

**T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE 2012-2019 YILLARI
ARASINDA SUÇ İŞLEDİĞİ İDDİASI İLE DEĞERLENDİRİLEN
ZİHİNSEL YETERSİZLİK TANILI YETİŞKİNLERİN
SOSYODEMOGRAFİK, KLİNİK VE KRİMİNOLOJİK
ÖZELLİKLERİ**

Dr. Abbas ATALAY

**UZMANLIK TEZİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir YILDIZ**

ISPARTA – 2020

KABUL ve ONAY SAYFASI

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

TEZ SONUÇ BİLDİRME FORMU

Adı Soyadı	Abbas ATALAY
Anabilim/Bilim Dalı	Adli Tıp Anabilim Dalı
Tez Başlığı	Bir Üniversite Hastanesinde 2012-2019 Yılları Arasında Suç İşlediği İddiası ile Değerlendirilen Zihinsel Yetersizlik Tanılı Yetişkinlerin Sosyodemografik, Klinik ve Kriminolojik Özellikleri
Sınav Tarihi	07.04.2020

Yukarıda adı geçen uzmanlık öğrencisi tez savunma sınavında başarılı bulunmuş ve uzmanlık bitirme sınavına girmeye hak kazanmıştır.



Prof. Dr. S. Serhat GÜRPINAR
Süleyman Demirel Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Adli Tıp Anabilim Dalı

Prof. Dr. Çetin Lütfi BAYDAR
Süleyman Demirel Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Adli Tıp Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Abdulkadir YILDIZ
Süleyman Demirel Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Adli Tıp Anabilim Dalı

TEŞEKKÜR

Asistanlığım ve tez çalışmam sürecinde bilgisi, deneyimi ve alçak gönüllülüğü ile desteğini hep hissettiğim, abim gibi gördüğüm, aynı zamanda tez danışmanı hocam Dr. Öğr. Üyesi Abdulkadir YILDIZ'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgisi ve deneyimi yanında insana verdiği değer ile bana çok şey öğreten, adli tıbbı sevdiren, sahiplendiren değerli hocam Prof. Dr. S. Serhat GÜRPINAR'a,

Tez çalışmam boyunca fikirlerinden sürekli faydalandığım, uzmanlık eğitimim süresince de kendisinden çok şey öğrendiğim hocam Prof. Dr. Çetin Lütfi BAYDAR'a,

Çalışmama verdiği kıymetli katkılarından dolayı Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Başar ÇOLAK hocama,

Birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım ve çalışma ortamımızı daha iyi hale getiren, aile fertlerimden biri kadar yakın ve samimi gördüğüm Adli Tıp Anabilim Dalı'ndaki çok değerli asistan arkadaşlarıma ve diğer Adli Tıp Anabilim Dalı çalışanlarımıza,

Bugünlere gelmemde büyük emeği olan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili ailem ve sevgili eşime,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Abbas ATALAY

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER ve KISALTMALAR	vi
TABLO ve GRAFİK DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Zihinsel Yetersizlik	3
2.1.1 Tanımı	3
2.1.2 Tarihçe	4
2.1.3 Epidemiyoloji	5
2.1.4 Etiyoloji	6
2.1.5 Tanı ve Sınıflandırma	7
2.1.6 DSM-4 TR Zihinsel Yetersizlik Tanı Kriterleri	7
2.1.7 Zihinsel Yetersizlik Düzeyleri ve Genel Özellikleri	8
2.1.8 Zihinsel Yetersizlikte Klinik Değerlendirme ve Görüşme	10
2.2 ADLİ PSİKİYATRİ	11
2.2.1 Suç	11
2.2.2 Ceza Sorumluluğu	12
2.2.3 Türkiye'de Ceza Sorumluluğu ve Akıl Hastalığı İle İlgili Yasal Düzenlemeler ...	14
2.3 ZİHİNSEL YETERSİZLİKTE ŞİDDET ve SUÇ İLİŞKİSİ	16
3. MATERYAL ve METOD	19
4. BULGULAR	20
4.1 Olguların Yaş Özellikleri	20
4.2 Olguların Cinsiyete Göre Dağılımı	20
4.3 Olguların Medeni Durumu	21
4.4 Olguların Eğitim Durumu	21
4.5 Geçim Kaynakları	23
4.6 Olguların Kiminle Yaşadığı	23
4.7 Olguların Askerliğe Elverişli Olup Olmama Durumu	24
4.8 Zihinsel Yetersizlik Dereceleri	24

4.9 Zihinsel Yetersizliğe Eşlik Eden Ceza Sorumluluğunu Etkileyecek Hastalıklar.....	25
4.10 Olgular İçin Düzenlenen Vesayet Raporları	25
4.11 Olguların Bilirkişi Rapor Sonuçlarına Göre Dağılımı	26
4.12 Olguların Suç Davranışlarının Hedefi.....	27
4.13 Suç Davranışlarının Nitelikleri	27
4.14 Olgularda Suç Olarak Davranışların Tekrarlayıp Tekrarlamadıkları.....	29
4.15 Rapor Sonucuna Etki Edebilecek Faktörlerin Değerlendirilmesi	30
4.16 Olguların Medeni Durumları İle Rapor Sonuçları Arasındaki İlişki.....	30
4.17 Olguların Çalışıp Çalışmamaları ile Rapor Sonuçları Arasındaki İlişki	30
4.18 Eğitim Durumu ile Rapor Sonuçları Arasındaki İlişki.....	31
4.19 Okuma – Yazma Becerileri ile Bilirkişi Rapor Sonuçları Arasındaki İlişki	31
4.20 Vesayet değerlendirmeleri ile rapor sonuçları arasındaki ilişki	32
4.21 Zihinsel Yetersizlik Seviyeleri ile Rapor Sonuçları Arasındaki İlişki Orta	32
4.22 Suçun Niteliği ile Maruz Kalan Çevre İlişkisi	32
4.23 Mükerrer Suçlar ile Suçun Niteliği Arasındaki İlişki	33
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	34
6. ÖZET.....	42
7. SUMMARY	44
8. KAYNAKLAR	46
9.EKLER.....	51
Ek 1: Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu	51

SİMGELER ve KISALTMALAR

Ark. : Arkadaşları

CS: Ceza Sorumluluğu

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HZY: Hafif Düzey Zihinsel Yetersizlik

OZY: Orta Düzey Zihinsel Yetersizlik

SMK: Sınır Düzey Mental Kapasite

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences, Sosyal Bilimlerde İstatistik Paketi

TABLO ve GRAFİK DİZİNİ

Tablo 1: Olguların yaş aralıkları

Tablo 2: Olguların medeni durumu

Tablo 2b: Zihinsel Yetersizlik Düzeylerine Göre Medeni Durumu

Tablo 3: Olguların eğitim durumu

Tablo 3a: Okuma – yazma becerisi

Tablo 3b: Olguların eğitim durumuna göre okuma yazma becerisi

Tablo 3c: Zihinsel yetersizlik düzeylerine göre eğitim durumu

Tablo 3d: Zihinsel yetersizlik düzeylerine göre okuma – yazma becerileri

Tablo 4: Zihinsel yetersizlik Düzeylerine Göre Çalışıp Çalışmama Durumları

Tablo 5: Olguların kiminle yaşadığı

Tablo 5b: Zihinsel yetersizlik düzeylerine göre kiminle yaşadıkları

Tablo 6: Olguların askerlik durumları

Tablo 7: Zihinsel yetersizlik derecesi

Tablo 8: Zihinsel yetersizliğe eşlik eden ruhsal hastalıklar

Tablo 9: Olgular için düzenlenen vesayet raporları

Tablo 9a: Zihinsel yetersizlik düzeylerine göre vesayet raporları

Tablo 10: Bilirkişi rapor sonuçları

Tablo 10a: Zihinsel yetersizlik düzeylerine göre bilirkişi rapor sonuçları

Tablo 11: Suç olarak nitelendirilen davranışların hedefi

Tablo 12: Olgularda suç davranışlarının nitelikleri

Tablo 12a: Zihinsel yetersizlik düzeylerine göre suç davranışlarının nitelikleri

Tablo 12b: Olgularda şiddet suçunun nitelikleri

Tablo 12c: Olgularda fiziksel şiddet suçunun nitelikleri

Tablo 12d: Olgularda cinsel suç nitelikleri

Tablo 13: Suç olarak değerlendirilen davranışların tekrarlayıp tekrarlamadıkları

Tablo 14: Medeni durum ile bilirkişi rapor sonucu arasındaki ilişki

Tablo 15: Çalışıp çalışmamanın ceza sorumluluğuna etkisi

Tablo 16: Eğitim düzeyinin ceza sorumluluğuna etkisi

Tablo 17: Okur - yazarlık düzeyinin ceza sorumluluğuna etkisi

Tablo 18: Vesayet değerlendirmeleri ile rapor sonuçları arasındaki ilişki

Tablo 19: Zihinsel yetersizlik seviyeleri ile rapor sonuçları arasındaki ilişki

Tablo 20: Suçun niteliği ile maruz kalan çevre ilişkisi

Tablo 21: Mükerrer suçlar ile suçun niteliği arasındaki ilişki



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Mental retardasyon literatürde halen kullanılan bir terim olmakla birlikte birçok klinisyen ve mental retardasyon hastası tarafından “zihinsel yetersizlik” terimi daha az damgalayıcı olarak kabul edilmektedir (1). Bu nedenle çalışmamızda zihinsel yetersizlik terimi kullanılacaktır.

Zeka; akıl yürütme, problem çözme, soyut düşünme, planlama ve deneyimlerden bir şey öğrenme yeteneklerini ifade eden genel zihinsel kapasite olarak tanımlanmıştır.

Zihinsel Yetersizlik, temel adaptif ve sosyal becerilerde bozukluk ile karakterize olan azalmış algılama kapasitesi olarak ifade edilmektedir. Toplumda yaklaşık olarak %1-3 oranında görülmektedir. Zihinsel Yetersizliği olan bireyler organik nedenler, iletişim kısıtlılıkları, sosyal izolasyon ve damgalanma gibi nedenlerden dolayı psikiyatrik bozukluklara daha yatkındırlar. Çalışmalarda erişkin zihinsel yetersizliği olan kişilerde psikiyatrik bozuklukların prevalansı %13,9 ile %75,2 arasında değişmektedir (2).

Bazı araştırmalar zihinsel yetersizliği olan kişilerin tutuklu popülasyonunda yüksek oranda olduğunu göstermektedir (3).

Zihinsel yetersizliği olan 103 cinsel suç işleyen olgunun, yeniden cinsel suç işleme oranları incelenmiş, %10.7'sinin 5.8 yıl içinde tekrar cinsel suç işlediği görülmüştür (4).

Zihinsel yetersizliği olan suç işlememiş bireylerdeki agresif davranış tipleri ve prevalansının araştırıldığı bir çalışmada %51.8'inin saldırgan davranış sergilediği, saldırgan davranışın da en yaygın maddi zarar (%24.4), en az fiziksel saldırganlık (%9.8) olarak dağıldığı gösterilmiştir (5).

Zihinsel yetersizliği olan bireylerde genç yaş, erkek cinsiyet, ailevi destek zayıflığı, ailevi sorunlar, geçmişte işlenen suç, işsizlik ve komorbid ruhsal bozukluklar gibi suça yatkınlık oluşturan faktörlerin zihinsel yetersizliği olmayan bireylerle aynı değişkenler olduğu saptanmıştır (6,7) Yapılan çalışmalarda zihinsel

yetersizliği olan erkeklerin suç davranışı açısından risk faktörleri incelenmiş, öncesinde işlenen suçun, şiddet suçlarının, uyurturucu madde kullanımının suçta sürüklenme riskini artırdığı saptanmıştır (8)

Bu alışmada 01 Ocak 2012 - 31 Aralık 2019 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına ceza sorumluluğu değerlendirilmesi istemi ile gönderilen zihinsel yetersizlik, sınır düzey mental kapasite tanısı almış yetişkin olgular hakkında düzenlenen raporlar retrospektif incelenmiştir. Bu çalışmada zihinsel yetersizlik ve sınır düzey mental kapasite tanısı almış bireylerin suç davranışlarının nitelikleri, suç davranışını algılamalarına ve dürtü kontrolüne engel olabilecek kısıtlılıklarına bağlı olarak ceza sorumluluğu durumlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Zihinsel Yetersizlik

2.1.1 Tanımı

Zeka kavramı tarih boyunca birçok bilim insanı tarafından farklı olarak tanımlanmıştır. Binet'e göre zeka; "İyi akıl yürütme, iyi hüküm verme ve kendi kendini eleştirme kapasitesi" dir. Terman; "Birey, soyut düşünebildiği ölçüde zekidir", Piaget; "Zekâ organizma ile çevresi arasındaki kendine uydurma (assimilatory) ve kendini uydurma (accomodatory) ile ilgili etkileşimlerin olduğu kadar tüm duyuşsal-devinişsel ve bilişsel nitelikteki ardışık uyumların yöneldiği denge durumunu kurar" demiş, Wechsler; "Bireyin amaçlı davranma, mantıklı düşünme ve çevresiyle ilişkilerinde etkili olma kapasitesi", Baldwin; "Bilme yeti ya da kapasitesi", Freeman; "Bütün yaşantıları bütünleştirme ve yeni durumlara uyumu sağlayan tepkilerde bulunma kapasitesi" şeklinde zeka tanımlaması yapmışlardır (9,10). Genel anlamda zekâ; ilk defa ve karmaşık bir durumla karşılaşan kişinin geçmişte öğrendiklerini hatırlaması, yapıcı olarak bütünleştirip yeni çağrışımlar üretebilmesi, sorun çözmede ve bilgi kazanımında kavramsal düşünebilmesi gibi özellikleri içerir (11).

Esquirol'un ilk kez 1843 yılında yaptığı tanıma göre zihinsel yetersizlik; gelişme döneminde ortaya çıkan, çevreye uyum ve davranışlarda kısıtlılık ile birlikte zihinsel fonksiyonların ortalamanın altında olması şeklindedir. Wilbur 1852'de zihinsel yetersizliği birincil olarak sosyal gelişim ve ahlaki yargılama yetersizliği olarak tanımlamıştır (12).

DSM-4'e göre zihinsel yetersizlik, 18 yaşından önce var olan ve bireysel olarak uygulanan zekâ testinde zekâ bölümünün 70 veya altında olması yanında, kişinin bağlı olduğu kültürel grupta yaşı için beklenen uyum becerilerinden en az ikisinde yetersizlik olmasıyla tanımlanmaktadır. Uyum becerileri iletişim, kendine bakım, ev yaşamı, toplumsal beceriler, toplumun sağladığı olanakları kullanma, kendi kendini yönetme, okul becerileri, iş, boş zamanlar, sağlık ve güvenlikle ilgili alanları kapsamaktadır (2).

Amerikan Zeka Geriliği Birliğı (AAMR) tarafından 2002 yılında yapılan tanıma göre; "zihinsel işlevsellik ve uyumlu davranışlar ile kavramsal, sosyal, pratik ve uyumsal becerilerde ciddi sınırlılık ile karakterize yeti yitimi"dir. Bu yeti yitimi 18 yaşından önce ortaya çıkar ve kişinin işlevsellik yeteneğinde ortaya çıkan sorunlarla kendini gösterir (13).

