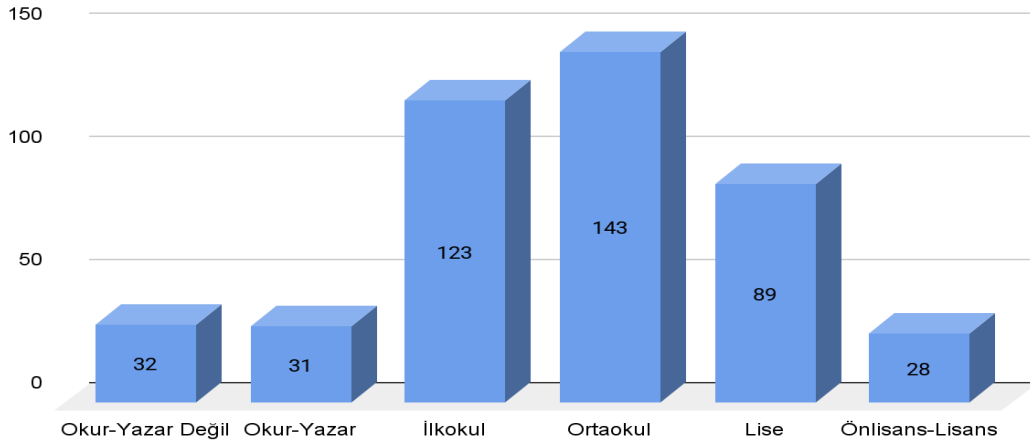
Olguların Cinsiyet Dağılımı



Olguların eğitim düzeylerine göre dağılımında; 32 (%7,2) olgunun okur-yazar olmadığı, 31 (%7) olgunun okuma yazma bildiği ancak bir okul mezunu olmadıkları, 123 (%27,6) olgunun ilkokul mezunu olduğu, 143 (%32,1) olgunun ortaokul mezunu olduğu, 89 (%20) olgunun lise mezunu olduğu, 28 (%6,3) olgunun ise önlisans-lisans mezunu olduğu saptandı (Grafik 4.4.).

Grafik 4.4. Olguların eğitim durumlarına göre dağılımları

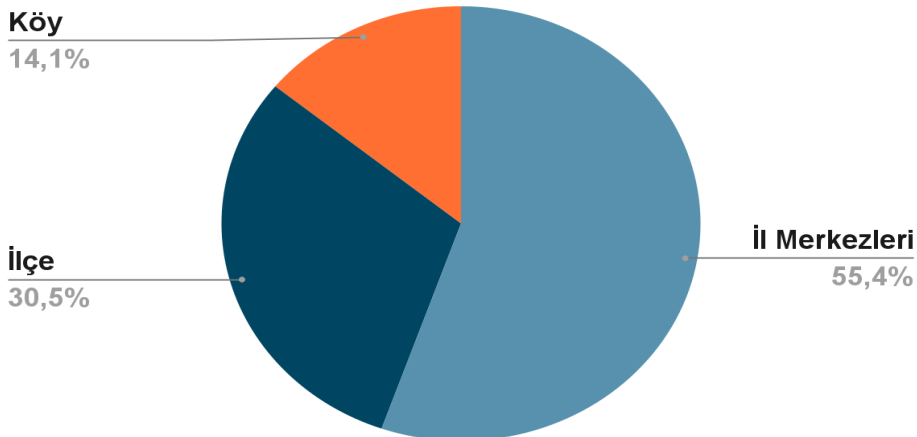
Olguların Eğitim Durumları



Olgular yaşadıkları yerlerin idari birimleri sorgulandığında; 247 (%55,4) olgunun şehirde, 136 (%30,5) olgunun ilçede ve 63 (%14,1) olgunun köyde yaşadığı tespit edilmiştir (Grafik 4.5.). Başvuru zamanında cezaevinde yaşayan 157 (%35,2) olgunun, cezaevine girmeden önce yaşadıkları yerler kabul edilmiştir.

Grafik 4.5. Olguların yaşadıkları yerlerin idari birimlerine göre dağılımları

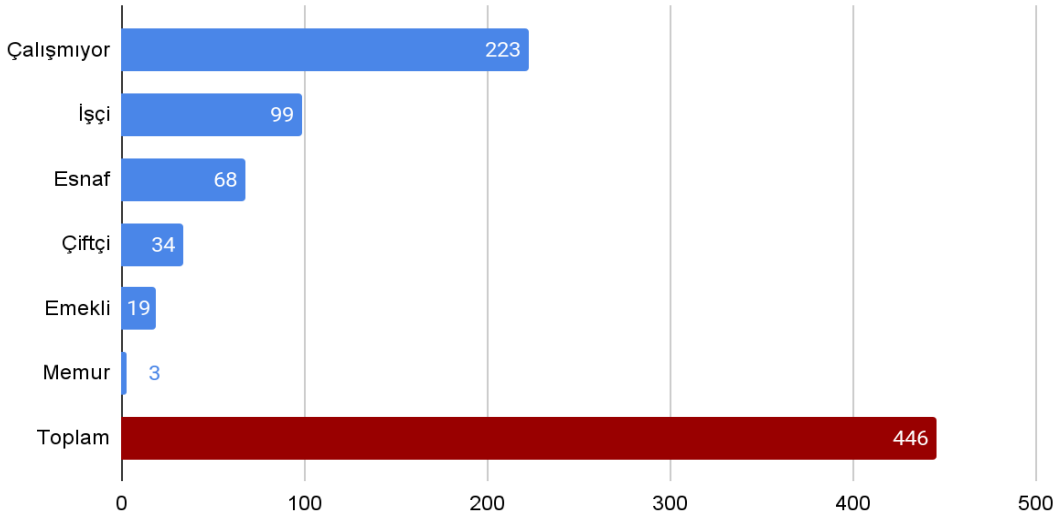
Kişilerin Yaşadığı İdari Birimler



Olguların meslekleri incelendiğinde; 223 (%50) olgu herhangi bir gelir getiren işte çalışmadığını, 99 (%22,2) olgu işçi statüsünde çalıştığını, 68 (%15,2) olgu esnaflık yaptığını, 34 (%7,6) olgu çiftçilik yaptığını, 19 (%4,3) olgu emekli olduğunu ve 3 (%0,7) olgu memur olduğunu belirtmiştir (Grafik 4.6.). Emekli olan 19 olgudan 10'unun memur, 6'sının işçi ve 3'ünün esnaf emeklisi olduğu tespit edilmiştir.

Grafik 4.6. Olguların meslek durumlarına göre dağılımları

Olguların Meslek Dağılımı



Olguların medeni durumları değerlendirildiğinde; 214'ünün hiç evlenmediği (%48), 155'inin (%34,8) evli olduğu, 77'sinin (%17,3) ise boşandığı, 237'sinin (%53,1) hiç çocuğu olmadığı tespit edilmiştir. Çocuğu olan 209 (%46,8) olgunun 61'inin (%13,7) tek, 76'sının iki (%17), 44'ünün (%9,9) üç çocuğu olduğu, 14'ünün dört (%3,1) çocuğu olduğu, 10'unun (%2,2) beş çocuğu olduğu, 2'sinin altı (%0,4) çocuğu olduğu, yedi (%0,2) ve sekiz (%0,2) çocuğu olan birer olgu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.).

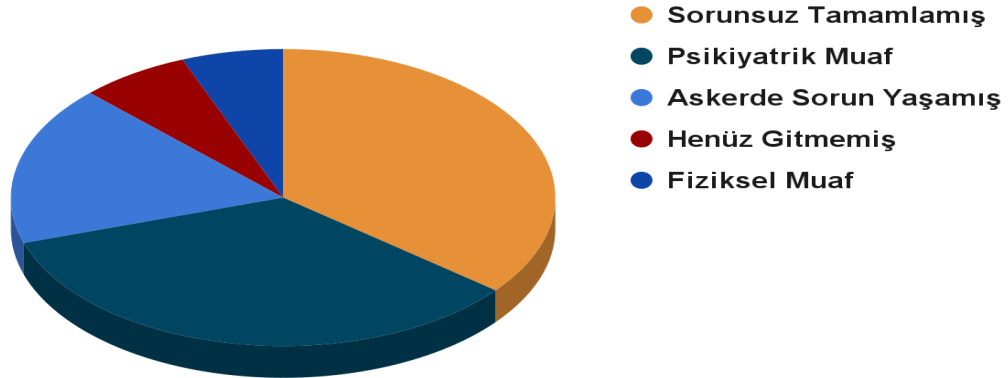
414 (%92,8) erkek olgunun askerlik durumları değerlendirildiğinde; 148 (%35,7) olgu herhangi bir sorun yaşamadan askerliği tamamladığı, 142 (%34,3) olgunun psikiyatrik nedenlerle askerlikten muaf olduğu, 72 (%17,4) olgunun askerdeyken ceza alma, silahsız nöbet tutma, askerdeyken hava değişimi alma ek durumları yaşadığı, 27 (%6,5) olgu henüz askerliğini yapmadığı, 25 (%6) olgu ise fiziksel hastalıkları nedeniyle askerlikten muaf olduğunu beyan ettiği saptandı (Grafik 4.7.). Ek durumu olan 72 olgudan 46'sı (%63,9) askerdeyken ceza aldığını, 14'ü (%19,4) nöbetlerde kendisine silah verilmediğini, 12 (%16,7) olgu ise askerdeyken hava değişimi aldığını belirtmiştir.

Tablo 4.1. Olguların çocuk sayılarının dağılımları ve yüzdeleri

Çocuk Sayısı	Olgu Sayısı	%
0	237	53,1
1	61	13,7
2	76	17
3	44	9,9
4	14	3,1
5	10	2,2
6	2	0,4
7	1	0,2
8	1	0,2
Toplam	446	100

Grafik 4.7. Olguların meslek durumlarına göre dağılımları

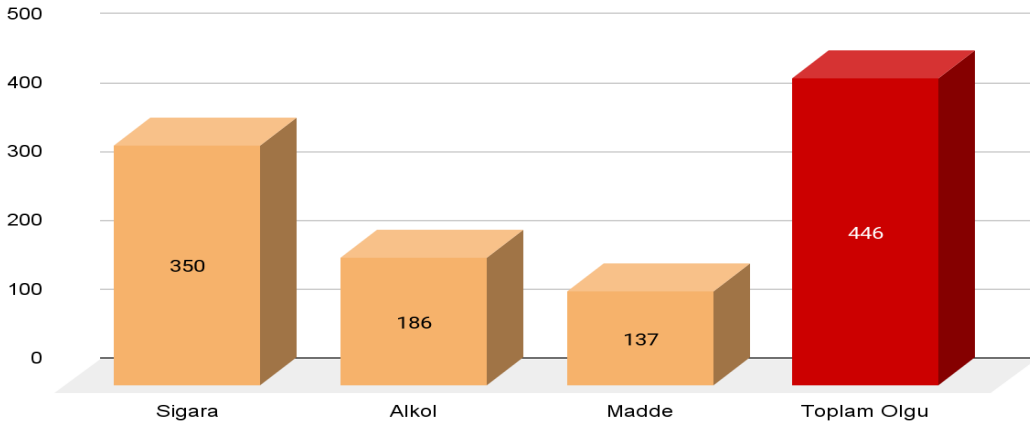
Erkek Olguların Askerlik Durumları



Olgular sigara, alkol ve madde kullanımı açısından incelendiğinde; 350 (%78,5) olgunun sigara kullandığı, 186 (%41,7) olgunun alkol kullanımı olduğu, 137 (%30,7) olgunun son 1 yıldır en az bir maddeyi kullandığı anlaşılmış olup (Grafik 4.8.), madde kullanan olgulardan 38'inin (%8,5) tek madde kullandığı, 99'unun (%22,2) birden fazla maddeyi denediğini belirttikleri saptandı. Tek madde kullanımı olan olgulardan 23'ünün (%60) esrar olduğu belirlenmiştir. Alkol, sigara ve madde kullanmayan 89 kişi (%19,9) olduğu, her üç maddeyi de kullanan 106 (%23,7) olgu olduğu tespit edildi.

Grafik 4.8. Olguların sigara, alkol ve yasaklı madde kullanımlarına göre dağılımları

Olguların Sigara-Alkol-Madde Kullanımları



Olguların psikiyatrik hastalıkları, DSM-V'ye ve adli psikiyatride sık görülmelerine göre sınıflandırılıp incelendiğinde; 81 (%18,2) olguda herhangi bir psikiyatrik hastalığı tanımlanmamış olduğu, 113 (%25,3) olguda antisosyal kişilik bozukluğu bulunduğu, 74 (%16,6) olguda zeka geriliği bulunduğu, 58 (%13) olguda psikozla giden bozukluk bulunduğu, 49 (%11) olguda alkol-madde kullanım bozukluğu olduğu, 29 (%6,5) olguda bipolar mizaç bozukluğu bulunduğu, 18 (%4) olgunun unipolar depresyonu olduğu, 10 (%2,2) olguda anksiyete bozukluğu olduğu; diğer olarak gruplandırılmış 14 (%3,1) olgunun, 2'sinde (%0,4) demans, 2'sinde (%0,4) borderline kişilik bozukluğu, 3'ünde (%0,7) paranoid kişilik bozukluğu ve 7'sinde (%1,6) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.).

327 (%73,3) olgu olaydan önce de psikiyatrik ilaç kullanımı olduğunu ifade etmiştir. Olguların 210 (%47,1)'u ilaç kullanmadığını belirtmiş, ilaç kullanan 236 (%52,9) olgunun ise 145'i (%32,5) ilaçlarını düzensiz olarak kullandığını, 91'i (%20,4) ise ilaçlarını düzenli olarak kullanıldığını ifade etmiştir (Grafik 4.9.).

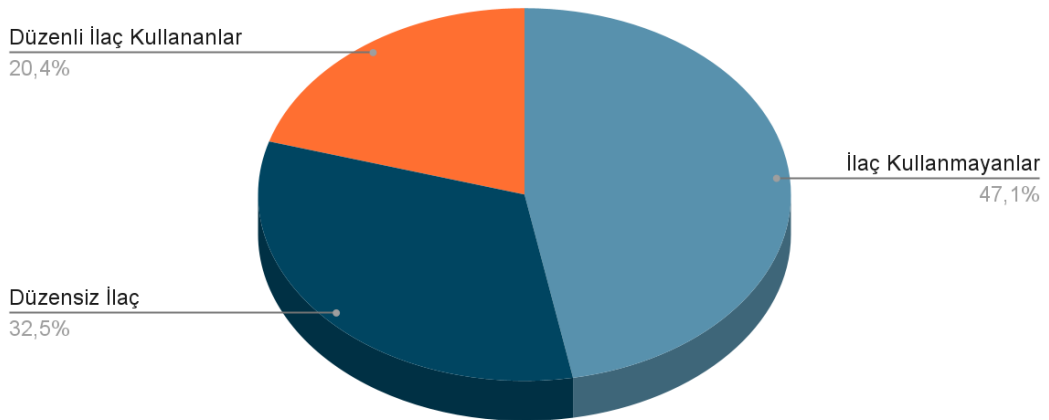
Olguların kiminle yaşadıkları sorgulandığında: 157 (%35,2) olgunun başvuru tarihinde cezaevinde olduğu, 109 (%24,4) olgunun eşi, çekirdek ailesi, çocuğu gibi çekirdek aile üyeleriyle yaşadığı, 109 (%24,4) olgunun anne-babasıyla yaşadığı, 54 (%12,1) olgunun yalnız olarak yaşadığı ve 17 (%3,8) olgunun 2.derece ve daha uzak akrabalarıyla yaşadığı saptandı.

Tablo 4.2. Olguların psikiyatrik tanılarına göre dağılımları ve yüzdeleri

Tanı	Olgu Sayısı	Olguların Yüzdesi
Antisosyal KB	113	%25,3
Tanısı Olmayan	81	%18,2
Zeka Geriliği	74	%16,6
Psikozla Giden Bozukluklar	58	%13
Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu	49	%11
Bipolar Mizaç Bozukluğu	29	%6,5
Unipolar Depresyon	18	%4,0
Anksiyete Bozukluğu	10	%2,2
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	7	%1,6
Paranoid KB	3	%0,7
Demans	2	%0,4
Borderline KB	2	%0,4
Toplam	446	%100

Grafik 4.9. Olguların muayene tarihindeki ilaç kullanımlarına göre dağılımları

Olguların Muayene Tarihinde İlaç Kullanımları



Muayeneye gelen olgulardan muayenemizde vasisi olduğunu söyleyenler ile anabilim dalımızca olay öncesi veya sonrasında vasi değerlendirmesinde vesayete karar verilen olguların sayısının 62 (%13,9) olduğu tespit edildi. Vasi atanmış olguların %40'ının (n:25) zeka geriliği olduğu, %37'sinin (n:23) psikozla giden bozukluğa sahip olduğu ve %12'sinin de (n:8) bipolar mizaç bozukluğuna sahip olduğu görülmüştür.

Daha önceden başka suçlardan cezaevine girdiğini ifade eden olguların sayısının 215 (%48,2) olduğu saptanmıştır.

Olgular zeka gerilikleri açısından incelendiğinde 25 (%5,6) olguda muayene esnasında psikotik tavırlar veya demansa bağlı olarak değerlendirmenin yapılamadığı, 331 (%74,2) olgunun klinik olarak normal zeka düzeyinde olduğu, 57 (%12,8) olguda hafif düzeyde zeka geriliği düşünüldüğü, 18 (%4) olgunun sınır zekada olduğunun tespit edildiği, 10 (%2,2) olguda orta düzey zeka geriliği tespit edildiği, 4 (%0,9) olgunun donuk zekada olduğu ve 1 (%0,2) olguda ağır düzeyde zeka geriliği tespit edildiği görülmüştür. Olguların ceza sorumluluğu için anabilim dalımızdaki değerlendirilme sayıları çalışmamıza konu olan 2021-2023 yılları dışındaki rapor sayıları da gözetilerek incelendiğinde; 224 olgunun (%50,2) bir kez değerlendirildiği, 222 (%49,8) olgunun farklı suç iddiaları için birden fazla kez değerlendirildiği görüldü. En çok rapor hazırlanan bireyin 27 kez değerlendirildiği görülmüştür.

Olguların işledikleri iddia edilen suçlar üzerinden incelemeler yapıldığında;

Tüm olguların 120 (%26,9)'sinin kendilerine atılı suç esnasında alkol-ilaç-yasaklı madde etkisinde olduklarını iddia ettikleri, 54 (%12,1) olgunun alkol etkisinde, 55 (%12,3) olgunun madde etkisinde, 11 (%2,5) olgunun ilaç etkisiyle suçu işlediklerini söylediği kayıtlıdır (Tablo 4.3.).

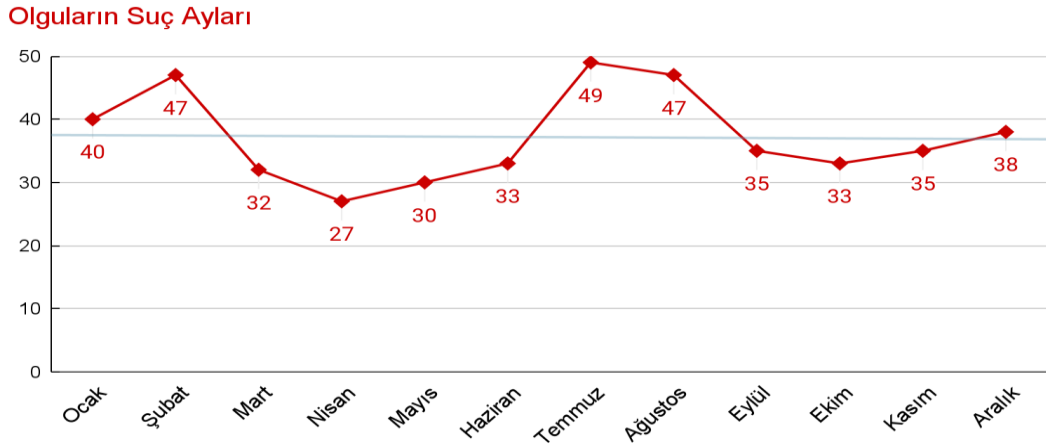
Olguların işledikleri suçların hangi aylarda olduğu incelendiğinde bazı suçların bir süreç halinde olduğu ve tarih aralığı şeklinde ceza sorumluluğunun sorulduğu görülmüş olup bu suçların ayları, tanımlanan ilk tarih üzerinden yorumlanmıştır. Bu kabul ile incelendiğinde ocak ayı 40 olgu (%9), şubat ayı 47 olgu (%10,5), mart ayı 32 olgu (%7,2), nisan ayı 27 olgu (%6,1), mayıs ayı 30 olgu (%6,7), haziran ayı 33 olgu (%7,4), temmuz ayı 49 olgu (%11,0), ağustos ayı 47 olgu (%10,5), eylül ayı 35 olgu (%7,8) ekim ayı 33 olgu (%7,4), kasım ayı 35 olgu (%7,8), aralık ayı 38 olgu (%8,5) şeklinde olduğu

görülmüştür (Grafik 4.10.). Mevsimlere göre dağılımda; ilkbahar 89 (%20), yaz 129 (%28,9), sonbahar 103 (%23,1), kış aylarında 125 (%28) olgu olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3. Olguların suç esnasındaki etkisinde oldukları maddeler

Olgulardaki İddialar	Olgu Sayısı	Yüzdelik Oranları
Madde Etkisi	55	%12,3
Alkol Etkisi	54	%12,1
İlaç Etkisi	11	%2,5
Herhangi Bir İddia Yok	326	%73,1
Toplam	446	100

Grafik 4.10. Olguların suç aylarına göre dağılımları



Olguların suçları incelendiğinde, kişilere aynı eylemle ilgili olarak birden fazla suç atfı olabildiği ve ceza sorumluluğu değerlendirmesi için her bir suçun ayrı ayrı değerlendirilmesinin istendiği saptanmıştır. Suç tipleri sınıflanırken olguların eylemlerindeki temel saikleri göz önüne alınarak birincil suçları değerlendirmeye alınmıştır. Olguların 137'sinin (%30,7) 'fiziksel şiddet suçu' işledikleri, 102 (%22,9) olgunun hırsızlık-dolandırıcılık-sahtecilik' suçlarını işledikleri, 68 (%15,2) olgunun 'tehdit-hakaret' suçlarını işledikleri, 31 (%7) olgunun 'mala-kamu malına zarar verme' suçlarını işledikleri, 30 (%6,7) olgunun 'cinsel suçlar' suçunu işledikleri, 30 (%6,7) olgunun 'genel huzuru ve güvenliği tehlikeye sokma' suçlarını işledikleri, 23 (%5,2)

olgunun ‘asker kaçağı olma veya cezaevinden, askerden firar etme’ suçlarını işledikleri, 16 (%3,6) olgunun ‘uyuşturucu suçu’ işledikleri, 9 (%2) olgunun ise diğer olarak sınıflandırılmış olan suçları işledikleri görüldü (Tablo 4.4.). Diğer olarak sınıflanen suçlar incelendiğinde 8 (%1,7) olgunun iftira suçu işlediği, 1 (%0,3) olgunun ise özel hayatın gizliliğiyle ilgili suç işlediği görülmüştür.

