

T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLI TIP ENSTİTÜSÜ
DANIŞMAN: PROF. DR. GÖKHAN ORAL

TÜRKİYE'DE 1999-2004 YILLARI ARASINDA TCK'NIN 46.
MADDESİNDEN FAYDALANAN KİŞİLERİN ŞİDDET DAVRANIŞININ ANALİZİ
VE TEKRARLAMA RİSK FAKTÖRLERİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

UZMAN PSİKOLOG İREM AKDUMAN

İSTANBUL 2007

T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLI TIP ENSTİTÜSÜ
DANIŞMAN: PROF. DR. GÖKHAN ORAL

TÜRKİYE'DE 1999-2004 YILLARI ARASINDA TCK'NIN 46.
MADDESİNDEN FAYDALANAN KİŞİLERİN ŞİDDET DAVRANIŞININ ANALİZİ
VE TEKRARLAMA RİSK FAKTÖRLERİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

UZMAN PSİKOLOG İREM AKDUMAN

İSTANBUL 2007

ÖNSÖZ

Araştırmam sürecinde birçok kişi bana yardımcı ve destek oldu. Onları burada anmak ve kendilerine minnettarlığımı dile getirmek isterim.

Öncelikle, bu alana gönül vermemde çok büyük rolü olan, yüksek lisans dönemimden bu güne kadar yol göstericiliği ve desteği ile bana güç veren, mesleki anlamda motivasyonumu kaybetmeden hep ileri gitmemi sağlayan ve bu çalışmamda da bana danışmanlık yapan, Sayın Prof. Dr. Gökhan Oral'a teşekkür etmek istiyorum. Ondan çok şey öğrendim ve öğrenmeye devam ediyorum.

Araştırma sürecimde, tez izleme komitemde bulunup, değerli fikirleri, deneyimleri ve yönlendirmeleri ile çalışmama yardımcı olan Sayın Prof. Dr. Akif İnancıcı ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Jale Bafra'ya da teşekkür etmek isterim. Ayrıca, çalışmamın veri toplama sürecinde bana yol gösteren ve yardımcı olan tüm Adli Tıp Kurumu, Gözlem İhtisas Dairesi ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi çalışanlarına da teşekkür etmek isterim. Benim işimi kolaylaştırmak, keyifli hale getirmek ve zaman kazanmamı sağlamak için ellerinden geleni esirgemediler.

Tezimin analizleri ile ilgili olarak bana olmayan vaktinden ayıran ve sabır gösterip, destek olan, can dostum, kardeşim, Aslı Akdaş Mitrani'ye; analizler sonrasında, tablolar arasında kaybolmamı engelleyen, sabır taşı arkadaşım Coşku Cengiz'e ve yine istatistikle ilgili olarak deneyim ve tavsiyelerinden yararlandığım arkadaşım, Esin Uzun'a; çalışmam sırasında, değerli vakitlerini ayırıp, yazdıklarımı okuyan ve geribildirimleri ile bana yardımcı olan sevgili kuzenim Aslı Tunç'a ve dostum Seçil Sekreter'e; ayrıca yine yazdıklarımı okuyan, tüm bu süreç içinde keyifle ve

motivasyonumu düşürmeden çalışmam için çabalayan canım kardeşim Ceyda Canlı'ya; Kanada'dan bana yardım elini uzatıp, özellikle literatür toplamamda bana destek olan çok sevgili kuzenim Hakan Tunç'a; Ankara'da oldukları halde, her an kendilerini yanımda hissettirip benden sevgi ve desteklerini esirgemeyen ablam Sumru Alptoğan'a, ağabeyim Burç Alptoğan'a ve varlığı ile hayatıma neşe ve mutluluk getirip, her işimi keyifle yapmamı sağlayan yeğenlerim Mert Alptoğan ve Defne Göktalay'a çok teşekkür ederim.

Son olarak, bu tezi tamamlamamda en büyük rolü olan kişilerden biri, canım babam Kayhan Akduman'a teşekkür etmek ve bu çalışmamı ona adamak istiyorum. Bu sürecin her anında yanımda oldu, sevgisini ve desteğini hissettirdiği gibi, çalışmama çok büyük zaman ve emek harcadı. Ona yaptığı her şey için minnettarım. Çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
1. Giriş ve Amaç	1
1.1. Araştırmalarda ortaya çıkan metodolojik problemler	4
1.1.1. Örneklem grubu ile ilgili sorunlar	4
1.1.1.1. Cezaevindeki suçlularla yapılan çalışmalardaki sorunlar	4
1.1.1.2. Hastanedeki suçlularla yapılan çalışmalardaki sorunlar	6
1.1.1.3. Aynı dönemde doğanlar üzerinde yapılan çalışmalardaki sorunlar	8
1.1.2. Yöntemle ilgili sorunlar	9
1.1.2.1. Tanımlamalarla ilgili sorunlar	9
1.1.2.2. Kullanılan gereç ve prosedür ile ilgili sorunlar	12
1.2. Akıl hastalıkları ve şiddet davranışı ilişkisi üzerine yapılan çalışmalar	13
1.3. Akıl hastalıkları ve şiddet davranışı ilişkisi: hukuki boyut	17
1.4. Akıl hastalıkları ve şiddet davranışı bağlamında öne çıkan psikiyatrik rahatsızlıklar	25
1.4.1. Şizofreni	25
1.4.2. Kişilik bozuklukları	30
1.4.2.1. Sınırdaki kişilik bozukluğu	30
1.4.2.2. Antisosyal kişilik bozukluğu	32
1.4.3. Duygudurum bozuklukları	35
1.4.3.1. Depresyon	36
1.4.3.2. Bipolar bozukluk – manik Epizod	38
1.4.4. İntermittant eksplosif bozukluk	40
1.4.5. Zeka geriliği	41
1.4.6. Organik beyin bozuklukları	43

1.5. Akıl hastalıkları ve şiddet davranışı bağlamında suç tekrarı çalışmaları	46
1.5.1. Suç tekrarı oranları	46
1.5.2. Suç tekrarı ile ilgili risk faktörleri	48
1.6. Suç işleyen akıl hastalarının özellikleri: genel bilgiler	52
1.7. Amaç	55
2. Gereç ve Yöntem	56
2.1. Örnekleme	56
2.2. Gereçler	64
2.3. Yöntem	65
3. Bulgular	66
3.1. Şiddet davranışında bulunan kişilerle ilgili bulgular	66
3.2. Şiddet davranışı ile ilgili bulgular	82
3.2.1. Davranış özellikleri ile ilgili bulgular	82
3.2.2. Mağdur özellikleri ile ilgili bulgular	113
3.3. Şiddet tekrarı ile ilgili bulgular	122
4. Tartışma	140
5. Sonuç	170
6. Özetler	174
6.1. Özet	174
6.2. Abstract	175
7. Kaynaklar	177
Ek1 - Veri toplama sürecinde kullanılan parametreler	
Ek2 - Veri kodlama kriterleri	
Özgeçmiş	

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Akıl hastalıkları ile şiddet davranışı arasında bir ilişki olup olmadığı sorunu tarih boyunca çeşitli araştırmalara konu olmuştur. Gerek psikiyatri alanında gerek adli tıp alanında gerekse hukuk alanında bu konu detaylandırılarak böyle bir ilişkinin varlığı ve niteliği sorgulanmıştır.

Bu çalışmada, öncelikle bu konuda yapılmış olan eski ve güncel araştırmalar ele alınacak ve bu araştırmalarda ortaya çıkan metodolojik problemler ortaya konacaktır. Akıl hastalıkları ve şiddet davranışı arasındaki ilişkinin hukuki boyutu kısaca özetlendikten sonra bu bağlamda öne çıkan bazı rahatsızlıklardan bahsedilecektir. Genel bilgilerin arkasından, burada yapılan çalışmanın detayları sunulacak ve bulguları tartışılacaktır.

Önceki yıllarda yapılan çalışmalara bakıldığında, akıl hastalıkları ve şiddet davranışı arasında doğrusal bir ilişki olmadığı ortaya konulduğu görülmektedir (1-4). Bu çalışmalar çoğunlukla, ruhsal hastalığı olan kişilerin hastanelere kapatılıp orada yaşatıldıkları dönemler olan 1940'lı yıllar ve öncesine dayanmaktadır. Bu dönemin çalışmalarının çoğunlukla tutuklanma oranları ile yapıldığı düşünüldüğünde, akıl hastalığı olan kişilerin tutuklanma sıklığının diğerlerine oranla daha az olması çok da şaşırtıcı değildir (5).

1940'lı yıllardan günümüze kadar yapılan yeni araştırmalarda, böyle bir ilişkinin varlığının kuvvet kazandığı netleşmektedir (5-11). Bu bulgularda, özellikle 1940lardan sonra ortaya konan “deinstitusyonelizasyon” uygulamasının payı büyüktür. Bu uygulama, ilaç ve psikoterapi tekniklerinin de ilerlemesi ile akıl hastalığı olan kişilerin

toplum içinde yaşaması ve bu şekilde tedavisine devam etmesi, entegre olması amacını gütmektedir. Böylece bu kişiler topluma kazandırılacak ve hastaneler depo şeklinde kullanılmayacaktır. Bunun için, bu tip hastaların bulunduğu hastanelerde yatak sayısı azaltılmış, ayaktan tedavilere ağırlık verilmeye başlanmıştır.

Uygulanmaya başlandığından beri, birçok ülkede yürürlüğe giren deinstitutionalizasyon politikasının yararları ve zararları araştırmacı ve uzmanlar tarafından etraflıca incelenmektedir. Bu çalışma bağlamında, uygulamanın başlamasının iyi taraflarından biri de, hukukçuların ve akıl sağlığı alanında çalışanların dikkatini bu hastaların adli sistemdeki yeri ve bu konu ile ilgili problemlerine çekmiş olmasıdır (12).

Deinstitutionalizasyon uygulamasının akıl hastalıkları ve şiddet davranışı ilişkisi bağlamında çok önemli negatif etkileri olduğunu savunanlar çoğunluktadır.

Araştırmacılar, bu uygulama sonucunda, birçok akıl hastası kişinin daha hazır olmadıkları halde toplum içinde yaşamaya başladıklarını, bu sebeple diğer popülasyona oranla daha sık tutuklandıklarını, suç kayıtlarına girdiklerini, adlarının şiddet olaylarında daha sık geçtiğini savunmaktadırlar (8,12-16). Onlara göre, deinstitutionalizasyon, hastaların birçoğunu evsiz olarak sokaklarda yaşamak zorunda bırakmakta, bu şekilde hem onların tedavi ve rehabilitasyon görememelerine sebep olabilmekte, hem de bu kişilerin şiddet uygulama (veya şiddet mağduru olma) riskini de arttırmaktadır (17-19). Hatta, birçok uzman, 1940'lerden sonra yapılan çalışmalarda, akıl hastalığı olan kişilerde şiddet riskinin ve suç davranışının artışı bu uygulamaların sonucu olarak görmektedir ve sayıların bu sebeple yanıltıcı olabileceğine dikkati çekmektedir (17-20). Bunun en önemli sebeplerinden biri de hastane sonrası takibin yeterince iyi yapılamamasıdır. Bu takibin düzgün şekilde yapılması ve daha sonrasında bu kişilerin ihtiyaçları olan tedavilerini

alabilmesi, deinstitutionalizasyon uygulamalarını başarılı kılabilcekken, henüz daha bu noktaya ulaşamamıştır. Bazı araştırmacılar, akıl hastalığı olan kişilerde şiddet riskini arttıran faktörün esasen hastane dışında bu kişilere ulaşan servislerin kalitesi ve devamlılığı olduğunu savunmaktadır (21). Bununla beraber, bazı çalışmalar göstermektedir ki, özellikle şiddete eğilimli psikotik hastalarda uygulanan şiddetin derecesi hastane dışında olduklarında, hastanede olduklarından çok daha fazla olabilmektedir (15). Hastanelerde, şiddet davranışı esnasında dışarıdan müdahale daha hızlı bir şekilde sağlanabilmekte ve durum daha rahat bir şekilde kontrol altına alınabilmektedir.