DSM-5'te; "Entelektüel yeti yitimi ya da Entelektüel gelişimsel bozukluk olarak isimlendirilmiş ve kavramsal, toplumsal ve uygulamalı alanlarda, hem entelektüel hem de uyumsal işlev eksikliklerini kapsayan, gelişimsel evre sırasında başlayan bir bozukluk" şeklinde tanımlanmıştır (14).

2.1.2 Tarihçe

Zihinsel Yetersizliklerin tanı ve tedavisine ilişkin veriler, ilk yazılı tıbbi kaynakların içinde bulunmaktadır. Örneğin Hipokrat mikrosefali ve kraniosinostozu tanımlamıştır, Galen bilişsel yetersizliklerin nedenlerini açıklamıştır. Orta çağlarda, Avicenna, menenjit ve hidrosefalinin tedavisi üzerinde düşünceler geliştirmiş ve zihinsel işlev düzeylerini tanımlamıştır (12). Zihinsel yetersizlik ile ruh hastalığı arasında ilk ayırım yapan kişi İngiliz düşünür John Locke'tır. Locke; "İnsanı Anlamak Üzerine" (1960) adlı denemesinde; "Aptallar ile deliler arasındaki fark şudur; deliler yanlış fikirler öne sürerler, ancak aptallar ya çok az önermede bulunurlar ya da hiç bulunmazlar ve hemen hemen hiç akıl yürütmezler" şeklinde bahsetmiştir (15). 20. yüzyılın ortalarında, uyumlu davranış kısıtlılıkları, zihinsel yetersizlik tanısına ayrı bir kriter olarak eklenmiştir (16). Böylelikle IQ puanlarına olan bağımlılık azaltılmış ve zihinsel yetersizlik ile ilgili olan sosyal faktörler de değerlendirmeye alınmıştır. Uyumlu davranış bozukluğu, sıradan durumlara bile uyum sağlamayı güçleştiren olgunlaşma, öğrenme ya da sosyal uyum sorunları şeklinde kavramlaştırılmıştır. 1970 yılına gelindiğinde, AAMR'ın zekâ geriliğine ilişkin tanımına, genel zihinsel işlev ile uyumsal becerilerdeki bozuklukların da dâhil edilmesi gerekmiştir (17).

2.1.3 Epidemiyoloji

Literatür gözden geçirildiğinde zihinsel yetersizlik prevalansı genellikle %1 ile %3 arasında değişmektedir (18).

AAMR'e göre zihinsel yetersizlik prevalansı % 1,-2,5 iken adli olgularda prevalans %4-10 arasında değişmektedir (13,14). Türkiye engelliler araştırmasında herhangi bir engeli olan bireylerin toplumun %12,3'ünü oluşturduğu, zihinsel yetersizlik prevalansının ise %0,48 olduğu belirlenmiştir. %0,48'lik oranının mevcut durumu eksik yansıttığı görülmektedir. Muhtemelen zihinsel yetersizliği olan bireyler ya başka bir engel kategorisinde sınıflandırılmıştır ya da önemli bir kısmı tanı almamıştır (19).

Yapılan çalışmalarda zihinsel yetersizlik görülme sıklığı ABD'de %2-3 olarak, İsveç'te okul çağındaki çocuklarda %1'in altında, 10-17 yaş arasındaki çocuklarda %0,7 civarında olduğu gösterilmiştir (20).

Zihinsel yetersizlik olgularının %75'i hafif, %10'u orta, %5'i ise ağır gruba girer. Bu dağılım yaşa, sosyo-ekonomik faktörlere ve kültürel yapıya göre değişkenlik gösterir (21). Araştırmalarda zihinsel yetersizliğin her düzeyi erkek cinsiyette daha sık tanımlanmıştır (22). Çalışmaların çoğunda cinsiyet farklılığı ön plana çıkmakta olup olup erkeklerde %20 ile %40 arasında daha yüksek oranda gözlenmektedir. Bu farklılığın nedeni büyük oranda, X kromozomu bozuklukları ile açıklanabilir ancak çalışmalar, annenin sigara içmesinin ya da düşük doğum ağırlığının, erkek çocukların IQ'su üzerinde daha doğrudan etkisinin olduğunu ve bu farklılığın altında birçok faktörün yattığını göstermiştir. Farklı çalışmalarda E/K oranı 1,3/1-1,9/1 arasında değişmektedir. Düşük sosyoekonomik düzey, hafif düzey zihinsel yetersizlik olan grupta daha sık görülmektedir (23).

Son 20 yıl içerisinde yapılan çalışmalarla düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi ve multiparitenin zihinsel yetersizliğin oluşmasına büyük oranda etki ettiği gösterilmiştir (24). Erkek cinsiyetin yanı sıra, düşük doğum ağırlığı, siyah ırk, annenin gebelik yaşının ileri olması ve anne eğitim düzeyinin

düşük olması hem hafif düzey zihinsel yetersizlik hem de ağır düzey zihinsel yetersizlik için artmış risk faktörleridir (25).

Orta ya da ağır düzey zihinsel yetersizliği olan birçok birey toplumda üretken olamamakta ve ev ya da hastane bakımı gerektirmektedirler. Bu durumun ekonomik maliyeti büyüktür. Hollanda'da yapılan bir çalışmada zihinsel yetersizliğin, sağlık maliyeti en yüksek olan ilk beş hastalık grubunda yer aldığı ve bu hastalığın maliyetinin kalp hastalıkları, inme ve kanserin toplam maliyetine eşit olduğu görülmüştür (26).

2.1.4 Etiyoloji

Zihinsel yetersizliğin ağırlığı arttıkça, etiyoloji belirleyebilme olasılığı da artmaktadır. Ancak artık tanısal ve genetik testlerin gelişimi ile üçüncü basamağa yönlendirilen zihinsel yetersizliği olan bireylerin, bilişsel düzeylerinden bağımsız olarak, %50'sinde bir etiyolojinin belirlenebildiği bildirilmiştir (27). Yapılan bir çalışmada gelişme geriliği nedeniyle başvuran çocukların yalnızca %63'ünde etiyolojik sebep belirlenebildiği belirtilmiştir. Etiyolojinin belirlenememe oranları ise hafif düzey zihinsel yetersizlik için %58-78, ileri düzey zihinsel yetersizlik için %23-43'tür. Zihinsel yetersizliği olan bireylerin yaklaşık %35'inde genetik bir neden gösterilir. %10'undan daha az bir kısmında organik neden tanımlanabilir. Doğum sorunları, travma, enfeksiyon, toksinler, prenatal, perinatal veya postnatal nedenler ve prematürite gibi etkenler olguların yaklaşık 1/3'ünün nedenini açıklayabilmektedir (28,29) Genetik nedenler çevresel nedenlerden daha sık görülür (29). Etiyolojik faktörler genellikle zamanlamasına göre sınıflandırıldığında;

a. Prenatal faktörler: Prenatal faktörler multifaktöriyel olabileceği gibi genetik aktarım veya de novo mutasyondan da kaynaklanabilir. Gebelikte maruz kalınan toksin ya da teratojenler, enfeksiyonlar (TORCH, kabakulak) ya da annedeki metabolik bozukluklar (hipotiroidi, alkol diyabet) ve fetusun gelişimini etkileyen faktörler (kromozom anomalileri, fenilketonüri, metabolizma hastalıkları) bu grup içindedir.

b. Perinatal faktörler: Perinatal dönem, doğumdan önceki 1 hafta ve doğum sonrasındaki 4 haftayı kapsar. Bu dönemdeki enfeksiyonlar, hipoksik/iskemik hasar, prematüriteye bağlı komplikasyonlar (asfiksi, hipoglisemi, hiperbilirubinemi) önemli risk faktörleridir.

c. Postnatal faktörler: Bu dönemdeki enfeksiyonlar, toksik madde maruziyeti, merkezi sinir sistemi tümörleri, kazalar sayılabilir. Birçok olguda etiyoloji, çevresel ve genetik faktörlerin etkileşimi ile multifaktöriyel bir süreçtir. Bu bağlamda psikososyal faktörler, örneğin yoksulluk, annenin bakım verme becerilerini etkileyen ağır psikiyatrik hastalıklar, aslında prenatal, perinatal ve postnatal tüm evreleri kapsayan göz ardı edilmemesi gereken, özellikle düşük-orta gelirli ülkeleri etkileyen önemli bir etkidir (19).

2.1.5 Tanı ve Sınıflandırma

Genel entelektüel işlevsellik, bireysel olarak uygulanan bir ya da daha çok standart zeka testlerinin uygulanması sonucunda elde edilen zeka bölümü (IQ ya da IQ eşdeğeri) ile tanımlanır. Entelektüel işlevselliğin belirgin derecede ortalamanın altında olması, IQ'nun 70 civarında ya da daha altında olması (yaklaşık ortalamanın 2 standart sapma altı) ile tanımlanır (2) .

2.1.6 DSM-4 TR Zihinsel Yetersizlik Tanı Kriterleri

A- Ortalamanın önemli derecede altında entelektüel işlevsellik: Bireysel olarak uygulanan IQ testinde yaklaşık 70 ya da altında bir IQ' nun olması (bebekler için, ortalamanın önemli derecede altında entelektüel işlevselliğin olduğuna ilişkin bir klinik yargının olması).

B- Aşağıdaki alanlardan en az ikisinde o sıradaki uyum işlevinde (yani bağlı olduğu kültürel grupta yaşı için beklenen ölçüleri karşılamada kişinin gösterdiği etkinlik) eşzamanlı yetersizlikler ya da bozukluklar: İletişim, kendine bakım, ev yaşamı, toplumsal/kişiler arası beceriler, toplumun sağladığı olanakları kullanma, kendi kendini yönetip yönlendirme, okulla ilgili işlevsel beceriler, iş, boş zamanlar, sağlık ve güvenlik.

C-Başlangıcı 18 yaşından öncedir.

Entelektüel bozukluğun düzeyini yansıtan şiddet derecesine göre:

-Hafif Düzey Zihinsel Yetersizlik: IQ düzeyi 50-55 ile yaklaşık 70 arası

-Orta Düzey Zihinsel Yetersizlik: IQ düzeyi 35-40 ile 50-55 arası

-Ağır Düzey Zihinsel Yetersizlik: IQ düzeyi 20-25 ile 35-40 arası

-İleri Düzey Zihinsel Yetersizlik: IQ düzeyi 20-25'in altında

- Zihinsel yetersizlik, Şiddeti Belirlenmemiş: Zihinsel yetersizlik olduğuna ilişkin güçlü kanı olmasına karşın kişinin zekasının standart testlerle sınanabilir olmadığı durumlar (örn. İleri derecede bozuk ya da işbirliği yapmayan kişiler ya da bebekler) (2).

2.1.7 Zihinsel Yetersizlik Düzeyleri ve Genel Özellikleri

Sınır Düzey Mental Kapasite: Sınır düzey mental kapasite sıklıkla gözden kaçırılan ancak bütün psikiyatrik bozukluklar gibi tanı ve tedavisi gereken önemli komorbid bir durumdur (30). DSM - 4'e göre sınır düzey mental kapasite (71-84) arasındaki bir zeka katsayısı (IQ) aralığını tanımlamak için kullanılır. (2) Çalışmalarda düşük zeka ile adolesan dönemde (31) ve yetişkinlikte şiddet veya suç davranışı arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (32). Son çalışmalarda Hassiotis ve ark. sınır düzey mental kapasitedeki bireylerin ortalama zeka düzeyine sahip olanlardan daha çok intihar girişimi veya kendine zarar verme davranışında bulunduklarını göstermiştir (33). 16-17 yaş arası adolesan erkeklerin incelendiği bir çalışmada ise bu bireylerin ortalama zeka düzeyi olanlara kıyasla sosyal işlevsellik düzeylerinin daha düşük olduğu, daha fazla psikiyatrik tanı ve madde kullanım öyküsünün olduğu gösterilmiştir (30).

Hafif Düzey Zihinsel Yetersizlik: Kabaca, eğitim sınıflandırmalarına göre eskiden "öğretilbilir" olarak nitelendirilen gruba eşdeğerdir. Okul öncesinde fark edilebilir kavramsal farklılıklar olmayabilir. Okul çağında ve erişkinlikte yaşına uygun akademik eklentileri karşılamada güçlükler vardır. Erişkin yaşlarında ancak kendi başına yaşayabilmeye yeten toplumsal ve mesleki yetenekler kazanırlar. Ancak, özellikle alışılmışın dışında toplumsal ve ekonomik streslerle karşı karşıya kaldıklarında denetim ve yol gösterilmesine gereksinim duyarlar. Erişkinlikte soyut düşünme, kısa dönem bellek, yürütücü işlevler ve akademik becerileri kullanma

alanlarında sorunlar vardır. Sosyal etkileşimlerde olgun değildir. İletişim daha somuttur, sosyal ipuçlarını anlamakta güçlük çeker. Duygu ve davranışlarını düzenlemekte güçlükler vardır. Yargılaması zayıftır ve kolay kanar. Karmaşık günlük işlerde desteğe ihtiyaç duyar. Erişkinlikte ev ihtiyaçlarını karşılama /yönetmede güçlükler yaşar. Sağlık, yasal konular ve mesleki beceri kazanmada desteğe ihtiyaç duyar. Çocuk büyütme için desteğe ihtiyaç duyar. Mental Yaş: (9-12).

Orta Düzey Zihinsel Yetersizlik Kabaca, eğitim sınıflandırmalarına göre eskiden "eğitilebilir" olarak nitelendirilen gruba eşdeğerdir. Dil, akademik becerileri yaşlarına göre belirgin olarak yavaştır. Kişisel bakım becerileri kazanabilir, ancak çok uzun süre ve yoğun eğitim ya da hatırlatmalar gerektirir. Erişkinlikte akademik beceri ilköğretim düzeyindedir ve günlük kavramsal alanlarda sürekli desteğe ihtiyaç duyar. Dili çok daha basit kullanır. İlişki kurma yeterliği vardır. Toplumsal yargılama ve karar verme yetileri sınırlıdır. İş yerinde belirgin sosyal ve iletişim desteği gerekir. Toplumsal beklentiler, iş ulaşım, sağlık alanlarında önemli düzeyde desteğe ihtiyaç duyar. Mental Yaş (6-9).

Ağır Düzey Zihinsel Yetersizlik: Erken çocukluk dönemlerinde konuşma becerilerini ya çok az kazanırlar ya da hiç kazanamazlar. Okul dönemince konuşmayı öğrenebilirler ve ancak temel bakım konusunda eğitilebilirler. Yazı dili, sayılar, miktar, zaman ve para kavramlarını çok az anlar. Gramer ve kelime dağarcığı olarak çok sınırlı konuşma dili vardır. Aile ve tanıdıklarla yakın ilişkiden zevk alır. Erişkinliklerinde yakın bir denetimle basit işleri yapabilirler. Zihinsel yetersizliğe eşlik eden başka bir sorun nedeni ile özel bir bakıma gereksinimleri yoksa grup evlerinde ya da aile içinde toplum hayatına uyum sağlayabilirler. Mental Yaş (3-6).