Tablo 4.4. Olguların suç tiplerine göre dağılımları ve yüzdeleri

Suç Tipi	Olgu Sayısı	Olgu Yüzdesi
Fiziksel Şiddet Suçları	137	%30,7
Hırsızlık-Dolandırıcılık-Sahtecilik	102	%22,9
Tehdit-Hakaret	68	%15,2
Mala-Kamu Malına Zarar Verme	31	%7
Cinsel Suçlar	30	%6,7
Genel Huzuru ve Güvenliği Tehlikeye Sokma	30	%6,7
Asker Kaçağı Olma veya Cezaevinden, Askerden Firar Etme	23	%5,2
Uyuşturucu Suçu	16	%3,6
Diğer	9	%2
Toplam	446	%100

Olay zamanına yakın tarihlerde psikiyatri poliklinik/servislerinde muayeneleri olan olgulardan; 74 (%16,6) olgunun olay öncesi veya sonrası 6 ay içerisindeki muayenelerinin/yatışlarının olduğu görülmüştür. Başvurusu olan 74 olgudan, 39 (%52,7) olgunun ilk 1 ayda yatışları olduğu, 23 (%31) olgunun 1-6 ay içerisinde yatışları olduğu, 7 (%9,5) olgunun ilk 1 ayda poliklinik başvurusu olduğu, 5 (%6,8) olgunun 1-6 ay içerisinde poliklinik başvurusu olduğu görülmüştür (Tablo 4.5.). Hem olay öncesi hem olay sonrası psikiyatrik başvurusu olan olgu saptanmamıştır.

Olguların olayları muayene esnasında anlatımları ile soruşturma/kovuşturma esnasında verdikleri ifadeleri uyum açısından karşılaştırıldığında, 368 olgunun anamnezde olayı anlattıkları, bunlardan 282 (%63,2) olgunun önceki ifadeleri ile uyumlu anamnez verdikleri, 86 (%19,3) olgunun uyumsuz anamnez verdikleri; anamnezlerinde olayı

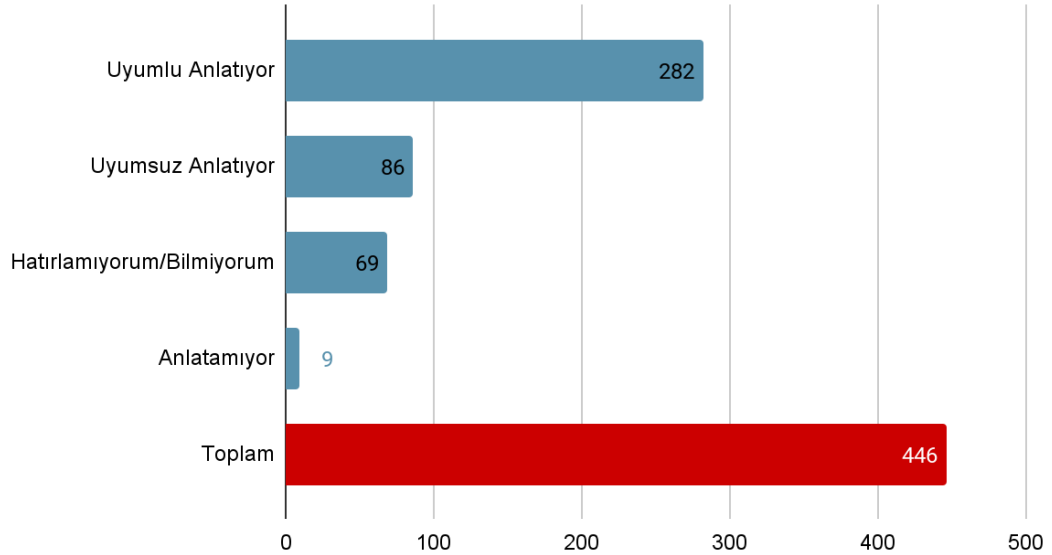
anlatmayan 78 olgu olduğu, bunlardan 69 (%15,5) olgunun olayları hatırlamadıklarını-bilmediklerini ifade ettikleri ve 9 (%2) olgunun ise olayları kendilerinde var olan demans, ağır zeka geriliği ve akut psikotik hastalıklar nedeniyle anlatamadıkları görülmüştür (Grafik 4.11.).

Tablo 4.5. Olay zamanına yakın psikiyatrik başvuruların dağılımları ve yüzdeleri

Psikiyatri Başvurusu	Yok	Var			
		Servis		Poliklinik	
		İlk 1 Ay	1-6 Ay Arası	İlk 1 Ay	1-6 Ay Arası
	372	39	23	7	5
		Toplam: 62		Toplam: 12	
	372	Psikiyatri Başvurusu Olanlar Toplam: 74			

Grafik 4.11. Muayene anlatımıyla öncek ifadelerin uyumlarına göre dağılımları

Olguların İfadelerindeki Olaylara Dair Anamnezleri

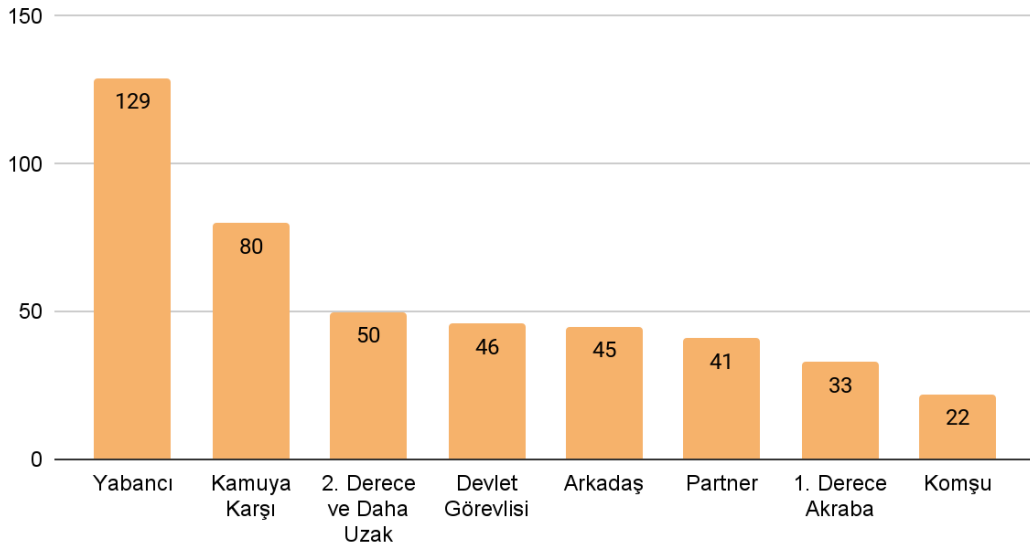


Olguların işledikleri suçun mağdurları incelendiğinde; 129 (%28,9) olgunun suçlarını tanımadıkları yabancılara karşı işledikleri, 80 (%17,9) olgunun bir başka suç süjesi olmadığı ve suçlarının kamuya karşı suçlar niteliğinde oldukları, 50 (%11,2) olgunun ikinci derece ve daha uzak akrabalarına karşı suç işledikleri, 46 (%10,3) olgunun suçu işledikleri kişilerin devlet görevlisi oldukları, 45 (%10,1) olguda mağdurun failin arkadaşı

olduğu, 41 (%9,2) olguda suçun partnere karşı işlendiği, 33 (%7,4) olguda suçun 1. derece akrabaya karşı işlendiği ve 22 (%4,9) olguda suç mağdurunun failin komşusu olduğu görülmüştür (Grafik 4.12.). Devlet görevlisi olan 46 olgunun 22'si polis, 8'i jandarma olmak üzere 30 (%65,2) unun kolluk gücü olduğu; 5'inin ise sağlık çalışanı olduğu saptanmıştır.

Grafik 4.12. Olguların işledikleri suçlardaki mağdurlarına göre dağılımları

Mağdur-Fail ilişkisi

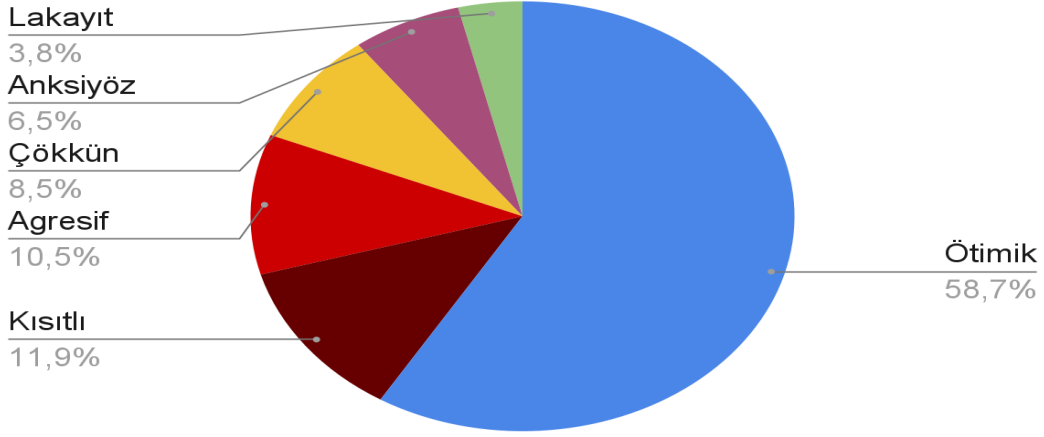


Olguların muayene esnasındaki duygulanımları incelendiğinde 262 (%58,7) olgunun ötimik olarak görüldüğü, 53 (%11,9) olgunun kısıtlı duygusal tepkiler verebildiği, 47 (%10,5) olgunun agresif tavırlar içerisinde bulunduğu, 38 (%8,5) olgunun duygulanımının çökkün olarak değerlendirildiği, 29 (%6,5) olgunun anksiyöz olduğu, 17 (%3,8) olgunun ise lakayt davrandığı tespit edilmiştir (Grafik 4.13.).

Olguların bir iletişim aracı kullanarak suç işleme sayısı 38 (%8,5) olarak bulunmuş olup bu suçların 22 (%58) tanesinin tehdit-hakaret kapsamına giren suçlardan olduğu, 11'inin (%29) cinsel suç olduğu, 3 (%7,8) tanesinin genel huzuru ve güvenliği tehlikeye sokma suçlarından olduğu, 1 (%2,6) tanesinin iftira ve 1 (%2,6) tanesinin de özel hayata ilişkin görüntü ve sesleri ifşa etme suçu olduğu görülmüştür. Suçların işlendiği iletişim araçlarına bakıldığında 22 tanesinin sosyal medya sitesi olduğu, 10 tanesinin mesaj veya arama yoluyla telefondan olduğu, 4 tanesinin whatsapp uygulaması üzerinden işlendiği, 1 tanesinin HSK (Hakimler ve Savcılar Kurulu) sitesinden ve 1 tanesinin 'ekşisözlük' isimli platformdan yapıldığı görülmüştür.

Grafik 4.13. Olguların muayenelerindeki duygulanımlarına göre dağılımları

Olguların Muayenedeki Duygulanımları



Olguların suç mekanlarına bakıldığında; 141 (%31,6) suçun cadde/sokak olmak üzere açık alanlarda işlendiği, 111 (%24,9) suçun faillerin kendi evlerinde veya evlerinin bahçesinde işledikleri suçlar olduğu, 70 (%15,7) suçun yapısı itibariyle mekansız suçlar oldukları, 48 (%10,8) tanesinin market-dükkan-mağaza benzeri yerler oldukları, 35 (%7,8) suçun devlet kuruluşunda işlendiği, 30 (%6,7) suçun faillere ait olmayan konutlarda meydana geldiği, 11 (%2,5) suçun ise faillerin kendi iş yerlerinde işledikleri görülmüştür. Faillerin kendi evlerinde veya evlerinin bahçesinde işledikleri suçlar ayrıntılandırıldığında; 68'inin (%61,26) fiziksel şiddet suçu olduğu, 18'inin (16,21) tehdit ve hakaret suçu olduğu, 8'inin (%7,20) mala-kamu malına zarar verme suçlarından oldukları, 6'sının (%5,40) cinsel suç olduğu, 4'ünün (3,60) genel huzuru ve güvenliği tehlikeye sokma ile ilişkili suçlardan olduğu, 3'er (%2,70) suçun hırsızlık ve uyuşturucu suçlarından olduğu, 1 (%0,90) suçun da iftira suçu olduğu görülmektedir (Grafik 4.14.). Ayrıca çalışmamızda 137 fiziksel şiddet suçu olduğu ve bu suçlardan %49,6'sının failin kendi evinde gerçekleştiği görülmüştür.

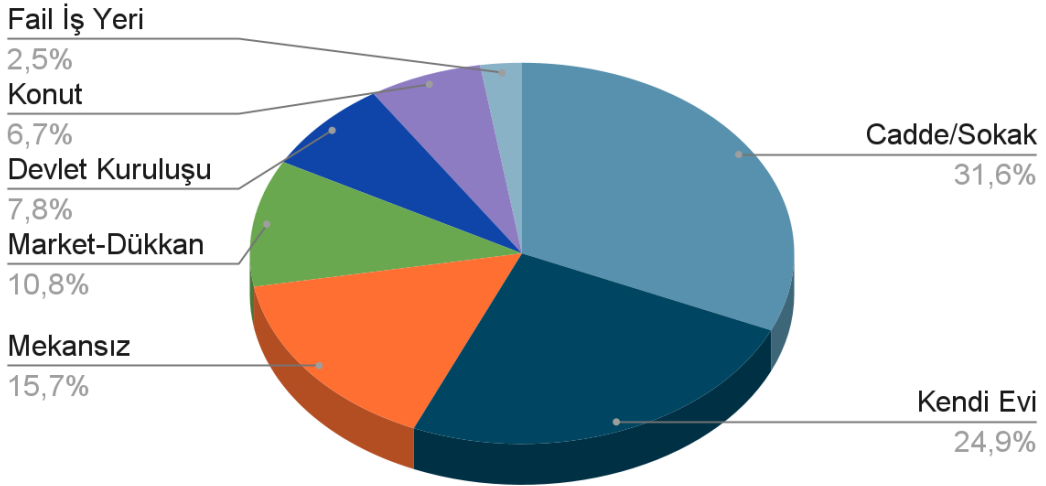
Faillerin ceza sorumlulukları değerlendirmesi sonucunda 293 (%65,7) olgunun ceza sorumluluğunun tam olarak değerlendirildiği, 110 (%24,7) olgunun TCK 32/1 kapsamında, 43 (%9,6) olgunun TCK 32/2 kapsamında değerlendirildiği görülmüştür.

Olguların TCK 32. maddesi açısından muayeneleri tüm olgularda istenmiş olup 58 (%13) olguda ek soruların da sorulduğu görülmüştür. 58 olgudaki toplamda 64 sorunun konusu incelendiğinde; 1 olguda hastadan kati rapor düzenlenmesinin istediği, 25 olguda

‘koruma ve tedavi amaçlı güvenlik tedbirine hükmedilmesinin gerekip gerekmediği ve gerekiyorsa süre ve aralıklarının değerlendirilmesi’, 2 olguda yaşanan olaya karşı beden ve ruh bakımından kendisini savunup savunamayacağı, 10 olguda kişinin beyanlarına itibar edilip edilemeyeceği, 9 olguda kişilerin askerliğe elverişli olup olmadıkları, 1 olguda ‘konuşma yeteneğine sahip olup olmadığı’, 3 olguda kişinin ne zamandır hastalıktan muzdarip olduğu ve hastanın davranışları üzerindeki etkisinin ne olduğu, 10 olguda TCK 32 kapsamında karar vermek için gözlem gerekip gerekmediği, 2 olguda vasi gerekliliği olup olmadığı ve 1 olguda mahkemece dinlenmesinde fayda olup olmadığı soruları da tarafımıza gönderilen üst yazılarda ayrıca değerlendirilmesi istenen hususlar olmuştur. Mahkemece dinlenmesinde fayda olup olmadığı sorulan olgunun hafif zeka geriliği olduğu, aslen hukuk mahkemelerinin alanı olan vasi tayini gerekip gerekmediği sorusu yönlendirilmiş olgulardan bir tanesinin hafif zeka geriliği-antisosyal kişilik bozukluğu, bir tanesinin de şizofreni tanısı olduğu görülmüştür.

Grafik 4.14. Olguların suçları işledikleri mekanlara göre dağılımları

Suçların İşlendiği Mekan



Olguların Ceza sorumluluğu raporlarının sonuçlarına göre değerlendirme yapıldığında:

Ceza sorumluluğu değerlendirmesinde sonuç verdiğimiz 446 olgunun 293'ünün (%65,7) TCK 32. maddesinden yararlanamadığı, 110 (%24,7) olgunun ceza sorumluluğunun bulunmadığı (TCK 32/1'den yararlandığı) ve 43 olgunun (%9,6) ceza sorumluluğunun azaldığı (TCK 32/2'den yararlandığı) görülmüştür. TCK 32/1 ve TCK 32/2'den

yararlanan olgular birleştirildiğinde 223 (%65,7) olgunun yararlanmadığı ve 153 (%34,3) olgunun 32. maddeden yararlandığı tespit edilmektedir.

TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların yaş ortalamasının 11,756 standart sapma ile 37,09 olduğu, TCK 32. maddeden yararlanan olguların yaş ortalamasının 12,205 standart sapma ile 37,78 olduğu tespit edilmiş ve iki grup arasında fark saptanmamıştır ($p=0,557$).

Olguların olay zamanında alkol-madde-ilaç etkisinde olduklarına dair iddiaları/ifadeleri incelendiğinde bu iddiaları olan olgu sayısının 120 olduğu, TCK 32. maddeden yararlanan-yaralanmayan olgular açısından incelendiğinde alkol ve madde açısından fark olmadığı, ilaç kullanımından ötürü olayın gerçekleştiğini iddia eden TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların sayısının 6 (%6,1), yararlanmayan olguların sayısının 5 (%22,5) olduğu görülmüş olup, TCK 32. maddeden yararlanan olgularda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha sık ilaç etkisiyle suçu işlediklerini iddia ettikleri görülmüştür ($p= 0,049$) (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Gruplandırma sonra maddeler etkisinde suç işledikleri iddiası

Olayda Etkin Madde	TCK 32 (-)	TCK 32 (+)	p
Alkol	45 (%45,9)	9 (%40,9)	0,049
Madde	47 (%48)	8 (%36,4)	
İlaç Etkisi	6 (%3,1)	5 (%22,7)	
Toplam Sayı (n)	98	22	

Olgu grupları cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların 269'unun (%91,8) erkek, 24'ünün (%8,2) kadın olduğu; TCK 32. maddeden yararlanan olguların 145'inin (%94,8) erkek 8'inin (%5,2) kadın olduğu ve aralarında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p= 0,25$).

Olgu grupları son bitirdikleri eğitim kurumları karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların 14'ünün (%4,8) okur yazar olmadığı, 14'ünün (%4,8) okuma yazma bildiğini ancak bir okul mezunu olmadıkları, 79 (%27) olgunun ilköğretim mezunu olduğu, 115 (%39,2) olgunun ortaokul mezunu olduğu, 58'inin (%19,8) lise mezunu olduğu, 13'ünün (%4,4) lisans-önlisans mezunu oldukları görülürken, TCK 32. maddeden yararlanan olguların 18'inin (%11,8) okur yazar olmadığı, 17'sinin (%11,1)

okuma yazma bildiğini ancak bir okul mezunu olmadıkları, 44 (%28,8) olgunun ilkokul mezunu olduğu, 28 (%18,3) olgunun ortaokul mezunu olduğu, 31'inin (%20,3) lise mezunu olduğu, 15'inin (%9,8) lisans-önlisans mezunu oldukları görülmüştür. İki grup karşılaştırıldığında, okur yazar olmayan ve okur yazar olup okul mezuniyeti olmayan olgularda TCK 32. maddeden yararlanan olguların anlamlı derecede daha sık olduğu, TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların ortaokul mezuniyetlerinin anlamlı derecede sık olduğu ve TCK 32. maddeden yararlanan olguların anlamlı derecede lisans-ön lisans mezuniyetlerinin daha sık olduğu görülmüştür ($p < 0,001$) (Tablo 4.7.).

Tablo 4.7. Gruplandırılma sonra eğitim durumlarının karşılaştırılması

Eğitim Durumları	TCK 32 (-)	TCK 32 (+)	p
Okur Yazar Değil	14 (%4,8)	18 (%11,8)	
Okur Yazar	14 (%4,8)	17 (%11,1)	
İlkokul	79 (%27)	44 (%28,8)	
Ortaokul	115 (%39,2)	28 (%18,3)	
Lise	58 (%19,8)	31 (%20,3)	
Ön Lisans-Lisans	13 (%4,4)	15 (%9,8)	< 0,001
Toplam Sayı (n)	293	153	

Olgu grupları mesleklerine göre karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan olgularda çalışmayan olguların sayısı 137 (%46,8), çiftçi olguların sayısı 16 (%5,5), esnaf olguların sayısı 56 (%19,1), emekli olguların sayısı 11 (%3,8), işçi olguların sayısı 71 (%24,2), memur olguların sayısı 2 (%0,7) olduğu, TCK 32. maddeden yararlanan olgularda çalışmayan olguların sayısı 86 (%56,2), çiftçi olguların sayısı 18 (%11,8), esnaf olguların sayısı 12 (%7,8), emekli olguların sayısı 8 (%5,2), işçi olguların sayısı 28 (%18,3), memur olguların sayısı 1 (%0,7) olduğu tespit edilmiştir. Karşılaştırmada TCK 32. maddeden yararlanan olguların anlamlı derecede daha sık çiftçi olduğu; TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların anlamlı derecede daha sık esnaf olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,004$). Diğer meslek grupları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. Gruplandırma sonra mesleklerinin karşılaştırılması

Meslekleri	TCK 32 (-)	TCK 32 (+)	p
Çalışmıyor	137 (%46,8)	86 (%56,2)	0,004
Çiftçi	16 (%5,5)	18 (%11,8)	
Esnaf	56 (%19,1)	12 (%7,8)	
Emekli	11 (%3,8)	8 (%5,2)	
İşçi	71 (%24,2)	28 (%18,3)	
Memur	2 (%0,7)	1 (%0,7)	
Toplam Sayı (n)	293	153	

Olgu grupları yaşadıkları yerlerin idari birimlerine göre karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan olgularda köyde yaşadığını ifade eden olguların sayısı 32 (%10,9), ilçede yaşadığını ifade eden olguların sayısı 85 (%29), şehirde yaşadığını ifade eden olguların sayısı 176 (%60,1) olduğu, TCK 32. maddeden yararlanan olgularda köyde yaşadığını ifade eden olguların sayısı 31 (%20,3), ilçede yaşadığını ifade eden olguların sayısı 51 (%33,3), şehirde yaşadığını ifade eden olguların sayısı 71 (%46,4) olduğu saptanmıştır. Karşılaştırmada TCK 32. maddeden yararlanan olguların anlamlı derecede daha sık köyde yaşadığı; TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların anlamlı derecede daha sık şehirde yaşadığı tespit edilmiştir ($p= 0,006$). İlçe oranları arasında fark saptanmamıştır (Tablo 4.9.).