Deinstitutionalizasyon üzerine çalışmalarını sürdüren, araştırmacılar, uygulamanın bazı hastalar üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini söylerken diğer taraftan da bazılarının daha kötüye gitmelerine sebep olabileceğini savunmaktadır (22). 1995'te yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, hastaneden taburcu edilen hastaların yaklaşık %38'inin halen nerede ikamet ettiklerinin bilinmediği ortaya çıkmıştır. Bu durumda hastaların rahatsızlıklarının kötüye gitme ihtimali çok yüksektir (22) Toplumsal destek bazında bir değişiklik olmadan deinstitutionalizasyonu gerçekleştirmenin mümkün olmadığı da birçok uzman tarafından savunulmaktadır (22,23). Rehabilitasyon ve dışarıdan tedavinin kalite ve yaygınlığının artırılması ile birlikte, toplumun akıl hastalığı olanlara karşı tavrının geliştirilmesi, hastaların etiketlenmelerinin engellenmeye çalışılması gibi toplumsal alanlarda destekleyici olabilecek faaliyetlerin organize edilip uygulanmaya başlanması bu bağlamda çok önemli rol oynamaktadır. Bazı araştırmacılar ise bu uygulamanın sosyoekonomik anlamda bir mit olduğunu iddia etmektedir (24).

Deinstitüsyonalizasyon politikasının bu çalışma bağlamındaki yeri, bu dönemden önce ve sonra yapılan araştırma sonuçlarının birbirlerinden oldukça farklı olmasıdır. Bu konudan daha sonraki “metodolojik problemler” bölümünde de ele alınacaktır. Burada kısaca söz edilme sebebi ise, akıl hastalıkları ve şiddet davranışı arasındaki ilişkinin niteliğinin ve kaynağının incelenmesi sürecini etkilemiş olabileceğini göz önünde bulundurmak ve literatür çalışmalarından bahsederken deinstitüsyonalizasyon politikası faktörünü de dikkatten kaçırmamaktır.

Akıl hastalıkları ve şiddet davranışı ilişkisi üzerine yapılan çalışmalara geçmeden önce, bu çalışma sonuçları arasında büyük boyutta farklılıklar olmasında çok önemli rolü olan, metodolojik problemlerden kısaca bahsedilmelidir.

1.1. ARAŞTIRMALARDA ORTAYA ÇIKAN METODOLOJİK PROBLEMLER

Akıl hastalığı ve saldırgan davranış arasındaki ilişki üzerine yapılmakta olan çalışmalarda göze çarpan metodolojik sorunlar çalışmaların güvenilirliğini ve genellenebilirliğini tehlikeye atmaktadır. Araştırmacılar bu problemlerin üstesinden gelmeye çalışsalar da, kontrol edilemeyen bir çok faktör etkisi sebebiyle tam bir başarıya ulaşamamışlardır. Bu sorunları iki genel başlık altında toplayabiliriz: Örneklem grubu ile ilgili olanlar ve yöntem ile ilgili olanlar.

1.1.1 Örneklem grubu ile ilgili sorunlar:

1.1.1.1. Cezaevindeki suçlularla yapılan çalışmalardaki sorunlar:

Akıl hastalığı ve saldırgan davranış ilişkisi bağlamında, cezaevinde bulunan suçlularla yapılan çalışmalarda öne çıkan en büyük sorun, araştırmaya katılmayı kabul eden gruptaki kişilerin genel olarak suçlu popülasyonunu temsil etmemesidir (7).

Çalışmaya katılmayı kabul edenlerle etmeyenler farklı özellikler taşıyor olabilir ve bu durum da sonuçların genellenebilmesini engeller. Bununla beraber, özellikle görüşme yapma ve kendi bildirimlerine dayalı bilgi alma şeklinde toplanan verilerde, bu kişilerden edinilen bilgilerin doğruluğu ve anlamlılığı da tartışılabilir. Bu kişiler, verecekleri bilgilerin gizli tutulup tutulmayacağından emin olsalar da olmasalar da, doğruyu söylemeyebilir veya eksik bilgi verme yoluna gidebilir (7). Bu durumda da yine çalışmanın güvenilirliği zedelenecektir.

Cezaevlerinde bulunan kişilerle çalışmalarda karşılaşılan bir diğer problem, yine çalışmaların genellenebilmesini engelleyebilir nitelikte olan bir sorundur. Burada bulunan, akıl sağlığı yerinde olmayan kişilerin rahatsızlıklarının çoğunlukla belli hastalıkların, belli alt tiplerinden oluşabildiğine dikkat etmek gerekmektedir. Bazı hastalıkları taşıyanların diğerlerine göre daha sıklıkla tutuklanabildiği önemli bir noktadır (7). Bu duruma sebep, bazen uygulanan şiddetin yoğunluğu, bazen de uygulamalarda görülen farklılıklardır. Örneğin, bir şiddet olayında, saldırgan davranışta bulunan kişi, eğer psikopatolojik olarak rahatsız ise, olaya müdahale etmek için gelen emniyet görevlisi bu kişiyi tutuklayıp götürmeyi, sorunu konuşarak çözüp, olayı kapatmaya tercih edebilir. Yani, bu tip rahatsızlığı olmayan bir kişinin karıştığı, tutuklama olmaksızın çözülebilen bir olay, kişinin rahatsızlığı olduğunda daha sık tutuklama ile sonuçlanabilmektedir (12,19). Bu duruma ek olarak, bazı olaylarda, psikopatolojik rahatsızlığı olan kişiler işledikleri suçları örtbas etmekte daha az becerikli olabilmekte, olay yerini terk etmemekte veya fazla uzaklaşmamaktadırlar. Sonuçta, bu kişiler akıl hastalığı olmayan kişilere göre daha çabuk yakalanabilmektedirler (25). Diğer taraftan, aynı bağlamda tam ters bir durum da söz konusu olabilmektedir. Bazı yerlerde, akıl

hastalığı olan kişileri tutuklamak yerine, doğrudan tedavi merkezine götürüldüğü uygulamalara da rastlanmaktadır. Bu şekilde, şiddet eylemi gösteren kişilerin sayısı, bu uygulamanın yapıldığı yerlerde, hasta olmayan popülasyondan daha az görülebilmektedir (20). Böylece tutuklama raporları baz alındığında, psikopatolojisi olan kişilerin, hastalığı olmayanlara göre ne derecede şiddet eyleminde buldukları konusunda güvenilir bir sonuca ulaşılamamaktadır.

Cezaevlerinde olan kişilerde akıl hastalığı taramasında ortaya başka bir sorun daha çıkmaktadır: Bu kişi oraya girmeden önce mi hastaydı yoksa oraya girdikten sonra mı bu rahatsızlık gelişti? Cezaevi ortamları, birçok açıdan rahatsızlık vericidir ve bu durum, kişide daha önce ortaya çıkmamış bazı ruhsal rahatsızlıkları tetikleyebilir (26). Bununla beraber, orada olmak, kişide daha önceden olmayan başka rahatsızlıkların gelişmesine de sebep olabilmektedir (26). Kişinin cezaevinde psikotik bir atak geçirmesi veya kişide ağır bir depresyon halinin görülmesi, bunlara verilebilecek örneklerdendir. Her iki durumda da, kişilerin rahatsızlıkları ile işledikleri suç arasında doğrusal bir ilişki kurulması doğru olmaz. Ayrıca, bir kişinin ruhsal bir hastalığının olması, işlediği bir suçu bu rahatsızlık sebebi ile gerçekleştirdiği anlamına gelmemektedir. Kişi cezaevinde, hastalığından bağımsız bir şiddet davranışı sebebiyle bulunuyor olabilir (27,28). Bu nokta dikkate alınmadan yapılan çalışmalar, akıl hastalığı ve şiddet davranışı arasında yanlış bağlantılar kurmaya sebep olabilmekte ve araştırma verilerini yanıltıcı kılabilir.

1.1.1.2. Hastanedeki suçlularla yapılan çalışmalardaki sorunlar:

Hastaneye giriş çıkış kayıtları incelenerek yapılan çalışmalarda, özellikle karşılaşılan bir problem, diğer gruplarda da olduğu gibi, verilerin genellenebilirliği ile ilgilidir. Seçilen grup, şiddet davranışı gösteren akıl hastalarını temsil edemeyeceği ve

grubun tesadüfi şekilde seçilmesin engel teşkil edebileceği düşünülmektedir (29). Bazı hastaneler, kendi prosedürleri ve kuralları gereği, bazı rahatsızlıkları olan kişileri alıp (örneğin sadece psikotik hastaları, bağımlıları, vs.), diğerlerini yönlendirebilmekte veya geçmişinde suç kaydı olan kişilere yatış yaptırmayabilmektedir (7). Bununla beraber, çalışma grubu için hastane ve benzeri yerlerden seçilen kişiler, tüm akıl hastalığı popülasyonunun sadece tedavi ulaştırılan kısmının verilerini oluşturmaktadır, bu da gerçek prevalansı vermeyecektir (20,30). Bu nedenle, buralardan toplanan kayıtlar da gerçek sayıları yansıtmayabilmekte ve sonuçlar genellenememektedir.

Bazı şiddet olaylarında, saldırgan kişinin psikolojik sorunları olduğundan şüphelenildiğinde, olaya müdahale eden güvenlik görevlisi, bu kişiyi tutuklamadan hastaneye yönlendirmeyi tercih edebilir. Böylece, hasta olan kişi, adli anlamda kayda geçirilmeden, doğrudan tedavi birimlerine yollanabilir. Kuşkusuz, burada önemli olan nokta, şiddet davranışının niteliğidir. Örneğin, güvenlik görevlisi, adam öldürme eyleminde bulunan bir kişiyi, hastaneye yönlendirse bile, bunun adli soruşturması bir şekilde devam edecektir, fakat eylem icrai rezalet gibi daha farklı türde bir şiddet davranışı ise, bu kişinin kararı iki yönde de olabilmektedir.

Bu problemler göz önüne alınırken, dikkat edilmesi gereken başka bir nokta da, çalışmanın yapıldığı ülkedir. Her ülkenin kendi kuralları ve uygulamaları vardır. Bu yüzden genelleme yaparken çok özenli olunması gerekmektedir. Örneğin bazı ülkelerde akıl hastalığı olan kişiler hastaneye yatırılmadan tedavi edilmekte, diğerlerinde farklı bir tutum sergilenip, hastanelere yatış desteklenebilmektedir. Bu duruma en yakın örnek 1960'lı yıllarda yapılan deinstitutionalizasyon uygulamasıdır. O dönemde akıl hastalığı olan kişilerin sosyal bir çevre içinde daha hızlı ve iyi bir şekilde iyileşeceği iddiası ile

hastanede yatan hastaların bir çoğu taburcu edildi. Bu sebeptendir ki, ruhsal bozukluğu olan birçok kişinin tutuklanma oranlarında veya cezaevine girme oranlarında artışlar görüldü (12,13,18,19). Sonuçta, o dönemde yapılan çalışmalarda toplanan verilerin bir çoğunda sağlıksız sonuçlara varıldı.

1.1.1.3. Aynı dönemde doğanlar üzerinde yapılan çalışmalardaki sorunlar:

Literatürde, akıl hastalıkları ve şiddet davranışı ilişkisi bağlamında, bu yöntem kullanılarak yapılan 6 çalışma bulunmaktadır. Bu araştırmalarda örneklem grupları ile ilgili sorun, çalışmalarda seçilen grubun, belirli bir zaman ve yere ait olmasıdır (7). Bu grubun değerlerinin yüksek veya düşük çıkması, sadece bu gruba ait bir özellik olabilir (7) ve genellenmesi yanılgılara sebep olabilir.

