

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN  
RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
8.PSİKİYATRİ KLİNİĞİ  
BAŞHEKİM: DOÇ. DR. ERHAN KURT  
KLİNİK ŞEFİ: DR. NİYAZİ UYGUR

**ADLİ PSİKİYATRİ BİRİMİNE YATIRILAN  
YAŞLILARDA SUÇ İŞLEMİYİ ETKİLEYEN  
ETMENLER**

Dr.Nurcan USLU

(PSİKİYATRİ UZMANLIK TEZİ)  
Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Meltem EFE SEVİM

İSTANBUL 2010

## ÖNSÖZ

*Mesleki becerimin oluşmasında en büyük paya sahip olan hastalarım,  
Hastanemiz Başhekimi Doç. Dr. Erhan Kurt'a,  
Uzmanlık eğitimim süresince klinik beceri ve tecrübesini esirgemeyen, deneyimlerinden  
yararlanma fırsatı bulduğum Klinik Şefimiz Dr.Niyazi Uygur'a,  
Tezimin tüm aşamalarında yardım ve katkılarından dolayı,  
Uzm.Dr. Meltem Efe Sevim'e,  
Uzmanlık eğitimim boyunca çalışma şansı bularak bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım,  
Klinik Şef Yardımcılarımız Dr. Ali Rıza Çeliker ve Dr. Şeref Özer'e,  
Tüm Adli Psikiyatri Birimi çalışanlarına,  
Rotasyon dönemlerinde birlikte çalışma fırsatı bulduğum, Dr. Şahap Erkoç,  
Prof.Dr. Hayrettin Kara, Doç.Dr. Defne Tamer Gürol, Doç.Dr. Dursun Kırbaş,  
Dr. Ahmet Türkcan, Doç.Dr. A.Baki Arpacı, Prof.Dr. Levent Kayaalp'e,  
Tez çalışmamda yardımlarını esirgemeyen Dosya-Arşiv ve Bilgi-İşlem çalışanlarına,  
Tez çalışmamın her aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen ve tezimde emeği geçen  
sevgili arkadaşlarım Serap Çakıcı Alpaslan, Sena Yenel Özbay, Suat Küçükgöncü ve Çezar  
Atasoy'a,  
Öğrettikleri yöntemle yaşamıma değişimi getiren ve mesleki becerimi geliştirmemde büyük  
katkıları olan Dr.Elif Ertin Ziegler, Günter Ziegler ve tüm grup arkadaşlarıma,  
Uzmanlık eğitimim sırasında tanıştığım, daima hayatımda var olacak olan dostlarım  
Aslıhan Yapıcı, Olga Gökbulut, Rabia Çetin, Suzan Mert Akgül'e,  
ve Aileme  
Sonsuz teşekkürler*

## İÇİNDEKİLER

|                                                                            | Sayfa<br>No |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------|
| I. ÖZET                                                                    | IV          |
| II. ABSTRACT                                                               | V           |
| III. KISALTMALAR                                                           | VI          |
| IV. TABLO LİSTESİ                                                          | VII         |
| V. GİRİŞ VE AMAÇ                                                           | 1           |
| VI. GENEL BİLGİLER                                                         | 3           |
| 1. YAŞLILIK                                                                | 3           |
| 1.1 “Yaşlı”nın Tanımı                                                      | 3           |
| 1.2 Nüfusun Yaşlanması                                                     | 4           |
| 1.3 Türkiye’de Yaşlıların Durumu                                           | 5           |
| 1.4 Biyolojik Yaşlanma                                                     | 9           |
| 1.5 Beynin Yaşlanması ve Kognitif Değişiklikler                            | 9           |
| 1.6 Bilişsel Yaşlanma Modelleri                                            | 12          |
| 1.7 Yaşlılığın Psikososyal Yönü                                            | 14          |
| 2. YAŞLILIK VE PSİKİYATRİK HASTALIKLAR                                     | 18          |
| 2.1 Epidemiyoloji                                                          | 19          |
| 2.2 Yaşlılıkta Psikiyatrik Hastalıkların Görünümleri ve<br>Siddet İlişkisi | 21          |
| 2.2.1 Demans                                                               | 21          |
| 2.2.2 Psikotik Bozukluklar                                                 | 24          |
| 2.2.3 Bipolar Duygudurum Bozuklukları                                      | 25          |
| 2.2.4 Alkol ve Madde ile İlişkili Bozukluklar                              | 26          |
| 3. YAŞLI BİREYLERDE SUÇ DAVRANIŞI                                          | 27          |
| 4. ADLİ PSİKİYATRİ                                                         | 35          |
| 4.1 Suç                                                                    | 35          |
| 4.2 Ceza Sorumluluğu                                                       | 36          |
| 4.3 Psikiyatrik Hastalıklar Ve Suç İlişkisi                                | 37          |
| 4.4 Türkiye’de Yasal Durum                                                 | 39          |
| VII. YÖNTEM VE GEREÇLER                                                    | 42          |
| VIII. BULGULAR                                                             | 45          |
| IX. TARTIŞMA                                                               | 95          |
| X. SONUÇ                                                                   | 115         |
| XI. KAYNAKLAR                                                              | 116         |
| XII. EKLER                                                                 | 126         |

## ÖZET

### ADLI PSİKİYATRİ BİRİMİNE YATIRILAN YAŞLILARDA SUÇ İŞLEMİYİ ETKİLEYEN ETMENLER

Nurcan Uslu

**Amaç:** Bu çalışmada amaç, adli psikiyatri birimine yatırılan 60 yaş ve üstündeki kişilerde suç davranışını etkileyen etmenleri tespit etmektir.

**Yöntem:** 2004- 2009 yılları arasında hastanemiz adli birimine yatırılmış 60 yaş ve üstünde suç işlemiş olan 107 olgunun tıbbi kayıtları geriye dönük olarak incelenmiştir. Sosyodemografik veriler, suç, tanı ve tedavi özelliklerini içeren yarı yapılandırılmış veri formu ve Taylor'ın Suç Şiddeti Derecelendirme Skalası kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan olguların %86'sının erkek, %14'ünün kadın olduğu, öğrenim sürelerinin ortalama 5 yıl olduğu, %44'ünün bekar, dul ya da boşanmış olduğu, %36'sının yalnız yaşadığı, %11,2'sinin düzenli çalıştığı saptandı. Olguların suç yaşlarının ortalama 66, suç sayıları ortalama 1,61 bulundu. Çalışmaya alınan olguların suç türlerine bakıldığında %34,6'sının adam öldürme, öldürmeye teşebbüs ve yaralama suçları işlediği, %28'inin tamamen şiddet dışı, %44,9'u hafif-orta ve %27,1'i ciddi şiddet içeren suçlar işlediği belirlendi. Şiddet suçu işleyen yaşlılar sıklıkla ateşli silah ve delici-kesici alet kullandığı ve yakın çevrelerini hedef aldığı saptandı. Örneklem grubunun %22,4'ünde psikiyatrik hastalık olmadığı, %22,4'ünde hezeyanlı bozukluk, %17,7'inde şizofreni ve atipik psikoz, %15'inde demans ve genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluk, %6,5'inde bipolar bozukluk, %5,6'sında alkol ve psikoaktif madde kullanım bozuklukları, %3,7'sinde kişilik bozuklukları, %3,7'sinde mental retardasyon saptandı.

**Sonuçlar:** Suç işlemiş yaşlılar çoğunlukla eğitim düzeyi düşük, düzenli çalışma yaşamı olmayan erkeklerden oluşmaktadır. 60 yaşından sonra ilk suçunu işlemiş olanlar geçmiş suç öyküsü olanlara göre şiddet derecesi daha yüksek suçlar işlemektedirler. Yaşlılıkta suç ve suçun şiddet derecesiyle en sık ilişkisi olan psikotik bulgu kötülük görme hezeyanıdır. İleri yaşta yineleyici suç sıklıkla hezeyanlı bozukluk ve alkol ve psikoaktif madde kullanımı ile ilişkilidir. Hastanemiz Adli Psikiyatri Birimi'ne yatırılan yaşlıların tedavisinde birden fazla ilaç, depo ilaç ve EKT kullanımından kaçınılmaktadır. Geçmiş suç öyküsü ya da ciddi şiddet suçu olanlarda ise daha yoğun ilaç tedavileri uygulanmakta ve hastanede yatırılma süresi uzun tutulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Adli Psikiyatri, Suç, Şiddet, Yaşlı

## **ABSTRACT**

### **THE FACTORS THAT EFFECT THE CRIME AT ELDERLY OFFENDERS WHO HAD BEEN HOSPITALIZED TO THE FORENSIC PSYCHIATRY UNIT**

**Nurcan Uslu**

**Aim:** This study is designed in order to identify the factors influencing the criminal behavior in subjects who were 60 years and older and who had been hospitalized to the forensic psychiatry unit.

**Method:** A retrospective chart review was conducted for the 107 subjects who were hospitalized to the forensic psychiatry unit for the years 2004-2009. Data were abstracted on sociodemographics, pattern of offences, characteristics of diagnosis and treatment by using a general semi-structured questionnaire and Taylor's Crime Severity Grading Scale.

**Results:** As regards their sociodemographic characteristics; 86% of the subjects were male, 14% were female. The mean education period of the subjects was 5 years. 44% of the subjects were single or divorced or widowed, 36% were living alone, 11.2% has a proper occupation. The average age of crime was 66 and the average number of crimes was 1.61. 34,6% of offences was homicide, attempt to homicide and physical assault, 28% of all were non-violent, 44.9% of all were mild-moderate and 27.1% of who were committed serious violent crimes. The subjects who committed serious crimes, had used firearms or sharp objects in crime and the target of crimes was found to be from the close environment of the offender. While % 22,4 of the sample did not have a psychiatric diagnosis, 22.4% was delusional disorder, 17,7% was schizophrenia and other psychosis, 15% was dementia and psychiatric disorder caused by medical conditions, 6,5% was bipolar disorder, 5,6% was alcohol and/or substance abuse, 3,7 % was personality disorder and the mental retardation ratio of the subjects was 3,7 %.

**Conclusion:** The vast majority of elderly offenders were male, has lower status of education and didn't have a proper occupation. The subjects who had committed their first offence at an older age (60 and older), were found to relevant more serious crimes than the subjects who had a previous criminal history. Persecutory delusion was the psychotic symptom that has the highest relationship with the offence at older age and with the severity of the crime. Recidivism at an older age was found to be related with the substance and alcohol abuse and delusional disorder. The uses of combination pharmacotherapy, ECT and depot antipsychotic medicine have been avoided in the treatment of the older patients in the forensic psychiatry inpatient service. Subjects with previous criminal history or committed serious crimes had long-term hospitalization periods and had more intensive medication.

**Key words:** Forensic Psychiatry, Crime, Violence, Elderly

## KISALTMALAR

**AY:** Ailesi ile Yaşayan  
**ABS:** Aile Bireyine Yönelik Suç İşleyen  
**BFSO:** Birden Fazla Suçu Olanlar  
**BSO:** Bir Suçu Olanlar  
**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu  
**CŞ:** Ciddi Şiddet  
**HOŞ:** Hafif-Orta Şiddet  
**ŞD:** Şiddet Dışı  
**YBS:** Yabancı Bireye Yönelik Suç İşleyen  
**YY:** Yalnız Yaşayan

| <b>TABLO LİSTESİ</b> |                                                                                                                               | <b>Sayfa No</b> |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Tablo 1.             | TÜİK nüfus projeksiyonlarına göre yüzdesel dağılımları                                                                        | 6               |
| Tablo 2.             | TÜİK nüfus projeksiyonlarına yaş piramitleri grafiği                                                                          | 8               |
| Tablo 3.             | Türkiye’de 2005, 2006,2007 ve 2008 yıllarında cezaevine giren 65 yaş ve üstündeki kadın ve erkeklerde suç türlerinin dağılımı | 32              |
| Tablo 4.             | Yaş, öğrenim, cinsiyet ve medeni durum özellikleri                                                                            | 45              |
| Tablo 5.             | Çalışma ve Gelir Durumu Özellikleri                                                                                           | 46              |
| Tablo 6.             | Suç Özellikleri                                                                                                               | 47              |
| Tablo 7.             | Son Suç Türü Özellikleri                                                                                                      | 48              |
| Tablo 8.             | Son Suç Türünün Şiddet Derecesi                                                                                               | 49              |
| Tablo 9.             | Son Suçun Hedefi                                                                                                              | 49              |
| Tablo 10.            | Son Suç Sırasında Kiminle Yaşadığı                                                                                            | 50              |
| Tablo 11.            | Kişilerin Çıkış Tanısı Dağılımları                                                                                            | 51              |
| Tablo 12.            | Psikiyatrik Tanısı Olmayan Kişilerin Suç Özellikleri                                                                          | 52              |
| Tablo 13.            | Hastalık Özellikleri                                                                                                          | 55              |
| Tablo 14.            | Psikotik Belirti Özellikleri                                                                                                  | 56              |
| Tablo 15.            | Depo ilaç, çoklu ilaç kullanımı ve tedaviye uyum özellikleri                                                                  | 57              |
| Tablo 16.            | Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Yaş, Öğrenim Sürelerinin Karşılaştırılması                                            | 58              |
| Tablo 17.            | Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Meslek ve Kendisine Ait Gelir Durumlarının Dağılımının Karşılaştırılması              | 59              |
| Tablo 18.            | Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Son Suçları Sırasında Yaşadıkları Yerlerin Dağılım Özelliklerinin Karşılaştırılması   | 60              |
| Tablo 19.            | Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Suç Sayısı ve İlk Suç İşleme Yaşlarının Karşılaştırılması                             | 60              |
| Tablo 20.            | Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Geçmişte İşlemiş Oldukları En Ağır Suç Türü Dağılımlarının Karşılaştırılması          | 61              |
| Tablo 21.            | Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Son Suç Türü Dağılımlarının Karşılaştırılması                                         | 63              |
| Tablo 22.            | Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Son Suçun Şiddet Derecesinin Dağılım Özelliklerinin Karşılaştırılması                 | 64              |
| Tablo 23.            | Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Son Suç Sırasında Yaşanılan Yer Dağılımının Karşılaştırılması                         | 65              |
| Tablo 24.            | Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Hastalık Başlangıç Yaşı, İlk Psikiyatrik Başvuru Yaş Ortalamasının Karşılaştırılması  | 65              |
| Tablo 25.            | Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Toplam ve Adli Servise Yatış Sayısı, Son Hastanede Yatış Süresinin Karşılaştırılması  | 66              |
| Tablo 26.            | Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Çıkış Tanıları Dağılım Özelliklerinin Karşılaştırılması                               | 68              |
| Tablo 27.            | Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Komorbidite Dağılımının Karşılaştırılması                                             | 69              |

|           |                                                                                                                                                         |    |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 28. | Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Geçmişte Alkol/Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması                                                  | 69 |
| Tablo 29. | Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Yatışları Sırasında Alkol/Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması                                       | 69 |
| Tablo 30. | Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Toplam Hastanede Yatış Süre Dağılımının Karşılaştırılması                                                       | 70 |
| Tablo 31. | Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Çoklu İlaç Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması                                                            | 71 |
| Tablo 32. | Son Suç Öncesi Yalnız Yaşayan ve Aile İle Yaşayan Kişilerde Suç Sayısı, İlk Suç Yaşı Özelliklerinin Karşılaştırılması                                   | 72 |
| Tablo 33. | Son Suç Öncesi Yalnız Yaşayan ve Aile İle Yaşayan Kişilerde Son Suç Türlerinin Karşılaştırılması                                                        | 74 |
| Tablo 34. | Son Suç Öncesi Yalnız Yaşayan ve Aile İle Yaşayan Kişilerde Son Suç Hedef Dağılımlarının Karşılaştırılması                                              | 75 |
| Tablo 35. | Son Suç Öncesi Yalnız Yaşayan ve Aile İle Yaşayan Kişilerde Hastaneden Çıkış Tanı Dağılımlarının Karşılaştırılması                                      | 76 |
| Tablo 36. | Aile Bireylerine ve Yabancı Bireylere Yönelik Suç İşleyen Kişilerde Son Suç Türleri Dağılımının Karşılaştırılması                                       | 78 |
| Tablo 37. | Aile Bireylerine ve Yabancı Bireylere Yönelik Suç İşleyen Kişilerde Son Suçları Öncesinde Yaşadıkları Yerlerin Dağılımının Karşılaştırılması            | 79 |
| Tablo 38. | Aile Bireylerine ve Yabancı Bireylere Yönelik Suç İşleyen Kişilerde Son Suçlarında Kullandıkları Suç Aleti Özelliklerinin Karşılaştırılması             | 80 |
| Tablo 39. | Aile Bireylerine ve Yabancı Bireylere Yönelik Suç İşleyen Kişilerde Son Çıkış Tanısı Dağılımlarının Karşılaştırılması                                   | 81 |
| Tablo 40. | Şiddet Dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında Kişilerde Suç Sayısı ve İlk Suç İşleme Yaşlarının Karşılaştırılması                    | 83 |
| Tablo 41. | Şiddet Dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında Kişilerde Geçmişte İşlemiş Oldukları En Ağır Suç Türü Dağılımlarının Karşılaştırılması | 84 |
| Tablo 42. | Şiddet Dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında İşlemiş Oldukları En Ağır Suç Hedeflerinin Dağılım Özelliklerinin Karşılaştırılması    | 85 |
| Tablo 43. | Şiddet Dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında İşlemiş Oldukları Son Suç Hedeflerinin Dağılım Özelliklerinin Karşılaştırılması        | 86 |
| Tablo 44. | Şiddet Dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında Kişilerde Son Suç Sırasında Yaşanılan Yer Dağılımının Karşılaştırılması                | 86 |
| Tablo 45. | Şiddet Dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında Hastalık Başlangıç Yaşı, İlk Psikiyatrik Başvuru Yaş Ortalamasının Karşılaştırılması   | 87 |



|           |                                                                                                                                                       |    |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 46. | Şiddet Dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında Toplam ve Adli Servise Yatış Sayısı, Son Hastanede Yatış Süresinin Karşılaştırılması | 88 |
| Tablo 47. | Şiddet Dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında Son Hastanede Yatış Nedeni Dağılımının Karşılaştırılması                             | 89 |
| Tablo 48. | Şiddet Dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında Kişilerde Çıkış Tanıları Dağılım Özelliklerinin Karşılaştırılması                    | 90 |
| Tablo 49. | Şiddet Dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında Geçmişte Alkol/Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması                       | 91 |
| Tablo 50. | Şiddet Dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında Yatışları Sırasında Alkol/Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması            | 91 |
| Tablo 51. | Şiddet Dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında Psikotik Semptom Varlığının Karşılaştırılması                                        | 92 |
| Tablo 52. | Şiddet Dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında İlk Psikofarmakolojik Tedavi Özelliklerinin Karşılaştırılması                        | 94 |

## GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlıları konu alan araştırmalarda, sağlık sistemlerinin gelişmesi ile son yüzyılda insanın yaşam süresinin dramatik bir şekilde arttığı, dünya nüfusunun giderek yaşlandığı vurgulanmaktadır. Toplumda yaşlı bireylerin artmasıyla birlikte yaşlanmanın insan üzerindeki etkilerini inceleyen “Gerontoloji” bilimi oluşmuş, tıpta yaşlı hastalıkları konusunda bir uzmanlık dalı olarak “Geriatrı” ortaya çıkmıştır. ABD’de “Yaşlılık Psikiyatrisi” psikiyatrinin bir üst uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Yaşlı psikiyatrik hastalarda eşlik eden tıbbi durumların ve bilişsel bozuklukların olması psikiyatrik tanı ve tedavilerini zorlaştırmakta, gençlerden daha farklı bir yaklaşım gerektirmektedir.

Nüfusun yaşlanmasının bir sonucu olarak suç işleyen yaşlı kişilerin sayısında da artış olmuştur. Literatürde suç işlemiş yaşlılarda, psikiyatrik bozuklukların sıklıkla görüldüğü, hastalık tanılarının, komorbiditelerinin ve klinik görünümünün geniş bir yelpazede yer aldığı, şiddet suçu davranışının bir kısmının psikiyatrik hastalık ya da bozukluklarla ilgili olabileceği vurgulanmaktadır (1-4).

Yaşlı bireyler ile gençler arasında suç türleri ve suçun şiddeti yönünden farklılıklar saptansa da, yapılan az sayıda klinik araştırmada, sosyodemografik ve klinik özelliklerin suça ilişkin değişkenler üzerinde etkisi kanıtlanamamıştır. Klinik çalışmaların sonuçları çeşitlilik göstermekte ve büyük çoğunluğunda örneklem gruplarının sayıca sınırlı olması, katılımcıların erkeklerden oluşması bulguların güvenilirliğini kısıtlamaktadır (5,6).

Suç ve şiddet davranışını etkileyen etmenler daha genç örneklem gruplarında yapılan birçok çalışma ile belirlenmiş, suç davranışını öngörebilecek risk değerlendirme araçları oluşturulmuştur. Fakat yaşlı grupta bu yapılandırılmış risk değerlendirme araçlarının geçerlilik ve güvenilirliğini gösteren bir çalışma bulunmamaktadır.

Araştırmalar yaşlı suçluların sayısının giderek arttığını fakat adli psikiyatri birimlerine gelen yaşlı suçlularla ilgili çok az bilgi olduğunu vurgulamaktadır. Az sayıda olmalarına karşın yaşlı suçluların daha ciddi suçlar işlemeleri ve psikiyatrik

morbiditelerinin fazla olması nedeniyle geriatrik adli psikiyatri servislerine olan gereksinim olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada amaç, adli psikiyatri birimine yatırılarak tedavi edilen ya da gözlem altına alınan 60 yaş ve üstündeki kişilerde suç davranışını etkileyen sosyodemografik ve psikiyatrik hastalık özelliklerini tespit ederek yaşlı psikiyatrik hastalarda suç davranışının öngörebilecek etmenleri belirlemektir.

## GENEL BİLGİLER

### 1. YAŞLILIK

#### 1.1 “Yaşlı”nın Tanımı

Yaşlanma; hayat boyunca devam eden, zamanın geçişine bağlı olarak hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişikliklerini tanımlamaktadır. Yaşlanmanın farklı boyutlara göre tanımı vardır. Kişinin yalnızca takvim yaşına göre kronolojik yaşlanmadan, organizmanın yapı ve fonksiyonlarındaki değişmelere göre biyolojik yaşlanmadan, insanın algılama, öğrenme, sorun çözme ve davranışlarına göre psikolojik yaşlanmadan ve sosyal yaşlanmadan bahsedilmektedir. Yaşlılık ise daha çok kronolojik bir kavram olup, insan hayatının ileri dönemlerine verilen bir isimdir. Yetişkinlikle yaşlılık arasında kesin bir sınır olmamakla birlikte Dünya Sağlık Örgütü, yaşlılığı çevresel etmenlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması olarak tanımlamakta, kimi durumlarda 60 yaşı yaşlılık sınırı olarak alırken, kimi durumlarda 65 yaşı sınır olarak almaktadır (7-9).

Hukuk ve çalışma yaşamı bakımından yaşlılık, insanın çalışabilme yetisinin ve verimliliğinin azaldığı, emekliye ayrıldığı dönem olarak tanımlanmaktadır. Emeklilik, sigorta, planlama konularında yaşlılığı belirlemede istatistiksel yöntemler kullanılır. Demografik çalışmalarda istatistiksel olarak belirlenmiş sınırlar gerekli olmakla birlikte, yaşlının durumunu açıklamada yetersiz kalmaktadır. Çünkü bedensel yaşlanma ile zihinsel ve ruhsal yaşlanmanın gerçekleşme hızı ve zamanı oldukça farklıdır. 65 yaştın üstündekileri yaşlı kabul eden uygulama 1880’li yıllarda Almanya’da, Otto von Bismarck’ın 65 yaşı bazı sosyal güvencelerin kazanılması için alt sınır olarak seçmesi ile başlamıştır. ABD’de 1960 ve sonrasında kişilerin sosyal güvencelerden bütünüyle faydalanabileceği yaş 67’ye yükseltilmiştir. Bu değişiklik öncelikle maddi nedenlere dayansa da, yaş sınırının yükseltilmesi yaşlı nüfusun üretkenlik ve yaşam süresindeki artışı da göstermektedir. Yaşlının tanımı kültürden kültüre değişmektedir. Gelişmiş ve gelişmemiş ülkeler arasında ekonomik ve teknolojik yönden farklılıkların olması yaşlılığın algılanmasına da etki

etmektedir. Yaşlılar gençlere göre biyolojik ve davranışsal özellikleri açısından farklılıklar gösterse de kronolojik yaşı belirtmek zor olmaktadır. Herkesin farklı yaşlanması; kalıtım, yaşam tarzı ve çevresel etkenlerin toplamına bağlanmaktadır (7-11)

Adli psikiyatride geriatri sınırını belirleyen yaş tartışmalıdır. Daha önceki çalışmalarda yaş sınırı 65 (12,13), 62 (14), 60 (1,2,15), 55 (3,5,16-18) arasında çeşitlilik göstermektedir. Çalışmalarda gençleri yaşlılardan ayıran yaştan hangi yaş olacağı kararının oldukça keyfi bir karar olduğu, hatta bazı araştırmacıların suç işleme için 45 yaşının üstündekileri yaşlı olarak kabul ettiği görülmektedir (1-3,5,12-19).

## **1.2 Nüfusun yaşlanması**

Nüfusun yaşlanması, o nüfustaki çocukların ve gençlerin oranının azalması ve yaşlı insanların (60 yaş üstü veya 65 yaş üstü) oranının göreceli olarak artmasıdır. Dünyanın birçok bölgesinde doğum hızlarında kayda değer düşüşler gözlenmiş, bebek ve çocuk ölümleri kontrol edilebilir düzeylere gerilemiş, doğumda beklenen yaşam süresi uzamıştır. Yaşlı nüfusta dünya genelindeki artış, bilimin ve buna bağlı olarak tıbbın ve teknolojinin gelişimi ile daha sağlıklı yaşam koşullarının oluşması, antibiyotiklerin keşfi ile bulaşıcı hastalıklarla savaşta başarı sağlanması, insanların öğrenim düzeyinin yükselmesi ve sağlık hizmetlerinin gelişmesiyle toplumun sağlık düzeyinin daha iyi bir konuma gelmesi sonucu ortalama yaşam süresinin uzaması ile gerçekleşmiştir. Yirminci yüzyılın başlarında gelişmiş ülkelerde beklenen ortalama yaşam süresi 47 yıl olarak hesaplanırken, 2000'li yıllarda bu rakamın 80 yılı geçtiği görülmektedir. Bunun sonucunda da dünyadaki yaşlı oranı, toplam nüfus artış hızından daha yüksek bir hızla artmaktadır. 1900'de dünya nüfusunun %6,9'u, 1950'de %8,1'i, günümüze gelindiğinde ise yaklaşık %10'u 60 yaş ve üstündedir. 2050 yılında bu rakamın %22,1, 2100 yılında ise %28,1 olacağı öngörülmektedir. 2050 yılına gelindiğinde gelişmekte olan ülkelerdeki yaşlı sayısı bugünün yaklaşık üç katına ulaşacaktır (9,10,20).

Yaşlı popülasyonun oranı en çok artan kesimi, en fazla hastalanan ve eşlik eden psikiyatrik ve tıbbi hastalıkların en yüksek oranda görüldüğü, 85 yaş ve üzeri bireylerden oluşan gruptur (21).

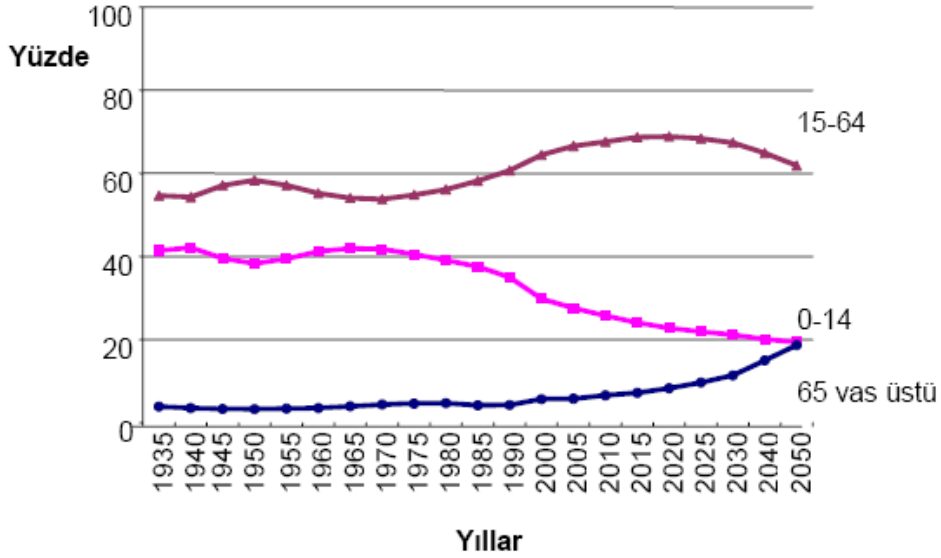
Başlangıçta gelişim dönemleri içinde pek önemli olmayan "yaşlılık" artık "çocukluk", "ergenlik" gibi sorunsal bir dönem olarak ele alınmaya başlanmıştır. Yaşlanmanın insan üzerindeki biyolojik, ekonomik, sosyal, psikolojik etkilerini inceleyen gerontoloji bilimi yaşlıyı kendisine özgü sorumlulukları ve bunları gerçekleştirmede bazı uyum güçlükleri olan kişi olarak tanımlamaktadır. Yani yaşlanma özüllülüklerin artması ve başkalarına daha fazla bağımlılaşma anlamına gelmektedir. Yaşlanmanın bir diğer sonucu, birden çok hastalığa maruz kalan insan sayısındaki artış ve bu nedenle de etkileşim potansiyeli olabilen çok sayıda tedavinin bir arada verilmesi gerekliliğidir. Bu durum, sağlık hizmetleri ile ilgili yeni problemler oluşturmakta ve bireysel hekimlik üzerine kurulu sistemden multidisipliner tedavi hekimliğinin ve seçeneğinin olduğu bir sisteme geçiş olmaktadır. Geriatri yirminci yüzyılın başlarında tıpta yaşlılık hastalıkları konusunda bir uzmanlık alanı olarak ortaya çıkmıştır(22).

### **1.3 Türkiye’de yaşlıların durumu**

Yapılan araştırmalar, ülkemizin yeni bir demografik yapıya geçmekte olduğunu göstermektedir. Yakın bir gelecekte toplam doğurganlık hızının yenilenme düzeyine inmesi ve bunun bir sonucu olarak da çocuk ve genç nüfusun zaman içinde azalması ve yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranının artması öngörülmektedir.

Ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının 20. yüzyılın sonuna kadar yüzde 5’in altında yer aldığı görülmektedir. 2000 Genel Nüfus Sayımı sonuçlarına göre 65 ve üstündeki nüfus toplam nüfusun yüzde 5,7’sini oluşturmaktadır. 2009 yılı istatistiklerine bakıldığında ise 65 yaş ve üstündeki kişilerin nüfusun %7’sini oluşturduğu görülmektedir. 1990 yılında ortalama beklenen yaşam süresi 67,4 yıl iken 2009 yılında 73,7 yıla yükselmiştir(20,23).

**Tablo-1:** TÜİK nüfus projeksiyonlarına göre yüzdesel dağılımları(23)



65 yaşın üstündeki nüfusun cinsiyet dağılımına bakıldığında kadınların yüzdesel olarak erkeklerden fazla bulundukları görülmektedir. Kadınlar, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de erkeklerle karşılaştırıldığında ortalama olarak daha uzun yaşam sürelerine sahiptirler (20).

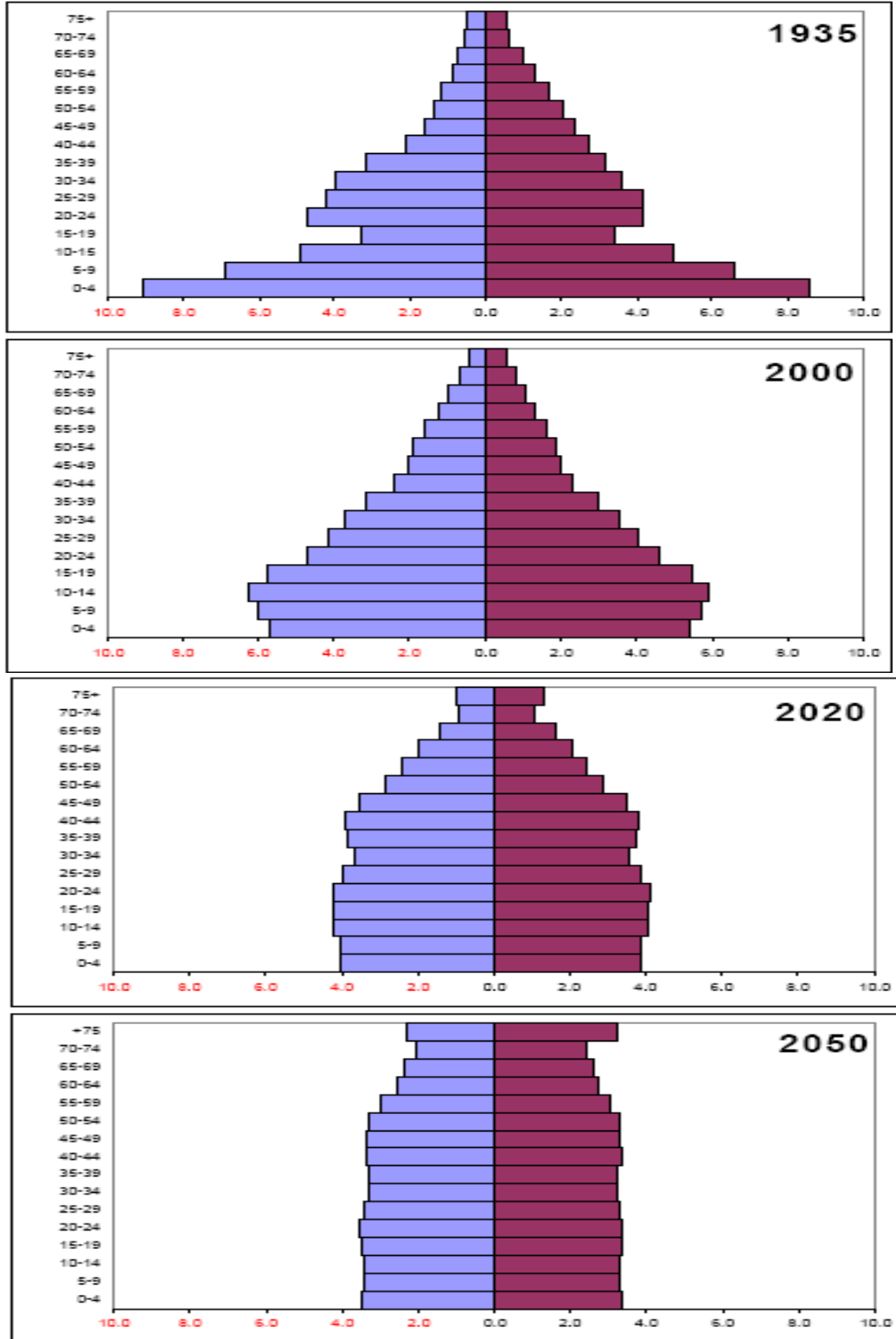
Yaşlı nüfusun eğitim düzeyleri incelendiğinde; kadınların %84'ünün eğitiminin olmadığı, ya da ilkokulu bitirmedikleri görülmektedir. Bu oran erkeklerde %70'tir. Erkeklerin %86'sının halen evli olduğu görülmekle birlikte kadınlarda bu oran %45'tir. Hemen tüm toplumlarda, erkeğin eşini yitirdiği durumda yeniden evlenme olasılığının kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir(20).

Türkiye'de aile bireyleri arasındaki bağın halen güçlü olması, yaşlıların yaşam alanlarını belirlemedeki tercihlerinde de özellikle gelişmiş ülkeler ile karşılaştırıldığında farklılıklar bulunduğu gösterilmektedir. Araştırma sonuçları, her 10 yaşlıdan 7'sinin çocukları ile ya aynı evde ya da çocukları ile aynı binada, sokakta veya mahallede oturduklarını göstermektedir. Cinsiyetler arasında çok belirgin bir farklılık görülmemekle birlikte genel tercihin çocuklarla veya çocuklara çok yakın oturmak olduğu anlaşılmaktadır. Yaşlı erkeklerin %75'i herhangi bir gelire sahipken kadınlarda bu oran %38'e düşmektedir(20).

1982 Anayasasının 61.maddesi korunmaya, bakıma, yardıma ve rehabilitasyona muhtaç çocuk, sakat ve yaşlılara öncelik tanıyarak, devletin bu alanda gerekli teşkilat ve tesisleri kurması veya kurdurması hükmünü getirmiştir. Anayasanın bu hükmü doğrultusunda Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hazırlanmış, özel ihtiyaç gruplarının (aile, çocuk, sakat, muhtaç yaşlı ve diğer kişiler) ihtiyaçlarının karşılanması, çeşitli sorunların önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunması, hayat standartlarının iyileştirilmesi amacıyla Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kurulmuştur. Geleneksel geniş aile düzeninde aile içinde bakılan ve saygı gören yaşlı çekirdek aileye dönüşüm sonucunda yalnız ve güçsüz kalmıştır. Bu alanda geniş ailenin işlevlerini devletin karşılaması yönündeki çabalar da son derece yetersiz kalmış ve toplumsal değişme ile paralel gidememiştir. Çeşitli kanun ve uygulamalarla emeklilik çerçevesinde yaşlılık dönemlerinde bireylere sağlanan sosyal güvenceler ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu çalışmaları tek başına yeterli değildir. Benzer şekilde yaşlı bireylerin fiziki, ruhsal ve sosyal gereksinimlerini karşılamayı amaçlayan devlete, kamuya, derneklere ya da özel sektöre ait çok sayıdaki huzurevinde verilen hizmetler de sınırlılık açısından tartışmaya açıktır(20).



**Tablo-2:** TÜİK nüfus projeksiyonlarına yaş piramitleri grafiği(23)



#### **1.4 Biyolojik Yaşlanma**

Baltimore Uzun Süreli Yaşlanma Çalışmasına göre yaşlanma sürecinde kalpte büyüme, oksijen tüketiminde azalma, sistolik kan basıncında artma, kas gücünde ve elin kavrama gücünde azalma, solunum kapasitesinde azalma, beyinde atrofi, mesane kapasitesinde azalma gibi değişiklikler olur. Bu biyolojik değişiklikler ruhsal işlevleri de etkilemektedir(24).

65 yaş ve üstü kişilerin çoğu en azından bir kronik hastalığa ve birçoğu çok sayıda rahatsızlığa sahiptir. Yaşlı bireyleri etkileyen en yaygın hastalıklar artrit, hipertansiyon ve kalp hastalıklarıdır. ABD’de 65-74 yaş arasındaki kişilerin %30’u görmeyle, %18’i işitmeyle ilgili sorunlarının olduğu, bu oranların 85 yaş üstünde iki kat yükseldiği bildirilmiştir. Aşırı kilolu veya obez olma yaşlılar arasında artmaktadır. Bu durumların her biri işlevlerini bağımsız sürdürmeyi kısıtlayabilir ve yaşam kalitesini düşürebilir(24).

#### **1.5 Beynin Yaşlanması ve Kognitif Değişiklikler**

Yaşlanmaya beyin atrofisinin eşlik ettiği sıklıkla bildirilir. Nöropatolojik muayene genellikle kortikal doku ve beyaz madde kaybı ile ventriküllerde genişlemeyi ortaya koyar. Demansın olmadığı normal yaşlanmada toplam beyin hacmindeki azalma beyaz cevherden ziyade gri cevher hacminin azalmasından kaynaklanmaktadır. Boylamsal ve kesitsel çalışmalar beynin her bölgesinin hacim kaybından aynı derecede etkilenmediğini göstermektedir. Prefrontal korteks ve bunu takiben striatum, temporal loblar, serebellar vermis, serebellar hemisferler ve hipokampus hacim kaybından en çok etkilenen bölgeler olup oksipital korteks ise en az etkilenen bölgedir (25,26).

İnsan beynini oluşturan 100 milyar civarındaki nöronun tamamı doğumda var olmakla birlikte, insan beyni çocukluktan erişkinliğe uzanan dönem içinde nöronlar arasındaki sinaptik bağlantılarda patlayıcı artış (gri cevher) ve sinir liflerinin myelinizasyonu (beyaz cevher) sonucunda başlangıçtaki ebat ve ağırlığının 4-5 katına ulaşmaktadır. Genel olarak kortekste gri cevherin hacmi sinapslardaki gelişmeye bağlı olarak adölesan döneme kadar artmakta,

sonrasında “sinaptik budama” neticesinde azalmaktadır. Bu budama büyük oranda çevresel faktörlere bağlıdır ve öğrenmeyi temsil etmektedir. Yaşa bağlı dendritik atrofi araştırmalarında çeşitlilik vardır. Yaşlanmayla bazı nöronlar ölür ve dendritlerini kaybederken, komşu nöronlar kayıpları kompanse etmek için dendritik dallanma ve nöronal bağlantıları artırma yoluna giderek büyüdükleri, ya da tek tek bu nöronların, yaşam boyu süren adaptif yeniden şekillendirme sürecinde hem dendrit kaybedip hem de kazandıkları öngörülmüştür. Fakat zamanla görülen bütünsel kayıp, yenilenme oranında, kayıp oranına göre bir yavaşlamayı gösteriyor olabilir. Uzun zamandır MSS’ne yeni nöronların eklenmediğine inanılıyor olmasına karşın, bu geleneksel inanç yakın zamanda sorgulanmaya başlanmıştır(25, 27).

Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme ve PET çalışmaları yaşlanma sürecinde kognitif değişiklikleri beyin aktivitesi ile ilişkilendiren sonuçlar ortaya koymuşlardır. Yaşa bağlı bellek sorunlarında prefrontal korteks ve hipokampusun aktivasyonunda değişimler olduğu tespit edilmiştir. Yürütücü fonksiyonları içeren bir görevi yerine getirirken genç erişkinlerde ve yaşlı bireylerde prefrontal korteksin aktivasyonunda farklılıklar bulunmuştur. Aynı görevi yerine getirirken yaşlı bireyler bazı prefrontal korteks bölgelerini aktive edememekte; bazen de basit bir görev sırasında daha geniş bir alanı aktive etmektedirler (26).

Yaşlanma sürecinde izlenen kognitif kayıplara prefrontal ve striatal bölgeler gibi özel beyin bölgelerinde hacim kaybı, beynin dokusunda genel hacim kaybı, sinaps kaybı, beyaz cevher lezyonları, nörofibriller yumak oluşumu gibi yapısal değişiklikler de eşlik etmektedir. Nörofibriller yumak ve amiloid plak gibi Alzheimer hastalığının tipik patolojik bulgularının hayatta iken demans belirtisi gözlenmeyen bireylerin beyinlerinde yaygın olarak bulunması kimi bireylerin ağır nöropatoloji varlığında bile demans gelişimine dirençli olduğunu düşündürmektedir(28).

Beyin yaşlanmasını açıklamaya yönelik çok sayıda mekanizma ileri sürülmüş olmakla birlikte, biyolojik ve kognitif yaşlanmanın temelinde yer alan birçok farklı fenomeni tek bir mekanizmanın izah etmesi mümkün görünmemektedir. Muhtemelen çok sayıda mekanizma sonuçta beynin küçülmesi,

plastisite kaybı ve kognitif kayıpların ortaya çıkmasında bir arada rol almaktadırlar. İleri sürülen mekanizmalar arasında serebral kan akımındaki değişiklikler, metabolizma hızında azalma, oksidatif stres ve enflamasyon, mitokondriyal disfonksiyon, myelin dejenerasyonu, gen ekspresyonunda değişimler, DNA hasarı, kalsiyum disregulasyonu ve nörotransmitter değişimleri (örneğin dopamin deplesyonu) sayılabilir (28).