Tablo 4.9. Gruplandırma sonrası idari birimlerinin karşılaştırılması

Yaşanan İdari Birim	TCK 32 (-)	TCK 32 (+)	p
Köy	32 (%10,9)	31 (%20,3)	0,006
İlçe	85 (%29)	51 (%33,3)	
Şehir	176 (%60,1)	71 (%46,4)	
Toplam Sayı (n)	293	153	

Kadın olgular çıkarıldıktan sonra kalan 414 erkek olgu askerlik durumlarına göre karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan olgularda henüz gitmeyen olguların sayısı 21 (%7,8), fiziksel olarak muaf olduğunu ifade eden olguların sayısı 16 (%5,9), psikiyatrik nedenlerle muaf olduğunu ifade eden olguların sayısı 77 (%28,6) olduğu, sorun yaşamadan tamamladığını ifade eden olguların sayısının 101 (%37,5) olduğu, askerde ek durum yaşayan olguların sayısının 54 (%20,1) olduğu saptanmış. TCK 32. maddeden yararlanan olgularda henüz gitmeyen olguların sayısı 6 (%4,1), fiziksel olarak muaf olduğunu ifade eden olguların sayısı 9 (%6,2), psikiyatrik nedenlerle muaf olduğunu ifade eden olguların sayısı 65 (%44,8) olduğu, sorun yaşamadan tamamladığını ifade eden olguların sayısının 47 (%32,4) olduğu, askerde ek durum yaşayan olguların sayısının 18 (%12,4) olduğu saptanmıştır. Karşılaştırmada TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların anlamlı derecede daha sık askerde ek durum yaşadığı; TCK 32. maddeden yararlanan olguların anlamlı derecede daha sık psikiyatrik nedenlerle muaf olduğu tespit edilmiştir ($p= 0,011$). Diğer durumlar açısından aralarında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.10.).

Tablo 4.10. Gruplandırma sonra askerlik durumu karşılaştırılması

Askerlik Durumları	TCK 32 (-)	TCK 32 (+)	p
Henüz Gitmemiş	21 (%7,8)	6 (%4,1)	0,011
Fiziksel Nedenlerle Muaf	16 (%5,9)	9 (%6,2)	
Psikiyatrik Nedenlerle Muaf	77 (%28,6)	65 (%44,8)	
Sorunsuz Tamamlamış	101 (%37,5)	47 (%32,4)	
Askerde Ek Durumlar Yaşamış	54 (%20,1)	18 (%12,4)	
Toplam Sayı (n)	269	145	

Olgu grupları muayeneye geldikleri tarihle-olay tarihi arasındaki süre 1 yıl altı, 1-3 yıl arası ve 3 yıldan sonra başvurma olarak gruplanarak başvuru sürelerine göre karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan olgularda 1 yıldan kısa sürede başvuran olguların sayısı 97 (%33,1), 1 ila 3 yıl arasında başvuran olguların sayısı 82 (%28), 3 yıldan sonra başvuran olguların sayısı 114 (%38,9) olarak saptanmıştır. TCK 32. maddeden yararlanan olgularda 1 yıldan kısa sürede başvuran olguların sayısı 70 (%45,8), 1 ila 3 yıl arasında başvuran olguların sayısı 44 (%28,8), 3 yıldan sonra başvuran olguların sayısı 39 (%25,5) olarak saptanmıştır. Karşılaştırmada TCK 32.

maddeden yararlanmayan olguların anlamlı derecede daha sık 3 yıldan sonra yönlendirildiği; TCK 32. maddeden yararlanan olguların anlamlı derecede daha sık ilk 1 yılda yönlendirildiği tespit edilmiştir (p= 0,008). 1-3 yıl arasında başvuran olgular arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.11.).

Tablo 4.11. Gruplandırılma sonrası başvuru sürelerinin karşılaştırılması

Başvuru Süreleri	TCK 32 (-)	TCK 32 (+)	p
<1 yıl	97 (%33,1)	70 (%45,8)	0,008
1-3 yıl	82 (%28,0)	44 (%28,8)	
>3 yıl	114 (%38,9)	39 (%25,5)	
Toplam Sayı (n)	293	153	

Olgu grupları suç aylarına göre karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan olgularda suç tarihi ocak ayında olan olguların sayısının 26 (%8,9), şubat ayında olan olguların sayısının 27 (%9,2), mart ayında olan olguların sayısının 17 (%5,8), nisan ayında olan olguların sayısının 15 (%5,1), mayıs ayında olan olguların sayısının 23 (%7,8), haziran ayında olan olguların sayısının 26 (%8,9), temmuz ayında olan olguların sayısının 30 (%10,2), ağustos ayında olan olguların sayısının 35 (%11,9), eylül ayında olan olguların sayısının 25 (%8,5), ekim ayında olan olguların sayısının 22 (%7,5), kasım ayında olan olguların sayısının 23 (%7,8), aralık ayında olan olguların sayısının 24 (%8,2) olduğu saptanmıştır. TCK 32. maddeden yararlanan olgularda suç tarihi ocak ayında olan olguların sayısının 14 (%9,2), şubat ayında olan olguların sayısının 20 (%13,1), mart ayında olan olguların sayısının 15 (%9,8), nisan ayında olan olguların sayısının 12 (%7,8), mayıs ayında olan olguların sayısının 7 (%4,6), haziran ayında olan olguların sayısının 7 (%4,6), temmuz ayında olan olguların sayısının 19 (%12,4), ağustos ayında olan olguların sayısının 12 (%7,8), eylül ayında olan olguların sayısının 10 (%6,5), ekim ayında olan olguların sayısının 11 (%7,2), kasım ayında olan olguların sayısının 12 (%7,8), aralık ayında olan olguların sayısının 14 (%9,2) olduğu saptanmıştır. Karşılaştırmada TCK 32. maddeden yararlanmayan olgularla yararlananlar arasında suç tarihlerinin ayları açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p= 0,388).

Olgu grupları daha önceden psikiyatrik tanısı olmasına göre karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan olgularda 212 (%72,4) olgunun daha önceden tanısı olduğu, 81 (%27,6) olgunun daha önceden tanısı olmadığı; TCK 32. maddeden yararlanan olguların

ise tamamı olan 153 (%100) olgunun daha önceden tanısı olduğu saptanmıştır. Olgu grupları açısından bu durumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı dereceden fark saptanmıştır ($p < 0,001$).

Olgu grupları içerisinde psikiyatrik tanısı olan 365 olgu, hastalıklarına göre karşılaştırıldıklarında; TCK 32. maddeden yararlanmayan olgularda alkol-madde kullanım bozukluğu olan olguların sayısının 49 (%23,1) olduğu, anksiyete bozukluğu olan olguların sayısının 10 (%4,7) olduğu, antisosyal kişilik bozukluğu olan olguların sayısının 112 (%52,8) olduğu, bipolar mizaç bozukluğu olan olguların sayısının 4 (%1,9) olduğu, psikozla giden bozukluklara sahip olan olguların sayısının 6 (%2,8) olduğu, unipolar depresyonu olan olguların sayısının 17 (%8) olduğu, zeka geriliği olan olguların sayısının 5 (%2,4) olduğu, diğer olarak sınıflandırdığımız grupta hastalığı olan olguların sayısının 9 (%4,2) olduğu görülmüştür. TCK 32. maddeden yararlanan olgularda alkol-madde kullanım bozukluğu olan olguların sayısının 0 (%0) olduğu, anksiyete bozukluğu olan olguların sayısının 0 (%0) olduğu, antisosyal kişilik bozukluğu olan olguların sayısının 1 (%0,7), bipolar mizaç bozukluğu olan olguların sayısının 25 (%16,3) olduğu, psikozla giden bozukluklara sahip olan olguların sayısının 52 (%34) olduğu, unipolar depresyonu olan olguların sayısının 1 (%0,7) olduğu, zeka geriliği olan olguların sayısının 69 (%45,1) olduğu, diğer olarak sınıflandırdığımız grupta hastalığı olan olguların sayısının 5 (%3,3) olduğu görülmüştür. Karşılaştırmada TCK 32. maddeden yararlanmayan olgularda alkol-madde kullanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, unipolar depresyon bozukluklarının anlamlı derecede daha sık görüldüğü; TCK 32. maddeden yararlanan olgularda, bipolar mizaç bozukluğu, psikozla giden bozukluklar ve zeka geriliklerinin anlamlı derecede daha sık görüldüğü tespit edilmiştir ($p < 0,001$) (Tablo 4.12.). Unipolar depresyon tanısı olup TCK 32. maddeden yararlanan olgunun ilaç etkisi nedeniyle ceza sorumluluğunun kaldırıldığı; antisosyal kişilik bozukluğu olan olgunun aynı zamanda zeka geriliği olması nedeniyle olay öncesi, olay sırası ve olay sonrası davranışları da değerlendirilerek ceza sorumluluğunun azaltıldığı, bu kişinin çok sayıda suç kaydı bulunduğu görülmüştür.

Olgu grupları suç türlerine göre karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan olgularda ‘Asker Kaçağı Olma veya Cezaevinden, Askerden Firar Etme’ suçlarını işlemiş olan olguların sayısının 16 (%5,5) olduğu, ‘Cinsel Suç’ işlemiş olan olguların sayısının 12 (%4,1) olduğu, ‘Fiziksel Şiddet Suçu’ işlemiş olguların sayısının 84 (%28,7) olduğu, ‘Genel Huzuru ve Güvenliği Tehlikeye Sokma ile İlişkili Suçlar’ işlemiş olan olguların

sayısının 23 (%7,8) olduğu, ‘Hırsızlık-Dolandırıcılık-Sahtecilik’ suçlarını işlemiş olan olguların sayısının 82 (%28) olduğu, ‘Mala-Kamu Malına Zarar Verme’ suçlarını işlemiş olan olguların sayısının 14 (%4,8) olduğu, ‘Tehdit-Hakaret’ suçlarını işlemiş olan olguların sayısının 41 (%14) olduğu, ‘Uyuşturucu Suçu’ işlemiş olan olguların sayısının 15 (%5,1) olduğu, ‘Diğer’ olarak gruplandırılmış suçlardan işlemiş olan olguların sayısının 6 (%2,0) olduğu görülmüştür. TCK 32. maddeden yararlanan olgularda ‘Asker Kaçağı Olma veya Cezaevinden, Askerden Firar Etme’ suçlarını işlemiş olan olguların sayısının 7 (%4,6) olduğu, ‘Cinsel Suç’ işlemiş olan olguların sayısının 18 (%11,8) olduğu, ‘Fiziksel Şiddet Suçu’ işlemiş olguların sayısının 53 (%34,6) olduğu, ‘Genel Huzuru ve Güvenliği Tehlikeye Sokma ile İlişkili Suçlar’ işlemiş olan olguların sayısının 7 (%4,6) olduğu, ‘Hırsızlık-Dolandırıcılık-Sahtecilik’ suçlarını işlemiş olan olguların sayısının 20 (%13,1) olduğu, ‘Mala-Kamu Malına Zarar Verme’ suçlarını işlemiş olan olguların sayısının 17 (%11,1) olduğu, ‘Tehdit-Hakaret’ suçlarını işlemiş olan olguların sayısının 27 (%17,6) olduğu, ‘Uyuşturucu Suçu’ işlemiş olan olguların sayısının 1 (%0,7) olduğu, ‘Diğer’ olarak gruplandırılmış suçlardan işlemiş olan olguların sayısının 3 (%2,0) olduğu görülmüştür. Karşılaştırmada TCK 32. maddeden yararlanmayan olgularda ‘Hırsızlık-Dolandırıcılık-Sahtecilik’ ve ‘Uyuşturucu Suçunun’ anlamlı derecede daha sık görüldüğü; TCK 32. maddeden yararlanan olgularda ‘Cinsel Suç’, ‘Mala-Kamu Malına Zarar Verme’ suçlarının anlamlı derecede daha sık görüldüğü tespit edilmiştir ($p < 0,001$). Diğer suç grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.13.).

Tablo 4.12. Gruplandırma sonrasında hastalıkların karşılaştırılması

Olguların Tanıları	TCK 32 (-)	TCK 32 (+)	p
Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu	49 (%23,1)	0 (%0)	<0,001
Anksiyete Bozukluğu	10 (%4,7)	0 (%0)	
Antisosyal Kişilik Bozukluğu	112 (%52,8)	1 (%0,7)	
Bipolar Mizaç Bozukluğu	4 (%1,9)	25 (%16,3)	
Psikozla Giden Bozukluklar	6 (%2,8)	52 (%34)	
Unipolar Depresyon	17 (%8)	1 (%0,7)	
Zeka Geriliği	5 (%2,4)	69 (%45,1)	
Diğer	9 (%4,2)	5 (%3,3)	
Toplam Sayı (n)	212	153	

Tablo 4.13. Gruplandırma sonrasında suç türlerinin karşılaştırılması

Olguların Tanıları	TCK 32 (-)	TCK 32 (+)	p
Asker Kaçağı Olma veya Cezaevinden, Askerden Firar Etme	16 (%5,5)	7 (%4,6)	< 0,001
Cinsel Suç	12 (%4,1)	18 (%11,8)	
Fiziksel Şiddet Suçu	84 (%28,7)	53 (%34,6)	
Genel Huzuru ve Güvenliği Tehlikeye Sokma ile İlişkili Suçlar	23 (%7,8)	7 (%4,6)	
Hırsızlık-Dolandırıcılık-Sahtecilik	82 (%28)	20 (%13,1)	
Mala-Kamu Malına Zarar Verme	14 (%4,8)	17 (%11,1)	
Tehdit-Hakaret	41 (%14)	27 (%17,6)	
Uyuşturucu Suçu	15 (%5,1)	1 (%0,7)	
Diğer	6 (%2,0)	3 (%2,0)	
Toplam Sayı (n)	293	153	

Olgu grupları daha önceki psikiyatrik ilaç kullanımlarına göre karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların 206'sının (%70,3) daha önce ilaç kullanımı olduğu, 87'sinin (%29,7) kullanımı olmadığı görüldü. TCK 32. maddeden yararlanan olguların 121'inin (%79,1) daha önce ilaç kullanımı olduğu, 32'sinin (%20,9) kullanımı olmadığı görüldü. Karşılaştırmada TCK 32. maddeden yararlanan grubun yararlanmayanlara oranla anlamlı derecede daha sık ilaç kullandığı tespit edilmiştir ($p=0,047$) (Tablo 4.14.).

Olgu grupları muayene tarihindeki psikiyatrik ilaç kullanımlarına göre karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların 125'inin (%42,7) ilaç kullanımı olduğu, 168'inin (%57,3) kullanımı olmadığı görüldü. TCK 32. maddeden yararlanan olguların 111'inin (%72,5) ilaç kullanımı olduğu, 42'sinin (%27,5) kullanımı

olmadığı görüldü. TCK 32. maddeden yararlanan olguların anlamlı derecede daha sık ilaç kullanımı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Tablo 4.14. Gruplandırma sonrasında önceden ilaç kullanımlarının karşılaştırılması

Daha Önceki İlaç Kullanımı	TCK 32 (-)	TCK 32 (+)	p
Var	206 (%70,3)	121 (%79,1)	0,047
Yok	87 (%29,7)	32 (%20,9)	
Toplam Sayı (n)	293	153	

Olgu grupları muayenede ilaç kullanımları olduğunu ifade eden 236 olgunun ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmamasına göre karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan 50 (%40,0) olgunun ilaçlarını düzenli kullandığı, 75 (%60,0) olgunun düzensiz kullandığı görüldü. TCK 32. maddeden yararlanan 41 (%36,9) olgunun ilaçlarını düzenli kullandığı, 70 (%63,1) olgunun düzensiz kullandığı görüldü. Olgu grupları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0,629$).

Olgu grupları sigara kullanımları açısından karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların 237'sinin (%80,9) sigara kullanımı olduğu, 56'sının (%19,1) kullanımı olmadığı görüldü. TCK 32. maddeden yararlanan olguların 113'ünün (%73,9) sigara kullanımı olduğu, 40'ının (%26,1) kullanımı olmadığı görüldü. Karşılaştırmada sigara kullanımları açısından fark saptanmamıştır ($p = 0,086$).

Olgu grupları alkol kullanımları açısından karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların 149'unun (%50,9) alkol kullanımı olduğu, 144'ünün (%49,1) kullanımı olmadığı görüldü. TCK 32. maddeden yararlanan olguların 37'sinin (%24,2) alkol kullanımı olduğu, 116'sının (%75,8) kullanımı olmadığı görüldü. Karşılaştırmada TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların anlamlı derecede daha sık alkol kullanımları olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$) (Tablo 4.15.).

Olgu grupları son 1 yıl içerisinde yasaklı madde kullanımları açısından karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların 110'unun (%37,5) yasaklı madde kullanımı olduğu, 183'ünün (%62,5) kullanımı olmadığı görüldü. TCK 32. maddeden yararlanan olguların 27'sinin (%17,6) yasaklı madde kullanımı olduğu,

126'sının (%82,4) kullanımı olmadığı görüldü. Karşılaştırmada TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların anlamlı derecede daha sık yasaklı madde kullanımları olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$) (Tablo 4.16.).

Tablo 4.15. Gruplandırma sonrası alkol kullanım durumlarına göre karşılaştırılma

Alkol Kullanımı	TCK 32 (-)	TCK 32 (+)	p
Var	149 (%50,9)	37 (%24,2)	< 0,001
Yok	144 (%49,1)	116 (%75,8)	
Toplam Sayı (n)	293	153	

Tablo 4.16. Gruplandırma sonrası yasaklı madde kullanımlarına göre karşılaştırılması

Yasaklı Madde Kullanımı	TCK 32 (-)	TCK 32 (+)	p
Var	110 (%37,5)	27 (%17,6)	< 0,001
Yok	183 (%62,5)	126 (%82,4)	
Toplam Sayı (n)	293	153	

Olgu gruplarından madde kullanımı olan olgular, tek veya çok sayıda madde kullanımlarına göre karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların 30'unun (%27,3) tek yasaklı madde kullanımı olduğu, 80'inin (%72,7) çoklu madde kullanımı olduğu görüldü. TCK 32. maddeden yararlanan olguların 8'inin (%29,6) tek yasaklı madde kullanımı olduğu, 19'unun (%70,4) çoklu madde kullanımı olduğu görüldü. Karşılaştırmada olgu grupları arasında tek-çoklu madde kullanımı açısından fark saptanmamıştır ($p = 0,806$).

Olgu grupları olay zamanına yakın psikiyatri başvuruları açısından karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların 13'ünün (%4,4) başvurusunun olduğu, 280'inin (%95,6) başvurusunun olmadığı görüldü. TCK 32. maddeden yararlanan olguların 61'inin (%39,9) başvurusunun olduğu, 92'sinin (%60,1) başvurusunun olmadığı görüldü. Karşılaştırmada TCK 32. maddeden yararlanan olguların anlamlı derecede daha sık psikiyatri başvurularının olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$) (Tablo 4.17.).

Tablo 4.17. Gruplandırma sonrası olay zamanı psikiyatri başvuruları

Olay Zamanına Yakın Psikiyatri Başvurusu	TCK 32 (-)	TCK 32 (+)	p
Var	13 (%4,4)	61 (%39,9)	<0,001
Yok	280 (%95,6)	92 (%60,1)	
Toplam Sayı (n)	293	153	

Olgu gruplarından olay zamanı psikiyatrik başvurusu olan olgular, olay öncesi ve sonrası başvurularına göre karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların 2'sinin (%15,4) olay öncesinde başvurusu olduğu, 11'inin (%84,6) olay sonrası başvurusu olduğu görüldü. TCK 32. maddeden yararlanan olguların 16'sının (%26,2) olay öncesinde başvurusu olduğu, 45'inin (%73,8) olay sonrası başvurusu olduğu görüldü. Karşılaştırmada olgu grupları arasında olay öncesi-sonrası başvurma arasında fark saptanmamıştır ($p = 0,501$).

Olgu gruplarının olayları anlatımları, soruşturma/kovuşturma esnasında verdikleri ifadelerine uyum açısından değerlendirildiğinde; TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların 189'unun (%64,5) uyumlu anlatımda bulunduğu, 54'ünün (%18,4) uyumsuz anlatımda bulunduğu, 0 (%0,0) olgunun anlatımda bulunamadığı, 50 (%17,1) olgunun hatırlamıyorum/bilmiyorum şeklinde cevap verdiği görülmüştür. TCK 32. maddeden yararlanan olguların 93'ünün (%64,5) uyumlu anlatımda bulunduğu, 32'sinin (%20,9) uyumsuz anlatımda bulunduğu, 9 (%5,9) olgunun anlatımda bulunamadığı, 19 (%12,4) olgunun hatırlamıyorum/bilmiyorum şeklinde cevap verdiği görülmüştür. Karşılaştırmada anlatamayan olguların istatistiksel olarak anlamlı derecede sık TCK 32. maddesinden yararlandıkları tespit edilmiştir ($p < 0,001$) (Tablo 4.18.).

Olgu gruplarının işledikleri suçların mağdurları incelendiğinde, TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların 14'ünün (%4,8) 1. derece akrabalarına karşı suçu gerçekleştirdikleri, 31'inin (%10,6) 2. derece ve daha uzak akrabalarına karşı işledikleri, 29 (%9,9) olgunun arkadaşlarına karşı suçta bulundukları, 34 (%11,6) olgunun suçu devlet görevlisine karşı işledikleri, 54 (%18,4) olgunun suçu kamuya karşı gerçekleştirdiği, 11 (%3,8) olgunun mağdurunun komşuları olduğu, 33 (%11,3) suçun kişilerin partnerlerine karşı işlendiği ve 87 (%29,7) olgunun suçunu yabancılara karşı işledikleri görülmüştür. TCK 32. maddeden yararlanan olguların 19'unun (%12,4) 1. derece akrabalarına karşı suçu gerçekleştirdikleri, 19'unun (%12,4) 2. derece ve daha

uzak akrabalarına karşı işledikleri, 16 (%10,5) olgunun arkadaşlarına karşı suçta bulundukları, 12 (%7,8) olgunun suçu devlet görevlisine karşı işledikleri, 26 (%17,0) olgunun suçu kamuya karşı gerçekleştirdiği, 11 (%7,2) olgunun mağdurunun komşuları olduğu, 8 (%5,2) suçun kişilerin partnerlerine karşı işlendiği ve 42 (%27,5) olgunun suçunu yabancılara karşı işledikleri görülmüştür. Karşılaştırmada TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların mağdurlarının partner olma oranının anlamlı derecede daha sık olduğu; TCK 32. maddeden yararlanan olguların mağdurlarının 1. derece akraba olma oranının anlamlı derecede daha sık olduğu tespit edilmiştir ($p= 0,022$). Diğer mağdur grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.19.).