Bu çalışmaların çoğunda, hastanelerde yatmış olan ve majör bir akıl hastalığı tanısı almış olan kişiler, o yıllar içinde doğmuş olup ruhsal patolojisi olan kişiler olarak adlandırılmıştır. Burada sorun, aynı dönemde doğmuş olan, psikolojik olarak rahatsız olan, fakat hastane yatışı olmayan kişilerin bu grubun dışında kalıyor olmasıdır.

Araştırmacı Hodgins, bir makalesinde dikkati bu konuya çekerken, diğer taraftan da bu çalışmaların yapıldığı ülkelerde güdülen politikalar gereği, akıl hastalığı olan kişilerin mutlak surette hastaneye yatırılıyor olmasının, bu sorunu çok minimal bir hale indirgediğini savunmaktadır (7). Bununla beraber, araştırmacı, majör bir bozukluk olarak hastaneye yatış gerektirmeyebilen bazı durumlarda (örneğin alkol sorunu sebebiyle olay çıkarmak vs), bu probleme daha çok dikkat edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (7).

Devam çalışmaları, araştırmaların güvenilirliği açısından çok büyük önem taşımaktadır. Aynı grupları birbiriyle karşılaştırmak çalışmanın sonuçlarını kuvvetlendireceği gibi, yeni sonuçlar ortaya konmasına da yardımcı olacaktır. Akıl

hastalıkları ve şiddet davranışı bağlamında yapılan araştırmalarda, devam çalışmaları da önemli olmakla beraber, metodolojik olarak sorunlar yaşanan bir alandır. Burada problem örneklem grubundaki kişilerin takibinin zorluğudur. Arada bazıları, tekrar bir şiddet davranışı sebebiyle hapiste veya hastanede olabileceği gibi çalışmanın devamına katılmak istemeyenler de olabilmekte, bu da iki grubun birbiriyle karşılaştırılmasını güçleştirmektedir.

Araştırma grubunun seçimi ile ilgili sorunlarda dikkat edilmesi gereken başka bir konu da, bu grubun karşılaştırılacağı bir kontrol grubunun düzgün bir şekilde tespit edilebilmesi ile ilgilidir (13,20). Uygun seçilmemiş bir kontrol grubu kullanıldığında, tüm araştırma sonuçları yanlış olacaktır.

1.1.2. Yöntem ile ilgili sorunlar:

Yöntem ile ilgili sorunları da kendi içinde iki gruba ayırmak doğru olabilir:

Tanımlamalar, kullanılan gereçler ve prosedür.

1.1.2.1. Tanımlamalarla ilgili sorunlar:

Akıl hastalığı ve şiddet davranışı arasındaki ilişkiyi araştırırken, her şeyden önce “akıl hastalığı” ve “şiddet davranışı” terimleri ile tam olarak ne anlatılmak istendiği detaylı bir şekilde ortaya konmalıdır. Aksi takdirde, çalışma sonuçları yorumlanırken, sorunlarla karşılaşılır ve bulgular yanlış yönlere çekilebilir (13). Yıllar boyunca, bu bağlamda gelişen tartışmalar sürecinde iki farklı bakış açısı belirginleşmektedir: Medikalizasyon ve kriminalizasyon. Medikalizasyon düşüncesini ortaya atanlar, şiddete eğilimi olan kişilerin hasta olarak daha sık hastaneye kaldırılıyor olabileceğine işaret etmektedirler (32). Bu bakışa göre, şiddet davranışı, tıbbi bir semptom haline getirilmektedir. Daha çok kişi “hasta” olarak tedavi görmekte, böylece buralardan

toplanacak verileri yanlış yönlendirebilmektedir. Bu görüşün vardığı en uç nokta tüm kriminal davranışların bir rahatsızlık belirtisi ve tüm suçluların da hasta olduğudur (31). Bazı araştırmacılar, bu eğilimin, bazı suçluların cezaevleri yerine hastanelere gönderilmesi anlamına geldiğini savunmaktadır. Bunun sonucu olarak buralardan toplanacak verilerin güvenilirliği ve genellenebilirliği kötü yönde etkilenecektir (32).

Diğer bir bakış açısı olan kriminalizasyonu ortaya atanlar ise psikopatolojik rahatsızlığı olan kişilere, kolluk kuvvetleri tarafından farklı davranılabilindiğini savunmaktadır (33). Burada da, hasta olan bir kişinin davranışının kriminal bir olay haline gelerek, bu tip olayların sayısında, doğal seyrinin dışında bir artış gözlenmesi durumu ortaya çıkmaktadır. Kısacası ilkinde hasta olmayan kişiye hasta, diğerinde hasta olan birisine suçlu denilmektedir. Bu iki görüş iki farklı ucu temsil etse de, araştırmalarda kullanılan yöntemlerin çok dikkatli ve detaylı şekilde planlanması ve karşılaşılabilecek bu tarz sorunlara karşı tedbirli olunması konusunda önemli noktalara işaret etmektedirler. Amaç araştırma sonuçlarının gerçek rakamları yansıtmalarını sağlamak ise, mutlaka bu gibi sorunların, yöntemin belirlenmesi aşamasında, farkında olunması ve olabildiğince kontrol altına alınması gerekmektedir. İşte burada tanımlamaların önemi devreye girmektedir. Hangi davranışların saldırgan davranış, hangi rahatsızlıkların akıl hastalığı olduğu yeterince detaylı bir şekilde ortaya konulmalıdır.

Yapılan araştırmalar sonucunda, iki görüşün de önemli olduğu, fakat uygulamada iki görüşü de birbirlerine yaklaştırmak gerektiği sonucuna varılmıştır (34). Kısacası, gerçekten hasta olan kişiler tedaviye yönlendirilmeli ve hasta olmayan kişiler de saldırgan davranışta bulunduğu anda, bu bir rahatsızlık olarak ortaya konmamalıdır.

Bu bağlamda karşılaşılan bir başka sorun, araştırma yapmak için akıl hastalıklarının tanımlanmasında çoğunlukla medikal perspektif kullanılmaktadır. Bunun bir sebebi, akıl hastalığının tıbbi bir alana girmesi olduğu kadar, bunları ölçmek için kullanılacak ölçeklerin medikal tanı koymak amacıyla hazırlanmış olan enstrümanlar olmasıdır. Bu durum, araştırma için zorluk taşıyabilmektedir (7). Psikiyatrik tanımlamaların bu çalışma alanı için yeterli olup olmadığı da tartışılmaktadır. Reznick, çalışmasında bu konunun normatif bir sorun olduğunu savunmuş ve eşcinselliğin birkaç sene öncesine kadar bir rahatsızlık olarak tanımlandığına fakat şimdi bu şekilde kabul edilmediğine dikkati çekmiştir (35). Diğer bir grup araştırmacı da kişilerin dürtülerini kontrol etmekte ne derecede zorluk çektiklerini ölçebilmenin imkansızlığına değinmiştir (35). Bu sebeple farklı dönemlerde yapılan çalışmaların karşılaştırılması doğru olmayabilmektedir. Bazı durumlarda, araştırmacının amacı gereği, adli bir çerçeve çizilebilir ve daha hukuki tanımlar yapabilmek gerekmektedir (7).

Akıl hastalıkları ve şiddet davranışı arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya çalışırken dikkatle tanımlanması gereken bir başka terim de “şiddet davranışı”dır. Sadece şiddet veya suç davranışı olarak ortaya konulduğunda içinde hafif şiddetten ağır şiddete ve hafif suçtan ağır suça kadar, çok geniş bir yelpazeyi barındıran, genel ve fazla belirsiz bir konseptten bahsedilmektedir. Araştırmaya katılan kişilerin, bu yelpazenin hangi kısmına dahil olduğunun detaylı şekilde ortaya konulması, çalışmanın ve sonuçlarının sağlığı açısından çok önemlidir (20,36). Aksi takdirde bulguların yanlış bir biçimde yorumlanması olasılığı yüksektir. Örneğin, akıl hastaları, suç işleme bağlamında karşılaştırıldığında, ağır şiddet davranışı içeren suçlarda ayrı sonuç, hırsızlık gibi nispeten daha hafif suç davranışlarında farklı bir sonuca erişilebilir, oysa suç davranışları arasında

ağır/hafif farkı gözetilmeden bakılsa, çalışmanın sonucu çok daha farklı olabilir. Böylece çalışma sonuçları negatif şekilde etkilenebilir, yanlış yorumlara sebep olabilir. Bu bağlamda Krakowski ve çalışma arkadaşları bir başka soruna dikkati çektiler (20). Bu araştırmacılar, sadece şiddet davranışının olmasının bile, akıl hastalığı olan kişilerde zaman zaman yanlış teşhis konmasına sebep olabildiğini iddia ettiler. Örneğin bazı durumlarda, psikotik bozukluğu olan kişilere antisosyal kişilik bozukluğu tanısı konabildiği ve bu durumda hastanın tedavi görmek yerine cezalandırılabilirdiği, bu şekilde hem uygulamada sorunlar yaşandığı, hem de araştırma sonuçlarının negatif etkilenebildiğini savunulmaktadır (20).

1.1.2.2. Kullanılan gereçler ve prosedür ile ilgili sorunlar:

Yapılacak araştırmanın sonuçlarının güvenilir ve genellenebilir olması için kullanılacak ölççeklerle ve uygulanacak prosedürle ilgili çok hassas olunması gerekmektedir. Bazı durumlarda belli yöntemler kaçınılmaz olsa da, bu yöntemlerden kaynaklanabilecek sorunların farkında olmak da çok önemlidir. Örneğin karşılıklı görüşme tekniği kullanılarak toplanan verilerde ve kişinin kendi verdiği bilgilerde yalan söylemesi ihtimali her zaman bir problemdir. Araştırmaya katılan kişiler verecekleri bilgilerin gizli tutulacağına inanmaz ise yalana başvurabilir veya eksik bilgi verebilir. Alınan bilgilerin gerçekliği ve bütünlüğünü etkileyen bir başka durum da tutuklanma / hastaneye yatış ve görüşme arasındaki süredir. Kişi yeni tutuklandığında soruları yanıtlarken alkol ve/veya madde etkisi altında olabilmektedir, medikal bir müdahale yapıldıysa aldığı ilacın etkisi altında olabilmekte ve doğru yanıtlar veremeyebilmektedir (7). Aynı sorunlar hastaneye yeni yatmış kişiler için de geçerlidir. İlaç tedavisi öncesinde ve başlangıcında hasta kişi sorulacak sorulara doğru ve tam yanıtlar veremeyecek bir

durumda olacaktır (7). Medikal sebepler ve ilaç etkilerinin yanı sıra, kişilerin yaşamış oldukları olaylara karşı gösterecekleri duygusal tepkiler de verecekleri yanıtları etkileyebilir (7). Bu şekilde toplanacak veriler, araştırma sonuçlarını ve güvenilirliğini tehlikeye atacaktır. Medikal ölçeklerin kullanımında, daha önceden de bahsedilen tanımlama sorunları ile ilgili problemler de yaşanabilmektedir. Örneğin bir ölçekte şizofreni olarak geçen hastalık, başka bir ölçekte psikotik bozukluk olarak yer alabilmekte (36) ve çoğu çalışmada da bu, dile getirilmemektedir (20). Bu sebeple farklı ölçeklerin kullanıldığı çalışmaların bulgularını karşılaştırabilmek yanıltıcı olabilmektedir.

Prosedür ile ilgili karşılaşılan bir başka sorun da, devam çalışması içeren araştırmalarda ortaya çıkmaktadır. Başlangıç çalışması ve devam çalışması arasındaki süre de genellemeyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu süre uzadıkça, şiddet davranışı gösterenlerin sayısı artmaktadır (7). Bu da iki çalışmayı karşılaştırmayı zorlaştırmaktadır.