Yaşlanma sürecinde bellek, psikomotor fonksiyonlar, yürütücü fonksiyonlar ve algısal işlevlerde önemli değişiklikler izlenmektedir. Boylamsal çalışmalar kognitif kayıpların özellikle 60 yaş sonrasında belirgin hal aldığını düşündürse de, kesitsel çalışmalar yaşlanma ile yeni epizodik bellek oluşturabilme, bilgiyi hızlı işleyebilme ve yürütücü işlevlerde yaşam boyunca devam eden önemli kayıplar olduğunu düşündürmektedir(26).

İleri yaşta gözlenen kognitif değişiklikler başarılı kognitif yaşlanma olarak kabul ettiğimiz en hafif düzeylerden, günlük yaşam aktivitelerini etkileyen patolojik düzeylere kadar farklılık göstermektedir. Bu spektrumda Alzheimer hastalığı ve diğer demanslar kabul edilmiş kriterler doğrultusunda büyük ölçüde güvenle tanınabilmekle birlikte normal ve patolojik uçlar arasında “gri” bölgede kalan kognitif fonksiyon değişikliklerini sınıflandırmak daha güç olmaktadır. Demans düzeyinde olmasa da objektif olarak saptanabilen kognitif kayıpları olan ve günlük yaşam aktivitelerinde önemli bir sorun yaşamayan bireyler hafif kognitif bozukluk tanısı almaktadır. Bu kişiler için ileride Alzheimer Hastalığı görülme oranı yıllık % 10-15 olup bu oran genel nüfustaki oranın üstündedir. Hafif düzeyde kognitif kayıpları derecelendirirken, yaşlı bireyler için neyin “normal” kabul edilmesi gerektiği kendi başına tartışma konusu olabilir. Örneğin yaşlı bireyler gençliklerinden beri bellek ve zihinsel işlevlerde kayıplar fark etseler de, çoğunluğu bellek performansı ve günlük fonksiyonlarının yaşlılarından farklı olmadığını bildireceklerdir. Uzmanların çoğu normali belli bir yaş grubunda göreceli olarak tanımlamaktadır ve bu tanımlamalarda ilgisiz hastalıkların tamamen dışlanması gerekmemektedir. Bazı klinik özellikler (kognitif kayıpların gelişim hızı ve boyutu),

nöropsikolojik testler ve bazı yapısal özellikler kognitif kayıpların normal ya da patolojik olarak ayırımına yardımcı olabilir (28,29).

1. **Dikkat:** Bazal dikkat süresi, bir seferde kavranılan enformasyon miktarıdır ve yaşla ya çok az ilişkisi vardır ya da hiç yoktur. Bununla birlikte bilişsel yeteneklerden daha fazla şey isteyen bölünmüş dikkat gibi karmaşık dikkatsel işlemler, ilerleyen yaşla birlikte önemli düşüşler gösterir.
2. **Dil:** Birkaç istisna dışında dil işlevleri yaşlanmadan etkilenmez. Sözel ifade ve sözel muhakeme becerileri zor fark edilir bir şekilde değişebilirler ve bu eğitim durumundan oldukça etkilenir.
3. **Öğrenme ve bellek:** Primer ve tersiyer bellek yaşlanmadan çok fazla etkilenmez, en çok etkilenen sekonder bellektir. Çalışmalar performansın orta yaşın başlarında her on yılda bir %10 kadar düştüğünü göstermektedir.
4. **İşlem hızı:** Bilgi işleme hızı ve katıksız motor hız yaşa bağlı değişimleri ve azalmayı en şaşmaz şekilde ortaya koyar.
5. **Yürütücü işlevler:** Yürütücü fonksiyonlar, temelinde, değişen/yeni durumları ele alabilme ve hedefe yönelik davranışları prospektif olarak planlayıp, başlatıp, yürütme becerisini içermektedir. Bu beceri problem çözmede, görevlerin önceliklerini belirlemede, koordinasyon sağlamada ve ardışık-sıralı davranışlar sergilemede önemlidir. Bu karmaşık beceri bağımsız bir yaşam sürmek için vazgeçilmezdir. Örneğin günlük alınacak ilaçların gözden geçirilip düzenlenmesi, hangi faturaların öncelikli ödeneceği gibi karar ve hareketlerde gereklidir. SSS işlevini etkileyen kronik hastalığı olanlar, SSS lezyonu olanların dışlandığı çalışmalarda yaşlanmadan çok az etkilendiği ortaya konulmuştur (30).

## 1.6 Bilişsel yaşlanma modelleri

Cattel-Horn'un yaşam boyunca entelektüel değişimler modeli, yaşın farklı bilişsel süreçleri farklı şekilde etkilediğini öne sürüyor. Bu modele göre; genel zekâ dünyaya ait bilgi birikimini temsil eden kristalize zekâ, bu bilgiyi esnek ve adaptif bir biçimde kullanma yeteneğini (akıcı zekâ) temsil eden sıvı zekâ olarak bölümlere

ayrılabilir. Kristalize zekâ öğrenme ve kültürel etkilere dayanır. Tecrübe, bilgi dağarcığı, anlama, muhakeme etme ve bilgeliği yansıtır. Bunun yanında akıcı zekâ karmaşık ilişkileri algılayabilme ve bu algılamaya dayanarak bazı çıkarımlarda bulunabilme yeteneğini gösterir ki bu beceriler genel bilgilerin çok az rol aldığı kognitif görevlerle ölçülebilir. Araştırmacılar bu iki becerinin yaşam içinde farklı gidişatlar gösterdiğini bildirmişlerdir. Akıcı zekâ 20'li yaşların ortalarından sonra düşüşe geçmekte, kristalize zekâ 70'li yaş dolaylarına kadar artmaya devam etmektedir. Zekâyâ ait bu iki faktör yaşam içinde karşılıklı etkileşimde bulunarak, her yaş döneminde dinamik ve adaptif bir denge kurarlar. . Buna göre, organizmanın sonunda erişeceği bir “son nokta” yerine, farklı yaş dönemlerinde farklı faktörlerin ön planda etkili olduğu ve tüm yaşam dönemlerinde gelişme ve değişimi mümkün kılan süregelen bir dinamizm söz konusudur (27, 30).

İşlem hızı hipotezine göre bilişte gözlenen yaşa bağlı değişimlerin çoğu, gerçekte işlem hızındaki azalmaların sekonder görünümüdür (30).

Frontal çöküş ya da yürütücü işlev hipotezi, normal yaşlanmadaki bilişsel performans kalıbının daha az belirgin olsa da primer olarak subkortikal-frontal dengesizliği etkileyen pek çok demans süreci ile aynı olduğu bulgusuna dayanır. Nöropatolojik verilere göre yaşlanmanın etkilerine en açık alanlar frontal-subkortikal yapılardır. Pek çok çalışma dendritik dallanma dejenerasyonunun ve nöronal kayıpların en fazla frontal korteks ve bazı subkortikal bölgelerde göze çarptığını ortaya koymaktadır. Beyin damarlanmasında yaşla birlikte subkortikal-frontal döngüsellik tarafından aracılık edilen bilişsel işlevleri özellikle etkileyen, iskemik beyaz cevher ve subkortikal gri madde hastalıklarına yol açan belirgin değişimler olmaktadır (30).

Dopamin sisteminde yaşa bağlı değişimlerin, özellikle de bazı bazal ganglion yapılarındaki D2 reseptörlerindeki azalmaların, hem motor hem de uygulama sistemi görevlerindeki performansta görülen, yaşa bağlı azalmalarla ilişkili olduğu bulunmuştur (30).

Bazı yazarlar ise görsel ve işitsel keskinliği kapsayan duyuşal işlevlerdeki azalmaların, bilişsel süreçlerdeki yaşa bağılı değışimleri açıklayabileceğini ileri süren bir “yaygın sebep” modeli önermişlerdir (30).

Bilişsel yaşlanmanın çeşitliliğinin açıklanmasında, henüz adı konmamış bir ya da bir grup değışken belirlenmemiş olarak kalmaktadır; çünkü pek çok çalışmada, yaşa bağılı varyansın, hız ve duyuşal beceriler ayrı tutulduğunda bile değışmediğı görölmüştür (30).

Bireyler arasında ne gibi farklılıkların bazı bireyleri yaşlanmanın etkilerine daha dirençli kılıp, bazılarını ise daha kırılgan hale getirdiğı araştırma konusudur. Bununla birlikte kognitif yaşlanma sürecini etkilediğı bilinen faktörler arasında, çocukluk çağı zekâ düzeyi, eğitim, bazı genetik faktörler, kardiyovasküler risk faktörlerini azaltan sağılıklı bir yaşam biçimi (fiziksel aktivite ve sağılıklı beslenme), zihinsel olarak uyarıcı boş zaman faaliyetleri, stresle baş edebilme becerileri ve zengin bir sosyal yaşantı sayılabilir (28).

### **1.7 Yaşlılığın Psikososyal Yönü**

Zihinsel değışikliklere paralel olarak, kişilikte değışiklikler oluşabilir. Yeni durumlara uyum sağılayabilme, yeni düşünceleri kabul etmede güçlük yaşanabilir. Yaşlı bireyler çevreye karşı daha az ilgili, kendi bedenine ve kendine karşı daha ilgili olup, ilişkilerde seçici olabilirler, yeniliklerden ürkebilir ve eski yaşamlarını özleyebilirler. Genç nesille aralarındaki uzaklık artmaya başlayabilir. Yaşlılıkla birlikte bedende fiziksel yakınmalar da artar (7).

Yaşlanma süreci beden imgesi üzerinde önemli değışiklikler oluşturur. Fiziksel bedenin zihinsel temsili olan beden imgesi duyuşal olarak yüklüdür. Yaşam boyunca gerçek fiziksel değışimle, değışen ihtiyaçlar ve beklentilerle sürekli bir değışim içindedir. Sağılıklı yaşlı birey sonunda bedeninde yeti kaybı oluşacağını fark eder. Şiddetli fiziksel ve mental kapasite kaybı yaşadığında kaybedilen fonksiyonlar ve değışen beden imgesi için yas tutar. Kişi ömrünün sınırlı olduğunu ve yaşlıtlarının öldüğünü fark etmesi ile yaşamını gözden geçirir. Erikson'un söz ettiğı gibi bu eleştirel değılendirmenin sonucu bütünlük hissi ya da karamsarlıktır.

Anlamlı, dolu ve iyi yaşandığının fark edilmesi bütünlük hissini oluşturur. Yaşamın gözden geçirilmesi kaçırılmış fırsatlar, yüzüne gözüne bulaştırılmış ilişkiler ve kişinin kötü şöhretini ortaya çıkarıyorsa karamsarlık ortaya çıkar. Erik Erikson, yaşlılığı hayatın daha önceki evrelerinde kazanılmış benlik özelliklerinin iyice olgunlaşıp birbiri ile bütünleştirdiği bir süreç olarak değerlendirmiştir (31).

Bireyin aile içinde kazandığı roller yaşla birlikte değişmektedir. Aileyi geçindiren ya da çocukların bakımını sağlayan bireyler olma gibi roller zamanla kaybedilmekte, hatta tersine dönebilmekte, yaşlanan ebeveyn çocukları tarafından geçimi ve bakımı sağlanan birey haline gelebilmektedir. Buna rağmen 'anne olma' ya da 'baba olma' rollerinin tam anlamıyla kaybedilmediğini, yaşlılıkta da önemli bir rol alarak devam ettiğini ileri süren görüşler de mevcuttur. 'Büyükkannelik' ya da 'büyükbabalık', yaşlılar için yeni bir rol olarak devreye girmektedir. Kazanılan bu yeni rolün yaşlı birey için bir olumlu süreç oluşturduğu düşünülebilir. Ancak günümüz kültüründe aile kurumunda meydana gelen değişiklikler sonucunda genç ve yaşlı aile bireyleri arasındaki bağların zayıflıyor olması, sözü edilen yeni rollerin sorunlu hale gelmesine de neden olabilir (32).

Bir yaş grubunun toplumsal statüsü genellikle toplumsal etkisine ya da üretimdeki işlevine bağlıdır. Tarım toplumlarında yaşlıların saygın bir statüsü vardır; özellikle bilginin sözlü olarak aktarıldığı toplumlarda yaşam deneyimleri çok değerlidir. Sanayileşmiş toplumlarda ise, teknoloji öne çıktıkça yaşlıların statüsü geriler. Ayrıca değişen aile ilişkileri içinde çekirdek ailenin yaygınlaşması, zamanının çoğunu aile çevresine ayıran yaşlıların hem birbirlerinden hem de genç aile üyelerinden uzaklaşmasına yol açmaktadır. Ülkemizde yaşlı ve yaşlılıkla ilgili toplumsal kalıplara tarihsel açıdan bakıldığında, eski Türklerde atanın - kadın ya da erkek - daima korunduğu anlaşılmaktadır. Cumhuriyet döneminden itibaren Türkiye'de toplum ve aile yaşamında hızlı ve önemli değişimler olmuştur. Hızlı değişimler toplumsal kurumları, davranış ve değerleri değiştirmiş, ailedeki değişimler yaşlının statüsünü ve fonksiyonlarını etkilemiştir. Ancak Türkiye'de aile yapısı değişirken, ailenin fonksiyonları aynı yönde değişmemiştir. Bir yandan geniş aileden yeni çekirdek aileler ayrılmış, öte yandan fonksiyonel açıdan aile ve



akrabalık sistemi oluşmuştur. Sonuç olarak kır ve kentte aileler ayrı hanelerde otursalar da, akrabalar arasında karşılıklı yardım ve destek beklenmektedir. Maddi desteğin yanında çocuk bakımında ana-babadan yardım istenilmekte, yaşlı ana babanın bakım ve geçim sorumluluğu ise yetişkin çocuklarına düşmektedir. Yaşlılığın önemli bir toplumsal yönü de; bu kuşağın değerleri ve eğitimiyle ilgilidir. Değişimin çok hızlandığı sanayi toplumlarında 65 yasına gelmiş biri, kendi gençliğindekinden çok farklı ahlaki değerlere, beklentilere ve rol tanımlarına uyum sağlamak zorunda kalır (31,32).

Yaşlılarca denetimlenmiş çok sayıda değişim vardır. Fakat iki major rol değişimi; “çalışan”dan “çalışmayan”a ya da “eş”den “dul”a değişim, bireyi yeniden tanımlanan kimlik edinmenin zorluklarıyla tanıştırır (31).

Emeklilik yaş-sınıflı bir olaydır, kişisel tercih ya da sağlık durumu ne olursa olsun bireylerde belirli bir yaşta emekli olma beklentisi vardır. Bazı toplumlarda emeklilik yaşı, yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilmekte ve 65 yas üstü insanlar yaşlı olarak nitelendirilmektedir. Ancak fiziksel ve zihinsel olarak zindeliğe ve iyi bir yaşam kalitesine ve doyumuna sahip 65 yaş üstü insanların varlığı dikkate alındığında, “emeklilik yaşı”nın yaşlılığı belirlemede geçerli bir ölçüt olduğunu söylemek güçtür. Diğer taraftan, yaşlılığın, bireyin emekliliğini de yaşadığı bir dönem olduğu söylenebilir. Yaşlı insanlar açısından değerlendirildiğinde emeklik, kişiyi hazırlıklı veya hazırlıksız bir rol değişikliği ile karşı karşıya getirebilir. Gönülsüz ya da beklenmeyen bir emeklilik, düşük sosyoekonomik durum, sağlık problemleri, rekabetçi ve yüksek derecede başarı yönelimli bir kişilik, gelecek hedeflerini kuramama ve genel olarak değişime uyum zorluklarını içeren faktörler, emekliliğe yetersiz uyumun habercisidir. Yaşlı birey emekliliğe hazırlanmamış ise boşlukta hissetme, maddi sorunlar yaşama ve çevreyle olan iletişimini kesme veya iç dünyasına kapanma gibi sorunlarla karşı karşıya kalabilir. Özellikle erkekler için çalışma yaşamındaki rolünde, verimlilikte ve yetişkin hayatı boyunca merkezi bir konumda olan ilişkilerinde bir kayıp ortaya çıkar. Evde yeteri kadar etkinliği bulunan çalışan kadınlar için ise, emeklilik çok fazla bir zorluk çıkartmaz, hatta bir lütuf gibi

görülür. Kadınlar için sorun olan kendilerinin emekli olması değil, kocalarının emekliliğidir ( 30, 32)

Sağlıklı yaşlı birey önemli yakınlarının kaybını çocukları, torunları ve arkadaşlarıyla olan ilişkilerini güçlendirerek ve bazen yeni arkadaşlıklar ve yeni eşler bularak telafi etmeye çalışırlar. Kayıp, matem, yeniden bağlanma döngüsü ölüm bu süreci durduruncaya kadar devam eder. Demografik veriler 65 yaş üzeri kadınların %51, erkeklerin %14'ünün en az bir kez dul kaldığını göstermektedir. Eşini kaybetmiş yaşlı kişilerle yapılmış eski bir çalışma, yaşlı yetişkinlerin, genç yetişkinlere göre, eşin kaybıyla daha az baş edebileceğini öngörmüştü. Sonraki çalışmalar ise daha genç dul eşlerin fiziksel ve ruh sağlığı ölçümlerinde daha fazla belirti verdiklerini gösterdi (30).

Yaşlanmayla birlikte gelen fiziksel gerilemenin etkisi olarak cinsel yaşamda bir takım gerilemeler meydana gelse de, bu olumsuz değişikliklerinin çoğunun kültürel ya da sosyal kaynaklı olduğu belirtilmiştir. Aslında yaşlıların çoğu hala cinsel açıdan aktif olmalarına karşın yaşlıların asexual olduğuna dair yerleşmiş inanışlar nedeniyle bunu gerçekleştiremezler (31).

Son 30 yıldır birçok farklı disiplinden araştırmalara konu olan “başarılı yaşlanma” kavramı ilk kez Rowe ve Kahn tarafından 1998 yılında ortaya atılmıştır. Sözü edilen kavram uzun yaşamının dışında pek çok bileşen içermektedir. Araştırmacılara göre bireyler yaşamın üç alanında temel davranışlar geliştirmelidirler. Bunlar işlevsel, bilişsel ve sosyal alanlardır. Anılan her üç alan arasında devamlı bir etkileşim vardı. Başarılı yaşlanmanın sağlanması için her üç alanda sağlıklı bir denge kurulması gerekmektedir. Yaşlı insanların kapasiteleri ve başarılı yaşlanma, sistematik olarak yeni çalışılmaya başlanmış konulardandır (33,34).

Büyük boyutlu uzunlamasına çalışmalarda; yüksek eğitim düzeyinin, uygun kilonun korunmasının, düzenli egzersizin ve sosyal desteğin olmasının, bunun yanı sıra alkol, sigara kullanımının ve depresyonun olmamasının, başarılı yaşlanmanın işaretleri olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, uygulamada, başarılı yaşlanmanın nasıl tanımlanacağı konusundaki büyük tartışma sürmektedir (30).

Bireylerin başarılı bir biçimde yaşlanması yalnızca bireysel özellikleriyle değil toplumsal açıdan kendilerine sağlanacak psikososyal, ekonomik ve fizyolojik yöndeki destek hizmetleriyle de yakından ilişkilidir (20).

Yaşlılıkta görülen yeti yitimi, bedensel ve ruhsal hastalıklar, ekonomik ve sosyal kayıplar bu döneme ilişkin sorunların ele alınmasında çok yönlü yaklaşımın önemli olduğunu düşündürmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi yaşlılıkta en önemli sosyal destek çekirdek aile gibi görünmektedir. Ancak, yakınlarının kaybı nedeni ile yalnız yaşayan ya da huzurevi gibi bir ortamda kalmayı tercih eden yaşlılarda çoklu yaklaşım daha da önem kazanmaktadır (30).

## **2. YAŞLILIK VE PSİKİYATRİK HASTALIKLAR**

Yaşlılık, bireylerde fiziksel hastalıkların arttığı, bireyin çevreye bağımlı duruma geldiği bir dönem olduğundan, diğer yaş gruplarından daha farklı bir yaklaşım gerektirir. Amerikan Psikiyatri ve Nöroloji Konseyi, 1991'de yaşlılık psikiyatrisini bir üst uzmanlık dalı olarak kabul etmiştir. Yaşlılık psikiyatrisi, yaşlılarda fiziksel ve psikiyatrik hastalıkların tanı, tedavi, önlenmesi ve yaşamın uzatılması ile ilgilenen bir tıp dalıdır. Yaşlılarda psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavisi, hastalıkların genç erişkinler ve yaşlılar arasındaki klinik, patogenez ve fizyopatolojik farklılıkları nedeniyle özel bir ilgi gerektirmektedir (10,21).

Yaşlanmanın başta gelen stresleri arasında akut veya kronik hastalıklar, karmaşık ilaç-ilaç ve ilaç-hastalık etkileşimleri gelmektedir. İş bırakma ya da emeklilik gibi sebeplerle iş kaybı, beraberinde mali kaynakların, sosyal statünün ve sosyal çevrenin büyük kısmının kaybını da getirir. Yeni ilişkiler kurmak yaşlılıkta zordur. Fiziksel kısıtlılık ve arkadaşların kaybı, daha fazla sosyal izolasyona neden olur ve evini geçindirmek, yiyecek ve giyecek sağlanması gibi günlük yaşamın gerekliliklerini yerine getirmek zorlaşır. Daha fazla internet erişimi, bu tür izolasyona engel olabilecek olan, yaşlı kişilere aile ve arkadaşlarıyla sosyal bağlantıyı koruma imkânı veren bir teknolojik gelişmedir. Veriler yaşlıların bilgisayar ve internet erişimi açısından diğer yaş gruplarının gerisinde olduğunu göstermektedir (21).

Alzheimer hastalığı gibi yaşa bağlı hastalıkların çoğu sinsi başlangıçlıdır ve yıllar geçtikçe kademeli olarak ilerler. Hastalıkların erken tanısı ve önlenmesi için geliştirilen stratejiler hastaların bilişsel gerileme gibi hastalığın zayıflatıcı belirtileri olmaksızın daha uzun yaşamasına yardımcı olabilir (21).

İleri yaşlarda psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkış şekilleri daha genç erişkinlerdekine göre farklılık gösterebilir. Ek olarak, fiziksel hastalıklar ve diğer psikiyatrik bozukluklar ile bir arada bulunabilmeleri nedeniyle tanı, önleme ve tedavi konusunda zorluklar oluşturur (21).

## **2.1 Epidemiyoloji**

Delirium ve demans gibi hastalıklar dışında ruhsal bozukluklar, daha genç yaştaki gruplarla kıyaslandığında yaşlılarda daha yaygın değildir. 1970'lerin sonlarında ve 1980'lerin başlarında yürütülmüş olan Epidemiyolojik Saha Çalışması (Epidemiological Catchment Area-ECA) araştırması, Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşlı erişkinlerdeki psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı konusunda hala en önemli çalışmadır. ECA programı, 18 yaş ve üzerindeki tüm erişkin yaş gruplarındaki psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını, insidansını ve sağlık hizmetlerinin kullanımını belirlemek üzere yürütülmüştür. ECA araştırmasında değerlendirilmeyen demans hariç tutulduğunda, yaşlı yaş grubundaki en sık görülen bozukluk, %5,5'luk yaygınlığı ile anksiyete bozukluğu idi. Herhangi bir duygudurum bozukluğu yaygınlığı 65 yaş ve üzerinde %2,5 idi, ciddi bilişsel bozukluk yaygınlığı %4,9 idi. Alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı ve ciddi bilişsel bozukluklar hariç tüm bozukluklar için, yaygınlık yaşlı kadınlarda yaşlı erkeklere göre daha yüksekti. Toplumda yaşayan 65 yaş ve üzeri erişkinlerdeki herhangi bir duygudurum bozukluğuna ait 1 aylık yaygınlık ECA çalışmalarında %2,5 idi. Bu yaş grubunda en sık görülen duygudurum bozukluğu %1,8 oranla distimi idi, buna karşın majör depresyonun yaygınlığı %0,7 idi. Altı aylık oranlar kullanıldığında Edmonton'ın sonuçları hafifçe daha yüksek bulunmuştur. Bu 65 yaş ve üzeri popülasyondaki herhangi bir duygudurum bozukluğunun altı aylık yaygınlığı %3,8 iken, distimi için yaşam boyu yaygınlık %3,3 ve majör depresif dönem için altı aylık

yaygınlık %1,2 olarak bulunmuştur. Minör depresyon, %9,8'lik bir oranla daha yaygındır. Klinik olarak ilişkili depresif semptomların yaygınlığı yaşlı erişkinlerde %13,5 olarak tahmin edilmektedir. ECA' da kurum dışında yaşayan yaşlı eriksinler arasında herhangi bir anksiyete bozukluğunun bir aylık yaygınlığı %5,5 iken, yaşlı kadınlarda %6,8, yaşlı erkeklerde %3,6 olarak bulunmuştur. Yaşlı erişkinlerdeki anksiyete belirtilerinin yaygınlığı anksiyete bozukluklarının yaygınlığından daha yüksektir. Yaşlı erkeklerin yaklaşık %17'si ve yaşlı kadınların %21'i, anksiyete bozukluğu açısından DSM kriterlerini karşılamayan, fakat klinik olarak anlamlı anksiyete belirtileri bildirmektedirler. ECA çalışmalarında, kurumda yaşamayan 65 yaş ve üzeri erişkinlerde şizofreninin bir aylık yaygınlığı %0,1 idi, yaygınlık yaşlı erişkin kadın ve erkeklerde eşit bulunmuştur. ECA araştırmalarında, 65 yaş ve üzeri erişkinlerde, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığın bir aylık yaygınlığı %0,9 olarak saptanmıştır. Yaygınlık yaşlı erkeklerde %1,8, yaşlı kadınlarda %0,3 olarak bulunmuştur. Özkıym oranları yaşla birlikte artar, en yüksek oran 75 yaş ve üzeridekilerde görülür. 2001'de Amerika Birleşik Devletlerinde özkıyma bağılı ölüm oranları 85 yaş ve üzeridekilerde 100.000 kişi başına 17,5, 75-84 yaş grubunda ise 17,4 olarak bulunmuştur. Yaşlı erişkinler arasındaki intihar düşüncelerinin yaygınlığı yaklaşık olarak %1'dir. Bununla birlikte yaşlı erişkinler, gençlere göre daha çok plan hazırlarlar ve eylem için daha fazla hazırlık yaparlar, aynı zamanda daha şiddetli yöntemler kullanabilirler. Yaşlı erişkinler ayrıca intihar girişimlerinde daha başarılıdır. Yaşlı erişkinler arasında, intihar, major ve minor depresyon, madde kullanım bozukluğu, psikotik bozukluk ve anksiyete bozukluğu gibi bir kaç bozuklukla ilişkilidir. Tamamlanmış intiharlar, daha şiddetli depresif hastalık, fiziksel hastalık, işlevsel kısıtlanmalar ve antidepresanlar, anksiyolitikler ve narkotik ajanlar gibi reçeteli ilaçların kullanımıyla ilişkilidir (35).

ECA'yı izleyen ve benzer yöntemler kullanan Edmonton çalışmasının bulguları da bunlarla uyumlu idi. Bazı geriatrik psikiyatristler ECA çalışmalarının yaşlı erişkinlerdeki psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını olduğundan düşük tahmin ettiğini, ciddi psikopatolojik belirtileri olan yaşlı erişkinlerin gerçek yaygınlığının %19,6'ya yakın olduğunu öne sürmektedir. Daha güncel çalışmalar, 60 yaş ve

üzerindeki kişilerde psikiyatrik bozukluklar ve ilgili alt klinik formlarının yaygınlığı ve risk faktörleri açısından değişken yaygınlık tahminleri yayımlasalar da yaşlı erişkinlerdeki psikiyatrik hastalıkların büyüklüğünün önemli bir halk sağlığı problemi oluşturduğu sonucuna varmışlardır. Yaşamın ileri dönemlerindeki psikiyatrik bozuklukların bildirilen yaygınlığı (ve insidansı), olgu tanımlaması, örnekleme problemleri, potansiyel yanlılıklar ve kohort etkileri gibi bir dizi faktörden etkilenebilir (21,35).

## **2.2 Yaşlılıkta Psikiyatrik Hastalıkların Görünümleri ve Şiddet İlişkisi**

### **2.2.1 Demans**

Demans açık bilinçlilik halinde, yani deliryum yokluğunda, bilişsel işlevlerin progresif olarak bozulması şeklinde tanımlanmaktadır. Bellek yetersizliği ile birlikte lisan, praksi, gnozi ve yürütücü işlevlerin bozulmasını içeren kanıtlardan en az biri olduğunda demans tanısı konabilir (34).

65 yaş ve üzeri kişilerdeki genel demans yaygınlığı tahminleri araştırma çalışmasında demansın nasıl tanımlandığına ve örnekleminin yapıldığı popülasyona bağlı olarak yaklaşık %1 ile %20 arasında değişmektedir. Epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen şiddetli demans yaygınlığı, hafif ve şiddetli formların kombine olarak değerlendirildiği çalışmalara göre daha düşüktür ve %1 ile %7 arasında değişmektedir. Yaşlı erişkinlerde en sık görülen demans alt tipi Alzheimer Hastalığıdır (36).

Bir klinisyenin yaşlı kişide ilk ayırt etmesi gereken mevcut bilişsel bozukluğun nedeninin geri dönüşümlü olup olmadığıdır. Geri dönüşümlü bilişsel bozukluk nedenleri aşağıda sıralanmıştır:

- ✓ Depresyon ve anksiyete bozuklukları
- ✓ Endokrin bozukluklar: Tiroid ve paratiroid hastalıkları, adrenal hastalıklar, hipofiz hastalıkları
- ✓ Enfeksiyonlar: kazanılmış immun yetmezlik sendromu, ansefalitler, leptomenenjit, nörosifiliz, progresif multifokal lökoensefalit

✓ Nörolojik bozukluklar: Alzheimer hastalığı, amiotrofik lateral skleroz, serebellar ve spinoserebellar dejenerasyon, Huntington koresi, Lewy cisimcikli demans, multipl sistem atrofi, normal basınçlı hidrocefali, olivopontoserebellar dejenerasyon, Parkinson hastalığı, Pick hastalığı, progresif subkortikal gliozis, progresif supranukleer palsi

✓ Beslenme bozuklukları: folat eksikliği, pellegra, pernisiyöz anemi, tiyamin eksikliği

✓ Yer kaplayan lezyonlar: beyin tümörü, kronik subdural hematoma, obstrüktif hidrocefali

✓ Sistemik bozukluklar: anemi, paraneoplastik demans, hipoksi veya hiperkarbi ile giden pulmoner hastalıklar

✓ Vasküler bozukluklar: hipertansiyon, ateroskleroz, tekrarlanmış serebral iskemi veya hipoksi epizodları, vaskülit

✓ İlaçlar: antikolinerjik, antihistaminerjik, kortikosteroid, antihipertansif, dijitaller, opiatlar

✓ Diğer kimyasallar: karbon disülfid, karbon monoksit, kurşun, manganez, cıva

Bazı tıbbi durumlar tespit edilip tedavi edilirse bilişsel bozukluk düzelir. Fakat bazı etiyolojiler için demans şu anda geçerli olan yaklaşımlarla kronik, ilerleyici ve geri dönüşümsüz olmaktadır. Bu hastalarda belirtiye yönelik tedaviler, psikiyatrik belirtilerin kontrolü ve yaşam ve bakım kalitesini artırıcı yaklaşımlar gerekir (11, 37).

Frontotemporal demans, bir grup hastalıkta ortak olan beynin frontal ve temporal loblarının göreceli olarak fokal dejenerasyonunu tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Disinhibisyonlu ilerleyici kişilik değişikliği, stereotipik davranış, apati, dilin fonolojik ve sintaktik öğelerinde bozulmalarla ortaya çıkan ilerleyici afazi ana belirtilerdir (11).

Davranış bozukluğu ya da ajitasyon, demanslı hastaların psikiyatrik tedavi görmesinin yaygın bir nedenidir. Davranış bozuklukları toplum içinde yaşayan demanslı hastaların %50'sinde, huzurevlerinde yaşayanların ise %70-90'ında

görülür. Demansta çoğunlukla ileri evrelerde oluşan davranış bozuklukları; fiziksel agresyon, kavgacılık, tehditkâr davranışlar, sürekli ya da aralıklı psikomotor hiperaktivite, çabuk öfkelenme, uyku bozuklukları, bakıma direnme ve psikotik belirtilere kadar çeşitlilik gösterebilir.

Bakıma direnme, sözel patlamalar ve fiziksel agresyon, agresiflik niteliğindeki davranışsal bozukluğa örneklerdir. Bu belirtiler, belirli aktiviteleri artık yapamama veya aktivitenin amacını artık anlayamama nedeniyle ortaya çıkabilir. Orta ve şiddetli Alzheimer hastalığı olan hastaların yaklaşık %25'inde agresif davranış oldukça yaygındır. Demansta hezeyanların yaygınlığı yaklaşık %19'dur ve varsanılar olguların yaklaşık %14'ünde vardır. Sanrıların %40'ı paranoid yapıdadır (örneğin eş, bakıcı ya da diğerlerinin bir şeyler çaldığından şüphelenme). Hezeyanları olan hastaların %25'i evleri ya da çevresindeki kişiler konusunda şüphelidir. Bu belirtiler, yanlış hatırlama ya da yanlış anlamalardan ayırt edilmelidir (10,36).

Scarmeas ve arkadaşları, yıkıcı davranış belirtilerini Alzheimer hastalığı olan kişilerin herhangi bir değerlendirmeleri sırasında %83 olarak bildirmiştir. Bu çalışmada bilişsel gerileme ile yıkıcı davranış riskinin arttığı vurgulanmaktadır (38).

Birçok çalışmada adli psikiyatriye başvuran suç işlemiş yaşlıların en sık demans tanısı aldıkları saptanmıştır (1,15,17). Temel olarak bozulmuş muhakeme, uygunsuz sosyal davranışlar, huzursuzluk, ani öfke, güvensizlik ve paranoid fikirler gibi belirtiler organik beyin hastalığında suç davranışına katkıda bulunabilir. Frontotemporal demansta suç davranışı Alzheimer Hastalığından daha yaygındır. Aşağıdaki klinik özellikler saldırganlık riskini arttırabilir (39):

1. Kişilik değişikliği, disinhibisyona yatkınlık ve antisosyal davranışları içeren frontal lob disfonksiyonu bulguları;
2. Alkol kullanımı, ilaç toksisitesi, komorbid fiziksel ya da psikiyatrik hastalık varlığı;
3. Paranoid belirtiler;
4. Hastanın ortamındaki ani değişiklikler;
5. Başkalarıyla çatışma;



6. Geri dönüşümsüz demans süreci içinde daha önce saldırganlık öyküsü olması

### 2.2.2 Psikotik Bozukluklar

Yaşlılardaki psikotik bozukluklar tek başına görülebildikleri gibi Alzheimer tipi demans, alkol kullanım bozukluğu, depresif bozukluk, bipolar bozukluk gibi durumlarla birlikte olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Yaşlılarda pek çok genel tıbbi durumun halüsinasyon ve hezeyanlara yol açabileceği bilinmektedir. Plotkin yaşlı hastalarda hezeyanların en çok görüldüğü tıbbi durumların özellikle temporal lob ve limbik yapıların etkilendiği, inme ya da travma sonucunda oluşmuş beyin lezyonları olduğunu ileri sürmüştür. Pearlson ise demansa yol açması gerekmeyen multipl infarktların geç başlangıçlı şizofrenide görüldüğünü ileri sürmüştür. Bu sendromun genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk mu yoksa geç başlangıçlı şizofreni mi olduğu eldeki verilerle açıklanamamaktadır(11,40).

Yapılan bir çalışmada bir geropsikiyatri ünitesine başvuran 1700 hastanın %10'u geç başlangıçlı psikotik belirtilerle başvurmuştur ve bunların %40'ı demansa ikincil olarak ortaya çıkmıştır. Alzheimer demanslı hastalarda yeni başlayan psikotik belirti prevalansı ilk yıl için %20, 3. yılda %50 bulunmuştur(29). Demansla birlikte olan psikozlarda daha ciddi bilişsel yıkım, ilaca direnç ve daha fazla yan etki görülmektedir. Önemli bir diğer konu da genç yaşta psikotik bozuklukları başlamış kişilerin yaşlanması ve ileri yıkım ile yaşlılık yıllarına gelmesidir. Yaşlanma ile şizofrenilerde kısmi remisyonun ortaya çıkabileceği de belirtilmiştir. Yaşlanan şizofrenlerde bilişsel yıkımda bir ilerleme olmadığı ileri sürülmüştür. Öte yandan 'şizofrenik tükenme' kavramı ortaya atılmış ve 7. dekattan sonra pozitif belirtilerin bittiği ve sadece negatif belirtilerin hâkim olduğu bir tablonun kaldığı ileri sürülmüştür (37,41,42).

Şizofrenide şiddet; paranoid hezeyanlar sonucu, emir veren işitsel varsanılara yanıt olarak ya da edilgenlik deneyimlerine ikincil olarak ortaya çıkabilir (43). Şiddet, hezeyanlı bir düşünce üzerinde yoğunlaştığında aniden ve dürtüsel olarak da eyleme dökülebilir (44). Şizofreninin katatonik ve dezorganize tiplerindeki

şiddet psikotik dezorganizasyondan ve ileri derecede ajitasyon ya da eksitasyondan ileri gelmektedir ve çoğunlukla plansız, belirli hedef gözetmeksizin olmakta ve daha az tehlikeli olmaktadır(45,46). Paranoid bozukluğu olan hastalar ise yanlış olarak inandığı hakları için şiddet davranışında bulunabilirler. Yaşlılık psikozlarında hezeyanlar genellikle sistematizedir ve gençlere göre tedaviden daha az yararlanırlar. Sistemli, kalıcı kıskançlık ve kötülük görme hezeyanları sıklıkla ciddi şiddet davranışı ile sonuçlanabilir(46). Yapılan araştırmalarda adli psikiyatriye başvuranların suç işlemiş yaşlılarda psikotik bozuklukların oranı %20-30 arasında değişmektedir (1,2,12)

### **2.2.3 Bipolar Duygudurum Bozuklukları**

Genellikle yetişkinlik döneminde görülen bir hastalıktır. İlk atağın 65 yaş üzerinde görülmesi klinisyen için uyarıcı olmalı ve organik bir sebep olup olmadığı mutlaka araştırılmalıdır. İkincil mani ile ilişkili tıbbi ve nörolojik durumlar şunlardır (11):

- ❖ İlaçlar: Amfetaminler, anabolik steroidler, kortikosteroidler, ACE inhibitörleri, antidepresanlar, antiepileptikler, baklofen, benzodiazepinler, bromid, klorokin, klaritromisin, kokain, siklobenzaprin, dopamin agonistleri, H2 blokerleri, hidralazin, iproniazid, izoniazid, levodopa, metoklopramid, metrizamid, fensiklidin, prosiklidin, propafenon, selejilin, tiroksin, yohimbin
- ❖ Metabolik bozukluklar: hemodializ, postoperatif dönem, üremi, hipertiroidizm, pellegra, karsinoid sendrom, hiperbarik basınç odası kullanımı, siyanokobalamin eksikliği
- ❖ Enfeksiyon hastalıkları: influenza, ensefalit, HIV, kriptokok menenjit
- ❖ Neoplaziler: diensefalik gliom, parasagital menenjiom, suprasellar diensefalik tümör, sfeno-okspital tümör, sağ inferior temporal lob gliomu, bilateral orbitofrontal menenjiom, medyal frontal tümör, hipotalamik tümör
- ❖ Vasküler lezyonlar: sağ kaudat nükleus başı, talamus, sağ dorsolateral frontal korteks, sağ basotemporal korteks, inferior temporal lob,

- ❖ Kapalı kafa travması: temporal bazal polar lezyonlar, sağ orbitofrontal ak madde
- ❖ Epileptik bozukluklar: sağ temporal odak
- ❖ Diğer nörolojik nedenler: multipl skleroz, Pick hastalığı, Klinefelter sendromu, genel parezi, Kleine-Levin sendromu, talamotomi, Huntington hastalığı, Wilson hastalığı

Yaşlıda iki uçlu hastalık en çok manik ve depresif belirtilerin aynı anda ortaya çıkması şeklinde olur. Yaşlı maniklerin disfori ve belirtilerin inkârı şeklinde atipik bir şekilde geldiklerini, klinik görünümün genç ve orta yaştaki erişkinlere göre daha farklı olduğunu bildirmiştir. Öfori ve elevasyon yaşlıda daha az görülmektedir. Yaşlıdaki manide daha tipik olarak konfüzyon, paranoya, iritabilite, disfori ve distraktibilite bulunmaktadır. Hastalığın seyri, epizodlar arası süre yaşlı ve gençte farklıdır. Ara periyot yaşlıda belirgin olarak uzundur. Yaşlı hastalarda mani ayırıcı tanısı gençlerden çok daha zordur. Belirtiler deliryum, ajite depresyon ve ajite demans ile sıklıkla çakışır (37).

Özellikle manik epizotlarda ani ve ciddi şiddet ortaya çıkabilir(46). Manik ya da karma epizoddaki hastalar çok küçük provokasyonlara yanıt olarak şiddet davranışı sergileyebilirler(43).

#### **2.2.4 Alkol ve madde ile ilişkili bozukluklar:**

Yaşlılarda sağlık sorunlarının artmasının alkol tüketimini azalttığı, ancak bu sağlık sorunlarının alkolle ilgili sorunlarını daha riskli hale getirdiği gösterilmiştir. Yaşlı alkol bağımlılarında demans ölçütlerini karşılayacak kadar ciddi bilişsel bozukluk sık görülmektedir(11).

Alkol dışındaki maddelerin kötüye kullanımı ve bağımlılığı yaşlılarda oldukça nadir görülmektedir(11).

Alkol ve madde kötüye kullanımının tek başına ya da başka bir bozukluğa komorbid olduğu durumlarda şiddet davranışı riski belirgin olarak artırmaktadır (47). Alkol intoksikasyonu, bırakma sonrası ve delirium'da şiddet görülebilir. Şiddet davranışı, sıklıkla disinhibisyon (özellikle intoksikasyonun erken fazı), emosyonel

labilite ve muhakeme yetersizliği sonucu gelişmektedir (46). Yaşlılarda birden fazla suç öyküsünün alkol ve madde kullanımıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Suç işlemiş yaşlılarda yapılan çalışmalarda alkol ve madde ile ilişkili bozuklukların oranı %7-67 arasında değişkenlik göstermektedir (1,2,5). Adam öldürme suçu işleyen yaşlı olguların %44'ünün olay sırasında alkol etkisinde olduğu saptanmıştır (4).