İleri Düzey Zihinsel Yetersizlik: Çoğunda zihinsel yetersizliğe neden olan özel bir nörolojik sorun vardır. Erken çocukluk yıllarında duyu-motor işlevlerinde önemli eksiklikler vardır. Kavramsal beceriler sembolik değil fiziksel dünyayı kapsar. Çok özel bir çevrede, devamlı yardım ve bir bakımverenle bireysel ilişki içinde en uygun gelişme sağlanabilir. Mental Yaş (<3) (2,14,19).

2.1.8 Zihinsel Yetersizlikte Klinik Değerlendirme ve Görüşme

Zihinsel yetersizliği bulunan kişiler değerlendirilirken kişinin iletişim becerileri, kısıtlılıkları ve yaşam koşulları göz önüne alınmalıdır. Zihinsel yetersizlik ciddi düzeyde değil ise, tanı konması daha zor olabilir ve eşlik eden ruhsal hastalıkların saptanması mümkün olmayabilir (34). Psikiyatrik değerlendirmenin etkili olabilmesi için klinik semptomların yanında kişinin işlevselliğinin değerlendirilmesi, kısıtlılıkları ve yetersizlikleri ile ilişkili biyopsikososyal faktörlerin de ayrıntılı irdelenmesi gerekmektedir (35). Zihinsel yetersizliği olan kişiler muayene esnasında endişeli olabilir. Hastanın bilişsel düzeyi ve özellikle iletişim becerilerine göre hem sözel hem de sözel olmayan teknikler etkili biçimde kullanılmalıdır. Zihinsel yetersizliği olan bireyler formal soruların ya da testlerin kendilerinin yetersiz olduklarını göstermeye çalıştığını düşünebilirler. Bu nedenle sözlü değerlendirme IQ için beklenen düzeyden ziyade kişinin gerçek iletişim seviyesine uygun hale getirilmelidir. Anlaşılır ve somut bir iletişim ve görüşme için yeterli güven sağlandıktan sonra konuşma yetisi kısıtlı olan kişiler dahi sorulara cevap verebilecek hale gelebilir. Zeka düzeyinin standart bileşenlerine ek olarak, hastanın iletişim becerileri, benlik imgesi, işlevselliği, uyum becerileri ve anlatma yeteneği değerlendirilmeli, iyi anlaşılmalıdır. Kullanılan dil kolay ve somut olmalı, gizlilik ve saygılı bir tutum sergilenmelidir. Karmaşık cümleler kurulmamalıdır. Anamneze dair ipuçları açık uçlu sorular ile yakalandığında anamneze odaklanmış sorularla devam edilip bulgular teyit edilebilir. Görüşmecî söylemleri ile kişinin duygusal tepkilerini detaylı gözlemlemelidir. Onaylamaya yatkın olduklarından evet ve hayır ile cevaplanabilecek sorulardan mümkün olduğunca kaçınılmalıdır. Soruların tam olarak anlaşıldığından emin olunmalıdır. Sözlü olmayan görüşme teknikleri; iletişim, dürtü kontrolü, aktivite düzeyi, dikkat süresi, anormal davranışlar ve self-mutilasyon gibi davranışların gözlemlerinden oluşur (36). Zihinsel yetersizliği bulunan bireyler sorunlarını bildirmede değişen oranlarda güçlükler yaşayabilirler (37). Onaylanmayı bekleyebilir (38) ve görüşmeyi yapanın sorularını aceleyle onaylayabilirler. Kendilerini mümkün olan en iyi biçimde sunmaya çalışabilir ve (39) yaşadıkları güçlükleri saklama eğiliminde olabilirler. Kişilerin psikiyatrik değerlendirmelerinde kişiler daha samimi cevaplar verebilirken, adli

psikiyatrik değerlendirmede kiři bir kazanım sağlamak veya zararlı sonuçlar doğmaması için temaruz yapabileceği dūřınulerek değerlendirme yapılmalıdır.

Zihinsel yetersizlik tanısı bu bozukluęun 18 yařından önce bařlamıř olmasını gerektirir. Ancak nedeni bilinmiyorsa hafif dūzey zihinsel yetersizlik daha geç fark edilebilir. Yařamlarının daha önceki dōnemlerinde hafif dūzey zihinsel yetersizlięi bulunan kiřiler, uygun eęitim ve firsatlarla iyi bir uyum becerisi kazanarak sonraki yařamlarında zihinsel yetersizlik tanısı koymaya yetecek dūzeyde yetersizlik gōstermeyebilirler. Beklendięi gibi zihinsel yetersizlięin seyri ve sonucu, çeřitli faktōrlere baęlı olarak oldukça farklılık gōstermektedir. Bunlar; zihinsel yetersizlik řiddetinin dūzeyi, baęlantılı biyolojik ya da dięer hastalıklar, bireyin psikolojik iřlevsellięi, aile desteęi ve dięer faktōrlerden oluřur (35).

2.2 ADLİ PSİKİYATRİ

Adli psikiyatri, psikiyatrinin hukuk konularında geliştirdiği kavram, bilgi ve deneyimlerin oluşturduğu alan ile hukukun psikiyatrik konularda tanımladığı kavramlar ve gereksindiği hizmetlerin oluşturduğu alanın keşiştiği tūm konuları inceleyen ve uygulayan Adli Tıp ile Psikiyatrinin ortak alanıdır (40).

2.2.1 Suç

Sōzlūk anlamıyla suç; “tōrelere, ahlak kurallarına aykırı davranıř; yasalara aykırı davranıř cūrūm” olarak tanımlanmaktadır (41).

Bir eylemin evrensel hukuka gōre suç sayılabilmesi için ū unsurun olması gerekmektedir:

- 1) Maddi unsur: Tanımlanmıř suçun iřlendięine iliřkin sūrecin tamamlanmıř olmasıdır. Őrneęin bir kiřiyi ōldūrmeyi dūřunen kiři eylemi tamamlayıp ōldūrmedi ise sadece bunu istedięi ya da dūřūndūęu için suçlu bulunmaz. Kriminolojide bu eylem veya ihmale suç eylemi anlamında actus reus denir.
- 2) Manevi unsur: Suç olarak tanımlanmıř durumdan sorumlu gōrūnen kiřinin bilinçli olması ve zihinsel yetilerinin asgari standartlarda olması, yani kūūk ocuk ya da akıl zayıflıęı ya da akıl hastalıęı içinde olmaması gerekir. Eylemin suç olarak

tanımlanması için actus reus yeterli değildir, beraberinde suçlu zihin (mens rea) bulunmalıdır. Bir kişinin eyleminin yanlışlığını bilme veya değerlendirme yetisini bozan çocukluk, zihinsel yetersizlik ve akıl hastalıkları suçlu zihin dolayısı ile suçlanabilirliği de ortadan kaldırır.

3) Yasal unsur: Suçlanan kişinin cezalandırılması istenen eylem ya da ihmalinin yasalarla suç olarak tanımlanması gerekir (40).

Bir kişinin neticeden sorumlu tutulabilmesi için onun hareketi ile netice arasında bulunması gereken ilişkiye "nedensellik bağı" denir. Kişinin yaptığı hareket ile ortaya çıkan netice arasında bağ yoksa fail söz konusu neticeden sorumlu tutulamaz (42).

2.2.2 Ceza Sorumluluğu

Bilinen bazı eski yasalarda çocukların, embesillerin, sağır ve körlerin cezalandırılmayacakları yolunda maddeler bulunmaktadır. Eski Roma'da kendi hastalığı ile ızdırab çeken kişinin üstüne bir de suç yüklenmesinin ahlakça kabul edilemeyeceği düşünüldüğünden akıl hastası kabul edilen bir suçlu yumuşaklıkla tedavi edilmekteydi. İslam Hukuku'nda ise akıl hastalığı etkisinde olan kişilerin sezgin (mümeyyiz) olmadıkları kabul edilmiş, dinsel görevler ve ceza yönünden sorumsuz sayılmışlardır (43).

Ceza sorumluluğunun gelişiminde önemli tarihsel süreçler vardır. Roma hukukunda puberteye erişmemiş çocuklar ile akıl hastaları cezadan muaf tutulmaktaydı. Batıda ise çağdaş anlamda ceza sorumluluğunun tartışıldığı yargı sistemleri 18. yüzyılda oluşmaya başlamıştır. Azalmış suç sorumluluğu ilk kez 1800'de III. George'a ateş eden Handfiel davası ile yargı sistemine girmiştir. Adli psikiyatri tarihinde dönüm noktasını oluşturan M'Naghten kuralları, ismini başbakana suikast düzenleyen bir sanıktan almıştır. Olay, 1843 yılında papanın dönemin İngiltere Başbakanı Peel tarafından öldürüleceğine ilişkin perseküsyon sanrıları doğrultusunda Londra'ya gidip yanlışlıkla başbakan sekreterini öldüren Daniel M'Naghten'in yargılanmasıdır. Bu yargılamada, Amerikalı psikiyatrist Isaac Ray'in 1838'de yazdığı "Akıl Hastalığının Tıbbi ve Hukuki Durumu Üzerine Bir

Çalışma" adlı eseri savunmada dayanak olarak kullanılmış, M'Naghten'e ceza verilmeyip akıl hastanesine yatırılmıştır (44, 40).

1982'de ABD Başkanı R. Reagan'a suikast düzenleyen J.W. Hinckley'in ceza sorumluluğunun olmaması halkın yoğun tepkisine yol açmıştır. Bunun üzerine Akıl Hastalığı Savunması Reform Yasası (Federal Insanity Defense Reform Act - 1984) ile son şeklini almıştır. Bu yasaya göre;

- 1) Bir akıl hastalığı ya da zayıflığı sonucunda davranışının yanlışlığını ya da
- 2) Niteliğini ve doğasını değerlendirmede yetersizlik olmalıdır (44, 18, 45).

Ceza sorumluluğu, suçun işlenişi sırasında kişinin 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 istemi ile dürtülerini denetleyebilecek, gerekirse durdurabilecek olgunluğa ulaştığı varsayılmıştır (43).

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.

Ceza hukukunda akıl hastalığı terimi ayırt etme gücünü etkileyen ciddi bir psikiyatrik hastalığı ya da zihinsel yetersizliği ifade eder. Adli psikiyatrik bilirkişi bu terimleri sınıflama bağlamında değil, psikiyatrik hastalığın ayırt etme gücünü ya da davranışlarını yönlendirme yeteneğini etkileyecek derecede olup olmadığını değerlendirir. Kişinin suç esnasında yaptığı eylemde kusurlu olabilmesi için eylemin

haksızlığını anlayabilmesi ve buna göre davranabilme yeteneğinin olması gerekmektedir. Anlama ve isteme yeteneği (isnat kabiliyeti) TCK'da "fîlin hukukî anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneği" olarak tanımlanır.

- a) Algılama yeteneği (anlama kabiliyeti): Doğruyu yanlıştan, haklıyı haksızdan ayırabilmedir. Kişinin yaptığı eylemin toplum içindeki anlamını bilmesi ve toplum şartları içerisinde olumsuz karşılandığını bilebilmesidir.
- b) Davranışlarını yönlendirme yeteneği (isteme kabiliyeti, olumsuz dürtüyü durdurabilme yetisi): Kişinin iradesine uygun hareket edebilme ve gerektiğinde iradesinin isteklerini engelleyebilme yeteneğine sahip olmasıdır.

Bunlardan birisinin önemli ölçüde azalması ceza sorumluluğunu kaldırırken (TCK 32/1) azalması (32/2) azaltılmış ceza sorumluluğuna yol açar.

Adli psikiyatrinin ceza hukukuna yardımcı olduğu nokta, suçun manevî ögesinin gerçekleşip gerçekleşmediğinin saptanması aşamasındadır. Bir kişinin yaptığı suç olan eylemden (ya da eylemsizlikten) sorumlu tutulması için;

1. Kişi suçu bilerek işlemiş olmalı,
2. Yaptığının ne tür sonuçlara yol açacağını biliyor olmalı,
3. Karşılığında ceza göreceğinden haberdar olmalı,
4. İçinden gelen dürtüleri denetim altında tutabilmelidir (43).

2.2.3 Türkiye'de Ceza Sorumluluğu ve Akıl Hastalığı İle İlgili Yasal

Düzenlemeler

Ceza hukukunda akıl hastalığı terimi herhangi bir ruhsal bozukluğu değil ayırt etme gücünü etkileyen psikiyatrik bir hastalığı işaret eder. Suç işleyen kişi, bir sınıflama kategorisi açısından değil, bir psikiyatrik hastalığın bulunup bulunmaması, varsa ayırt etme gücünü etkileyecek derecede olup olmaması bağlamında değerlendirilir (43).

Ceza sorumluluğu; Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 32-1 ve 32-2. Maddelerinde değerlendirilmektedir. Onbeş yaşını bitirmiş olanlar, ayırt etme gücünü kazanmış sayıldıkları için ceza sorumluluklarının ancak herhangi bir akıl hastalığı bulunduğu durumlarda etkileneceği kabul edilir. Onbeş yaşını doldurmamış olanlar (yaş küçüklüğü) ise TCK' da 31 ve 33. maddeler kapsamında değerlendirilir.

T.C.K.'nın 32/1. maddesi; suç eyleminin gerçekleştiği sırada akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilemeyeceğine işaret eder. TCK'nın 32/1. Maddesi kapsamında değerlendirilen hastalar toplum için tehlikeliliği önemli derecede azalınca ya da tamamen ortadan kalkıncaya kadar bir psikiyatri kurumunda (ülkemizde yüksek güvenli kurulum bulunmadığından bölge hastaneleri kapalı koşullarında) zorunlu tedavi (TCK 57/1 maddesi uyarınca) altına alınırlar.

TCK'nın 32/2. maddesi ise birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ceza indirimine ya da mahkûm olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir. Burada azalmış ceza sorumluluğu söz konusudur. Dürtülerini tam olarak kontrol edemez. Hafif düzey zihinsel yetersizlik epilepsi, kısmi iyilik halinde psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu bu kapsamda değerlendirilebilir. Ayrıca piromani, aralıklı patlayıcı bozukluk, kleptomani, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi fiilin hukuki sonuçlarını tam algıladığı halde davranışlarını yönlendirme yeteneği azaltan durumlar da bu maddeye göre değerlendirilebilir. (43).

Genel olarak, suç sayılan eylemin gerçekleştiği sırada kişinin davranışlarını etkileyen akut veya kronik psikotik tablolarda (şizofreni, hezeyanlı bozukluk, şizoaffectif bozukluk, başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk, kısa psikotik bozukluk, duygudurum bozuklukları-manik atak ya da psikotik depresyon) ve zihinsel yetersizlik tablolarında kişinin zihinsel işlevlerinin etkilendiği sonucuna varılmaktadır. Psikotik özelliklerin varlığı, yetilerin tam olarak etkilendiğini göstermektedir. Batılı uygulamalardan farklı olarak gerçekleştirilen eylem ile hastalık belirtileri arasında doğrudan bir neden sonuç ilişkisi aranmamakta ve kişinin

zihinsel işlevlerinin bir bütün olarak etkilendiği, algı, düşünce ve yargılama bozukluklarının doğal bir sonucu olarak farkında olma, ayırt etme, bilme, değerlendirme ve seçmeye ilişkin yetilerinin bozulduğu, kişinin tam ve açık bir bilinçlilikle hareket serbestliği içinde olmadığı sonucuna varılırsa ceza sorumluluğunun olmadığına dair rapor düzenlenmektedir (46).