1.2. AKIL HASTALIKLARI VE ŞİDDET DAVRANIŞI İLİŞKİSİ ÜZERİNE YAPILAN ARAŞTIRMALAR

Akıl hastalıkları ve şiddet davranışı ilişkisini araştıran çalışmalara bakıldığında, araştırmaların farklı gruplar üzerinde yapıldığı dikkati çekmektedir. Bunlardan bazıları psikiyatri hastalarını inceleyerek, bazıları da suçlu popülasyonu üzerinde çalışarak bu ilişkinin niteliğini ve kaynağını araştırmaktadır. Bu çalışmalara ek olarak, toplum bazlı epidemiyolojik araştırmalar gibi farklı yöntemler de uygulanmaktadır.

Bu bağlamda yapılan çalışmaların birçoğu yaklaşık %20'si psikiyatri hastalarının fiziksel şiddet eğilimlerini incelemektedir (37). Çoğu araştırma sonucu, şiddet gösteren

akıl hastalarının çok düşük bir yüzdeyi oluşturduğunu, fakat bu kişilerin şiddet olaylarının yarısına yakınıni gerçekleştirdiğini ortaya koymaktadır (38-40). Torrey, 1994 yılında yaptığı çalışmada, akıl hastalarında saldırganlık konusunda çeşitli yayınları detaylı şekilde incelemiş ve akıl hastalarının diğer popülasyondan daha tehlikeli olmadığını, sadece küçük bir alt grubun tehlike riski taşıdığı sonucuna varmıştır (41).

Ayrıca, az sayıda da olsa, akıl hastalığı olanların suç işleme oranlarının hasta olmayanlardan fazla olmadığını iddia eden ve diğer araştırma sonuçlarını metodolojik problemler, hastalara karşı yapılan ayrımcılığa (19) veya hastadaki komorbid kişilik bozukluğuna (42,43) veya madde kötüye kullanımına bağlayan (44,45) çalışmalara da rastlanmaktadır. Örneğin, 1998 yılında yapılan bir çalışmada, 1132 hasta, bir yıl süreyle takip edilmiş, sonuçta, örneklem grubundaki şiddet riskinin, kontrol grubundakilerden daha fazla olmadığını, eğer fazla ise, bunun sebebinin kişinin hastalığından bağımsız değişkenler olduğu tespit edilmiştir (37).

Tüm bu çalışmalara rağmen, özellikle hastane ve tutuklanma kayıtları ve bununla beraber hastaların kendi beyanları temel alınarak hastalar üzerine yapılan çalışmaların büyük bir çoğunluğu, akıl hastalığı olan kişilerde agresif davranış ve şiddet uygulama riskinin, hasta olmayanlara oranla çok daha yüksek olduğunu göstermektedir (36,41,46-48).

Link ve Sueve, 1996'da, 232 kişilik hasta ile 521 kişilik hasta olmayan kontrol grubunu karşılaştırmıştır ve hasta olan grubun diğer gruptan anlamlı derecede fazla miktarda fiziksel şiddet davranışları (vurmak, kavga etmek, silah kullanmak gibi) sergilediğini bulmuştur (49). Lindqvist ve Allebeck, 1990 yılında yaptıkları çalışmada, şizofreni hastaları ile "normal" popülasyonu karşılaştırmışlardır (8). Sonuçta özellikle

kadınlarda, şizofreni olmanın şiddet uygulama riskini arttırdığını, bu riskin aşırı şiddet olaylarında daha fazla arttığını tespit etmişlerdir. Link ve arkadaşları ise, 1992 yılında yaptıkları araştırmada, hasta grubu ile kontrol grubu arasında, şiddet davranışı açısından, anlamlı farklılıklar bulmuşlardır (48). Bu araştırmalar, daha önce yapılan çalışmaları destekler niteliktedir (50).

Suç işlemiş kişileri örneklem olarak alan araştırmalarda yapılan prevalans çalışmalarında, cezaevindeki kişilerin ciddi miktarında, anlamlı ölçüde akıl hastalığı ve madde kötüye kullanımına rastlanmaktadır (51,52). Özellikle adam öldürme suçu işlemiş olan kişilerde, akıl hastalığı prevalansının diğer şiddet davranışı gösterenlerden yüksek olduğu birçok çalışma tarafından ortaya konmuştur (9,10,14,53,54).

Taylor ve Gunn 1984'te yaptıkları çalışmada, cinayet işleyen kişilerde şizofreni oranlarının beklenenin üzerinde olduğunu bulmuştur (55). Benzer bir sonuç da Goetlieb ve arkadaşları tarafından 1987'de elde edilmiştir (14). Araştırmalarında adam öldürme suçu işleyen kişileri incelemiş ve kadınların % 44'ü ile erkeklerin % 20'sinin psikotik bir dönem içinde olduklarını tespit etmişlerdir.

Bland ve arkadaşları, cezaevindeki kişilerin %92'sinin o zamana kadar herhangi bir ruhsal hastalık geçirmiş olduklarını, %82'si kadarında da madde kötüye kullanımı olduğunu, %57'sinin antisosyal kişilik bozukluğu tanısı aldığını ve % 2'sinin şizofren olduğunu ortaya koymuşlardır (51).

Eronen, kadın suçlularla yaptığı çalışmada, örneklem grubundaki kişilerde, genel kadın popülasyonuna göre daha fazla oranda akıl hastalığı mevcut olduğunu, özellikle bu durumun şizofreni ve/veya kişilik bozukluğu için geçerli olduğunu ortaya koymuştur (56). Aynı araştırmacılar, başka bir çalışmalarında ise cinayet suçundan tutuklanmış

şizofreni hastalarını incelemişlerdir. Sonuçta, şizofreni hastalarında adam öldürme riskinin her iki cinsiyet için de, hasta olmayanlara göre çok daha fazla olduğunu saptamışlardır (9,10).

Yakın zamanlarda yapılan bir başka çalışmada, araştırmacılar şizofrenisi olan yaklaşık 1000 kişinin kriminal geçmişlerini incelemişler ve özellikle erkeklerde şiddet olaylarına karışmış olma oranlarının kontrol grubundakilere göre anlamlı derecede yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (sırasıyla, %20 ve %8) (57).

Akıl hastaları ve şiddet davranışı ilişkisini araştıran aynı dönemde doğanların karşılaştırıldığı bazı büyük çaplı çalışmalardan da burada bahsetmek gerekmektedir. Bu çalışmalar değişik ülkelerde gerçekleştirilmiş olsalar da (Danimarka, İsrail, Finlandiya, İsveç ve Yeni Zellanda) benzer sonuçlar ortaya koymaktadırlar: akıl hastalığı olan veya bu seçilen süreç dahilinde bu tip bir hastalık geliştiren kişilerin şiddet ve suç davranışı oranları, böyle bir hastalığı olmayanlarınkine göre daha yüksektir (38,47,58-63).

Danimarka'da yapılan çalışmalarda, konu kadınlar olduğunda, şiddet riskinin arttığı yönündedir, bu da daha önce bahsedilen çalışmaları doğrulayan niteliktedir. Bu çalışmada ortaya konan başka bir sonuç da, akıl hastalığı olan kişiler ile suç işleme riski arasında bulunan ilişkinin demografik faktörler (cinsiyet ve medeni durum) ve madde kötüye kullanımı durumu kontrol edildikten sonra bile var olmaya devam etmesidir (58). Tiihonen ve arkadaşları Finlandiya'da yaptıkları çalışmada buna benzer bir sonuca varmışlardır (59).

1.3. AKIL HASTALIKLARI VE ŞİDDET DAVRANIŞI İLİŞKİSİ: HUKUKİ BOYUT

Akıl hastalığı olan kişilerde şiddet davranışı, hukuk alanında da fazlasıyla ilgi görmüş bir konudur. Tarih boyunca, araştırmacılar, çeşitli davaların ve vakaların da katkısı ile suç işleyen akıl hastalarının, cezai sorumluluklarının çerçevesini belirlemeye, akıl hastalığı, sorumluluk, gibi terimleri daha net tanımlamaya çalışmışlardır.

İngiltere’de 1800 yılında gerçekleşen James Hadfield davası, bu konuda atılan ilk ciddi adımlardan birisidir. Burada, savaşta başından yara almış eski bir asker olan Hadfield’in George III’ü vurması söz konusudur (12). Hadfield’a göre, oğlu ölmüştür ve cennet onu çağırılmaktadır, bu yüzden kendini öldürmesi gerekmektedir ama yapamaz. O da akıl sağlığı yerinde olmayan başka bir arkadaşına, saldırıdan bir gün önce, içinde bulunduğu açmazı anlatır. Arkadaşı ile konuşması sonunda görevinin dünyayı kurtarmak ve yepyeni bir monarşi yaratmak olduğunu düşünür (bu düşünceye göre kendisi tanrı olurken, arkadaşısı şeytan olacaktır) (64). Sanığın avukatı, sanığın paranoid hezeyanları sebebiyle bu hareketi yapmış olduğunu savunur ve sanık suçsuz bulunur. Suçsuzluk kararının gerekçesi olarak “kişinin davranışı gerçekleştirdiği esnada deliliğin etkisi altında olması” ortaya konulmuştur (12). Bu dava, akıl sağlığı bozukluğu sebebiyle sanığın beraat ettiği ilk dava değildir (örneğin, 1795’te görülen Miss Broaderic’in sanığı olduğu cinayet davası) fakat ilk defa bu davada mahkeme üyeleri, kişinin akıl sağlığının yerinde olup olmadığının kararını verirken, bir kişinin davranışını anlamak için sadece davranışa bakmanın yeterli olmadığını ve akıl hastalığının daha komplike bir durum olduğunu görmüşlerdir (64).

Hadfield davasında verilen karar sonrasında, devletin bu konuda daha söz sahibi olabilmesini sağlamak amacıyla, 1800 Yılı Akıl Hastası Olan suçluları Güvenli Gözetim Altına Alma Yasası çıkartıldı. Böylece, hastaların “majestelerinin uygun gördüğü bir süre” gözetim altında tutulabilmesi olanağı sağlanmış oldu. Bu gözetim, genellikle akıl hastanelerinde gerçekleşmekteydi. 1948 yılında, suç işlemiş akıl hastalarının gönderildiği 3 hastane sadece bu tip hastalara özel, yüksek güvenli hastaneler haline getirildi. Aynı süreç içinde, 1950’li yıllara kadar, Amerika Birleşik Devletleri’nde de, şiddet gösteren akıl hastaları ile ilgili olarak benzer kurallar uygulanmaktaydı (12).

Bu bağlamda hukuk alanını en çok etkileyen bir başka olay ise, İngiltere’de, 1843 yılında gerçekleşen McNaughtan davasıdır. Daniel McNaughten, başbakanı vurmak isterken yanlışlıkla sekreterini vurmuştur. Ona göre Papa ve Başbakan kendisine komplo kurmakta ve iktidardaki muhafazakar parti üyeleri kendisini öldürmek istemekteydi (65). Davada McNaughten’in perseküsyon hezeyanları olduğu savunulmuş ve yargıç akıl hastalığı gerekçesi ile sanığı suçsuz bulmuştur. Halk arasında infial yaratan bu duruma Kraliçe Victoria’nın da isteği eklenince, “delilik savunması” konusunun netleştirilmesi için çalışmalar başlar. Bu çalışmalar sonucunda, günümüzde birçok yerde bu bağlamda uygulanan yasayı etkilemiş olan McNaughten kuralları tespit edilir (12) . Buna göre, bir kişinin “delilik savunması” yapabilmesi için “kişinin suçu işlediği esnada bir muhakeme zaafiyeti içinde olması, akli bir hastalığa sahip olması, yaptığı hareketin yanlış olduğunu bilmiyor veya biliyor ise de o anki hareketinin yanlış olduğunu bilmiyor olması” gerekmektedir. Bu tanımlama Anglo-Amerikan yasalarını da etkilemiş, diğer ülkelerde de uygulanmıştır (12,65). Bu davanın en önemli tarafı, cezai sorumluluk konusunda bir savunma bağlamında, delilik kavramına bir tanım getirilmiş olmasıdır (66) fakat, tanım o

kadar katıdır ki, pratikte bu kriterleri (McNaughten'ın kendisi de dahil olmak üzere) dolduracak kişilerin sayısı çok az olmaktadır. Bu tanıma gelen eleştirilerden biri, yaptığığın yanlış olduğunu bilip, kendisine engel olamayan akıl hastalarının yasanın dışında bırakılmış olmasıdır (12). Buna rağmen, yine de McNaughten kurallarının Avrupa ülkelerinin ceza hukuku üzerinde büyük etkisi olmuştur. Davanın, Türkiye’de bu konu ile ilgili kullanılan maddelerin alındığı, eski İtalyan ceza yasası üzerinde de etkisi dikkati çekmektedir (65).