### **3. YAŞLI BİREYLERDE SUÇ DAVRANIŞI**

Suç işlemiş yaşlılar yargı sisteminde küçük bir azınlığı oluşturur. Wilbanks ve arkadaşları ABD'de, Roth İngiltere'de 60 yaş altındaki yetişkinlerin 60 yaş üstündekilere oranla 12 ile 18 kat daha fazla tutuklandığını, fakat tüm suç türleri için yaşlıların suç işleme hızının arttığını bildirmişlerdir. Yapılan çalışmalarda suç işlemiş yaşlı kişilerde psikiyatrik morbiditenin yüksek olduğu ve cezaevlerindeki yaşlı kişilerin sayısında artış olduğu vurgulanmaktadır(6). Yargı sisteminde ve çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalar, yaşlılarda psikiyatrik hastalıkların genel toplumdan daha yüksek sıklıkta olduğunu göstermektedir. Örneğin 60 yaş ve üstü tutukluların yarısından fazlasının psikiyatrik hastalığı olduğu gösterilmiştir (48). Ayrıca cezaevlerindeki yaşlı sayısı giderek artmaktadır. İngiltere ve Galler'de 1986'da cezaevine giren kişilerin %0,8'i 60 yaş ve üstünde iken, 1996'da bu oran 1,7'ye yükselmiştir. Demografik yapının değişmesi bunun nedenlerinden biridir. İkinci olarak yaşlının pozitif ayrımcılığı azaldığında kayıt altına alınan suçların artması beklenir. Yaşlılar suç davranışını engelleyen eski geleneklerden kurtulan yeni bir kriminal grup da olabilirler. Bir yandan genç suçlular da yaşlanmaktadır. Kişiler yaşlandıklarında fiziksel rahatsızlıkları suç özelliklerini etkilemekte, suç türleri değişmektedir(6).

Araştırmalarda polisin ve mahkemelerin suç işlemiş yaşlılara, gençlere kıyasla daha merhametli ve hoşgörölü davranmaya eğilimli oldukları gösterilmiştir. Pennsylvania eyaletinde hüküm komisyonunun verileriyle yapılmış çalışmada, suç işleyen yaşlıların ve kadınların suçun şiddet derecesi ve önceki suç öyküsü de göz önünde bulundurulduğunda daha az cezaevine girdikleri ve daha kısa süreli cezalar aldıkları saptanmıştır. Ayrıca bu gruplarda suçun şiddet derecesi ve önceki

suç öyküsünün de az olduğu bildirilmiştir. Buna rağmen bu değişkenler bilindiği halde hem yaş hem de cinsiyetin avantajı sürmektedir (49).

Yaşlılar tarafından işlenen suçların çoğunluğu küçük hırsızlık suçlarıdır. 60 yaş ve üstünde suç işlemiş erkeklerin %22'sinin, kadınların %57'sinin hırsızlık suçu işlediği saptanmıştır(49). Mağazadan mal aşırma, yaşlıların suçları arasında en çok araştırılmış olandır. Feinberg, yaşlı aşırıların gereksiz fakat lüks eşyaları çaldıklarını, bilişsel bozukluğu olan yaşlı davranışına uymayacak şekilde bir çok yaşlının birden fazla eşya çaldığını öne sürmüştür. Farklı şekilde Cullen ve ark., lüks eşyalardan çok düşük değeri olan eşyaların çalındığını belirtmiştir. Küçük hırsızlıklar yapan yaşlıların çoğunun bilişsel yetersizliğinin olmadığı gösterilmiştir. Kanıtlar küçük hırsızlık suçlarını demanslı yaşlı kadınların işlediği görüşünü çürütmektedir(6).

Yaşlı popülasyonda şiddet söz konusu olduğunda, yaşlı kişilerin daha çok saldırının mağduru olduğu düşünülür. Ancak istatistiklere göre yaşlı kişilerin şiddetin uygulayıcısı olduğu durumların sayısının hiç de az olmadığını görmek şaşırtıcıdır. Diğer kişilere zarar vermek için saldırıda bulunanların sayısı az değildir. Bu yaşlı kişilerin çoğunluğu suç aleti olarak ateşli silah veya bıçak kullanmaktadır. Klinik çalışmalarda, adli psikiyatri birimlerine yönlendirilen suç işlemiş yaşlılarda insana yönelik ciddi şiddet suçu oranı cezaevi çalışmalarından daha yüksek bulunmaktadır. Bu klinik çalışmalarda Rayel, örneklem grubunun %77'sinin, Rosner ve arkadaşları %83'ünün saldırı, etkili eylem, mala zarar verme, tehdit, adam öldürme gibi şiddet suçu işlediğini saptamıştır. Ülkemizde ise Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi'ne gönderilen yaşlı suçluların %60' ının adam öldürme suçu işlediği, en sık kullanılan suç aletinin ateşli silahlar olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmaların tümünde kronik alkol kullanımının, duygudurum, psikotik bozukluklar veya organik bozukluklar ile birlikte olduğunda şiddete neden olabileceği, en tehlikeli yaşlı hastalarda paranoid hezeyanların, varsanıların ya da her ikisinin de olduğu belirtilmiştir (14,16,17).

Petrie ve arkadaşları şiddet davranışı nedeniyle geriatrik psikiyatri ünitesine yatırılan yaşlıların çoğunluğunda organik bozukluk olmaksızın, paranoid

hezeyanlar doğrultusunda, “düşmanlarına” yönelik planlanmış şiddet davranışları olduğunu belirtmekte, demanslı hastaların ise bilişsel kayıpları nedeniyle psikotik bozukluğu olan hastalara göre tehlikeliliklerinin az olduğunu vurgulamaktadır. Demanslı hastaların, paranoid hezeyanları olan kişilerin şiddet davranışından farklı olarak ani impulsif davranışları olduğu saptanmıştır. Çalışmaya alınan hastalardan, karma ya da organik beyin lezyonları (beyin tümörü, normal basınçlı hidrosefali) olanların, primer dejeneratif demansı olanlara göre daha öngörülemez ve tehlikeli davranışlar sergiledikleri belirtilmektedir(50).

1970-1985 yılları arasında ABD’de yargı sistemi kayıtları ile yapılan araştırmada, mazur görülemez bir şekilde adam öldürme suçu işleyen 60 yaş üstü 179 olgu incelenmiş, suçlu ile kurban arasında karakteristik olarak eş, akraba ya da tanışıklık ilişkisi olduğu, sadece %11’inde kurbanın yabancı olduğu saptanmıştır. Öldürme suçlarının %74’ü evde, %81’i bir kavga sonucunda gerçekleşmiştir. Adam öldürme suçu işleyen yaşlı olguların %44’ünün olay sırasında alkol etkisinde olduğu saptanmıştır. %86’sında ateşli silah, %11’inde kesici alet kullanılmıştır. Olguların 4’ünün suç tarihinde psikiyatrik tedavi gördüğü, 7’sinin hayatının daha erken dönemlerinde psikiyatrik tedavi öykülerinin olduğu saptanmıştır. Adam öldürme suçu işleyen yaşlı olguların %9’unun suç sonrasında ölümle sonuçlanan intihar girişimlerinin olduğu saptanmıştır(4).

60 yaş üstündeki erkeklerin en sık cinsel suçlar nedeniyle hüküm giydiği, bunların çoğunluğunu küçük cinsel suçların oluşturduğu saptanmıştır (49). Tomar ve arkadaşları yaşlı adli psikiyatrik olguların %47’sinin cinsel suç işlediğini, olguların yarıdan fazlasında hedefin birden fazla olduğunu, çoğunlukla 16 yaşından küçük, %73’ünde tanıdık, %43’ünde akraba olduğunu bildirmiştir. Çalışmada, örneklem grubunda psikiyatrik tanı saptanmayan %31 olgudan çoğunun cinsel suç işlediği belirtilmektedir (12). Fazel ve Grann adli psikiyatrik değerlendirmesi yapılan bütün yaş gruplarında cinsel suç oranını %11,9, 60 yaş üstünde %25,7, 65 yaş üstünde ise %32 olarak saptamıştır (2). Lewis ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %9,1 olarak bildirilmektedir(1). Türkiye’de ise Saygılı ve Kökrek Adli Tıp Kurumu’na gönderilen suç işlemiş yaşlılarda cinsel suç oranını %5 olarak

saptamışlardır(17). Çalışmalarda bu oranlara rağmen yaşlıların gençlerden daha fazla cinsel suç işlemediği vurgulanmaktadır. 15-24 yaşları arasında suç işleyen genç erkekler de en sık cinsel suç işlemekte, ilerleyen yaşla birlikte cinsel suçlar, şiddet suçları kadar azalmamaktadır. Yaşlılık psikiyatrisi çocuk tacizi ile suçlanan yaşlı olgularda rol oynamaktadır. Bu “büyükbaba-torun sendromu” demansın neden olabileceği, yaşlı kişinin ani dürtüsel bir davranışdır (51).

Demansta hiperseksualiteye neden olan etkenler şunlardır (52):

- Frontal lob lezyonunun özelliği olarak cinsel disinhibisyon
- Organik beyin hastalığına bağlı disinhibisyon
- Normal görgü kurallarının unutulması
- Hezeyanlar, varsanılar
- Duyu bozuklukları
- Cinsel partnerin yokluğu
- Mahremiyetin yokluğu
- İpuçlarını yanlış anlama
- Tanıdık olmayan ortam
- Premorbid cinsel aktivite paternleri
- Duygudurum değişiklikleri

Alkol ve benzodiazepinler hem sağlıklı hem de demanslı kişilerde davranışsal ve cinsel disinhibisyon yapabilirler. L-dopa Parkinson hastalığı olan kişilerde hiperseksualiteye neden olabilir(52).

Antisosyal kişilik bozukluğu olan yaşlılar en sık cinsel suç (%81,2), dolandırıcılık (%58) ve saldırı (%49,3) suçlarını işlemektedir (53).

Suç işlemiş yaşlılar arasında cinsiyet farkına bakıldığında, cinsel suçların kadınlarda çok az görülmesi dışında suç işleyen yaşlı erkek ve yaşlı kadın arasında suç türleri açısından fark bulunamamış, ancak bütün suç türleri için kadınların erkeklere göre daha az suç işledikleri gösterilmiştir(49).

Türkiye’de cezaevine giren kişilerin yaklaşık %1’ini 65 yaş ve üstündekiler oluşturmaktadır. 2008 yılında cezaevine giren 65 yaş ve üstü kişilerin %8.4’ü adam

öldürme, %7.4'ü yaralama, %3.2'si ateşli silahlar ve bıçaklar ile ilgili suçlar, %1.9'u cinsel suçlar, %2.6'sı hırsızlık, dolandırıcılık, sahtecilik ve kaçakçılık, %37.8'i İcra İflas Kanunu'na muhalefet suçu işlemiştir(Tablo 3). 65 yaş ve üstü kişilerin %2.6'sı uyuşturucu madde imal ve ticareti suçu nedeniyle cezaevine girerken, uyuşturucu madde kullanımı ve satın alma suçu nedeniyle cezaevine giren yaşlı bulunmamaktadır. Orman suçları dışında tüm suç türleri için cezaevine girenler arasında yaşlıların oranı %0 ile %2 arasında değişmektedir. Orman suçları nedeniyle cezaevine girenlerin %5'ini yaşlılar oluşturmaktadır. Yaşlı tutuklular arasında kadınların oranı %4.4'dür(23).



**Tablo.3.**Türkiye’de 2005, 2006,2007 ve 2008 yıllarında cezaevine giren 65 yaş ve üstündeki kadın ve erkeklerde suç türlerinin dağılımı (TÜİK) (23)

| Suç Türleri                                          | 2005              |   | 2006              |    | 2007             |    | 2008              |    |
|------------------------------------------------------|-------------------|---|-------------------|----|------------------|----|-------------------|----|
|                                                      | E                 | K | E                 | K  | E                | K  | E                 | K  |
| <b>Öldürme</b>                                       | 32                | 4 | 32                | 1  | 50               | 2  | 60                | 1  |
| <b>Yaralama</b>                                      | 49                | 1 | 34                | -  | 81               | 2  | 52                | 2  |
| <b>Cinsel suçlar</b>                                 | 15                | - | 11                | -  | 7                | -  | 14                | -  |
| <b>Kişiyi hürriyetinden yoksun kılma</b>             | 1                 | - | 1                 | -  | 3                | -  | 2                 | 1  |
| <b>Hakaret</b>                                       | 11                | - | 13                | -  | 24               | 2  | 12                |    |
| <b>Hırsızlık</b>                                     | 32                | 2 | 33                | -  | 22               | 4  | 33                | 1  |
| <b>Dolandırıcılık</b>                                | 72                | - | 54                | 5  | 92               | 1  | 102               | 5  |
| <b>Uyuşturucu madde imal ve ticareti</b>             | 13                | - | 13                | 2  | 26               | -  | 17                | 2  |
| <b>Sahtecilik</b>                                    | 12                | 2 | 10                | 2  | 16               | 1  | 11                | 1  |
| <b>Kötü muamele</b>                                  | 6                 | - | 3                 | -  | 3                | 1  | 1                 | -  |
| <b>Kaçakçılık</b>                                    | 13                | 1 | 8                 | -  | 9                | -  | 11                | -  |
| <b>Trafik suçları</b>                                | 6                 | - | 2                 | -  | 7                | -  | 1                 | -  |
| <b>Orman suçları</b>                                 | 91                | - | 57                | 2  | 55               | -  | 25                | -  |
| <b>Ateşli silahlar ve bıçaklar ile ilgili suçlar</b> | 35                | 1 | 35                | -  | 19               | 2  | 23                | -  |
| <b>İcra İflas Kanunu'na muhalefet</b>                | 37                | 4 | 338               | 18 | 711              | 63 | 258               | 17 |
| <b>Diğer suçlar</b>                                  | 42                | 3 | 59                | 2  | 57               | 6  | 73                | 2  |
| <b>Toplam</b>                                        | <b>486(%0,9*)</b> |   | <b>736(%0,9*)</b> |    | <b>1267(%1*)</b> |    | <b>727(%0,9*)</b> |    |

\*Cezaevine girenler arasında 65 yaş üstündekilerin oranı belirtilmiştir.

Adli psikiyatri alanında yapılan klinik çalışmalar yaşlı tutuklularda psikiyatrik hastalık oranlarının yüksek olduğunu gösteriyor. Taylor ve Parrott 55 yaş ve üstündeki tutukluların %50'sinde aktif psikiyatrik bozukluk bulguları saptamışlardır(3). İngiltere'de güvenli adli psikiyatri birimlerine başvuran genç grupta psikiyatrik tanılar sıklıkla şizofreni ve madde kullanımına bağlı bozukluklar iken, yaşlı grupta hezeyanlı bozukluk, depresyon ve organik beyin sendromu olduğu gösterilmiştir(15). Batı Londra'da orta güvenli adli psikiyatri birime başvuran suç işlemiş yaşlıların %31'inin psikiyatrik hastalığının olmadığı, %21'inin şizofreni, %19'unun duygudurum bozukluğu, %21'inin organik bozukluk, %7'sinin kişilik bozukluğu tanısı aldığı saptanmıştır. Anlamlı fark olmasa da suç yaşı 65'in altında olanların çoğunluğunda psikiyatrik hastalık saptanmamıştır (12). İskoçya'da yapılan bir çalışmada 55 yaş üstü adli başvuruların %45'inde psikiyatrik bozukluk saptanmamış, %20'sinde alkol bağımlılığı, %11.4'ünde bipolar bozukluk, %11.4'ünde şizofreni, %8.6'sında organik psikiyatrik bozukluk, %5.7'sinde kişilik bozukluğu, %2.9'unda depresyon olduğu, %68'sinin daha önce psikiyatriye başvurduğu, %54'ünün psikiyatri servislerinde yatırıldığı, değerlendirmeleri sırasında %54'ünde aktif tıbbi hastalık saptandığı, %20'sinin birden çok tıbbi hastalığı olduğu belirtilmiştir (5). ABD'de 1995-1997 yılları arasında yüksek güvenli adli psikiyatri hastanesinde yapılan çalışmada yaşlı kişilerde sıklıkla psikotik bozukluğun şiddetle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada örneklem grubunun %86'sının alkol kötüye kullanımı öyküsünün olması ve %73'ü orduda çalışmış olması dikkati çekmektedir(16). Mcleod ve arkadaşları, depresyon oranının genel toplumdan düşük olmasının depresyonun suç işleme motivasyonunu azaltabileceği ya da suç işlemiş yaşlılarda depresyonun farkedilemeyebileceği gibi olası açıklamalarının olduğunu belirtmektedir(5).

Yaşlılardaki şiddet davranışı psikiyatrik hastalıklar dışında psikososyal teorilerle de açıklanmaya çalışılmıştır. "Geri çekilme" (Disengagement) teorisine göre özellikle erkeklerin emeklilikten sonra giderek artan ev dışı aktivitelerden ve insanlardan uzaklaşması, işe yaramazlık ve kabul görmeme duyguları ile sonuçlanır. Yaşlı eş ya da arkadaşlarla daha fazla zaman geçirmeleriyle

aralarındaki gerilim artar. Eşin uzamış hastalığı, ölümü ya da yetersizliği, emeklilik, çocukların desteğinin olmaması ve maddi zorluklar yaşlı kişilerin toplumdan daha fazla izole olmalarına neden olabilir. Emeklilik zoraki olduğunda “geri çekilme” ile ilgili sorunlar akut olarak ortaya çıkar. “Stres” teorisine göre ise yüksek düzeyde strese karşı savunma yetersiz kaldığında şiddet ortaya çıkabilir. Tolere edilemeyen stres düzeyine tek bir travma ya da birçok kaynaktan biriken baskı neden olabilir. Yaşlı kişi için bu baskılar eşin uzamış hastalığı, ödenemeyen tıbbi masraflar, ağrı, gelecek korkusu hatta açlığı bile içerebilir. Ek olarak, geniş bir arkadaş ve tanışıklık halkasından uzaklaşma yaşlı çifti ya da birlikte yaşayan yaşlı kişileri duygusal destek için birbirlerine daha bağımlı hale getirir. Bu sıklıkla stresli bir ortam yaratır(4,6).

Çalışmalarda adli psikiyatri servislerine yönlendirilen yaşlıların sayısının da artmasına rağmen bunların pek azının güvenli psikiyatri servisine yatırıldığı, psikiyatri servislerinin genç hastalarla aynı riski taşıyan yaşlıları kabul etmekte gönülsüz olduğu belirtilmektedir. Yaşlı suçlular için uygun psikiyatrik imkanların olmaması, en iyi nerede gözetilebilecekleri ve nereye başvurabilecekleri çıkmazını doğurmaktadır. Suç işlemiş yaşlılar için güvenli yatak kapasitesi bulunan, cinsel suçlular için tedavi programları olan, cezaevleri, genel adli psikiyatri ve geropsikiyatri servisleri ile işbirliği içinde olan ileri yaş adli psikiyatri birimlerinin geliştirilmesi önerilmektedir. İlk aşamada ise yaşlı adli popülasyonun bakımının iyileştirilmesinde eğitim girişimlerinin ve cezaevi ya da adli servislerle geropsikiyatri işbirliğinin etkili bir yol olacağı belirtilmektedir (12,15).

Adli psikiyatri literatüründeki çalışmalar incelendiğinde suç işlemiş yaşlı kişilerle ilgili ileriye dönük izlem çalışmasına rastlanmamış, ulaşılan geriye dönük çalışmaların da olgu sayısı açısından yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Özellikle suç işlemiş yaşlı kadınlar hakkındaki bilgiler kısıtlıdır. Araştırmalar yaşlı suçluların sayısının giderek arttığını fakat adli psikiyatri birimlerine gelen yaşlı suçlularla ilgili çok az bilgi olduğunu vurgulamaktadır. Psikiyatrik hastalığı olan genç kişilerde suç işleme riskini arttırdığı bilinen etmenlerin, yaşlılar için de geçerli olup olmadığı bilinmemektedir. Örneğin; adli psikiyatri literatüründe geçmiş suç öyküsünün

şimdiki suç davranışı için risk faktörü olduğunun bildirilmesine rağmen, araştırmalarda 60 yaş üzerinde suç işleyen olgularda geçmiş suç öyküsüne nadiren rastlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda, az sayıda olmalarına karşın yaşlı suçluların daha ciddi suçlar işlediği, psikiyatrik morbiditelerinin ve klinik görünümünün gençlerden daha farklı olduğu vurgulanmaktadır. Bu çalışmada, Adli Psikiyatri Birimi'ne yatırılmış olan suç işlemiş yaşlıların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin suça etkisi araştırılacaktır.

#### **4. ADLİ PSİKİYATRİ**

##### **4.1 Suç**

Suç, bir kişinin kanun ile yapmaya mecbur olduğu şeyi yapmaması veya yapmamak zorunda olduğu şeyi yapması olarak tanımlanmaktadır (54) .

Suç sayılan davranışlar, toplumdan topluma ve zamana göre değişiklikler gösterebilir. Ayrıca değişik suçlara verilen önem de zamana ve topluma göre değişebilir. Aynı sisteme göre yönetilen değişik ülkelerde suç sayılan davranışlar ve bu suçlara verilen cezalar arasında farklar bulunmaktadır (47,55).

Bir eylemin suç sayılabilmesi için; kanun tarafından suç olarak tanımlanmış olması (tipiklik ilkesi), kişi tarafından bilerek ve isteyerek (irade/kasıt ilkesi) gerçekleştirilmesi ve bu eylem ile sonuç arasında bir nedensellik bağının (illiyet ilkesi) zorunludur(56).

Hukuk sistemi, suçun oluştuğunu üç unsurun varlığı halinde kabul eder:

**1.Maddi unsur:** Tanımlanmış suçun işlendiğine ilişkin sürecin tamamlanmış olmasıdır. Örneğin bir kişiyi öldürmeyi düşünen kişi bunun için gerekli girişimleri yapmış ya da tamamlamış değilse sadece bunu istediği ya da düşündüğü için suçlu bulunmaz.

**2.Manevi unsur:** Suç olarak tanımlanmış durumdan sorumlu görünen kişinin bilinçli olması ve zihinsel yetilerinin asgari standartlarda olması, yani küçük çocuk ya da akıl zayıflığı ya da akıl hastalığı içinde olmaması gerekir.

**3.Yasal unsur:** Suçlanan kişinin cezalandırılması istenen eylem ya da ihmalinin yasalarla suç olarak tanımlanması gerekir (54).

Suçlu yaptığı eylemin karşılığında, yargılama sonrası cezalandırılır. Cezada ölçü, suçlunun kasıt ve kusur derecesi ile işlenen suçun ağırlığıdır. Cezanın amacı, suçluyu korkutmak, uslandırmak ve yaptığı kötülükten pişmanlık duymasını sağlamaktır. Cezanın bir yararı da suç işleme eğiliminde olanlara ibret olmasıdır (54).

Küçük çocuklar ve ciddi psikiyatrik hastalığı olanların cezadan korkması ve cezalandırma ile uslanması beklenemez. Ayrıca bunlara ceza verilmesi, diğer çocuklara ve hastalara ibret vermez. Burada ceza sorumluluğu sorunu ortaya çıkmaktadır(57).

#### **4.2 Ceza Sorumluluğu**

Ceza sorumluluğu, suçun işlenişi sırasında kişinin neleri ne için yaptığını ve bu yaptıklarının sonuçlarının farkında olup olmamasını tanımlar. Kişinin toplumsallaşma sürecinde 18 yaşını bitirinceye dek toplumca yasaklanmış ya da zararlı olduğu genel kabul görmüş eylemlerin neler olduğunu, bu eylemler yapıldığında karşılığında uygulanacak yaptırımları öğrenmiş olduğu, bu eylemleri yapmama konusunda tercihler yapabildiği, kendi istenciyle dürtülerini denetleyebilecek, yasaklanmış dürtülerini durdurabilecek olgunluğa ulaştığı varsayılmıştır(54).

Geleneksel hukuk anlayışında bir kimsenin işlemiş olduğu bir suçtan dolayı sorumlu tutulabilmesi ve cezalandırılabilmesi için isnat kabiliyeti dediğimiz özelliğe sahip olması gerekir. Isnat kabiliyetinden anlaşılması gereken anlama ve bir sebebe atfetme yeteneğidir. Bazı durumlarda kişilerde bu kabiliyetin azaldığı veya mevcut olmadığı kabul edilmektedir (58). Küçük çocuklar ve ciddi psikiyatrik hastalığı olanların cezadan korkması ve cezalandırma ile uslanması beklenemez. Bu nedenle hukuk, küçük çocuklara ve akıl hastalarına verilecek cezanın bireysel ve toplumsal sonuçlarının gerçekleşmeyeceğini kabul eder(54).

Ceza hukukuna göre toplumsal bakımdan zararlı bir eylemin gerçekleşmiş olması, suç tanımı ve ceza için tek başına yeterli değildir. Bu eylemin istemli olması ve kötü niyetle yapılmış olması gerekir. Kişinin, yapılan eylemin doğası ve anlamının farkında olup olmadığı ve fiil ile ilgili olarak doğru ile yanlış arasındaki

farkı bilip bilmediği ile ilgilidir. Yapılan eylemle ilgili olarak ceza sorumluluğunda üç temel öge bulunmaktadır;

1. Suçlu zihin (mens rea - guilty mind)(kötü niyet): Bireyin hareketi yapma kastının seviyesi ya da akıl durumu
2. Hatalı davranış (actus reus – guilty act)(iradeli davranış): Suçun işlendiği esnada bireyin durumu ya da tutumu
3. Suç eylemi ile suç sırasındaki akıl sağlığı arasındaki zamansal kesişme (54)

Psikiyatrinin ceza hukukuna yardımcı olduğu nokta, suçun manevi ögesinin gerçekleşip gerçekleşmediğinin saptanması aşamasındadır. Bir kişinin yaptığı suç olan eylemden (ya da eylemsizlikten) sorumlu tutulması için kişi suçu bilerek işlemiş olmalı, yaptığıının ne tür sonuçlara yol açacağını biliyor olmalı, karşılığında ceza göreceğinden haberdar olmalı, içinden gelen dürtüleri denetim altında tutabilmelidir. Bu ruhsal yetilerden biri ya da birkaçı eksikse kişinin ceza sorumluluğu olup olmadığı yönünde tıbbi (psikiyatrik) bilirkişi görüşüne başvurulur. Bilirkişi (sağlık kurulu) kişinin burada sayılan yetilerini tamamen ortadan kaldıran ya da önemli ölçüde etkileyen bir psikiyatrik hastalığı olduğu kanısına varırsa kişiye ceza verilmez ya da bu ruhsal yetileri kısmen etkileyen bir psikiyatrik hastalığı olanlara azaltılmış cezalar verilir. (54).

#### **4.3. Psikiyatrik Hastalıklar ve Suç İlişkisi**

Literatürde 1922, 1930, 1938 ve 1945 yıllarında tutuklularda yapılan çalışmalarda akıl hastalığı olanların topluma oranla daha tehlikeli olmadığı ve daha az tutuklandığı, ancak 1959'dan sonraki 20 yılda hastaneden çıkarılan hastaların suç işleme oranlarının, toplumdaki suç işleme oranı ile eşit veya daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, daha sonraki sağlık politikaları sonucu hastaların toplum içinde tedavi edilmelerine bağlanmıştır. Psikiyatrik bozukluklarda görülen şiddet davranışı, toplumdaki şiddet davranışının artmasına paralel olarak giderek yaygınlaşmakta ve muhtemelen artmaktadır (47).

Psikiyatrik hastaların, hasta olmayan bireylerle karşılaştırıldığı bir çalışmada, şiddet davranışı sıklığı ciddi psikiyatrik hastalığı olanlarda (şizofreni,

duygudurum bozukluğu gibi) 5 kez daha yüksek saptanmıştır (57,58). Tiihonen ve arkadaşları ciddi psikiyatrik bozukluğu olan erkeklerin, herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayanlara göre 4 kez daha fazla şiddet suçu işlediklerini belirtmişlerdir(59). İsveç'te 1988-2000 yılları arasında tüm hastane başvuruları ve cinayetlerin incelendiği bir çalışmada, şiddet suçu işlemiş kişiler içinde psikiyatrik hastalığı olanların oranı yaklaşık %5 bulunmuştur (62).

İngiltere, Galler ve İskoçya'da özel evlerde (private household) yaşayan 16-74 yaş arası 8886 kişide son 5 yıl içindeki şiddet davranışlarının incelendiği bir çalışmada, bu kişilerin %12'sinin son 5 yıl içinde şiddet davranışı gösterdiği, şiddet davranışı gösteren bu grubun %66'sında bir psikiyatrik bozukluk saptandığı belirtilmiştir. Alkol-madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları, duygudurum ve anksiyete bozukluklarının şiddetle bağlantılı olduğu tespit edilmiş, psikotik bozuklukların ise bağımsız olarak şiddetle doğrudan ilişkisi saptanmamış, komorbiditenin riski arttırdığı belirtilmiştir (63).

Bu konuda yapılan çalışmaların birçoğunda daha önceki şiddet ya da suç öyküsünün gelecekteki şiddet davranışı açısından en önemli önbelirleyici olduğu belirtilmiştir (47). Ayrıca alkolizm, madde bağımlılığı ve antisosyal kişiliğin suç ile daha fazla ilişkisi olduğunu belirtilmiştir (60,64).

Psikiyatrik hastalıklarla şiddet ve suç davranışı arasında belirgin istatistikî ilişki olmasına rağmen yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumlarla karşılaştırıldığında bu ilişki hala çok yetersizdir. Psikiyatrik olan ve olmayan olgularda cinsiyet (erkek olma), iş durumu (işsizlik), düşük öğrenim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey gibi etmenlerin suç işleme riskini artırdığı yönünde pek çok yayın vardır. Psikiyatrik hastalığı olanların büyük çoğunluğunun suç işlemediği ve şiddet davranışı göstermedikleri bildirilmiştir. Zaten çoğu suç, tekrarlayıcı olarak şiddet davranışında bulunan ya da suç işleyen az sayıda insan tarafından işlenmektedir. Psikiyatrik alanda çalışanların, şiddet ile ilgili çalışmalarda psikiyatrik hastaların etiketlenmesi (stigmatizasyonu) açısından tedbirli davranmaları gerektiği üzerinde durulmuştur (65,66).

#### **4.4. Türkiye’de yasal durum:**

Kişinin yaptığı suç olan eylemden (ya da eylemsizlikten) sorumlu tutulması için;

-Suçu bilerek işlemiş olması,

-Yaptığının ne tür sonuçlara yol açacağını biliyor olması,

-Karşılığında ceza göreceğinden haberdar olması,

-İçinden gelen dürtüleri denetim altında tutuyor olması gerekmektedir. Bu ruhsal yetilerden bir ve ya birkaçı eksikse kişinin ceza sorumluluğu olup olmadığı konusunda tıbbi (psikiyatrik) görüşe başvurulur.

Kişinin burada sayılan ruhsal yetilerini tamamen ortadan kaldıran ya da önemli ölçüde etkileyen bir psikiyatrik hastalığı olduğu kararı verilirse kişiye ceza verilmez ya da bu ruhsal yetileri kısmen etkileyen bir psikiyatrik hastalığı olanlara azaltılmış ceza verilir.

T.C.K’nun 32/1. maddesine göre, suç eyleminin gerçekleştiği sırada işlediği eylemin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayacak durumda ya da bu eylemle ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğini önemli ölçüde azaltan bir akıl hastalığı olanlara ceza verilmeyeceği belirtilmiştir.

Ceza hukukunda “akıl hastalığı” terimi herhangi bir ruhsal bozukluğu değil ayırt etme gücünü etkileyen psikiyatrik bir hastalığı işaret eder. Bu terim belli bir hastalık tablosu ya da bir sınıflama kategorisi olarak ele alınmaz; bir psikiyatrik hastalığın bulunup bulunmaması, varsa ayırt etme gücünü etkileyecek derecede olup olmaması bağlamında değerlendirilir. Bu kişilerin ceza sorumluluğu olmadığı tıbbi kanaatine varılır. Genellikle kişinin yargılama sürecini ağır derecede etkileyen psikiyatrik bozukluklar (şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, duygudurum bozukluklarının manik epizod ve psikotik özellikli depresif epizodları, madde kullanımına bağlı psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi) ve orta-ağır derecede zeka gerilikleri bu madde kapsamında değerlendirilir.

T.C.K’nun 32/2 maddesine göre işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye ceza indirimi uygulanacağı hükmü bulunmaktadır. Yani ruhsal hastalığı ya da bozukluğu nedeniyle olayları tam olarak



ayırt edemeyen, anlama yeterliliğinde olmayan, eylemlerinin sonuçlarını tam olarak kavrayamayan, dürtülerini tam olarak kontrol edemeyen kişinin ceza sorumluluğunun azaldığına karar verilir. Hafif derecede zekâ geriliği, epilepsi ve diğer tıbbi nedenlere bağlı kişilik değişiklikleri, kısmi iyilik halindeki psikotik bozukluklar ya da duygudurum bozuklukları bu madde kapsamında değerlendirilebilir (54) .

T.C.K'nun 34/1 maddesine göre geçici bir nedenle ya da irade dışı alınan alkol ve ya uyuşturucu maddenin etkisiyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan ya da bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Burada geçici nedenlerle geçici bir patolojik durum nedeniyle ortaya çıkan tablolar kastedilmektedir. Ağır ateşli bir hastalık, bir zehirlenme sırasında, alkol yoksunluğunda, hipoglisemi ya da üremiye bağlı deliryumda, bir epilepsi nöbeti gibi akut bir tıbbi durum etkisinde, kendi istenci dışında alınmış alkol, uyuşturucu ya da uyarıcı madde etkisiyle işlenen suçlarda ceza sorumluluğunun etkileneceği kabul edilir.

T.C.K'nun 34/2 maddesinde ise iradi olarak alınan alkol ve uyuşturucu madde etkisinde suç işlemenin ceza sorumluluğunu etkilemediği kabul edilmiştir (54) .

Ülkemizdeki yasal düzenlemelere göre, adli psikiyatri kliniklerinin görevi sadece inceleme ile sınırlı kalmaz, eğer tedavi gerekliliği doğacaksa kişinin zorunlu klinik tedavisini (koruma ve tedavisini) ve daha sonraki takiplerini de üstlenir (67).

T.C.K'nun 57/1 maddesine göre suçun işlendiği sırada ceza sorumluluğunun olmadığı belirlenen kişilerin yüksek güvenli bir sağlık kurumunda koruma ve tedavi altına alınmaları gerektiği belirtilmişse de ülkemizde halen bu kurumlar bulunmadığından bu hastaların koruma ve tedavileri Bölge Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde yapılmaktadır.

Kısmen ceza sorumluluğu olmayan hastalar için ise cezada indirim ya da ceza süresi aynı kalmak şartıyla kısmen ya da tamamen akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri uygulanabileceği belirtilmiştir (54).

T.C.K.'nın 32. madde hükümlerine göre ceza sorumluluğu olmayan hastaların zorunlu klinik tedavi süreçleri bittikten sonra bulundukları hastanenin sağlık kurulunca haklarında ruhsal hastalık nedeniyle toplum için tehlikeliliklerinin önemli ölçüde azaldığı ya da ortadan kalktığına dair rapor düzenlenir ve ilgili ceza mahkemesine kurul raporu gönderilir.

Mahkemesince T.C.K.'nın 57/2. maddesi'ne karar verilen ve hastaneden çıkarılan hasta, kararda belirtilen yıl süresince ve belirtilen ay aralıklarla (genellikle kontrol süreleri 5 ila 20 yıl arasında, aralıklar ise 3 veya 6 ay olmaktadır) yaşadığı yere en yakın psikiyatri kliniği bulunan resmi kurumda tıbbi kontrol muayenelerine tabi tutulur. Bu muayenelerin takibi, kişinin yaşadığı yerdeki Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yürütülür. İlgili Cumhuriyet Başsavcılığı kişiyi tıbbi kontrol muayenelerine gönderir. Bu muayeneler psikiyatri uzmanı ve sağlık kurulu bulunan

-Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde,

-Devlet Hastanesinde,

-Üniversite Hastanesinde yapılır.

Yapılan psikiyatrik kontrol muayenesi ve değerlendirilmesi sonucunda sağlık kurulu raporu düzenlenir. Kurul raporu, ilgili Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilir.

Eğer tıbbi kontrol muayenesi sonucunda suç tarihinde mevcut olan akıl hastalığının nüksetmiş olduğu tespit edilirse tekrar Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine yatırılarak muhafaza ve tedavi altına alınır ve ilgili Cumhuriyet Başsavcılığına bilgi verilir.

Hastalığı nükseden hasta yaşadığı ilin bağlı olduğu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine yatırılır ve Cumhuriyet Başsavcılığına bilgi verilerek, ilgili ceza mahkemesince tekrar koruma ve tedavi kararı alınması talep edilir (47,68).

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Örnekleme

Ocak 2004- Aralık 2009 arasında hastanemiz adli birimine yatırılmış 60 yaş ve üstünde olan 235 hasta yatış dosyası incelenmiştir. Bu kayıtlardan 36'sının aynı kişilerin mükerrer yatışları olduğu saptanmıştır. 28 dosya eksik bilgi nedeniyle, 34 kişinin vesayet gibi suç dışı nedenlerle gözleminin yapılmış olması nedeniyle ve 30 kişinin halen 60 yaş ve üstünde olup ancak, suç işleme yaşının 60'ın altında olması nedeniyle çalışma dışında bırakılmıştır. Bir ceza davası nedeniyle gözlem, koruma ve tedavi, ya da tedavi amacıyla hastanemiz Adli Psikiyatri Birimi'nde yatırılmış olan 60 yaş ve üstündeki 107 olgu araştırmamıza dahil edilerek tıbbi kayıtları ve yatış dosyaları sosyodemografik özellikler, tanı, tedavi, suç şiddeti ve suç özellikleri açısından geriye dönük olarak incelenmiştir.

### Çalışmada Kullanılan Gereçler:

#### 1-Bilgi Toplama Formu:

Çalışmaya alınan olguların sosyodemografik verilerini, adli verilerini ve hastalıkla ilgili verilerini içeren 3 ana bölümden ve 52 maddeden oluşan yarı yapılandırılmış veri formu kullanılmıştır.

- Sosyodemografik veriler: Olguların cinsiyeti, öğrenim süresi, medeni durumu, kiminle yaşadığı, mesleği, çalışma düzeni, geliri ve sosyal güvenceleri gibi sosyodemografik bilgilerini içeren bölümdür.
- Adli veriler: Suçun türü, şiddet derecesi, hedefi, işlendiği yer, suç aleti, suç sırasında kiminle yaşadığı, bu suça yönelik ceza sorumluluğu gibi 60 yaş ve üstünde işlenmiş olan suçun özelliklerinin yanında suç sayısı, ilk suç işleme yaşı, en ağır suçunun türü, şiddet derecesi, hedefini de içermektedir. Olguların bir kısmında araştırmaya dahil edilmelerine neden olan suçları dışında geçmiş suç öyküleri de olduğundan, yaşlanmanın ve ileri yaşlarda gelişen psikiyatrik bozuklukların suç özellikleri üzerindeki etkisini belirlemek için kişilerin geçmiş suç davranışları da bu bölümde incelenmiştir.

Geçmişte şiddet davranışının suç işlemede önemli bir risk etmeni olduğu bilindiğinden kişilerin en ağır suçları değerlendirmeye alınmıştır.

- Hastalıkla ilgili veriler: Hastalık tanısı, başlangıç yaşı, süresi, hastanede yatış sayısı ve süresi, intihar girişimleri, alkol-madde kullanım özellikleri, aile öyküsü, psikiyatri dışı hastalık öyküsü, tedavide kullanılan ilaçlar ve tedavi uyumunu içeren bölümdür.

## **2-Suç Şiddet Derecelendirme Skalası:**

Suçta ait şiddet davranışının derecelendirilmesinde Taylor'ın 1985'te geliştirdiği 5 maddeden oluşan Suç Şiddet Derecelendirme Skalası kullanılmıştır. Suç şiddeti şu şekilde derecelendirilmiştir (99).

- 0.Şiddet dışı,
- 1.Minimal şiddet,
- 2.Orta derecede şiddet,
- 3.Orta derecede ciddi şiddet,
- 4.Ciddi derecede şiddet.

60 yaş ve üstünde suç işlemiş olan 107 olgunun sosyodemografik, adli ve psikiyatrik hastalıkla ilgili özellikleri belirlendikten sonra örneklem grubu suç sayısı, suç hedefi, suç şiddet derecesi ve suç sırasında yaşadıkları ortama göre alt gruplara ayrıldı.

- Suç sayısı bir ve birden fazla olan kişilerin karşılaştırılması ile örneklem grubunda araştırılan özelliklerin mükerrer suç işlemedeki etkisini incelemek ve olguların geçmiş suç öykülerinin 60 yaş ve üstünde işlenen suçun özellikleri ile ilişkili olup olmadığını belirlemek,
- Aile bireylerine ve yabancı bireylere karşı suç işleyen kişilerin karşılaştırılması ile bireye yönelik suç işleyen yaşlı olguların hedef seçiminde hangi özelliklerin etkisi olduğunu belirlemek,

- Suç sırasında yalnız yaşayan ve ailesi ile beraber yaşayan kişilerin karşılaştırılması ile aile desteğinin yaşlı bireylerde suç davranışı üzerindeki etkisini belirlemek,
- Örneklem grubu Taylor'ın Suç Şiddet Derecelendirme Skalası'na göre 0 puan alan şiddet dışı (ŞD), 1 ya da 2 puan alan hafif-orta şiddet (HOŞ) ve 3 ya da 4 puan alan ciddi şiddet (CŞ) alt gruplarına ayrılmıştır. Bu gruplar karşılaştırılarak yaşlı bireylerde araştırılan faktörlerin suçun şiddetini etkileyip etkilemediğini belirlemek amaçlanmıştır.

#### **İstatistiksel Değerlendirme:**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için Mac için SPSS 18.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (Ortalama, Standart Sapma, Frekans), niteliksel verilerin karşılaştırılmasında dört gözlü düzende ve çok gözlü düzende Ki-Kare testi, gereken durumlarda Fisher's exact test kullanıldı. Nicel ölçümlerin karşılaştırılması öncesinde Kolmogorov Smirnov testi ile dağılım özellikleri incelendi ve parametrik dağılım gösterdikleri görüldü. İki grup arasında nicel ölçümlerin karşılaştırılmasında Student t test, ikiden fazla grupta nicel ölçümlerin karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Tek yönlü varyans analizi sonrasında anlamlılığın kaynağını belirlemek için varyans dağılımı homojen olmadığı için post hoc Games-Howell analizi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

## BULGULAR

Çalışmaya Ocak 2004- Aralık 2009 arasında hastanemiz adli birimine yatırılmış 60 yaş ve üstünde olan hastaların tıbbi kayıtları ve yatış dosyaları geriye dönük olarak incelenerek çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 15 kadın (%14,0), 92 erkek (%86,0) olmak üzere toplam 107 hasta alınmıştır.

### 1 GENEL SOSYODEMOGRAFİK VERİ, SUÇ ÖZELLİKLERİ, HASTALIK ve TEDAVİ ÖZELLİKLERİ

#### 1a-Sosyodemografik Veriler:

Hastaların yaş ortalamaları  $69,13 \pm 6,43$  yıl (aralık=30) , öğrenim süresi ortalamaları  $5,17 \pm 4,46$  yıl (aralık=19) olarak tespit edildi.

Medeni durumlarının dağılımına bakıldığında hastaların 14'ünün (%13,1) bekar, 56'sının (%52,3) evli, 18'inin (%16,8) boşanmış ve 19'unun (%17,8) dul olduğu tespit edildi.

**Tablo 4.** Yaş, öğrenim, cinsiyet ve medeni durum özellikleri

|                |          | Min-Max | Ort $\pm$ SS     |
|----------------|----------|---------|------------------|
| Yaş            |          | 60-90   | $69.13 \pm 6.43$ |
| Öğrenim Süresi |          | 0-19    | $5.17 \pm 4.46$  |
|                |          | N       | %                |
| Cinsiyet       | Kadın    | 15      | 14.0             |
|                | Erkek    | 92      | 86.0             |
| Medeni Durum   | Bekar    | 14      | 13.1             |
|                | Evli     | 56      | 52.3             |
|                | Boşanmış | 18      | 16.8             |
|                | Dul      | 19      | 17.8             |

Hastaların 43'ü (%40,2) köy, 34'ü (%31,8) ilçe, 15'i (%14,0) küçük il, 3'ü (%2,8) büyük il, 9'u (%8,4) metropol ve 3'ü (%2,8) yurtdışı doğumluydu. Hastaneye

yatışları sırasında 27 (%25,2) hasta köyde, 17 (%15,9) hasta ilçede, 15 (%14,0) hasta küçük ilde, 7 (%6,5) hasta büyük ilde ve 41 (%38,3) hasta metropolde yaşamaktaydı.