T.C.K.'nın 32/1. maddesine göre ceza sorumluluğu kaldırılan kişiler hakkında güvenlik tedbiri uygulanır ve T.C.K.'nın 57/1 maddesine göre yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında klinik tedavi (koruma ve tedavi) altına alınırlar (43).

2.3 ZİHİNSEL YETERSİZLİKTE ŞİDDET ve SUÇ İLİŞKİSİ

Dünya Sağlık Örgütünün tanımına göre (2002) şiddet; "bireyin kendisine, başkasına, belirli bir topluluk veya gruba yönelik yaralama, ölüm, fiziksel zarar, bazı gelişim bozuklukları veya yoksunluk ile sonuçlanabilen, tehdit ya da fiziksel zor kullanma" olarak tanımlamaktadır (47).

Saldırganlığın, en yaygın olarak kullanılan en geçerli sınıflandırması planlı ve dürtüsel olarak ikiye ayrılarak yapılabilir.

Planlı saldırganlık; engellenme veya o anki acil bir tehdite karşı tepki olarak ortaya çıkmayan planlanmış bir davranışı gösterir. Zihinde tasarlanmış açık hedeflere yöneliktir. Proaktif olarak da adlandırılır.

Dürtüsel saldırganlık ise; tahrik edici durumlara karşı artmış otonomik uyarılma ile karakterizedir ve genellikle algılanan strese karşı bir tepki olarak karşımıza çıkar. Reaktif, affektif veya hostile saldırganlık olarak da adlandırılan dürtüsel saldırganlık, duygusal tahrikle ilişkili abartılı saldırgan tepkiler ortaya çıktığında patolojik olarak değerlendirilir (48). Dürtüsel saldırganlık; olumsuz duygular, kötü yaşam deneyimleri, öfke ve anksiyete ile tetiklenebilir (49).

Saldırganlık ve şiddet davranışının görüldüğü durumlar DSM-4-TR'de şu şekilde tanımlanmıştır:

- 1- Zekâ Gerilikleri
- 2- Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
- 3- Davranım Bozuklukları

- 4- Bilişsel Bozukluklar (deliryum, demans)
 - 5- Psikotik Bozukluklar (şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar)
 - 6- Duygulanım Bozuklukları
 - 7- İntermitan Patlayıcı Bozukluk
 - 8- Davranım Bozukluğu ile Birlikte Olan Uyum Bozukluğu
- Kişilik Bozuklukları (Paranoid, Antisosyal, Borderline, Narsistik)(2)

Araştırmalarda kriminal popülasyonda zihinsel yetersizlik sıklığının %4 ile %10 gibi yüksek oranda olduğu gösterilmiştir (50). Ancak zihinsel yetersizliği bulunan suçluların prevalans tahmini tanısal varyasyonlar ve ceza sistemindeki tutarsızlıklar nedeni ile karmaşıktır. (6)

Dürtüsel davranışların risk faktörleri üzerinde yapılan çalışmalar genellikle cinsiyet, zihinsel yetersizlik ağırlığı, otizm ve iletişim yetenekleri ile sınırlandırılmıştır (51).

Çalışmalarda zihinsel yetersizliği bulunan kişilerin birden fazla suç işledikleri, suç işlemeye erken yaşta başladıkları, işlenen suçlar arasında ise cinsel suçlar ve kundakçılığın ağırlıkta olduğu gösterilmiştir (52).

İsviçre’de yapılan bir çalışmada zihinsel yetersizliği olan erkeklerin olmayan erkeklere göre suç işlemeye 3 kat, şiddet suçu işlemeye 5 kat daha yatkın oldukları, zihinsel yetersizliği olan kadınların ise olmayan kadınlara göre suç işlemeye yaklaşık 4 kat, şiddet suçu işlemeye 25 kat daha yatkın oldukları gösterilmiştir (7).

Norveç’te 1980 ile 1996 arasında 3343 adli psikiyatrik muayene kayıtları ile yapılan araştırmada 294 hastaya zihinsel yetersizlik tanısı konduğu, zihinsel yetersizliği bulunan bireylerin çoğunun cinsel suçlarla, bazılarının da kundakçılık suçuyla ilişkili olduğu, yaklaşık olarak yarısının daha önceden sabıkası mevcut olduğu, %25’ine ek psikiyatrik bozukluklarının eşlik ettiği görülmüştür (53).

Belçika’da 2009–2014 yılları arasında yapılan bir çalışmada sadece zihinsel yetersizliği olan kişilerin cinsel suç işleme oranı (%67,2), zihinsel yetersizliğine psikiyatrik hastalık eşlik edenlerden (%39,7) ve ortalama zeka düzeyindeki kontrol grubundan (%35,1) anlamlı derecede yüksek bulunduğu görülmüştür (54).

Finlandiya’da 11 yıllık periyotta yapılan zihinsel yetersizlik tanılı bireylerin değerlendirildiği bir çalışmada suçluların yarısının önceden suçunun olduğu, en fazla tek başına suçun kundakçılık olduğu, yaklaşık yarısının alkol bağımlılığı ve üçte ikisinin herhangi bir madde kötüye kullanımı/bağımlılığı olduğu gösterilmiştir. Olguların % 25’inde ise antisosyal özellikler saptanmıştır (55).

Bu konuda yapılan çalışmaların birçoğunda daha önceki şiddet ya da suç öyküsünün gelecekteki şiddet davranışı açısından en önemli n belirleyici olduğu belirtilmiştir (56). Ayrıca alkolizm, madde bağımlılığı ve antisosyal kişiliğin suç ile daha fazla ilişkisi olduğu belirtilmiştir (57).



3. MATERYAL ve METOD

Çalışma için Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurularak 12.03.2020 tarih ve 86 sayılı onay kararı alınmıştır (Ek 1).

Bu çalışmada 01 Ocak 2012 - 31 Aralık 2019 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Adli Tıp Anabilim Dalına ceza sorumluluğu değerlendirilmesi istemi ile gönderilen ve zihinsel yetersizlik ile sınır düzey mental kapasite tanısı almış yetişkin olgular hakkında düzenlenen olgular retrospektif incelenmiştir. Olgular yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, geçim kaynağı gibi sosyo-demografik özelliklerinin yanı sıra zihinsel yetersizlik derecesi, orijini, komorbid hastalık, Adli Tıp Anabilim Dalımızca ceza sorumluluğu raporundan bağımsız olarak vesayet raporu düzenlenip düzenlenmediği, askerliğe elverişli olup olmadığı, suç olarak nitelendirilen davranışın niteliği, suçtan etkilenen mağdur özellikleri, suç tekrarı ve rapor sonuçları değerlendirilmiştir. Tekrarlayan suç olup olmadığı Adli Tıp Anabilim Dalınca birden fazla düzenlenen ceza sorumluluğu raporlarına göre değerlendirilmiş dolayısıyla çalışmanın tek merkezli olması çalışmanın kısıtlılıklarından birini oluşturmaktadır. Çalışmamızın bazı yöntemsel kısıtlılıkları vardı. Retrospektif olması nedeniyle olgular ile ilişkili değerlendirmelerin dosyalardaki verilerle sınırlı kalmasıdır. Bu açıdan bakıldığında olgular ile yüz yüze görüşmeler, geriye yönelik elde edilen verilere olumlu katkılar sağlayabilir. Ayrıca istatistiksel değerlendirmede, örneklem sayısının bazı değişkenlerin gruplar arası dağılımında yetersiz kaldığı görülmüştür.

Olgulara ait veriler Microsoft Office Software Excel dosyasına kaydedilmiştir. Veriler sayısal olarak kodlanarak verilerin istatistiksel analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 22.0 programı kullanılmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, en büyük ve en küçük değer) ile değerlendirilerek istatistiksel analizde Chi-Square Testi kullanılmış ve alfa anlamlılık değerinin 0,05'den küçük olması "istatistiksel olarak anlamlı" kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışma kapsamında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Adli Tıp Anabilim Dalında sınır düzey mental kapasite ve zihinsel yetersizlik tanısı almış ve ceza sorumluluğu konusunda rapor düzenlenmiş 69 yetişkin olgu retrospektif olarak incelenmiştir.

4.1 Olguların Yaş Özellikleri

Çalışmamıza dâhil edilen 69 olgunun yaş ortalaması $32,49 \pm 11,39$, en küçük yaş 18, en büyük yaş ise 64 olarak belirlenmiştir.

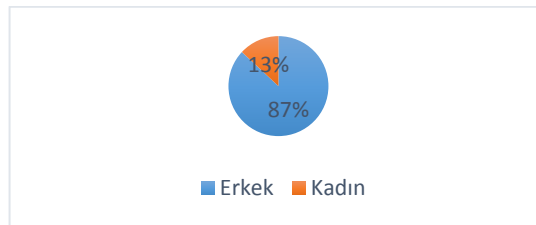
Olguların yaşlara göre dağılımı genç erişkin yaş sınırı olarak kabul edilen; 30 yaş ve altı %49,3 (n:34), 31 yaş ve üstü %50,7 (n:35) olarak saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1: Olguların yaş aralıkları

Yaş aralıkları	N	%
30 ve altı	34	49,3
31 ve üstü	35	50,7
Toplam	69	100,0

4.2 Olguların Cinsiyete Göre Dağılımı

Olguların %86,9'unun (n:60) erkek, %13,04'ünün (n:9) kadın olduğu saptandı (Şekil 1).



Şekil 1: Olguların Cinsiyete Göre Dağılımı

4.3 Olguların Medeni Durumu

Olguların %21,7'sinin (n:15) evli, %78,3'ünün (n:54) evli olmadığı, evli olmayan 54 olgudan 9'unun da evlenip boşandığı saptanmıştır (Tablo 2). Orta düzey zihinsel yetersizlik tanılı bir olgunun evli olduğu görülmüştür (Tablo 2b).

Tablo 2: Olguların medeni durumu

Medeni durum	N	%
Evli	15	21,7
Evli Değil	45	65,2
Boşanmış	9	13,0
Toplam	69	100,0

Tablo 2b: Zihinsel Yetersizlik Düzeylerine Göre Medeni Durumu

Medeni Durum		SMK	HZY	OZY	Toplam
Evli	N	6	8	1	15
	%	33,3	20,0	9,0	21,7
Evli Değil	N	12	32	10	54
	%	66,6	80,0	90,9	78,2
Toplam	N	18	40	11	69
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

4.4 Olguların Eğitim Durumu

Olguların %59,4'ünün (n:41) ilkokulu bitirmiş ya da 1. sınıf sonrasında okulu bırakmış olduğu, %23,2'sinin (n:16) engelliler okulu, kaynaştırma sınıfları gibi özel eğitim almış ya da halen almakta olduğu, %17,4'ünün (12) okula hiç başlamamış olduğu belirlenmiştir. Okula devam edemeyen, 1. sınıftan terk edenler hiç okula gitmemiş gruba dahil edildi. (Tablo 3).

Tablo 3: Olguların eğitim durumu

Eğitim Durumu	N	%
Hiç okula gitmemiş	12	17,4
Özel eğitim almış ya da halen almakta	16	23,2
İlkokul bitirmiş ya da 1. sınıf sonrası terk	41	59,4
Toplam	69	100,0

Olgular okuma ve yazma becerilerine göre değerlendirildiğinde %58'inin (n:40) okuma yazmasının olduğu, %42'sinin (n:29) hiç okuma yazmasının olmadığı, okuma yazması olan 40 olgudan 8'inin ise zorlanarak okuyup yazabildiği saptanmıştır. (Tablo 3a)

Tablo 3a: Okuma – Yazma Becerisi

Okuma – Yazma Becerisi	N	%
Okur - Yazar	40	58,0
Okur – Yazar Değil	29	42,0
Toplam	69	100,0

İlkokulu bitiren ya da 1. sınıf sonrasında okulu bırakanların %36,5'inin okuma yazma öğrenemediği saptanmıştır (Tablo 3b). Olguların önemli bir kısmının okula devam etmelerine rağmen okuma yazma öğrenemedikleri göze çarpmaktadır.

Tablo 3b: Olguların eğitim durumuna göre okuma yazma becerisi

Okuma Yazma		Hiç Okula Gitmemiş	Özel Eğitim	İlkokul Bitirmiş	Toplam
Var	N	1	13	26	40
	%	8,3	81,2	63,4	58,0
Yok	N	11	3	15	29
	%	91,6	18,7	36,5	42,0
Toplam	N	12	16	41	69
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Tablo 3c: Zihinsel yetersizlik düzeylerine göre eğitim durumu

Eğitim Düzeyi		SMK	HZY	OZY	Toplam
Hiç okula gitmemiş	N	1	5	6	12
	%	5,5	12,5	54,5	17,3
Özel eğitim almış	N	3	11	2	16
	%	16,6	27,5	18,1	23,1
İlkokul bitirmiş	N	14	24	3	41
	%	77,7	60	27,2	59,4
Toplam	N	18	40	11	69
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Tablo 3d: Zihinsel yetersizlik düzeylerine göre okuma – yazma becerileri

Okuma Yazma		SMK	HZY	OZY	Toplam
Var	N	15	24	1	40
	%	83,3	60,0	9,0	57,9
Yok	N	3	16	10	29
	%	16,6	40,0	90,9	42,0
Toplam	N	18	40	11	69
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

4.5 Geçim Kaynakları

Olguların %69,6'sının (n:48) herhangi bir işte çalışmadığı, %30,4'ünün (n:21) çalıştığı, sınır düzey mental kapasite tanıli olguların %38,8'inin (n:7) çalıştığı, hafif derecede zihinsel yetersizlik tanıli olguların %35'inin (n:14) çalıştığı, orta derecede zihinsel yetersizlik tanıli olguların hiç birinin çalışmadığı, çalışan gruptan 6 olgunun, dilencilik, hurdacılık, çöp toplama gibi basit zihinsel işlevlerin yetebileceği işlerle geçimini sağladığı, 15 olgunun da nispeten işçi, garson, gündelikçi gibi daha kompleks ve uyum becerisi gerektirecek işlerde çalıştığı görülmüştür (Tablo 4).

Tablo 4: Zihinsel yetersizlik düzeylerine göre çalışıp çalışmama durumları

Geçim		SMK	HZY	OZY	Toplam
Çalışıyor	N	7	14	-	21
	%	38,8	35,0	-	30,4
Çalışmıyor	N	11	26	11	48
	%	61,1	65,0	100,0	69,6
Toplam	N	18	40	11	69
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

4.6 Olguların Kiminle Yaşadığı

Olguların %88,4'ünün (n:61) ailesi ile birlikte yaşadığı, %11,6'sının (n:8) yalnız yaşadığı, yalnız yaşayan 8 olgudan 2'sinin de tutuklu olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Tablo 5: Olguların Kiminle Yaşadığı

Kiminle yaşadığı	N	%
Ailesi ile	61	88,4
Yalnız	8	11,6
Toplam	69	100

Tablo 5b: Zihinsel yetersizlik düzeylerine göre kiminle yaşadıkları

Kiminle Yaşadıkları		SMK	HZY	OZY	Toplam
Ailesi ile	N	16	34	11	61
	%	88,8	85,0	100,0	88,4
Yalnız	N	2	6	-	8
	%	11,1	15,0	-	11,5
Toplam	N	18	40	11	69
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

4.7 Olguların Askerliğe Elverişli Olup Olmama Durumu

Erkek olguların %76,6'sının (n:46) askerliğe elverişli olmadığı, %5'inin (n:3) askerliğini geri hizmette yaptığı, silah verilmediği, %6,6'sının (n:4) henüz askerlik yaşına basmadığı, %11,6'sının (n:7) askerliğini tamamlamış olduğu, askerliğini tamamlayanların 4'ünde sınır düzey mental kapasite, 3'ünde hafif düzey zihinsel yetersizlik olduğu, 1 olguya da askerliğinde silah verildiği ancak taksirle komutanını vurduğu saptanmıştır. (Tablo 6).