Tablo 4.18. Gruplandırma sonrası ifade-anemnez uyumu karşılaştırılması

İfade-Muayene Anlatımlarının Uyumu	TCK 32 (-)	TCK 32 (+)	p
Uyumlu Anlatabiliyor	189 (%64,5)	93 (%64,5)	$p < 0,001$
Uyumsuz Anlatımda Bulunuyor	54 (%18,4)	32 (%20,9)	
Anlatamıyor	0 (%0,0)	9 (%5,9)	
Hatırlamıyorum/Bilmiyorum	50 (%17,1)	19 (%12,4)	
Toplam Sayı (n)	293	153	

Olgu grupları cezaevinde yaşarken tarafımıza yönlendirilme oranlarına bakıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların 140'ının (%47,8) cezaevinden geldiği, 153'ünün (%52,2) cezaevi dışından geldiği saptanmış. TCK 32. maddeden yararlanan olguların 17'sinin (%11,1) cezaevinden geldiği, 136'sının (%88,9) cezaevi dışından geldiği saptanmış. Çalışmamızda TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların cezaevinden gelme oranının anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Olgu grupları cezaevi geçmişlerine göre incelendiğinde; TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların 185'inin (%63,1) cezaevi geçmişi olduğu, 108'inin (%36,9) cezaevi geçmişi olmadığı saptanmıştır. TCK 32. maddeden yararlanan olguların 30'unun (%19,6) cezaevi geçmişi olduğu, 123'ünün (%80,4) cezaevi geçmişi olmadığı saptanmıştır. TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların cezaevi geçmişi olmasının anlamlı derecede daha sık olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Tablo 4.19. Gruplandırma sonrası suçun mağdurlarına göre karşılaştırılması

Olguların Mağdurları	TCK 32 (-)	TCK 32 (+)	p
1.Derece Akraba	14 (%4,8)	19 (%12,4)	0,022
2. Derece ve Daha Uzak Akraba	31 (%10,6)	19 (%12,4)	
Arkadaş	29 (%9,9)	16 (%10,5)	
Devlet Görevlisi	34 (%11,6)	12 (%7,8)	
Kamu	54 (%18,4)	26 (%17,0)	
Komşu	11 (%3,8)	11 (%7,2)	
Partner	33 (%11,3)	8 (%5,2)	
Yabancı	87 (%29,7)	42 (%27,5)	
Toplam Sayı (n)	293	153	

Olgu grupları cezaevinden yönlendirilen olgular çıkartıldıktan sonra kalan 289 olgu, yaşadıkları kişilere göre incelendiğinde; TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların 74'ünün (%48,4) çekirdek ailesiyle yaşadığı, 46'sının (%30,1) anne-babasıyla yaşadığı, 7'sinin (%4,6) 2. derece ve daha uzak akrabasıyla yaşadığı, 26'sının (%17,0) yalnız yaşadığı görülmüştür. TCK 32. maddeden yararlanan olguların 35'inin (%25,7) çekirdek ailesiyle yaşadığı, 63'ünün (%46,3) anne-babasıyla yaşadığı, 10'unun (%7,4) 2. derece ve daha uzak akrabasıyla yaşadığı, 28'inin (%20,6) yalnız yaşadığı görülmüştür. TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların daha sık çekirdek ailesiyle yaşadığı; TCK 32. maddeden yararlanan olguların daha sık anne-babasıyla yaşadığı saptanmış olup diğer gruplar arasında fark saptanmamıştır ($p < 0,001$) (Tablo 4.20.).

Olgu grupları muayenemizde vasisi olduğunu söylemesi ile anabilim dalımızca olay öncesi veya sonrasında vasi değerlendirmesinde vesayete karar verilmesi açısından değerlendirildiğinde; TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların 11 (%3,8) tanesinin vasisi olduğu, 282 (%96,2) tanesinin olmadığı tespit edilmiştir. TCK 32. maddeden yararlanan olguların 51 (%33,3) tanesinin vasisi olduğu, 102 (%66,7) tanesinin olmadığı tespit edilmiştir. TCK 32. maddeden yararlanan olgular hakkında anlamlı derecede daha sık vasi kararı alındığı saptanmıştır ($p < 0,001$).

Tablo 4.20. Gruplandırma sonrası yaşadıkları yere göre karşılaştırılması

Olguların Yaşadıkları Kişiler	TCK 32 (-)	TCK 32 (+)	p
Çekirdek Aile	74 (%48,4)	35 (%25,7)	p< 0,001
Anne-Baba	46 (%30,1)	63 (%46,3)	
2. Derece ve Daha Uzak Akraba	7 (%4,6)	10 (%7,4)	
Yalnız	26 (%17,0)	28 (%20,6)	
Toplam Sayı (n)	153	136	

Olgu grupları medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde; TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların 135'inin (%46,1) bekar olduğu, 46'sının (%15,7) boşanmış olduğu, 112 (%38,2) olgunun evli olduğu görülmüştür. TCK 32. maddeden yararlanan olguların 79'unun (%51,6) bekar olduğu, 31'inin (%20,3) boşanmış olduğu, 43 (%28,1) olgunun evli olduğu görülmüştür. İki grubun medeni durumları arasında anlamlı derecede fark saptanmamıştır (p= 0,090).

Olgu grupları çocuğu olup olmamasına göre karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların 143'ünün (%48,8) çocuğu olduğu, 150'sinin (%51,2) çocuğu olmadığı görülmüştür. TCK 32. maddeden yararlanan olguların 66'sının (%43,1) çocuğu olduğu, 87'sinin (%56,9) çocuğu olmadığı tespit edilmiştir. İki grubun çocuğu olup olmamasına göre aralarında anlamlı derecede fark saptanmamıştır (p= 0,255).

Olgu grupları muayenedeki duygulanımlarına göre karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların 32'sinin (%10,9) agresif olduğu, 18 (%6,1) olgunun anksiyöz tavırlar sergilediği, 23 (%7,8) olgunun çökkün olduğu, 13 (%4,4) olgunun kısıtlı duygulanımda bulunduğu, 6 (%2,0) olgunun lakayt tavırlar sergilediği, 201'nin (%68,6) ötimik olduğu tespit edilmiştir. TCK 32. maddeden yararlanan olguların 15'inin (%9,8) agresif olduğu, 11 (%7,2) olgunun anksiyöz tavırlar sergilediği, 15 (%9,8) olgunun çökkün olduğu, 40 (%26,1) olgunun kısıtlı duygulanımda bulunduğu, 11 (%7,2) olgunun lakayt tavırlar sergilediği, 61'inin (%39,9) ötimik olduğu tespit edilmiştir. TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların anlamlı olarak daha sık ötimik oldukları; TCK 32. maddeden yararlanan olguların anlamlı olarak daha sık kısıtlı ve lakayt tavırlar

sergiledikleri saptanmıştır ($p < 0,001$) (Tablo 4.21.). Diğer duygulanımlar arasında fark bulunmamıştır.

Tablo 4.21. Gruplandırılma sonrası muayenedeki duygulanımların karşılaştırılması

Muayenedeki Duygulanımları	TCK 32 (-)	TCK 32 (+)	p
Agresif	32 (%10,9)	15 (%9,8)	$p < 0,001$
Anksiyöz	18 (%6,1)	11 (%7,2)	
Çökkün	23 (%7,8)	15 (%9,8)	
Kısıtlı	13 (%4,4)	40 (%26,1)	
Lakayt	6 (%2,0)	11 (%7,2)	
Ötimik	201 (%68,6)	61 (%39,9)	
Toplam Sayı (n)	293	153	

Olgu grupları tarafımızca kaç kez ceza sorumluluğuna dair rapor alındığına göre karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan 152 (%51,9) olgunun bir kez rapor aldığı, 141 (%48,1) olgunun birden fazla rapor aldığı görülmüştür. TCK 32. maddeden yararlanan 72 (%47,1) olgunun bir kez rapor aldığı, 81 (%52,9) olgunun birden fazla rapor aldığı görülmüştür. Bu bulgular açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiş olup yalnızca oransal olarak TCK 32. maddeden yararlanan olguların birden fazla kez rapor alma oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p = 0,334$).

Olgu grupları işledikleri suçu daha önce tanımlamış olduğumuz iletişim araçları ile işleme açısından karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan 18 (%6,1) olgunun suçu iletişim aracı üzerinden işlediği, 275 (%93,9) olgunun suçu iletişim aracı üzerinden işlemediği saptanmıştır. TCK 32. maddeden yararlanan 20 (%13,1) olgunun suçu iletişim aracı üzerinden işlediği, 133 (%86,9) olgunun suçu iletişim aracı üzerinden işlemediği saptanmıştır. TCK 32. maddeden yararlanan olguların anlamlı derecede daha sık iletişim aracı üzerinden suç işlediği saptanmıştır ($p = 0,013$) (Tablo 4.22.).

Olgu grupları suç işledikleri mekan açısından karşılaştırıldığında; TCK 32. maddeden yararlanmayan 65 (%22,2) olgunun suçu kendi evinde işlediği, 23 (%7,8) olgunun faile ait olmayan konutta işlediği, 40 (%13,7) olgunun suç mekanının market-dükkan-mağaza

benzeri yerler olduğu, 4 (%1,4) olgunun suç mekanının failin çalıştığı işyeri olduğu, 97 (%33,3) olgunun suçu cadde/sokak olmak üzere açık alanlarda işlendiği, 25 (%8,5) olgunun suç mekanının devlet kuruluşu olduğu ve 39 (%13,3) suçun yapısı itibariyle mekansız suçlardan olduğu görülmüştür. TCK 32. maddeden yararlanan 46 (%30,1) olgunun suçu kendi evinde işlendiği, 7 (%4,6) olgunun faile ait olmayan konutta işlendiği, 8 (%5,2) olgunun suç mekanının market-dükkan-mağaza benzeri yerler olduğu, 7 (%4,6) olgunun suç mekanının failin çalıştığı işyeri olduğu, 44 (%28,8) olgunun suçu cadde/sokak olmak üzere açık alanlarda işlendiği, 10 (%6,5) olgunun suç mekanının devlet kuruluşu olduğu ve 31 (%20,3) suçun yapısı itibariyle mekansız suçlardan olduğu görülmüştür. TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların market-dükkan-mağaza benzeri yerlerde anlamlı derecede daha çok suç işlendiği; TCK 32. maddeden yararlanan olguların kendi iş yerlerinde anlamlı derecede daha sık suç işledikleri saptanmış olup ($p=0,004$), diğer suç mekanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.23.).

Tablo 4.22. Gruplandırma sonrası suçun iletişim aracıyla işleme durumları

Suç İletişim Aracı Üzerinden İşlenmiş	TCK 32 (-)	TCK 32 (+)	p
Evet	18 (%6,1)	20 (%13,1)	0,013
Hayır	275 (%93,9)	133 (%86,9)	
Toplam Sayı (n)	293	153	

Olgular incelenirken, istatistiksel olarak anlamlı olmaları olgu sayıları itibariyle mümkün olmayan bazı parametreler ayrıca kayıt altına alınmışlardır; 10 olguda hastaya mini mental test uygulandığı, bu testlerin uygulandığı hastaların 53-75 yaşları arasında oldukları, yaş ortalamalarının $67,1 \pm 6,52$ (SS) olduğu görülmüştür. 7 olguda kişiler, küçüklüklerinde-bebekliklerinde menejit, beyin kanaması veya ateşli hastalık geçirdiklerini iddia etmişlerdir. Bu hastalardan 3'ünde hafif düzeyde mental gerilik, 1 olguda orta düzeyde mental gerilik, 1 olguda da ağır düzeyde mental gerilik olduğu saptanmıştır. 18 olgu epilepsi hastası olduğunu belirtmişlerdir. 2 olgu herhangi bir tıbbi-tanı ve tedavisi olmaksızın ifadelerinde kleptomani olduklarını belirtmeleri üzerine tarafımıza yönlendirilmiştir. Ayrıca olguların uyruklarına bakıldığı zaman yabancı uyruklu hasta sayısının 1 olduğu ve Özbekistan'lı olduğu görülmüştür.

Tablo 4.23. Gruplandırma sonrası suç mekanlarına göre karşılaştırılma

Suç Mekanları	TCK 32 (-)	TCK 32 (+)	p
Kendi Evi	65 (%22,2)	46 (%30,1)	0,004
Diğer Konutlar	23 (%7,8)	7 (%4,6)	
Market-Dükkan vb.	40 (%13,7)	8 (%5,2)	
Kendi İşyeri	4 (%1,4)	7 (%4,6)	
Cadde/Sokak vb.	97 (%33,3)	44 (%28,8)	
Devlet Kuruluşu	25 (%8,5)	10 (%6,5)	
Mekansız	39 (%13,3)	31 (%20,3)	
Toplam Sayı (n)	293	153	

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, 2021-2023 yılları arasında adli makamlarca TCK 32. maddesi kapsamında değerlendirilmesi istenen olgulardan 446'sını retrospektif olarak inceledik. Yapılan analizler sonucunda elde ettiğimiz bulgular alanyazınla birlikte değerlendirildiğinde;

Literatürde değişen derecelerde fark görülmekle birlikte, ceza sorumluluğu için başvuran olguların çoğunluğunun erkek olduğu belirtilmektedir (93, 94). TÜİK'in 2020 ceza infaz kurumu istatistikleri incelendiği zaman hükümlü ve tutukluların %96'sının erkek, %4'ünün kadın olduğu tespit edilmiştir (95). Ayrıca sosyal bilimler alanında Türkiye'deki kadın suçluluğunu inceleyen bir makalede kadınlar tarafından işlenen suçların 2009-2017 yılları arasında yatay bir seyir izleyerek % 3,72 olduğu görülmüştür (96). Çalışmamızda olguların %92,8'inin erkek olgulardan, %7,2'sinin kadın olgulardan oluştuğu saptanmıştır. Bu veriler ışığında bulgumuzun literatür ile uyumlu olduğu tespit edilmiştir.

Adalet Bakanlığının 2023 istatistiklerine bakıldığında asliye ceza mahkemeleri, savcılıklar ve ağır ceza mahkemelerine yeni dosya açılan olguların toplam sayısının 6.646.721 olduğu; bu olguların %74,26'sının savcılıklarda, %23,62'sinin asliye ceza mahkemelerinde ve %2,12'sinin ağır ceza mahkemelerinde açıldığı görülmüştür (97). Çalışmamızda raporları gönderen kurumlara bakıldığında %73,3'ünün asliye ceza mahkemeleri, %23,8'inin savcılıklar, %2,9'unun ise ağır ceza mahkemeleri yoluyla yönlendirildikleri görülmüştür. Bu bilgi ışığında ağır ceza mahkemelerinden tarafımıza gönderilen olguların oranlarının toplam oranla uyumlu olduğu görülmüştür. Ceza sorumluluğu değerlendirmesinde yargıtay kararlarında kurul raporları istendiği göz önüne alındığında asliye ceza mahkemeleriyle savcılıklar arasındaki oranların adalet bakanlığı istatistikleriyle farkının bu durumdan kaynaklı olduğu düşünülmüştür (21).

Düzce il merkezi ve adliye olmayan ilçelerin nüfusunun toplam nüfusa oranının %86,2 olduğu, Akçakoca İlçe nüfusunun oranının %10,1 olduğu, Yığılca İlçe nüfusunun %3,6 olduğu (98) bilgisi ışığında çalışmamızdaki Düzce ili sınırlarından gönderilen vakaların %79,3'ünün Düzce Adliyesinden, olguların %14'ünün Akçakoca Adliyesinden, %6,7'nin ise Yığılca Adliyesinden gönderildiği değerlendirildiğinde, olguların gönderilme sayısı ile nüfuslarının doğru orantılı olduğu, Akçakoca'dan nüfusuna göre 1,3 kat, Yığılca'dan 1,8 kat ve merkez ile adliye olmayan ilçelerden 0.92 kat olgunun tarafımıza

yönlendirildiği görülmüştür. Bu oranların Düzce Adli Tıp Şube Müdürlüğüne yönlendirilen olguların sayısı bilinmemesi nedeniyle, sapmanın nedeni konusunda kanaate varılamamıştır.

Literatür incelendiğinde ülkemizde farklı şehirlerde yapılmış benzer çalışmalarda da 33.4 ± 12.8 (18-86) (98), $37,04 \pm 12,96$ (min 18, max 93) (94) gibi sonuçlar olduğu görülmüştür. Çalışmamızdaki oranlarla karşılaştırıldığında, bulgularımızın literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Olguların suç tarihleriyle muayene edildikleri tarih arasındaki fark karşılaştırıldığında, benzer tez çalışmaları incelendiğinde bir çalışmada ortalama 14.4 ay, maksimum 108 ay olduğu görülmüştür (93, 94, 99, 100, 101). Çalışmamızdaki başvuru süresinin $1223,65$ gün $\pm 1513,754$ gün (SS), medyan 575,50 gün, (en kısa 1 gün; en uzun 7602 gün) olduğu tespit edilmişti. Bu veriler incelendiğinde değerlendirmelerin yapıldığı tarihlerin, olay tarihlerinden oldukça sonra olduğu görülmüştür. Buna neden olan durumların kurul raporlarının savcılıkların soruşturma aşamasından çok, mahkemelerin kovuşturma aşamalarında istenmesi ayrıca cezaevinden yönlendiren olguların oranının %35,2 olması olabileceği düşünülmüştür.

Çocuk suçluluğunu konu alan bir çalışmada çocukların yaşadığı yer şehir-köy-ilçe olarak sınıflandırıldığı ve olguların en çok ilçeden geldiği belirtilmiştir (102). Kırsal-şehir suçluluğu özellikle sosyal bilimler alanında tartışılan bir konu olmakla birlikte ülkemizde kırsal yerleşim bölgelerinde yapılan suç araştırmalarının sınırlı olduğu belirtilmektedir (103). Olgular yaşadıkları idari birimler, başvuru zamanında cezaevinde yaşayan olgular cezaevinden önce yaşadıkları yerler kabul edilerek sorgulandığında; 247 (%55,4) olgunun şehirde, 136 (%30,5) olgunun ilçede ve 63 (%14,1) olgunun köyde yaşadığı tespit edilmişti. TCK 32. maddeden yararlanan olguların anlamlı derecede daha sık köyde yaşadığı; TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların anlamlı derecede daha sık şehirde yaşadığı ve ilçeler açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştü. Saptadığımız durumun köy ve şehir imkanlarının farklılığı ve köyde yaşayan psikiyatrik hastaların takip, tedavisi ve tedaviye sevkini daha zor olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Bu durumu etkilemiş bir diğer hususun ise köylerde işlenen suçların adli makamlara daha az oranda yansması olabileceği düşünülmektedir. Adli tıp alanında yapılan çalışmalarda da kırsal alan ve şehir merkezlerinde gerçekleşen suçlara odaklanılmasının suç nedenleri ve önleme çalışmalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Türkiye’deki benzer çalışmalar incelendiğinde işsiz olarak tanımlanmış olan olguların oranının %26 ila %67,5 (93, 94, 99, 100, 101) arasında değişim gösterdiği saptanmıştır. Türkiye’de 15 yaş ve üzeri işsizlik oranının TÜİK verilerinde 2021-2023 yıllarında sırasıyla %12, %10,4 ve %9,4 olduğu görülmektedir (104, 105, 106). 2018’de Amerika’da yapılan bir çalışmada eski hükümlülerin normal popülasyondakine oranla farklı cinsiyet ve etnik gruplara göre 4 ila 5 kat civarlarında işsizlik yaşadığı gösterilmiştir. Türkiye’de yapılmış bir çalışmada eski hükümlüler ve denetimli serbestlik yükümlülerinin işsizlik oranının %36,04 olduğu ortaya konmuştur (107, 108, 109). Londra’da 90’larda yapılan bir çalışmada uzun vadeli ruh sağlığı sorunları olan kişiler arasındaki işsizlik oranları, o dönem genel işsizlik oranı azalmasına rağmen, 1990’larda istikrarlı bir şekilde arttığı, uzun vadeli ruh sağlığı sorunları olan kişiler arasındaki işsizlik oranının 1990’da %80’den 1999’da %92’ye yükseldiği ve şizofreni tanısı olan kişiler arasındaki işsizlik oranının 1990’da %88’den 1999’da %96’ya yükseldiği görülmüştür (110). Ayrıca araştırmalar, şiddetli veya yaygın ruhsal bozuklukları olan kişilerin, herhangi bir bozukluğu olmayan kişilere göre işsiz kalma olasılıklarının sırasıyla 7 ve 3 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (111). Genel olarak, iş kaybının sağlıkta bozulmalara neden olduğu ve işsiz kaldıktan sonra tekrar işe girmenin sağlıkta iyileşmeye yol açtığını bildiren çalışmalar mevcuttur (112). Çalışmamızdaki olguların mesleklerine baktığımızda %50 olgunun herhangi bir gelir getiren işte çalışmadığı görülmüş olup bu durumun literatürle uyumlu olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki olguların %81,8’inin psikiyatrik açıdan tanısı olduğu ve daha önceden-muayenemiz esnasında cezaevi geçmişi olan hastaların oranının %48,2 olduğu göz önüne alındığında çalışmamızdaki genel toplumdaki işsizlik oranının 5 katı olan %50 işsizlik oranı önem kazanmaktadır. İşsizliğin hem psikiyatrik hastalıklar hem de suç için çift yönlü etkisi olduğu yukarıda incelenen çalışmalar sonucunda görülmektedir. Hükümlü-denetimli serbestlik kayıtları olan bireylerle psikiyatrik hastalığı olan bireylerin genel topluma göre işsizlik oranları daha yüksektir. İşsizlik, özellikle malvarlığı suçlarında artışa neden olmakta ayrıca kişilerin sağlığını da negatif yönde etkilemektedir (109). 4857 sayılı İş Kanunu’nun 30. maddesinde; elli veya daha fazla işçi çalıştırdıkları özel sektör işyerlerinde yüzde üç engelli, kamu işyerlerinde ise yüzde dört engelli ve yüzde iki eski hükümlü işçiyi çalıştırmaları gerektiği belirtilmektedir (113). Çalışmamızdaki işsizlik oranının toplumdaki işsizlik oranından ciddi düzeyde yüksek olmasının; hem işsizliğin suça neden olmasıyla hem de hükümlülük durumu ve psikiyatrik hastalıkların işsizliğe neden olmasıyla açıklanabilir olduğu düşünülmüştür. Bu durum suçun önlenmesinde

işsizlikle mücadelenin önemini vurgulamaktadır. Çalışmamızdaki olgu grubunu da kapsayan kanuni maddelerin varlığı, problemin devlet eliyle çözülmeye çalışıldığını göstermekte olup ilerleyen zamanda benzeri uygulamalarla bu problemin çözülmesinin suçun önlenmesinde hayati önemde olduğunu düşünülmüştür.