Hastaların 4'ü (%3,7) evsiz, 35'i (%32,7) yalnız, 22'si (%20,6) sadece eşi ile 29'u (%27,1) eşi ve çocukları ile, 11'i (%10,3) sadece çocukları ile, 5'i (%4,7) birinci derece akrabaları ile ve 1 (%0,9) tanesi ikinci derece akrabası ile yaşamaktaydı.

Hastaneye yatışlarından önce hastaların 12'si (%11,2) işsiz, 22'si (%20,6) çiftçi, 29'u (%27,1) işçi, 2'si (%1,9) büro görevlisi, 13'ü (%12,1) yüksek öğrenimle edinilen mesleklerden birisi, 20'si (%18,7) esnaf, 6'sı (%5,6) ev hanımı ve 3 (%2,3) kişi de belirtilen mesleklerin dışında bir mesleğe sahipti.

Hastaların **çalışma düzenlerine** bakıldığında 12'sinin (%11,2) yatış öncesi düzenli çalıştığı, 8'inin (%7,5) düzensiz çalıştığı, 37'sinin (%34,6) çalışmadığı ve 50'sinin (%46,7) emekli olduğu görüldü.

Hastaların 37'sinin (%34,6) yatışları sırasında düzenli gelirleri bulunmazken, 70'inin (%65,4) düzenli gelirleri bulunmaktaydı.

**Tablo 5.** Çalışma ve Gelir Durumu Özellikleri

|                |                    | N  | %    |
|----------------|--------------------|----|------|
| Çalışma düzeni | Düzenli Çalışan    | 12 | 11.2 |
|                | Düzensiz Çalışan   | 8  | 7.5  |
|                | Çalışmayan         | 37 | 34.6 |
|                | Emekli             | 50 | 46.7 |
| Gelir durumu   | Düzenli Geliri Var | 70 | 65.4 |
|                | Düzenli Geliri Yok | 37 | 34.6 |

**Sosyal güvence dağılımları** incelenen hastaların 24'ünün (%22,4) sosyal güvencesi olmadığı, 15'inin (%14,0) Emekli Sandığı, 43'ünün (%40,2) S.S.K., 13'ünün (%12,1) Bağ-Kur, 9'unun (%8,4) Yeşil Kart ve 2'sinin (%1,8) yurt dışı sigortasına sahip olduğu görüldü.

### 1b-Suç Özellikleri

Çalışmaya alınan 107 kişinin ortalama suç sayısı  $1,64 \pm 1,31$  (aralık=7), ilk suç işleme yaşı  $58,76 \pm 17,38$  (aralık=73) olarak tespit edildi. Kişilerin hastanede yatış gerektiren ortalama suç sayısı ise  $1,61 \pm 1,30$  (aralık=7) idi. Son işledikleri suç yaşı ortalaması  $66,19 \pm 6,07$  (aralık=28) olarak tespit edildi.

**Tablo 6.** Suç Özellikleri

|                                         | Min-Max | Ort $\pm$ SS      |
|-----------------------------------------|---------|-------------------|
| Suç Sayısı                              | 1 - 8   | $1,64 \pm 1,31$   |
| İlk Suç İşleme Yaşı                     | 15 - 88 | $58,76 \pm 17,38$ |
| Adli Birime Yatış Gerektiren Suç Sayısı | 1 - 8   | $1,61 \pm 1,30$   |
| Son Suç İşleme Yaşı                     | 60 - 88 | $66,19 \pm 6,07$  |

Çalışmaya alınan kişilerin işlemiş oldukları **en ağır suç türü** incelendiğinde 19 (%17,8) kişinin adam öldürme, 18 (%16,8) kişinin yaralama, 10 (%9,3) kişinin öldürmeye teşebbüs, 10 (%9,3) kişinin tehdit hakaret, 8 (%7,5) kişinin cinsel saldırı, 7 (%6,5) kişinin yangın çıkarma, 7 (%6,5) kişinin kamu suçu, 6 (%5,6) kişinin yaralama oluşturmayan saldırı, 5 (%4,7) kişinin hırsızlık, 4 (%3,7) kişinin mala zarar verme, 4 (%3,7) kişinin dolandırıcılık, 1 (%0,9) kişinin uyuşturucu madde kullanma, 1 (%0,9) kişinin ruhsatsız silah kullanma ve 7 (%6,5) kişinin diğer suçları işlemiş olduğu görüldü.

Kişilerin **en ağır suçlarının şiddet derecesi** incelendiğinde 22 (%20,6) kişinin tamamen şiddet dışı, 14 (%13,1) kişinin hafif-orta şiddet içeren, 33 (%30,8) kişinin orta derecede şiddet içeren, 11 (%10,3) kişinin orta derecede ciddi şiddet içeren ve 27 (%25,2) kişinin ise ciddi şiddet içeren suçlar işlemiş oldukları görüldü.

**En ağır şiddet suçunun hedefini** 2 (%1,9) kişide anne/baba, 18 (%16,8) kişide eş, 5 (%4,7) kişide çocuklar, 2 (%1,9) kişide ikinci derece akrabalar, 35 (%32,7) kişide tanıdığı ancak yakını olmayan kişiler, 23 (%21,5) kişide tanımadığı kişilerdi ve olguların 22'si (%20,6) kişiye yönelik olmayan suçlar işlemişti.

Çalışmaya alınan kişilerin işlemiş oldukları **son suç türü** incelendiğinde 16 (%15,0) kişinin adam öldürme, 15 (%14,0) kişinin yaralama, 6 (%5,6) kişinin



öldürmeye teşebbüs, 14 (%13,1) kişinin tehdit hakaret, 8 (%7,5) kişinin cinsel saldırı, 7 (%6,5) kişinin yangın çıkarma, 8 (%7,5) kişinin kamu suçu, 6 (%5,6) kişinin yaralama oluşturmaya saldırı, 3 (%2,8) kişinin hırsızlık, 4 (%3,7) kişinin mala zarar verme, 4 (%3,7) kişinin dolandırıcılık, 5 (%4,7) kişinin uyuşturucu madde satma, 2 (%1,9) kişinin uyuşturucu madde kullanma, 1 (%0,9) kişinin ruhsatsız silah kullanma ve 8 (%7,5) kişinin diğer suçları işlemiş olduğu görüldü.

**Tablo 7. Son Suç Türü Özellikleri**

|                                             | N  | %    |
|---------------------------------------------|----|------|
| Adam öldürme                                | 16 | 15,0 |
| Yaralama                                    | 15 | 14,0 |
| Öldürmeye Teşebbüs                          | 6  | 5,6  |
| Tehdit/Hakaret                              | 14 | 13,1 |
| Cinsel Saldırı                              | 8  | 7,5  |
| Yangın Çıkarma                              | 7  | 6,5  |
| Kamu Suçu                                   | 8  | 7,5  |
| Son Suçun Türü Yaralama Oluşturmaya Saldırı | 6  | 5,6  |
| Hırsızlık                                   | 3  | 2,8  |
| Mala Zarar Verme                            | 4  | 3,7  |
| Dolandırıcılık                              | 4  | 3,7  |
| Uyuşturucu Madde Satma                      | 5  | 4,7  |
| Uyuşturucu Madde Kullanma                   | 2  | 1,9  |
| Ruhsatsız Silah Bulundurma                  | 1  | 0,9  |
| Diğer                                       | 8  | 7,5  |

Kişilerin **son suçlarının şiddet derecesi** incelendiğinde 30 (%28,0) kişinin tamamen şiddet dışı, 16 (%15,0) kişinin hafif-orta şiddet içeren, 32 (%29,9) kişinin orta derecede şiddet içeren, 7 (%6,5) kişinin orta derecede ciddi şiddet içeren ve 22 (%20,6) kişinin ise ciddi şiddet içeren suçlar işlediği görüldü.

**Tablo 8.** Son Suç Türünün Şiddet Derecesi

|                      |                            | N  | %    |
|----------------------|----------------------------|----|------|
| Son Suçun<br>Şiddeti | Tamamen Şiddet Dışı        | 30 | 28,0 |
|                      | Hafif-Orta Şiddet          | 16 | 15,0 |
|                      | Orta Derecede Şiddet       | 32 | 29,9 |
|                      | Orta Derecede Ciddi Şiddet | 7  | 6,5  |
|                      | Ciddi Şiddet               | 22 | 20,6 |

Kişilerin **son suçlarındaki hedefi** 16 (%15,0) kişide eş, 5 (%4,7) kişide çocuklar, 3 (%2,8) kişide ikinci derece akrabalar, 34 (%31,8) kişide tanıdığı ancak yakını olmayan kişiler, 22 (%20,6) kişide tanımadığı kişiler oluşturmaktaydı. 27'sinde (%25,3) suçun hedefi kişiler değildi.

**Tablo 9.** Son Suçun Hedefi

|                     |                      | N  | %    |
|---------------------|----------------------|----|------|
| Son Suçun<br>Hedefi | Eş                   | 16 | 15,0 |
|                     | Çocuk                | 5  | 4,7  |
|                     | İkinci Derece Akraba | 3  | 2,8  |
|                     | Tanıdığı Kişi        | 34 | 32,8 |
|                     | Tanımadığı Kişi      | 22 | 20,6 |
|                     | Diğer                | 27 | 25,3 |

Kişilerin son suçlarında kullandıkları **suç aletleri** incelendiğinde 22 (%20,6) kişi delici kesi alet, 16 (%15,0) kişi ateşli silah, 3 (%2,8) kişi künt cisim, 4 (%3,7) kişi elle vurma yöntemlerini kullanmış, 12 (%11,2) kişi sözlü saldırı, 9 (%8,4) kişi cinsel saldırı, 9 (%8,4) kişi mala amaçlı zarar verici davranış ve 32 (%29,9) kişi ise diğer suç yöntemlerini kullanmışlardı.

**Son suçların işlendiği yerler;** 27 (%25,2) suçta suçlunun evi, 9 (%8,4) suçta mağdurun evi, 6 (%5,6) suçta ortak ev, 17 (%15,9) evin yakın çevresi, 6 (%5,6) suçta evin uzak çevresi, 2 (%1,9) suçta suçlunun işyeri, 3 (%2,8) suçta

mağdurun işyeri, 16 (%15,0) suçta halka açık alan ve 21 (%19,7) suçta ise diğer yerlerde suç işlenmişti.

Kişilerin son suçları sırasında kiminle yaşadıklarına bakıldığında; 4 (%3,7) kişinin evsiz, 34 (%31,8) kişinin yalnız, 25 (%23,4) kişinin eşi ile, 31 (%29,0) kişinin eşi ve çocukları ile, 9 (%8,4) kişinin çocukları ile, 4 (%3,7) kişinin birinci derece akrabaları ile yaşamakta olduğu görüldü.

**Tablo 10.** Son Suç Sırasında Kiminle Yaşadığı

|                                       |                       | N  | %    |
|---------------------------------------|-----------------------|----|------|
| Son Suç Sırasında<br>Kiminle Yaşadığı | Evsiz                 | 4  | 3,7  |
|                                       | Yalnız                | 34 | 31,8 |
|                                       | Eş                    | 25 | 23,4 |
|                                       | Eş ve Çocuklar        | 31 | 29,0 |
|                                       | Çocuklar              | 9  | 8,4  |
|                                       | Birinci Derece Akriba | 4  | 3,7  |

Son suç nedeniyle 38 (%35,5) kişinin **ceza sorumluluğu** bulunurken, 65 (%60,7) kişi TCK 32/1. (suç tarihinde akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişilerin ceza sorumluluğunun olmadığını belirten TCK maddesi), 2 (%1,9) kişi TCK 32/2. (suç tarihinde 32/1. maddede belirtildiği derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişilerin azaltılmış ceza sorumluluğu olduğunu belirten TCK maddesi) kapsamında değerlendirilmişti.

Çalışmaya alınan kişilerin geçmiş **cezaevi yaşantısına** bakıldığında 68 (%63,5) kişinin daha önce cezaevi yaşantısı bulunmazken, 38 (%35,5) kişinin geçmişte cezaevi yaşantısı bulunmaktaydı.

### 1c-Hastalık Özellikleri

Çalışmaya alınanların hastaneye son yatışlarındaki çıkış tanıları incelendiğinde 24'ünde (%22,4) psikiyatrik bir tanı saptanmadığı, diğer kişilerde psikiyatrik tanıların dağılımının şu şekilde sıralandığı görülmüştür: 24 (%22,4) hezeyanlı bozukluk, 13 (%12,1) şizofreni, 11 (%10,3) demans, 7 (%6,5) bipolar bozukluk, 6 (%5,6) atipik psikoz, 6 (%5,6) alkol madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, 5 (%4,7) genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluk, 4 (%3,7) kişilik bozukluğu, 4 (%3,7) mental retardasyon ve 3 (%2,8) uyum bozukluğudur.

**Tablo 11.** Kişilerin Çıkış Tanısı Dağılımları

|                                                                  | N  | %    |
|------------------------------------------------------------------|----|------|
| Yok                                                              | 24 | 22,4 |
| Hezeyanlı Bozukluk                                               | 24 | 22,4 |
| Şizofreni                                                        | 13 | 12,1 |
| Demans                                                           | 11 | 10,3 |
| Bipolar Bozukluk                                                 | 7  | 6,5  |
| Atipik Psikoz                                                    | 6  | 5,6  |
| Çıkış Tanısı                                                     |    |      |
| Alkol Madde Kullanımı<br>İle İlişkili Psikiyatrik<br>Bozukluklar | 6  | 5,6  |
| Genel Tıbbi Duruma<br>Bağlı Psikiyatrik<br>Bozukluklar           | 5  | 4,7  |
| Kişilik Bozukluğu                                                | 4  | 3,7  |
| Mental Retardasyon                                               | 4  | 3,7  |
| Uyum Bozukluğu                                                   | 3  | 2,8  |

Herhangi bir psikiyatrik hastalık tespit edilmeyen 24 olgunun yaş ortalaması 71,58, öğrenim süresi ortalaması 5,33 olarak saptandı. Bu kişilerin suç sayısı ortalama 1,38, ilk suç işleme yaşları ortalama 64,79, son suç yaşları ortalama 68,46 olarak bulundu. Psikiyatrik hastalığı olmayan olgulardan %20,8'inin kamu

suçları, %12,5'inin cinsel saldırı, %16,7'sinin adam öldürme, %4,2'sinin öldürmeye teşebbüs, %8,3'ünün yaralama, %8,3'ünün yaralama oluşturmaya saldırı, %8,3'ünün tehdit-hakaret, %4,2'sinin mala zarar verme, %4,2'sinin yangın çıkarma, %4,2'sinin hırsızlık, %4,2'sinin dolandırıcılık ve %4,2'sinin diğer suçları işlediği tespit edildi. Bu gruptaki kişilerin %29,2'si tamamen şiddet dışı, %16,7'si minimal şiddet içeren, %25'i orta derecede şiddet içeren, %8,3'ü orta derecede ciddi şiddet, %20,8'i ciddi şiddet suçları işlemiştir. Olguların suç hedeflerine bakıldığında %8,3'ünün eşine, %20,8'inin çocuklarına, %4,2'sinin ikinci derecede akrabalarına, %20,8'inin tanıdığı ancak yakını olmayan kişilere, %20,8'inin tanımadığı kişilere yönelik suç işlediği, %25'inin kişiye yönelik olmayan suçlar işlediği saptanmıştır. Son suçları sırasında %12,5'inin ateşli silah, %29,2'sinin delici-kesici alet kullandığı tespit edilmiştir. %25'inin suçu kendi evinde, %20,8'inin evin yakın çevresinde, %8,3'ünün mağdurun evinde, %8,3'ünün ortak evde, %4,2'sinin evin uzak çevresinde, %4,2'sinin kendi işyerinde ve %8,3'ünün halka açık alanda işlediği saptanmıştır.

**Tablo 12.** Psikiyatrik Tanısı Olmayan Kişilerin Suç Özellikleri

|                     | <b>N</b> | <b>Min.</b> | <b>Max.</b> | <b>Ort.</b> | <b>Std. D.</b> |
|---------------------|----------|-------------|-------------|-------------|----------------|
| Suç sayısı          | 24       | 1           | 8           | 1,38        | 1,439          |
| İlk suç işleme yaşı | 24       | 15          | 83          | 64,79       | 15,376         |
| Son suçun yaşı      | 24       | 60          | 83          | 68,46       | 6,000          |

Olgulardan **hezeyanlı bozukluk** saptanan 24 kişinin yaş ortalaması 69,75, öğrenim süresi ortalaması 5,29 yıl olarak saptandı. Bu olgularda hastalık süresi ortalaması 12,19 yıl, tedaviye başvuru yaşı ortalaması 63,21 olarak saptandı. Bu olguların suç sayıları ortalama 1,75, ilk suç işleme yaşları ortalama 57,50, son suç işleme yaşları ortalama 67,46 olarak saptanmıştır. Hezeyanlı bozukluk olgularından %33,3'ünün tehdit, %16,7'sinin adam öldürme, %4,2'sinin öldürmeye teşebbüs, %16,7'sinin yaralama, %4,2'sinin yaralama oluşturmaya saldırı, %4,2'sinin mala zarar verme, %4,2'sinin hırsızlık ve %16,7'sinin diğer suçları işlediği tespit edilmiştir. %45,8'inin tanıdığı ancak yakını olmadığı kişileri, %16,7'sinin eşini, %16,7'sinin tanımadığı kişileri, %4,2'sinin ikinci derece

akrabalarını hedef aldığı belirlendi. %25'inin ateşli silah, %20,8'inin delici-kesici alet kullanarak, %25'inin ise sözlü saldırganlık ile kişiye yönelik suç işlediği saptandı. Suç yeri dağılımlarına bakıldığında %20,8'inin kendi evinde, %16,7'sinin evin yakın çevresinde, %8,3'ünün mağdurun evinde, %8,3'ünün ortak evde, %12,5'inin evin uzak çevresinde, %8,3'ünün mağdurun işyerinde ve %8,3'ünün halka açık alanda suçu işlediği tespit edildi. Suçu işlediği sırada hezeyanlı bozukluk olgularından %37,5'inin yalnız, %62,5'inin eş ve/veya çocukları ile yaşadığı saptandı.

**Alkol ve psikoaktif madde kullanım bozukluğu** saptanan 6 (%5,6) olgunun suç sayısı ortalamaları 3,83, ilk suç yaşı ortalaması 33,17, son suç yaşı ortalaması 62,33 olarak saptandı. Bu kişilerin 3'ü yalnız yaşamakta, biri evsiz, biri eşi ile biri eşi ve çocukları ile yaşamaktaydı. Hastalık özelliklerine bakıldığında hastalık başlangıç yaşı ortalama 25, tedaviye başvuru yaşı 51,80 olarak saptandı. Bu olgulardan 5'inin son suçu uyuşturucu madde bulundurmak ya da satmak, birinin suçu dolandırıcılıktı.

Çalışmamızda **bipolar bozukluk** tanısı konulan 7 (%6,5) olgunun yaş ortalaması 70,86, öğrenim süresi ortalaması 3,14 yıl, suç sayısı ortalaması 1,14, suç yaşı ortalaması 64,57 olarak bulunmuştur. Bu kişilerin sadece birinin yalnız, diğerlerinin eş ya da eş ve çocuklarıyla yaşadıkları tespit edildi. Hastalık başlama yaşlarının ortalaması 46,43 olarak saptanmıştır, her olgunun tedaviye başvuru yaşı ile saptanan hastalık başlangıç yaşının aynı olduğu, sadece birinin suçtan önce tedavi öyküsünün olmadığı saptandı. Olgulardan her biri, adam öldürme, öldürmeye teşebbüs, yaralama oluşturmeyen saldırı, yangın çıkarma, cinsel saldırı ve ruhsatsız silah kullanma suçlarından birini işlemiştir. Bipolar bozukluk saptanan olguların %42,9'unun eşine karşı, %42,9'unun tanıdığı ancak yakını olmayan kişilere karşı suç işlediği, suç sırasında %57,1'inin ateşli silah kullandığı saptandı. Suç yerinin olguların 5'inde kişinin kendi evi ya da ortak ev, birinde evin uzak çevresi, birinde halka açık alan olduğu tespit edildi.

**Şizofreni** tanısı konulan 13 (%12,1) olgunun yaş ortalaması 67,85, öğrenim süresi ortalaması 5 yıl olarak bulundu. Olguların %61,5'inin yalnız, %7,7'sinin eşi ile, %7,7'sinin eşi ve çocuklarıyla yaşadığı, %23,1'inin evsiz olduğu tespit edildi.

Olguların hastalık süresi ortalama 31,45 yıl, tedaviye başlangıç yaşı ortalama 46,69 olarak saptandı. Şizofreni tanısı konulan kişilerin suç özelliklerine bakıldığında suç sayılarının ortalaması 1,77, ilk suç işleme yaşları ortalama 55,46, son suç yaşları ortalama 63,92 olarak bulundu. 13 şizofreni olgusundan ikisinin adam öldürme, ikisinin öldürmeye teşebbüs, ikisinin yaralama, ikisinin mala zarar verme, ikisinin yangın çıkarma, birinin tehdit, birinin hırsızlık, birinin kamu suçu işlediği tespit edildi. Kişiye yönelik suç işlemiş olan şizofreni olgularının ikisi eşine, ikisi tanıdığı ancak yakını olmayan kişilere, altısı tanımadığı kişilere yönelik suç işlemişti. Suç aleti olarak dördü kesici-delici alet, biri ateşli silah, ikisi künt cisim kullanmıştı. Suç yerinin üç olguda kendi evleri, üç olguda mağdurun evi, üç olguda halka açık alan, iki olguda evin yakın çevresi, birinde mağdurun işyeriydi.

Çalışmamızda **demans** tanısı konulan 11 (%10,3) olgunun yaş ortalaması 71,91, öğrenim süresi ortalaması 3,82 yıl olarak bulundu. Hastalık başlangıç yaşları ortalama 67,09, tedavi başvuru yaşları ortalama 68,82, suç yaşı 69,27 olarak saptandı. Olguların %63,6'sının suçtan önce tedavi öyküsünün olmadığı belirlendi. Suç sırasında %36,4'ünün eşi ile, %27,3'ünün çocukları ile, %18,2'sinin eşi ve çocukları ile, %18,2'sinin yalnız yaşadığı saptandı. 11 demans olgusundan birinin adam öldürme, üçünün yaralama, ikisinin tehdit, ikisinin cinsel saldırı, birinin hırsızlık, birinin kamu suçu, birinin diğer suçlar işlediği tespit edildi. Kişiye yönelik suç işlemiş olan demans olgularının biri eşine, biri ikinci derece akrabalarına, altısı tanıdığı ancak yakını olmayan kişilere, biri tanımadığı kişilere yönelik suç işlemişti. Biri kesici-delici alet, biri ateşli silah, biri kesici-delici alet, biri künt cisim kullanarak, biri elle vurarak, biri sözlü saldırganlık, ikisi cinsel saldırı ile suç işlemişti. Suç yerinin iki olguda kendi evleri, bir olguda mağdurun evi, bir olguda ortak ev, iki olguda halka açık alan, bir olguda evin yakın çevresi, bir olguda evin uzak çevresi ve birinde kendi işyeriydi.

Herhangi bir psikiyatrik hastalığı tespit edilen kişilerin (n=83) **hastalık başlangıç yaşı** ortalamaları  $49,9 \pm 18,11$  (aralık=70), **hastalık süresi** ortalaması  $18,32 \pm 16,24$  (aralık=50) yıl, ilk tedaviye başvuru yaşı ortalaması  $57,49 \pm 16,0$  (aralık=68) olarak bulundu.

Psikiyatrik tedavi amacıyla toplam hastanede yatış sayısı ortalamasının  $2,47 \pm 2,65$  (aralık=14), adli nedenlerle hastanede yatış sayısı ortalamasının  $1,56 \pm 1,16$  (aralık=9) olduğu görüldü. Katılımcıların son yatışlarında ortalama hastanede kalış süreleri  $125,77 \pm 303,85$  (aralık =1894) gün olarak tespit edildi.

**Tablo 13.** Hastalık Özellikleri

|                                 | Min-Max | Ort $\pm$ SS        |
|---------------------------------|---------|---------------------|
| Hastalık Başlangıç Yaşı         | 16-86   | $49,9 \pm 18,11$    |
| Hastalık Süresi, Yıl            | 1-51    | $18,32 \pm 16,24$   |
| İlk Tedavi Başvuru Yaşı         | 20-88   | $57,49 \pm 16,0$    |
| Hastanede Yatış Sayısı          | 1-15    | $2,47 \pm 2,65$     |
| Adli Birimde Yatış Sayısı       | 1-10    | $1,56 \pm 1,16$     |
| Son Hastanede Yatış Süresi, Gün | 1-1895  | $125,77 \pm 303,85$ |

Çalışmaya alınan kişilerin hastalık başlangıçlarından bu yana tedavi için **toplam hastaneye yatış sürelerinin dağılımına** bakıldığında 55 (%51,4) kişinin 0-30 gün arası, 23 (%21,5) kişinin 1–6 ay arası, 9 (%8,4) kişinin 6-12 ay arası ve 20 (%18,7) kişinin 12 aydan daha uzun süre hastanede yatırılarak tedavi edildikleri görüldü.

Çalışmaya alınanların son **hastaneye yatış nedeni** 60 (%56,1) kişide ceza sorumluluğunun belirlenmesi, 33 (%30,8) kişide koruma tedavi amaçlı, 9 (%8,4) kişinin tedavi amacıyla, 5 (%4,6) kişinin ise diğer nedenlerle hastaneye yatırıldığı görülmüştür.

Çalışmaya alınan kişilerin 98'inde (%91,6) **komorbid psikiyatrik hastalık** bulunmazken, 4 (%3,7) kişide alkol ve madde kullanım bozukluğu, 3 (%2,8) kişide kişilik bozukluğu, 1 (%0,9) kişide genel tıbbi duruma psikiyatrik bozukluk ve 1 (%0,9) kişide demans komorbiditesi bulunmaktaydı.

Çalışmaya alınan kişilerin **psikiyatri dışı hastalıklarının dağılımına** bakıldığında: 37 (%34,6) kişide eşlik eden psikiyatri dışı hastalık bulunmazken, 14 (%13,1) kişide hipertansiyon, 6 (%5,6) kişide kardiyak hastalık, 7 (%6,5) kişide



serebrovasküler hastalık, 3 (%2,8) kişide diyabet, 3 (%2,8) kişide merkezi sinir sistemi hastalığı, 3 (%2,8) kişide solunum sistemi hastalığı, 6 (%5,6) kişide işitme ya da görme engeli, 20 (%18,7) kişide birden fazla hastalık ve 8 (%7,5) kişide diğer patolojiler olduğu tespit edildi.

Çalışmaya alınan kişilerin suç tarihinde ön plandaki psikotik semptom dağılımları incelendiğinde, 57 (%53,3) kişide psikotik semptom bulunmazken, 34 (%31,8) kişide kötülük görme hezeyanı, 11 (%10,3) kişide kıskançlık hezeyanı, 2 (%1,9) kişide hak arama hezeyanı, 1 (%0,9) kişide dezorganize davranış, 1 (%0,9) kişide negatif semptomlar, 1 (%0,9) kişide ise diğer psikotik semptomlar görülmüştür.

**Tablo 14.** Psikotik Belirti Özellikleri

|                              |                        | N  | %    |
|------------------------------|------------------------|----|------|
| Ön Plandaki Psikotik Belirti | Yok                    | 57 | 53,3 |
|                              | Kötülük görme Hezeyanı | 34 | 31,8 |
|                              | Kıskançlık Hezeyanı    | 11 | 10,3 |
|                              | Hak Arama Hezeyanı     | 2  | 1,9  |
|                              | Dezorganize Davranış   | 1  | 0,9  |
|                              | Negatif Semptom        | 1  | 0,9  |
|                              | Diğer                  | 1  | 0,9  |

Katılımcıların 60'ının (%56,1) **suç öncesi herhangi bir psikiyatrik başvurusu** bulunmazken, 47'sinin (%43,9) suç öncesinde psikiyatrik başvurularının olduğu görüldü.

#### **1d-Tedavi Özellikleri**

Katılımcıların son yatışlarında uygulanan **ilaç tedavilerinin dağılımı** incelendiğinde 38 (%35,5) kişiye ilaç tedavisi verilmediği, 55 (%51,4) kişiye antipsikotik, 6 (%5,6) kişiye antidepresan, 5 (%4,7) kişiye anksiyolitik ve 3 (%2,8) kişiye duygudurum düzenleyici ilaç tedavisi verildiği görüldü.

Çalışmaya alınan kişilerin **ilk kullandıkları psikofarmakolojik ilaç tedavisi** dağılımı incelendiğinde 30 (%28,0) kişinin ilaç kullanımı olmadığı, 10 (%9,3) kişinin ilk olarak antidepresan kullandığı, 62 (%57,9) kişinin antipsikotik ilaç kullandığı, 3

(%2,8) kişinin anksiyolitik ilaç kullandığı ve 2 (%1,9) kişinin duygudurum düzenleyici kullandığı görüldü.

Depo ilaç tedavisi uygulanan kişi sayısı tüm grupta 12 (%11,2) kişi olarak tespit edildi. İlaç tedavisi uygulanan kişiler arasında depo antipsikotik kullanım oranı %17,4 olarak tespit edildi.

Psikofarmakolojik ilaç tedavisi uygulananlarda (n=69) çoklu ilaç kullanımı değerlendirildiğinde 51 (%73,9) kişinin tek ilaç ile tedavi edildiği, 10 kişinin (%14,5) iki çeşit antipsikotik ile tedavi edildiği, 3 (%4,3) kişinin antipsikotik ve duygudurum düzenleyicisi kombinasyonu ile tedavi edildiği, 5 (%7,2) kişinin ise diğer farklı psikofarmakolojik kombinasyonlarla tedavi edildiği görüldü.

Psikofarmakolojik tedavi uygulananlarda 31 (%45,0) kişi tedavilerine uyum gösterirken, 38 (%55,0) kişinin tedavi uyumunun olmadığı görüldü.

**Tablo 15.** Depo ilaç, çoklu ilaç kullanımı ve tedaviye uyum özellikleri

|                      |                                          | N  | %    |
|----------------------|------------------------------------------|----|------|
| Depo İlaç Kullanımı  | Yok                                      | 57 | 82,6 |
|                      | Var                                      | 12 | 17,4 |
| Çoklu İlaç Kullanımı | Yok                                      | 51 | 73,9 |
|                      | İki çeşit antipsikotik                   | 10 | 14,5 |
|                      | Antipsikotik ve duygudurum düzenleyicisi | 3  | 4,3  |
|                      | Diğer Psikofarmakolojik Kombinasyonlar   | 5  | 7,2  |
| Tedaviye Uyum        | Yok                                      | 38 | 55,0 |
|                      | Var                                      | 31 | 45,0 |

Çalışmaya alınan kişilerin hiç birine EKT tedavisi uygulanmadığı görüldü.

## 2- SUÇ SAYISI BİR VE BİRDEN FAZLA OLAN KİŞİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

### 2a. Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Çalışmaya alınan katılımcıların 74'ü (%69,1) bir defa suç işlemişken, 33'ü (%30,9) birden fazla suç işlemişti. Bir suçlu olanların (BSO) yaş ortalaması  $69,96 \pm 6,37$ , birden fazla suçlu olanların (BFSO) yaş ortalaması  $67,27 \pm 6,27$  olarak tespit edildi, iki grubu yaş ortalamaları arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulundu ( $t=2,023$ ,  $p<0,05$ ).

İki grubun eğitim süresi ortalamaları sırasıyla  $5,03 \pm 4,69$  yıl ve  $5,48 \pm 3,93$  yıl olup eğitim süresi ortalamaları arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi ( $t=0,488$ ,  $p>0,05$ ).

**Tablo 16.** Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Yaş, Öğrenim Sürelerinin Karşılaştırılması

|                | Bir Suçu Olanlar N=74 |      | Birden Fazla Suçu Olanlar N=33 |      | t*    | p               |
|----------------|-----------------------|------|--------------------------------|------|-------|-----------------|
|                | Ortalama              | SS   | Ortalama                       | SS   |       |                 |
| Yaş            | 69,96                 | 6,37 | 67,27                          | 6,27 | 2,023 | <b>&lt;0,05</b> |
| Öğrenim Süresi | 5,03                  | 4,69 | 5,48                           | 3,93 | 0,488 | >0,05           |

\*t, Student T Test

BSO grubunun %16,2'si (n=12) kadınlardan oluşurken bu oran BFSO grubunda %9,2'di (n=3). Grupların cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel farklılık saptanmadı ( $\chi^2=0,961$ ,  $p>0,05$ ).

Gruplar arasında **medeni durum** özelliklerinin dağılımı incelendiğinde BSO grubunda 46 (%62,2) kişinin evli, 28 (%37,8) kişinin bekar, dul ya da boşanmış olduğu; BFSO grubunda ise 10 (%30,3) kişinin evli, 23 (%69,7) kişinin ise bekar, dul ya da boşanmış olduğu görüldü. Medeni durum dağılımı açısından gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulundu ( $\chi^2=16,388$ ,  $p<0,05$ ).

Grupların **meslek dağılımları** incelendiğinde BSO grubunda 6 (%8,1) kişinin işsiz, 68 (%91,9) kişinin ise herhangi bir meslek sahibi olduğu, BFSO grubunda ise 6 (%18,2) kişinin işsiz, 27 (%81,8) kişinin ise meslek sahibi olduğu görüldü. Meslek

dağılımları açısından gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Grupların **çalışma düzenleri** incelendiğinde BSO grubunda 9 (%12,2) kişinin düzenli, 4 (%5,4) kişinin düzensiz çalıştığı, 37 (%50) kişinin emekli ve 24 (%32,4) kişinin çalışmıyor olduğu görüldü. BFSO grubunda ise 3 (%9,1) kişinin düzenli, 4 (%12,1) kişinin düzensiz çalıştığı, 13 (%39,4) kişinin emekli ve 13 (%39,4) kişinin çalışmıyor olduğu görüldü. Çalışma düzenleri açısından gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=2,438$ ,  $p>0,05$ ).

BSO grubunda **kendisine ait geliri** olan 54 (%73,0) kişi bulunurken, BFSO grubunda kendisine ait geliri olan 16 (%48,5) kişi bulunmaktaydı. Kendisine ait geliri olan kişi oranı BSO grubunda anlamlı derecede yüksek tespit edildi ( $\chi^2=6,050$ ,  $p<0,05$ ).

**Tablo 17.** Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Meslek ve Kendisine Ait Gelir Durumlarının Dağılımının Karşılaştırılması

|                          | Bir Suçu Olanlar<br>N=74 |      | Birden Fazla Suçu<br>Olanlar N=33 |      | $\chi^2$ | p       |
|--------------------------|--------------------------|------|-----------------------------------|------|----------|---------|
|                          | N                        | %    | N                                 | %    |          |         |
| <b>*Meslek</b>           |                          |      |                                   |      |          | $>0,05$ |
| Yok                      | 6                        | 8,1  | 6                                 | 18,2 |          |         |
| Var                      | 68                       | 91,9 | 27                                | 81,8 |          |         |
| <b>Kendine Ait Gelir</b> |                          |      |                                   |      | 6,050    | $<0,05$ |
| Yok                      | 20                       | 27,0 | 17                                | 51,5 |          |         |
| Var                      | 54                       | 73,0 | 16                                | 48,5 |          |         |

\*Fisher's Exact Test Kullanıldı

Kişilerin **kiminle yaşadıkları** incelendiğinde BSO grubunda 22 (%29,7) kişinin yalnız, 48 (%64,9) kişinin eşi ve/veya çocukları ile, 4 (%5,4) kişinin ise birinci ve/veya ikinci derece akrabaları ile yaşamakta olduğu görüldü. BFSO olanlarda ise 17 (%51,5) kişinin yalnız, 14 (%42,4) kişinin eşi ve/veya çocukları ile, 2 (%6,1) kişinin ise birinci ve/veya ikinci derece akrabaları ile yaşamakta olduğu görüldü. Gruplar arasında kiminle yaşadıkları açısından istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=4,973$ ,  $p>0,05$ ).

**Tablo 18.** Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Son Suçları Sırasında Yaşadıkları Yerlerin Dağılım Özelliklerinin Karşılaştırılması

|                                          | Bir Suçu Olanlar<br>N=74 |      | Birden Fazla Suçu<br>Olanlar N=33 |      | $\chi^2$ | P     |
|------------------------------------------|--------------------------|------|-----------------------------------|------|----------|-------|
|                                          | N                        | %    | N                                 | %    |          |       |
| <b>Kiminle Yaşadığı</b>                  |                          |      |                                   |      | 4,973    | >0,05 |
| Yalnız                                   | 22                       | 29,7 | 17                                | 51,5 |          |       |
| Eşi ve/veya Çocukları                    | 48                       | 64,9 | 14                                | 42,4 |          |       |
| Birinci ve/veya ikinci derece akrabaları | 4                        | 5,4  | 2                                 | 6,1  |          |       |

## 2b. Suç Özelliklerinin Karşılaştırılması

BFSO kişilerin **suç sayısı ortalamaları**  $3,09 \pm 1,62$  idi. BSO kişileri ilk suç işledikleri yaşların ortalaması  $66,62 \pm 6,33$ , BFSO olan kişilerin ilk suç işleme yaş ortalamaları  $41,12 \pm 20,38$  olup, ilk suç işleme yaşları açısından iki grup arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmuştur ( $t=6,990$ ,  $p<0,01$ ).

**Tablo 19.** Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Suç Sayısı ve İlk Suç İşleme Yaşlarının Karşılaştırılması

|              | Bir Suçu Olanlar<br>n=74 |     | Birden Fazla Suçu<br>Olanlar n=33 |       | $t^*$ | P               |
|--------------|--------------------------|-----|-----------------------------------|-------|-------|-----------------|
|              | Ortalama                 | SS  | Ortalama                          | SS    |       |                 |
| Suç Sayısı   | 1                        | 0   | 3,09                              | 1,62  | 7,382 | <b>&lt;0,01</b> |
| İlk Suç Yaşı | 66,62                    | 7,3 | 41,12                             | 10,38 | 6,990 | <b>&lt;0,01</b> |

\*t, Student T Test

Grupların **geçmişte işlemiş oldukları en ağır suç türü** dağılımları incelendiğinde BSO grubunda 35 (%47,3) kişinin adam öldürme, öldürmeye teşebbüs, yaralama ve cinsel saldırı suçları gibi kişinin beden bütünlüğüne yönelik şiddet suçları işlediği, 39 (%51,7) kişinin ise yaralama oluşturmeyan saldırı, tehdit, hakaret, mala zarar, hırsızlık, kamu suçları işlediği görüldü. BFSO grubunda ise 20 (%60,6) kişinin beden bütünlüğüne yönelik şiddet suçları işlediği, 13 (%39,4) kişinin ise yaralama oluşturmeyan saldırı, tehdit, hakaret, mala zarar, hırsızlık, kamu

suçları işlediği görüldü. Grupların geçmişte işledikleri en ağır suç dağılımı açısından istatistiksel farklılık saptanmadı ( $\chi^2=1,618$ ,  $p>0,05$ ).

**Tablo 20.** Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Geçmişte İşlemiş Oldukları En Ağır Suç Türü Dağılımlarının Karşılaştırılması

| En Ağır Suç Türü                                | Bir Suçu Olanlar<br>N=74 |             | Birden Fazla<br>Suçu Olanlar<br>N=33 |             | $\chi^2$ | P     |
|-------------------------------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------------------|-------------|----------|-------|
|                                                 | N                        | %           | N                                    | %           |          |       |
|                                                 |                          |             |                                      |             | 1,618    | >0,05 |
| <b>Kişinin Beden Bütünlüğüne Yönelik Suçlar</b> | <b>35</b>                | <b>47,3</b> | <b>20</b>                            | <b>60,6</b> |          |       |
| Adam Öldürme                                    | 13                       | 17,6        | 6                                    | 18,2        |          |       |
| Öldürmeye Teşebbüs                              | 5                        | 6,8         | 5                                    | 15,2        |          |       |
| Kasten Yaralama                                 | 9                        | 12,2        | 9                                    | 27,3        |          |       |
| Cinsel Saldırı                                  | 8                        | 10,8        | 0                                    | 0           |          |       |
| <b>Beden Bütünlüğüne Yönelik Olmayan Suçlar</b> | <b>39</b>                | <b>51,7</b> | <b>13</b>                            | <b>39,4</b> |          |       |
| Tehdit-Hakaret                                  | 7                        | 9,5         | 3                                    | 9,1         |          |       |
| Mala Zarar Verme                                | 4                        | 5,4         | 0                                    | 0           |          |       |
| Yangın Çıkarma                                  | 6                        | 8,1         | 1                                    | 3,0         |          |       |
| Hırsızlık                                       | 1                        | 1,4         | 4                                    | 12,1        |          |       |
| Uyuşturucu Kullanma                             | 0                        | 0           | 1                                    | 3,0         |          |       |
| Kamu Suçları                                    | 6                        | 8,1         | 1                                    | 3,0         |          |       |
| Ruhsatsız Silah Kullanma                        | 1                        | 1,4         | 0                                    | 0           |          |       |
| Dolandırıcılık                                  | 2                        | 2,7         | 2                                    | 6,1         |          |       |
| Diğer                                           | 7                        | 9,5         | 0                                    | 0           |          |       |

Grupların **en ağır suçlarının şiddet derecesinin** dağılımına bakıldığında BSO grubunda 15 (%20,3) kişinin tamamen şiddet dışı, 11 (%14,9) kişinin hafif-orta şiddet, 25 (%33,8) kişinin orta derecede şiddet, 5 (%6,8) kişinin orta derecede ciddi şiddet ve 18 (%24,3) kişinin ciddi şiddet içeren suçlar işledikleri, BFSO

grubunda ise 7 (%21,2) kişinin tamamen şiddet dışı, 3 (%9,1) kişinin hafif-orta şiddet, 8 (%24,2) kişinin orta derecede şiddet, 6 (%18,2) kişinin orta derecede ciddi şiddet ve 9 (%27,3) kişinin ciddi şiddet içeren suçlar işledikleri görüldü. En ağır suçların şiddet derecesi dağılımında gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=4,241$ ,  $p>0,05$ ).

En ağır suçlarında kişiye yönelik şiddet davranışında bulunan kişilerin **suç hedefi dağılımlarına** bakıldığında BSO grubunda 18 (%31,0) kişi aile bireylerini, 25 (%43,1) kişi tanıdığı ama aileden olmayan kişileri, 15 (%25,9) kişi ise tanımadığı kişileri hedef aldıkları görüldü. BFSO grupta ise 9 (%33,3) kişi aile bireylerine, 10 (%37,0) kişi tanıdığı ama aileden olmayan kişilere, 8 (%29,6) kişi ise tanımadığı kişilere yönelik suçlar işlemişlerdi. Grupların en ağır suçlarındaki hedeflerin dağılımları arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=0,292$ ,  $p>0,05$ ).