Bu kararların daha sonraki uygulamalarında, pratikte yaşanan sorunlar sebebiyle, “engellenemeyen dürtüler kuralı” ortaya atılmıştır. McNaughten kuralları ile birlikte uygulanan bu kurala göre, engellenemeyen bir dürtüye yenik düşerek, hukuka aykırı davranış sergileyen bir kişi, bu hareketinden sorumlu tutulamamaktadır. Bu yeni ekleme ile irade kavramı devreye sokulsa da, başka bir problem ortaya çıkmaktadır: engellenmeyen ve engellenemeyen dürtüyü birbirinden ayırabilmek imkansız olmaktadır (66).

Hukuki alanda akıl hastalığı ve şiddet davranışı konusunu etkileyen başka bir vaka, 1954 yılında Amerika’da gerçekleşen Durham davasıdır. Bu dava sonrasında bir çok eyalette durumun bilişsel ve iradi kısmı reddedilip, “hareketin bir akıl hastalığının sonucu olması” kriteri kabul edilmiştir. Burada da, şiddet davranışı ve hastalık arasında ilişki kurma ile ilgili sorunlar yaşandı (12) ve geçerliliğini kısa sürede kaybetmiştir (66).

“Akıl hastalığı gerekçesi ile suçsuz” (not guilty by reason of insanity, NGRI) uygulaması, İngiltere’de 1883-1964 yılında değişime uğramış ve “suçlu ama akıl hastası” olarak uygulanmaya başlanmıştır (12). Bu uygulama tamamen toplumun mahkum etme

ihtiyacını tatmin etmekten ve olaylarda bir suçlu arayanları rahatlatmaktan başka bir amaca hizmet etmemektedir (66).

Amerika Birleşik Devletleri'nde bu bağlamda nispeten yaygınlaşan bir başka tanımlama da 1980 yılında Amerikan Hukuk Enstitüsü tarafından ortaya atılmıştır. Buna göre “eğer birey işlediği suç esnasında, bir akıl hastalığı veya sakatlığı sebebi ile, hareketinin suç teşkil ettiğini veya hukuka aykırı olduğunu bilecek veya anlayacak kapasiteden yoksun ise, kanuna aykırı davranışından sorumlu değildir”. Bu tanımlama hem kişinin bilişsel ve iradi durumunu göz önünde bulundurmakta hem de afektif anlamda kriterler sunmaktadır ve bu sebeple daha kapsamlı bulunmaktadır (12).

1982 yılında Amerika'da gerçekleşen başka bir dava da, dönemin Başkanı Ronald Reagan'ı öldürmeye teşebbüs eden John W. Hinkley'in davasıdır. Bu dava sonucunda Hinkley'in akıl sağlığı yerinde bulunmamış ve bir psikiyatri hastanesinde tedavi edilmesine karar verilmiştir. Bu karar toplumsal açıdan çok büyük bir tepkiye yol açtığından, tanımlamaların tekrar gözden geçirilmesi ihtiyacı ortaya çıkmıştır (12,66). Amerikan Psikiyatri Birliği, bu tip savunmalarda, daha bilimsel olabilmek adına, olayın iradi kısmından çok bilişsel tarafına odaklanılmasının önemli olduğunu ve akıl sağlığı bozukluğu savunmasının, ciddi ruhsal hastalıklar ile sınırlandırılmasını ve kişilik bozukluklarının bu sınırların dışında tutulması gerektiğini savunmuştur (12).

Türkiye'de akıl hastalığı olan kişilerin suç işlemesi durumunda uygulanan hükümler, daha önce de belirtildiği gibi, eski İtalyan ceza yasasından alınmış olan maddelerdir (65). Burada ceza ehliyeti tespiti olarak geçen kavramı Oral şu şekilde tanımlamıştır:

“... kişinin işlediği suçtan dolayı kanun nezdinde sorumlu olup olmaması, onun bu hareketi yaparken mental sağlık ve mental olgunlaşma derecesinin ne düzeyde olduğuna bağlı bir şekilde değerlendirildiğinden cezai ehliyetinin olup olmadığına karar verilmiş olur” (68).

1/3/1926 tarihli ve 765 sayılı Eski Türk Ceza Kanunu’nda, bu konu ile ilgili hükümler 46, 47 ve 48. maddelerdir (67).

Madde 46:

Fiili işlediği zaman şuurunun veya hareketının serbestisini tamamen kaldıracak surette akıl hastalığına duçar olan kimseye ceza verilemez.

Madde 47:

Fiili işlediği zaman şuurunun ve hareketının serbestisini ehemmiyetli derecede azaltacak surette akli malûliyete müptela olan kimseye verilecek ceza aşağıda yazılı şekilde indirilir:

1. İdam cezası yerine 15 seneden aşağı olmamak üzere ağır hapis;
2. Müebbet ağır hapis yerine 10 seneden 15 seneye kadar ağır hapis;
3. Amme hizmetlerinden müebbet memnuniyet yerine muvaffak memnuniyet;

Cezaları hükmolunur.

Diğer cezalar üçte birden yarıya kadar indirilir.

Madde 48:

Suç işlediği esnada arızı bir sebepten dolayı 46. ve 47. maddelerde münderiç akli maluliyet halinde bulunan kimseler hakkında o maddelerdeki ahkam tatbik olunur.

İhtiyari sarhoşlukla veya ihtiyari ile kullanılan uyuşturucu madde tesiri ile işlenen fiiller bu madde hükmünden hariçtir.

Bu maddelerle ilgili olarak üzerinde durulması gereken en önemli nokta, oldukça kapsamlı olmaları ve güvenlik tedbirleri açısından toplumun vicdani ihtiyaçlarını da tatmin edecek niteliklerde olmasıdır. Uygulamada, ceza ehliyeti, kişinin işlediği söz konusu suç davranışı için tayin edilmektedir. Eğer bu kişi, başka suçlar da işlediyse her davranışı için ayrı ayrı cezai ehliyet tayini yapılmaktadır (68). Bunun sebebi, cezai ehliyet tayini yaparken “duruma, suçun tipine ve işleniş biçimine, kişinin olay öncesi, olay sırası ve olay sonrası düşünce yapısına, durum ve davranışlarına göre” (68) bir karara varılmasıdır. Her davranışın ayrı özellikleri dikkate alınır ve kişinin o hareketi esnasında şuur ve hareket serbestisinin olup olmadığı incelenir. Burada gözden kaçırılmaması gereken başka bir durum da, davranış ile hastalık arasındaki ilişkinin net olmasıdır (68).

26/9/2004 tarihli 5237 sayılı Yeni Türk Ceza Kanununda, cezai sorumluluk ile ilgili hükümler, iki maddede toplanmıştır: 32. ve 34. maddeler. Uygulanacak güvenlik tedbirleri ayrı bir madde kapsamında 57. maddede belirtilmiştir (69):

Madde 32:

- 1- Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur.
- 2- Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak

davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaşmış müebbet hapis cezası yerine yirmibeş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hallerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkum olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.

Madde 34:

- 1- Geçici bir nedenle yada irade dışı alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisi ile, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez.
- 2- İradi olarak alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisinde suç işleyen kişi hakkında birinci fıkra hükmü uygulanmaz.

Madde 57:

- 1- Fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişi hakkında, koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilen akıl hastaları, yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınırlar.
- 2- Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilmiş olan akıl hastası, yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca düzenlenen raporda toplum açısından tehlikeliliğinin ortadan kalktığı veya önemli ölçüde azaldığının belirtilmesi üzerine mahkeme veya hâkim kararıyla serbest bırakılabilir.
- 3- Sağlık kurulu raporunda, akıl hastalığının ve işlenen fiilin niteliğine göre,

güvenlik bakımından kişinin tıbbî kontrol ve takibinin gerekip gerekmediği, gerekiyor ise, bunun süre ve aralıkları belirtilir.

- 4- Tıbbî kontrol ve takip, raporda gösterilen süre ve aralıklarla, Cumhuriyet Savcılığı'nca bu kişilerin teknik donanımı ve yetkili uzmanı olan sağlık kuruluşuna gönderilmeleri ile sağlanır.
- 5- Tıbbî kontrol ve takipte, kişinin akıl hastalığı itibarıyla toplum açısından tehlikeliliğinin arttığı anlaşıldığında, hazırlanan rapora dayanılarak, yeniden koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Bu durumda, bir ve devamı fıkralarda belirlenen işlemler tekrarlanır.
- 6- İşlediği fiille ilgili olarak hastalığı yüzünden davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişi hakkında birinci ve ikinci fıkra hükümlerine göre yerleştirildiği yüksek güvenli sağlık kuruluşunda düzenlenen kurul raporu üzerine, mahkûm olduğu hapis cezası, süresi aynı kalmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, mahkeme kararıyla akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.
- 7- Suç işleyen alkol yada uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlısı kişilerin, güvenlik tedbiri olarak, alkol yada uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılarına özgü sağlık kuruluşunda tedavi altına alınmasına karar verilir. Bu kişilerin tedavisi, alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılığından kurtulmalarına kadar devam eder. Bu kişiler, yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca bu yönde düzenlenecek rapor üzerine mahkeme veya hâkim kararıyla serbest bırakılabilir.

Yeni Türk Ceza Kanunu hükümlerine bakıldığında, burada da, hastanın iradesi ve akıl hastalığının tanısı ve şiddetinin, kişinin sorumluluğunun tanımlanmasının da dikkate alındığı ve bu tanımın yapılmasının bu alan uzmanlarına bırakıldığı görülmektedir. Fakat uzman bilirkişi bu tanımlamayı yaptıktan ve raporunu mahkemeye sunduktan sonra bile, akıl hastası olan kişinin somut olay karşısında ceza sorumluluğu olup olmadığı ve hastalığının bu vakada kişinin üzerinde etkili olup olmadığı ile ilgili son karar yine hakime bırakılmıştır (69).

1.4. AKIL HASTALIĞI VE ŞİDDET DAVRANIŞI BAĞLAMINDA ÖNE ÇIKAN PSİKİYATRİK RAHATSIZLIKLAR

1.4.1. ŞİZOFRENİ

Şiddet davranışı ve akıl hastalıkları ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunda şiddet eyleminde bulunma riski en fazla olan rahatsızlığın şizofreni olduğu saptanmıştır (8-10,14,15,20,21,35,36,40,47,48,50,71-78). Özellikle son 20 yılda yapılan çalışmalar, şizofreni hastalarının karıştıkları şiddet olaylarının ve tutuklama kayıtlarındaki rakamların yükselmekte olduğuna işaret etmektedir (79,80).

Eronen, Tiihonen ve Hakola, yaptıkları çalışma sonucunda, her iki cinsiyet için de şizofreni olma faktörünün şiddet davranışı riskini arttırdığını bulmuşlardır (9,10).