Çiftçilerdeki psikiyatrik sorunlara yönelik yurtiçi ve yurt dışında literatürde çalışmalar bulunmakla beraber özellikle ülkemizde bu konuya odaklanmış çalışmaların ulaşılabilen alanyazında az sayıda olduğu görülmüştür (114). Yurtdışında yayınlanan bir makalede bu alandaki çalışmalar incelenmiş ve incelenen literatürde çiftçilerin ruh sağlığı üzerinde en çok atıfta bulunulan dört etkenin sırasıyla pestisit maruziyeti, mali zorluklar, iklim değişkenlikleri/kuraklık ve zayıf fiziksel sağlık/geçmiş yaralanmalar olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çiftçilerin ve diğer meslek çalışanlarının ruh sağlığı üzerine yapılan karşılaştırmalı çalışmaların değişken sonuçlar gösterdiği, taranan makalelerde sıklıkla psikolojik bozuklukların çiftçilerde ve çiftlik işçilerinde daha yaygın olduğunun belirlendiği, ayrıca çiftçiliğe dair psikolojik bozukluk risk faktörleri ve etkileri hakkında bilgi elde edilmesinin ruhsal hastalık yükünü azaltmak için önemli olduğu bildirilmektedir (115). Kendi olgularımızda TCK 32. maddeden yararlanan olguların anlamlı derecede daha sık çiftçi olduğu saptanmıştı. Bu bilgiler ışığında bu durumun yurt dışında yapılan çalışmalarda belirtildiği üzere çiftçiliğin sahip olduğu özel yaşam koşulları ve psikiyatrik hastalık ilişkisine odaklanılması gerektiğini işaret ettiğini düşünmekteyiz.

Yapılan benzer çalışmalarda %68,4 bekar, %31,6 evli (93), %67,8 bekar, %24,9 evli, %6,2 boşanmış (99), %58,9 bekar, %22,7 evli, %18,4 boşanmış (100), %48,8 bekar, %28 evli, %18,3 boşanmış-dul, %3,9 bilinmiyor (94), %52 bekar, %29 evli, %18 boşanmış/eşi vefat etmiş (101) şeklinde medeni durum oranları görülmüştür. Olgularımızın %48'inin hiç evlenmediği, %34,8'inin evli olduğu, %17,3'nün ise boşandığı; olgunun %53,1'inin hiç çocuğu olmadığı, %40,5 olgunun ise 1 ila 3 çocuğu olduğu saptanmıştı. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak en büyük oranın bekar olgulara ait olduğu, sonrasında evli olgular olduğu; en küçük dilimin de boşanmış olgulara ait olduğu görülmektedir. Literatürde bekar olguların daha çok suça karıştığı, evliliğin suça karşı koruyucu etkileri olduğunu bildirmiş çalışmalar mevcut olmakla birlikte evliliğin koruyucu etkisine ilişkin iddiaların abartıldığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (101, 116). Çalışmaların çoğunda doğrudan (karşıt olgusal) nedenselliğe dair kanıt gösterilmemekte mamafih yalnızca birkaç çalışma zaman sıralamasını ele almaktadır ve bunlardan bazıları suçtan vazgeçmenin evlilikten önce gerçekleştiğini göstermektedir. Kriminoloji literatüründe,

evlilik birliğine girmenin, bağlı ve kaliteli bir ilişkinin kurulduğuna kanıt olmadığı gerçeğine yeterince odaklanılmadığının bildirildiği de görülmektedir (101, 116).

Literatürdeki ceza sorumluluğuna dair makaleler incelendiğinde, Isparta’da yapılan bir çalışmada askerlikte sorun yaşamış olguların oranının %58,9 olduğu görülmektedir (100). 414 erkek olgunun askerlik durumları değerlendirildiği çalışmamızda; olguların %35,7’si herhangi bir sorun yaşamadan askerliği tamamladığını, %34,3 olgu psikiyatrik nedenlerle muaf olduğunu, %17,4 askerde ceza aldığını-silahlı nöbet tutamadığını-hava değişimi aldığını, %6,5 olgu henüz askerliğini yapmadığını, %6 olgu ise fiziksel hastalıkları nedeniyle askerlikten muaf olduğunu beyan etmiştir. Karşılaştırmada TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların daha sık askerde ek durum yaşadığı; TCK 32. maddeden yararlanan olguların daha sık psikiyatrik nedenlerle muaf olduğu tespit edilmiştir. Diğer durumlar açısından aralarında anlamlı fark saptanmamıştır. Yargıtay kararlarında, ceza sorumluluğuna konu olan hükümlerin askerlikten muaf olduğuna dair belgelerin olmasına karşın ceza sorumluluğu raporu alınmamasının bozma gerekçesi olduğu belirtilmektedir (21). İlgili yönetmelikte askerliğe engel olan haller ayrıntılı olarak tanımlanmış, fiziksel ve psikiyatrik açıdan hangi durumların hangi düzeylerde askerliğe engel olduğu belirtilmiştir. Adli tıp pratiğinde sık karşılaşılan “Bir hecmeden fazla tekrarlayan veya kronik nitelik kazanmış psikotik bozukluklar, bir hecmeden fazla tekrarlayan bipolar bozukluklar” yönetmelikte askerliğe engel durum olarak tanımlanmakta, nevrotik bozuklukların işlevsellik ve sıklığının değerlendirmeye alınması gerektiği ayrıca madde kullanım bozukluğu, zeka geriliği ve kişilik bozukluğu olan olguların tedavi, izlem ve nekahet hallerinin değerlendirilmesi istenmektedir (117). Psikiyatrik nedenlerle askerliğe elverişli olmayan olgularla ceza sorumluluğu değerlendirilmesi gereken olguların sıklıkla benzer kümede bulunması, ceza sorumluluğu değerlendirmesinde askerlik evraklarının önemini gösterdiğini düşündürmektedir. Ancak psikotik bozuklukların genellikle ergenliğinin sonlarında veya 20’li yaşlarının ortalarında başlayarak başlaması nedeniyle askerlik belgeleri tek başına yeterli olmayacaktır (38, 39). Ayrıca karşılaştırma sonucunda ulaşılan farklılığın, kişilerin askerliklerini tamamlamış olmalarının askeriyede herhangi bir sorun yaşamadıkları anlamına gelmediği düşünülerek, askerlik bilgileri sorgulanırken rdm başvurusu, ceza durumu, hava değişimleri, nöbetlerle ilgili yaşamış olabileceği problemlerin sorgulanmasının da önemli olduğunu gösterdiği kanaatine ulaşılmıştır.

TÜİK 2023 verileri 15 yaş üzerindeki olguların son bitirdikleri eğitim kurumları açısından incelendiğinde 65 739 229 toplam olgu sayısından bilinmeyen olgular

çıkartıldığında 65 336 055 olgunun %2,55'inin okuma yazma bilmediği, okuma yazma bilen fakat bir okul bitirmeyen olguların oranının %3,36 olduğu, ilkokul mezunu oranının %18,1 olduğu, ilköğretim mezunu oranının %7,16 olduğu, ortaokul mezunu oranının %18,79 olduğu, lise ve dengi meslek okulu mezunların oranının %27,54 olduğu, yüksekokul ve fakülte mezunlarının oranının %19,22 olduğu, 5 veya 6 yıllık fakülteler dahil yüksek lisans mezunları oranının %2,4 olduğu ve doktora bitirmiş bireylerin oranının %0,38 olduğu ve yıllar içerisinde ortalama yıllık eğitim görme miktarının arttığı görülmektedir (118). Olgularımızın son bitirdikleri eğitim kurumları incelendiğinde; %7,2 olgunun okur-yazar olmadığı, %7 olgunun okuma yazma bildiği, %27,6 olgunun ilkokul mezunu olduğunu, %32,1 olgunun ortaokul mezunu olduğu, %20 olgunun lise mezunu olduğunu, %6,3 olgunun ise lise üzerinde mezuniyeti olduğunu belirlenmiştir. İki grup karşılaştırıldığında, TCK 32. maddeden yararlanan olguların anlamlı derecede daha sık okuryazar olmayan ve okuryazar olup okul mezuniyeti olmayan olgularda olduğu, TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların ortaokul mezuniyetlerinin anlamlı derecede sık olduğu ve yine TCK 32. maddeden yararlanan olguların anlamlı derecede lisans-ön lisans mezuniyetlerinin daha sık olduğu görülmüştü. Ülkemizde zorunlu eğitim süresinin 2012-2013 döneminde 12 yıla çıkartıldığı ve eğitim sisteminde düzenlemeler yapıldığı bilinmektedir. Olguların kendisini ilköğretim mezunu olarak tanımlamamış olması çalışmamızla bu istatistiklerin karşılaştırılmasını zorlaştırmaktadır ancak TÜİK verilerindeki lise ve dengi meslek okulu mezunlarının oranının %27,54 olduğu, çalışmamızda ise bu oranın %20 olduğu; Yüksekokul-fakülte üzerinde eğitim görmüş olguların oranının %22 olduğu çalışmamızda ise bu oranın %6,3 olduğu görülmektedir. Tersini olarak çalışmamızda okuryazar olmayanların oranının TÜİK verilerine oranla 2,82 kat olduğu; okuryazar olup bir okul mezuniyeti olmayanlarının oranının 2 katı olduğu görülmektedir. Eğitim ile suç işleme arasında negatif ilişki olduğu bilinmektedir. Bunun yanında suç oranlarının 18 yaşında zirveye ulaştığı ve bu dönemde gençleri okulda tutmanın suç faaliyetlerine karışmada önleyici olabileceğini düşünen yazarlar da mevcuttur (119). İsveç'te yapılan bir çalışmada düşük eğitim düzeyinde kalmanın çoğu ruhsal bozukluk, madde kullanım bozukluğu ve kendine zarar verme riskiyle ilişkili olabileceği ortaya konmuştur (120). Zihinsel bozukluklara atfedilebilen okul bırakmanın oranının lise mezuniyeti için en yüksek olduğu ve %10,2 oranında olduğu ayrıca ilkokul mezuniyeti için %3,8, üniversiteye giriş için %4,4 ve üniversite mezuniyeti için de %2,6 olduğu tespit edilmiştir (121). Tüm bu veriler birlikte değerlendirildiğinde çalışmamızdaki olgu grubumuzun hem suç işleyen hem de önemli

bir kısmı psikiyatrik tanısı olan hastalar olduğu göz önüne alındığında, olguların eğitim düzeyinin genel topluma göre düşük olduğu ve bu durumun eğitim, suç ve psikiyatrik hastalıklar arasındaki çok yönlü ilişkiyi işaret ettiği kanısındayız. Bu ilişkilerin daha iyi anlaşılabilmesi için bu konuya odaklanmış, titizlikle yürütülecek çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda karşılaşılan TCK 32. maddesinden yararlanan olguların hem düşük eğitim düzeyinde hem de ön lisan-lisans eğitim düzeyindeki anlamlı sıklığının nedeni olarak entelektüel yetmezliğin okul başarısını en baştan etkilemesiyle akademik başarıyı erken dönemde bozması; psikotik bozukluklar, bipolar duygulanım bozuklu gibi hastalıkların, genellikle bir kişi ergenliğinin sonlarında veya 20'li yaşlarının ortalarındayken başlamasının okuldaki başarısını lise sonrasında etkilemesi olduğu düşünülmüştür (25, 38, 39).

Ülkemizde yapılan benzer dört çalışma incelendiğinde (93, 94, 99, 101); tanısı olmayan-normal muayene olarak değerlendirilen olguların oranlarının %14,1 ile %37,9 gibi değişken oranlarda görüldüğü, antisosyal kişilik bozukluğu oranlarının %2,5 ile %22 arasında değişim görüldüğü, zeka geriliği oranlarının %10,5 ile %35,4 arasında değiştiği, psikotik bozukluk oranının en yüksek çalışmada %25,2 olduğu, madde kullanım bozukluğunun en yüksek %8,5, alkol-madde kullanım bozukluğunun en yüksek %5 olduğu, bipolar mizaç bozukluğunun en yüksek oranının %7,9 olduğu görülmektedir. Çalışmamızdaki olguların psikiyatrik hastalıkları incelendiğinde; %18,2 olgunun herhangi bir hastalığı bulunmadığı, %25,3 olguda antisosyal kişilik bozukluğu bulunduğu, %16,6 olguda zeka geriliği bulunduğu, %13 olguda psikozla giden bozukluk bulunduğu, %11 olguda alkol-madde kullanım bozukluğu olduğu, %6,5 olguda bipolar mizaç bozukluğu bulunduğu, %4 olgunun unipolar depresyonu olduğu, %2,2 olguda anksiyete bozukluğu olduğu; diğer olarak gruplandırılmış %3,1 olgunun, 2'sinde demans, 2'sinde borderline kişilik bozukluğu, 3'ünde paranoid kişilik bozukluğu ve 7'sinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olduğu saptanmıştır. Karşılaştırmada TCK 32. maddeden yararlanmayan olgularda alkol-madde kullanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, unipolar depresyon bozukluklarının daha sık görüldüğü; TCK 32. maddeden yararlanan olgularda, bipolar mizaç bozukluğu, psikozla giden bozukluklar ve zeka geriliklerinin daha sık görüldüğü tespit edilmişti. Literatür incelendiğinde hastalıkların sınıflandırılması açısından net konsensus olmadığı ancak benzer hastalıkların adli tıp pratiğinde daha sık ceza sorumluluğu muayenesine

yönlendirildiği görülmektedir. Adli Tıp pratiğinde daha sık karşılaşılan hastalıkları ayrıntılı incelediğimizde:

Antisosyal kişilik bozukluğu, madde bağımlılarında en sık görülen eş zamanlı bozukluklardan biridir ve diğer kriterlerin yanı sıra suç işlemeye yüksek eğilim ile karakterize olduğu bilinmektedir. Bu bozukluğun hapisane popülasyonunda sık görüldüğü bilinmekle birlikte tanı olarak gelişigüzel bir şekilde kullanıldığını iddia eden makaleler de mevcuttur. Suç işlemeye sıkı ilişkisi olduğu tanımlanan bu kişilik bozukluğunun çalışmamızda da olguların %25,3'ünün sahip olduğu hastalık olması literatürle uyumludur. Çalışmamızdaki yüksek oranın bu durumdan muzdarip olan bireyler hakkında koruma-takip-bilinçlendirme gibi konularda çalışmalar yapılması gerektiğini işaret ettiğini düşünmekteyiz (122, 123).

Ülkemizdeki benzer çalışmalara bakıldığı zaman zeka geriliğinin (entelektüel yetmezlik), psikiyatrik tanıları olan hastalar arasında 1. veya 2. hasta grubu olduğu, yüzdeliklerinin %10,2 ila %35,4 arasında değiştiği görülmektedir (93, 94, 99, 101). İsviçre'de yapılan bir çalışmada ulusal suç kayıtlarından yapılan bir incelemede 1997-2013 yılları arasında adli psikiyatrik değerlendirmeye tabi tutulan 7450 kişiden 481'i (%6,5) klinik olarak entelektüel yetmezlik olarak değerlendirildiği ve bu kişilerin %15'inin hapis cezasına çarptırıldığı bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada zeka geriliği olan grubun cinsel suçlarla diğer hastalıklara sahip olanlara göre daha çok ilişkili oldukları bulunmuştur (124). Çalışmamızda da zeka geriliği tanısı olan grubun %16,6'lık oranla, psikiyatrik tanısı olan hastalar arasında 2. sırada olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar göz önüne alındığında İsviçre'deki çalışmanın da sonucu olduğu gibi zeka geriliği olan bireylerin karmaşık ihtiyaçlarını ele almak ve dahil oldukları suçları önlemek için engellilik hizmetleri ve özel eğitim okulları gibi erken müdahale stratejilerine ihtiyacımız olduğu ve bu ihtiyaçların daha iyi saptanabilmesi için daha çok klinik çalışmaya ihtiyacımız olduğu düşünülmüştür (124).

Türkiye'de yapılmış benzer çalışmalar incelendiğinde psikotik bozukluk-şizofreni başlıklı hastalıkların olgulardaki sıklığının %7,5-%22,6 gibi oranlarda görülmüştür (93, 94, 99, 101). Çalışmamızda da DSM-V kriterlerine göre sınıflanmış psikozla giden bozuklukların bulunduğu olgu oranı %13 olup psikiyatrik tanısı bulunan olgular içerisinde olgu yüzdesi 3. sıradadır. Psikozun şiddet içeren suç işleme riskini artırdığı düşünülmektedir. Psikoz hastaları ve suç üzerine 2020 yılında yayınlanmış bir meta-analizde 15.446 psikozlu bireyin suçları, genel nüfustan örneklenen 186.752 kontrol

grubuyla karşılaştırılmış ve tüm suçlar kapsamında kadınların suç işleme oranı 2,81, erkeklerin oranının ise 2,42 olduğu ve çalışmalar arasında dikkat çekici heterojenite olduğu tespit edilmiştir (45). Ayrıca psikoz hastaları ve şiddet suçu kesişimine odaklanmış bir meta analizde 5,02 birleşik olasılık oranı tespit edilmiştir (125). Halk içindeki algıda psikotik bozuklukların şiddet ve suç içeren davranışlarla ilişkisi olduğunun düşünüldüğünü ancak psikotik bozukluğa sahip bireylerin suç ve şiddet eylemlerine katılımının düşünüldüğünden az olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (126). Psikotik bozuklukların ataklar sırasında çevrelerini algılama ve bu algılarla ilgili olarak ulaştıkları yargılarda bozulmalar olduğu bilinmektedir. Bu durum üzerinden bakıldığında özellikle atak dönemindeki olguların suça karışmaları beklenen bir durumdur. Çalışmalar arasındaki heterojenitenin hastalığın ve atak döneminin bireysel doğasından kaynaklandığını düşünmekle beraber, pek çok suç türü arasındaki yaygınlığı da gözetildiğinde klinik risk değerlendirmeleri ve ceza adalet sistemiyle temas riskini azaltmak için müdahalelerin geliştirilmesine ihtiyaç olduğunu bildiren çalışmalara katılmaktayız (45). Özellikler ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların topluma kazandırılması ve takip-tedavilerinin yapılması amacıyla kurulduğu belirtilen Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin bu konuda aktif rol alabilecekleri düşünülmektedir (127).

Literatürde %2,8-8,5 gibi değişen oranlarda olup çalışmalarda alkol-madde kullanımının kimi zaman birleştirildiği, kimi zaman madde kullanımının ayrı değerlendirildiği görülmektedir (94, 99, 101). Çalışmamızda %11 olguda alkol-madde kullanım bozukluğu tanısı tespit edilmiştir. ABD’de yapılmış çalışmalarda, duygudurum bozuklukları (majör depresif bozukluk ve bipolar bozukluk dahil), anksiyete bozuklukları ve psikotik bozuklukları (şizofreni ve şizoaffektif bozukluk dahil) olan bireylerin, psikiyatrik bozukluğu olmayan hastalara kıyasla yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu tanısı alma olasılıklarının daha yüksek olduğunu gösterilmiştir (128). Ayrıca psikiyatrik hastalıkları olan kişilerin madde kullanım bozukluğuna sahip olma olasılığı genel nüfusa kıyasla iki kat daha fazla olduğunu, akıl hastalığı olan kişilerin en az %20'sinde eş zamanlı madde kullanım bozukluğu olduğu ve şizofrenisi olan kişilerde bu oranın %50'ye kadar çıkabildiğini bildiren çalışmalar vardır (129, 130). 2018 yılında yapılan bir meta-analizde, şiddetin; alkol ve uyuşturucu kullanımına orta düzeyde etki büyüklüğüyle bağlı olduğunun gösterildiği belirtilmektedir. (80). Tüm bu veriler kapsamında akıl hastalığı-alkol/madde kullanımı ve suç arasında önemli bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin ceza sorumluluğu değerlendirmesi için yönlendirilen olgularda da sorgulanması gerektiği

düşünülmektedir (80, 94, 99, 101, 128, 129, 130). Ergenlerde madde kullanım bozukluğunun ve sokak yaşamı-suça karışma oranlarının yüksek olduğu da dikkate alındığında başta gençlerimiz olmak üzere alkol-madde kullanımıyla, psikiyatrik hastalık ve suç konularının daha sık çalışılarak buradan elde edilecek verilerle önleme çalışmaları yapılması gerektiğini düşünmekteyiz (131).

Ülkemizdeki 2 tez çalışmasındaki bipolar duygulanım bozukluğu oranının %5,6-%7,9 şeklinde olduğu, olgularımızda da %6,5'inin bipolar duygu durum bozukluğundan muzdarip olduğu tespit edilmiştir (99, 101). Bipolar bozukluğu olan hastalar arasında şiddet içeren suç eylemlerinin sıklığının genel nüfusa göre daha yüksek olduğu, bipolar bozukluğu ve eş tanıli madde kullanım bozukluğu olan hastalarda, her iki bozukluğu olmayanlara göre daha yüksek olduğu ayrıca mahkumlar arasında bipolar bozukluğun yaygınlığının yüksek olduğu bildirilmektedir (132). İki uçlu duygudurum bozukluğunun değişen tipleri olmakla birlikte özellikle manik atak yaşayan hastaların yargılamalarının bozulabildiği düşünüldüğünde, hastaların özellikle atak dönemlerinde suça karışma ihtimalleri artmaktadır. Bu nedenle özellikle sık ataklar yaşayan hastaların takip ve tedavilerinin düzenli olarak yapılmasının bu hastaları ve toplumu korumak için önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Akdeniz Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada kendilerine yönlendirilen olguların %70,3'ünün psikiyatrik ilaç tedavisi aldıkları görülmektedir (94). 2017-2022 arasındaki OECD Türkiye antidepresan kullanımı incelendiğinde her 1000 kişideki antidepresan kullanım oranının 2017'de 43,5'ten 2022'de 52,5 seviyesine çıktığı görülmektedir (133). Türkiye'deki psikotrop ilaç kullanımı üzerine güncel çalışmalara ulaşılammış olup 2013 yılında yayınlanan bir çalışmada yazılan kutu sayısında artış olduğu bildirilmiştir (134). Ülkemizde 2011 yılında yayınlanmış bir çalışmada psikiyatri kliniğine yatışı yapılan bipolar affektif bozukluk, şizofreni, psikotik bozukluk, paranoid bozukluk ve psikotik depresyon tanıları olan olgulardan oluşan bir grupta hastaneden ayrıldıktan sonra ilaç kullanımlarıyla ilgili durumları sorgulandığında olguların %39.1'inin taburculuktan sonraki ilk altı ay içinde ilaçlarını düzenli kullanmama nedeniyle hastaneye tekrar yattıkları, 6 ayda hastaneye yatmamış olguların ise %54.3'ünün ilaçlarını düzenli kullanmadığını belirttikleri bildirilmiştir (135). Ayrıca şizofreni tanısı olan olgular hakkında yapılan iki çalışmada, ilaç tedavisi ve kontrollere uyumsuzluk oranlarının %57 olduğu (136), hastaların tedaviye uyumsuzluğunun uzun dönemde %25, akut dönemde ise %51 olduğu bildirilmiştir (137). Çalışmamızda daha önceden psikiyatrik ilaç

kullanımı olduğunu ifade eden olguların oranının %73,3 olduğu, olguların muayeneye geldiklerindeki ilaç kullanımları sorgulandığında ilaç kullanan %52,9 olguda ise tüm olguların %32,5'u düzensiz kullanımı olduğunu, %20,4'ü ilaçlarını düzenli olarak kullanıldığını belirtmişti. Ayrıca hem daha önceden hem muayenemiz esnasında TCK 32. maddeden yararlanan olguların daha sık ilaç kullanımları olduğu tespit edilmişti. Ancak ilgili maddeden yararlanan ile yararlanmayan olguların ilaç kullanım düzenlerinde fark saptanmamıştır. Şüphelilerin ceza sorumluluğu değerlendirilmesi için yönlendirilme nedenleri arasında psikiyatrik ilaç kullandıklarını belirtmiş olması klinikte sıklıkla gözlemlenen bir durumdur. Ülkemizde psikiyatrik ilaç kullanımı olan kişilerin sayısıyla ilgili olarak literatürde net bir veriye ulaşılamamışsa da antidepresan ve psikotrop ilaç kullanımının yıllar içerisinde arttığı görülmektedir (133, 134). Davranış bozukluğu olan olgularda da psikotrop ilaçlar, antidepresanlar ve antiepileptik duygudurum düzenleyici ilaçların kullanılması (138) literatürdeki ve çalışmamızdaki psikiyatrik ilaç kullanımının yüksekliğini açıklamaktadır. Çalışmamızda, muayeneye geldiklerinde hastaların %52,9'u ilaç kullandıklarını bunlardan da %61'i ilaçlarını düzenli kullanmadıklarını belirtmiştir. Hastaların kendi hastalıklarına karşı içgörülerinin yeterli düzeyde olmaması gibi pek çok nedenle ilaç kullanımlarının sektöre uğradığı bilinen bir gerçektir (135). İlaçların düzensiz kullanılması, doktor kontrolü olmaksızın bırakılmasının semptomların kötüleşmesine neden olarak, akıl hastalığı olan kişilerin adli sistemle sorun yaşama olasılıklarını arttırması beklenecek bir durumdur. Bu nedenle daha önce adli sistemle sorun yaşamış olguların takip ve tedavisine azami özen gösterilmesi ve bu durumu olan hastaların koruma ve tıbbi tedavi amacıyla poliklinik takibine tabi tutulmalarının hayati önemde olduğu düşünülmektedir.