Grupların **son suç türü** dağılımları incelendiğinde BSO grubunda 35 (%47,3) kişinin adam öldürme, öldürmeye teşebbüs, yaralama ve cinsel saldırı suçları gibi insanın beden bütünlüğüne yönelik şiddet suçları, 39 (%52,7) kişinin ise yaralama oluşturmeyen saldırı, tehdit, hakaret, mala zarar, hırsızlık, kamu suçları gibi beden bütünlüğüne yönelik olmayan suçlar işlediği görüldü. BFSO grubunda ise 10 (%30,3) kişinin insanın beden bütünlüğüne yönelik şiddet suçları işlediği, 23 (%69,7) kişinin ise diğer suçları işlediği görüldü. Grupların son suçlarının türlerine göre dağılımı açısından istatistiksel farklılık saptanılmadı ( $\chi^2=2,705$ ,  $p>0,05$ ).

**Tablo 21.** Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Son Suç Türü Dağılımlarının Karşılaştırılması

| Son Suç Türü                                            | Bir Suçu Olanlar N=74 |             | Birden Fazla Suçu Olanlar N=33 |             | $\chi^2$ | P     |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|-------------|--------------------------------|-------------|----------|-------|
|                                                         | N                     | %           | N                              | %           |          |       |
|                                                         |                       |             |                                |             | 2,705    | >0,05 |
| <b>Kişinin Beden Bütünlüğüne Yönelik Şiddet Suçları</b> | <b>35</b>             | <b>47,3</b> | <b>10</b>                      | <b>30,3</b> |          |       |
| Adam Öldürme                                            | 13                    | 17,6        | 3                              | 9,1         |          |       |
| Öldürmeye Teşebbüs                                      | 5                     | 6,8         | 1                              | 3,0         |          |       |
| Kasten Yaralama                                         | 9                     | 12,2        | 6                              | 18,2        |          |       |
| Cinsel Saldırı                                          | 8                     | 10,8        | 0                              | 0           |          |       |
| <b>Beden Bütünlüğüne Yönelik Olmayan Suçlar</b>         | <b>39</b>             | <b>51,7</b> | <b>23</b>                      | <b>69,7</b> |          |       |
| Tehdit-Hakaret                                          | 7                     | 9,5         | 7                              | 21,2        |          |       |
| Mala Zarar Verme                                        | 4                     | 5,4         | 0                              | 0           |          |       |
| Yangın Çıkarma                                          | 6                     | 8,1         | 1                              | 3,0         |          |       |
| Hırsızlık                                               | 1                     | 1,4         | 2                              | 6,1         |          |       |
| Uyuşturucu Kullanma                                     | 0                     | 0           | 2                              | 6,1         |          |       |
| Kamu Suçları                                            | 6                     | 8,1         | 2                              | 6,1         |          |       |
| Ruhsatsız Silah Kullanma                                | 1                     | 1,4         | 0                              | 0           |          |       |
| Dolandırıcılık                                          | 2                     | 2,7         | 2                              | 6,1         |          |       |
| Diğer                                                   | 7                     | 9,5         | 1                              | 3,0         |          |       |

Grupların **son suçlarının şiddet derecesinin dağılımına** bakıldığında BSO grubunda 15 (%20,3) kişinin tamamen şiddet dışı, 11 (%14,9) kişinin hafif-orta şiddet, 25 (%33,8) kişinin orta derecede şiddet, 5 (%6,8) kişinin orta derecede ciddi şiddet ve 18 (%24,3) kişinin ciddi şiddet içeren suçlar işledikleri görüldü. BFSO grubunda ise 15 (%45,5) kişinin tamamen şiddet dışı, 5 (%15,2) kişinin hafif-orta şiddet, 7 (%21,2) kişinin orta derecede şiddet, 2 (%6,1) kişinin orta derecede ciddi şiddet ve 4 (%12,1) kişinin ciddi şiddet içeren suçlar işledikleri görüldü. Son



suçların şiddet derecesi dağılımında gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=8,040$ ,  $p>0,05$ ).

**Tablo 22.** Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Son Suçun Şiddet Derecesinin Dağılım Özelliklerinin Karşılaştırılması

|                            | Bir Suçu Olanlar<br>N=74 |      | Birden Fazla Suçu Olanlar<br>N=33 |      | $\chi^2$ | P     |
|----------------------------|--------------------------|------|-----------------------------------|------|----------|-------|
|                            | N                        | %    | N                                 | %    |          |       |
| <b>Son Suçun Şiddeti</b>   |                          |      |                                   |      | 8,040    | >0,05 |
| Tamamen Şiddet Dışı        | 15                       | 20,3 | 15                                | 45,5 |          |       |
| Hafif-Orta Şiddet          | 11                       | 14,9 | 5                                 | 15,2 |          |       |
| Orta Derecede Şiddet       | 25                       | 33,8 | 7                                 | 21,2 |          |       |
| Orta Derecede Ciddi Şiddet | 5                        | 6,8  | 2                                 | 6,1  |          |       |
| Ciddi Şiddet               | 18                       | 24,3 | 4                                 | 12,1 |          |       |

Son suçlarında insana yönelik şiddet davranışında bulunan kişilerin **suç hedefi** dağılımlarına bakıldığında BSO grubunda 18 (%31,0) kişi aile bireylerine, 25 (%43,1) kişi tanıdığı ama aileden olmayan kişilere, 15 (%25,9) kişi ise tanımadığı kişilere yönelik suçlar işlemişlerdi. BFSO grupta ise 6 (%27,3) kişi aile bireylerine, 9 (%40,9) kişi tanıdığı ama aileden olmayan kişilere, 7 (%31,8) kişi ise tanımadığı kişilere yönelik suçlar işlemişlerdi. Grupların son suçlarındaki hedeflerin dağılımları arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=0,299$ ,  $p>0,05$ ).

Grupların son suçlarının işledikleri sırada kiminle yaşadıkları incelendiğinde; BSO grupta 19 (%25,7) kişinin yalnız, 55 (%74,3) kişinin ailesi ya da akrabaları ile; BFSO grubunda ise 29 (%57,6) kişinin yalnız, 14 (%42,4) kişinin ise ailesi ya da akrabaları ile yaşamakta oldukları görülmüştür. BFSO grubunda BSO grubuna göre son suçları sırasında yalnız yaşayan kişilerin oranı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $\chi^2=10,141$ ,  $p<0,01$ ).

**Tablo 23.** Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Son Suç Sırasında Yaşanılan Yer Dağılımının Karşılaştırılması

|                                               | Bir Suçu Olanlar<br>N=74 |      | Birden Fazla Suçu<br>Olanlar<br>N=33 |      | $\chi^2$ | P               |
|-----------------------------------------------|--------------------------|------|--------------------------------------|------|----------|-----------------|
|                                               | N                        | %    | N                                    | %    |          |                 |
| <b>Son Suç Sırasında<br/>Kiminle Yaşadığı</b> |                          |      |                                      |      | 10,141   | <b>&lt;0,01</b> |
| Aile                                          | 55                       | 74,3 | 14                                   | 42,4 |          |                 |
| Yalnız                                        | 19                       | 25,7 | 19                                   | 57,6 |          |                 |

Grupların işledikleri suçlarda ceza sorumlulukları değerlendirildiğinde BSO kişilerin 24'ünde (%32,4) ceza sorumluluğunun tam olduğu, BFSO grubunda ise 14 (%42,4) kişinin ceza sorumluluğunun tam olduğu görüldü. Ceza sorumluluğu dağılımında gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=0,995$ ,  $p>0,05$ ).

#### **2-c Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması**

BSO grubunun **hastalık başlangıç yaşı** ortalaması  $53,96 \pm 17,02$ , BFSO grubunda ise  $41,79 \pm 17,83$  olarak tespit edildi. BFSO grubunun hastalık başlangıç yaş ortalamasının anlamlı olarak düşük olduğu bulundu ( $t=2,814$ ,  $p<0,01$ ).

Kişilerin **ilk psikiyatrik başvuru yaş ortalamaları** incelendiğinde BSO grubunun ortalama  $59,52 \pm 15,92$ , BFSO grubunun  $53,21 \pm 15,56$  yaşında psikiyatrik tedavi için başvuruda bulunduğu görüldü. Psikiyatrik başvuru yaş ortalamalarında gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı ( $t=1,772$ ,  $p>0,05$ ).

**Tablo 24.** Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Hastalık Başlangıç Yaşı, İlk Psikiyatrik Başvuru Yaş Ortalamasının Karşılaştırılması

|                              | Bir Suçu Olanlar<br>n=74 |       | Birden Fazla Suçu<br>Olanlar n=33 |       | $t^*$ | p               |
|------------------------------|--------------------------|-------|-----------------------------------|-------|-------|-----------------|
|                              | Ortalama                 | SS    | Ortalama                          | SS    |       |                 |
| Hastalık Başlangıç Yaşı      | 53,96                    | 17,02 | 41,79                             | 17,83 | 2,814 | <b>&lt;0,01</b> |
| İlk Psikiyatrik Başvuru Yaşı | 59,52                    | 15,92 | 53,21                             | 15,56 | 1,772 | $>0,05$         |

\*t, Student T Test

BSO grubunun toplam psikiyatrik **Hastanede yatış sayısı** ortalama  $1,99 \pm 2,05$ , BFSO grubunun  $3,59 \pm 3,49$ 'du. BFSO grubunun toplam hastanede yatış sayısı BSO grubundan anlamlı olarak yüksek tespit edildi ( $t=2,430$ ,  $p<0,05$ ).

**Adli servise yatış sayıları** değerlendirildiğinde; BSO grubunun ortalama  $1,23 \pm 0,51$  defa, BFSO grubunun  $2,30 \pm 1,75$  defa adli servislere yatırıldığı görüldü. BFSO grubunun toplam adli servise yatış sayısı BSO grubundan anlamlı olarak yüksek tespit edildi ( $t=3,442$ ,  $p<0,05$ ).

Kişilerin **son hastanede yatış süre** ortalamaları incelendiğinde BSO grubunun ortalama  $106,46 \pm 272,04$  gün, BFSO grubunun  $169,06 \pm 366,35$  gün hastanede yatırılmış oldukları görüldü. Son hastanede yatış süreleri açısından gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı ( $t=0,984$ ,  $p>0,05$ ).

**Tablo 25.** Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Toplam ve Adli servise yatış Sayısı, Son Hastanede yatış Süresinin Karşılaştırılması

|                                    | Bir Suçu Olanlar<br>n=74 |        | Birden Fazla Suçu Olanlar<br>n=33 |        | t*    | P               |
|------------------------------------|--------------------------|--------|-----------------------------------|--------|-------|-----------------|
|                                    | Ortalama                 | SS     | Ortalama                          | SS     |       |                 |
| Toplam Hastanede Yatış Sayısı      | 1,99                     | 2,05   | 3,59                              | 3,49   | 2,430 | <b>&lt;0,05</b> |
| Adli Birimde Yatış Sayısı          | 1,23                     | 0,51   | 2,30                              | 1,75   | 3,442 | <b>&lt;0,05</b> |
| Hastanede Son Yatışın Süresi (Gün) | 106,46                   | 272,04 | 169,06                            | 366,35 | 0,984 | <b>&gt;0,05</b> |

\*t, Student T Test

Grupların **son hastanede yatış nedenleri** incelendiğinde, BSO grubunda 40 (%54,1) kişi ceza sorumluluğunun belirlenmesi, 24 (%32,4) kişi koruma tedavi, 8 (%10,8) kişi tedavi, 2 (%2,7) kişi diğer nedenlerle hospitalize edilmişti. BFSO grubunda 20 (%60,6) kişi ceza sorumluluğunun belirlenmesi, 9 (%27,3) kişi koruma tedavi, 1 (%3,0) kişi tedavi, 3 (%9,1) kişi diğer nedenlerle hospitalize edilmişti. Grupların hastanede yatış nedenleri dağılımı arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=4,007$ ,  $p>0,05$ ).

Hastaneden **çıkış tanıları** incelendiğinde BSO grubunda 21 (%28,4) kişide psikiyatrik tanı olmadığı saptanmış, 9 (%12,2) kişi şizofreni, 6 (%8,1) kişi bipolar bozukluk, 4 (%5,4) kişi başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk, 13 (%17,6) kişi hezeyanlı bozukluk, 1 (%1,4) kişi alkol ve psikoaktif madde kullanımına bağlı psikiyatrik bozukluk, 5 (%6,8) kişi genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluk, 1 (%1,4) kişi uyum bozukluğu, 10 (%13,5) kişi demans, 1 (%1,4) kişi kişilik bozukluğu, 3 (%4,1) kişi mental retardasyon tanıları konularak hastaneden çıkarılmıştı. BFSO grubunda 3 (%9,1) kişide psikiyatrik bozukluk saptanmamış, 4 (%12,1) kişi şizofreni, 1 (%3,0) kişi bipolar bozukluk, 2 (%6,1) kişi başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk, 11 (%33,3) kişi hezeyanlı bozukluk, 5 (%15,2) kişi alkol ve psikoaktif madde kullanımına bağlı psikiyatrik bozukluk, 2 (%6,1) kişi uyum bozukluğu, 1 (%3,0) kişi demans, 3 (%9,1) kişi kişilik bozukluğu, 1 (%3,0) kişi mental retardasyon tanıları konularak çıkarılmıştı. Çıkış tanılarında BSO grupta tanı almayan kişi oranı BFSO gruptan anlamlı olarak yüksek tespit edildi ( $\chi^2=4,880$ ,  $p<0,05$ ).

**Tablo 26.** Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Çıkış Tanıları Dağılım Özelliklerinin Karşılaştırılması

| Çıkış Tanısı                                                          | Bir Suçu Olanlar N=74 |             | Birden Fazla Suçu Olanlar N=33 |            | $\chi^2$ | P     |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------|--------------------------------|------------|----------|-------|
|                                                                       | N                     | %           | N                              | %          |          |       |
| <b>Yok</b>                                                            | <b>21</b>             | <b>28,4</b> | <b>3</b>                       | <b>9,1</b> | 4,880    | <0,05 |
| Şizofreni                                                             | 9                     | 12,2        | 4                              | 12,1       |          |       |
| Bipolar Bozukluk                                                      | 6                     | 8,1         | 1                              | 3,0        |          |       |
| BTA Psikotik Bozukluk                                                 | 4                     | 5,4         | 2                              | 6,1        |          |       |
| Hezeyanlı Bozukluk                                                    | 13                    | 17,6        | 11                             | 33,3       |          |       |
| Alkol ve Psikoaktif Madde Kullanımı İle İlişkili Psikiyatrik Bozukluk | 1                     | 1,4         | 5                              | 15,2       |          |       |
| Uyum Bozukluğu                                                        | 1                     | 1,4         | 2                              | 6,1        |          |       |
| Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikiyatrik Bozukluk                         | 5                     | 6,8         | 0                              | 0          |          |       |
| Mental Retardasyon                                                    | 3                     | 4,1         | 1                              | 3,0        |          |       |
| Kişilik Bozuklukları                                                  | 1                     | 1,4         | 3                              | 9,1        |          |       |
| Demans                                                                | 10                    | 13,5        | 1                              | 3,0        |          |       |

Her iki grupta psikiyatrik hastalık tanı alan kişilerde **eşlik eden psikiyatrik hastalık** dağılımı incelendiğinde BSO kişilerin 52'sinde (%98,1) eşlik eden psikiyatrik hastalık bulunmazken, 1 (%1,4) kişide eşlik eden alkol ve psikoaktif madde kullanım bozukluğu tespit edildi. BFSO kişilerin ise 22'sinde (%73,3) eşlik eden psikiyatrik hastalık bulunmazken, 3 (%9,1) kişide eşlik eden alkol ve psikoaktif madde kullanım bozukluğu, 3 (%9,1) kişide kişilik bozukluğu, 1 (%3,0) kişide genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluk ve 1 (%3,0) kişide ise demans tespit edilmiştir. BFSO grupta eşlik eden psikiyatrik hastalık oranı BSO gruptan anlamlı olarak fazla tespit edildi ( $\chi^2=12,167$ ,  $p<0,01$ ).

**Tablo 27.** Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Komorbidite Dağılımının Karşılaştırılması

|                    | BSO N=53 |      | BFSO N=30 |      | $\chi^2$ | P               |
|--------------------|----------|------|-----------|------|----------|-----------------|
|                    | N        | %    | N         | %    |          |                 |
| <b>Komorbidite</b> |          |      |           |      | 12,167   | <b>&lt;0,01</b> |
| Yok                | 52       | 98,1 | 22        | 73,3 |          |                 |
| Var                | 1        | 1,9  | 8         | 26,7 |          |                 |

Grupların **geçmişte alkol ve/veya madde kullanım özellikleri** değerlendirildiğinde; BSO grubunda 6 (%8,1) kişi, BFSO grubunda 15 (%45,5) kişi geçmişte alkol ve veya madde kullanımı olduğunu belirtmiştir. Geçmişte alkol ve veya madde kullanım oranı BFSO grubunda anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir ( $\chi^2=20.179$ ,  $p<0.01$ ).

**Tablo 28.** Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Geçmişte Alkol/Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

|                                       | BSO N=74 |      | BFSO N=33 |      | $\chi^2$ | P               |
|---------------------------------------|----------|------|-----------|------|----------|-----------------|
|                                       | N        | %    | N         | %    |          |                 |
| <b>Geçmişte Alkol-Madde kullanımı</b> |          |      |           |      | 20.179   | <b>&lt;0.01</b> |
| Yok                                   | 68       | 91.9 | 18        | 54.5 |          |                 |
| Var                                   | 6        | 8.1  | 15        | 45.5 |          |                 |

Grupların **yatışları sırasında alkol ve/veya madde kullanım özellikleri** değerlendirildiğinde; BSO grubunda 3 (%4,1) kişi, BFSO grubunda 9 (%27,3) kişi alkol ve/veya madde kullanımı olduğunu belirtmiştir. Alkol ve veya madde kullanım oranı BFSO grubunda anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir ( $p<0.01$ ).

**Tablo 29.** Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Yatışları Sırasında Alkol/Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

|                               | Bir Suçu Olanlar<br>N=74 |      | Birden Fazla Suçu<br>Olanlar N=33 |      | $\chi^2$ | P               |
|-------------------------------|--------------------------|------|-----------------------------------|------|----------|-----------------|
|                               | N                        | %    | N                                 | %    |          |                 |
| <b>*Alkol-Madde Kullanımı</b> |                          |      |                                   |      |          | <b>&lt;0.01</b> |
| Yok                           | 71                       | 95.9 | 24                                | 72.7 |          |                 |
| Var                           | 3                        | 4.1  | 9                                 | 27.3 |          |                 |

\*Fisher's Exact Test Uygulandı

Çalışmaya alınan kişilerden psikiyatrik tanı alanların **önde gelen psikotik semptom dağılımlarına** bakıldığında BSO grubunda 23 (%31,1) kişinin kötülük görme hezeyanı, 6 (%8,1) kişinin kıskançlık hezeyanı, 1 (%1,4) kişinin dezorganize davranışı, 2 (%2,7) kişinin hak arama hezeyanı ve 1(%1,4) kişinin diğer psikotik semptomu olduğu görüldü. BFSO grubunda 11 (%33,3) kişinin kötülük görme hezeyanı, 5 (%15,2) kişinin kıskançlık hezeyan, 1 (%3,0) kişinin negatif semptomu olduğu görüldü. Her iki grupta da en yüksek oranda bulunan önde gelen psikotik semptomu kötülük görme hezeyanı oluşturmaktaydı. Gruplar arasında psikotik semptom varlığı açısından istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=0.251$ ,  $p>0.05$ ).

Psikiyatrik tedavi amacıyla toplam hastanede yatış süreleri dağılımı Tablo 30'da özetlenmiş olup gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmuştur ( $\chi^2=11.595$ ,  $p<0.01$ ). İleri istatistiksel analizlerde BSO grubunda 0 - 30 gün arasında hospitalize edilmiş kişilerin oranı (N=45, %60,8) BFSO grubundan (N=10, %30,3) anlamlı olarak yüksek; BFSO grubunda 6 – 12 ay arasında hospitalize edilmiş kişilerin oranı (N=6, %18,2) BSO grubundan (N=3, %4,1) anlamlı olarak yüksek; BFSO grubunda 12 aydan uzun süre hospitalize edilmiş kişilerin oranı (N=9, %27,3) BSO grubundan (N=11, %14,9) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

**Tablo 30.** Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde Toplam Hastanede yatış Süre Dağılımının Karşılaştırılması

|                               | BSO N=74 |      | BFSO N=33 |      | $\chi^2$ | P               |
|-------------------------------|----------|------|-----------|------|----------|-----------------|
|                               | N        | %    | N         | %    |          |                 |
| <b>Toplam Hastanede Yatış</b> |          |      |           |      | 11.595   | <b>&lt;0.01</b> |
| 0 – 30 gün                    | 45       | 60.8 | 10        | 30.3 |          |                 |
| 1 – 6 Ay                      | 15       | 20.3 | 8         | 24.2 |          |                 |
| 6 – 12 Ay                     | 3        | 4.1  | 6         | 18.2 |          |                 |
| 12 Aydan Uzun                 | 11       | 14.9 | 9         | 27.3 |          |                 |

**Suçtan önce psikiyatrik tedavisi öyküsü** değerlendirildiğinde BSO grubunda 29 (%40,3) kişinin, BFSO grubunda 18 (%56,3) kişinin suç öncesinde psikiyatrik başvurusu olduğu görülmüştür. Gruplar arasında suç öncesi psikiyatrik başvuru varlığı açısından istatistiksel farklılık bulunmamıştır ( $\chi^2=2.282$ ,  $p>0.05$ ).

**İntihar girişimi** varlığı değerlendirildiğinde; BSO grubunda 2 (%2,7), BFSO grubunda 1 (%3,0) kişinin geğmişte intihar girişiminde bulunduğu görülmüştür. Grupların geğmişte intihar girişiminde bulunma dağılımları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Soygeğmiş zellikleri** incelendiğinde; BSO grubunda 12 (%16,2), BFSO grubunda 6 (%18,2) kişinin birinci ve/veya ikinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü bulunurken, gruplar arasında soygeğmiş özellikleri açısından istatistiksel farklılık saptanılmamıştır ( $\chi^2=0.063$ ,  $p>0.05$ ).

Psikiyatrik tedavi uygulanan hastaların **tedaviye uyum özellikleri** incelendiğinde; BSO grubunda 34 (%54,0) kişinin, BFSO grubunda 13 (%41,9) kişinin tedaviye uyumlu olduğu görüldü. Tedaviye uyum açısından gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2= 2.589$ ,  $p>0.05$ ).

**Psikofarmakolojik tedaviler** değerlendirildiğinde; BSO grubunda 28 (%37,8) kişiye ilaç tedavisi verilmezken, 36 (%48,7) kişi antipsikotik, 3 (%4,1) kişi antidepresan, 4 (%5,4) kişi anksiyolitik, 3 (%4,1) kişi diğer ilaçlarla tedavi edilmişti. BFSO grubunda ise 10 (30,3) kişiye ilaç tedavisi verilmezken, 19 (%57,6) kişi antipsikotik, 3 (%9,1) kişi antidepresan, 1 (%3,0) kişi anksiyolitik ilaçlarla tedavi edilmişti. Gruplar arasında kullanılan psikofarmakolojik tedavi dağılımında istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=0.752$ ,  $p>0.05$ ).

**Çoklu ilaç kullanımı** değerlendirildiğinde, BSO gruptan 10 (%%13,5) kişide, BFSO gruptan 10 (%30,3) kişide çoklu ilaç kullanımı gerekmiş olup, BFSO'larda çoklu ilaç kullanımı oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $\chi^2=4.233$ ,  $p<0.05$ ).

**Tablo 31.** Bir ve Birden Fazla Suçu Olan Kişilerde oklu İlaç Kullanım zelliklerinin Karşılaştırılması

|                             | Bir Suçu Olanlar<br>N=74 |      | Birden Fazla Suçu<br>Olanlar N=33 |      |          | P               |
|-----------------------------|--------------------------|------|-----------------------------------|------|----------|-----------------|
|                             | N                        | %    | N                                 | %    | $\chi^2$ |                 |
| <b>oklu İlaç Kullanımı</b> |                          |      |                                   |      | 4.233    | <b>&lt;0.05</b> |
| Yok                         | 63                       | 86.5 | 23                                | 69.7 |          |                 |
| Var                         | 10                       | 13.5 | 10                                | 30.3 |          |                 |



### 3 SUÇ SIRASINDA YAŞANILAN ORTAMA GÖRE GRUPLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmaya alınan 38 (%35,5) kişi son suçlarını işlediklerinde yalnız yaşarken (Yalnız Yaşayan, YY), 69 kişi (%64,5) aile bireyleri (Aile ile Yaşayan, AY) yaşamaktaydı.

#### 3-a Suç Özelliklerinin Karşılaştırılması

YY kişilerin **ortalama suç sayısı**  $2.18 \pm 1.64$ , AY kişilerin suç sayısı ortalamaları  $1.35 \pm 0.9$  idi. YY kişilerin ortalama suç sayısı anlamlı derecede yüksek tespit edildi ( $t=2.863$ ,  $p<0.01$ ).

YY kişileri **ilk suç işledikleri yaş** ortalaması  $51.03 \pm 19.64$ , AY olan kişilerin ilk suç işleme yaş ortalamaları  $63.01 \pm 14.46$  olup, YY kişilerin ilk suç işleme yaş ortalaması anlamlı olarak düşük tespit edildi ( $t=3.301$ ,  $p<0.01$ ).

**Tablo 32.** Son Suç Öncesi Yalnız Yaşayan ve Aile İle Yaşayan Kişilerde Suç Sayısı, İlk Suç Yaşı Özelliklerinin Karşılaştırılması

|              | Yalnız Yaşayanlar<br>N=38 |       | Aile ile Yaşayanlar<br>N=69 |       | t*    | p     |
|--------------|---------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------|-------|
|              | Ortalama                  | SS    | Ortalama                    | SS    |       |       |
| Suç Sayısı   | 2.18                      | 1.64  | 1.35                        | 0.9   | 2.863 | <0.01 |
| İlk Suç Yaşı | 51.03                     | 19.64 | 63.01                       | 14.46 | 3.301 | <0.01 |

Grupların işlemiş oldukları **en ağır suç türü** dağılımları incelendiğinde YY grubunda 22 (%57,9) kişinin adam öldürme, öldürmeye teşebbüs, cinsel saldırı ve yaralama gibi insanın beden bütünlüğüne yönelik şiddet suçları işlediği, 16 (%42,1) kişinin ise yaralama oluşturmayan saldırı, tehdit, hakaret, mala zarar, hırsızlık, kamu suçları gibi suçlar işlediği görüldü. AY grubunda 33 (%47,8) kişinin adam öldürme, öldürmeye teşebbüs, cinsel saldırı ve yaralama gibi insanın beden bütünlüğüne yönelik şiddet suçları işlediği, 36 (%52,2) kişinin ise yaralama oluşturmayan saldırı, tehdit, hakaret, mala zarar, hırsızlık, kamu suçları gibi suçlar işlediği görüldü. Grupların en ağır suç dağılımı açısından istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=0.994$ ,  $p>0.05$ ).

Grupların **en ağır suçlarının şiddet derecesinin** dağılımına bakıldığında, YY grubunda 4 (%10,5) kişinin tamamen şiddet dışı, 5 (%13,2) kişinin hafif-orta şiddet, 15 (%39,5) kişinin orta derecede şiddet, 4 (%10,5) kişinin orta derecede ciddi şiddet ve 10 (%26,3) kişinin ciddi şiddet içeren suçlar işledikleri görüldü. AY grubunda ise 18 (%26,1) kişinin tamamen şiddet dışı, 9 (%13,0) hafif-orta şiddet, 18 (%26,1) kişinin orta derecede şiddet, 7 (%10,1) kişinin orta derecede ciddi şiddet ve 17 (%24,6) kişinin ciddi şiddet içeren suçlar işledikleri görüldü. İşlenilmiş olan en ağır suçların şiddet derecesinin dağılımında gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=4.341$ ,  $p>0.05$ ).

En ağır suçlarında insana yönelik şiddet davranışında bulunan kişilerin **suç hedefi dağılımlarına** bakıldığında, YY grubunda 7 (%23,3) kişi aile bireylerini, 14 (%46,7) kişi tanıdığı ama aileden olmayan kişileri, 9 (%30,0) kişi ise tanımadığı kişilere yönelik suçlar işlemişlerdi. AY grubunda ise 20 (%36,4) kişi aile bireylerini, 21 (%38,2) kişi tanıdığı ama aileden olmayan kişileri, 14 (%25,5) kişi ise tanımadığı kişilere yönelik suçlar işlemişlerdi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede en ağır suç hedef dağılımları açısından gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=1.525$ ,  $p>0.05$ ).

Grupların işledikleri suçlarda **ceza sorumlulukları** değerlendirildiğinde YY kişilerin 10'unda (%26,3) ceza sorumluluğunun tam olduğu, AY grubunda ise 28 (%41,8) kişinin ceza sorumluluğunun tam olduğu görüldü. Ceza sorumluluğu dağılımında gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=2.177$ ,  $p>0.05$ ).

Grupların **son işlemiş oldukları suç türü** dağılımları incelendiğinde YY grubunda 15 (%39,5) kişinin adam öldürme, öldürmeye teşebbüs, cinsel saldırı ve yaralama gibi insanın beden bütünlüğüne yönelik şiddet suçları işlediği, 23 (%60,5) kişinin ise yaralama oluşturmayan saldırı, tehdit, hakaret, mala zarar, hırsızlık, kamu suçları gibi suçlar işlediği görüldü. AY grubunda 30 (%43,5) kişinin adam öldürme, öldürmeye teşebbüs, cinsel saldırı ve yaralama gibi insanın beden bütünlüğüne yönelik şiddet suçları işlediği, 39 (%56,5) kişinin ise yaralama oluşturmayan saldırı, tehdit, hakaret, mala zarar, hırsızlık, kamu suçları gibi suçlar

işlediği görüldü. Grupların en ağır suç dağılımı açısından istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=0.161$ ,  $p>0.05$ ).

**Tablo 33.** Son Suç Öncesi Yalnız Yaşayan ve Aile İle Yaşayan Kişilerde Son Suç Türlerinin Karşılaştırılması

|                                                         | Yalnız Yaşayanlar<br>N=38 |             | Aile ile<br>Yaşayanlar N=69 |             | $\chi^2$ | p     |
|---------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|----------|-------|
|                                                         | N                         | %           | N                           | %           |          |       |
| <b>Son Suç Türü</b>                                     |                           |             |                             |             | 0.161    | >0.05 |
| <b>İnsanın Beden Bütünlüğüne Yönelik Suçlar</b>         | <b>15</b>                 | <b>39.5</b> | <b>30</b>                   | <b>43.5</b> |          |       |
| Adam Öldürme                                            | 2                         | 5.3         | 14                          | 20.3        |          |       |
| Öldürmeye Teşebbüs                                      | 4                         | 10.5        | 2                           | 2.9         |          |       |
| Kasten Yaralama                                         | 7                         | 18.7        | 8                           | 11.6        |          |       |
| Cinsel Saldırı                                          | 2                         | 5.3         | 6                           | 8.7         |          |       |
| <b>İnsanın Beden Bütünlüğüne Yönelik Olmayan Suçlar</b> | <b>23</b>                 | <b>60.5</b> | <b>39</b>                   | <b>56.5</b> |          |       |
| Tehdit-Hakaret                                          | 6                         | 15.8        | 8                           | 11.6        |          |       |
| Mala Zarar Verme                                        | 3                         | 7.9         | 1                           | 1.4         |          |       |
| Yangın Çıkarma                                          | 3                         | 7.9         | 4                           | 5.8         |          |       |
| Hırsızlık                                               | 2                         | 5.3         | 1                           | 1.4         |          |       |
| Uyuşturucu Kullanma                                     | 1                         | 2.6         | 1                           | 1.4         |          |       |
| Uyuşturucu Satma                                        | 4                         | 10.5        | 1                           | 1.4         |          |       |
| Kamu Suçları                                            | 2                         | 5.3         | 6                           | 8.7         |          |       |
| Ruhsatsız Silah Kullanma                                | 0                         | 0           | 1                           | 1.4         |          |       |
| Dolandırıcılık                                          | 0                         | 0           | 4                           | 5.8         |          |       |
| Diğer                                                   | 1                         | 2.6         | 7                           | 10.1        |          |       |

Grupların **son suçlarının şiddet derecesinin** dağılımına bakıldığında, YY grubunda 10 (%26,3) kişinin tamamen şiddet dışı, 6 (%15,8) kişinin hafif-orta şiddet, 14 (%36,8) kişinin orta derecede şiddet, 1 (%2,6) kişinin orta derecede ciddi şiddet ve 7 (%18,4) kişinin ciddi şiddet içeren suçlar işledikleri görüldü. AY grubunda ise 20 (%29,0) kişinin tamamen şiddet dışı, 10 (%14,5) hafif-orta şiddet,

18 (%26,1) kişinin orta derecede şiddet, 6 (%8,7) kişinin orta derecede ciddi şiddet ve 15 (%21,7) kişinin ciddi şiddet içeren suçlar işledikleri görüldü. Son suçların şiddet derecesinin dağılımında gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=2.546$ ,  $p>0.05$ ).

Son suçlarında insana yönelik şiddet davranışında bulunan kişilerin **suç hedefi dağılımlarına** bakıldığında YY grubunda 3 (%11,5) kişi aile bireylerini, 13 (%50,0) kişi tanıdığı ama aileden olmayan kişileri, 10 (%38,5) kişi ise tanımadığı kişilere yönelik suçlar işlemişlerdi. AY grupta ise 21 (%38,9) kişi aile bireylerini, 21 (%38,9) kişi tanıdığı ama aileden olmayan kişileri, 12 (%22,2) kişi ise tanımadığı kişilere yönelik suçlar işlemişlerdi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede AY grubunda aile bireylerine yönelik saldırının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ( $\chi^2=6.569$ ,  $p<0.05$ ).

**Tablo 34.** Son Suç Öncesi Yalnız Yaşayan ve Aile İle Yaşayan Kişilerde Son Suç Hedef Dağılımlarının Karşılaştırılması

|                         | Yalnız Yaşayanlar<br>N=30 |      | Aile ile<br>Yaşayanlar N=55 |      | $\chi^2$ | p     |
|-------------------------|---------------------------|------|-----------------------------|------|----------|-------|
|                         | N                         | %    | N                           | %    |          |       |
| <b>Son Suçun Hedefi</b> |                           |      |                             |      | 6.569    | <0.05 |
| Aile                    | 3                         | 11.5 | 21                          | 38.9 |          |       |
| Akraba Olmayan Tanıdık  | 13                        | 50.0 | 21                          | 38.9 |          |       |
| Tanımadığı Kişi         | 10                        | 38.5 | 12                          | 22.2 |          |       |

**Suç aleti** kullanım özelliklerinin incelenmesinde; YY grubunda 3 (%7,9) kişi ateşli silah, 1 (%2,6) kişi künt cisim, 11 (%28,9) kişi delici kesici alet, 5 (%13,2) kişi sözlü saldırı, 2 (%5,3) kişi cinsel taciz, 5 (%13,2) kişi mala zarar verme ve 11 (%28,9) kişi ise diğer suç aletlerini kullanmıştı. AY grubunda 13 (%18,8) kişi ateşli silah, 2 (%2,9) kişi künt cisim, 11 (%15,9) kişi delici kesici alet, 4 (%5,8) kişi elle vurma, 7(%10,1) kişi sözlü saldırı, 7 (%10,1) kişi cinsel taciz, 4 (%5,8) kişi mala amaçlı zarar verme ve 21 (%30,4) kişi ise diğer suç aletlerini kullanmıştı. Suç sırasında kullanılan araç özellikleri açısından gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=0.033$ ,  $p>0.05$ ).

Kişilerin son hastaneye yatışlarında **hastaneden çıkış tanılarının** dağılımı incelendiğinde YY grubunda 5 (%13,2) kişinin tanı almadığı, 23 (%60,5) kişinin psikotik bozukluk sınıfından bir tanı aldığı, 3 (%7,9) kişinin organik mental bozukluk ve/veya mental retardasyon tanısı aldığı ve 7 (%18,4) kişinin diğer psikiyatrik tanıları aldığı görülmüştür. AY grubunda 19 (%27,5) kişinin tanı almadığı, 20 (%29,0) kişinin psikotik bozukluk sınıfından bir tanı aldığı, 17 (%24,6) kişinin organik mental bozukluk ve/veya mental retardasyon tanısı aldığı ve 13 (%18,8) kişinin diğer psikiyatrik tanıları aldığı görülmüştür. Grupların çıkış tanılarının dağılımı açısından anlamlı istatistiksel farklılık bulundu ( $\chi^2=12.002$ ,  $p<0.01$ ). Yapılan ileri istatistiksel analizlerde YY grubunda psikotik bozukluk tanısı alan kişilerin oranının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi.

**Tablo 35.** Son Suç Öncesi Yalnız Yaşayan ve Aile İle Yaşayan Kişilerde Hastaneden Çıkış Tanı Dağılımlarının Karşılaştırılması

|                                                          | Yalnız Yaşayan N=38 |             | Aile ile Yaşayan N=69 |             | $\chi^2$ | p     |
|----------------------------------------------------------|---------------------|-------------|-----------------------|-------------|----------|-------|
|                                                          | N                   | %           | N                     | %           |          |       |
| <b>Çıkış Tanısı</b>                                      |                     |             |                       |             | 12.002   | <0.01 |
| <b>Yok</b>                                               | <b>5</b>            | <b>13.2</b> | <b>19</b>             | <b>27.5</b> |          |       |
| <b>Psikotik Bozukluklar</b>                              |                     |             |                       |             |          |       |
| Şizofreni                                                | 11                  | 28.9        | 2                     | 2.9         |          |       |
| BTA Psikotik Bozukluk                                    | 3                   | 7.9         | 3                     | 4.3         |          |       |
| Hezeyanlı Bozukluk                                       | 9                   | 23.7        | 15                    | 21.7        |          |       |
| <b>Organik Mental Bozukluklar</b>                        |                     |             |                       |             |          |       |
| Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikiyatrik Bozukluk            | 1                   | 2.6         | 4                     | 5.8         |          |       |
| Mental Retardasyon                                       | 0                   | 0           | 4                     | 5.8         |          |       |
| Demans                                                   | 2                   | 5.3         | 9                     | 13.0        |          |       |
| <b>Diğer</b>                                             |                     |             |                       |             |          |       |
| Bipolar Bozukluk                                         | 1                   | 2.6         | 6                     | 8.7         |          |       |
| Alkol ve PAM kullanımı ile ilişkili psikiyatrik bozukluk | 4                   | 10.5        | 2                     | 2.9         |          |       |
| Uyum Bozukluğu                                           | 0                   | 0           | 3                     | 4.3         |          |       |
| Kişilik Bozuklukları                                     | 2                   | 5.3         | 2                     | 2.9         |          |       |

#### 4-AİLE BİREYLERİNE VE AİLE BİREYİ OLMAYANLARA YÖNELİK SUÇ İŞLEYENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Son suçları aile bireylerine yönelik olan kişi sayısı 24 (%30,0) (Aile Bireyine Suç İşleyen, ABS), aile bireyleri dışındakileri hedef alan kişi sayısı 56 (%70) (Yabancı Bireye Suç İşleyen, YBS) olarak tespit edildi.

##### 4-a Suç Özelliklerinin Karşılaştırılması

ABS kişilerin **ortalama suç sayısı**  $1.25 \pm 0.44$ , YBS kişilerin suç sayısı ortalamaları  $1.52 \pm 1.11$  idi. Suç sayıları açısından gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ( $t=1.541$ ,  $p>0.05$ ).

ABS işleyen kişilerin **ilk suç işledikleri yaş** ortalaması  $64.54 \pm 14.16$ , YBS olan kişilerin ilk suç işleme yaş ortalamaları  $58.73 \pm 17.11$  olup, gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ( $t=1.461$ ,  $p>0.05$ ).

Grupların işlemiş oldukları **en ağır suç** türü dağılımları incelendiğinde ABS grubunda 18 (%75,0) kişinin adam öldürme, öldürmeye teşebbüs, cinsel saldırı ve yaralama gibi insanın beden bütünlüğüne yönelik suçlar işlediği, 6 (%25,0) kişinin ise yaralama oluşturmayan saldırı, tehdit, hakaret, mala zarar, hırsızlık, kamu suçları gibi suçlar işlediği görüldü. YBS grubunda 31 (%55,4) kişinin adam öldürme, öldürmeye teşebbüs, cinsel saldırı ve yaralama gibi insanın beden bütünlüğüne yönelik suçlar, 25 (%44,6) kişinin ise yaralama oluşturmayan saldırı, tehdit, hakaret, mala zarar, hırsızlık, kamu suçları gibi suçlar işlediği görüldü. Grupların suç türü dağılımı açısından anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=2.731$ ,  $p>0.05$ ).

Grupların **en ağır suçlarının şiddet derecesinin** dağılımına bakıldığında ABS grubunda 3 (%12,5) kişinin hafif-orta şiddet, 9 (%37,5) kişinin orta derecede şiddet, 3 (%12,5) kişinin orta derecede ciddi şiddet ve 9 (%37,5) kişinin ciddi şiddet içeren suçlar işledikleri görüldü. YBS grubunda ise 10 (%17,9) kişinin tamamen şiddet dışı, 11 (%19,6) kişinin hafif-orta şiddet, 17 (%30,4) kişinin orta derecede şiddet, 2 (%3,6) kişinin orta derecede ciddi şiddet ve 16 (%28,6) ciddi şiddet içeren suçlar işledikleri görüldü. İşledikleri en ağır suçların şiddet derecesinin dağılımda gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=7.611$ ,  $p>0.05$ ).

Grupların işledikleri **son suç türü** dağılımları incelendiğinde ABS grubunda 17 (%70,8) kişinin adam öldürme, öldürmeye teşebbüs, cinsel saldırı ve yaralama gibi insanın beden bütünlüğüne yönelik suçlar işlediği, 7 (%29,2) kişinin ise yaralama oluşturmeyan saldırı, tehdit, hakaret, mala zarar, hırsızlık, kamu suçları gibi suçlar işlediği görüldü. YBS grubunda 28 (%50,0) kişinin adam öldürme, öldürmeye teşebbüs, cinsel saldırı ve yaralama gibi insanın beden bütünlüğüne yönelik suçlar, 28 (%50,0) kişinin ise yaralama oluşturmeyan saldırı, tehdit, hakaret, mala zarar, hırsızlık, kamu suçları gibi suçlar işlediği görüldü. Grupların suç türü dağılımı açısından anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=2.963$ ,  $p>0.05$ ).