Sonuçlar, şizofreni hastalarının bu tip davranış gösterme riskinin, normal popülasyondaki kişilere göre 7 kat daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu risk, alkol problemi olduğunda 17 kat daha yüksek olmaktadır. Aynı çalışmada, kişilik bozukluklarının da devreye girmesinin riski arttıran başka bir faktör olduğu saptanmıştır (9). Benzer bir sonuç, Lindqvist ve Allebeck tarafından da elde edilmiştir. Onların çalışmasında, erkek

şizofreni hastalarında şiddet davranışı riski 1.2 kat artarken, kadınlarda 2.2 kat artış görülmüştür (8).

İsveç'te yapılan bir çalışmada, diğer araştırmalarda bulunan rakamlara yakın sonuçlar elde edilmiştir (47). Benzer başka bir çalışmada Danimarka'da yapılan, 25 yıllık bir devam çalışması da içeren bir araştırmadır. Burada da şiddet davranışının ortaya çıkmasında, şizofreni hastası olmanın ciddi bir risk taşıdığı ortaya konmuştur (14). Wessely ve arkadaşları da, çalışmalarında, şizofreni olmanın suç kayıtlarına geçme ihtimalini arttırdığı sonucuna varmışlardır (77). Literatürde rastlanılan bazı çalışmalarda da şizofreni rahatsızlığı olan kişilerin, diğer hastalar veya hasta olmayan popülasyondan daha sık olarak, şiddet düzeyi daha yüksek suç davranışlarında buldukları saptanmıştır (1,8,21,49,55). Literatürdeki bu sonuçları onaylayan nitelikte birkaç çalışma da Türkiye'de yapılmış, sonucunda suç işlemiş şizofreni hastalarının daha sık olarak adam öldürme ve/veya yaralama gibi yüksek şiddet içeren suç eylemlerinde buldukları saptanmıştır (82,83).

Burada bahsedilen ve bahsedilmeyen bir çok çalışma benzer sonuçları ortaya koymaktadır. Şizofreni hastalığı, şiddet davranışının ortaya çıkmasında risk artırıcı bir faktördür. Kadın ve şizofren olmak bu olasılığı daha da arttırmakta, komorbid bir kişilik bozukluğu veya alkol/madde bağımlılığı ile risk daha da yükselmektedir.

Araştırmacılar şizofreni ve şiddet davranışı arasındaki ilişkiyi bulmaya çalışırken ortaya çeşitli savlar atmışlardır. Kimisi bu ilişkiyi hastalığın psikopatolojisine bağlarken (1,20,84,85), kimisi de bu ilişkinin kaynağının rahatsızlığı taşıyan kişilerin yaşadığı sosyal bozulma olduğunu iddia etmektedir (72).

Şizofreni ve şiddet davranışı ilişkisi bağlamında, bu ilişkinin kaynağının hastalığın özelliklerinde olduğunu ortaya atanlara göre, dezorganize düşünceler, varsanılar ve hezeyanların varlığı, şiddet davranışı riskini arttıran faktörlerdir (1,20,84,85). Kimi araştırmacılar, bazı şizofrenlerin emir veren varsanıları doğrultusunda şiddet uygulayabildiğini, fakat çoğunluğunun bu varsanılara göre hareket etmediklerini iddia etseler de (86), çoğu araştırmacıya göre, akut psikotik hastalardaki düşünce dezorganizasyonu, varsanılar ve değişik/garip düşünce içeriklerinin bu kişilerdeki şiddet davranışı ile güçlü bir ilişkisi bulunmaktadır (20,50,85). Şiddet eğilimi gösteren şizofreni hastalarında birçok alanda bozulmanın daha fazla oranda olduğu iddia edilmektedir. Özellikle pozitif semptomların fazla olduğu durumlarda, bu bozulmanın arttığı düşünülmektedir (20,87). Bu bağlamda akla gelen bir soru, “şizofreni hastalarının ne kadarı varsanıları ve/veya hezeyanları doğrultusunda hareket ediyorlar?” olmaktadır.

Hafner ve Boker çalışmalarında, hezeyanların sistematikliği ile onlar doğrultusunda hareket etmek arasında anlamlı bir korelasyon bulmuşlardır (50). Buchenan ve arkadaşları, bu konu üzerine yaptıkları araştırmada, bazı hastaların, hezeyani inançlarının gerçekliğini test etmek amacıyla, onlar doğrultusunda şiddet davranışı sergileyebildiklerini tespit etmişlerdir. Bu kişilerin, düşüncelerinin doğru olmadığına dair kanıt bulmaları durumunda, bu ihtimalin arttığı sonucuna varmışlardır (88).

Diğer bir taraftan, şizofreni ve şiddet davranışı ilişkisini, hastalıktan bağımsız olarak açıklamaya çalışan araştırmalara da rastlanmaktadır. Calcedo-Barba ve Calcedo-Ordenez'in çalışması ortaya çıkan şiddet davranışlarının kişilerin psikopatolojilerinden değil de, hastaların yaşadıkları sosyal alanda bozulmadan kaynaklandığını göstermektedir

(72). Şizofreni hastalığı olan ve özellikle şiddet eğilimi gösteren kişilerde özbakım ve sosyal ilişki becerileri daha düşük olmaktadır (20). Bu kişilerin psikopatolojisinin diğer şizofreni hastalarından daha şiddetli olması şart değildir. Burada devreye giren diğer faktörler kişinin çevresinden gördüğü toleransın niteliğidir (72). Bu toleransın ve sosyal becerinin düşük olduğu durumlarda, kişi toplum içinde var olabilmek için, kendini ifade edebilmek ve bazen de kabul görebilmek için daha sıklıkla şiddete başvurabilmektedir. Tüm bunlara ek olarak, saldırgan hastanın mağdur ettiği kişi ile ilişkisi de bu bağlamda önemlidir. Bazı durumlarda, mağdur ile arasındaki durumsal faktörler de şizofrenisi olan kişiyi şiddete yöneltebilmekte ve bu durumun kişinin psikopatolojisinin boyutu ile bir ilgisi olmayabilmektedir (89,90).

Şizofreni hastaları kendi içlerinde karşılaştırıldığında, özellikle paranoid tip şizofreni hastalarında şiddet davranışının daha sık olduğu gözlenmektedir (10,20). Kimi araştırmacılar, şizofreninin alt gruplarını karşılaştırırken, kimileri de bu ilişkiyi, paranoid ve paranoid olmayan diye 2 grup halinde incelemişlerdir (20). Paranoid şizofrenisi olan kişilerin hastaneye yatmadan hemen önce ve hastaneye yeni yattıkları dönemde daha sık şiddet gösterdikleri, ilaç tedavisine daha iyi ve çabuk yanıt verdikleri, saldırgan davranış sergilerken daha odaklı ve planlı oldukları, bu davranışların, kişinin hezeyanlarına paralel olarak, belli bir kişiye yönlendiği ve bu mağdurun çoğunlukla hastanın yakın çevresinden olduğu saptanmıştır. Diğer gruba bakıldığında ise, paranoid olmayan grubun hastanede, tedavileri sürecinde daha dezorganize ve agresif davranışlarda buldukları, uzun sürede ilaca yanıt verdikleri, prognozlarının diğer gruba oranla daha kötü olduğu, saldırgan davranışlarının odaksız ve plansız olduğu ve belli bir kişiye yönelmediği ortaya konmuştur (20).

İki grubun saldırganlık motivasyonlarına bakıldığında, paranoid olanlarda intikam, olmayanlarda ise kazanç elde etme isteği olduğu saptanmıştır (20). Bu arada bazı durumlarda, varsanı ve hezeyanlarının etkisiyle, dışarıdan gelen uyarıları kendisine tehdit olarak algılayabilen bir kişinin, koruma ve/veya korunma amaçlı olarak da saldırgan davranışta bulunabileceği de unutulmamalıdır (68).

Tüm bu çalışmalar bir araya getirildiğinde, genel anlamda şizofreni hastalarında görülen şiddet ile ilişkilendirilen bazı ortak özellikler göze çarpmaktadır. Bunlar hastanın yaşının daha genç olması, erkek olması, alkol/madde kötüye kullanımının olması, hezeyanları olması, kötü bir çocukluk dönemi geçirmiş olması, yüksek stres altında olması, komorbid bir kişilik bozukluğunun bulunması, şizofrenisinin paranoid tip olması, hastalığının erken yaşlarda başlamış olması, geçmişinde kendisine ve/veya başkalarına karşı şiddet davranışı kayıtları olması ve ailesinde alkol/madde kötüye kullanımı olan birilerinin bulunması gibi faktörlerdir (91). Ayrıca, şiddetin en önemli yordayanının geçmişinde şiddet davranışı olması ve onu takiben geçmişindeki suç sayısı olduğu da ortaya atılan iddialar arasındadır (92).

1.4.2. KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

Saldırgan davranış ile ilişkilendirilen ikinci rahatsızlık “Kişilik Bozuklukları”dır.

Kişilik bozuklukları yapılan çoğu araştırmada şiddet davranışı ile ilintili bulunmaktadır. Burada, saldırgan davranış ile daha sık ilişkilendirilen 2 alt başlık olan Antisosyal Kişilik Bozukluğu ve Sınırdaki Kişilik Bozukluğu’ndan bahsedilecektir.

1.4.2.1. Sınırdaki Kişilik Bozukluğu

“Uyumsuz, yoğun öfke ya da öfkesini kontrol altında tutamama; örneğin sık sık hiddetlenme, geçmek bilmeyen öfke, sık sık kavgalara karışmak” (93) bu rahatsızlığın DSM kriterlerinden biridir. Bu tip kişilik örüntüsüne sahip kişiler, özellikle bu gibi kontrolsüz yaşanan öfke durumlarında saldırgan davranış gösterebilmektedirler. Sınırdaki kişilik bozukluğu olan kişilerde öne çıkan en belirgin sorun yaşadıkları içsel çatışmalardır. Bu çatışmalar; beraberinde yoğun bir duygulanım ve tutarsız davranışları getirmektedir. Yoğun terk edilme kaygısı içindedirler. Bunun sebebi çoğunlukla çocukluklarında nesne sürekliliği yaşayamamış olmalarıdır. Buna bağlı olarak, yetişkinlik döneminde terk edilme/bırakılma sorunuyla beraber ilişkilerde bağımlılık problemi yaşayabilmektedirler. Yalnızlığa tahammülleri yoktur. Bu korkuları gerçekleşmesin diye çığınca bir çaba harcama içindedirler. Köroğlu ve Bayraktar, bu duyguların nasıl öfke patlamalarına dönüştüğünü şu şekilde anlatmışlardır (94):

“Terk edilmeye gelememe, buna dayanamama ve katlanamama, güvenli ve karşılığını gördükleri bir bağımlılık ilişkisini sürdürememeleri sonucunda yaşadıkları boşluk ve yalnızlık duyguları, kaygı, çatışma ve öfkelerinin artmasına yol açar. Yaşanan bu gerginlikler dönemsel olarak ve çoğu zaman başkalarına yönelik dürtüsel patlamalarla boşalır.” (94)

Bu kişilerin kafasında herşey çok iyi veya çok kötü olarak sınıflanmaktadır. Bir kişi/nesne onlar için ya çok iyidir, ya çok kötüdür. Duygusal çalkantıları o denli güçlüdür ki, onlar için çok iyi olan, çok sevdikleri bir kişi, aniden nefret ettikleri birine dönüşebilmektedir. Kısa süre sonra aynı kişiyi yine çok sevebilmektedirler. Tüm bu iki uçta gidip gelmeleri sonucunda, birden ortaya çıkan duygusal patlamalar görülebilmekte, buna bağlı olarak şiddet davranışı ortaya çıkabilmektedir.