Tablo 6: Olguların askerlik durumları

Askerlik Durumları	N	%
Askerliğe Elverişli Değil	46	76,6
Yaşı gelmemiş	4	6,6
Askerliğini Eksiksiz Tamamlamış	7	11,6
Toplam	60	100,0

4.8 Zihinsel Yetersizlik Dereceleri

Çalışmaya alınan olguların %26,1'inde (n:18) sınır düzey mental kapasite, %58'inde (n:40) hafif derecede zihinsel yetersizlik, %15,9'unda (n:11) orta düzey zihinsel yetersizlik saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7: Zihinsel yetersizlik derecesi

Zihinsel Yetersizlik Derecesi	N	%
Sınır Düzey Mental Kapasite	18	26,1
Hafif Düzey Zihinsel Yetersizlik	40	58,0
Orta Düzey Zihinsel Yetersizlik	11	15,9
Toplam	69	100,0

4.9 Zihinsel Yetersizliğe Eşlik Eden Ceza Sorumluluğunu Etkileyecek

Hastalıklar

Olguların %33,3'ünde (n:23) eşlik eden komorbiditenin olduğu, %13,4'üne (n:9) konuşma bozukluğu, işitme kaybı, yürüyüş bozukluğu gibi fiziksel kısıtlılıklar, %8,6'sına (n:6) psikoz, %8,6'sına (n:6) epilepsi, 2,8'ine (n:2) nevroz (OKB, anksiyete bozukluğu) eşlik ettiği saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 8: Zihinsel yetersizliğe eşlik eden komorbiditeler

Eşlik Eden Hastalıklar	N	%
Eşlik Eden Hastalık Yok	46	66,6
Fiziksel Kısıtlılık	9	13,4
Psikoz	6	8,6
Epilepsi	6	8,6
Nevroz	2	2,8
Toplam	69	100,0

4.10 Olgular İçin Düzenlenen Vesayet Raporları

Olgular Adli Tıp Anabilim Dalınca verilen hukuki sorumluluk raporları açısından incelendiğinde; %71'inin (n:49) daha öncesinde vasi atanıp atanmaması konusunda değerlendirilmediği, %29'una (n:20) vasi ya da yasal danışman atanmasının uygun bulunduğu, vasi ya da yasal danışman atanmasının uygun görülen 20 olgudan 16'sına vasi, 4'üne de yasal danışman atanması yönünde karar verildiği saptanmıştır. (Tablo 9).

Tablo 9: Olgular için düzenlenen vesayet raporları

Vesayet Raporları	N	%
Vasi Açısından Değerlendirilmemiş	49	71,0
Vasi ya da Yasal Danışman Atanmış	20	29,0
Toplam	69	100,0

Tablo 9a: Zihinsel Yetersizlik Düzeylerine Göre Vesayet Raporları

			SMK	HZY	OZY	Toplam
Vasi Açısından	N		14	28	7	49
Değerlendirilmemiş	%		77,7	70,0	63,6	71,0
Vasi	N		2	10	4	16
	%		11,1	25,0	36,3	23,1
Yasal Danışman	N		2	2	-	4
			11,1	5,0	-	5,7
Toplam	N		18	40	11	69
	%		100,0	100,0	100,0	100,0

4.11 Olguların Bilirkişi Rapor Sonuçlarına Göre Dağılımı

Adli Tıp Anabilim Dalımızca verilen bilirkişi rapor sonuçları değerlendirildiğinde; olguların %46,4'ünün (n:32) ceza sorumluluğunun olmadığını belirttiği, 43,5'inin (n:30) ceza sorumluluğunun azalmış, 10,1'inin (n:7) ise ceza sorumluluğunun tam olduğu görülmüştür (Tablo 10). 6 olguda ise Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ile ayrık görüş olduğu değerlendirilmiştir. Ayrık görüşler değerlendirildiğinde ise; Psikiyatri tarafından 3 olguya ceza sorumluluğunun azaldığı yönünde görüş belirtilirken, Adli Tıp tarafından aynı olgulara ceza sorumluluğunun olmadığı şeklinde sonuç verildiği, Psikiyatri tarafından 3 olguya ceza sorumluluğunun tam olduğu yönünde görüş belirtilirken, Adli Tıp tarafından aynı olgulara ceza sorumluluğunun azaldığı şeklinde sonuç verildiği saptanmıştır. Rapor sonuçları Adli Tıp görüşüne göre değerlendirilmiştir.

Tablo 10: Bilirkişi rapor sonuçları

Rapor Sonucu	N	%
Ceza Sorumluluğu Yok	32	46,4
Ceza Sorumluluğu Azalmış	30	43,5
Ceza Sorumluluğu Tam	7	10,1
Toplam	69	100,0

Tablo 10a: Zihinsel yetersizlik düzeylerine göre bilirkişi rapor sonuçları

Eğitim Düzeyi		SMK	HZY	OZY	Toplam
32/1	N	4	17	11	32
	%	22,2	42,5	100,0	46,3
2	N	7	23	-	30
	%	38,8	57,5	-	43,4
Tam	N	7	-	-	7
	%	38,8	-	-	10,1
Toplam	N	18	40	11	69
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

4.12 Olguların Suç Davranışlarının Hedefi

Çalışmamızda değerlendirilen olguların %63,8'inin (n:44) aile, akraba, arkadaş gibi tanıdığı yakın çevresine karşı suç işlediği, %23,2'sinin ise (n:16) suça maruz kalan kişileri tanımadığı, %13'ünün de insana yönelik olmayan suçlar işlediği saptanmıştır. (Tablo 11).

Tablo 11: Suç Olarak Nitelendirilen Davranışların Hedefi

Suç/Hedef	N	%
Aile ve Yakın Çevre	44	63,8
Tanımıyor	16	23,2
İnsana Yönelik Olmayan Suçlar	9	13,0
Total	69	100,0

4.13 Suç Davranışlarının Nitelikleri

Çalışmaya katılan 69 olgu suç davranışları kapsamında sınıflandırılmış %56,5'inin (n:39) yaralama, tehdit, hakaret, mala zarar verme gibi şiddet davranışında bulunduğu, %26,1'inde (n:18) cinsel suçlar, %17,4'ünde (n:12) hırsızlık, nafaka kararına uymama, vergi usul kanununa muhalefet gibi mala karşı işlenen suçlar tanımlandığı görülmüştür (Tablo 12).

Tablo 12: Olgularda suç davranışlarının nitelikleri

Suç Nitelikleri	N	%
Şiddet	39	56,5
Cinsel Suç	18	26,1
Mala Karşı Suçlar	12	17,4
Toplam	69	100,0

Tablo 12a: Zihinsel yetersizlik düzeylerine göre suç davranışlarının nitelikleri

Suç Türü		SMK	HZY	OZY	Toplam
Şiddet	N	11	22	6	39
	%	61,1	55,0	54,5	56,5
Cinsel Suç	N	3	12	3	18
	%	16,6	30,0	27,2	26,0
Mala Karşı Suçlar	N	4	6	2	12
	%	22,2	15,0	18,1	17,3
Toplam	N	18	40	11	69
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Olgular şiddet suçları açısından irdelendiğinde; 10 olgunun sözel şiddet, 29 olgunun fiziksel şiddet (Tablo 12b), fiziksel şiddet işleyen olgulardan 16'sının çıplak el ya da tekme ile silah kullanmaksızın, 8'inin çevresinde kolay ulaşabileceği taş, odun, tabure gibi nesnelerle, 3'ünün bıçakla tehdit, 2'sinin ise bıçakla yaralama suçundan değerlendirildiği görülmüştür. (Tablo 12c)

Tablo 12b: Olgularda şiddet suçlarının nitelikleri

Şiddet Suçu Nitelikleri	N	%
Sözel Şiddet	10	25,6
Fiziksel Şiddet	29	74,3
Toplam	39	100

Tablo 12c: Olgularda fiziksel şiddet suçlarının nitelikleri

Fiziksel Şiddet Suç Nitelikleri	N	%
Silah Kullanmadan Yaralama	16	55,1
Kolay Ulaşılabilir Nesne ile Yaralama	8	27,5
Silahla Yaralamaya Teşebbüs - Tehdit	3	10,3
Bıçakla Yaralama	2	6,8
Toplam	29	100,0

Olgular cinsel suçlar açısından irdelendiğinde; 2 olgunun vücuda organ sokma sureti ile nitelikli, 6 olgunun vücut dokunulmazlığının ihlali ile, 10 olgunun ise taciz düzeyinde, vücut dokunulmazlığının ihlali olmadan cinsel suç işlediği iddiası ile değerlendirildiği görülmüştür. (Tablo 12d)

Tablo 12d: Olgularda cinsel suç nitelikleri

Cinsel Suç Nitelikleri	N	%
Nitelikli Cinsel Saldırı/İstismar	2	11,1
Vücut Dokunulmazlığının İhlali Var	6	33,3
Vücut Dokunulmazlığının İhlali Yok	10	55,5
Toplam	18	100,0

4.14 Olgularda Suç Olarak Davranışların Tekrarlayıp Tekrarlamadıkları

Çalışmada değerlendirilen 69 olgu mükerrer suçlar açısından değerlendirildiğinde; %37,6'sı (n:26) hakkında daha önce Adli Tıp Anabilim Dalınca en az bir defa TCK 32. maddesi kapsamında bilirkişi raporu düzenlendiği, %62,4'ü (n:43) hakkında ilk kez ceza sorumluluğu açısından rapor düzenlendiği görülmüştür (Tablo 14a).

Tekrarlayan suçlar kendi arasında değerlendirildiğinde ise %34'6'sı (n:9) yaralama, %23'ü (n:6) hırsızlık, %19,2'si (n:5) cinsel suç, %7.6'sı (n:2) iftira, %7.6'sı (n:2) gasp, %3,8'i (n:1) hakaret, %3,8'i (n:1) mala zarar verme suçları işlediği görülmüştür.

Birden fazla suç işlediği belirlenen 27 olgunun suçları şiddet, cinsel suç ya da mala karşı işlenen suçlar olarak ana başlıklar halinde değerlendirildiğinde 26 olgunun tekrarlayan suç davranışlarının önceki suç davranışları ile aynı nitelikte olduğu saptandı. Yalnızca bir olgunun ilk suç davranışı cinsel şiddet iken ikinci suç davranışının mala zarar verme - tehdit olarak farklı nitelikte olduğu saptanmıştır.

Tablo 13: Suç olarak değerlendirilen davranışların tekrarlayıp tekrarlamadıkları

Tekrarlayan Suçlar	N	%
Yok	43	62,4
Var	26	37,6
Toplam	69	100,0

4.15 Rapor Sonucuna Etki Edebilecek Faktörlerin Değerlendirilmesi

Ceza sorumluluğunun tam olduğu yönünde rapor verilen 7 olgunun tamamının sınır düzey mental kapasitede olduğu, ilkokulu bitirmiş ve okur yazar olduğu, hiçbirine eşlik eden ruhsal hastalık saptanmadığı görülmüştür. Ceza sorumluluğunun tam olduğu yönünde rapor verilen olgularda ceza sorumluluğunu etkileyecek ölçülebilir anlamlı kısıtlılık saptanmadığından geriye kalan 62 olgu bilirkişi rapor sonuçlarına göre “ceza sorumluluğu yok” ve “ceza sorumluluğu azalmış” iki gruba ayrılarak rapor sonuçlarını etkileyecek faktörler incelendi.

4.16 Olguların Medeni Durumları İle Rapor Sonuçları Arasındaki İlişki

Evli olanlarda olmayanlara göre ceza sorumluluğunun olmaması istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 14).

Tablo 14: Medeni durum ile rapor sonucu arasındaki ilişki

Medeni Hal		CS Yok	CS Azalmış	Toplam
Evli	N	3	9	12
	%	25,0	75,0	100,0
Evli Değil	N	29	21	50
	%	58,0	42,0	100,0
Toplam	N	32	30	62
	%	51,6	48,4	100,0

p: 0,040

4.17 Olguların Çalışıp Çalışmamaları ile Rapor Sonuçları Arasındaki İlişki

Herhangi bir işte çalışmayanlarda çalışanlara göre TCK 32/1 kapsamında ceza sorumluluğunun olmaması istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 15).

Tablo 15: Çalışıp çalışmamak ile rapor sonuçları arasındaki ilişki

Meslek		CS Yok	CS Azalmış	Toplam
Çalışıyor	N	5	13	18
	%	27,8	72,2	100,0
Çalışmıyor	N	27	17	44
	%	61,4	38,6	100,0
Toplam	N	32	30	62
	%	51,6	48,4	100,0

p: 0,016

4.18 Eğitim Durumu ile Rapor Sonuçları Arasındaki İlişki

Hiç okula gitmeyenler ya da 1. sınıftan terk edenlerde ilkokulu bitirmiş ya da 1. sınıf sonrasında bırakmış olanlara göre ceza sorumluluğunun olmaması istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Özel eğitim alanlar ile diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (Tablo 16)

Tablo 16: Eğitim durumu ile rapor sonuçları arasındaki ilişki

Rapor Sonuç		Okula gitmeyen	Özel Eğitim	İlkokul Bitirmiş	Toplam
32/1	N	11	8	13	32
Kapsamında	%	91,7	50,0	38,2	51,6
32/2	N	1	8	21	30
Kapsamında	%	8,3	50,0	61,8	48,4
Toplam	N	12	16	34	62
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

P: 0,006

4.19 Okuma – Yazma Becerileri ile Bilirkişi Rapor Sonuçları Arasındaki İlişki

Okuma yazması olmayanlarda olanlara göre ceza sorumluluğunun olmaması istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 17).

Tablo 17: Okur - yazarlık durumu ile rapor sonuçları arasındaki ilişki

Okur/Yazar		CS Yok	CS Azalmış	Toplam
Var	N	12	21	33
	%	36,4	63,6	100,0
Yok	N	20	9	29
	%	69,0	31,0	100,0
Toplam	N	32	30	62
	%	51,6	48,4	100,0

p: 0,01

4.20 Vesayet değerlendirmeleri ile rapor sonuçları arasındaki ilişki

Vasi ya da yasal danışman atananlarda yasal temsilci açısından değerlendirilmeyenlere göre ceza sorumluluğunun olmaması istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 18).

Tablo 18: Vesayet değerlendirmeleri ile rapor sonuçları arasındaki ilişki

Vesayet Raporları		32/1	32/2	Toplam
Yok	N	19	25	44
	%	43,2	56,8	100,0
Var	N	13	5	18
	%	72,2	27,8	100,0
Toplam	N	32	30	62
	%	51,6	48,4	100,0

p: 0,038

4.21 Zihinsel Yetersizlik Seviyeleri ile Rapor Sonuçları Arasındaki İlişki Orta

Düzey Zihinsel Yetersizlik bulunanlarda sınır düzey mental kapasite ve hafif düzey zihinsel yetersizlik olanlara göre ceza sorumluluğunun olmaması istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 19).