**Tablo 36.** Aile Bireylerine ve Yabancı Bireylere Yönelik Suç İşleyen Kişilerde Son Suç Türleri Dağılımının Karşılaştırılması

|                                                         | ABS N=24  |             | YBS N=56  |             | $\chi^2$ | p     |
|---------------------------------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|----------|-------|
|                                                         | N         | %           | N         | %           |          |       |
| <b>Son Suç Türü</b>                                     |           |             |           |             | 2.96     | >0.05 |
| <b>İnsanın Beden Bütünlüğüne Yönelik Suçlar</b>         | <b>17</b> | <b>70.8</b> | <b>28</b> | <b>50.0</b> |          |       |
| Adam Öldürme                                            | 9         | 37.5        | 7         | 12.5        |          |       |
| Öldürmeye Teşebbüs                                      | 1         | 4.2         | 5         | 8.9         |          |       |
| Kasten Yaralama                                         | 7         | 29.2        | 8         | 14.3        |          |       |
| Cinsel Saldırı                                          | 0         | 0           | 8         | 14.3        |          |       |
| <b>İnsanın Beden Bütünlüğüne Yönelik Olmayan Suçlar</b> | <b>7</b>  | <b>29.2</b> | <b>28</b> | <b>50.0</b> |          |       |
| Yaralama Oluşturmeyan Saldırı                           | 4         | 16.7        | 2         | 3.6         |          |       |
| Tehdit-Hakaret                                          | 2         | 8.3         | 11        | 19.6        |          |       |
| Mala Zarar Verme                                        | 0         | 0           | 2         | 3.6         |          |       |
| Hırsızlık                                               | 0         | 0           | 1         | 1.8         |          |       |
| Uyuşturucu Kullanma                                     | 0         | 0           | 1         | 1.8         |          |       |
| Kamu Suçları                                            | 0         | 0           | 2         | 3.6         |          |       |
| Ruhsatsız Silah Kullanma                                | 0         | 0           | 1         | 1.8         |          |       |
| Dolandırıcılık                                          | 0         | 0           | 3         | 5.4         |          |       |
| Diğer                                                   | 1         | 4.2         | 5         | 8.9         |          |       |

Grupların **son suçlarının şiddet derecesinin** dağılımına bakıldığında ABS grubunda 1 (%4,2) kişinin tamamen şiddet dışı, 4 (%16,7) kişinin hafif-orta şiddet, 8 (%33,3) kişinin orta derecede şiddet, 2 (%8,3) kişinin orta derecede ciddi şiddet ve 9 (%37,5) kişinin ciddi şiddet içeren suçlar işledikleri görüldü. YBS grubunda ise 11 (%19,6) kişinin tamamen şiddet dışı, 12 (%21,4) kişinin hafif-orta şiddet, 19 (%33,9) kişinin orta derecede şiddet, 1 (%1,8) kişinin orta derecede ciddi şiddet ve 13 (%23,2) ciddi şiddet içeren suçlar işledikleri görüldü. İşledikleri en ağır suçların şiddet derecesinin dağılımında gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=6.042$ ,  $p>0.05$ ).

Grupların son suçları sırasında **yaşadıkları yer** dağılımı incelendiğinde ABS grubunda 3 (%12,5) kişinin yalnız, 21 (%87,5) kişinin ailesi ya da akrabaları ile; YBS grubunda ise 23 (%41,1) kişinin yalnız, 33 (%58,9) kişinin ise ailesi ya da akrabaları ile yaşamakta oldukları görülmüştür. YBS işleyen grupta yalnız yaşayan kişilerin oranı anlamlı derecede yüksek tespit edildi ( $\chi^2=6.252$ ,  $p<0.05$ ).

**Tablo 37.** Aile Bireylerine ve Yabancı Bireylere Yönelik Suç İşleyen Kişilerde Son Suçları Öncesinde Yaşadıkları Yerlerin Dağılımının Karşılaştırılması

|                                       | ABS N=24 |      | YBS N=56 |      | $\chi^2$ | p               |
|---------------------------------------|----------|------|----------|------|----------|-----------------|
|                                       | N        | %    | N        | %    |          |                 |
| <b>Suç Sırasında Kiminle Yaşadığı</b> |          |      |          |      | 6.252    | <b>&lt;0.05</b> |
| Yalnız                                | 3        | 12.5 | 23       | 41.1 |          |                 |
| Aile ile                              | 21       | 87.5 | 33       | 58.9 |          |                 |

**Suç aleti** kullanım özelliklerinin incelenmesinde; ABS grubunda 6 (%25,0) kişi ateşli silah, 2 (%8,3) kişi künt cisim, 9 (%37,5) kişi delici kesici alet, 4 (%16,7) kişi elle vurma, 2 (%8,3) kişi sözlü saldırı ve 1 (%4,2) kişi ise diğer suç aletlerini kullanmıştı. YBS grubunda 10 (%17,9) kişi ateşli silah, 1 (%1,8) kişi künt cisim, 12 (%21,4) kişi delici kesici alet, 9 (%16,1) kişi sözlü saldırı, 9 (%16,1) kişi cinsel taciz, 2 (%3,6) kişi mala amaçlı zarar verme ve 13 (%23,2) kişi ise diğer suç aletlerini kullanmıştı. Suç sırasında ateşli silah, delici kesici alet ve künt cisim gibi araçları



kullanan bireylerin oranı ABY grubunda anlamlı derece yüksek tespit edildi ( $\chi^2=5.952$ ,  $p<0.05$ ).

**Tablo 38.** Aile Bireylerine ve Yabancı Bireylere Yönelik Suç İşleyen Kişilerde Son Suçlarında Kullandıkları Suç Aleti Özelliklerinin Karşılaştırılması

|                    | ABS N=24 |      | YBS N=56 |      | x <sup>2</sup> | p               |
|--------------------|----------|------|----------|------|----------------|-----------------|
|                    | N        | %    | N        | %    |                |                 |
| <b>Suç Aleti</b>   |          |      |          |      | 5.952          | <b>&lt;0.05</b> |
| Ateşli Silah       | 6        | 25.0 | 10       | 17.9 |                |                 |
| Künt Cisim         | 2        | 8.3  | 1        | 1.8  |                |                 |
| Delici Kesici Alet | 9        | 37.5 | 12       | 21.4 |                |                 |
| Elle Vurma         | 4        | 16.7 | 0        | 0    |                |                 |
| Sözlü Saldırı      | 2        | 8.3  | 9        | 16.1 |                |                 |
| Cinsel Saldırı     | 0        | 0    | 9        | 16.1 |                |                 |
| Mala Amaçlı Zarar  | 0        | 0    | 2        | 3.6  |                |                 |
| Diğer              | 1        | 4.2  | 11       | 19.6 |                |                 |

Hastaneden **çıkış tanıları** incelendiğinde: ABS grubunda 8 (%33,3) kişi psikiyatrik tanı almadan, 2 (%8,3) kişi şizofreni, 3 (%12,5) kişi bipolar bozukluk, 1 (%4,2) kişi başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk, 5 (%20,8) kişi hezeyanlı bozukluk, 2 (%8,3) kişi genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluk, 2 (%8,3) kişi demans, 1 (%4,2) kişi kişilik bozukluğu tanıları ile hastaneden çıkarılmıştı. YBS grubunda 10 (%17,9) kişi psikiyatrik tanı almadan, 8 (%14,3) kişi şizofreni, 3 (%5,4) kişi bipolar bozukluk, 4 (%7,1) kişi başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk, 15 (%26,8) kişi hezeyanlı bozukluk, 2 (%3,6) kişi uyum bozukluğu, 7 (%12,5) kişi demans, 1 (%1,8) kişi kişilik bozukluğu, 2 (%3,6) kişi alkol ve psikoaktif madde kullanım bozukluğu tanıları ile hastaneden çıkarılmıştı. Çıkış tanılarının dağılımı açısından gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=2.782$ ,  $p>0.05$ ).

**Tablo 39.** Aile Bireylerine ve Yabancı Bireylere Yönelik Suç İşleyen Kişilerde Son Çıkış Tanısı Dağılımlarının Karşılaştırılması

|                                                          | ABS N=24 |             | YBS N=56  |             | x <sup>2</sup> | P     |
|----------------------------------------------------------|----------|-------------|-----------|-------------|----------------|-------|
|                                                          | N        | %           | N         | %           |                |       |
| <b>Çıkış Tanısı</b>                                      |          |             |           |             | 2.782          | >0.05 |
| <b>Yok</b>                                               | <b>8</b> | <b>33.3</b> | <b>10</b> | <b>17.9</b> |                |       |
| <b>Psikotik Bozukluklar</b>                              |          |             |           |             |                |       |
| Şizofreni                                                | 2        | 8.3         | 8         | 14.3        |                |       |
| BTA Psikotik Bozukluk                                    | 1        | 4.2         | 4         | 7.1         |                |       |
| Hezeyanlı Bozukluk                                       | 5        | 20.8        | 15        | 26.8        |                |       |
| <b>Organik Mental Bozukluklar</b>                        |          |             |           |             |                |       |
| GTD Bağlı Psikiyatrik Bozukluk                           | 2        | 8.3         | 2         | 3.6         |                |       |
| Mental Retardasyon                                       | 0        | 0           | 2         | 3.6         |                |       |
| Demans                                                   | 2        | 8.3         | 7         | 12.5        |                |       |
| <b>Diğer</b>                                             |          |             |           |             |                |       |
| Bipolar Bozukluk                                         | 3        | 12.5        | 3         | 5.4         |                |       |
| Alkol Ve PAM Kullanımı İle İlişkili Psikiyatrik Bozukluk | 0        | 0           | 2         | 3.6         |                |       |
| Uyum Bozukluğu                                           | 0        | 0           | 2         | 3.6         |                |       |
| Kişilik Bozuklukları                                     | 1        | 4.2         | 1         | 1.8         |                |       |

## **5-ŞİDDET DERECESİNE GÖRE GRUPLARIN KARŞILAŞTIRILMASI**

### **1-a Sosyodemografik özellikler**

Çalışmaya alınan 30 (%28,0) kişi tamamen şiddet dışı (Şiddet dışı, ŞD), 48 (%44,9) kişi hafif-orta şiddet (Hafif-Orta Şiddet, HOŞ) ve 29 (%27,1) kişi ciddi şiddet (Ciddi Şiddet, CŞ) içeren suçlar işlemişti. Yaş ortalamaları ŞD grubunda  $67.93 \pm 5.83$ , HOŞ grubunda  $69.31 \pm 6.93$  ve CŞ grubunda  $70.07 \pm 6.19$  olup, grupların yaş ortalamaları arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ( $F(2,104)=0.844$ ,  $p<0.05$ ).

**Eğitim süresi** ortalamaları ŞD grubunda  $6.33 \pm 4.2$ , HOŞ grubunda  $5.35 \pm 4.75$  ve CŞ grubunda  $3.66 \pm 3.64$  yıl olarak tespit edildi. Eğitim süresi ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı. ( $F(2,104)=2.882$ ,  $p<0.05$ ).

ŞD grubunun %16,7'si ( $n=5$ ), HOŞ grubunun %18,8'i ( $n=9$ ) ve CŞ grubunun %3,4'ü ( $n=1$ ) kadınlardan oluşmaktaydı. Grupların cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel farklılık saptanılmadı ( $\chi^2=3.754$ ,  $p>0.05$ ).

Gruplar arasında **medeni durum** özelliklerinin dağılımı incelendiğinde ŞD grubunda 16 (%53,3) kişinin evli, 27 (%46,7) kişinin bekar, dul yada boşanmış olduğu; HOŞ grubunda 25 (%52,1) kişinin evli, 23 (%47,9) kişinin ise bekar, dul yada boşanmış olduğu; CŞ grubunda 15 (%51,7) kişinin evli, 14 (%48,3) kişinin ise bekar, dul yada boşanmış olduğu görüldü. Medeni durum dağılımı açısından gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=7.618$ ,  $p>0.05$ ).

Kişilerin son yatışları öncesinde **yaşadıkları yerlerin** dağılım özellikleri incelendiğinde ŞD grubunda 11 (%36,7) kişinin yalnız, 17 (%56,7) kişinin eşi ve/veya çocuklarıyla, 2 (%6,7) kişinin ise birinci ve/veya ikinci derece akrabaları ile yaşamakta olduğu; HOŞ grubunda 18 (%37,5) kişinin yalnız, 26 (%54,2) kişinin eşi ve/veya çocukları ile, 4 (%8,3) kişinin ise birinci ve/veya ikinci derece akrabaları ile yaşamakta olduğu; CŞ grubunda 10 (%34,5) kişinin yalnız, 19 (%65,5) kişinin eşi ve/veya çocukları ile yaşamakta olduğu görüldü. Gruplar arasında son hastanede yatışları öncesindeki yaşadıkları yerlerin dağılımı açısından istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=2.782$ ,  $p>0.05$ ).

## **2-a Suç Özelliklerinin Karşılaştırılması**

### **Ortalama suç sayısı**

ŞD grubunda  $2.33 \pm 1.91$ , HOŞ grubunda  $1.44 \pm 0.98$  ve CŞ grubunda  $1.8 \pm 0.64$  olarak tespit edildi. Grupların ortalama suç sayıları arasında anlamlı farklılık bulundu ( $F(2,104) = 6.405$ ,  $p<0.01$ ). Grupların varyans dağılımı eşit olmadığı için yapılan post hoc Games-Howell HSD sonrası, ŞD grubunun suç sayısı ortalamasının CŞ grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu.

**İlk suç işleme yaş** ortalaması ŞD grubunda  $53.10 \pm 20$ ; HOŞ grubunda  $61.27 \pm 14.83$  ve CŞ grubunda  $60.45 \pm 17.66$  olup, ilk suç işleme yaşları açısından gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmamıştır ( $F(2.104) = 2.282$ ,  $p > 0.05$ ).

**Tablo 40.** Şiddet Dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında Kişilerde Suç Sayısı ve İlk Suç İşleme Yaşlarının Karşılaştırılması

|              | Şiddet Dışı<br>N=30 |      | Hafif-Orta<br>Şiddet N=48 |       | Ciddi Şiddet<br>N=29 |       | F     | p     |
|--------------|---------------------|------|---------------------------|-------|----------------------|-------|-------|-------|
|              | Ort.                | SS   | Ort.                      | SS    | Ort.                 | SS    |       |       |
| Suç Sayısı   | 2.33                | 1.91 | 1.44                      | 0.98  | 1.28*                | 0.64  | 6.405 | <0.01 |
| İlk Suç Yaşı | 53.10               | 20   | 61.27                     | 14.83 | 60.45                | 17.66 | 2.282 | >0.05 |

F, Tek yönlü varyans analizi, df: 2, 104; \*Post Hoc Games-Howell HSD sonrası ŞD grubuna göre  $p < 0.05$

Grupların geçmişte işlemiş oldukları **en ağır suç** türü dağılımları incelendiğinde ŞD grubunda 5 (%16,7) kişinin adam öldürme, öldürmeye teşebbüs, yaralama ve cinsel saldırı suçları gibi insanın beden bütünlüğüne yönelik şiddet suçları işlediği, 25 (%83,3) kişinin ise yaralama oluşturmamayan saldırı, tehdit, hakaret, mala zarar, hırsızlık, kamu suçları gibi hafif suçlar; HOŞ grubunda 25 (%52,1) kişinin adam öldürme, öldürmeye teşebbüs, yaralama ve cinsel saldırı suçları gibi insanın beden bütünlüğüne yönelik şiddet suçları, 23 (%47,9) kişinin ise yaralama oluşturmamayan saldırı, tehdit, hakaret, mala zarar, hırsızlık, kamu suçları; CŞ grubunda 25 (%86,2) kişinin adam öldürme, öldürmeye teşebbüs, yaralama ve cinsel saldırı suçları gibi insanın beden bütünlüğüne yönelik şiddet suçları, 4 (%13,8) kişinin ise yaralama oluşturmamayan saldırı, tehdit, hakaret, mala zarar, hırsızlık, kamu suçları işlediği görüldü. Grupların geçmişte işledikleri en ağır suç dağılımı açısından anlamlı istatistiksel farklılık saptandı ( $\chi^2=28.562$ ,  $p < 0.05$ ). Yapılan ileri istatistiksel analizlerde CŞ grubunda insana yönelik yaralayıcı şiddette bulunan kişilerin oranı diğer gruplardan anlamlı yüksek tespit edildi.

**Tablo 41.** Şiddet Dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında Kişilerde Geçmişte İşlemiş Oldukları En Ağır Suç Türü Dağılımlarının Karşılaştırılması

|                                                         | Şiddet Dışı<br>N=30 |             | Hafif-Orta<br>Şiddet<br>N=48 |             | Ciddi<br>Şiddet<br>N=29 |             | $\chi^2$ | p     |
|---------------------------------------------------------|---------------------|-------------|------------------------------|-------------|-------------------------|-------------|----------|-------|
|                                                         | N                   | %           | N                            | %           | N                       | %           |          |       |
| <b>En ağır suç türü</b>                                 |                     |             |                              |             |                         |             | 28.562   | <0.05 |
| <b>İnsanın beden bütünlüğüne yönelik şiddet suçlar</b>  | <b>5</b>            | <b>16.7</b> | <b>25</b>                    | <b>52.1</b> | <b>25</b>               | <b>86.2</b> |          |       |
| Adam öldürme                                            | 2                   | 6.7         | 1                            | 2.1         | 16                      | 55.2        |          |       |
| Öldürmeye teşebbüs                                      | 0                   | 0           | 5                            | 10.4        | 5                       | 17.2        |          |       |
| Kasten yaralama                                         | 3                   | 10.0        | 11                           | 22.9        | 4                       | 13.8        |          |       |
| Cinsel saldırı                                          | 0                   | 0           | 8                            | 16.7        | 0                       | 0           |          |       |
| <b>İnsanın beden bütünlüğüne yönelik olmayan suçlar</b> | <b>25</b>           | <b>83.3</b> | <b>23</b>                    | <b>47.9</b> | <b>4</b>                | <b>13.8</b> |          |       |
| Tehdit-hakaret                                          | 2                   | 6.7         | 8                            | 16.7        | 0                       | 0           |          |       |
| Mala zarar verme                                        | 0                   | 0           | 4                            | 8.33        | 0                       | 0           |          |       |
| Yangın çıkarma                                          | 1                   | 3.3         | 2                            | 4.2         | 4                       | 13.8        |          |       |
| Hırsızlık                                               | 5                   | 16.7        | 0                            | 0           | 0                       | 0           |          |       |
| Uyuşturucu kullanma                                     | 1                   | 3.3         | 0                            | 0           | 0                       | 0           |          |       |
| Kamu suçları                                            | 6                   | 20.0        | 1                            | 2.1         | 0                       | 0           |          |       |
| Ruhsatsız silah kullanma                                | 0                   | 0           | 1                            | 2.1         | 0                       | 0           |          |       |
| Dolandırıcılık                                          | 4                   | 13.3        | 0                            | 0           | 0                       | 0           |          |       |
| Diğer                                                   | 6                   | 20.0        | 1                            | 2.1         | 0                       | 0           |          |       |

En ağır suçlarında insana yönelik şiddet davranışında bulunan kişilerin suç hedefi dağılımlarına bakıldığında ŞD grubunda 2 (%11,8) kişi aile bireylerini, 5 (%29,4) kişi tanıdığı ama aileden olmayan kişileri, 10 (%58,8) kişi ise tanımadığı

kişilere yönelik; HOŞ grubunda 14 (%32,6) kişi aile bireylerini, 21 (%48,8) kişi tanıdığı ama aileden olmayan kişileri, 8 (%18,6) kişi ise tanımadığı kişilere yönelik; CŞ grubunda 11 (%44,0) kişi aile bireylerini, 9 (%36,0) kişi tanıdığı ama aileden olmayan kişileri, 5 (%20,0) kişi ise tanımadığı kişilere yönelik suçlar işlemişlerdi. Grupların en ağır suçlarındaki hedeflerin dağılımları arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulundu ( $\chi^2=12.610$ ,  $p<0.05$ ). CŞ grubunda aile bireylerine yönelik suç oranı ŞD grubundan yüksek, ŞD grubunda tanımadığı kişilere yönelik şiddet oranı diğer iki gruptan yüksek tespit edildi.

**Tablo 42.** Şiddet Dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında İşlemiş Oldukları En Ağır Suç Hedeflerinin Dağılım Özelliklerinin Karşılaştırılması

|                             | Şiddet Dışı<br>N=17 |      | Hafif-Orta<br>Şiddet<br>N=43 |      | Ciddi<br>Şiddet<br>N=25 |      | $\chi^2$ | p               |
|-----------------------------|---------------------|------|------------------------------|------|-------------------------|------|----------|-----------------|
|                             | N                   | %    | N                            | %    | N                       | %    |          |                 |
| <b>En ağır suçun hedefi</b> |                     |      |                              |      |                         |      | 12.610   | <b>&lt;0.05</b> |
| Aile                        | 2                   | 11.8 | 14                           | 31.6 | 11                      | 44.0 |          |                 |
| Akraba olmayan tanıdık      | 5                   | 29.4 | 21                           | 48.8 | 9                       | 36.0 |          |                 |
| Tanımadığı kişi             | 10                  | 58.8 | 8                            | 18.6 | 5                       | 20.0 |          |                 |

Son suçlarında insana yönelik şiddet davranışında bulunan kişilerin **suç hedefi** dağılımlarına bakıldığında ŞD grubunda 1 (%8,3) kişi aile bireylerini, 3 (%25,0) kişi tanıdığı ama aileden olmayan kişileri, 8 (%66,7) kişi tanımadığı kişilere yönelik; HOŞ grubunda 12 (%27,9) kişi aile bireylerini, 21 (%48,8) kişi tanıdığı ama aileden olmayan kişileri, 10 (%23,3) kişi ise tanımadığı kişilere yönelik; CŞ grubunda 11 (%44,0) kişi aile bireylerini, 10 (%40,0) kişi tanıdığı ama aileden olmayan kişileri, 4 (%16,0) kişi ise tanımadığı kişilere yönelik suçlar işlemişlerdi. Grupların en ağır suçlarındaki hedeflerin dağılımları arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulundu ( $\chi^2=13.060$ ,  $p<0.05$ ). CŞ grubunda aile bireylerine yönelik suç oranı ŞD grubundan yüksek, ŞD grubunda tanımadığı kişilere yönelik şiddet oranı diğer iki gruptan yüksek tespit edildi.

**Tablo 43.** Şiddet Dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında İşlemiş Oldukları Son Suç Hedeflerinin Dağılım Özelliklerinin Karşılaştırılması

|                         | Şiddet Dışı N=12 |      | Hafif-Orta Şiddet N=43 |      | Ciddi Şiddet N=25 |      | $\chi^2$ | p               |
|-------------------------|------------------|------|------------------------|------|-------------------|------|----------|-----------------|
|                         | N                | %    | N                      | %    | N                 | %    |          |                 |
| <b>Son Suçun Hedefi</b> |                  |      |                        |      |                   |      | 13.060   | <b>&lt;0.05</b> |
| Aile                    | 1                | 6.3  | 12                     | 27.9 | 11                | 44.0 |          |                 |
| Akraba Olmayan Tanıdık  | 3                | 25.0 | 21                     | 48.8 | 10                | 40.0 |          |                 |
| Tanımadığı Kişi         | 8                | 66.7 | 10                     | 23.3 | 4                 | 16.0 |          |                 |

Grupların son suçlarının işledikleri sırada **yaşadıkları yer** dağılımı incelendiğinde ŞD grubunda 10 (%33,3) kişi yalnız, 20 (%66,7) kişi ailesi ya da akrabaları ile; HOŞ grubunda 20 (%41,7) kişi yalnız, 28 (%58,3) kişi ailesi ya da akrabaları ile; CŞ grubunda 8 (%27,6) kişi yalnız, 21 (%72,4) kişi ailesi ya da akrabaları ile yaşamaktaydı. Grupların son suçları öncesinde yaşadıkları yerlerin dağılımı arasında istatistiksel farklılık bulundu ( $\chi^2=1.652$ ,  $p<0.01$ ).

**Tablo 44.** Şiddet dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında Kişilerde Son Suç Sırasında Yaşanılan Yer Dağılımının Karşılaştırılması

|                                           | Şiddet Dışı N=30 |      | Hafif-Orta Şiddet N=48 |      | Ciddi Şiddet N=29 |      | $\chi^2$ | P               |
|-------------------------------------------|------------------|------|------------------------|------|-------------------|------|----------|-----------------|
|                                           | N                | %    | N                      | %    | N                 | %    |          |                 |
| <b>Son Suç Sırasında Kiminle Yaşadığı</b> |                  |      |                        |      |                   |      | 1.652    | <b>&lt;0.05</b> |
| Aile                                      | 10               | 33.3 | 20                     | 41.7 | 8                 | 27.6 |          |                 |
| Yalnız                                    | 20               | 66.7 | 28                     | 58.3 | 21                | 72.4 |          |                 |

Grupların işledikleri son suçlarda **ceza sorumlulukları** değerlendirildiğinde ŞD grubunda 10 (%33,3) kişide ceza sorumluluğunun tam olduğu; HOŞ grubunda 20 (%41,7) kişide ceza sorumluluğunun tam olduğu, CŞ grubunda 8 (%27,6) kişide ceza sorumluluğunun tam olduğu görüldü. Ceza sorumluluğu dağılımında gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=0.438$ ,  $p>0.05$ ).

### 5-c Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması

ŞD grubunun **hastalık başlangıç yaşı ortalaması**  $46.77 \pm 19.47$ , HOŞ grubunda  $51.80 \pm 16.48$ , CŞ grubunda  $50.07 \pm 20.27$  yıl tespit edildi. Grupların hastalık başlangıç yaşı ortalamaları arasında istatistiksel farklılık saptanılmadı ( $F(2,69)=0.514$ ,  $p>0.05$ ).

Kişilerin **ilk psikiyatrik başvuru yaşı ortalamaları** incelendiğinde ŞD grubunun ortalama  $56.08 \pm 15.22$ , HOŞ grubunun  $56.55 \pm 16.68$ , CŞ grubunun  $60.58 \pm 15.89$  yaşında psikiyatrik tedavi için başvuruda bulunduğu görüldü. Psikiyatrik başvuru yaşı ortalamalarında gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı ( $F(2,87)=0.614$ ,  $p>0.05$ ).

**Tablo 45.** Şiddet dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında Hastalık Başlangıç Yaşı, İlk Psikiyatrik Başvuru Yaş Ortalamasının Karşılaştırılması

|                                 | Şiddet Dışı<br>N=30 |       | Hafif-Orta<br>Şiddet<br>N=48 |       | Ciddi Şiddet<br>N=29 |       | F       | p     |
|---------------------------------|---------------------|-------|------------------------------|-------|----------------------|-------|---------|-------|
|                                 | Ort.                | SS    | Ort.                         | SS    | Ort.                 | SS    |         |       |
| Hastalık<br>Başlangıç Yaşı      | 46.77               | 19.47 | 51.80                        | 16.48 | 50.07                | 20.27 | 0.514*  | >0.05 |
| İlk Psikiyatrik<br>Başvuru Yaşı | 56.08               | 15.22 | 56.55                        | 16.67 | 60.58                | 15.89 | 0.614** | >0,05 |

F, Tek yönlü varyans analizi, \*df: 2, 69; \*\*df: 2,87

ŞD grubunun psikiyatrik nedenlerle toplam **hastanede yatış sayısı** ortalama  $2.47 \pm 2.68$ , HOŞ grubunun  $2.85 \pm 3.02$ , CŞ grubunun  $1.82 \pm 1.09$ 'du. Grupların toplam hastanede yatış sayı ortalamaları arasında istatistiksel farklılık saptanılmadı ( $F(2,104)=1.343$ ,  $p>0.05$ ).

**Adli servise yatış** sayıları değerlendirildiğinde; ŞD grubunun ortalama  $1.87 \pm 1.77$  defa, HOŞ grubunun  $1.48 \pm 0.87$  defa, CŞ grubunun  $1.38 \pm 0.67$  defa adli servislere yatırıldığı görüldü. Grupların toplam adli servise yatış sayısı arasında anlamlı farklılık bulunmadı ( $F(2,104)=1.513$ ,  $p>0.05$ ).



Kişilerin **son hastanede yatış süre ortalamaları** incelendiğinde ŞD grubunun ortalama  $59.20 \pm 159.52$  gün, HOŞ grubunun  $82.60 \pm 272.57$  gün, CŞ grubunun  $266.07 \pm 412.46$  gün hastanede yatırılmış oldukları görüldü. Son hastanede yatış süreleri açısından gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulundu ( $F(2.104)=4.586$ ,  $p<0.05$ ). Yapılan post hoc Games-Howell HSD sonrasında CŞ grubunun söz konusu yatış süresinin ŞD grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi.

**Tablo 46.** Şiddet dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında Toplam ve Adli servise yatış Sayısı, Son Hastanede yatış Süresinin Karşılaştırılması

|                                    | Şiddet Dışı<br>N=30 |        | Hafif-Orta<br>Şiddet<br>N=48 |        | Ciddi Şiddet<br>N=29 |        | F     | p               |
|------------------------------------|---------------------|--------|------------------------------|--------|----------------------|--------|-------|-----------------|
|                                    | Ort.                | SS     | Ort.                         | SS     | Ort.                 | SS     |       |                 |
| Toplam Hastanede Yatış Sayısı      | 2.47                | 2.68   | 2.85                         | 3.2    | 1.82                 | 1.0    | 1.343 | >0.05           |
| Adli Birime Yatış Sayısı           | 1.87                | 1.77   | 1.48                         | 0.87   | 1.38                 | 0.67   | 1.513 | >0.05           |
| Hastaneye Son Yatışın Süresi (gün) | 59.2                | 159.52 | 82.6                         | 272.57 | 266.07*              | 412.46 | 4.586 | <b>&lt;0.05</b> |

F, Tek yönlü varyans analizi, df: 2, 104; \*Post Hoc Games-Howell HSD sonrası ŞD grubuna göre  $p<0.05$

Grupların **son hastanede yatış nedenleri** incelendiğinde, ŞD grubunda 18 (%60,0) kişi ceza sorumluluğunun belirlenmesi, 5 (%16,7) kişi koruma tedavi, 3 (%10,0) kişi tedavi, 4 (%13,3) kişi diğer nedenlerle, HOŞ grubunda 30 (%62,5) kişi ceza sorumluluğunun belirlenmesi, 16 (%33,3) kişi koruma tedavi, 1 (%2,1) kişi tedavi, 1 (%2,1) kişi diğer nedenlerle, CŞ grubunda 12 (%41,4) kişi ceza sorumluluğunun belirlenmesi, 12 (%41,4) kişi koruma tedavi, 5 (%17,2) kişi tedavi amacıyla yatırılmıştı. Grupların hastanede yatış nedenleri dağılımı arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulundu ( $\chi^2=16.570$ ,  $p<0.05$ ). CŞ grubunda koruma

tedavi amacıyla yatırılan kişilerin oranı ŞD grubundan anlamlı derecede yüksek tespit edildi.

**Tablo 47.** Şiddet Olmayan, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında Son Hastanede yatış Nedeni Dağılımının Karşılaştırılması

|                               | Şiddet Dışı<br>N=30 |      | Hafif-Orta<br>Şiddet<br>N=48 |      | Ciddi<br>Şiddet<br>N=29 |      | $\chi^2$ | p               |
|-------------------------------|---------------------|------|------------------------------|------|-------------------------|------|----------|-----------------|
|                               | N                   | %    | N                            | %    | N                       | %    |          |                 |
| <b>Hastanede Yatış Nedeni</b> |                     |      |                              |      |                         |      | 16.570   | <b>&lt;0.05</b> |
| Ceza Sorumluluğu              | 18                  | 60.0 | 30                           | 62.5 | 21                      | 41.4 |          |                 |
| Koruma Tedavi                 | 5                   | 16.7 | 16                           | 33.3 | 12                      | 41.4 |          |                 |
| Tedavi                        | 3                   | 10.0 | 1                            | 2.1  | 5                       | 17.2 |          |                 |
| Diğer                         | 4                   | 13.3 | 1                            | 2.1  | 0                       | 0    |          |                 |

Hastaneden **çıkış tanıları** incelendiğinde ŞD grubunda 7 (%23,3) kişi psikiyatrik tanı almadan, 2 (%6,7) kişi şizofreni, 7 (%23,3) kişi hezeyanlı bozukluk, 6 (%20,0) kişi alkol ve psikoaktif madde kullanımına bağlı psikiyatrik bozukluk, 1 (%3,3) kişi genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluk, 2 (%6,7) kişi uyum bozukluğu, 3 (%10,0) kişi demans, 1 (%3,3) kişi kişilik bozukluğu, 1 (%3,3) kişi mental retardasyon tanıları ile; HOŞ grubunda 10 (%20,8) kişi psikiyatrik tanı almadan, 5 (%10,4) kişi şizofreni, 6 (%12,5) kişi bipolar bozukluk, 4 (%8,3) kişi başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk, 11 (%22,9) kişi hezeyanlı bozukluk, 6 (%12,5) kişi demans, 2 (%4,2) kişi kişilik bozukluğu, 2 (%4,2) kişi mental retardasyon tanıları ile; CŞ grubunda 7 (%24,1) kişi psikiyatrik tanı almadan, 6 (%20,7) kişi şizofreni, 1 (%3,4) kişi bipolar bozukluk, 2 (%6,9) kişi başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk, 6 (%20,7) kişi hezeyanlı bozukluk, 2 (%6,9) kişi demans, 1 (%3,4) kişi kişilik bozukluğu, 1 (%3,4) kişi mental retardasyon, 1 (%3,4) kişi uyum bozukluğu tanıları ile taburcu olmuştu. Taburculuklarında psikiyatrik tanı alan ve almayan kişilerin oranları gruplar arasında istatistiksel farklılık göstermemekteydi ( $\chi^2=0.133$ ,  $p>0.05$ ).

**Tablo 48.** Şiddet Dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında Kişilerde Çıkış Tanıları Dağılım Özelliklerinin Karşılaştırılması

|                                                          | Şiddet Dışı N=30 |             | Hafif-Orta Şiddet N=48 |             | Ciddi Şiddet N=29 |             | $\chi^2$ | p     |
|----------------------------------------------------------|------------------|-------------|------------------------|-------------|-------------------|-------------|----------|-------|
|                                                          | N                | %           | N                      | %           | N                 | %           |          |       |
| <b>Çıkış Tanısı</b>                                      |                  |             |                        |             |                   |             | 0.133    | >0.05 |
| <b>Yok</b>                                               | <b>7</b>         | <b>23.3</b> | <b>10</b>              | <b>20.8</b> | <b>7</b>          | <b>24.1</b> |          |       |
| Şizofreni                                                | 2                | 6.7         | 5                      | 10.4        | 6                 | 20.7        |          |       |
| Bipolar Bozukluk                                         | 0                | 0           | 6                      | 12.5        | 1                 | 3.4         |          |       |
| BTA Psikotik Bozukluk                                    | 0                | 0           | 4                      | 8.3         | 2                 | 6.9         |          |       |
| Hezeyanlı Bozukluk                                       | 7                | 23.3        | 11                     | 22.9        | 6                 | 20.7        |          |       |
| Alkol Ve PMA Kullanımı İle İlişkili Psikiyatrik Bozukluk | 6                | 20.0        | 0                      | 0           | 0                 | 0           |          |       |
| Uyum Bozukluğu                                           | 2                | 6.7         | 0                      | 0           | 1                 | 3.4         |          |       |
| GTD Bağlı Psikiyatrik Bozukluk                           | 1                | 3.3         | 2                      | 4.2         | 1                 | 3.4         |          |       |
| Mental Retardasyon                                       | 1                | 3.3         | 2                      | 4.2         | 1                 | 3.4         |          |       |
| Kişilik Bozuklukları                                     | 1                | 3.3         | 2                      | 4.2         | 1                 | 3.4         |          |       |
| Demans                                                   | 3                | 10.0        | 6                      | 12.5        | 2                 | 6.9         |          |       |

Psikiyatrik hastalık tanı alan kişilerde **komorbid psikiyatrik hastalık dağılımı** incelendiğinde ŞD grubundaki kişilerin 18'inde (%78,3) eşlik eden psikiyatrik hastalık bulunmazken, 3 (%13,0) kişide eşlik eden alkol ve psikoaktif madde kullanım bozukluğu, 2 (%8,7) kişide kişilik bozukluğu tespit edildi. HOŞ grubundaki kişilerin 36'sında (%94,7) eşlik eden psikiyatrik hastalık bulunmazken, 1 (%2,6) kişide kişilik bozukluğu, 1 (%2,6) kişide genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluk tespit edildi. CŞ grubunda 20 (%90,9) kişide komorbidite bulunmazken, 1 (%4,5) kişide alkol ve madde kullanım bozukluğu, 1 (%4,5) kişide demans bulundu. Komorbidite açısından gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=4.118$ ,  $p>0.05$ ).

Grupların **geçmişte alkol ve/veya madde kullanım özellikleri** değerlendirildiğinde; ŞD grubunda 13 (%43,3) kişi, HOŞ grubunda 6 (%12,5) kişi, CŞ grubunda 2 (%6,9) kişi geçmişte alkol ve/veya madde kullanımı olduğunu belirtmiştir. Geçmişte alkol ve veya madde kullanım oranı ŞD grubunda anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir ( $\chi^2=15.213$ ,  $p<0.01$ ).

**Tablo 49.** Şiddet Dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında Geçmişte Alkol/Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

|                                     | Şiddet Dışı<br>N=30 |      | Hafif-Orta<br>Şiddet N=48 |      | Ciddi<br>Şiddet N=29 |      | $\chi^2$ | p               |
|-------------------------------------|---------------------|------|---------------------------|------|----------------------|------|----------|-----------------|
|                                     | N                   | %    | N                         | %    | N                    | %    |          |                 |
| <b>Geçmişte Alkol-PAM Kullanımı</b> |                     |      |                           |      |                      |      | 15.213   | <b>&lt;0.01</b> |
| Yok                                 | 17                  | 56.7 | 42                        | 87.5 | 27                   | 93.1 |          |                 |
| Var                                 | 13                  | 43.3 | 6                         | 12.5 | 2                    | 6.9  |          |                 |

Grupların **yatışları sırasında alkol ve/veya madde kullanım özellikleri** değerlendirildiğinde; ŞD grubunda 9 (%30,0) kişi, HOŞ grubunda 1 (%2,1) kişi, CŞ grubunda 2 (%6,9) kişi alkol ve/veya madde kullanımı olduğunu belirtmiştir. Alkol ve veya madde kullanım oranı ŞD grubunda anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir ( $\chi^2=15.195$ ,  $p<0.01$ ).

**Tablo 50.** Şiddet Dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında Yatışları Sırasında Alkol/Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

|                            | Şiddet Dışı<br>N=30 |      | Hafif-Orta<br>Şiddet N=48 |      | Ciddi Şiddet<br>N=29 |      | $\chi^2$ | P               |
|----------------------------|---------------------|------|---------------------------|------|----------------------|------|----------|-----------------|
|                            | N                   | %    | N                         | %    | N                    | %    |          |                 |
| <b>Alkol-PAM Kullanımı</b> |                     |      |                           |      |                      |      | 15.195   | <b>&lt;0.01</b> |
| Yok                        | 21                  | 70.0 | 47                        | 97.9 | 27                   | 93.1 |          |                 |
| Var                        | 9                   | 30.0 | 1                         | 2.1  | 2                    | 6.9  |          |                 |

Çalışmaya alınan kişilerden psikiyatrik tanı alanların **suç tarihindeki psikotik semptom** dağılımlarına bakıldığında ŞD grubunda 3 (%13) kişinin kötülük

görme hezeyanı, 2 (%8,7) kişinin kıskançlık hezeyanı, 2 (%8,7) kişinin hak arama hezeyanı, 1 (%4,3) kişinin negatif semptomu olduğu görüldü. HOŞ grubunda 18 (%47,4) kişinin kötülük görme hezeyanı, 4 (%10,5) kişinin kıskançlık hezeyanı, 1 (%3,0) kişinin diğer psikotik semptomu olduğu görüldü. CŞ grubunda 13 (%59,1) kişinin kötülük görme hezeyanı, 5 (%22,7) kişinin kıskançlık hezeyanı, 1 (%4,5) kişinin dezorganize davranışı olduğu görüldü. Gruplar arasında psikotik semptom varlığı açısından anlamlı istatistiksel farklılık bulundu ( $\chi^2=12.493$ ,  $p<0.01$ ). ŞD grubunda psikotik semptomu olmayan kişilerin oranı anlamlı olarak yüksek tespit edildi.

**Tablo 51.** Şiddet Olmayan, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında Psikotik Semptom Varlığının Karşılaştırılması

|                         | Şiddet Dışı<br>N=30 |      | Hafif-Orta<br>Şiddet<br>N=48 |      | Ciddi<br>Şiddet<br>N=29 |      | $\chi^2$ | p               |
|-------------------------|---------------------|------|------------------------------|------|-------------------------|------|----------|-----------------|
|                         | N                   | %    | N                            | %    | N                       | %    |          |                 |
| <b>Psikotik Semptom</b> |                     |      |                              |      |                         |      | 12.493   | <b>&lt;0.01</b> |
| Yok                     | 15                  | 65.2 | 15                           | 39.5 | 3                       | 13.6 |          |                 |
| Var                     | 8                   | 34.8 | 23                           | 60.5 | 19                      | 85.4 |          |                 |

**Suçtan önce psikiyatrik tedavisi öyküsü** değerlendirildiğinde ŞD grubunda 14 (%48,3) kişinin, HOŞ grubunda 23 (%47,9) kişinin, CŞ grubunda 10 (%37,0) kişinin suç öncesinde psikiyatrik başvurusu olduğu görülmüştür. Gruplar arasında suç öncesi psikiyatrik başvuru varlığı açısından istatistiksel farklılık bulunmamıştır ( $\chi^2=0.980$ ,  $p>0.05$ ).

**Soygeçmiş özellikleri** incelendiğinde; ŞD grubunda 4 (%13,3), HOŞ grubunda 8 (%16,7) , CŞ grubunda 6 (%20,7) kişinin birinci ve/veya ikinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık hikayesi bulunurken, gruplar arasında soygeçmiş özellikleri açısından istatistiksel farklılık saptanılmamıştır ( $\chi^2=0.572$ ,  $p>0.05$ ).

Psikiyatrik tedavi uygun görülen hastaların **tedaviye uyum özellikleri** incelendiğinde; ŞD grubunda 9 (%52,9) kişi tedaviye uyumlu, HOŞ grubunda 11

(%37,9) kişi tedaviye uyumlu, CŞ grubunda 11 (%50,0.) kişi tedaviye uyumluydu. Tedaviye uyum açısından gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=1.229$ ,  $p>0.05$ ).

**Psikofarmakolojik tedaviler** değerlendirildiğinde; ŞD grubunda 13 (%43,3) kişiye ilaç tedavisi verilmezken, 11 (%36,6) kişi antipsikotik, 4 (%13,3) kişi antidepresan, 1 (%3,3) kişi anksiyolitik, 1 (%3,3) kişi diğer psikofarmakolojik ilaçlarla, HOŞ grubunda 19 (%39,6) kişiye ilaç tedavisi verilmezken, 25 (%52,1) kişi antipsikotik, 2 (%4,2) kişi antidepresan, 1 (%2,1) kişi anksiyolitik, 1 (%2,1) kişi diğer psikofarmakolojik ilaçlarla, CŞ grubunda 6 (%20,7) kişiye ilaç tedavisi uygulanmazken, 19 (%65,5) kişi antipsikotik, 3 (%10,3) kişi anksiyolitik, 1 (%3,4) kişi diğer psikofarmakolojik ilaçlarla tedavi edilmişti. Gruplar arasında kullanılan psikofarmakolojik tedavi dağılımında istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=3.931$ ,  $p>0.05$ ).

Kişilerin ilk psikiyatrik başvuruları sonrasında ŞD grubunda 9 (%30) kişi ilaç tedavisi almazken, 14 (%46,7) kişi antipsikotik, 4 (%13,3) kişi antidepresan, 2 (%6,7) kişi anksiyolitik, 1 (%3,3) kişi diğer psikofarmakolojik tedavileri, HOŞ grubunda 14 (%29,2) kişi ilaç tedavisi almazken, 30 (%62,5) kişi antipsikotik, 2 (%4,2) kişi antidepresan, 1 (%2,1) kişi anksiyolitik, 1 (%2,1) kişi diğer psikofarmakolojik tedavileri, CŞ grubunda 7 (%24,1) kişi ilaç tedavisi almazken, 18 (%62,1) kişi antipsikotik tedavileri tedavi almaktaydı. Gruplar arasında ilk psikofarmakolojik tedavi dağılımında istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=4.100$ ,  $p>0.05$ ).