İlişkilerinde yaşadıkları bağımlılık ihtiyacı, çoğunlukla bu kişilerin kendilik algılarının tutarlı olmaması ile ilgili olmaktadır. Yaşadıkları tüm çalkantılar içinde kendilerini tanımlayamamaları, onların ayaklarını yere basıp, kendilerine güvenli bir şekilde yaşamalarına engel olmaktadır. Bu sebeple, bazı durumlarda, bu kişiler kendilerini dışarıdaki bir nesne üzerinden tanımlayabilmekte ve bu nesneye bağımlılık geliştirebilmektedirler. Yoğun yalnızlık korkusu ve buna engel olma çabası, zaman zaman bu kişileri komik durumlara sokabilmekte, daha sonrasında utanç ve suçluluk duygularının ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Zaten kendilik algılarında sorunlar yaşayan bu kişilerde, bu durum güvensizlik ve öfke duygularını daha da arttırabilmektedir (94). Özellikle stres ve baskı altında hissettikleri durumlarda, bu kişiler tepkisel davranabilmektedirler. Bu tepkisellik, duygusal anlamda öfke patlamaları olarak görülebileceği gibi, madde kötüye kullanımı ve riskli davranışlarda bulunmak (hızlı araba kullanmak, pervasızca cinsel ilişkiye girmek, kumar oynamak vb) gibi dürtüsel davranışlar olarak da ortaya çıkabilir. Bu kişilerin çalkantıları ve anksiyeteleri bazı durumlarda öyle yüksek noktalara tırmanabilmektedir ki, stres faktörünü oluşturduğunu

düşündüğü nesneye karşı yöneltilen aşırı öfke sonucunda, bu kişiler adam öldürmeye kadar gidebilecek şiddette davranışlar sergileyebilmektedir (68).

Bu bağlamda bahsedilmesi önemli bir başka konu da, sınırdaki kişilik bozukluğunun çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismar ile olan ilişkisidir. Yapılan çalışmalar sonucunda, bu ilişkinin varlığı net bir şekilde ortaya konmuştur (95-99). Geçmişte yaşadıkları şiddetli istismar, zaten bu kişilerin ileride şiddet davranışları sergilemesi ile ilgili bir risk faktörüdür. Ayrıca, böyle bir istismara maruz kalmak da, kişide, kendisini şiddetli biçimde hiddetlenmelerle, madde kullanımı ve pervasızca cinsel ilişkiler ile gösteren, daha önce bahsedilen, dürtüsel davranışlara sebep olabilir. Bu durumda da, bu kişilerde şiddet davranışının ortaya rahatça çıkabileceği bir zemin oluşturmaktadır.

1.4.2.2. Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Literatürde, bu kişilik bozukluğunun agresif eğilimleri oldukça net bir biçimde ortaya konmuştur (95,100). “Yineleyen kavga dövüşler yada saldırılarla belirli olmak üzere sinirlilik ve saldırganlık” (93). DSM 4TR’de bu rahatsızlığı tanımlarken, şiddet davranışı ile ilişkisini göz önüne seren bir kriterdir. Dürtüsellik ve yasalara karşı gelme gibi özellikleri de, antisosyal kişilik bozukluğunu, şiddet davranışı ile en yakından ilişkili olan rahatsızlıklardan biri yapmaktadır.

Araştırma sonuçları, antisosyal kişilik bozukluğunun gelişim sürecinde, kişide erken yaşlarda başlayan şiddet davranışına işaret etmektedir (68,93,94). Özellikle çocukluk ve ergenlikte davranım bozukluğu olarak sinyallerini vermeye başlayan bu bozukluğun tanısı, kişi 18 yaşına gelmeden konulmamaktadır (93). Kişi, daha küçük

yaşlarda şiddeti ilişki kurma ve problem çözme biçimi olarak benimsemekte, bu durum da ileri yaşlarda uygulanan şiddeti açıklamaktadır. Geçmişte şiddet uygulamış olan kişinin, ileri yaşlarda bunu tekrar etme riskinin yüksek olduğu araştırmalarla da ortaya konmuştur (101). Bununla beraber, bu kişilik bozukluğunun sebebi ile ilgili olarak genetik etkenlerin de önemli rol oynadığı iddia edilmektedir (94)

Antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerde özellikle süpereo gelişimi ile ilgili sorun dikkati çekmektedir. Bu kişiler tamamen kendi hazları doğrultusunda hareket ettiklerinden, sosyal norm ve kuralları rahatlıkla hiçe sayabilmektedirler. Başkalarının duygu ve düşüncelerine, ihtiyaçlarına karşı duyarsızdırlar, kolaylıkla yalan söyleyebilirler, empati kurmazlar, kibirlidirlere ve vicdani rahatsızlık duymaktan uzaktırlar (93-95,102). Bu sebeple nesne ilişkilerinde ciddi sorunlar yaşayabilmektedirler. Bunun yanında abartılmış bir kendilik algısına sahiptirler, devamlı uyaran ihtiyacı içindedirler ve sıkıntıya gelemmezler (95). Bu kişiler başkalarının zayıflıklarını görüp, onları kullanma eğilimindedirler. Kaba ve kavgacı bir tutum sergilemektedirler. Kendilerini her zaman haklı görmekte, saldırgan davranışlarını rasyonalize etmektedirler. Kendilerini hatasız gördükleri için çoğunlukla sorunu dışsallaştırma yoluna giderler. Engellenmeye tahammülleri olmadığı gibi, çabuk öfkelenip saldırganlaşabilmektedirler. Sabit fikirlidirlere, her zaman haklı olduklarını düşünürler. Hareketlerinin sonuçlarını hesaplamaksızın, dürtüsel davranışlar sergileyebilmektedirler. Anlık hazlar uğruna kendilerinin veya başkalarının güvenliğini tehlikeye sokabilecek hareketlerde bulunabilmektedirler (94).

Antisosyal Kişilik Bozukluğu olan kişiler için güç önemlidir. Diğer insanlar üzerinde güç ve kontrol kurmaya çalışırlar. İnsanları küçük düşürme eğilimindedirler ve

bundan haz alırlar. Onları korkutarak, sindirerek istediği şeyleri yaptırmayı başarı saymaktadırlar. Başkalarının başarısızlığı, mutsuzluğu ve acısı onlara haz verebilmektedir (94). Bununla beraber, bir antisosyal kişinin başkalarına zarar vermesi veya hareketinin suç davranışı tanımına girme sebebi her zaman diğerlerinin zayıflıklarından keyif alması ve sadist duygular içinde olması değildir, bazen sebep “sadece haz prensibine hizmet eden birçok şeyin yasa dışı olmasıdır” (68).

Bencilik, haz prensibi ile davranmak, başkalarının haklarını hiçe saymak başta olmak üzere, yukarıda sayılan diğer tüm özellikler, antisosyal kişilerin şiddet davranışı göstermelerini anlaşılır kılmaktadır. Bu tip kişilik bozukluğu olan kişilerde hırsızlık, dolandırıcılık, yasadışı madde kullanımı gibi suç oluşturan davranışlara rastlanırken (94), özellikle adam öldürme eylemleri gibi ağır şiddet davranışları da sıklıkla görülmektedir (68). Bununla birlikte unutulmamalıdır ki, her antisosyal kişi suç işlemez, şiddet eylemleri göstermeyebilir (68). Bahsedilen kişilik özelliklerine sahip olan bir çok insan gerek seçtikleri mesleklerle, gerek yaşam tarzlarıyla bu özelliklerini bir şekilde süblime edebilmektedir.

Araştırmalar, bu kişilik bozukluğu olanların, çoğunlukla tanımadıkları erkekleri mağdur ettikleri, soğukkanlı oldukları ve duygusallık göstermedikleri yönünde veriler ortaya koymaktadır (103). Antisozyalite özellikle, alkol ve/veya madde kullanımı ile birleştiği zaman, ki bu çok sık olmaktadır, saldırganlık riski ve uygulanan şiddet yoğunluğunun anlamlı derecede arttığı da bulgular arasındadır (45,104).

1.4.3. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Duygudurum bozuklukları ve şiddet davranışı arasındaki ilişki diğer hastalıklar ve şiddet arasındakilere oranla çok fazla incelenmemiştir (105). Kimi çalışmalar arada ciddi bir ilişkinin varlığını saptarken (71,106-109), diğerleri bu ilişkinin çok da anlamlı olmadığı sonucuna varmışlardır (110). Sonuçta, tüm çalışmaları derleyen bazı araştırmacılar, duygudurum bozuklukları ve şiddet davranışları arasında anlamlı ama çok da büyük olmayan bir ilişki olduğu kanaatine varmışlardır (20,111).

Şiddet davranışları gösteren, duygudurum bozukluğu olan kişilerin özelliklerine bakıldığında; bu kişilerin diğer psikolojik rahatsızlığı olan kişilerden daha genç, çoğunlukla bekar ve daha düşük sosyal sınıftan oldukları görülmüştür (71) Bununla beraber, ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda, şiddet davranışı sergileyen duygudurum bozukluğu olan kadınların daha sıklıkla adam öldürmeye eğilimli olabildikleri, erkeklerin ise adam öldürmenin yanı sıra hırsızlık eylemlerinde de bulunabildikleri saptanmıştır (16). Bu kişilerin eylemlerinde daha çok kesici aletler kullandıkları görülmüştür (112). Genel olarak bakıldığında ise suç tekrarının bu grupta düşük olduğu da tespit edilmiştir (16).

Şiddet davranışı bağlamında duygudurum bozukluklarından bahsederken, iki afektif durum üzerinde odaklanılması daha anlamlıdır. Bunlar Depresyon ve Bipolar Bozukluk - Manik Epizod'dur.

1.4.3.1. Depresyon

Şiddet davranışı ile ilgili çalışmalarda, şiddetin depresyon ile ilişkisi diğer rahatsızlıklar üzerinde yapılanlara göre daha gözden uzak kalmıştır. Bu araştırmaların çoğu, adam öldürme eyleminde bulunan psikotik özellikli depresyon hastaları ile yapılmıştır. Bu durum yapılan çalışmaların alanını daraltmaktadır, çünkü cinayetle sonuçlanmayan şiddet davranışlarında bulunan grup dışarıda bırakılmaktadır ki bu sayı dikkate değer olabilmektedir (105). Diğer taraftan, bazı araştırmacılar, suça karışmış, akıl sağlığı yerinde olmayan kişilerin kayıtlarını incelemiş ve şiddete eğilimli olanların yaklaşık %7'sinin duygudurum bozukluğu tanısı almış olduklarını tespit etmiştir (50,71).

Bu tür davranışları sergileyen depresyon hastalarında, hezeyan ve varsanılar dikkati çekmektedir. Psikotik düşünce oluşumu, bu grubun öne çıkan önemli özelliklerinden biridir. Diğer taraftan, hezeyanlara eşlik edebilen varsanıların ortaya çıkması, olayı daha komplike hale getirebilmektedir.

Şiddet eylemi öncesine bakıldığında kişinin psikotik özellikli depresyonunda ağırlıklı olarak suçluluk, hüznün ve değersizlik gibi duygular görülmektedir. Bu tip duyguların çoğu diğer depresyon hastalarında da olabileceği için, kişinin şiddete eğilimli olup olamayacağı ile ilgili öngöründe bulunmak zordur. Burada önemli olan, kişideki suçluluk, üzüntü ve hüznün halinin hezeyanı bir düşünce ile birleşip farklı bir yoğunlukla karşımıza çıkıp çıkmadığını fark edebilmektir ki bu da çok zordur, çünkü yapılan araştırmalar göstermiştir ki, depresif kişiler genellikle psikotik düşüncelerini dile getirmekten kaçınmaktadır (105).