Tablo 19: Zihinsel yetersizlik seviyeleri ile rapor sonuçları arasındaki ilişki

Sonuç		SMK	HZY	OZY	Toplam
CS Yok	N	4	17	11	32
	%	36,4	42,5	100,0	51,6
CS Azalmış	N	7	23	-	30
	%	63,6	57,5	-	48,4
Toplam	N	11	40	11	62
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

p: 0,002

4.22 Suçun Niteliği ile Maruz Kalan evre İlişkisi

şiddet suçları ve cinsel suçlar kendi arasında değerlendirildiğinde aile ve yakın çevreye karşı şiddet suçları anlamlı yüksek iken, tanınmayan kişilere karşı cinsel suçlar anlamlı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 20).

Tablo 20: Suçun niteliği ile maruz kalan çevre ilişkisi

Suçun Niteliği		Tanıyor	Tanımiyor	Toplam
Şiddet	N	32	3	35
	%	91,4	8,6	100,0
Cinsel suç	N	6	11	17
	%	35,3	64,7	100,0
Toplam	N	38	14	52
	%	73,1	26,9	100,0

p: <0,01

4.23 Mükerrer Suçlar ile Suçun Niteliği Arasındaki İlişki

Birden fazla suç ile ceza sorumluluğu değerlendirilmesi yapılan olgular ile bir kez değerlendirilen olgular mükerrer suç açısından karşılaştırıldığında cinsel, şiddet ve mala karşı işlenen suçlar arasında anlamlı fark saptanmamakla birlikte şiddet suçlarının cinsel ve mala karşı işlenen suçlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. (Tablo 21)

Tablo 21: Mükerrer suçlar ile suçun niteliği arasındaki ilişki

Mükerrer suç		Şiddet	Cinsel	Mala Karşı	Toplam
Var	N	14	5	5	24
	%	58,3	20,8	20,8	100,0
Yok	N	21	12	5	38
	%	55,3	31,6	13,2	100,0
Toplam	N	35	17	10	62
	%	56,5	27,4	16,1	100,0

p: >0,05

Yaş, cinsiyet, kiminle yaşadığı, askerlik muafiyeti, suçun niteliği ile bilirkşi rapor sonuçları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı.

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Çağdaş hukuk sistemlerinde akıl sağlığı, failin ceza sorumluluğu için bir ön koşuldur. Kişinin ceza sorumluluğunun olması için fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını tam algılayabilmeli, yaptığı eylemin toplumda kabul görmeyeceğini, kendisinin ya da bir başkasının zarar görebileceğini, ceza alabileceğini tüm yönleri ile bilmeli, dürtülerini ve davranışlarını da denetim altında tutabilmelidir. (43) Türk Ceza Kanununa göre Suç olarak nitelendirilen fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiiller ile ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğini önemli derecede azaltacak nitelikte bir akıl hastalığı olanlara ceza verilmez, davranışlarını yönlendirme yeteneğini *önemli derecede olmamakla birlikte* azaltacak nitelikte bir akıl hastalığı olanlara verilen cezalar azaltılır ya da cezasını sağlık kuruluşunda çeker. Zihinsel yetersizliklerde suç davranışını tam anlamı ile anlayamama ile birlikte telkine açık olma, sosyal debilite, uyum becerilerinde eksiklik, dürtü – kontrol becerisindeki yetersizlik gibi etkenler de vardır. Bu kişileri suça iten etkenleri incelemek, suçtan korumak, sosyal destek ve uyum becerilerinin geliştirilmesi anlamında rehabilite etmek sosyal devletin temel yükümlülüklerindendir.

Zihinsel yetersizlik popülasyonu şiddetine göre %85'i hafif, %10'u orta, %4'ü şiddetli ve %2 derin şeklinde bölünür (58). Avustralya'da ve uluslararası düzeyde elde edilen veriler, cezaevi nüfusunun % 12'sinin IQ değerinin 70'ten az olduğunu, % 30'unun 70 ila 80 arasında olduğunu göstermektedir. Bu durumdan zihinsel yetersizlik ve sınır düzey mental kapasite yaygınlığının cezaevi nüfusunda genel nüfusa oranla yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Zihinsel yetersizlik tanıılı bireylerde alkol ve madde kullanım bozukluğu gibi ek dezavantajların da suç işleme riskini artırdığı bildirilmektedir (59). Zihinsel yetersizliği olan suçlular çoğunlukla hafif zihinsel engelli bireylerdir ve suç özellikleri büyük ölçüde zihinsel yetersizliği olmayan suçlularinkine benzemektedir. Zihinsel yetersizliği bulunanların işledikleri suçların özellikli bir suç davranışı biçimine girmediği görülmüştür. Araştırmalar, zihinsel yetersizlik tanıılı bireylerin sıklıkla bilişsel kısıtlılık sergilediğini, dikkatle ilgili problemleri olduğunu, bilgiyi yavaş işlediğini ve karmaşık davranışları planlama ve uygulamada zorluk yaşadığını göstermiştir. (60.) Sorun çözmede kısıtlı olmanın yanı sıra, zihinsel yetersiz bireylerin, başkalarının taklit edilmesi yoluyla

öğrendikleri ve tipik olarak diğer bireylere kıyasla insanların telkinlerine daha açık oldukları bulunmuştur (61). Zihinsel yetersiz bireylerin sosyal becerilerindeki yetersizlik, pasif öğrenme tarzı suça yönelmelerinde etkilidir. Örneğin, bir gruba veya kişiye uyum sağlamak isteyebilir ve bunu yapmak için yasadışı eylemlerde bulunabilirler. Ayrıca, zihinsel yetersizlik tanımlı bireylerin genellikle suçu arttırabilecek yoksulluk ortamlarında doğdukları da bildirilmiştir. (62) Sınır düzey mental kapasitedeki bireyler okuldan çıktıktan sonra genellikle genel nüfusa karışır, arkadaşları vardır, evlenirler, çocukları olur ve sadece kişisel veya ekonomik stres dönemlerinde yardıma ihtiyaçları vardır (14).

Suç davranışında bulunan zihinsel yetersizliği bulunan olgular üzerinde 2009 yılında yapılan bir çalışmada %81,8'inin erkek, %18,2'sinin kadın, bir başka çalışmada %87,2'sinin erkek, %12,8'inin kadın, (63) olduğu saptanmış bizim çalışmamızda da benzer şekilde %86,9'unun erkek, %13,04'ünün kadın olduğu saptanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu Verilerine göre de 2017 yılında cezaevinde bulunan toplam hükümlü ve tutuklu sayısının %95,6'sı erkek cinsiyettedir (64). Erkek cinsiyetinin genel nüfusta şiddet içeren ve yasa dışı davranışlarla bağlantılı olduğu dikkate alındığında suç olarak nitelendirilen eylemlerde bulunan zihinsel yetersizliği olan olgular arasında da erkeklerin oransal olarak baskın olmasının beklenen bir sonuç olduğu düşünülebilir.

Daha önce suça karışmış zihinsel yetersizlik tanımlı olgular üzerinde yapılan bir çalışmada hafif derecede zihinsel yetersizlik %62,7, orta ve ağır derecede zihinsel yetersizlik %22,9 (65), bir başka çalışmada hafif derecede zihinsel yetersizlik %84, orta derecede zihinsel yetersizlik %14 ve ağır derecede zihinsel yetersizlik %2 (55) olarak saptanmış, çalışmamızda ise sınır düzey mental kapasite %26,1, hafif derecede zihinsel yetersizlik %58,0, orta derecede zihinsel yetersizlik %15,9 saptanmış ve suç davranışında bulunanların zihinsel yetersizlik seviyelerinin dağılımı literatürle uyumlu bulunmuştur.

Suçla karışan zihinsel yetersizlik tanısı almış bireylerin incelendiği bir çalışmada %5'ine psikozun eşlik ettiği (55) saptanmıştır. Bizim çalışmamızda olguların %8,6'sına psikozun eşlik ettiği görülmüştür. Psikoz eşlik eden 6 olgudan 5'ine ceza sorumluluğunun olmadığı, bir sınır düzey mental kapasite tanımlı olguya ise

ceza sorumluluğunun azaldığı yönünde rapor verilmiştir. Hassiotis ve arkadaşları, tutuklu zihinsel yetersizlik tanılı bireylerde psikoz eşlik etme ihtimalinin iki kat daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (66). 130 zihinsel yetersizlik tanılı işçi üzerinde eşlik eden saklanmış psikiyatrik bozuklukluların araştırıldığı bir çalışmada %32'sine psikiyatrik tanı konulduğu, psikiyatrik tanı konulan vakaların %50'sine ilk kez tanı konulduğu, yani morbiditenin gizlendiği, en yaygın psikiyatrik komorbiditelerin ise şizofreni (%17.7) ve psikoz (%9.23) olduğu saptanmıştır (67). Bu nedenle suç davranışında bulunmalarında risk faktörü olan ve ceza sorumluluğu değerlendirmesi açısından da oldukça önemli olan komorbid ruhsal hastalıkların bu bireylerde özellikle dikkatle araştırılması gerekmektedir.

Doksanlı yıllarda yapılan çalışmalarda hafif derecede zihinsel yetersizlik tanılı olguların %90'ının ceza sorumluluğunun tam olduğu (68), ilerleyen yıllarda yapılan çalışmalarda bu oranın düşüş gösterdiği görülmüştür. Örneğin çoğunluğunun hafif düzey zihinsel yetersizlik tanılı bireylerin oluşturduğu zihinsel yetersizliği bulunan olguların %59'unda ceza sorumluluğu azalmış olduğu, %41'inde ceza sorumluluğunun olmadığı (55), Akpınar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hafif derece zihinsel yetersizlikli olguların %40'ında ceza sorumluluğunun tam olduğu, %30'unda azalmış olduğu, %30'unda ise ceza sorumluluğunun bulunmadığı görülmüştür (69). Çalışmamızda hafif derece zihinsel yetersizlik tanılı olguların %57,5'inin ceza sorumluluğunun azalmış, %42,5'inin ceza sorumluluğunun bulunmadığı, hiçbirine ceza sorumluluğunun tam olduğu yönünde rapor verilmediği saptanmıştır. Aradaki farkın ayrı merkezlerdeki uzmanların zihinsel yetersizliğe yaklaşımının farklı olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Bu bireylerin davranışlarını suç olarak tanımlamaları ya da pişmanlık duymaları suç davranışını algılayabildikleri anlamını taşımamaktadır. Duygu ve davranışlarını düzenlemekte yaşadıkları güçlükler, alışılmışın dışında streslerle karşı karşıya kaldıklarında yol gösterilmesine gereksinim duymaları, yargılamaların zayıf olması gibi kısıtlılıkları da mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Sınır düzey mental kapasite üzerinde yapılan az sayıda çalışma, sınırda entelektüel işlevin çeşitli zihinsel bozukluklar, günlük işlevlerdeki sorunlar, sosyal kısıtlılık ve zayıf akademik mesleki başarı ile ilişkili olduğunu göstermektedir. (30)1999 yılında yapılan çok merkezli randomize bir çalışmada sınır düzey mental

kapasite sıklığı %18 bulunmuş, sınır düzey mental kapasitedeki bireylerin daha düşük eğitim başarısı gösterdikleri, daha fazla özel eğitim aldıkları ve eğitimlerini daha uzun sürede bitirdikleri gösterilmiştir (70). 2007 yılında 8450 yetişkin üzerinde yapılan bir araştırmada %12,3'ünün sınır düzey mental kapasitede olduğu, sınır düzey mental kapasite bireylerde psikotik hastalık sıklığının artmadığı ancak önemli sosyal dezavantajlarının olduğu, nevrozların, madde kullanımı ve kişilik bozuklukları sıklığının arttığı ve daha az psikiyatrik destek aldıkları gösterilmiştir (71). Akpınar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sınır düzey mental kapasite olan bireylerde % 82'sinde ceza sorumluluğunun tam, %18'inde azalmış olduğu bildirilmiş (69), çalışmamızda ise % 38,8'inin ceza sorumluluğunun tam, %38,8'inin azalmış, %22,2'sinin ise ceza sorumluluğunun bulunmadığı saptanmıştır.

Sınır düzey mental kapasite ve hafif düzey zihinsel yetersizlik tanısı IQ değerlerine göre tanımlansa da tanılar arasında sınır kesin değildir ve tanılar birbiri içerisine geçebilir. Olgı sayısı az olduğundan istatistiksel karşılaştırma yapılamamakla birlikte sınır düzey mental kapasite ile hafif düzey zihinsel yetersizlik tanılı bireyler kıyaslandığında sınır düzey zihinsel kapasitedeki bireylerin daha yüksek oranda okur – yazar olduğu, daha yüksek oranda ilkokulu bitirdiği ancak meslek sahibi ve evli olmama durumlarının hafif düzey zihinsel yetersizlik tanılı bireylere yakın olduğu saptanmıştır. Daha yüksek IQ değerleri saptansa da çalışmamızda elde edilen bulgulara göre sınır düzey mental kapasite ile hafif düzey zihinsel yetersizlik arasında sosyal işlevsellik kısıtlılıkları ve uyum becerileri yönünden benzer özellikleri görülmektedir. Dolayısıyla sınır düzey mental kapasitenin de yanında getirdiği stres altında duygu ve davranışlarını düzenlemekte yaşadıkları güçlükler, karmaşık günlük işlerde desteğe ihtiyaç duymaları gibi kısıtlılıkları ve sosyal dezavantajları da göz önünde bulundurulmalı, gerekirse kontrol muayeneleri yapılmalı, kapsamlı ve ayrıntılı değerlendirme yapılmalıdır. Zihinsel yetersizlik tanılı bireylerin ceza sorumluluğunu doğru ve güvenilir biçimde saptamak için hastalık tanısının yanında sosyalleşme, bilişsel, iletişim, hafıza, problem çözme yeteneklerindeki eksiklikler ile telkine açık olma, dürtüsellik, uyumsuz sosyal öğrenme, kötü koşullar gibi faktörlerin tamamı göz önünde bulundurulmalı, kötü çevre, suç ile erken yaşta tanışma, sosyal izolasyon gibi risk faktörleri de unutulmamalıdır.

2019 yılında Kanada’da yapılan bir çalışmada %84.8’inin bekar, %15.2’sinin evli (63), başka bir çalışmada %82’sinin bekar, %9’unu boşanmış, %9’unun evli (55), çalışmamızda ise literatürle uyumlu olarak %21,7’sinin evli, %78,3’ünün evli olmadığı saptanmıştır.