Olguların yaşadıkları kişiler incelendiğinde, Erzurum'da yapılan benzer bir çalışmada %84.1'i olgu ailesiyle beraber, %11.1'i bakımevinde, %4.6'nın yalnız yaşadığı, %0.2'nin cezaevinde yaşadığı görülmektedir (93). Yine ceza sorumluluğu konusunda olan ancak zeka geriliği olan olgulara odaklanmış bir çalışmada %11.6 olgunun yalnız yaşadığı, %88,4 olgunun ailesiyle yaşadığı görülmektedir (139). TÜİK istatistiklerinde 2015 yılında %14,4 olan yalnız yaşayan fertlerin oranının 2023 yılı itibarıyla %19,7'ye yükseldiği görülmektedir (140). Çalışmamızda olguların %35,2'si başvuru tarihinde cezaevinden tarafımıza başvurduğunu, %24,4'ün olgunun eşi, çekirdek ailesi, çocuğu gibi çekirdek aile üyeleriyle yaşadığını, %24,4 olgu anne-babasıyla yaşadığını, %12,1 olgu yalnız olarak yaşadığını ve %3,8 olgu 2.derece ve daha uzak akrabalarıyla yaşadığını

belirtmişti. Cezaevinde yaşayan olgular hariç tutulduğunda, TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların daha sık çekirdek ailesiyle yaşadığı; TCK 32. maddeden yararlanan olguların daha sık anne-babasıyla yaşadığı saptanmış ve diğer gruplar arasında fark olmadığı tespit edilmişti. Tüm veriler birlikte değerlendirildiğinde çalışmamızda cezaevinde yaşayan olgu oranının yüksek olması ve bu olguların cezaevinden önce kiminle yaşadıklarının belli olmayışı çalışmamızın kısıtlayıcı kısmı olmakla birlikte cezaevinde yaşayan olgular hariç tutularak karşılaştırma yapıldığında dahi TCK 32. maddeden yararlanan ve yararlanmayan olgular arasında fark saptanmıştır. Sahip olduğumuz veriler değerlendirilmeye çalışıldığında hem yerli hem global literatürde suç-psikiyatrik hastalık ve yaşadıkları grup üzerine incelemelerin kanımızca yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir. Örnekleminizi oluşturan grubun çalışma hayatında yaşadığı zorluklara daha çok odaklanılmış olmasına rağmen sahip oldukları hastalık veya suç geçmişleri nedeniyle yaşadıkları yalnızlık ve ülkemizin globale göre farkları hakkında yeterli literatüre ulaşamamıştır. Suça karışmış kişilerin yaşadıkları stigmatın topluma uyumu zorlaştırdığı (141), ruhsal hastalık damgalanmasının kültürel inançlar, tutumlar ve değerlerden etkilendiği ve farklı kültürlerde farklı şekillerde ortaya çıkabileceği, bu durumun bireyleri etkileyen karmaşık ve yaygın bir sorun olduğu bildirilmektedir (142). Çalışmamızda yalnız yaşadığını ifade eden olguların TÜİK verilerine göre düşük olduğu dikkate alındığında, bu durumun toplumumuzdaki aile-sosyal yapıdan kaynaklı olabileceği düşünülmüştür. Ancak çalışmamızda ve literatürdeki çalışmalarda (139) benzer grupların anne-baba ile yaşama oranlarının yüksekliği ve bu yüksekliğe rağmen bu hasta grubunun ceza sorumluluğu açısından değerlendirilmek üzere yönlendirildikleri dikkate alındığında psikiyatrik rahatsızlığı olan ve aileleri ile yaşayan bu grupların takip ve tedavisi için ek desteklere ihtiyaç olabileceği düşünülmüştür. Tüm bunların ışığında olgu grubumuza ve ailelerine sosyal desteği önceleyen çalışmalara ihtiyaç olduğu, bu konuda yapılacak çalışmalar sonrasında suçun önlenmesi, psikiyatrik hastalığı olan kişilerin takip ve tedavisi konularında yeni stratejiler geliştirilebileceği düşünülmüştür. Daha önceden belirttiğimiz gibi Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin bu konuda aktif rol alabilecekleri düşünülmektedir (127).

Türkiye’de 2022 yılında tütün tüketim oranının %32,1 ve %28,3 olduğunu bildiren çalışmalar vardır (143, 144). Sigara kullanımıyla şiddet suçları arasında ilişki olabileceği ABD’de yapılan bir çalışmada bildirilmiştir (145) ayrıca ABD’de yakın zamanda bir hapisneden serbest bırakılan orta yaşlı ve yaşlı erkeklerin örneklem oluşturduğu bir

çalışmada, 35 ila 67 yaşları arasındaki bu erkek grubunda sigara içme oranı %76 olarak saptanmıştır (146). Bununla birlikte psikiyatrik hastalıkları olan gruplarda sigara kullanımının normal popülasyondan yüksek olduğu bildirilmektedir (147). Olgularımızın sigara, alkol ve madde kullanımı açısından incelendiğinde; %78,5 olgunun sigara kullandığı tespit edilmiştir. Bu bilgiler ışığında çalışmamızda ortaya çıkan %78,5 sigara kullanım oranının ceza sorumluluğu için değerlendirmeye alınan grubun soruşturma-kovuşturmaya tâbi tutulan olgular olmaları ve bu grubun sıklıkla psikiyatrik yakınmaları olmasından kaynaklı olduğu düşünülmüştür.

Türkiye’de 2022 yılında 15 yaş ve üzerinde son 12 ayda alkol kullanım oranının %12,1 olduğu TÜİK tarafından bildirilmiştir (144). Olgularımızın son bir yıl içerisinde alkol kullanımı açısından sorguladığımızda; alkol kullanan olguların oranının %41,7 olduğu, TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların yararlananlara göre daha sık alkol tükettikleri saptanmıştır. Alkol kullanımıyla suç faili ve mağduru olma arasındaki ilişki uzun yıllardır belgelenmiş bir konudur. Alkol kullanımıyla yaygın ruhsal bozuklukların birlikteliği üzerine yapılmış bir meta analizde yaygın ruhsal bozuklukları (depresyon, anksiyete, fobi) olan kişilerin alkol kullanım bozukluğu bildirme olasılığı, yaygın ruhsal bozukluğu olmayan kişilere göre iki kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (148, 149). Olgularımızdaki alkol kullanım oranı, Türkiye ortalamasının bu denli üzerinde olması sigara kullanımında olduğu gibi değerlendirmeye alınan grubun soruşturma-kovuşturmaya tâbi tutulan olgular olmaları ve bu grubun sıklıkla psikiyatrik yakınmaları olmasından kaynaklı olduğu düşünülmüştür.

Avrupa uyuşturucu raporunda Türkiye’de uyuşturucu kullanım oranının 2017’de %3,1 olduğu görülmektedir (150). Uyuşturucu kullanımı ve suç ilişkisi uzun yıllardır tanımlanmıştır. Uyuşturucu; duygu durum, duygulanım, yargılama alanlarında düzensizliklere yol açarak birey suçun mağduru olmasına neden olabilmektedir. Ayrıca literatürde yasa dışı madde kullanımı ile şiddet, saldırganlık ve hırsızlık suçları arasındaki ilişkiden söz edilmektedir (151). Ülkemizde yapılan çalışmamıza benzer tez çalışmalarında uyuşturucu madde kullanım öyküsü oranları incelendiğin %39 ve %29,8 oranında madde kullanım öyküsü olduğu görülmektedir (94, 101). Olgularımızın son bir yıl içerisinde madde kullanımı açısından sorguladığımızda; madde kullanan olguların oranının %30,7 olduğu, ayrıca TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların yararlananlara göre daha sık madde kullanımı olduğu görülmüştür. Çalışmamızdaki oranla literatürün uyumlu olduğu değerlendirilmiştir. Suç ve uyuşturucu arasındaki ilişki

göz önüne alındığında Türkiye'deki genel toplumdaki uyuşturucu kullanımı açısından net veriler olmamakla birlikte eldeki verilerin uyuşturucuyla suç arasındaki ortaya konulmuş ilişkiyi işaret ettiği düşünülmektedir.

2001 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada mahkumlarının %38'inin suç sırasında içki içtiği bildirilmiştir (152). Çalışmamızdaki olguların da %12,1'i suç esnasında alkol etkisinde olduklarını ifade etmektedirler. Alkolün suçun ortaya çıkmasına neden olabildiği birden fazla alan mevcuttur. Uygunsuz koşullarda alkollü araç kullanılması gibi yasada başlı başına suç olarak tanımlanan durumlar vardır (153). Ayrıca alkol vücutta meydana getirdiği etkisi itibarıyla, bireylerin inhibisyon yoluyla muhakemelerini azaltarak veya belli dozlarda bireylerin ajitasyonlarını ve öfkelerini artırarak saldırı veya cinayet gibi belirli suçları işleme olasılığını artırabilmektedir. Suç mağdurlarının ilerleyen yıllarda alkol kötüye kullanımı bozuklukları geliştirebildikleri bilinmektedir (154, 155). Ülkemiz, Avrupa'da 15 yaş üzerinde alkol tüketiminin en düşük olduğu ülke konumundadır (156). Bu nedenle çalışmamızdaki alkolle birlikte suçu gerçekleştirdiğini bildiren olguların yurt dışındaki oranlara göre düşük olması, ülkemizde hali hazırda alkol tüketiminin düşüklüğüyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Olguların suç esnasında madde etkisinde oldukları ifadeleri/kayıtları incelendiğinde, literatürdeki bir çalışmada olay esnasında madde kullanımı olduğu belirtilen olguların oranının %7,69 olduğu görülmüştür (100). Amerika'da 1995 yılında yapılan bir ankette denetimli serbestlik altındakilerin %14'ünün suç işledikleri sırada uyuşturucu etkisi altında olduğu ortaya koyulmuştur (157). Ayrıca 1999 yılında Amerika'da yapılan bir çalışmada denetimli serbestlikteki akıl hastalarının yüzde 49'u, diğerlerinin ise yüzde 46'sı suç işlendiği sırada alkol veya uyuşturucu kullandığını bildirmiştir (158). Çalışmamızdaki olguların olay esnasında %12,3'ünün madde etkisinde olukları ve bu oranın alkol etkisinde olduğunu belirten olgulardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Ülkemizde benzer çalışmalarda olay esnasında madde etkisi altında olunmasıyla ilgili, ulaşılabilen literatürde yeterli kaynak bulunmadığı görülmektedir. İleride yapılacak çalışmalarda bu verinin ortaya konulmasının, akıl hastalıkları-madde kullanımı-suç ilişkisinin daha iyi anlaşılmasında rol alacağı düşünülmüştür.

Olguların suç esnasında kullandıkları psikiyatrik ilacın etkisinde oldukları ifadeleri incelendiğinde; Olguların %2,5'inin bu iddiada bulundukları, TCK 32. maddeden yararlanma durumlarına göre karşılaştırıldığında TCK 32. maddeden yararlanan olguların

daha sık bu iddiada bulundukları görülmüştü. İlaç kullanımının ceza sorumluluğunu etkileyebileceğiyle ilgili literatürde çok az çalışma bulunmasına rağmen etkilenen olgular da mevcuttur (69). Çalışmamızdaki durumun kişilerin ifadelerinde ilaç kullanımının kendilerini daha kötü yaptığıyla ilgili kişisel görüşlerinden kaynaklı olduğu düşünülmüş olup, bu vakalarda TCK 32. maddesinden yararlanmaları diğer nedenlerle gerçekleşmiştir. Yalnızca bir vakada kullanılan dopamin agonistinden kaynaklı ceza sorumluluğunda azaltmaya gidilmiştir (159). Tüm bu verilerin muayeneye gelen olgularda ilaç kullanımlarının sorgulanmasının önemini işaret ettiğini düşünülmektedir.

Adalet Bakanlığınca yayınlanmış 2023 Adalet İstatistiklerinde ‘TCK uyarınca Cumhuriyet başsavcılıklarında soruşturma evresinde gelen dosya, şüpheli ve suç sayıları’ suçlar açısından tarandığında; vücut dokunulmazlığına karşı suçlar ve hayata karşı suçlar birleştirilip toplam suç sayısına oranlandığında tüm suçların %12’sini oluşturduğu, TCK’nin 141-169. maddelerini ilgilendiren malvarlığına karşı suçların tüm suçların %39,4’ünü oluşturduğu, TCK’nin 106-131. maddelerini kapsayan ve tehdit-hakaret suçlarını da kapsayan suçların oranının %25,6 olduğu, cinsel suçların oranının %1 olduğu, uyuşturucu suçlarını içeren TCK’nin 185-196. maddelerini içeren kamu sağlığına karşı suçların oranının %5,44 olduğu, TCK’nin 170-180. maddelerini kapsayan genel tehlike yaratan suçların oranının %2,36 olduğu saptanmıştır. Askeri Ceza Kanunu ile ilişki suçlar ve cezaevinden firar suçlarının ayrı tablolarda olması nedeniyle birleştirilememiştir (97). TÜİK’in ceza infaz kurumundaki istatistiklerinde ise suç türü ve eğitim durumuna göre ceza infaz kurumuna giren hükümlülerin 2020 yılındaki oranları eğitim durumlarından arındırılarak ve birlikte tanımladığımız suçlar birlikte değerlendirildiğinde, fiziksel şiddet suçu %18, hırsızlık-dolandırıcılık-sahtecilik suçları %21,2, hakaret ve tehdit suçları %5,2, mala zarar verme suçu %0,9, cinsel suçlar %1,8, uyuşturucuyla ilişkili suçlar %9,2, Askeri Ceza Kanunu’na karşı suçlar %1,6 oranlarına sahip olduğu; cezaevinden firar suçlarının, genel tehlike yaratan suçların tabloda yer almadığı görülmektedir (95).

Ülkemizde yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde fiziksel şiddet suçu olarak tanımladığımız ve çalışmalarda yaralama, öldürme, vücut dokunulmazlığına giren suçlar, kasten yaralama-basit yaralama, cinayet şeklindeki suçların oranları incelendiğinde 16,8 ila %42,7 arasında değiştiği ve çalışmamızda %30,7 oranıyla en sık olan fiziksel şiddet suçunun diğer çalışmalarda da yüksek oranlara sahip olduğu görülmektedir (93, 94, 99, 101).

Hırsızlık-dolandırıcılık-sahtecilik suçlarının Yaşar'ın çalışmasında %23,2 (94), hırsızlık ve dolandırıcılığın bir arada sunulduğu bir başka çalışmada %19,5 (93), hırsızlık ve sahteciliğin ayrı ayrı oranlandığı bir diğer çalışmada birleştirildiklerinde ise %29,4 oranında (101) olduğu görülmüş olup çalışmamızla benzer oranda oldukları (%22,9) ve bu suçun çalışmamızda en sık ikinci suç olurken diğer çalışmalarda da en sık suçlardan olduğu saptandı.

Tehdit-hakaret suçlarının; Yaşar'ın çalışmasında %11,6 oranında olduğu (94), diğer bir çalışmadaki ayrı ayrı gruplandırılmış veriler birleştirildiğinde %22,4 oranında olduğu görülmüştür (101). Çalışmamızdaki %15,2 oranı literatürde tanımlanan oranlar ile benzerdir.

Mala-kamu malına zarar verme suçlarının; Yaşar'ın çalışmasında %5,1 (94), diğer çalışmalar da ise ayrı ayrı gruplandırılmış oranlar birleştirildiğinde %4,2-%6,2 olduğu görülmüştür (99, 101). Çalışmamızdaki %7 oranı literatürde tanımlanan oranlar ile benzerdir.

Cinsel suçların oranlarını incelediğimiz diğer çalışmalarda %7,8 ila %18,4 arasında olduğu ve %6,7 değerimizin literatüre (93, 94, 99, 101) uyumlu olduğu düşünülmüştür.

Genel Huzuru ve Güvenliği Tehlikeye Sokma suçunun Yaşar'ın çalışmasında oranının %7,6 (94) olduğu çalışmamızda da %6,7 oranında olduğu saptanmıştır.

Asker Kaçağı Olma veya Cezaevinden, Askerden Firar Etme suçlarının birleştirildiği diğer çalışma olan Yaşar'ın çalışmasında oranın % 5,8 olduğu (94) ve çalışmamızda %5,2 oranına sahip olduğumuz görülmüştür.

Uyuşturucuyla ilişkili suçların oranlarının literatürde %2,8 ila %7,3 (94, 99, 101) arasında olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda bu oranın oranı % 3,6 olduğu görülmüştür.

Literatür ve ulusal verilerin karşılaştırılmasında; ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi için yönlendirilen olgularda fiziksel şiddet suçlarının pek çok çalışmada en yüksek orana sahip olduğu ve ulusal istatistiklerden fazla olduğu görülmektedir (95, 97). Çalışmamızda ceza sorumluluğu sonucu TCK 32. maddeden yararlanan ve yararlanmayan olgularda fiziksel şiddet suçları açısından anlamlı fark saptanmadığı görülmüştür. TÜİK verilerindeki mala zarar verme suçu oranına göre Yaşar'ın çalışması ve çalışmamızda daha yüksek oranda mala zarar verme suçu olduğu görülmüştür. Hırsızlık-dolanrıcılık-sahtecilik suçlarının oranı TÜİK verilerinde, Yaşar'ın verilerinde ve çalışmamızda benzer oranlarda olduğu görülmektedir. Tehdit-hakaret suçlarının Yaşar'ın çalışması ve

çalışmamızda yakın oranlarda olduğu, Adalet İstatistiklerinde bu suçları da içeren suç grubunun çalışmamıza göre yüksek olduğu, TÜİK çalışmasına göre ise oranımızın yüksek olduğu görülmüştür. Bunun nedeninin olan durumun tehdit-hakaret suçları nedeniyle cezaevinde bulunan olguların daha az olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür. Cinsel suçlar açısından Yaşar'ın çalışmasıyla, çalışmamızın oranlarının yakın olduğu ve bu oranın hem Adalet İstatistiklerinden hem de TÜİK verilerinden belirgin oranda yüksek olduğu görülmüştür. Uyuşturucu suçları açısından çalışmamız, Yaşar'ın çalışması ve Adalet İstatistikleri yakın oranlarda olup üç oranın da TÜİK verilerinin oldukça altında olduğu görülmüştür. Genel Huzuru ve Güvenliği Tehlikeye Sokma ve Asker Kaçağı Olma veya Cezaevinden, Askerden Firar Etme suçlarının Yaşar'ın çalışması ve çalışmamızda benzer oranlarda olduğu saptanmıştır. Literatürde pek çok çalışmada şiddet suçlarının psikiyatrik hastalıklarda arttığına dair çalışmalar mevcuttur. Bu kapsamda madde kötüye kullanımı, bipolar duygudurum bozukluğu, major depresyon, kişilik bozuklukları, zeka gerilikleri, şizofreni ve diğer psikotik hastalıkların fiziksel şiddet suçunu daha çok gerçekleştirdiğine dair verilerle birlikte incelendiğinde (36, 37, 38, 45, 53, 80), bu grupların ceza sorumluluğu muayenesine daha sık gönderilmelerinden kaynaklı yüksek orana sahip olduğu düşünülmüştür. Cinsel suçların ulusal istatistiklerden yüksek olması ve TCK 32. maddeden yararlanan olgularda daha sık olmalarının nedeninin bu gruptaki zeka gerilikleri, psikotik bozukluklar ve bipolar duygudurum bozukluğunun neden olabildiği dürtüselliğin, cinsel davranışlara kendini gösterebilmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür (88, 89). Aynı durumun şiddet ve saldırganlıkla da ilişkisinin olması TCK 32. maddeden yararlanan olgulardaki yüksekliği açıklayabilmekteyken, fiziksel şiddet suçu açısından fark olmamasının nedenin özellikle antisosyal kişilik bozukluğunun tekrarlar şekilde fiziksel kavgaya karışma eğilimlerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür (25). Literatür incelendiğinde yaşanan önemli bir problem benzer çalışmalarda suç türleri ayrımı konusunda konsensus olmamasıdır. Çalışmamızda suç türlerinin sınıflaması literatürle tartışılabilmesi amacıyla Yaşar'ın çalışması temel alınarak oluşturulmuş olmasına rağmen, mevcut sınıflandırma sistemi ulusal istatistiklerle karşılaştırma yapmakta zorluklara neden olmaktadır. İlerleyen yıllardaki çalışmalarda sınıflandırmanın, taradığımız veriler içerisinde yıllık olarak yayınlanması nedeniyle en düzenli ve en güncel olan Adalet İstatistikleri'ndekine uygun şekilde yapılmasının, çalışmaların değerlendirilmesinde ve ulusal literatürün oluşturulmasında en uygun çözüm olduğu kanaatindeyiz.