**Tablo 52.** Şiddet Dışı, Hafif-Orta Şiddet ve Ciddi Şiddet Grupları Arasında İlk Psikofarmakolojik Tedavi Özelliklerinin Karşılaştırılması

|                                     | Şiddet Dışı<br>N=30 |             | Hafif-Orta<br>Şiddet<br>N=48 |             | Ciddi Şiddet<br>N=29 |             | $\chi^2$ | p     |
|-------------------------------------|---------------------|-------------|------------------------------|-------------|----------------------|-------------|----------|-------|
|                                     | N                   | %           | N                            | %           | N                    | %           |          |       |
| <b>Psikofarmakolojik<br/>Tedavi</b> |                     |             |                              |             |                      |             | 4.100    | >0.05 |
| <b>Yok</b>                          | <b>9</b>            | <b>30.0</b> | <b>14</b>                    | <b>29.2</b> | <b>7</b>             | <b>24.1</b> |          |       |
| <b>Var</b>                          | <b>21</b>           | <b>70.0</b> | <b>34</b>                    | <b>70.8</b> | <b>22</b>            | <b>75.9</b> |          |       |
| Antipsikotik                        | 14                  | 46.7        | 30                           | 62.5        | 18                   | 62.1        |          |       |
| Antidepresan                        | 4                   | 13.3        | 2                            | 4.2         | 4                    | 13.8        |          |       |
| Anksiyolitik                        | 2                   | 6.7         | 1                            | 2.1         | 0                    | 0           |          |       |
| Diğer                               | 1                   | 3.3         | 1                            | 2.1         | 0                    | 0           |          |       |

Çoklu ilaç kullanımı değerlendirildiğinde, ŞD grubunda 4 (%13,3) kişide, HOŞ grubunda 10 (%20,8) kişide, CŞ grubunda 6 (%20,7) kişide çoklu ilaç kullanımı gerekmiş olup, gruplar arasında çoklu ilaç kullanımı dağılımında istatistiksel farklılık bulunmadı ( $\chi^2=0.788$ ,  $p>0.05$ ).

## TARTIŞMA

Yaşlı psikiyatrik olgularda suç davranışını etkileyen etmenleri tespit etmek amacıyla Ocak 2004- Aralık 2009 tarihleri arasında hastanemiz adli birimine yatırılmış 60 yaş ve üstünde olan hastaların tıbbi kayıtları ve yatış dosyaları geriye dönük olarak incelenip sosyodemografik özellikler, tanı, tedavi, suç şiddet derecesi ve suç özellikleri açısından değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 15 kadın (%14), 92 erkek (%86) olmak üzere toplam 107 hasta alınmıştır. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda, her yaş grubunda erkeklerin kadınlardan daha fazla suç işledikleri görülmüştür (1,2,12,14,69). TÜİK istatistiklerine göre 2004-2008 yılları arasında ceza infaz kurumlarına giren yaşlılar arasında kadınların oranı %5'tir(23).

Çalışmamızdaki olguların yaş ortalamaları  $69.13 \pm 6.43$  yıl olarak tespit edilmiştir. Yaşlı adli psikiyatri olgularının değerlendirildiği diğer çalışmalarda yaş ortalamaları; 65,8-66,8 arasında bulunmaktadır (1,2,12). Örneklem grubumuzun hastanemize yatırılma gerekçelerine bakıldığında; %56,1'inde ceza sorumluluğunun belirlenmesi, %30,8'inde koruma tedavi, %8,4'ünde tedavi amacıyla olduğu, %4,6'sının ise ceza infazı tehiri gerekliliğinin belirlenmesi için gözleminin yapıldığı görülmüştür.

Çalışmaya katılan olguların öğrenim sürelerinin ortalamaları 5.17 yıldır ve ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir(47,69). Ancak elde edilen bu oran ABD'deki ve İngiltere'deki adli yaşlı nüfusun öğrenim ortalamalarının altındadır (1,14,16). Burada görülen farkın ülkelerarası gelişmişlik düzeyleri ile ilişkili olabileceği düşünülebilir. Devlet Planlama Teşkilatının 2007 yılında yayınladığı, Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı'na göre ülkemizde 60 yaş üzerindeki nüfusun eğitim düzeyleri incelendiğinde; kadınların %84'ünün, erkeklerin %70'inin eğitiminin olmadığı, ya da ilkokulu bitirmedikleri görülmektedir. Öte yandan yaşlı erkeklerin %4'ü lise veya daha yüksek bir eğitim almışlardır (20). 2009 yılı nüfus sayımına göre 60 yaş üstündeki kişilerin öğrenim yılı ortalaması 7,35 yıl olarak bulunmuştur (23). Öncü ve arkadaşları genel adli psikiyatri olgularının ortalama öğrenim sürelerini, genel



psikiyatri olgularına göre anlamlı derecede düşük bulmuştur (66). Literatürde de yineleyici suç işleyenlerde öğrenim süresinin daha kısa olduğu, düşük eğitim düzeyinin şiddet davranışı riskini artırdığı belirtilmiştir (57, 66, 70-73).

Literatürde suç işlemiş yaşlı örneklem gruplarının eğitim düzeyi düşük, boşanmış ya da eşinden ayrı yaşayan erkeklerden oluştuğu vurgulanmıştır. Yaşlanmayla birlikte psikiyatrik hastalıkların kötüleşmesinin evlilikler üzerinde olumsuz etkileri bilinmektedir (1,5,13). Ülkemizde genel yaşlı nüfusa bakıldığında erkeklerin %86'sının, kadınların %45'inin halen evli olduğu görülmektedir. Bu çalışmada ise suç işlemiş yaşlılarda evli olma oranı, ABD'de ve İngiltere'de yapılmış çalışmalardan daha yüksek olmakla birlikte genel toplumdan daha düşüktür (20). Öncü, evli olmayanların evlilerden daha fazla suç işledikleri ve suç yineledikleri belirtmektedir (47).

Çalışmamızdaki olguların büyük çoğunluğunun köyde doğdukları ancak hastaneye yatış sırasında yaşadıkları yerin daha çok metropol olması göçün adli olgulardaki yerine dikkat çekmektedir. Dünyada ve ülkemizde göçmen nüfusun yerli halk ile şiddet ve psikiyatrik hastalıklar açısından karşılaştırıldığı pek çok çalışma bulunmaktadır (74-76). Bu çalışmalarda öncelikle göç ve suç arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. Bazı ülkelerde göçmenlerin her geçen gün cezaevlerindeki oranlarının arttığı hükümet kayıtlarında yer alsa da çalışmalar göçmenlerin yeni yerleştikleri kültürlerdeki vatandaşlık bilgisi ve yargılama sistemi konusunda yetersiz bilgeye sahip genç erkeklerden oluştuklarını, genç göçmenlerin uyum sürecinde kanunlar önünde suç açısından riskli bir konuma yerleştirildiklerini öne sürülmektedir (66,74-76). Öte yandan göçün psikiyatrik hastalıklar üzerindeki etkisi uzun süredir bilinmektedir. Şizofreni, şizoaffektif bozukluk, atipik psikoz tanıları göçmen hastalara daha yüksek oranda konulmaktadır. Ayrıca somatik anksiyete, hezeyan ve halüsinasyonlar göçmenlerde yerli halktan daha fazla gözlemlenmektedir. Bu bulgular beklenmedik kültürel değişimlerin bir stresör olarak psikotik bozuklukların nedeni olabileceğini göstermektedir(77-79). Hastanemizin Türkiye genelinde en çok göç alan Marmara Bölgesi'ne hizmet vermesi nedeniyle bulgularımızdaki göçmen oranlarının dikkat çekici derecede yüksek olması beklenen bir durumdur.

Olguların büyük kısmının meslek sahibi olmasına karşın %34,6'sı emekli olmadığı halde çalışmamakta ve düzenli gelirleri bulunmamaktaydı. %46,7'si ise emekli olmuştu. Düzenli çalışma hayatı olan yaşlı bireyler olguların %11,2'sini oluşturmaktaydı. Sosyal güvence dağılımlarına bakıldığında kişilerin %22,4'ünün sosyal güvencesi olmadığı görüldü. Bu bulgu ülkemizde genel adli popülasyonda yapılan çalışmalarla uyumluydu (47,69). Öncü ve arkadaşları psikiyatrik popülasyonda işin ve sosyal güvence olmamasının iki ayrı ve bağımsız değişken olarak suç işleme olasılığını önemli derecede artırıcı etmenler olduğunu vurgulamıştır (66). Bu bulgular gerontolojistlerin yaşlılarda şiddet davranışını açıklamada öne sürdükleri geri çekilme (disengagement) , aktivite ve stres teorilerine de uygundur. Düzenli işleri, gelirleri olmayan yaşlıların orta yaş dönemindeki etkinliklerini sürdüremediklerinde yaşam memnuniyetlerinin azalması, fiziksel engeller ve maddi sıkıntılar, bağımlı oldukları yakınları ile aralarındaki gerilimin artmasına neden olarak şiddet davranışıyla sonuçlanabilir (4,6,80,81).

Bugüne kadar yapılan çalışmalar yaşlı nüfusta suç türlerinin geniş bir yelpazede yer aldığını göstermektedir (1-3,12-16). Yabancı kaynaklı literatürler 'mağazadan mal aşırma'ya geniş yer vermektedirler. Steffensmeier ve Motivans, yaşlılar tarafından işlenen suçların çoğunluğunun küçük hırsızlıklar olduğunu belirtmektedir (49). Diğer yandan küçük hırsızlıklar yapan yaşlıların çoğunun bilişsel yetersizliğinin olmadığı gösterilmiştir (6). Çalışmamızda şiddet suçlarının çoğunlukta, hırsızlık suçu oranının oldukça düşük olması, ülkemizde yaşlılar tarafından işlenen hırsızlık suçlarının az olmasından ziyade, bu olguların hem adli süreçlere yansımalarının azlığı, hem de hastanemiz adli psikiyatri biriminde tehlikelilik göstermeyen yaşlıların gözlem ya da tedavilerinin ayaktan yapılması eğilimi olmasından kaynaklanabilir. Yaşlılar tarafından işlenen şiddet suçlarına bakıldığında; ABD'de 60 yaş ve üstü suç işlemiş erkeklerden %12'sinin, kadınların %6'sının kişinin beden bütünlüğüne yönelik şiddet suçları (saldırı, kaçırma ve gasp dahil) işlediği saptanmıştır(49). TÜİK istatistiklerine göre ülkemizde 2008 yılında cezaevine giren 65 yaş ve üstü kişilerin %8,4'ü adam öldürme, %7,4'ü yaralama suçu nedeniyle hüküm giymiştir(23). Klinik çalışmalarda ise şiddet suçu oranları daha geniş bir aralıkta bulunmaktadır. Rayel(16), örneklem grubunun %77'sinin,

Tomar ve arkadaşları(12) %25'inin, Rosner ve arkadaşları(13) %83'ünün saldırı, etkili eylem, mala zarar verme, tehdit, adam öldürme gibi şiddet suçu, Saygılı ve Kökrek(16) yaşlı suçluların %60'ının adam öldürme suçu işlediğini saptamıştır. Bulgularımızın aksine yabancı klinik araştırmalarda yaşlılar arasında cinsel suçların da yaygın olduğu gösterilmiştir. Tomar ve arkadaşları yaşlı adli psikiyatrik olguların %47'sinin cinsel suç işlediğini, örneklem grubunda psikiyatrik hastalığı olmayan olguların çoğunun cinsel suçunun olduğunu belirtilmektedir(12). Fazel ve Grann ise adli psikiyatrik değerlendirmesi yapılan bütün yaş gruplarında cinsel suç oranını %11,9, 60 yaş üstünde %25,7, 65 yaş üstünde ise %32 olarak saptamıştır(2). Lewis ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %9,1 olarak bildirilmektedir(1). Saygılı ve Kökrek, Adli Tıp Kurumu'na gönderilen suç işlemiş yaşlılarda cinsel suç oranını %5 olarak saptamışlardır(17). Çalışmalarda yaşlılarda cinsel suçların yüksek oranda saptanmasına rağmen yaşlıların gençlerden daha fazla cinsel suç işlemediği vurgulanmaktadır. 15-24 yaşları arasında suç işleyen genç erkekler arasında da en sık cinsel suçlar işlenmekte, ilerleyen yaşla birlikte şiddet suçları azaldığından cinsel suç oranı toplam suça görece artmış izlenimi oluşturmaktadır(12). Çalışmamızda cinsel suç oranının düşük olmasının nedeni toplumumuzda özellikle tanıdık yaşlı bireyler tarafından gerçekleştirilen cinsel saldırıların adli süreçlere yansımaması olabilir.

Suçların çoğunlukla kişinin evinde ya da evin yakın çevresinde işlendiği görülmektedir. Kratcoski, yaşlıların işlediği adam öldürme suçlarının %74 oranında evde gerçekleştiğini bildirmiştir (4). Suç hedefinin çoğunlukla yaşlıya yakın biri olması ve yaşlının fiziksel kısıtlılıkları suçun işlendiği yerin de ev ve evin yakın çevresinde olmasını açıklayabilir.

Çalışmaya alınanların hastaneden çıkış tanıları incelendiğinde %22,4'ünün psikiyatrik bir hastalığı olmadığı saptanmıştır. Literatürdeki benzer klinik çalışmalarda bu oranı Lewis ve arkadaşları(1) %6,1, Fazel ve Grann(2) %3,3, Barak ve arkadaşları(83) %50, McLeod ve arkadaşları(5) %45,7, Rosner ve arkadaşları(14) %2, Curtice ve arkadaşları(84) %56, Saygılı ve Kökrek(17) %66, Tomar ve arkadaşları(12) %31 olarak bildirmişlerdir. Sonuçların geniş bir aralıkta olması dikkat çekicidir. Tomar ve arkadaşları yaşlı adli psikiyatrik başvurulardan

psikiyatrik hastalığı olmayanların daha çok cinsel suç ve mağazadan mal aşırma suçu işlediklerini belirtmiştir(12). Çalışmamızda ise herhangi bir psikiyatrik hastalık saptanmayan 24 olgunun (%22,4) suç türlerinin değişkenlik gösterdiği saptanmıştır. Bu 24 olgudan 5'inin kamu suçu, 7 sinin adam öldürme ve yaralama, 3'ünün cinsel suç işlediği görülmüştür. Tüm suçlar değerlendirildiğinde olguların %33,3'ünde suçun hedefinin kişinin akrabaları olduğu saptanmıştır. En sık olarak %29,2 oranında kesici-delici alet kullanılmış, %54,1'inde suç kişinin kendi evi ya da evin yakın çevresinde işlenmiştir. Bu kişilerin %45,8'i eşi ve çocukları ile, %16,7'si eşi ile, %8,3'ü çocukları ile, %20,8'i yalnız yaşadığı tespit edilmiştir. Psikiyatrik hastalığı olmayan grupta suç çeşidinin fazla olması ve olgu sayısının az olması nedeniyle suç belirleyicilerini saptamak ve karşılaştırma yapmak mümkün olmamıştır.

Yaşlı örneklem gruplarında yapılan çalışmalarda psikiyatrik tanılar ülkeler arasında değişkenlik göstermektedir. Coid ve arkadaşlarının İngiltere'de orta ve yüksek güvenli adli servislere kabul edilen 60 yaş ve üstündeki olgularla 60 yaş altındaki olguları karşılaştırdıkları çalışmada, genç grupta en sık şizofreni ve madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımı tanılarının, yaşlı grupta hezeyanlı bozukluk, depresyon ve organik beyin sendromu tanıları saptanmıştır(15). Curtice ve arkadaşları İngiltere ve Galler'de suç işlemiş yaşlı başvurularda en sık görülen tanının demans olduğunu bildirmişlerdir(84). Fazel ve Grann, İsveç'te yaptıkları çalışmada, 60 yaş altındaki adli grupta kişilik bozuklukları (%32,4) ve şizofreni (%11,6) tanılarının yaşlı gruptan daha sık, 60 yaş ve üstü adli grupta ise demansın (%7,1), affektif psikozların (%6,7) ve serebral lezyonların (%4,8) gençlere göre daha sık olduğunu saptamışlardır(2). Lewis ve arkadaşları ABD'de adli psikiyatrik değerlendirme için başvuran suç işlemiş yaşlılarda en sık alkol ve madde kullanım bozuklukları ve demans tanılarının olduğunu bildirmiştir(1). Ülkemizde ise Saygılı ve Kökrek, Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi'ne psikiyatrik değerlendirme için gönderilen suç işlemiş yaşlılarda en sık olarak demans ve paranoid bozukluk saptamışlardır(17). Genel adli psikiyatri popülasyonuna bakılacak olursa Kayatekin ve arkadaşları ceza sorumluluğu kaldırılan 469 olgu üzerinde geriye dönük olarak yaptıkları bir çalışmada; %72'sinin kronik hasta olduğunu, %32'sinin tanısının

şizofreni (özellikle paranoid tip) olduğunu bildirmişlerdir (70). Ceza sorumluluğu belirlenmesi amacıyla gönderilen 1831 adli olgunun incelendiği bir başka çalışmada, %48,9'unun ceza sorumluluğunun olmadığı ve ceza sorumluluğu kaldırılan olguların tanılarının %32,8 şizofreni, %26,4 duygudurum bozukluğu, %14,3'hezeyanlı bozukluk, %2,5 madde kullanımına bağlı psikoz olduğu saptanmıştır (84). Hastanemiz adli psikiyatri biriminde tüm yaş gruplarını içeren çalışmalarda ceza sorumluluğu kaldırılmış olguların büyük kısmını şizofreni tanılı hastalar oluşturduğu saptanmıştır (66,69). Çalışmamızda ise ileri yaşlarda görülen psikiyatrik bozuklukların daha sık olduğu görülmektedir. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalara kıyasla alkol ve psikoaktif madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozukluklarının daha az sıklıktadır. Hem yaşlı hem de suç işlemiş alt grupların psikiyatrik hastalık için daha riskli olduğu bilinmektedir. ABD'de 55 yaş ve üstü tutukluların %16'sında psikiyatrik bozukluk saptanmış, en sık olarak %33 depresif bozukluklar, %13 anksiyete bozukluğu, %12 şizofreni, %5 demans tanılarının konulduğu bildirilmiştir (86). İngiltere'deki cezaevlerinde 60 yaş üstü mahkumlarla yapılan bir çalışmada, bu yaş grubunun yarısından fazlasının psikiyatrik hastalığının olduğu, önde gelen tanıların kişilik bozuklukları ve depresif bozukluklar olduğu belirtilmiştir(48).

Olguların %8,4'ünde birden fazla psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Yabancı kaynaklı çalışmalarda suç işlemiş yaşlılarda sıklıkla yüksek psikiyatrik komorbidite görülmektedir. Lewis ve arkadaşları, %68,7 oranında birden fazla psikiyatrik bozukluk bildirmiştir(1). Ancak bahsedilen çalışmada olguların %62'sinde alkol ve psikoaktif madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı komorbiditesi olduğu belirtilmekteyken bu çalışmada sadece %3,7 oranında alkol ve psikoaktif madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı komorbiditesi saptanmıştır. Rayel, ABD'de 55 yaş ve üstü adli psikiyatrik olguların %86'sında alkol kötüye kullanımı öyküsü olduğunu bildirmiştir (16). Mcleod ve arkadaşları İskoçya'da 55 yaş ve üstündeki adli psikiyatri başvurularında %20 oranında alkol bağımlılığı saptandığını belirtmişlerdir(5). Hastanemiz adli psikiyatri biriminde zorunlu klinik tedavi uygulanan olguların alındığı bir çalışmada alkol ve psikoaktif madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı komorbiditesinin %12,2 oranında olduğu saptanmıştır

(69). Fazel ve Grann, 60 yaş ve üstü adli grupta alkol ve psikoaktif madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı oranını %14,8 olarak saptamış, genç grup ile karşılaştırdıklarında farklılık bulamamışlardır(2). Çalışmamızdaki alkol ve psikoaktif madde kullanım oranı ise hem yabancı kaynaklı çalışmalardaki yaşlı örneklem gruplarıyla, hem de ülkemizdeki genel adli psikiyatri popülasyonu ile kıyaslandığında daha düşük bulunmuştur. Kültürel ve dini öğretilerin, yaşla birlikte artan fiziksel hastalıkların bu oranın azalmasına neden olduğu düşünülmüştür. Çalışmamızda sadece alkol ve psikoaktif madde kullanım bozukluğu olan 6 olgunun suç sayısı ortalaması 3,83 bulunmuştur. Daha önceki çalışmalarda alkol ve madde kullanımı olan hastaların daha fazla yineleyici suç davranışında bulundukları belirtilmiştir(47,72,87,88). Alkol ve psikoaktif madde kötüye kullanımı tek başına ya da başka bir bozukluğa komorbid olduğu durumlarda şiddet davranışı riskini belirgin olarak artırmaktadır (47). Yaşlılarda yapılan çalışmalar da birden fazla suç öyküsünün alkol ve madde kullanımıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir(1,2,5). Çalışmamızda alkol madde kullanım bozukluğu olan 6 olguda tekrarlayıcı suç davranışının olması da bu sonuçlarla uyumlu bulunmuştur. Adam öldürme suçu işleyen yaşlı olguların %44'ünün olay sırasında alkol etkisinde olduğu saptanmıştır (4). Çalışmamızdaki alkol ve psikoaktif madde kullanım bozukluğu olan olguların tamamı uyuşturucu madde bulundurma ya da satma suçları nedeniyle hastanemize gönderilmiş ancak geçmiş suç öyküleri incelendiğinde birinin adam öldürme, birinin yaralama, 2'sinin hırsızlık, birinin de dolandırıcılık suçları olduğu görülmüştür. Çalışmamızdaki alkol ve madde kullanım bozukluğu olan olguların suçlarının da uyuşturucu madde temini ile ilgili olduğundan dolayı yaşlılıkta şiddet suçları ile alkol ve madde kullanımının ilişkisini açıklamakta olgu örneklemimizin sayısı yetersizdir.

Çalışmamızda %22,4 oranında saptanan hezeyanlı bozukluk olgularının %45,8'i orta ve ciddi şiddet suçları işlemiştir. Bu tanı grubunda en sık işlenen suçların adam öldürme, yaralama ve tehdit-hakaret suçları olduğu, suçun hedefinin daha çok tanıdığı ama yakını olmayan kişiler olduğu, %25'inin ateşli silah kullandığı belirlenmiştir. Hezeyanlı bozukluk saptanan olguların %29,2'si en ağır suçunu eşine karşı işlemiştir. Bu gruptakilerin %58,3'ünde suç yerinin ev ya da evin

çevresi olduğu saptanmıştır. Yaşlı kişilerde hezeyanlı bozukluk ve suç ilişkisini araştıran çok az sayıda literatür bulunmakta olup, bu çalışmalardan birinde suç işleyen yaşlılarda hezeyanlı bozukluk oranı %6 olarak belirtilmiştir(1). Hastanemizde yapılan 466 hezeyanlı bozukluk olgusunun alındığı araştırmada; olguların %61,6'sının kişiye yönelik şiddet uyguladığı, %3'ünün kendine yönelik şiddet uyguladığı, %2,1'inin mala yönelik şiddet uyguladığı, %17'sinin sözel şiddet uyguladığı ve erkeklerde kadınlara kıyasla başta kişiye yönelik olmak üzere şiddet davranışının daha yüksek oranda olduğu belirtilmiştir(89). Bu çalışma ile uyumlu olarak olgularımızda şiddetin daha çok eşe ve akraba çevresi dışındaki tanıdıklara karşı olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada hezeyanlı bozukluk olgularından %34,5'inin suç işlediği, suç işleyenlerin büyük çoğunluğunun bir suç işlediği ve suç türlerine bakıldığında da %35,4'ünün cinayet, %13'ünün öldürmeye teşebbüs, %21,7'sinin yaralama, %11,8'inin kamu suçları, %14,3'unun tehdit, %3,7'sinin cinsel suçlar olduğu, suçların %38'inin mağdurla ortak yaşanan evde işlendiği, suç sırasında %50,3'ünde kıskançlık hezeyanı, %40,5'inde kötülük görme hezeyanı olduğu, hastalık başlangıç yaşı ile ilk suç işleme yaşının birbirine yakın olduğu saptanmıştır (89). Çalışmamızdaki suç türlerinin dağılımı da bu araştırma ile uyumlu bulunmuştur. Çalışmamızda tüm tanı gruplarından daha fazla sayıda (tüm olguların % 22,4 ü) hezeyanlı bozukluk olgusunun olması, bu hastalığın doğası gereği daha geç yaşlarda başlaması ve suç riskinin yüksek olmasına bağlanabilir. Çalışmamızda ise bu sonuçlardan farklı olarak adam öldürme oranının daha düşük, tehdit ve hakaret suçlarının daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. Hezeyanlı bozuklukta yaşla birlikte suçun şiddetindeki azalma, hastalık tanısının çok daha önce konulması, tedavinin başlanması ve yakın çevrenin hastalıktan haberdar olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda olguların %10,3'ünde demans saptanmış olup bu oran Lewis ve arkadaşlarının(1) çalışmasında % 44,4, Fazel ve Grann'in çalışmasında(2) % 7,1, Regan ve arkadaşlarının(85) yaptığı çalışmada %5 olarak belirtilmiştir. Bu farklılıklar örneklem gruplarının ve tanı koymada kullanılan araçların farklılığına bağlanabilir. Çalışmamızda demans tanısı olan olguların suç yaşı ortalaması 69,27, hastalık başlangıç yaşı ortalaması 67,09 olarak bulunmuştur. Bu tanı

grubundaki 11 olgunun 3'ü yaralama, 2'si cinsel saldırı, 2'si tehdit, biri adam öldürme, biri hırsızlık, biri kamu suçları işlemiştir. Suçun hedefi çoğunlukla tanıdığı ancak yakını olmayan kişilerdi. Olguların %81,8'i yakınlarının yanında yaşamaktaydı. Petrie, demanslı hastaların, paranoid hezeyanları olan kişilerin şiddet davranışından farklı olarak ani impulsif davranışları olduğunu, karma ya da organik beyin lezyonları (beyin tümörü, normal basınçlı hidrocefali) olanların, primer dejeneratif demansı olanlara göre daha öngörülemez ve tehlikeli davranışlar sergiledikleri belirtmektedir(50). Ajitasyonu olan demanslı hastalarda ani, beklenmedik şiddet davranışlarının olabileceği, bu davranışları öngörmenin yaşlıyı ve toplumu korumada çok önemli olduğu kanaatine varılmıştır.

Bipolar bozukluk tanısı olgularımızda % 6,5 ( 7 kişi) olup; bu oran Fazel ve Grann'in(2) çalışmasında % 6,7, Lewis ve arkadaşlarının(1) çalışmasında % 1, McLeod ve arkadaşlarının(5) çalışmasında % 11,4, Coid'in(15) çalışmasında % 8 olarak bulunmuştur. Olguların hastalık başlangıç yaşı ortalaması 46,43, suç yaşı ortalaması 64,57 idi. 4 olguda suç aleti, ateşli silah olup, 5'inin insana yönelik şiddet suçu işlediği, birinin yangın çıkarma, birinin ise ruhsatsız silah taşıma suçu işlediği, Taylor'ın şiddet değerlendirme skalasına göre suçların çoğunluğu orta derecede şiddet suçu olduğu saptanmıştır. Suçların 3'ünün eşe, 3'ünün tanıdığı ancak yakını olmayan kişilere yönelik olduğu, 4'ünün kişinin kendi evinde gerçekleştiği saptanmıştır. Hastanemiz adli psikiyatri birimine başvuran bipolar bozukluk olgularının %81,3'ünün kişiye yönelik suçlar işlediği, %23'ünün anne, baba, kardeş, eş gibi ev halkını hedef aldığı, en çok cinayet ve yaralama suçu işlendiği bildirilmiştir (90). Çalışmamızdaki olgu sayımız az olmakla birlikte bu çalışma ile sonuçlarımızın uyumlu olduğu düşünülmektedir.

Olgularımızın %12,1'inde şizofreni tanısı saptanmıştır. Bu oranı yaşlı adli olgular arasında McLeod ve arkadaşları(5) %11, Tomar ve arkadaşları(12) %21, Rosner ve arkadaşları(14) %21, Fazel ve Grann(2) %7,1, Lewis ve arkadaşları(1) %14,1 olarak bildirmektedir. Çalışmamızdaki şizofreni tanı grubunun yaş ortalaması 67,85 olarak saptanmıştır. Hastalık sürelerinin ortalamasının 31,45 iken tedaviye başvuru yaşlarının 23-77 arasında değişmekte olduğu, ortalama olarak 46,69 yaşında ilk kez tedaviye başvurdıkları tespit edilmiştir. Şizofreni tanısı



konulan 13 yaşı olgunun 11'i orta ve ciddi derecede şiddet suçları, 7'si kişiye yönelik şiddet suçu işlemiştir. Uygur ve arkadaşları suç işlemiş şizofreni hastalarını inceledikleri çalışmalarında, hastaların %77'sinin kişiye yönelik suç işlediğini, % 41 oranında kurbanın hasta yakını olduğunu bildirmişlerdir(91). Çalışmamızdaki yaşı şizofreni hastalarının suç türleri ve şiddet dereceleri bakımından diğer şizofreni olguları ile benzer olmalarına rağmen suçun hedefi yönünden farklılık gösteriyorlardı. 8 olgunun yalnız yaşadığı, 3'ünün evsiz olduğu, sadece 2'sinin ailesiyle birlikte yaşadığı öğrenildi. Yakınları ile yaşayanların sayısı çok az olduğundan suçun hedefi çoğunlukla yabancılarıdır. Evsizlik ile psikiyatrik hastalığı olan kişilerin şiddet davranışı arasında güçlü bir ilişki olduğu ve aileden bağımsız yaşayan şizofrenlerin daha çok şiddet davranışı gösterdiği, ancak aileye ekonomik bağımlılığın da tehdit ve tehlikeli davranış riskini artırdığı gösterilmiştir (92,93). Çalışmamızda şizofreni grubunda sosyal desteğin belirgin olarak az olması, tedaviye ulaşmadaki güçlüğü ve psikotik bozukluğa bağlı şiddet riskinin artışı açıklamaktadır. Kişilerin temel ihtiyaçları daha iyi bir şekilde karşılandığı takdirde, genel olarak kanuna karşı gelen davranışlar ve özellikle şiddet davranışı azalmaktadır. Şiddet davranışı gösteren şizofreni hastaları çoğunlukla tedaviye uyumsuz olmalarının yanı sıra sosyal olarak yalıtılmış ve kötü yaşam koşullarına sahiptirler(94). Suç işleyen kişilerde psikiyatrik bozuklukların yaygınlığının toplumdan daha yüksek olmasının nedenlerinden birinin de suç için risk faktörü oluşturan işsizlik, alkol-madde kullanımı ve düşük eğitim düzeyi gibi sosyal etkenlerin psikiyatrik hastalığı olan kişilerde sıklıkla olmasındandır. Fakat genellikle psikiyatrik hastalarda bu sosyal sorunların üstü örtülmekte psikiyatrik girişimler hastalık odaklı olarak kalmaktadır (73).

Katılımcıların son yatışlarında ortalama hastanede kalış süreleri  $125,77 \pm 303,85$  gün olarak tespit edildi. Çalışmaya alınan kişilerin hastalık başlangıçlarından bu yana tedavi için psikiyatrik yatış sürelerinin dağılımına bakıldığında %51,4'ünün 0-30 gün arası, %21,5'inin 1-6 ay arası, %8,4'ünün 6-12 ay arası ve %18,7'sinin 12 aydan daha uzun süre hastanede yatışının olduğu görüldü. Bir aydan kısa süre hastanede yatırılan olguların psikiyatrik hastalığı olmayan %22,4 oranındaki grubu da içerebileceği düşünülmektedir. Buna rağmen

çalışmaya alınan kişilerin çoğunluğu hastanede kısa süreli yatırılmıştır. Hastanemizde yapılan bir çalışmada genel adli psikiyatri popülasyonunda zorunlu klinik tedavi süresi ortalama  $374,43 \pm 512,83$  gün (yaklaşık 13 ay) olarak saptanmıştır (69). Yaşlı hastaların adli psikiyatri servislerinde yatırılma süresinin diğer adli olgulara göre kısalığı, yaşlılığa bağlı eşlik eden bedensel hastalıklara, yeti yitimi nedeniyle hastane şartlarına uyum zorluğuna, ayrı geriatri adli servislerinin olmamasına bağlanabilir.

Çalışmaya alınan olgularda en sık saptanan psikotik belirtinin kötülük görme hezeyanı olduğu görülmektedir. Hastalık tanısına kıyasla paranoid ve kontrol hezeyanları gibi özellikli belirtiler şiddet davranışı ile daha çok ilişkili bulunmuştur. Araştırmalar, hastaların kendileri için bir tehdit olduğuna veya düşünce sokulması gibi kontrol edildiklerine dair hezeyanlarının, şiddet davranışıyla bağlantılı olduğunu göstermiştir. Hatta psikotik hastalarda bu içerikteki hezeyanların, daha önceki şiddet davranışından daha iyi ön belirleyiciler olduğu söylenmektedir(94). Petrie ve arkadaşları şiddet davranışı nedeniyle geriatrik psikiyatri ünitesine yatırılan yaşlıların çoğunluğunda organik bozukluk olmaksızın, paranoid hezeyanlar doğrultusunda, “düşmanlarına” yönelik planlanmış şiddet davranışları olduğunu belirtmektedir (50).

Katılımcıların son yatışlarında uygulanan ilaç tedavileri incelendiğinde; %35,5'inin ilaç tedavisi verilmeden hastaneden çıkarıldığı, ilaç tedavisi uygulanan kişiler arasında depo antipsikotik kullanım oranının %17,4 olduğu, %73,9'unun tedavisinde tek ilaç kullanıldığı tespit edildi. Çalışmaya alınan kişilerin hiç birisine yatışı sırasında EKT tedavisi uygulanmamıştı. Hastanemiz adli psikiyatri biriminde zorunlu klinik tedavi uygulanan olguların alındığı bir çalışmada çıkış tedavisi olarak, olguların %42,6'sına depo antipsikotik (oral tedavi ile birlikte ya da tek başına) tedavi, %36'sına oral antipsikotik ve depo tedavi kombinasyonu, %11,3'üne duygudurum düzenleyicisi ve antipsikotik tedavi kombinasyonu düzenlendiği saptanmıştır (69). Çalışmamızdaki bulgular, yaşlı hastalarda psikofarmakolojik tedavi uygulamasında depo antipsikotik, kombinasyon tedavileri ve EKT uygulamasından kaçınıldığını göstermektedir.

Olguların çoğunda psikiyatri dışı hastalık saptanırken %18,7'sinde birden fazla hastalık tespit edildi. Benzer şekilde Rosner ve arkadaşları yaşlı adli psikiyatrik olguların %66'sında, Rayel %72'sinde tıbbi hastalık öyküsü, %36'sında birden fazla tıbbi hastalık öyküsü saptamıştır(14,16). Bu durum kişinin tedavisini ve hastanede yatış süresini etkilemektedir.

### **Yalnız Yaşayan ve Ailesiyle Yaşayan Yaşlılarda Suç Özelliklerinin İncelenmesi**

Çalışmaya alınan 38 (%35,5) kişi son suçlarını işledikleri sırada yalnız yaşamakta iken, 69 kişi (%64,5) aile bireyleri ile yaşamaktaydı. Yalnız yaşayan kişilerin ilk suç işleme yaşı anlamlı derecede düşük, suç sayıları yüksek bulundu. Ailesi ile birlikte yaşayanların en sık (%20,3) adam öldürme suçu işledikleri, yalnız yaşayanların ise kasten yaralama (%18,7) ve öldürmeye teşebbüs (%10,5) suçlarını daha sık işledikleri görülmektedir. Bu grupların kullandıkları suç aleti dağılımına bakıldığında, ailesi ile yaşayanların sıklıkla ateşli silah, yalnız yaşayanların ise delici-kesici alet kullanmaları, suç türleri arasındaki farkı açıklamakta birinci neden olabilir. Yaşlanma sonucunda yaşlının fiziki gücünde ve hareket yeteneğinde azalma meydana geldiğinden yaşanan çatışmayı ortadan kaldırmak için daha az güç gerektiren ateşli silahlara başvurulduğu görülmektedir. Suç aleti kullanımında saptadığımız farklılığın nedeni, ailesi ile birlikte yaşayan olguların birlikte yaşadıkları kişilerin sahip oldukları ateşli silahlara ulaşımının kolay olması olabileceği gibi, tek başına olan yaşlı bireylerin silah ruhsatı temininde gerekli işlemleri yerine getirmesindeki güçlüğü de yansıtıyor olabilir. İkinci bir olasılık ise aileleri ile yaşayan kişilerin daha çok ileri yaşlarda başlangıç gösteren hezeyanlı bozukluk ve demans gibi tanılarının bulunmasıdır. Erken başlangıç gösteren psikotik bozukluklarda silah ruhsatı ve ateşli silah temini çok daha güç iken, yukarıda belirtilen durumlarda daha erken dönemlerde edinilmiş silahların halen bulunduruluyor olma olasılığı daha yüksektir.

Yaptığımız istatistiksel değerlendirmede aileleri ile yaşayan grupta aile bireylerine yönelik saldırının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi. Literatürde adam öldürme suçunu etkileyen parametrelere bakıldığında; 65 yaş üstü olgularda suç kurbanının sıklıkla aile ve yakın çevrede bulunduğu,

kadınlardan oluştuğu, sıklıkla ateşli silah, daha az oranda künt cisimler ve kesici delici aletler kullanıldığı görülmektedir (1,4,12,17).

Ailesi ile birlikte yaşayan, şiddet derecesi daha yüksek ve sıklıkla aileye yönelik suçlar işleyen olgularda herhangi bir psikiyatrik bozukluk saptanma oranı anlamlı olarak daha düşüktü. Yalnız yaşayan grupta psikiyatrik bir hastalığın olma olasılığı anlamlı olarak daha yüksekti. Bu grupta en sık saptanan tanının şizofreni olduğu görülmektedir. Psikotik bozuklukların sosyal işlevsellik üzerindeki olumsuz etkileri ve bu kişilerde yaşlanma ile birlikte bakım veren ebeveynlerin kaybı hastaların yalnız yaşama sıklığını açıklıyor görünmektedir. Yalnız yaşayan hastaların tedaviye erişimlerinin zorlaşması ve ilaç uyumlarının bozulması var olan psikotik bozukluğun kötüleşmesine, suç işleme riskinde artışa neden olabileceği düşünüldü.

### **Şiddet Alt Gruplarının İncelenmesi**

Çalışmaya alınan olguların %28'inin Taylor'ın Şiddet Derecelendirme Skalası'na göre tamamen şiddet dışı suçları varken, %44,9'u hafif-orta ve %27,1'i ciddi şiddet içeren suçlar işlemişti. Kadın olgu sayısının düşük olmasından dolayı yeterli bir istatistiksel değerlendirme yapılamasa da ciddi şiddet grubunda kadın sayısının azaldığı görülmektedir. Şiddet içermeyen grubun daha erken suç işlemeye başladığı ve daha fazla sayıda suçu olduğu görülmektedir. Şiddet içermeyen grupta 4'den fazla sayıda suç işleyen 7 kişi kendine ait geliri ve sosyal güvencesi olmayan, çalışmayan, geçmişte 9 ay ile 300 ay arasında cezaevi öyküsü olan, sıklıkla alkol ve psikoaktif madde kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu olan olgulardı. Bu kişilerin 17-20 yaş arasında suç işlemeye başladıkları ve şiddet içermeyen suç grubunun ilk suç işleme yaşını aşağıya çektikleri ve suç sayısını arttırdıkları görülmüştür. Bu 7 kişi, sadece biri hırsızlık olmak üzere uyuşturucu madde suçları işlemelerinden dolayı şiddet içermeyen grupta yer almaktadırlar.

Şiddet grupları arasında psikiyatrik bir hastalık saptanma oranları arasında fark görülmemiştir. Hastalığı olanların hastalık başlangıç yaşı, tedaviye başlangıç yaşı ve hastaneye yatış sayıları yönünden anlamlı farklılık bulunmadı. Bütün gruplarda en sık görülen hastalık hezeyanlı bozukluk iken, ciddi şiddet grubunda şizofreni tanısı, hafif-orta şiddet grubunda bipolar bozukluk ve demans tanısı,

şiddet içermeyen grupta alkol ve psikoaktif madde kullanım bozuklukları diğer gruplara göre daha yüksek orandaydı. Alkol ve psikoaktif madde kullanım bozukluğu saptanan olgularımızın tamamının uyuşturucu madde suçları işlemiş olmaları ve bu suçların şiddet içermemesi bu sonuca neden olmuş olabilir. Şiddet içermeyen suç grubunda psikotik semptomu olmayan kişilerin oranı anlamlı olarak yüksek tespit edildi. Ciddi şiddet suçu işleyen grubun ise çoğunluğunda perseküsyon hezeyanı saptandı. Petrie ve arkadaşları şiddet davranışı nedeniyle geriatrik psikiyatri ünitesine yatırılan yaşlıların büyük oranda organik bozukluk olmaksızın, paranoid hezeyanlar doğrultusunda, “düşmanlarına” yönelik planlanmış şiddet davranışları olduğunu belirtmekte, demanslı hastaların ise bilişsel kayıpları nedeniyle psikotik bozukluğu olan hastalara göre tehlikeliliklerinin az olduğunu vurgulamaktadır(50). Kişilerin soygeçmiş özellikleri, suçtan önce tedavi öyküleri ve tedaviye uyumları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Orta-ciddi suç işleyen grupta hastaneye söz konusu yatışın süresi anlamlı olarak daha uzundu. Olguların son yatışları sırasındaki psikofarmakolojik tedaviler değerlendirildiğinde; ciddi suçlar işleyen kişilerin psikiyatrik hastalık oranları farklı olmasa da düşük şiddet suçları işleyenlere göre daha fazla psikofarmakolojik tedavi uygulandığı, daha uzun süre adli servislerde tutulduğu saptanmıştır. Bu bulgular hem şiddet davranışı gösteren yaşlı hastaların tedavilerinin zor olması, hem de suç şiddeti arttıkça adli psikiyatristlerin daha yoğun tedaviler uygulaması ile açıklanabilir.

#### **Aile Bireylerine ve Yabancılar Karşı İşlenen Suçların Karşılaştırılması**

Yapılan tüm klinik çalışmalarda suç işlemiş yaşlı ile hedef arasında büyük oranda eş, akraba ya da tanışıklık ilişkisi olduğu saptanmıştır (4,6,12,17). Hastanemizde koruma ve tedavisi yapılan genel adli psikiyatrik olguların da suç hedefinin %67 oranında aile ve tanıdık kişiler olduğu saptanmıştır (69). Ülkemizde Kayatekin ve arkadaşları, ceza sorumluluğu kaldırılan 469 olgu üzerinde geriye dönük olarak yaptıkları bir çalışmada; %83'ünün tanıdığı kişilere yönelik saldırganlığının olduğunu bildirmişlerdir(70). Psikiyatri hastalarının toplum içinde sergiledikleri şiddet davranışları genel olarak aile yakınlarına ya da yakın ilişki içerisinde bulundukları insanlara yöneliktir (82). Öncü'nün Bakırköy Ruh ve Sinir

Hastalıkları Hastanesi'nde yaptığı çalışmada zorunlu tedavi öncesi olguların %43'ünün aile üyesi ve akraba dışındaki tanıdıklarına karşı suç işledikleri, aile içinde en çok eşlerin hedef alındığı bulunmuştur. Ayrıca zorunlu tedaviye yol açan suçun %39 oranında ev halkı ve akraba dışındaki tanıdıklara, en çok eşlere yöneldiği, yineleyici suçu olanlarda ise babanın daha çok hedef alındığı bulunmuştur (47). Bu çalışmada ise örneklem grubunun %35,5'inin yalnız yaşıyor olması nedeniyle aileye yönelik işlenen suç oranı beklenenden düşük bulunmuştur. 60 yaş üstünde adam öldürme suçu işlemiş 179 olgunun incelendiği bir başka çalışmada olguların sadece %11'inde kurbanın yabancı olduğu saptanmıştır. Birçok olguda kurbanlar aile üyesi olmasa da finansal nedenlerden ya da birbirlerinin ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla yaşlı kişiyle aynı evde yaşayan akrabalık ya da evlilik ilişkisi kadar yakın ilişkileri olan kişiler olduğu belirtilmiştir (4).