Evli olanların ceza sorumluluğunun bulunması evli olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu durum; evliliği yürütebilmenin uyum becerisi, sorumluluk alma, problem çözme becerisi gibi yetenekleri gerektirdiğinden işlevsellik göstergesi olarak öne çıkması ile evli olguların eşinden, çocuklarından ve aile büyüklerinden sosyal destek alabilme durumlarıyla açıklanabilir. Bununla birlikte evli olmayan gruptan %16,6’sının boşandığı görülmektedir. Boşanma gerekçeleri ve süreçlerinin çalışmamızda incelenememiş olması çalışmanın kısıtlılıklarından biri olmakla birlikte zihinsel yetersizliklerinin evlilik birliğini yürütmelerinde zorluk yaşamalarına neden olduğu düşünülebilir. Sınır düzey mental kapasitedeki olguların %66,6’sının, hafif düzey zihinsel yetersizlik tanımlı olanların %80’inin, orta düzey zihinsel yetersizlik tanımlı olanların %90,9’unun evli olmadığı saptanmış olup sınır düzey mental kapasite ile hafif düzey zihinsel yetersizlik tanımlı bireyler arasında oranlar benzerlik göstermekle birlikte zeka düzeyi ile orantılı olarak evlilik oranlarının düştüğü görülmektedir.

2009 yılında 44 suça karışmış zihinsel yetersizlik tanımlı olgu üzerinde yapılan çalışmada % 75’inin bir işte çalışmadığı, % 16’sının çalıştığı saptanmıştır (55). Çalışmamızda ise %30,4’ünün çalıştığı, %69,6’sının herhangi bir işte çalışmadığı görülmüştür. Çalışanların ceza sorumluluğunun bulunması çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışan grup içerisinde %37.5’i dilencilik, hurdacılık, çöp toplama kompleks zihinsel işlev gerektirmeyecek işlerle geçimini sağlasa da para kazanmak bir işlevsellik ve zeka göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Sınır düzey mental kapasitedeki olguların %61,1’inin, hafif düzey zihinsel yetersizlik tanımlı olanların %65’inin çalışmadığı saptanmıştır. Bu bulgu sınır düzey mental kapasite bireylerin hafif düzey zihinsel yetersizlik tanımlı olgular kadar işsiz olduklarını göstermektedir.

Suçla karışan zihinsel yetersizlik tanımlı bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada %59’unun zorunlu ilköğretimi bitirdiği, %39’unun bitiremediği (55), çalışmamızda

59,4'ünün (n:41) ilkokulu bitirmiş ya da 1. sınıf sonrasında bırakmış olduğu, %17,4'ünün (12) okula hiç başlamamış veya 1. sınıftan terk olduğu saptanmıştır. Orta derecede zihinsel yetersizlik tanılı olguların %54,5'inin (n:6) hiç okula gitmediği, %27,2'sinin ilkokulu bitirmiş ya da 1. sınıf sonrasında terk ettiği, %18,1'inin de özel eğitim aldığı saptanmıştır. İlkokulu bitirenlerin ceza sorumluluğunun bulunması hiç okula gitmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu bulgu ilkokulu bitiren bireylerin hepsi okuma yazma öğrenememekle birlikte okula devam etmek uyum becerisi, toplumun değer yargılarının öğrenilmesi, sosyal destek ve etkileşim, suç ile karşılaşmaktan ve telkinden korunma yönünden suçun anlamını kavramalarına bir ölçüde katkı sağlayabildiği şeklinde yorumlanabilir. Özel eğitim alanlarla diğer gruplar arasında ceza sorumluluğu açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamız retrospektif olduğundan özel eğitimin niteliği hakkında ayrıntılı veri elde edilememiş olup bu durum çalışmanın kısıtlılıklarından birini oluşturmaktadır.

Literatür gözden geçirildiğinde ülkemizde zihinsel yetersizlik tanılı bireylere yasal temsilci atanmasını konu alan çalışmaya rastlanmamıştır. Akıl hastalığı olan kişiler Türk Medeni Kanunun 405. maddesinde *“Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır.”* şeklinde belirtildiği üzere borçlanma, para kazanma, dava açma, evlenme gibi hakları kısıtlanır ve kendisine yasal temsilci atanır. Çalışmamızda kendisine yasal temsilci (vasi ya da yasal danışman) atanması görüşü verilenlerde yasal temsilci açısından hiç değerlendirilmeyenlere göre ceza sorumluluğunun olmaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Akıl zayıflığı nedeniyle ayırt etme gücünün kısmen ya da tam kaybindan dolayı kısıtlanan kişilerde ceza sorumluluğunun da etkilenmiş olması beklenebilir bir sonuçtur. Ancak suçun niteliği, kişinin suçun işlendiği andaki klinik durumu yine de göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmanın retrospektif olması nedeni ile yasal temsilci davalarının kim tarafından ne sebeple açıldığı ile ilgili verilere ulaşılamamıştır.

Akpınar ve arkadaşlarının sınır düzey zihinsel kapasite ve hafif düzey zihinsel yetersizlik tanılı bireyleri karşılaştırdığı çalışmasında her iki grupta toplam yaralama %40,2, hırsızlık %23,1, cinsel suçlar ise %10,9, bir başka çalışmada cinsel suçlar

%37.3, adam öldürme % 34.7, mala karşı işlenen suçlar %28.0 (65), Finlandiya’da yapılan bir çalışmada da en sık suç yangın çıkarma olarak bulunmuştur (55). Bu çalışmada ise şiddet suçları %56.5, cinsel suçlar %26.1, mala karşı işlenen suçlar %17.4 saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda şiddet suçlarının yaygınlığı dikkat çekmektedir. Fiziksel şiddet suçu işleyen olguların büyük çoğunluğunun (%55,1) el veya tekme ile silah kullanmaksızın ya da etraflarındaki kolay ulaşılabilecek taş, odun, tabure gibi nesnelerle yaralama suçu işlemeleri plansız ve dürtüsel davrandıklarını göstermektedir.

Avusturalya’da yineleyen suçun incelendiği 75 zihinsel yetersizlik tanılı birey üzerinde yapılan tanımlayıcı bir çalışmada % 41.3'lük bir oran ile işsizlik, madde bağımlılığı ve psikiyatrik öykü, tekrarlayan suçların önemli öncülleri olarak saptanmış (72), bir başka çalışmada ise zihinsel yetersizlik tanılı olguların %50'sinin daha önce suç işlediği saptanmıştır (55). Çalışmamızda yeniden suç işleme oranı literatür ile benzer oranda %37,6 şeklinde bulunmuştur. Tekrarlayan suçlar niteliğine göre incelendiğinde %34.6'sı yaralama, %23'ü hırsızlık, %19,2'si cinsel suç olarak saptanmış olup şiddet suçlarının yaygınlığı dikkat çekmektedir. Mükerrer suçlar ile suçun niteliği arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Mükerrer suçlar çok büyük oranda aynı nitelikte olduğundan şiddet suçlarının tekrar eden suçlar içerisinde de baskın olması beklenebilir bir sonuçtur. Zeka düzeyinin düşük olması, yeniden suç işleme için risk faktörüdür. Bu ilişki büyük ölçüde bu bireylerin suç davranışının anlam ve sonuçlarını ön görememekle birlikte düşük empatiye sahip olmaları, soyut düşünme yetilerinde eksiklik ve dürtü kontrolünde yetersizlik gibi nedenlerle açıklanabilir.

Zihinsel yetersizlik tanılı bireylerin şiddet suçlarını istatistiksel olarak anlamlı derecede aile ve yakın çevre gibi tanıdığı insanlara karşı, cinsel suçları ise tanımadığı kişilere yönelttiği görülmüştür. Tanımadıkları çevreye daha az şiddet davranışında bulunmaları sosyal yetersizlikleri, çocuksu mizaçları, utangaç ve duygusal olarak regrese olmalarından tanımadığı insanları otorite olarak görüp onlara karşı çıkamamaları, daha içine kapanık tavır sergilemeleri ve korkmaları ile açıklanabilir. Cinsel suçların tanımadığı çevreye karşı işlenmesi ve bu cinsel suçların %88,8'inin nitelikli olmaması, hatta çoğunluğunun (%55,5) sözlü taciz, sarkıntılık düzeyinde

kalmış olması plansız davrandıklarını, eylemlerinin sonuçlarını ön göremeden dürtüleri ile hareket ettiklerini göstermektedir.

Adli tıp ve psikiyatri uzmanları için özellikle sınır düzey mental kapasite ve hafif düzey zihinsel yetersizlik tanılı bireylerin ceza sorumluluğu açısından değerlendirilmesi her zaman tartışmalı ve zor bir konu olmuştur. Zihinsel yetersizlik tanılı bireylerin klinik özelliklerini, kısıtlılıklarını, suça zemin hazırlayacak risk faktörlerini, davranış karakterlerini anlamak onları hem suçtan korumak hem de sosyal becerileri ve işlevselliklerinin devamının sağlanması noktasında çok kıymetlidir. Suç davranışında bulunan zihinsel yetersizlik tanısı almış bireylerin davranışlarını suç olarak tanımlamaları ya da bu davranıştan ötürü pişmanlık duymaları o davranışın kendileri veya mağdurlar açısından hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabildikleri anlamını taşımamaktadır. Suç davranışının yanlış bir davranış olduğunu bilebilmelerine rağmen muhakeme, yargılama, karar verme gibi yeteneklerindeki yetersizlikleri ile kavramsal, sosyal, pratik ve uyumsal becerilerdeki kısıtlılıkları nedeniyle tüm boyutlarıyla bu davranışların hukuki anlam ve sonuçlarını algılamaları mümkün olmayabilir. Bu nedenle ceza sorumluluğu değerlendirmesi yaparken bu olgularda dürtü kontrol yetersizlikleri, suçu planlayıp planlamadıkları, kendilerinin veya mağdurların zarar görebileceğini, ceza yaptırımıyla karşılaşabileceklerini tam anlamı ile anlayıp anlamadıkları, telkin altında kalıp kalmadıkları, suç davranışını taklit yolu ile öğrenip öğrenmedikleri, sosyal çevreleri, iletişim becerileri gibi birçok faktör göz önünde bulundurulmalıdır.

6. ÖZET

Zihinsel yetersizlik, temel adaptif ve sosyal becerilerde bozukluk ile karakterize olan azalmış algılama kapasitesi olarak tanımlanmakta olup zihinsel yetersizliği olan bireyler iletişim kısıtlılıkları, sosyal izolasyon, damgalanma ve psikiyatrik bozukluklara yatkınlık gibi nedenlerden dolayı ekonomik, toplumsal ve kriminolojik açıdan tarih boyunca hukuk ve bilim insanlarının dikkatini çeken önemli bir konu olmuştur.

Çalışmamızda sınır düzey mental kapasite ve zihinsel yetersizlik tanımlı bireylerin toplumumuzdaki bir örnekleme durumundaki adli olguların retrospektif taranarak sosyodemografik özelliklerinin yanında ceza sorumluluklarına etki edebilecek klinik ve kriminolojik özelliklerinin literatür ışığında değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Sınır düzey mental kapasite ve zihinsel yetersizlik tanımlı olgular birlikte değerlendirildiğinde evli olmayanlarda, çalışmayanlarda, okula hiç gitmeyenlerde, yasal temsilci atanarlarda ceza sorumsuzluğu oranı daha yüksek bulunmuştur.

Olgu sayısı az olduğundan istatistiksel olarak belirgin bir anlam olmamakla birlikte sınır düzey zihinsel kapasitedeki bireylerin daha yüksek oranda okur – yazar olduğu, daha yüksek oranda ilkokulu bitirdiği ancak meslek sahibi ve evli olmama durumlarının hafif düzey zihinsel yetersizlik tanımlı bireylere yakın olduğu saptanmıştır. Sınır düzey mental kapasiteli bireyler ile hafif düzey zihinsel yetersizliği olan bireyler arasında sosyal işlevsellik ve uyum becerilerindeki kısıtlılıklar yönünden benzer özellikler görülmektedir. Bu durum gözden kaçırılmamalı, sınır düzey mental kapasitedeki bireyler de gerekirse kontrol muayeneleri yapılarak olguya özel durumlarına göre ceza sorumluluğu konusunda hafif düzey zihinsel yetersizliği olan bireyler gibi değerlendirilebilmelidirler.

Zihinsel Yetersizlik tanımlı bireyler arasında şiddet suçlarının daha çok aile ve yakın çevreye karşı, cinsel suçların ise daha çok tanınmayan insanlara karşı işlendiği görülmüştür. Bu bulgular şiddet suçlarında; sosyal becerilerde kısıtlılıkları ve çocuksu duygulanımlarının etkisinde kalarak tanınmayan kişileri otorite olarak

gördüklerini, cinsel suçlarda ise dürtüsel ve plansız davrandıklarını ortaya koymaktadır.

Zihinsel yetersizlik tanılı bireylerin klinik özelliklerini, kısıtlılıklarını, suça zemin hazırlayacak risk faktörlerini, davranış karakterlerini anlamak onları hem suçtan korumak hem de sosyal becerileri ve işlevselliklerinin devamının sağlanması noktasında çok kıymetlidir. Bu bireylerin zihinsel yetersizliklerinin yanı sıra kavramsal, sosyal, pratik ve uyumsal becerilerdeki kısıtlılıklarının da suç olarak nitelendirilen davranışların hukuki anlam ve sonuçlarını tam anlamı ile algılamasına engel teşkil edeceği göz ardı edilmemelidir.

Anahtar sözcükler: Zihinsel yetersizlik, sınır düzey mental kapasite, ceza sorumluluğu, suç

7. SUMMARY

SOCIODEMOGRAPHIC, CLINICAL AND CRIMINOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ADULT PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITY WHO WERE ASSESSED FOR ALLEGEDLY COMMITTING A CRIME IN A UNIVERSITY HOSPITAL BETWEEN 2012 AND 2019

Mental disability is defined as the reduced perception capacity characterized by impairment in basic adaptive and social skills and individuals with intellectual disabilities have attracted the attention of law and scientists throughout history for reasons such as communication constraints, social isolation, stigmatization and a tendency to psychiatric disorders.

In our study, it was aimed to evaluate the clinical and criminological features of the forensic cases, who have a limited level of mental capacity and mental disability, as a sample of individuals in our society, as well as their socio-demographic characteristics, which may affect criminal responsibilities in the light of the literature.

When the cases diagnosed with limited level of mental capacity and mental disability were evaluated together, the rate of criminal liability was higher among those who were not married, who did not work, who never went to school, and who were appointed legal representatives.

Although the number of cases is low, although there is no statistically significant significance, it has been determined that individuals with limited level of mental capacity are more literate and higher than primary school, but their occupation and non-married situations are close to individuals diagnosed with mild mental disability. Similar features are observed in terms of limitations in social functionality and adaptability skills between individuals with limited mental capacity and individuals with mild mental disability. This situation should not be overlooked, and individuals with limited mental capacity should be evaluated as individuals with mild intellectual disabilities in terms of criminal liability according to their particular situation by conducting control examinations if necessary.

It has been seen that among individuals diagnosed with Mental Disability, violence crimes are mostly committed against the family and the immediate environment, and sexual crimes are committed against unrecognized people. These findings are in violent crime; reveals that they regard unidentified people as authority by being affected by their limitations in social skills and their childlike affect, and that they act impulsively and unplanned in sexual crimes.

Understanding the clinical features, limitations, risk factors and behavior characteristics of individuals diagnosed with mental disability are very valuable in terms of both protecting them from crime and maintaining their social skills and functionality. It should not be overlooked that these individuals' mental deficiencies as well as their limitations in conceptual, social, practical and adaptive skills will prevent them from fully perceiving the legal meaning and consequences of the behaviors that are described as crimes.