Olguların suçu gerçekleştirdikleri mekanlar incelendiğinde; 141 (%31,6) suçun cadde/sokak olmak üzere açık alanlarda işlendiği, 111 (%24,9) suçun faillerin kendi evlerinde veya evlerinin bahçesinde işledikleri suçlar olduğu, 70 (%15,7) suçun yapısı itibariyle mekansız suçlar oldukları, 48 (%10,8) tanesinin market-dükkan-mağaza benzeri yerler oldukları, 35 (%7,8) suçun devlet kuruluşunda işlendiği, 30 (%6,7) suçun faillere ait olmayan konutlarda meydana geldiği, 11 (%2,5) suçun ise faillerin kendi iş yerlerinde işlendiği görülmüştü. TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların market-dükkan-mağaza benzeri yerlerde anlamlı derecede daha sık suç işlediği; TCK 32. maddeden yararlanan olguların kendi iş yerlerinde anlamlı derecede daha sık suç işledikleri saptanmış olup, diğer suç mekanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamızın daha önceki kısımlarında çalışma hayatı-suç-psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişkiler ve iş hayatının suç ve psikiyatrik hastalıklar üzerinde pozitif etki yarattığından bahsetmiştik. Ancak suç işlenen mekanlar arasında %2,5 oran ile kişilerin kendi iş yerlerinde suçu gerçekleştirdikleri görülmektedir. Tüm suç mekanlarına oranlandığında bu oranın en küçük yüzdeyi oluşturmasının, bu durumun önemsiz olduğu anlamına gelmediği kanısındayız. Bu durum ceza sorumluluğunu etkileyecek düzeyde psikiyatrik hastalığı olan kişilerin iş yaşamlarının da bu durumdan etkilenebileceği ve iş ortamı açısından güvensiz bir ortam oluşturabileceğini düşündürmüştür. Psikiyatrik hastaların maruz kaldıkları damgalanma sonucunda çalışamamalarının suça yönelmede etkili olabileceği, özellikle dönemsel ağırlaşabilen hastalıkları olan kişiler başta olmak üzere tüm psikiyatrik hastalık sahiplerinin çalışma hayatının stresi nedeniyle semptomlarının kötüleşebileceği ve bu durumun iş ortamında istenmeyen olaylara neden olabileceği akla gelmektedir. Bu tip olayların damgalanmayı arttıracakı düşünülmektedir. Bu nedenle çalışma hayatında psikiyatrik tanıları olan kişilerin düzenli takip ve tedavilerinin yapılmasının toplum sağlığı ve iş sağlığı-güvenliği açısından önem arz ettiğini düşünmekteyiz. Bu konuda ek çalışmaların yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Literatürde psikiyatrik hastalıkları olan bireylere bakım verenlerin ailelerinin yaşadıkları psikososyal sorunları inceleyen çalışmalar olmakla birlikte, bu kişilerin yakınları tarafından kendilerine karşı işlenen suçlara odaklanmış çalışmalar ulaşılabilen literatürde daha azdır (160). Türkiye’de yapılmış bir çalışmada psikotik bozukluğu olan hastaların şiddet suçlarını kontrol grubuna göre daha yüksek oranda ailelerine yönlendirdikleri bildirilmekte ve bu durumun literatürle uyumuna dikkat çekilmektedir (160).

Çalışmamızda olguların işledikleri suçun mağdurları incelendiğinde; %28,9 olgunun suçlarını tanımadıkları yabancılara karşı işledikleri, %17,9 olgunun bir başka suç süjesi olmadığı ve suçlarının niteliklerinin kamuya karşı oldukları, %11,2 olgunun ikinci derece ve daha uzak akrabalarına karşı suç işledikleri, %10,3 olgunun suçu işledikleri kişilerin devlet görevlisi oldukları, %10,1 olguda mağdurun failin arkadaşı olduğu, %9,2 olguda suçun partnere karşı işlendiği, %7,4 olguda suçun 1. derece akrabaya karşı işlendiği ve %4,9 olguda suç mağdurunun failin komşusu olduğu saptanmıştır. Ayrıca karşılaştırmada TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların mağdurlarının partner olma oranının daha sık olduğu; TCK 32. maddeden yararlanan olguların mağdurlarının 1. derece akraba olma oranının daha sık olduğu tespit edilmiş, diğer mağdur grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Suçun mekanı üzerine olan verimizde olguların kendi evinde işledikleri suç oranının %24,9 olması gibi mağdur grupta da tüm olguların %27,8'i suçu bir akrabasına veya partnerine karşı işlemektedir. Özellikle TCK 32 maddeden yararlanan olguların birlikte yaşadığı gruplar açısından anne ve babasıyla yaşaması oranının diğer gruba nazaran yüksek olması gibi burada da suçun 1.derece akrabaya karşı işlenme sıklığının anlamlı olarak yüksek olması dikkat çekicidir. Bu durum psikiyatrik hastalıkları olan kişilerle yaşayan aile üyelerine sosyal destek verilmesi gerektiğini işaret ettiğini düşünmekteyiz. Ayrıca klinik gözlemimizde suçun mağduru olan aile yakınları ile görüşüldüğünde bazı aile yakınlarının çocuklarını tedaviye götüremediklerini, bu tip şiddet olaylarını daha önce de yaşadıklarını ancak bu kez suçu, adli sistem yoluyla çocuklarını tedaviye yönlendirebilmek amacıyla bildirdiklerini ifade etmektedirler.

ABD'de yapılan bir çalışmada kilo sorunları olan şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk, psikozlu majör depresif bozukluk veya ciddi kalıcı travma sonrası stres bozukluğu teşhisi konmuş olgular üzerine yapılan bir çalışmada olguların %86'sı cep telefonu kullandığı ve bunların %60'ının akıllı telefon kullandığı; telefonları %81'inin mesajlaşma, %52'sinin internet, %46'sının e-posta ve %45'inin uygulamalar için kullanıldığını ifade ettiği bildirilmiştir (161). Ayrıca yine ABD'de yapılan bir çalışmada zeka geriliği olan olgularda akıllı telefon kullanımının olduğunu bildiren bir çalışma mevcut olmakla birlikte bu çalışmanın 2007 yılına ait olması nedeniyle güncel durumu tam yansıtmadığı düşünülmüştür (162). İletişim aracı kullanarak suç işleyen olguların sayısı çalışmamızda 38 (%8,5) olarak bulunmuş olup bu suçların %58'inin Tehdit-Hakaret kapsamına giren suçlardan olduğu, %29'unun cinsel suç olduğu tespit edilmiştir. Uluslararası literatürde akıllı telefonların ve uygulamaların psikiyatrik hastalıkların takip-

tedavisinde kullanımları üzerine makaleler mevcuttur. Ancak “crime, crime liability, mental disorder, mental illness, crime, cyber crime, grooming” anahtar kelimeleri kullanılarak yapılan aramalarda ceza sorumluluğu değerlendirmesi yapılan olguların online suç faili olma durumlarıyla ilgili makalelere ulaşılammıştır. Bulgumuzun literatürde yapılacak daha odaklı çalışmalar için bir başlangıç oluşturacağını düşünmekteyiz.

Olguların olayın gerçekleştiği tarih ile başvuru zamanları arasında geçen süre 1 yıl altı, 1-3 yıl ve 3 yıl sonrası şeklinde gruplandırılarak incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptandı. TCK 32. maddeden yararlanmayan olguların daha sık 3 yıldan sonra yönlendirildiği; TCK 32. maddeden yararlanan olguların daha sık ilk 1 yılda yönlendirildiği tespit edilmişti. Bu durumun tarafımıza yönlendirilen olguların, yargıtay bozma kararları ve sonradan ceza infazında indirim almak amacıyla başvuran olgulardan kaynaklı olabileceği, ilk bir yılda ise TCK 32. maddeden yararlanan olguların, savcılar ve hakimlerce kendilerinde mevcut olan durumlarının çabuk anlaşılması nedeniyle erken gönderilmiş olabilecekleri düşünülmüştür.

Olguların suça konu olayda mağdur ettikleri gruplar arasında devlet görevlisi olan olguların oranının %10,1 olduğu ve 46 olgunun 22’si polis, 8’i jandarma olmak üzere 30’unun (%65,2) kolluk gücü olduğu; 5’inin ise sağlık çalışanı olduğu saptanmıştı. Bu verilerin devlet görevlilerinin mağdur olduğu durumların azımsanmayacak seviyede olabileceğini akla getirmektedir. Özellikle mesleklerinin doğası nedeniyle kolluk güçlerinin mağdur olmalarının, sağlıkta şiddetin sık konuşulduğu bu günlerde diğer devlet görevlileri üzerine de çalışmalar yapılması gerektiği ve çalışma hayatlarının güvenliği açısından neler yapılması gerektiği üzerine odaklanan çalışmalara ihtiyaç olduğunu işaret ettiğini düşünmekteyiz.

6. SONUÇ

Çalışmamızda olguların cinsiyet dağılımları, yaş ortalaması, işsizlik oranları, medeni durumlarının dağılımı, psikiyatrik hastalıklarının dağılımı, madde kullanım öyküsü oranları, suç tiplerinin oranları gibi parametrelerin, alanyazındaki benzer tezlerle uyum içerisinde olduğu görülmüştür.

Olguların yaşadıkları yerlerin idari birimleri ve TCK 32. maddeden yararlanma durumları incelenerek, ortaya çıkan durumlara dair vurgu yapılmış ve kır-kent suçluluğuyla, akıl hastalıklarının olası ilişkisi üzerine değinilerek, alana katkıda bulunulmuştur.

Eğitim durumlarının incelenmesinde suç ve akıl hastalıklarının okuma durumlarına etkisine dair veriler ortaya konulmuş ve bu konuyla ilgili suç-akıl hastalıkları-eğitim arasındaki ilişkilerin ayrıntılı olarak ortaya konulması ve suçun önlenmesinde yapılabilecekler açısından daha ileri çalışmalara olan ihtiyaca dikkat çekilmiştir.

Akıl hastalıklarına sahip bireylerin, psikotik bozukluklar ve zeka gerilikleri başta olmak üzere, ihtiyaçlarının saptanarak ceza sistemine temaslarını azaltacak önlemlerin ortaya koyulması gerekliliği dikkat çekmiştir.

Akıl hastalıkları olan bireylerle onlarla yaşayan yakınlarının ceza sistemine temaslarına dikkat çekilerek, bu kişilere yardımlar yapılması gerekliliği ve bu konularda alandaki çalışma ihtiyacına vurgu yapılarak ileride yapılacak çalışmaların önemi vurgulanmıştır.

Hem suç işlemiş kişilerde hem de akıl hastalığı olan bireylerde iş bulma imkanlarıyla, işyerinde yaşanabilecek adli durumlarla ilgili veriler saptanması üzerine bu konularda alandaki çalışma ihtiyacı ve işyeri güvenliği ihtiyacına vurgu yapılmıştır. Ayrıca çiftçilerin diğerler meslek gruplarından akıl hastalığı yönünden farklılıklarının olabileceğine dikkat çekilerek, bu alana odaklanmış çalışmalara ihtiyaç vurgulanmıştır.

Akıl hastalığına sahip bireylerin iletişim araçlarını kullanımlarıyla suç işleme durumlarına dikkat çekilerek, bu konuda alanyazında yeni yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır.

Çalışmamızda tüm olgulara oranlandığında %10 civarına suçun mağdurlarının devlet görevlileri olduğu, devlet görevlilerinin içerisinde özellikle kolluk kuvvetlerine karşı

işlenen suçlara dikkat çekilerek, kolluk kuvvetlerine odaklı çalışmaların yapılması gerekliliğiyle bu çalışmalar sonucunda iş güvenliği açısından daha ileri çalışmaların yapılması gerekliliğine dikkat çekilmiştir.



7. KAYNAKÇA

1. Crime English Meaning, Cambridge Academic Content Dictionary. Cambridge Dictionary, 7 Ağustos 2024. URL: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/crime>. Erişim Tarihi: 9 Ağustos 2024.
2. Koca M. Suç, Sosyal Bilimler Sözlüğü. Tübitak Sosyal Bilimler Sözlüğü. URL: <https://ansiklopedi.tubitak.gov.tr/ansiklopedi/suc>. Erişim Tarihi: 02.09.2024
3. Punish English Meaning, Cambridge Academic Content Dictionary. Cambridge Dictionary. URL: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/punish>. Erişim Tarihi: 9 Ağustos 2024.
4. Artuk ME. Ceza, Sosyal Bilimler Sözlüğü. Tübitak Sosyal Bilimler Sözlüğü. URL: <https://ansiklopedi.tubitak.gov.tr/ansiklopedi/suc>. Erişim Tarihi: 02.09.2024
5. Akkanat H. Kusur (Hukuk), Sosyal Bilimler Sözlüğü. Tübitak Sosyal Bilimler Sözlüğü. URL: https://ansiklopedi.tubitak.gov.tr/ansiklopedi/kusur_hukuk. Erişim Tarihi: 02.09.2024
6. <https://www.mevzuat.gov.tr/> [Internet]. 09.11.1982 tarih ve 17863 sayılı Resmi Gazetede Yayımlanan 2709 Sayılı Anayasa. [Erişim tarihi: 02.09.2024]
7. Baştürk-Karımnoajeni E, Yılmaz-Karaman IG, Doğan B, Erzurum ZB, Demircan F, Bilgin F. Investigation of sociodemographic, clinical characteristics and psychopathy levels of the patients who were under criminal responsibility evaluation. Osmangazi Journal of Medicine, 2023;45(6): 862-875. doi:10.20515/otd.1300769
8. <https://www.mevzuat.gov.tr/> [Internet]. 12.10.2004 tarih ve 25611 sayılı Resmi Gazetede Yayımlanan 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu. [Erişim tarihi: 02.09.2024]
9. <https://www.tbmm.gov.tr/> [Internet]. 12.05.2003 tarih ve 664 numaralı Türk Ceza Kanunu Tasarısı ve Adalet Komisyonu Raporu. [Erişim tarihi: 09.09.2024]

10. <https://www.unicef.org> [Internet]. UNICEF Systematic Responses to Children under the Minimum Age of Criminal Responsibility who have been (Allegedly) Involved in Offending Behaviour in Europe and Central Asia. Guidance Note, 2022. [Erişim tarihi: 10.09.2024]
11. <https://www.ohchr.org> [Internet]. United Nations Human Rights Office Of High Commissioner General comment No. 24 on children's rights in the child justice system, 2019. [Erişim tarihi: 10.09.2024]
12. <https://www.mevzuat.gov.tr/> [Internet]. 15.07.2005 tarih ve 25876 sayılı Resmi Gazetede Yayımlanan 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu. [Erişim tarihi: 10.09.2024]
13. Aşçıoğlu F, Okudan M, Tüzün B, Aşırdizer M. Sağır dilsizlerde ahlaki redaet ve rüşd yaşı. Kulak Burun Boğaz Dergisi Türk Otolarengoloji Arşivi (34:3):228-231, 1996.
14. <https://www.mevzuat.gov.tr/> [Internet]. 17.12.2004 tarih ve 25673 sayılı Resmi Gazetede Yayımlanan 5271 Ceza Muhakemesi Kanunu. [Erişim tarihi: 17.09.2024]
15. <https://www.mevzuat.gov.tr/> [Internet]. 03.11.2016 tarih ve 29898 sayılı Resmi Gazetede Yayımlanan 6754 Bilirkişilik Kanunu. [Erişim tarihi: 17.09.2024]
16. Harmancı FA. Tıbbi Bilirkişi. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2020. s.120.
17. <https://www.yargitaykararlari.com.tr/> [Internet]. Yargıtay Ceza Genel Kurulu 2017/467 Esas 2018/576 Karar Sayılı İlamı. [Erişim tarihi: 18.11.2024]
18. Johnston EL, Runyan KD, Silva FJ, Maldonado Fuentes F. Diminished criminal responsibility: a multinational comparative review. Int J Law Psychiatry. 2023 Kasım-Aralık;91:101919. doi: 10.1016/j.ijlp.2023.101919.
19. Akman B. Bireylerin kullandığı savunma mekanizmalarının akıl hastalıklarının stigmatizasyonu ile ilişkisi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. 2001.
20. Hiruta G. Criminal responsibility and confinement of the insane from antiquity to early modern Japan. Seishin Shinkeigaku Zasshi. 2003;105(2):187-93.

21. Cavlak N. Yargıtay kararları ışığında ceza sorumluluğu raporlarına bakış: kesitsel araştırma. Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi. 2023;20(1):46-52. doi: 10.5336/forensic.2022-94678
22. Oral G. Adli tıp ve ruhsal bozukluklar-adli psikiyatri. Adli Tıp Ders Kitabı. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul 2011; 551-594
23. Kandemir F, Büken B, Büken E, Erkol Z. Kleptomani (Çalma Deliliği)'ye yol açan faktörler ve ceza sorumluluğu'nun değerlendirilmesi. DÜ Sağlık Bil Enst Derg. 2014;1(2):21-4.
24. Marrus N, Hall L. Intellectual disability and language disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2017 Jul;26(3):539-554. doi: 10.1016/j.chc.2017.03.001. PMID: 28577608; PMCID: PMC5801738.
25. American psychiatric association. dsm-5 diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association Publishing, Washington, ABD, 2022.
26. Görmez A, Kırkpınar İ. Zeka geriliği olan yetişkinlerde psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ve ilişkili etkenler. Anatolian Journal of Psychiatry 2017; 18(4):338-343. doi: 10.5455/apd.239795
27. Benson BA, Brooks WT. Aggressive challenging behaviour and intellectual disability. Curr Opin Psychiatry. 2008 Eylül;21(5):454-8. doi: 10.1097/YCO.0b013e328306a090.
28. Emerson E, Kiernan C, Alborz A, Reeves D, Mason H, Swarbrick R, Mason L, Hatton C. The prevalence of challenging behaviors: a total population study. Res Dev Disabil. 2001 Ocak-Şubat;22(1):77-93. doi: 10.1016/s0891-4222(00)00061-5. PMID: 11263632.
29. Myrbakk E, von Tetzchner S. Psychiatric disorders and behavior problems in people with intellectual disability. Res Dev Disabil. 2008 Temmuz-Ağustos;29(4):316-32. doi: 10.1016/j.ridd.2007.06.002.
30. Thomas SDM, Nixon M, Ogloff JRP, Daffern M. Crime and victimization among people with intellectual disability with and without comorbid mental illness. J Appl Res Intellect Disabil. 2019 Eylül;32(5):1088-1095. doi: 10.1111/jar.12598.
31. Nixon M, Thomas SDM, Daffern M, Ogloff JRP. Estimating the risk of crime and victimisation in people with intellectual disability: a data-linkage study.

- Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2017 Mayıs;52(5):617-626. doi: 10.1007/s00127-017-1371-3.
32. Koç S, Can M. Birinci basamakta adli tıp. İstanbul Tabip Odası, İstanbul 2009.
33. Wallace RA. National Disability Insurance Scheme, health, hospitals and adults with intellectual disability. Intern Med J. 2018 Mart;48(3):351-359. doi: 10.1111/imj.13671.
34. Uğur M. Duygu Durum Bozuklukları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:62 Mart 2008 S:59-84
35. Rakofsky J, Rapaport M. Mood disorders. Continuum (Minneapolis Minn). 2018 Jun;24(3, Behavioral Neurology and Psychiatry):804-827. doi: 10.1212/CON.0000000000000604.
36. Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Långström N. Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. Arch Gen Psychiatry. 2010 Eylül;67(9):931-8. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.97.
37. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry. 2009 Şubat;66(2):152-61. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.537.
38. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/understanding-psychosis> [Internet]. National Institute of Mental Health. Understanding psychosis. [Erişim tarihi: 29.09.2023]
39. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546579/> [Internet]. National Library of Medicine. Psychosis. [Erişim tarihi: 29.09.2023]
40. Orsolini L, Pompili S, Volpe U. Schizophrenia: a narrative review of etiopathogenetic, diagnostic and treatment aspects. J Clin Med. 2022 Ağustos 27;11(17):5040. doi: 10.3390/jcm11175040.
41. Barlati S, Nibbio G, Vita A. Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: a critical review. Curr Opin Psychiatry. 2024 Mayıs 1;37(3):131-139. doi: 10.1097/YCO.0000000000000925.
42. https://www.who.int/news-room/fact-schizophrenia?gad_source=1&gclid=cj0kcqjwr9m3bhdharisanut04y3bgu8ke6stscdaryohkot-t-lvg18rxdadcuohpapakzfwtmjyqsaai8zealw_wcb [Internet]. World Health Organization. Schizophrenia. [Erişim tarihi: 22.09.2023]

43. Wallace C, Mullen PE, Burgess, P., Criminal offending in schizophrenia over a 25- year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am. J. Psychiatr.* 2004 Nisan;161(4):716-27. doi: 10.1176/appi.ajp.161.4.716.
44. Fazel S, McGrath JJ. Violence and schizophrenia: risk factors and mediators. *Schizophr. Res.* 153, S30. 2014. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(14\)70100-8](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(14)70100-8)
45. Yee N, Matheson S, Korobanova D, Large M, Nielssen O, Carr V, Dean K. A meta-analysis of the relationship between psychosis and any type of criminal offending, in both men and women. *Schizophr Res.* 2020 Haziran;220:16-24. doi: 10.1016/j.schres.2020.04.009.
46. Crocq MA. Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* 2013 Haziran;15(2):147-53. doi: 10.31887/DCNS.2013.15.2/macrocq.
47. Wilson S, Stroud CB, Durbin CE. Interpersonal dysfunction in personality disorders: a meta-analytic review. *Psychol Bull.* 2017 Temmuz;143(7):677-734. doi: 10.1037/bul0000101.)
48. Ma G, Fan H, Shen C, Wang W. Genetic and neuroimaging features of personality disorders: state of the art. *Neurosci Bull.* 2016 Haziran;32(3):286-306. doi: 10.1007/s12264-016-0027-8.
49. Esterberg ML, Goulding SM, Walker EF. Cluster a personality disorders: schizotypal, schizoid and paranoid personality disorders in childhood and adolescence. *J Psychopathol Behav Assess.* 2010 Kasım 1;32(4):515-528. doi: 10.1007/s10862-010-9183-8.
50. R. Mistrustful and misunderstood: a review of paranoid personality disorder. *Curr Behav Neurosci Rep.* 2017 Haziran;4(2):151-165. doi: 10.1007/s40473-017-0116-7.
51. Schulte Holthausen B, Habel U. Sex differences in personality disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2018 Ekim; 11 20(12):107. doi: 10.1007/s11920-018-0975-y.
52. Angstman KB, Rasmussen NH. Personality disorders: review and clinical application in daily practice. *Am Fam Physician.* 2011 Ekim 01;84(11):1253-60.
53. Apostolopoulos A, Michopoulos I, Zachos I, Rizos E, Tzeferakos G, Manthou V, Papageorgiou C, Douzenis A. Association of schizoid and schizotypal

- personality disorder with violent crimes and homicides in greek prisons. *Ann Gen Psychiatry*. 2018 Ağustos 10;17:35. doi: 10.1186/s12991-018-0204-4.
54. Idea of Reference, Oxford Reference. Oxford University Press. URL: <https://www.oxfordreference.com/display/10.1093/oi/authority.20110803095956580>. Erişim Tarihi: 17 Ekim 2024
55. Pulay AJ, Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, Huang B, Saha TD, Smith SM, Pickering RP, Ruan WJ, Hasin DS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV schizotypal personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2009; 11 (2):53-67. doi: 10.4088/pcc.08m00679.
56. Connolly AJ, Cobb-Richardson P, Ball SA. Personality disorders in homeless drop-in center clients. *J Pers Disord*. 2008 Aralık; 22 (6):573-88. doi: 10.1521/pedi.2008.22.6.573.
57. Young C, Habarth J, Bongar B, Packman W. Disorder in the court: cluster b personality disorders in united states case law. *Psychiatr Psychol Law*. 2018. doi: 10.1080/13218719.2018.1474816.
58. Clark DA, Donnellan MB, Robins RW. Antisocial traits, negative emotionality, and trajectories of relationship quality in mexican-origin couples. *J Pers Disord*. 2020. doi: 10.1521/pedi_2019_33_410.
59. Junewicz A, Billick SB. Conduct disorder: biology and developmental trajectories. *Psychiatr Q*. 2020 Mart;91(1):77-90. doi: 10.1007/s11126-019-09678-5.
60. Gelhorn HL, Sakai JT, Price RK, Crowley TJ. DSM-IV conduct disorder criteria as predictors of antisocial personality disorder. *Compr Psychiatry*. 2007 Kasım-Aralık;48(6):529-38. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.04.009.
61. Delisi M, Drury AJ, Elbert MJ. The etiology of antisocial personality disorder: the differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Compr Psychiatry*. 2019 Temmuz; 92:1-6. doi: 10.1016/j.comppsy.2019.04.001.
62. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, Taylor A, Poulton R. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*. 2002 Ağustos. doi: 10.1126/science.1072290.