Çalışmamızda kişiye yönelik suç işlemiş olguların 24'ü aile bireylerini, 56'sı aile bireyi olmayan kişileri hedef almıştı. Son suçlarını aile bireylerine yönelik işleyen kişilerin, aile bireyleri dışındakileri hedef alanlara göre, daha fazla (%70,8) adam öldürme, öldürmeye teşebbüs, cinsel saldırı ve yaralama gibi insanın beden bütünlüğüne yönelik şiddet suçları işledikleri görüldü. Aile dışındaki kişilere yönelik suçlarda şiddet derecesi azalıyordu. Suç sırasında ateşli silah, delici kesici alet ve künt cisim gibi araçları kullanım oranı aile bireylerine karşı suç işleyen grupta anlamlı derece yüksek tespit edildi. Aile bireylerine yönelik suçlarda %25 oranında ateşli silah, %37,5 oranında delici-kesici alet kullanılmış olması suç şiddetinin artmasında etkili gözükmetedir. Aile bireylerine yönelik suç işleyen kişilerin %87,5'i, yabancılara yönelik suç işleyen kişilerin %58,9'u ailesiyle yaşamaktaydı. Bizim olgularımızın da literatürle uyumlu olarak suç hedefleri yakın çevreleri arasındaydı. Aile ile yaşayan olgular ailelerini hedef alırken, yalnız yaşayanlarda hedefin akraba olmayan tanıdıklar ve yabancılar olma eğilimi daha yüksektir. Cinsel saldırı suçlarının tamamı aile dışından kişilere yönelik işlenmişti. Bu durum ülkemizde aile içindeki cinsel saldırı olgularının kayıt altına alınmadığını düşündürülebilir.

### **Bir ve Birden Fazla Suç İşlemiş Yaşlı Olguların Karşılaştırılması**

Yaşlı hastaların genç hastalar kadar sık yineleyici suçu olmadığı belirlenmiştir(94). Çalışmamızdaki olguların 74'ü (%69,1) bir defa suç işlemişken, 33'ü (%30,9) birden fazla suç işlemişti. Rosner ve arkadaşları, adli psikiyatrik değerlendirmeleri yapılan 62 yaş ve üstündeki 52 olgunun 32'sinin geçmişte en az bir kez tutuklanmış olduğunu bildirmiştir(14). Çalışmamızda bir suçu olanların yaş ortalaması  $69.96 \pm 6.37$ , birden fazla suçu olanların yaş ortalaması  $67.27 \pm 6.27$  olarak tespit edildi. İki grubu yaş ortalamaları arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmuştur. Birden fazla suç işleyen grupta psikotik bozukluklar tanı kategorilerinin, alkol ve psikoaktif madde kullanım bozukluklarının ve kişilik bozukluklarının tek suçu olan gruba kıyasla daha sık görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca tek suçu olan grupta ileri yaşlarda başlayan demans ve hezeyanlı bozukluk gibi hastalıkların sık bulunması iki grup arasındaki yaş farkına sebep olmuş olabilir.

Bir suçu olan grubun %16,2'si (n=12) kadınlardan oluşurken bu oran birden fazla suçu olan grupta %9,2 (n=3) idi. Kadın olgu sayısı karşılaştırıldığında ilk grupta sayıca farklılık bulunmuş olsa da istatistiksel olarak anlamlı değildir. Literatürde geriatrik adli popülasyonda kadın olgu sayısının düşük olduğu birçok çalışmada bildirilse de yineleyici suç açısından kadın erkek farkını vurgulayan çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızda elde edilen verilerin güvenilirliği de kadın olgu sayısının az olması nedeniyle yeterli değildir. Genel adli popülasyonu kapsayan daha önceki çalışmalarda erkek hastaların daha fazla yineleyici suç davranışında bulundukları belirtilmiştir (47,72,87,88). Sonuçlar bu çalışmada elde edilen verilerle uyumludur.

Gruplar arasında medeni durum özelliklerinin dağılımı incelendiğinde tek suçu olanların %62,2'sinin evli, %37,8'inin bekâr, dul ya da boşanmış olduğu; birden fazla suç işleyen grupta ise %30,3'ünün evli, %69,7'sinin ise bekâr, dul ya da boşanmış olduğu görüldü. Bir suçu olanların %29,7'si, birden fazla suçu olanların %51,5'i yalnız yaşamaktaydı. Grupların meslek dağılımları incelendiğinde bir suçu olan grubun %8,1'inin işsiz, birden fazla suçu olan grupta ise %18,2'sinin işsiz olduğu görüldü. Bir suçu olan grupta kendisine ait geliri olanların oranı %73,0 iken, birden fazla suçu olanlarda %48,5'ti. Tüm yaş gruplarını içeren çalışmalarda

da sosyal desteği az, bekâr hastaların daha fazla yineleyici suç davranışında bulundukları belirtilmiştir(47,72,87,88). Öte yandan hastanemizde Öncü ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılan bir çalışmada psikotik bozukluğu olanların bekâr ya da ayrılmış ve dul olmanın veya yalnız yaşamının suç riskini etkilemediği belirtilmiştir(66). Benzer şekilde psikiyatrik bozukluğu olanlarda genel topluma göre daha yüksek oranda işsizlik olduğu ancak suç işlemiş hastalarla işlememişler arasında işi sürdürme ve meslek açısından farklılık olmadığı belirtilmiştir (57,70,72,91). Ayrıca çalışmamızdaki bu bulgu yineleyen suç davranışının sosyal, mesleki işlevsellikte ve evlilik ilişkisinde bozulmaya yol açtığını düşündürülebilir.

Bizim çalışmamızda tekrarlayan ve erken başlangıçlı suç davranışlarının medeni durum ile ilişkisi bu konunun iki açıdan ele alınabileceğini işaret etmektedir. İlki suç davranışının kişinin sosyal uyumunu bozmuş olabileceği, ilişkilerinde kopmalara yol açabileceği yönündedir. İkincisi ise; birden fazla suçu olan grupta psikotik bozukluk tanısı saptanma oranı daha yüksek iken, tek suçu olanların ise psikiyatrik hastalık saptanmama ya da ileri yaşlarda görülen hastalıklarının olma oranının yüksek olmasıdır. Her iki grup arasındaki gelir ve medeni durum farkının erken yaşta başlamış psikiyatrik bozukluğa bağlı işlevsellikteki bozulmayı yansıttığı da düşünülebilir. Sosyal işlevsellikteki bozulmanın psikiyatrik hastalığı bulunan grupta tedavi uyumunu olumsuz etkileyebileceği, psikiyatrik hastalık şiddetini artırabileceği ve ikincil olarak suç davranışını etkileyebileceği açıktır. Ayrıca yaşlılıkta emeklilik, sosyal bağların kopması, insanlardan uzaklaşma, işe yaramazlık ve kabul görmeme duygularının psikiyatrik bozukluğu olmayan grupta da şiddet içeren davranışlarda artışa yol açabileceği (geri çekilme teorisi) bilinmektedir (4,6). Bizim çalışmamızda da bu teori ile uyumlu olarak sosyal izolasyon ile yineleyici suç davranışı ilişkili bulunmuştur.

Bir suçu olanların %47,3'ü insanın beden bütünlüğüne yönelik şiddet suçu (adam öldürme, öldürmeye teşebbüs, yaralama, cinsel saldırı), en sık olarak da adam öldürme suçu işlemişti. Birden fazla suçu olanların son suçunda (60 yaş sonrasında işlenen suç) bu oran %30,3 iken, en sık şiddet suçu yaralama idi. Bir suçu olan grup Taylor'ın Şiddet Derecelendirme Skalası'nda birden fazla suçu



olanların son suçlarına göre daha yüksek puanlar almıştı. Birden fazla suçu olanların en ağır suçlarına bakıldığında ise beden bütünlüğüne yönelik şiddet suçu oranı %60,6'ya ulaşmakta ve sıklıkla yaralama, adam öldürme ve öldürmeye teşebbüs suçları olduğu görülmektedir.

Cinsel saldırı suçu işleyen 8 olgunun tümü tek suç işlemişti ve suç hedefleri tanımadıkları kişilerdi. Yurtdışında yapılan çalışmalarda yaşlılardaki cinsel suç oranı, çalışmamızın aksine yüksek oranlardadır. Cinsel suçların ilerleyen yaşlarda azalma eğiliminde olmadığı ve bu yaş grubu arasında yaygınlık gösterdiği vurgulanmaktadır (12). Steffensmeier ve Motivans(49) 60 yaş üstündeki erkeklerin en sık cinsel suçlar nedeniyle hüküm giydiğini, Rayel(16) adli psikiyatrik yaşlı olguların %30'unun cinsel saldırı öyküsünün olduğunu, Tomar ve arkadaşları(12), örneklem grubunun %47'sinin cinsel suç işlediğini, kurbanın büyük oranda akraba ya da tanıdık olduğunu, 65 yaş altında cinsel suç işleyenlere göre cinsel suçun tekrarlama oranının yaşlılarda daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Yabancı kurban ve eksibisyonizm yaşlıların işlediği cinsel suçlarda suç tekrarı için risk faktörüdür(96). Ülkemizde yaşlı adli popülasyon ile yapılan tek çalışma bizim verilerimiz ile uyumludur. Saygılı ve Kökrek ise Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi'ne gönderilen 100 yaşlı olgunun 5'inin cinsel suç işlediğini saptamıştır(17). TUİK verilerinde Türkiye'de 2008 yılında cezaevine giren yaşlı kişilerin %1,9'u cinsel suçlar işlediği belirtilmektedir(23). Çalışmamızda da cinsel suç oranının düşük olmasının nedeni toplumumuzda özellikle tanıdık yaşlı bireyler tarafından gerçekleştirilen cinsel saldırıların adli süreçlere yeterince yansımamasına bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Suç işlemiş psikiyatrik hastalarda önceki suç özgeçmişinin, şiddet derecesi yüksek yineleyici suç işlenmesinde en önemli ön belirleyici olduğu saptanmıştır(45,94,96). Birden fazla suç işleyen grubun geçmişte sıklıkla ciddi şiddet suçu öyküsü olmasına rağmen, bu grubun 60 yaş ve sonrasında işlediği suçlarının şiddet derecesinin tek suçu olan grupla karşılaştırıldığında düşük olması, yaşlı kişilerde önceki suç öyküsünün şiddet öngörücüsü olma öneminin azaldığını düşündürmektedir. Lewis ve arkadaşları da 60 yaş üzerinde işlenen yineleyici suç için geçmiş suç öyküsünün ön belirleyici olmadığını vurgulamıştır(1).

Birden fazla suçu olan grupta psikiyatrik hastalık saptanma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca birden fazla suçu olan grupta komorbidite oranı anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Psikiyatrik hastalığı olan kişilerin hastalığı olmayanlara göre daha yüksek oranda suç yinedikleri bilinmektedir (98). Demans ve genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluklar gibi ileri yaşla ilgili hastalıkların tek suçu olan grupta, şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ile kişilik bozukluklarının birden fazla suçu olan grupta daha yüksek sıklıkta olduğu görülmüştür.

Grupların alkol ve psikoaktif madde kullanma oranlarına bakıldığında birden fazla suçu olanlarda geçmişte (%45,5) ve halen (%27,3) diğer gruptan anlamlı derecede yüksek oranda alkol ve psikoaktif madde kullanımı olduğu görülmüştür. Daha önceki adli psikiyatri çalışmalarında tüm yaş grupları için kişilik bozukluğu (özellikle anti sosyal kişilik bozukluğu) tanısı alan ve alkol ve madde kullanımı olan hastaların daha fazla yineleyici suç davranışında bulundukları belirtilmiştir(47,72,87,88). Zorunlu klinik tedavi sürecinde olan ve yineleyici suç işlemiş tüm yaş gruplarını içeren olguların incelendiği bir çalışmada, olguların %62'sinin şizofreni, %4'ünün hezeyanlı bozukluk, %4'ünün madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk, %1'inin duygudurum bozukluğu (manik atak) olduğu belirtilmiştir (88). Bu bulgulara göre ileri yaş grubunda yineleyici suç için en belirgin klinik özelliğin hezeyanlı bozukluk ve alkol ya da psikoaktif madde komorbiditesi olduğu görülmektedir.

Birden fazla suçu olan grup hastanede daha uzun süre yatırılmış, tek suçu olanlara göre daha agresif psikofarmakolojik tedaviler uygulanmıştı. %30,3'ünde kombinasyon tedavisi gerekmişti. Bu grupta tedaviye uyum oranı %41,9, tek suçu olanlarda %54 idi. Zorunlu klinik tedavi sürecinde olan olguların incelendiği bir çalışmada, yineleyici suç işlemiş olguların tedaviye uyumlarının ileri derecede kötü olduğu belirtilmiştir (88). Daha uzun süre tedaviyi sürdüren hastaların daha az yineleyici suçu olduğu saptanmıştır(95). Orta güvenli hastanelerde 2 yıl ve daha uzun süre yatışı olan kişilerde yineleyici şiddet suç işleme riski daha düşük olarak tespit edilmiştir (97).

### **Kısıtlılıklar**

Bu araştırmaya konu olan 60 yaş ve üstünde suç işlemiş olgular özel bir azınlığı oluşturmaktadır. Olgu sayısının azlığı ve prospektif bir çalışma olmaması kısıtlılığı oluşturmaktadır. Kişilerle görüşme yapılamamış ve standardize tanı koyma araçları kullanılamamıştır. Suç işlemeyi etkileyen psikiyatrik etmenlerin ortaya çıkarılabilmesi için yüksek güvenli adli serviste yatırılarak incelemeleri yapılan yaşlıların çalışmaya alınması tercih edilmiştir. Olguların adli bilgileri tedavi dosyasında bulunan kayıtlardan elde edilmiştir. Birçok yabancı kaynaklı araştırmada ise adli sicil ve polis kayıtlarının incelenerek adli verilerin elde edilmesi söz konusudur. Çalışmalardan bazıları cezaevi örneklemelerinde yapılmış, bazılarında ise ayaktan yapılan başvurular dahil edilmiştir. Bugüne kadar yapılmış olan araştırmaların sıklıkla olgu sayısı yönünden kısıtlı olması, yöntem farklılığı, ayrıca her ülkede adli psikiyatrik sürecin farklı olması, suç kabul edilen davranışların ve yaşlı kişilere olan yaklaşımın farklılığından dolayı çalışmalarda değişken sonuçların olması yeterli karşılaştırma yapmayı engellemektedir.

## SONUÇLAR

1. 60 yaş ve üstünde suç işleyenler çoğunlukla eğitim düzeyi düşük, düzenli çalışma yaşamı olmayan erkeklerden oluşmaktadır.
2. Suç işlemiş yaşlılarda boşanmış ya da dul olma ve yalnız yaşama oranları yüksektir. Yalnız yaşayan yaşlıların daha fazla sayıda suç işledikleri ve sıklıkla psikiyatrik hastalıklarının olduğu görülmektedir.
3. Yaşlılar her tür suçu işleyebilmekte, özellikle 60 yaşından sonra ilk suçunu işlemiş olanlar, geçmiş suç öyküsü olanlara göre şiddet derecesi daha yüksek suçlar işlemektedirler.
4. Şiddet suçu işleyen yaşlılar sıklıkla ateşli silah ve delici-kesici alet kullanmaktadır.
5. Yaşlılarda suç hedefi genellikle yakın çevrelerindendir. Özellikle ciddi şiddet suçları aile bireylerine yönelik işlenmektedir.
6. Hezeyanlı bozukluk yaşlılık döneminde suç ile en sık ilişkili olan psikiyatrik hastalıktır.
7. Yaşlılıkta suç ve suçun şiddet derecesiyle en sık ilişkisi olan psikotik belirti kötülük görme hezeyanıdır.
8. Suç işlemiş yaşlılarda alkol ve psikoaktif madde kullanım bozukluğu ve kişilik bozukluğu sıklığı azdır.
9. Genç yaşlardan beri antisosyal kişilik özellikleri gösteren, çok sayıda suç öyküsü, cezaevi yaşantısı ve madde kullanımı olan olguların yaşlılık dönemlerinde suç özelliklerinin değiştiği, suçların şiddet derecesinin düştüğü görülmektedir.
10. İleri yaşta yineleyici suç sıklıkla hezeyanlı bozukluk ve alkol ve psikoaktif madde kullanımı ile ilişkilidir.
11. 60 yaş ve üzerinde suç işleyen şizofreni hastalarının belirgin olarak sosyal desteklerinin düşük olduğu görülmektedir.
12. Suç işlemiş yaşlılarda tıbbi hastalıklar da oldukça sıktır.
13. Hastanemiz Adli Psikiyatri Birimi'ne yatırılan yaşlıların tedavisinde birden fazla ilaç, depo ilaç ve EKT kullanımından kaçınılmaktadır. Geçmiş suç öyküsü ya da ciddi şiddet suçu olanlarda ise daha yoğun ilaç tedavileri uygulanmakta ve hastanede yatırıma süresi uzun tutulmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Lewis CF, Fields C, Rainey E. A study of geriatric forensic evaluatees: who are the violent elderly? J Am Acad Psychiatry Law 2006; 34:324-332.
2. Fazel S, Grann M. Older criminals: a descriptive study of psychiatrically examined offenders in Sweden. Int J Geriatr Psychiatry 2002;17: 907-913.
3. Taylor P, Parrott J. Elderly offenders, a study of age-related factors among custodially remanded prisoners. Br J Psychiatry 1988;152:340-346.
4. Kratcoski P. Circumstances surrounding homicides by older offenders. Crim Just Behav 1990;17:420-430.
5. McLeod C, Yorston G, Gibb R. Referrals of older adults to forensic and psychiatric intensive care services: a retrospective case-note study in Scotland. The British Journal of Forensic Practice March 2008; 10:1, 36-43.
6. Brogden M, Nijhar P. Crime, Abuse and the Elderly. Willan Publishing, 2000, 124-136.
7. Beşkardeş F. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Geriatrik Psikiyatri Bilim Dalı Polikliniğine Başvuran Hastalarda Anksiyete Bozukluklarının Sıklığı, Sosyodemografik Özellikleri, Risk Faktörleri Ve Depresyon Komorbiditesinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, 2007.
8. World Health Organization (WHO) Website. Definition of an older or elderly person, 2009. [Cited 2010 June 07]. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>
9. Giray H, Meseri R, Saatli G ve ark. Türkiye'ye İlişkin Yaşlı Sağlığı Örgütlenmesi Model Önerisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2008; 7 (1) :81-86.
10. İpekçioğlu D, Eker E. Geropsikiyatrik Aciller: Işık AT, Eker E, editörler. Geriatrik Geropsikiyatrik Aciller. 1.Baskı. İstanbul. Som Kitap yayınevi, 2009, s. 45-56.

11. Spar JE, Rue AL. Geriatrik Psikiyatri Klinik El Kitabı. Ertan T., Sivrioğlu Y. (Çeviri Ed.) 1. Baskı, Sigma Publishing, 2007, s.19-57.
12. Tomar R, Treasaden IH, Shak AK. Is there a case for specialist forensic psychiatry services for the elderly? Int J Geriatr Psychiatry 2005;20:51-56.
13. Farragher B, O'Connor A. Forensic psychiatry and elderly people: a retrospective. Med Sci Law 1995;35:269-273.
14. Rosner R, Wiederlight M, Harmon RB et al. Geriatric offenders examined at a forensic psychiatry clinic. J Forensic Sci 1991;36:1722-1731.
15. Coid J, Fazel S, Kahtan N. Elderly patients admitted to secure forensic psychiatry services. J Forensic Psychiatry 2002;13:416-427.
16. Rayel MG. Clinical and demographic characteristics of elderly offenders at a maximum security forensic hospital. J Forensic Sci 2000;45:1193-1196.
17. Saygılı S, Kökrek Z. Yaşlılarda suç işleme üzerine bir inceleme. Yeni Symposium 1997;35(1):14-18.
18. Arndt S, Turvey C, Flaum M. Older offenders, substance abuse, and treatment. Am J Geriatr Psychiatry 2002;10:733-739.
19. Yorston GA, Taylor PJ. Commentary: Older Offenders—No Place to Go? J Am Acad Psychiatry Law 2006;34:333-337.
20. DPT. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, Ankara 2007;10-19 Erişim: <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf>
21. Jarvik LE, Small GW. Geriatrik Psikiyatri. Saddock BJ, Saddock VA. (Ed.) Kaplan&Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Edition, Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.), Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti., 2007, 3587-3595.

22. Büken NÖ, Büken E: Yaşlanma Olgusu ve Tıp Etiği. Geriatri 2003; 6(2): 75-79,.
23. Türkiye İstatistik Kurumu Web Sayfası, Erişim: <http://www.tuik.gov.tr>
24. Özaşkın S, Öztürk Ö, Eraslan D, Bora E. Yaşlılık ve Psikiyatri. Çelikkol Yayıncılık, 2005, 9-13.
25. Victoroff J. Normal Yaşlanma İle Oluşan SSS Değişiklikleri. Saddock BJ, Saddock VA. (Ed.) Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Edition, Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.), Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti., 2007, 3610-3624.
26. Hedden T, Gabrieli JD. Insights into the ageing mind: a view from cognitive neuroscience. Nat Rev Neurosci 2004;5:87-96.
27. Craik FI, Bialystok E. Cognition through the lifespan: mechanisms of change. Trends Cogn Sci 2006;10:131-8.
28. Aydın ZD. Kognitif Yaşlanma. Geriatri ve Geriatrik Nöropsikiyatri 2009; 1:17-25.
29. Chertkow H, Massoud F, Nasreddine Z, et al. Diagnosis and treatment of dementia: Mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia. CMAJ. 2008; 178:1273-1285.
30. Dunkin JJ, Amano SS. Normal Yaşlanma İle Oluşan Psikolojik Değişiklikler: Saddock BJ, Saddock VA. (Ed.) Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Edition, Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.), Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti., 2007, 3624-3631.
31. Colarusso CA. Erişkinlik. Saddock BJ, Saddock VA. (Ed.) Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Edition, Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.), Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti., 2007, 3565-3587.
32. Er D. Psikososyal Açıdan Yaşlılık: Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009, Cilt:4, Sayı:11, s.131-144.

33. Depp CA, Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *AmJ Geriatr Psychiatry*. 2006;14: 6-20.
34. Bayraktar R. Yaşlılıkta Biyolojik ve Psiko-Sosyal Belirleyiciler: Geriatri ve Geriatrik Nöropsikiyatri 8. Ulusal Geriatri Kongresi Özel Sayı Kasım 2009, s7-8.
35. Hybels CF, Blazer DG. Psikiyatrik Hastalıkların Epidemiyolojisi: Saddock BJ, Saddock VA. (Ed.) Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Edition, Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.), Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti., 2007, 3595-3603.
36. Neugroschl JA, Kolevzon A, Samuels SC, Marin DB. Demans: Saddock BJ, Saddock VA. (Ed.) Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Edition, Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.), Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti., 2007, 1068-1093.
37. Kulaksızoğlu IB. Yaşlılık ve Psikiyatrik Hastalıklar: Klinik Gelişim CİLT: 22 / No:4 2009 Psikiyatri, s65-74.
38. Scarmeas N, Brandt J, Blacker D, et al. Disruptive behavior as a predictor in Alzheimer disease: *Arch Neurol*. 2007;64(12):1755-1761.
39. Hindley N, Gordon H. The elderly, dementia, aggression and risk assessment: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2000, 15 (3): 254-259.
40. Güz H, Çolak EG. Yaşlılarda görülen psikiyatrik bozukluklar: *T Klin J Psikiyatri*, 2002; 3: 63-74.
41. Howard R, Rabins PV, Seeman MV et al. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. *American Journal of Psychiatry*, 2000; 157, 172-178.
42. Alptekin K, Kıvırcık Akdede BB, Kitiş A ve ark. Şizofreni ve Yaşlanma: Şizofrenide Klinik Belirtilerin ve Bilişsel İşlevlerin Yaşla İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(2):91-97.



43. Yager J, Gitlin MJ. Clinical manifestations of psychiatric disorders, Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry USA 2005 3894.
44. Cancro R, Lehmann HE. Schizophrenia: Clinical features; Sadock BJ, Sadock VA (Editors):Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume:II; Seventh Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia-2000 1169-1199.
45. Asnis GM, Kaplan ML, Praag HM ve ark. Homicidal behaviors among psychiatric outpatients; Hospital Community Psychiatry, 45:2 1994 127-132.
46. Tardiff K. Adult antisocial behavior and criminality; Sadock BJ, Sadock VA (Editors): Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume:II; Seventh Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia-2000 S:1908-1916.
47. Öncü F. Psikiyatrik bozukluğu olan suçluların zorunlu klinik tedavi sonrası hastalık ve suçluluk seyirleri, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul 2002.
48. Fazel S, Hope T, O'Donnell I et al. Health of elderly male prisoners: worse than the general population, worse than younger prisoners. Age Ageing 2001; 30:403–407.
49. Steffensmeier D, Motivans M. Older men and older women in the arms of the criminal law: Offending patterns and sentencing outcomes: Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences, (2000) 55B, 141-151.
50. Petrie W, Lawson E, Hollender M. Violence in geriatric patients. JAMA 1982; 248:443– 444.
51. Sprehe DJ. Geriatric Psychiatry and the Law. In Rosner R.(editor). Principles and Practice of Forensic Psychiatry. New York Chapman&Hall 1994, 501-506.
52. Series H, Degano P. Hypersexuality in dementia. Advances in psychiatric Treatment 2005;11:424-431.

53. Van Alphen SPJ, Nijhuis PEP, Oei TI. Antisocial personality disorder in older adults: a qualitative study of Dutch forensic psychiatrists and forensic psychologists. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22:813–815.
54. Öncü F, Sercan M. Ceza hukukunda adli psikiyatri, *Adli Psikiyatri Uygulama Klavuzu*, Editör:Sercan M, Türkiye psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara 2007; 33-39.
55. Özdemir C. Adli Psikiyatrik hastalarda tehlikeliliğin öngörülmesi, *Uzmanlık Tezi*, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul-2001.
56. Balcıoğlu İ, Memetali S, Rozant R. Psikiyatrik hastanın suç işlemesi: Ne yapmalıyız?, Türkiye’de sık Karşılaşılan psikiyatrik Hastalıklar sempozyum dizisi, 62 2008; 269-274.
57. Özdemir F. Psikiyatrik açıdan homisidal davranışlar, *Uzmanlık Tezi*, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul-1992.
58. Dönmezer S. Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku, Genel Kısım, C.II, 10.B.,İstanbul 1994, 170.
59. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK et al. Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the epidemiologic catchment area surveys; *Hospital Community Pscyhiatry*, 41:7 1999; 761-770.
60. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorder and criminal violence in a Danish birth cohort; *Archives of General Psychiatry* 57 2000; 494-500.
61. Tiihonen J, Hakola P, Eronen M. Risk of homicidal behavior among discharged forensic psyciatric patients; *Forensic Science International*; 79 1996; 123-129.
62. Fazel S, Grann M. Psychiatric Morbidity Among Homicide Offenders: A Swedish Population Study; *Am J Psychiatry*, 161 2004; 2129-2131.

63. Coid J, Yang M, Roberts A et al. Violence and Psychiatric Morbidity in a National Household Population-A Report from the British Household Survey Am J Epidemiol, 15164:12 2006; 1199-1208.
64. Bowden P. What happens to patients released from the special hospitals? ; British Journal of Psychiatry 138 1981; 340-345.
65. Marzuk PM. Violence, crime and mental illness- How strong a link?; Archives of General Psychiatry 53 June-1996; S:481-486.
66. Öncü F, Sercan M, Ger C, Bilici R, Ural C, Uygur N. Sosyoekonomik Etmenlerin ve Sosyodemografik Özelliklerin Psikotik Olguların Suç İşlemesinde Etkisi ,18: 2007; 4-12.
67. Soysal H. Suç işlemiş akıl hastalarının muhafaza ve tedavi sonrası izleme süreci ve izleme kurumlarının durumu; Ceza Hukuku Yönünden Adli Psikiyatri-Adli Psikiyatri Günleri Kitapçığı- 1997; 38-41.
68. Çeliker AR. Ceza Hukuku Yönünden Adli Psikiyatri-Adli Psikiyatri Günleri Kitapçığı- 1997; S: 1-11.
69. Yenel Özbay S. Ceza Sorumluluğu Kaldırılan Olgularda Zorunlu Klinik Tedavi Sonrası Zorunlu Ayaktan Tedaviye Uyumu Etkileyen Etmenler. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 2010.
70. Kayatekin ZE, Maner F, Abay E ve ark. Ruh hastalarında homisidal saldırı; Düşünen Adam, 1991; 4:1, 22-27.
71. Taşçıoğlu K. Psikotik olgularda saldırganlık ve semptom dağılımının ilişkisi; Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul-1996.
72. Şeker N. Psikotik bozukluklarda yineleyici suç davranışı, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul-1996.

73. Draine J, Salzer MS, Culhane DP et al. Role of social disadvantage in crime, joblessness and homelessness among persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*, 2002; 53:(5) 565-573.
74. Butcher KF, Piehl AM. "Cross-city evidence on the relationship between immigration and crime", *Journal of Policy Analysis and Management*, 1998;17:3:457-493.
75. Reid LW, Weiss HE, Adelman RM, Jaret C. The immigration-crime relationship: Evidence across US metropolitan areas. *Social Science Research*, 34, 2005; 757-780.
76. Hagan J. Palloni A. "Sociological Criminology and the Mythology of Hispanic Immigration and Crime." *Social Problems* 46: 1999;617-632.
77. Charalabaki E, Bauwens F, Stefos G et al. Immigration and psychopathology: a clinical study. *European Psychiatry*, 1995;10, 237-244.
78. Zolkowska K, Cantor-Graae E, McNeil TF. Increased rates of psychosis among immigrants to Sweden: is migration a risk factor for psychosis? *Psychol Med* 2001; 31:669–678.
79. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry*. 2005;162:12-24.
80. Benjamin C, Laumann EO, Schumm PL. The social connectedness of older adults: A national profile. *American Sociological Review*, (2008)73, 185-203.
81. Utz RL, Carr D, Nesse R, Wortmann CB. 'The effect of widowhood on older adults' social participation An evaluation of Activity, Disengagement and Continuity theories', *The Gerontologist*, 2002; 42:4, 522-533.
82. Gillies D, O'brien L. Interpersonal violence and mental illness:A literature review, *Contemp Nurse*, 2006 May; 21(2):277-286.
83. Barak Y, Perry T, Elizur A. Elderly criminals: a study of the first criminal offense in old age. *Int J Geriatr Psychiatry* 10: 1995; 511–516.

84. Curtice M, Parker J, Wismayer F, et al. The elderly offender: an 11 year survey of referrals to a regional forensic psychiatry service. *J Forensic Psychiatry Psychol* 14: 2003; 253– 265.
85. Türkcan S, İncesu C, Canbek Ö, Can Y, Sercan M, Uygur N. 1831 adli olgunun tanı dağılımı ve tanı-suç bağlantısının değerlendirilmesi; *Düşünen Adam*, 13:3 2000; 132-137.
86. Regan JJ, Anderson A, Regan WM. Psychiatric Disorders in Aging Prisoners. *Clinical Gerontologist* 2003, 26: 1, 117-124.
87. Bailey JM, Macculloch M. Characteristics of 112 cases discharged directly to the community from a new special hospital and some comparisons of performance; *The Journal of Forensic Psychiatry*, 3:1 1992 91-112.
88. Türkcan S, Yeşilbursa D, Saatçioğlu Ö, Alpan L, Uygur N. Adli psikiyatri ve kurum dışı izleme; *Düşünen Adam* 10:2 1997 39-43
89. Erben G. Hezeyanlı Bozuklukta Hezeyan Profili ve Bağlantılı Parametreler. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 2008.
90. Camcıoğlu TH. Bipolar I Bozukluğu Olan Olgularda Suç İşlemeyi Etkileyen Etmenler. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 2010.
91. Uygur N, Işıklı M, Ögel K ve ark. Suç işlemiş şizofrenlerin demografik özellikleri ve suç profili; *Düşünen Adam*, 1992; 5:1,2,3: 5-9.
92. Estroff SE, Zimmer C, Lachicotte WS et al. The influence of social networks and social support on violence by persons with serious mental illness; *Hospital Community Psychiatry*, 45:7 1994; 669-679.
93. Martell DA. Homeless mentally disordered offenders and violent crimes: preliminary research findings. *Law and Human Behavior* 1991;15:333–346.

94. Puri BK, Brown RA, McKee HJ, Treasaden IH. Mental Health Law A Practical Guide U.K. 2005; 1-3, 147-149.
95. Lee DT. Community-treated and discharged forensic patients: an 11-year follow-up, *Int J Law Psychiatry*. 26:3 2003; 289-300.
96. Fazel S, Sjöstedt G, Långström N, Grann M. Risk factors for criminal recidivism in older sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18, 2006; 159-167.
97. Coid J. Patients discharged from medium secure forensic psychiatry services: reconvictions and risk factors, *The British Journal of Psychiatry* 190 2007; 223-229.
98. Soderstrom IR. Mental Illness in Offender Populations. *Journal of Offender Rehabilitation* 2008, 45: 1, 1-17.
99. Taylor, P.J. Motives for offending among violent and psychotic men. *British Journal of Psychiatry*, 1985; 147:491-498.

## **EKLER:**

### **1. Bilgi Toplama Formu**

Adı-Soyadı:

Arşiv no:

### **SOSYODEMOGRAFİK VERİLER**

1. Olgı no:
2. Yaşı:
3. Cinsiyeti: 1. kadın  
2. erkek
4. Doğum Yeri:
  1. köy
  2. ilçe
  3. küçük il
  4. büyük il
  5. metropol
  6. yurtdışı
5. Yaşadığı yer:
  1. köy
  2. ilçe
  3. küçük il
  4. büyük il
  5. metropol
  6. yurtdışı
6. Öğrenim süresi:
7. Medeni durum:
  1. Bekar
  2. Evli
  3. Ayrılmış
  4. Dul
  5. Diğer
8. Çocuk sayısı:
9. Kiminle yaşadığı:
  1. Evsiz
  2. Yalnız
  3. Eşi ile
  4. Eşi ve çocukları ile
  5. Çocukları ile
  6. 1.derece akrabaları ile
  7. 2.derece akrabaları ile
10. Mesleği:
  1. Mesleği yok
  2. Çiftçi
  3. İşçi
  4. Büro görevlisi
  5. Yüksek öğrenimle edinilen meslek
  6. Zanaatkar, esnaf, tüccar
  7. Ev hanımı
  8. Diğer
11. Çalışma düzeni:
  1. Çalışıyor
  2. Düzensiz çalışıyor
  3. Çalışmıyor
  4. Emekli
12. Kendisine ait geliri
  1. Var
  2. Yok
13. Sosyal güvencesi
  1. Yok
  2. 2022
  3. Emekli sandığı
  4. SSK
  5. Bağ-kur
  6. Yeşil kart
  7. Diğer

## ADLI VERİLER

14. Suç sayısı:
15. En ağır suçun türü:
16. En ağır suçun şiddet derecesi:
17. En ağır suçun hedefi:
18. İlk suç işleme yaşı:
19. Geçmişte cezaevinde kalma süresi (ay olarak):
20. Hospitalizasyonda söz konusu olan suçun kaçınıcı suç olduğu:
21. Suç yaşı:
22. Suçun türü:
23. Suçun şiddet derecesi:
24. Suçun hedefi:
25. Suç aleti:
26. suçun yeri:
27. Suç sırasında kiminle yaşadığı:
  1. Evsiz
  2. Yalnız
  3. Eşi ile
  4. Eşi ve çocukları ile
  5. Çocukları ile
  6. Birinci dereceden akrabaları ile
28. Ceza sorumluluğu:
  1. Var
  2. 32/1
  3. 32/2

## HASTALIKLA İLGİLİ VERİLER

29. Hospitalizasyon nedeni:
  1. Ceza sorumluluğunun belirlenmesi
  2. Koruma ve tedavi
  3. Tedavi
  4. Diğer
30. Çıkış tanısı:
31. Komorbidite:
32. Psikotik bozukluk tanısı varsa suç tarihinde ön planda olan semptomu

33. Hastalık başlangıç yaşı:
34. Hastalık süresi: (yıl olarak)
35. Suçtan önce tedavi öyküsü:
  1. Var
  2. Yok
36. Tedaviye başvuru yaşı:
37. Toplam psikiyatrik hospitalizasyon sayısı:
38. Yatış tanıları:
  1. yatış tanısı:
  2. yatış tanısı:
  3. yatış tanısı:
  4. yatış tanısı:
  5. yatış tanısı
39. Adli hospitalizasyon sayısı:
40. Söz konusu hospitalizasyonun süresi
41. Toplam psikiyatrik hospitalizasyon süresi (ay olarak)
42. İlk kullanılan psikiyatrik ilaç:
  1. Antidepresan
  2. Antipsikotik
  3. Anksiyolitik
  4. Duygudurum dengeleyici
  5. yok
43. İntihar girişimi:
  1. Yok
  2. Var A) İlaçla B) Yüksekten atlama C) Ası D) Diğer
  3. Tekrarlayan
  4. Ciddi tedavi gerektiren
44. Geçmişte alkol ve madde kullanım öyküsü :
  1. Alkol
  2. Esrar
  3. Uçucu madde
  4. Uyarıcı madde
  5. Halusinojen
  6. Eroin
  7. Karışık madde
  8. Yok



**45.** Komorbide olarak alkol ve madde kullanım öyküsü:

1. Alkol
2. Esrar
3. Uçucu madde
4. Uyarıcı madde
5. Halusinojen
6. Eroin
7. Karışık madde
8. Yok

**46.** Yaşam boyu madde kullanımı varsa süresi (yıl olarak).....

**47.** Akrabalarda var olan psikiyatrik hastalıkları (kesinleşmiş olan) varlık durumlarına göre işaretleyiniz.

1. Bilinmiyor
2. Şizofreni
3. Hezeyanlı bozukluk
4. BTA psikoz
5. Bipolar bozukluk
6. Depresyon
7. Anksiyete Bozuklukları
8. PMA kullanım bozuklukları
9. Diğer

**10.** yok

Varsa;

1.derece akrabalar: Anne --  
---- - Baba -----Erkek  
kardeş

Kız  
kardeş ----- Oğlu -----  
-- Kızı-----

2.derece akrabalar:(-----  
-----)  
-----)

**48.** 1. ve 2. derece akrabalarda homisid öyküsü var mı?

1. Var 2. Yok 3. bilinmiyor  
Varsa;

1.derece akrabalar: Anne -----  
- Baba -----Erkek kardeş  
Kız kardeş ----  
----- Oğlu ----- Kızı-----  
-----

2.derece akrabalar:(-----  
-----)  
-----)

**49.** Psikiyatri dışı hastalık öyküsü:

0. Yok
1. HT
1. Kardiyak hastalık
2. Serebrovasküler hastalık
3. Diabet
4. Diğer:

**50.** Tedaviye uyumu

1. Uyumlu
2. Uyumsuz

**51.** Tedavi:1. İLAÇLAR

- a. Antidepresanlar
- b. Anksiyolitikler
- c. Tipik antipsikotikler:
- d. Atipik antipsikotikler:
- e. Depo antipsikotikler:
1. Yok 2. Var
2. Polifarmasi: 1. Yok 2. Var
3. .EKT: 1. Yok 2. Var- sayı:

**52.** Yatarak tedavi esnasında ;

1. Exitasyon
2. Suicid teşebbüsü
3. Homisid teşebbüsü
4. Suicid
5. Homisid
6. Hiçbiri

**TANI**

1. Psikiyatrik tanısı yok
2. Şizofreni
3. Bipolar bozukluk
4. Şizoaffektif bozukluk
5. Atipik psikoz
6. Hezeyanlı bozukluk
7. Depresyon
8. Mental retardasyon
9. Alkol ve psikoaktif madde kullanımıyla ilişkili bozukluklar
10. Uyum bozukluğu
11. Kişilik bozuklukları
12. Genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluklar
13. Demans
14. Diğer

**SUÇ TARİHİNDE PSİKOTİK SEMPTOM**

1. Yok
2. Kötülük görme hezeyanı
3. Referans hezeyanı
4. Kıskançlık hezeyanı
5. Mistik hezeyan
6. Grandiyöz hezeyan
7. Eratomanik hezeyan
8. İşitsel varsanı
9. Emir veren işitsel varsanı
10. Görsel varsanı
11. Dezorganize davranış
12. Katatoni
13. Negatif semptomlar
14. Diğer

**SUÇUN YERİ**

1. kendi evi
2. mağdurun evi
3. ortak ev
4. evin yakın çevresi (bahçe, kapı önü)
5. evin uzak çevresi
6. kendi işyeri
7. mağdurun işyeri
8. halka açık alan
9. diğer:

**SUÇ TÜRÜ**

1. Cinayet
2. Öldürmeye teşebbüs
3. Yaralama
4. Yaralanma oluşturmaya saldırı
5. Tehdit
6. Gasp
7. Mala zarar verme
8. Yangın çıkarma
9. Hırsızlık
10. Mütecavüz sarhoşluk
11. Uyuşturucu kullanmak
12. Uyuşturucu satmak
13. Cinsel saldırı
14. Kamu suçları
15. Ruhsatsız silah kullanma
16. Dolandırıcılık
17. Suça azmettirme
18. Diğer

**SUÇUN HEDEFİ**

1. Anne-baba
2. Eş
3. Kardeş
4. Çocuk
5. İkinci derece akraba
6. Tanıdığı ancak yakını olmayan kişiler
7. Tanımadığı kişiler
8. diğer:

**SUÇ ALETİ**

1. Ateşli silah
2. Kunt cisim
3. Keskin cisim
4. Kunt+keskin cisim
5. Keskin cisim+başka türlü
6. Elle vurma
7. İtme
8. Yüksek yerden atma
9. Boğma ,
10. Sözlü saldırganlık
11. Cinsel saldırı,taciz
12. Mala amaçlı zarar verme
13. Yaralamaya neden olmadan suç sayılan alet kullanma
14. Diğer

## EK 2: Taylor Suç Şiddet Değerlendirme Skalası

### **SUÇ ŞİDDET DERECELENDİRME SKALASI** (Taylor-1985)

0. Tamamen şiddet dışı
1. Minimal şiddet
  - a) Sözlü saldırganlık
  - b) Kullanmadan silah taşıma
  - c) Kazaen olmak kaydıyla mala minimal zarar
2. Orta derecede şiddet
  - a) Hafif bedensel zarara neden olan müessir fiil
  - b) Zor altında seksüel suç
  - c) Yaralanmaya neden olmadan suç sayılan alet kullanma
  - d) Mala amaçlı zarar verme
3. Orta derecede ciddi şiddet:
  - a) Ağır bedensel hasara neden olan müessir fiil
  - b) Mala geniş çaplı ve hayati tehlikeye neden olacak şekilde zarar verme
4. Ciddi şiddet:
  - a) Kurban ya da kurbanların ölümü
  - b) Kurbanda gerçek hayati tehlike ve 24 saatten fazla hastanede kalma