Key Words: intellectual disability, borderline intellectual functioning criminal responsibility, offence,

8. KAYNAKLAR

1. De Bildt, A., et al. Adaptive functioning and behaviour problems in relation to level of education in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2005; 49(9): 672-681
2. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu E (çeviri ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007
3. Simpson, M. K., & Hogg, J. Patterns of offending among people with intellectual disability: A systematic review. Part I: Methodology and prevalence data. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2001; 45(5): 384-396.
4. McGrath RJ, Livingston JA, Falk G. Community management of sex offenders with intellectual disabilities: characteristics, services, and outcome of a statewide program. *Intellect Dev Disabil* 2007; 45:391-398
5. Crocker AG, Mercier C, Allaire JF, Roy ME. Profiles and correlates of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2007; 51:786-801
6. Holland T., Clare I. C. & Mukhopadhyay T. Prevalence of criminal offending by men and women with intellectual disability and the characteristics of offenders: implications for research and service development. *Journal of intellectual Disabilities Research* 2002; 46(Suppl. 1): 6-20
7. Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry* 1992; 49:476-483
8. AAMR. Mental retardation: definition, classification and systems of supports. 9th ed. Washington DC: American Association on Mental Retardation.1992.
9. Volkmar FR, Dykens E. Mental Retardation. *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Publishing Ltd, 2002; 697-710
10. Toker F, Kuzgun Y, Cebe N. Uçkunkaya B. Zekâ Kuramları. Ankara: M.E.B. Talim ve Terbiye Dairesi Araştırma ve Değerlendirme Bürosu, 1968
11. Kılıç BG. Zekâ geriliği. Aysev AS, Taner YI (editors), Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 1.Edition, İstanbul: Golden Print. 2007; 277-290
12. King BH, Hodapp RM, Dykens EM. Zeka Geriliği. In: Sadock BJ, Sadock VA. (Eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Çev. Ed: Aydın H, Bozkurt. 8.Basım Güneş Kitabevi. Ankara 2007:3078
13. AAMR. Mental Retardation: Definition, Classification and systems of support. Washington DC. American Association on Mental Retardation, 2002
14. American Psychiatric Association. (2013). DSM 5. American Psychiatric Association.
15. Sherr H, Elliott H. Current Opinion in Pediatrics. 2003; 15(6):567-571
16. Heber R, Ed. A manual on terminology and classification in mental retardation. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 1961.
17. Grossman HJ. A manual on terminology and classification in mental retardation. Washington, DC.: American Association on Mental Retardation, 1973.

18. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Comprehensive textbook of psychiatry: lippincott Williams & wilkins Philadelphia; 2000
19. Görmez A. Erişkin Zihinsel Yetersizliği ve Psikiyatri: Türkiye ve Dünyada Güncel Durum. İKSSTD 2019;11(Ek sayı):24-33
20. Evans BO. Mental Retardation. In: Evans BO Ed. Manual of Child Neurology. Edinburg, 1987; 149-157
21. Aicardi J. Mental retardation. In: Aicardi J Ed. Diseases of the Nervous System in Childhood. Cambridge, 1998; 822-825
22. Derek A, Chapman, Keith G, Scott, Tina L. Public Health Approach to the Study of Mental Retardation American Journal on Mental Retardation, 2008; 113:102–116
23. Leonard H, Wen X. The epidemiology of mental retardation: challenges and opportunities in the new millennium. Ment Retard Dev Disabil Res Rev, 2002; 8:117-134
24. Ulla Heikura, Anja Taanila, Anna-Liisa Hartikainen, Paivi Olsen, Sirkka-Liisa Linna, Lennart von Wendt and Marjo-Riitta Jarvelin. Variations in Prenatal Sociodemographic Factors associated with Intellectual Disability: A Study of the 20-Year Interval between Two Birth Cohorts in Northern Finland. American Journal of Epidemiology, 2008; 167(2):169-177
25. Chapman, DA, Scott KG, Mason CA. Early risk factors for mental retardation: The role of maternal age and maternal education. American Journal on Mental Retardation, 2002; 107:46-59
26. Meerding WJ, Bonneux L. Demographics and epidemiologic determinants of healthcare costs in Netherlands: Cost of illness study. BMJ; 1998; 317:111
27. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a metaanalysis of population-based studies. Research in Developmental Disabilities. 2011; 32(2):419-36
28. Phelan M C, Crawford EC, Bealer DM. Mental retardation in South Carolina. III. Chromosome aberrations. Proceedings of the Greenwood Genetic Center 1996; 15:45–60
29. Chiurazzi P, Oostra BA. Genetics of mental retardation. Current Opinion in Pediatrics, 2000; 12:529-535
30. Gigi, K., Werbeloff, N., Goldberg, S., Portuguese, S., Reichenberg, A., Fruchter, E., & Weiser, M. Borderline intellectual functioning is associated with poor social functioning, increased rates of psychiatric diagnosis and drug use—A cross sectional population based study. European Neuropsychopharmacology. 2014; 24(11): 1793-1797
31. White, J. L., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. A prospective replication of the protective effects of IQ in subjects at high risk for juvenile delinquency. Journal of consulting and clinical psychology, 1989; 57(6): 719.
32. Huesmann, L. R., Eron, L. D., & Dubow, E. F. Childhood predictors of adult criminality: are all risk factors reflected in childhood aggressiveness?. Criminal Behaviour and Mental Health. 2002; 12(3): 185-208.
33. Hassiotis, A., Tanzarella, M., Bebbington, P., & Cooper, C. Prevalence and predictors of suicidal behaviour in a sample of adults with estimated borderline intellectual functioning: results from a population survey. Journal of affective disorders, 2011; 129(1-3): 380-384.

34. Garrard SD, Richmond JB. Diagnosis in mental retardation and mental retardation without biological manifestations. In: Medical Aspects of Mental Retardation, Carter CH, ed. Springfield, IL: Charles C Thomas, 1965: 3-72
35. Zigler E, Burack J. Personality development and the dually diagnosed person. Res Dev Disabil 1989; 10:225-240
36. Güzel, E. Çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğine başvuran zekâ geriliği tanısı alan hastaların özellikleri. Uzmanlık Tezi) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana. 2009: 27-28
37. Reiss et al. Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. Am J Ment Retard. 1982; 86: 567-514
38. Sovner R, Hurley AD. The mental status examination, part I: behavior, speech and thought. Psychiatr Aspects Ment Retard, 1983; 2:5-8
39. Croen LA, Grether JK, Selvin S. The epidemiology of mental retardation of unknown cause. Pediatrics, 2001; 107: 86
40. Soysal, H. Adli Psikiyatri El Kitabı. Roman's Yayınları, 2005: 58.
41. Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük. Erişim: http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.55d4f87c246880.37258587 Erişim Tarihi: 24.01.2020
42. Balcıoğlu, İ., Memetali, S., & Rozant, R. Psikiyatrik Hastanın Suç İşlemesi: Ne Yapmalıyız?. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 2008; 62:269-274.
43. Öncü F, Sercan M. Ceza Hukukunda Adli Psikiyatri: Sercan M (Editör). Adli Psikiyatri Uygulama Klavuzu. 1. Baskı, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2007: 33-51
44. Özdemir F. Psikiyatrik açıdan homisidal davranışlar. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 1992
45. Bursztajn HJ, Brodsky A. Competence and insanity: Jacobson JL, Jacobson AM (editors). Psychiatric Secrets Second Ed. Philadelphia: Hanley & Belfus Inc., 2001: 485-498
46. Türkcan S, Yeşilbursa D. Adli psikiyatri: Köroğlu E, Güleç C (editörler). Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, HYB Basım, Ankara, 2007: 938-942
47. Güleç H, Güleç Yazıcı M, Kaymak Ulusoy S, ve ark. Şiddet İçeren Suç Davranışı Öngörülebilir mi? Erkek Mahkumlarda Yürütülen Bir Cezaevi Çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi 2011; 14:94-102
48. Siever LJ. Neurobiology of aggression and violence. Am J Psychiatry 2008; 165: 429-442
49. Pavlov KA, Chistiakov DA, Chekhonin VP. Genetic determinants of aggression and impulsivity in humans. J Appl Genet 2012; 53:61-82
50. Dwyer R. G. & Frierson R. L. The presence of low IQ and mental retardation among murder defendants referred for pretrial evaluation. Journal of Forensic Sciences 2006; 51: 678-82
51. McClintock K., Hall S. & Oliver C. Risk markers associated with challenging behaviours in people with intellectual disabilities: a meta-analytic study. Journal of Intellectual Disability Research 2003; 47: 405-16

52. Barron P., Hassiotis A. & Banes J. Offenders with intellectual disability: a prospective comparative study. *Journal of Intellectual Disability Research* 2004; 48: 69–76
53. Noreik K, Grünfeld B. Forensic psychiatric examinations of the mentally retarded, *Tidsskr Nor Laegeforen* 1998 May 30; 118(14):2149-51
54. Vicenzutto, A., Saloppé, X., Ducro, C., Milazzo, V., Lindekens, M., & Pham, T. H. Forensic inpatients with low IQ and psychiatric comorbidities: specificity and heterogeneity of psychiatric and social profiles. *International Journal of Forensic Mental Health* 2018; 17(3): 272-284.
55. Mannynsalo L, Putkonen H, Lindberg N, et al: Forensic psychiatric perspectives on criminality associated with intellectual disability: a nationwide register-based study. *J Intellect Disabil Res* 2009; 53:279 – 88
56. Öncü F: psikiyatrik bozukluğu olan suçluların zorunlu klinik tedavi sonrası hastalık ve suçluluk seyirleri, *Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul* 2002
57. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S: Major mental disorder and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57: 494–500
58. King, B., Toth, K., Hodapp, R., & Dykens, E. (2009). Intellectual disability. In B. J. Sadock, V. A. Sadock & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (9th ed.) (pp. 3344–3474). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
59. Baldry, Eileen, et al. Reducing Vulnerability to Harm in Adults With Cognitive Disabilities in the Australian Criminal Justice System. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 2013; 10(3):222-229
60. Berkson, Gershon. Ellis' Handbook of Mental Deficiency, Psychological Theory and Research. 1998: 94-97
61. Fristoe, M., L. L. Lloyd, and N. Ellis. Handbook of mental deficiency, psychological theory and research. 1979: 401.
62. Schalock, Robert L., et al. Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. 444 North Capitol Street NW Suite 846, Washington, DC 20001, 2010
63. Ray, Ipsita, et al. Clinical and Demographic Characteristics of Patients with Intellectual Disabilities in a Canadian Forensic Program. *Frontiers in psychiatry* 2019; 10: 760
64. Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim: http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1070 Erişim Tarihi: 20.03.2020
65. Shang, Q. J., Hu, Z. Q., Cai, W. X., Yu, X. D., Gu, Y., & Jiang, M. J. The criminological characteristics of mental retardation. *Fa yi xue za zhi*, 2006; 22(1): 58-60.
66. Hassiotis, Angela, et al. Psychiatric morbidity in prisoners with intellectual disabilities: analysis of prison survey data for England and Wales. *The British Journal of Psychiatry* 2011; 199.(2): 156-157
67. Salvador- Carulla, L., et al. Hidden psychiatric morbidity in a vocational programme for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 2000; 44(2): 147-154

68. Petrella RC. Defendants with mental retardation in the forensic services system. In *The Criminal Justice System and mental retardation*. Conley RW, Luckasson R, Bouthilet GN. (editors) Baltimore, MD: Paul Brookes 1992. p.79-96.
69. Akpınar, A., & Aksoy, U. M. Assessing the type of offence and criminal responsibility in borderline and mild intellectual disabilities: Is there any difference?
70. Hassiotis A., Ukoumunne O., Tyrer P., Piachaud J., Gilvarry C., Harvey K. et al. Prevalence and characteristics of patients with severe mental illness and borderline intellectual functioning. Report from the UK700 randomised controlled trial of case management. *British Journal of Psychiatry* 1999; 175: 135–40
71. Hassiotis, Angela, et al. Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *Journal of Intellectual Disability Research* 2008; 52(2): 95-106.
72. Klimecki, M. R., Jenkinson, J., & Wilson, L. A study of recidivism among offenders with an intellectual disability. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities* 1994; 19(3): 209-219.

9.EKLER

Ek 1: Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU					
Araştırmanın Açık Adı Araştırmanın Protokol Kodu		Bir Üniversite Hastanesinde 2012-2019 Yılları Arasında Suç İşlediği İddiası ile Değerlendirilen Zihinsel Yetersizlik Tanılı Yetişkinlerin Sosyodemografik, Klinik ve Kriminolojik Özellikleri (12.03.2020 tarih ve 86 sayılı karar)			
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı - (2012-KAEK-38)			
	AÇIK ADRESİ	S.D.Ü. Doğu Kampüsü Tıp Fakültesi Dekanlığı Binası – ISPARTA			
	TELEFON	246.2113704			
	FAKS	246.2371165			
	E-POSTA	tipetik@sdu.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Abdulkadir YILDIZ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Adli Tıp			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 : ☐	FAZ 2 : ☐	FAZ 3 : ☐	FAZ 4 : ☐
		Gözlemsel ilaç çalışması		☐	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐	
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐			
İlaç dışı klinik araştırma		☐			
Diğer ise belirtiniz : RETROSPEKTİF					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLARARASI	
	☒	☐	☒	☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.03.2020	01.001	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama		
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒	Sorumlu Araştırmacıya Ait Olduğuna Dair Taahhütname		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
DİĞER	☒	Ana Bilim Dalı Akademik Kurul Yazısı			

Prof. Dr. Mekin SEZİK
Etik Kurul Başkanı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı Araştırmanın Protokol Kodu		Bir Üniversite Hastanesinde 2012-2019 Yılları Arasında Suç İşlediği İddiası ile Değerlendirilen Zihinsel Yetersizlik Tanılı Yetişkinlerin Sosyodemografik, Klinik ve Kriminolojik Özellikleri							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 86		Tarih: 12.03.2020						
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.								
	SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU								
	ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Mekin SEZİK							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Mekin SEZİK	Kadın Hast. ve Doğum	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mustafa TÜZ	Kulak Burun Boğaz Hast.	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Buket ARIDOGAN	Tıbbi Mikrobiyoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Ahmet Nesimi KIŞIOĞLU	Halk Sağlığı	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Fahrettin ÖNDER	Hukuk	SDÜ Hukuk Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Derya YILDIRIM	Ağız Diş ve Çene Radyoloji	SDÜ Diş Hek. Fak.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Halil AŞCI	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğretim Üyesi Derya CEYHAN	Pedodonti	SDÜ Diş Hek. Fak.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Abdullah Meriç ÜNAL	Ortopedi ve Travmatoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğretim Üyesi Mehtap SAVRAN	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğretim Üyesi Giray KOLCU	Aile Hekimliği	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzman Dr. Nejat EKİNCİ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Özel Isparta Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzman Dr. Bora BÜYÜKVANLI	Anesteziyoloji Reanimasyon	Meddem Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Erhan ŞAHİN	Biyomedikal ve Cihaz Teknoloji	ISUBÜ Teknik Bil. M.Y.O.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Osman PARÇAOĞLU	Sivil Üye	Esnaflık	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* : Toplantıda Bulunma