63. Nielsen DA, Goldman D, Virkkunen M, Tokola R, Rawlings R, Linnoila M. Suicidality and 5-hydroxyindoleacetic acid concentration associated with a tryptophan hydroxylase polymorphism. *Arch Gen Psychiatry*. 1994 Haziran;51(1):34-8. doi: 10.1001/archpsyc.1994.03950010034005.
64. Leppla I, Fishman D, Kalra I, Oldham MA. Clinical Approach to personality change due to another medical condition. *J Acad Consult Liaison Psychiatry*. 2021. doi: 10.1016/j.psych.2020.08.003.
65. Wakschlag LS, Lahey BB, Loeber R, Green SM, Gordon RA, Leventhal BL. Maternal smoking during pregnancy and the risk of conduct disorder in boys. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Temmuz;54(7):670-6. doi: 10.1001/archpsyc.1997.01830190098010.
66. Raine A, Lencz T, Bihle S, LaCasse L, Colletti P. Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2000. doi: 10.1001/archpsyc.57.2.119.
67. Dahlenburg SC, Bartsch DR, Gilson KJ. Global prevalence of borderline personality disorder and self-reported symptoms of adults in prison: a systematic review and meta-analysis. *Int J Law Psychiatry*. 2024 Ekim 15;97:102032. doi: 10.1016/j.ijlp.2024.102032.
68. Winsper C, Bilgin A, Thompson A, Marwaha S, Chanen AM, Singh SP, Wang A, Furtado V. The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2020 Şubat;216(2):69-78. doi: 10.1192/bjp.2019.166.
69. Morgan TA, Zimmerman M. Epidemiology of personality disorders. In *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2nd ed. The Guilford Press, New York 2018; 173-196
70. Daniëls M, Van HL, van den Heuvel B, Dekker JJM, Peen J, Bosmans J, Arntz A, Huibers MJH. Individual psychotherapy for cluster-C personality disorders: protocol of a pragmatic RCT comparing short-term psychodynamic supportive psychotherapy, affect phobia therapy and schema therapy (I-FORCE). *Trials*. 2023 Nisan 5;24(1):260. doi: 10.1186/s13063-023-07136-z.
71. Reich J, Schatzberg A. prevalence, factor structure, and heritability of avoidant personality disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2021 Ekim 1;209(10):764-772. doi: 10.1097/NMD.0000000000001378.

72. Volkert J, Gablonski T-C, Rabung S. Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2018;213(6):709-715. doi:10.1192/bjp.2018.202
73. Laajasalo T, Ylpekkä M, Häkkinen-Nyholm H. Homicidal behaviour among people with avoidant, dependent and obsessive-compulsive (cluster C) personality disorder. *Crim Behav Ment Health*. 2013 Şubat;23(1):18-29. doi: 10.1002/cbm.1844.
74. Yousefi F, Talib MA. Predictors of personality disorders in prisoners. *J Med Life*. 2022 Nisan;15(4):454-461. doi: 10.25122/jml-2021-0317.
75. Vasilenko SA, Evans-Polce RJ, Lanza ST. Age trends in rates of substance use disorders across ages 18-90: Differences by gender and race/ethnicity. *Drug Alcohol Depend*. 2017 Kasım 1;180:260-264. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.08.027.
76. Volkow ND, Blanco C. Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World Psychiatry*. 2023 Haziran;22(2):203-229. doi: 10.1002/wps.21073.
77. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020 Ekim 17;396(10258):1223-1249. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30752-2.
78. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018 Kasım 10;392(10159):1789-1858. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7.
79. Franco S, Olfson M, Wall MM, Wang S, Hoertel N, Blanco C. Shared and specific associations of substance use disorders on adverse outcomes: a national prospective study. *Drug Alcohol Depend*. 2019 Ağustos 1;201:212-219. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.03.003.
80. Duke AA, Smith KMZ, Oberleiter LMS, Westphal A, McKee SA. Alcohol, drugs, and violence: A meta-meta-analysis. *Psychology of Violence*. 2018. <https://doi.org/10.1037/vio0000106>

81. Sontate KV, Rahim Kamaluddin M, Naina Mohamed I, Mohamed RMP, Shaikh MF, Kamal H, Kumar J. Alcohol, aggression, and violence: from public health to neuroscience. *Front Psychol.* 2021 Kasım 20;12:699726. doi: 10.3389/fpsyg.2021.699726.
82. Hassan AI, Assassa, MF, Al-Wakeel MM. Drug abuse and related crimes. *Al-Azhar Medical Journal*, 2016; 45(1): 35-48. doi: 10.12816/0026266
83. Büken B, Kapoğlu AA, Dinçer AF, Öbek AM. Standardization of forensic interview with the child victim. *The Bulletin of Legal Medicine.* 2023 Kasım;28(3):296-306. doi:10.17986/blm.1647.
84. Fırat S, Erk MA. Sinsice işlenen bir suç: madde ile kolaylaştırılmış cinsel saldırılar ve fail tipolojisi. *The Bulletin of Legal Medicine.* 2019 Ağustos;24(2):141-147. doi:10.17986/blm.2019250175.
85. Arvanitakis Z, Shah RC, Bennett DA. Diagnosis and management of dementia: a review. *JAMA.* 2019 Ekim 22; 322(16): 1589–1599. doi:10.1001/jama.2019.4782
86. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> [Internet]. World Health Organization. Demantia. Erişim tarihi: 22.09.2023
87. Kızılay Güneylioğlu A. Alzheimer hastalarının fiil ehliyetinin incelenmesi, Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2022, C.30, S.4, s. 2249-2266. doi: 10.15337/suhfd.1122466
88. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562279/> [Internet]. National Library of Medicine. Impulse Control Disorders. Erişim tarihi: 29.10.2024
89. Martin S, Zabala C, Del-Monte J, Graziani P, Aizpurua E, Barry TJ, Ricarte J. Examining the relationships between impulsivity, aggression, and recidivism for prisoners with antisocial personality disorder, *Aggression and Violent Behavior.* 2019. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.07.009>.
90. Grant JE, Potenza MN. Impulse control disorders: clinical characteristics and pharmacological management. *Ann Clin Psychiatry.* 2004. doi: 10.1080/10401230490281366.
91. Joyner KJ, Daurio AM, Perkins ER, Patrick CJ, Latzman RD. The difference between trait disinhibition and impulsivity-and why it matters for clinical psychological science. *Psychol Assess.* 2021 Haziran;33(1):29-44. doi: 10.1037/pas0000964.

92. Torales J, González I, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. Kleptomania as a neglected disorder in psychiatry, *International Review of Psychiatry*. 2020. doi: 10.1080/09540261.2020.1756635
93. Yoğurtçuoğlu E. Türk ceza kanununun 32. maddesi kapsamında adli tıp anabilim dalında değerlendirilmesi yapılan olguların retrospektif olarak incelenmesi. Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Uzmanlık Tezi, Erzurum 2021.
94. Yaşar M. Akdeniz üniversitesi adli tıp anabilim dalına ceza ehliyeti değerlendirilmesi için müracaat ettirilen erişkinlerin adli psikiyatrik ve sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Uzmanlık Tezi, Antalya 2023.
95. <https://data.tuik.gov.tr> [Internet]. TÜİK Ceza İnfaz Kurumu İstatistikleri, 2020. [Erişim tarihi: 26.11.2024]
96. Çalışan A. Suça ilişkin makro veriler üzerinden kadın suçluluğunun analizi: Türkiye özelinde dönemsel tespitler. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 71, 144-167; 2022. doi: 10.51290/dpusbe.997681
97. <https://adlisicil.adalet.gov.tr/> [Internet]. Adalet istatistikleri, 2023. [Erişim tarihi: 26.11.2024]
98. <http://www.duzce.gov.tr> [Internet]. İlçelerimiz. [Erişim tarihi: 26.11.2024]
99. Kaya D. Mersin üniversitesi tıp fakültesi hastanesi psikiyatri anabilim dalı tarafından değerlendirilen ceza sorumluluğu olgularının değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, Mersin 2021.
100. Bakar B. 2022-2023 Yıllarında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalınca Madde Kullanım Öyküsü Olup Ceza Sorumluluğu Konusunda Rapor Düzenlenen Olguların Retrospektif Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Uzmanlık Tezi, Isparta 2024.
101. Yüksel V. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalına Ceza Sorumluluğu Nedeniyle Başvuran Erişkin Olguların Değerlendirilmesi. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Uzmanlık Tezi, Kocaeli 2021.
102. Sarı SA, Çiçek AU, Bütün C, Yıldırım A. Sivas İlinde suça sürüklenen çocuk olguların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Adli Tıp Bülteni*, 2019; 24(3): 177-182. doi: 10.17986/blm.20192450173

103. Şenol T. Türkiye’de kırsal suç araştırmaları: sistematik literatür değerlendirmesi. *Ceza Hukuku ve Kriminoloji Dergisi*. 2024; 12 (1): 79–92. doi: 10.26650/JPLC2023-1464301
104. <https://data.tuik.gov.tr> [Internet]. İşgücü İstatistikleri, 2021. [Erişim tarihi: 02.12.2024]
105. <https://data.tuik.gov.tr> [Internet]. İşgücü İstatistikleri, 2022. [Erişim tarihi: 02.12.2024]
106. <https://data.tuik.gov.tr> [Internet]. İşgücü İstatistikleri, 2023. [Erişim tarihi: 02.12.2024]
107. Savaş G, Eryalçın T. Eski hükümlülerin ve denetimli serbestlik yükümlülerinin istihdamı üzerine uygulamalı bir araştırma. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2020; 31(2), s. 336-367. doi: 10.33417/tsh.641049
108. <https://www.prisonpolicy.org/> [Internet]. Out of prison & out of work: unemployment among formerly incarcerated people, 2018. [Erişim tarihi: 02.12.2024]
109. Çebi M. Eski hükümlülerin istihdamı ve entegrasyonu kapsamında ABD ve Türkiye üzerine karşılaştırmalı bir analiz. T.C. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Eğitim Ve Araştırma Merkezi, Uzmanlık Tezi, Ankara 2023.
110. Perkins R, Rinaldi M. Unemployment rates among patients with long-term mental health problems: A decade of rising unemployment. *Psychiatric Bulletin*. 2002;26(8):295-298. doi:10.1192/pb.26.8.295
111. Brouwers EPM. Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future directions. *BMC Psychol*. 2020 Apr 21;8(1):36. doi: 10.1186/s40359-020-00399-0.
112. Arena AF, Mobbs S, Sanatkar S, Williams D, Collins D, Harris M, Harvey SB, Deady M. Mental health and unemployment: a systematic review and meta-analysis of interventions to improve depression and anxiety outcomes. *J Affect Disord*. 2023 Aug 15;335:450-472. doi: 10.1016/j.jad.2023.05.027.

113. <https://www.mevzuat.gov.tr/> [Internet]. 10.6.2003 tarih ve 25134 sayılı Resmi Gazetede Yayımlanan 4857 Sayılı İş Kanunu. [Erişim tarihi: 02.12.2024]
114. Keskiner EŞ. Çiftçi örnekleminde psikolojik sağlık taraması ve etkili stresörlerin belirlenmesi. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2023.
115. Daghigh Yazd S, Wheeler SA, Zuo A. Key risk factors affecting farmers mental health: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Kasım 2;16(23):4849. doi: 10.3390/ijerph16234849.
116. Skardhamar T, Savolainen J, Aase KN, Lyngstad TH. Does marriage reduce crime?. *Crime and Justice*, 2015; 44(1), 385-446. <https://doi.org/10.1086/681557>
117. <https://www.mevzuat.gov.tr/> [Internet]. 11.11.2016 tarih ve 29885 sayılı Resmi Gazetede Yayımlanan Türk Silahlı Kuvvetleri, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı Sağlık Yeteneği Yönetmeliği. [Erişim tarihi: 03.12.2024]
118. <https://data.tuik.gov.tr> [Internet]. TÜİK Ulusal Eğitim İstatistikleri, 2023. [Erişim tarihi: 04.12.2024]
119. <https://www.kcl.ac.uk> [Internet]. Why does education reduce crime?, 2022. [Erişim tarihi: 04.12.2024]
120. Li B, Allebeck P, Burstöm B, Danielsson AK, Degenhardt L, Eikemo TA, Ferrari A, Knudsen AK, Lundin A, Manhica H, Newton J, Whiteford H, Flodin P, Sjöqvist H, Agardh EE. Educational level and the risk of mental disorders, substance use disorders and self-harm in different age-groups: A cohort study covering 1,6 million subjects in the Stockholm region. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2023 Dec;32(4):e1964. doi: 10.1002/mpr.1964.
121. Breslau J, Lane M, Sampson N, Kessler RC. Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample. *J Psychiatr Res*. 2008 Jul;42(9):708-16. doi: 10.1016/j.jpsychires.2008.01.016.
122. Fridell M, Hesse M, Billsten J. Criminal behavior in antisocial substance abusers between five and fifteen years follow-up. *Am J Addict*. 2007 Jan-Feb;16(1):10-4. doi: 10.1080/10550490601077734

123. Habersaat S, Romain J, Mantzouranis G, Palix J, Boonmann C, Fegert JM, Schmeck K, Perler C, Schmid M, Urban S. Substance-use disorders, personality traits, and sex differences in institutionalized adolescents. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2018;44(6):686-694. doi: 10.1080/00952990.2018.1491587.
124. Edberg H, Chen Q, Andin  P, Larsson H, Hirvikoski T. Crimes and sentences in individuals with intellectual disability in a forensic psychiatric context: a register-based study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2022 Jan 11;31:e2. doi: 10.1017/S2045796021000718.
125. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2009 Aug;6(8):e1000120. doi: 10.1371/journal.pmed.1000120.
126. G k en O. Psikotik bozukluk ve su . *Türkiye Klinikleri Adli Tıp -  zel Konular*. 2024
127. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr> [Internet]. 06/03/2014 tarih ve 9453 sayılı Bakan Onayı ile y r rl ge konulan TRSM yönergesi. [Erişim tarihi: 07.01.2024]
128. Palzes VA, Parthasarathy S, Chi FW, Kline-Simon AH, Lu Y, Weisner C, Ross TB, Elson J, Sterling SA. Associations between psychiatric disorders and alcohol consumption levels in an adult primary care population. *Alcohol Clin Exp Res*. 2020 Dec;44(12):2536-2544. doi: 10.1111/acer.14477.
129. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2009 Mar;35(2):383-402. doi: 10.1093/schbul/sbn135.
130. Rush B, Urbanoski K, Bassani D, Castel S, Wild TC, Strike C, Kimberley D, Somers J. Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *Can J Psychiatry*. 2008 Dec;53(12):800-9. doi: 10.1177/070674370805301206.
131. Karda   , Karda  B.  ocuk ve ergen madde ba ımlılı ı tedavi merkezine ba vuran olguların sosyodemografik ve madde kullanım  zelliklerinin incelenmesi. *Ba ımlılık Dergisi*, 2023; 24(2):174-185. doi: 10.51982/bagimli.1112645

132. Fovet T, Geoffroy PA, Vaiva G, Adins C, Thomas P, Amad A. Individuals with bipolar disorder and their relationship with the criminal justice system: a critical review. *Psychiatr Serv.* 2015 Nisan 1;66(4):348-53. doi: 10.1176/appi.ps.201400104.
133. Keleş HD, Bilginer E, Keleş E. Pandemi döneminde Türkiye’de antidepresan tüketimi. *Ankara Ecz. Fak. Derg.*, 2024; 48(2): 544-551. doi: 10.33483/jfpau.1431730
134. Aydın N, Çetin M, Kurt E, Savaş H, Acıkel C, Kılıç S, et al. Türkiye Psikofarmakoloji Derneği’nin Türkiye’de psikotrop ilaç kullanımı ve güncel uygulamaların tıbbi, etik ve ekonomik sonuçları hakkındaki raporu. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* 2013; 23 (4), 390–402. <https://doi.org/10.5455/bcp.20131230121254>
135. Kelleci M, Doğan S, Ata EE, Avcı D, Sabancıoğulları S, Başeğmez F, İşkey M. Bir psikiyatri kliniğinde yatan hastaların psikotrop ilaç kullanma hakkında düşünceleri ve taburculuk sonrası telefonla izlem. *Journal of Psychiatric Nursing* 2011;2(3):128-135.
136. Çetinkaya Duman Z, Kocaman N, Üçok A, Er F ve ark. Yatan hastalarda psikoeğitsel tedavi grubun etkinliği. *Düşünen Adam* 2006;19:64-71.
137. Dilbaz N, Karamustafalıoğlu O, Oral T, Önder E ve ark. Psikiyatri polikliniğe başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2006;16:223- 32
138. Öyekçin DG, Yıldız D. Kişilik bozukluklarında ilaç tedavisi. *Duygudurum Bozuklukları Dergisi.* 2012;2(1):34-46. doi:10.5455/jmood.20120328094704
139. Atalay A, Yıldız A. Ceza sorumluluğu değerlendirmesi yapılan zihinsel yetersizlik tanılı olgularda sosyodemografik, klinik ve kriminolojik özellikler. *Ahi Evran Med J.* 2021;5(3):243-251. doi:10.46332/aemj.869007
140. <https://data.tuik.gov.tr> [Internet]. TÜİK İstatistiklerle Aile, 2023. [Erişim tarihi: 11.12.2024]
141. Moore KE, Stuewig JB, Tangney JP. The effect of stigma on criminal offenders functioning: a longitudinal mediational model. *Deviant Behav.* 2016 Şubat 1;37(2): 196-218. doi: 10.1080/01639625.2014.1004035.

142. Ahad AA, Sanchez-Gonzalez M, Junquera P. Understanding and addressing mental health stigma across cultures for improving psychiatric care: a narrative review. *Cureus*. 2023 Mayıs 26;15(5):e39549. doi: 10.7759/cureus.39549.
143. Dağlı-Güner E, Evrengil E, Gezer T, Ay P, Yıldız F, Pazarlı P, Güner M. (2024). Türkiye'de tütün tüketimi neden artıyor?. *Tütün Önleme ve Bırakma*, 10 (Ek 1), A46. <https://doi.org/10.18332/tpc/194288>
144. <https://data.tuik.gov.tr> [Internet]. Türkiye Sağlık Araştırması 2022, 2023. [Erişim tarihi: 30.11.2024]
145. Lewis AS, Oberleitner LM, Morgan PT, Picciotto MR, McKee SA. Association of cigarette smoking with interpersonal and self-directed violence in a large community-based sample. *Nicotine Tob Res*. 2016 Jun;18(6):1456-62. doi: 10.1093/ntr/ntv287
146. Valera P, Anderson M, Cook SH, Wylie-Rosett J, Rucker J, Reid AE. The smoking behaviors and cancer-related disparities among urban middle aged and older men involved in the criminal justice system. *J Cancer Educ*. 2015; 30:86–93. doi: 10.1007/s13187-014-0668-0.
147. <https://psikiyatri.org.tr/> [Internet]. Nikotin (Sigara) bağımlılığı. [Erişim tarihi: 30.11.2024]
148. Popovici I, Homer JF, Fang H, French MT. Alcohol use and crime: findings from a longitudinal sample of U.S. adolescents and young adults. *Alcohol Clin Exp Res*. 2012 Mar;36(3):532-43. doi: 10.1111/j.1530-0277.2011.01641.x.
149. Puddephatt JA, Irizar P, Jones A, Gage SH, Goodwin L. Associations of common mental disorder with alcohol use in the adult general population: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2022 Jun;117(6):1543-1572. doi: 10.1111/add.15735.
150. <https://www.euda.europa.eu/> [Internet]. Statistical Bulletin 2024 prevalence of drug use, 2024. [Erişim tarihi: 30.11.2024]
151. Karakartal D. Uyuşturucu madde kullanımı ve suç ilişkisi. *Uluslararası Beşeri Bilimler Ve Eğitim Dergisi*, 6(14), 614-617, 2020.
152. Greenfeld LA, Henneberg MA. Victim and offender self-reports of alcohol involvement in crime. *Alcohol Res Health*. 2001;25(1):20-31.

153. <https://www.mevzuat.gov.tr> [Internet]. 18.10.1983 tarih ve 18195 sayılı Resmi Gazetede Yayımlanan Karayolları Trafik Kanunu. [Erişim tarihi: 07.01.2025]
154. <https://www.addictioncenter.com> [Internet]. Alcohol-Related Crime. [Erişim tarihi: 30.11.2024]
155. <https://www.alcoholhelp.com/> [Internet]. Alcohol-Related Crime. [Erişim tarihi: 30.11.2024]
156. <https://ec.europa.eu/eurostat/> [Internet]. Alcohol consumption statistics, 2021. [Erişim tarihi: 30.11.2024]
157. <https://bjs.ojp.gov/> [Internet]. Substance Abuse and Treatment of Adults on Probation, 1995. [Erişim tarihi: 30.11.2024]
158. <https://bjs.ojp.gov/> [Internet]. Mental Health and Treatment of Inmates and Probationers, 1999. [Erişim tarihi: 30.11.2024]
159. Çankaya OG, Büken B. İlaç etkisine bağlı bir adli psikiyatrik olgu sunumu: dürtüsel hırsızlık. Türkiye Klinikleri J Foren Sci Leg Med. 2024;21(1):58-62.
160. Ural C, Belli H, Öncü F, Soysal H. Psikotik hastaların şiddet davranışlarında hedef kitle profili. Türk Psikiyatri Dergisi 2012;23(1):26-32. doi : 10.5080 / u6642
161. Young AS, Cohen AN, Niv N, Nowlin-Finch N, Oberman RS, Olmos-Ochoa TT, Goldberg RW, Whelan F. Mobile phone and smartphone use by people with serious mental illness. Psychiatr Serv. 2020 Mar 1;71(3):280-283. doi: 10.1176/appi.ps.201900203.
162. Bryen DN, Carey A, Friedman M. Cell phone use by adults with intellectual disabilities. Intellect Dev Disabil. 2007 Feb;45(1):1-9. doi: 10.1352/1934-9556(2007)45[1:CPUBAW]2.0.CO;2.