Ağır depresyonda olan kişilerde, adam öldürmenin yanı sıra intihar da sık görülür. Bu, genellikle işlenen cinayetlerin arkasından gelen bir intihardır (68,113). İntihar da

kişinin kendisine yönelik gerçekleştirdiği bir çeşit şiddet davranışıdır. Bazı durumlarda, kendisini yok etmek isteyen bazı kişiler, bunu gerçekleştirmek için provokatif davranışlarda bulunabilirler (105). Rehine almak, silahla çevreye aleni şekilde ateş etmek gibi davranışların altında aslında kendisinin yapamadığını başkasına yaptırmak gibi bir güdü olabilmektedir.

Hezeyani düşüncelerin oluşması, psikotik depresyonda kişinin kendine olan güveninin düşük olduğunu gösterebilmektedir. Başka rahatsızlıklarda da rastlanabilen düşük kendine güvenin bu bağlamdaki farkı, altında yatan umutsuzluk hissinin derecesidir. Kişi, bu durumdan asla çıkamayacağını düşünüyorsa, şiddet davranışının ortaya çıkma riskinin artacağı öngörülebilir (105).

Kendine güvensizlik, umutsuzluk, içselleştirilmiş “ben kötüyüm” imajı ve paranoid düşünceler bir araya geldiğinde kişinin görebildiği/bulabildiği tek çıkış kendisini cezalandırma veya yaşadığı bu yoğun duyguları karşısındakine yansıtıp onu cezalandırmadır. Adaleti sağlamak için ölmek veya öldürmek gibi bir çözüm üretilir. Kişi, “ben kötüyüm” imajını karşısındakine yansıtıp, mağdur ettiği kişilere kötü özellikler atfedebilmektedir. Çoğu zaman içinde bulunduğu çıkmazdan sorumlu tuttuğu bu kişilere karşı şiddet uygulamasına sebep olabilmektedir. Bu kişiler çoğunlukla depresif kişinin yakınları ve uzak akrabaları olmakta (50,112), fakat bazı durumlarda da, aynı iş yerinde çalışan kişiler veya bu kişinin içinde yaşadığı öfkeden habersiz olan çevresindeki herhangi bir kişi de mağdur olabilmektedir (105). Burada önemli olan bir nokta; kişinin gerçekleştirdiği bu şiddet hareketinin, ona göre yaşadığı sıkıntının tek çözümü olmasıdır. Bu sebeptendir ki şiddet davranışı, bazı durumlarda bir rahatlama ile sonuçlanabilmekte ve kişinin uzun zamandır içinde yaşadığı gerginliğe son verebilmektedir (105).

Ağır depresif bozukluğu olan kişilerde, çok uç durumlarda duygusal yükünü taşıyamadığı suçluluk ve değersizlik hisleri sebebi ile gerçeklerden uzaklaşabilmek adına, bir savunma mekanizması olarak, dissosyatif yaşantılar ortaya çıkabilmektedir. Özellikle, derealizasyon ve depersonalizasyon deneyimleri bu gibi durumlarda gözlenebilmektedir (105).

Depresyon ve şiddet davranışı ilişkisini inceleyen bazı araştırmacılar da hastanedeki depresif hastaların şiddet göstermediklerine dikkati çekerek, bu tip davranışların daha çok sosyal ve ilişkisel faktörlerin etkisi ile ortaya çıktığını savunmaktadır(113). Bu görüş, konu ile ilgili olarak daha fazla araştırma yapılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

1.4.3.2. Bipolar Bozukluk – Manik epizod:

Mani, kendisini grandiyöz bir benlik saygısı oluşumu, uyku ihtiyacında azalma, normal zamandan daha konuşkan olma, düşüncelerde ve çağrışımlarda hızlanma, dikkatte dağınıklık, aktivitelerde artış, dikkatsiz davranışlarda bulunma (çok para harcama, pervasız cinsel ilişkilere girme... gibi) belirtilerle ortaya çıkan irritabl bir duygu durumu içinde olunması ile gösterir (93).

Bu duygu durumu halinde olan kişilerde şiddet davranışı, şizofreni veya diğer psikiyatrik rahatsızlıklarda olduğu kadar sık karşılaşılmamakla beraber, çok da nadir değildir. Bazı araştırmacılar duygu durumu bozuklukları ve şiddet eylemleri arasında çok önemli bir ilişki olmadığını savunsalar da (110) bazı bilim adamları da konu ile ilgili olarak ciddi rakamlar ortaya koymaktadır. Örneğin Kaplan ve Sadock yaptıkları bir

araştırmada manik epizottaki hastaların %75'inin saldırgan davranış sergilediğini iddia etmektedirler (114).

Bu kişilerde rahatsızlığın ajitasyon özelliğinden kaynaklı bazı şiddet davranışları gözlemlenebilmektedir fakat diğer hastalıklarda görülenler kadar ağır şiddet eylemleri onlardaki sıklıkta görülmemektedir (20,115). Manide daha çok tehdit etmek şeklinde sözlü saldırılar görülmekte, bu tehditler çoğunlukla sonuca ulaştırılmamaktadır (20). Özellikle grandiyöz ruh hali sırasında bazı kişilerde çeşitli hafif suç davranışları görülebilmektedir. Örneğin, hırsızlık, soygun, sahtekarlık gibi davranışlara manik kişilerde daha sık rastlanılabildiği iddia edilmektedir (116). Ayrıca, yapılan bazı araştırmalar, manik dönemde kundaklama eylemlerinin de sıklıkla görüldüğünü göstermektedir, fakat diğer taraftan yapılan bir çalışma, bu davranışların sıklığının çok da önemli boyutlarda olmadığını ortaya koymaktadır (115). Bu süreçte, hastanın inhibisyonlarının kalkmış olması da bu tip davranışların gerçekleşmesini kolaylaştırmaktadır (115). Mani sırasında adam öldürme gibi uç noktada şiddet eylemlerinin çok nadir olma sebebi, araştırmacılar tarafından, bu kişilerde, rahatsız bile olsalar, sosyal normlara, kurallara karşı farkındalıklarının daha fazla olması ve dürtü kontrollerinin diğerlerine göre daha fazla olması olarak yorumlanıyor olsa da (20), megalomanik hezeyanları olan bir manik hastanın, benzer hezeyanları olan bir şizofreni hastası kadar, hatta zaman zaman daha fazla tehditkar olabileceğini de unutmamak gerekir (68). Rahatsızlık psikotik özellikler taşıdığında, şizofrenide veya diğer psikotik bozukluklarda olduğu şekilde kişinin farkındalık düzeyini yok etmeyebileceği gibi, bu kişinin, kısa süreli de olsa, içgörüsünü ve dürtü kontrol yeteneğini kaybetmesine sebep olabilmektedir.

1.4.4. İNTERMİTTANT EKSPLOSİF BOZUKLUK

Şiddet davranışı ile ilgili literatüre bakıldığında ortaya konan bir başka rahatsızlık İntermittant Eksplosif Bozukluktur. Bu sorun, özellikle 1987 yılında DSM III-R’de ilk olarak tanımlanmıştır (117). Daha öncesinde epizodik kontrolsüzlük olarak isimlendirilmiş ve üzerinde çalışmalar yapılmıştır (118-121).

İntermittant Eksplosif Bozukluk, bir dürtü kontrol sorunudur. Bu sorunu olan kişi, dönemsel olarak agresif dürtülerini kontrol edememekte ve bir dizi saldırgan davranışa sebep olmaktadır. Durumu tetikleyen uyarının boyutu ile verilen tepki arasında büyük bir orantısızlık göze çarpmaktadır (68,92). Felthous ve arkadaşları, yaptıkları çalışma sonucunda, bu sorunu yaşayan kişilerin çoğunlukla iş sahibi, ortalama IQ seviyesinde olan kişiler olduğunu ortaya koymuşlardır (121). Sorunu yaşayan kişi, epizodlar arasında hayatına normal bir şekilde devam etmektedir (68). Epizod sırasında yaşanan kontrolsüzlük derecesi vakaya göre değişim gösterebilmektedir. Felthous ve arkadaşlarının çalışmasına katılanlar arasında çoğunluğun kontrolünü tamamen kaybettiğini belirttiği görülmektedir (122). Şiddet davranışı sonrasında, bu kişiler, yaptıkları ile ilgili pişmanlık ve suçluluk duyguları hissetmektedir (68) ve çoğunluğu mağdura yardım etmeye ve onu rahatlatmaya çalışmaktadır (122).

Aniden ortaya çıkan ve kontrol edilemeyen öfke patlaması epizodu sırasında mağdur olan kişiler, çoğunlukla sorunu yaşayanların partnerleri olmaktadır (122).

Günümüzde İntermittant Eksplosif Bozukluk ile ilgili çok fazla çalışmaya rastlanmamaktadır. Bunun sebeplerinden biri bu duruma fazla sık rastlanmamasıdır (93). Bu yüzden sebepleri, süreci ve sonuçları hakkında yeterli bilgi bulunmamaktadır. Yine

de, aniden oluşan yaralama ve öldürme olaylarında diğer seçeneklerle beraber bu tanının da akla getirilmesi önemlidir (68).

1.4.5. ZEKA GERİLİĞİ

Zeka geriliği olan kişilerde şiddet davranışı riskinin, böyle bir rahatsızlığı olmayan kişilerden fazla olduğu çeşitli çalışmalar sonucunda ortaya konmuştur (47). Düşük IQ seviyesinin, özellikle küçük yaşlarda şiddet eylemlerine karışmaya başlama olasılığını arttırdığı da yapılan araştırmalarda görülmüştür (123,124). Zeka düzeyinin yüksek olması, diğer açılardan şiddet davranışı gösterme riski yüksek olan bireyleri bu tip eylemlerden koruyan bir faktör niteliğindedir. Danimarka’da bu konuda yapılmış bir çalışmada, Hogh ve Wolf da benzer sonuçlar ortaya koymaktadır (125).

Araştırmacılar, zeka düzeyi düşük kişilerin, yüksek olanlara göre daha fazla suç işlediklerini, hatta bu oranın şiddet içeren suçlarda daha da yüksek olduğunu bulmuşlardır. Daha sonraki yıllarda, Hodgins, kendi araştırmasında aynı sonuca ulaşmıştır (47). Crocker ve Hodgins, 1997 yılında yaptıkları çalışmada, eski araştırma sonuçları ile paralel bulgulara ulaşırken, zeka geriliği olmayan ve şiddet davranışlarında bulunan kişilerdeki cinsiyetler arasındaki farkın, bu grup için de geçerli olduğu sonucuna ulaşmışlardır: zeka geriliği olan erkekler, kadınlara göre daha fazla şiddet riski taşımaktadır (126).

Zeka geriliği olan ve şiddet davranışı sergileyen kişiler incelendiğinde, bu kişilerin çoğunlukla erkek (127) ve bekar oldukları görülmüştür (68,127). Bu tip kişilerin daha küçük yaşlardan itibaren şiddet eylemleri gösterme ve suça karışma gibi davranışlar sergiledikleri tespit edilmiştir ve bu bağlamda en büyük risk faktörünün çocukluk döneminde ortaya çıkan davranım bozuklukları olduğu saptanmıştır (128). Crocker ve

Hodgins'de çalışmalarında, bu sonuça uygun bulgular tespit etmişlerdir (126). Araştırmacılar, çalışmalarındaki zeka geriliği olan kişileri incelediklerinde, çocukluklarında davranım bozukluğu olanların, olmayanlara göre daha yüksek şiddet riski taşıdıklarını ve daha küçük yaşlarda antisosyal ve agresif davranışlar geliştirmelerini önleyecek, daha yapıcı sosyal ilişkiler kurabilmelerine yardımcı olabilecek müdahalelerde bulunulması gerekliliğini ortaya koymuşlardır (126). Bununla beraber, şiddet eğilimi yüksek olma riski taşıyan diğer kişilere yapılacak müdahalelerden daha zor olacağı da düşünülmelidir çünkü zeka geriliği olan kişilerin diğerlerine göre öğrenme, sonuç çıkarma ve olaylar arasında ilişki kurma ile ilgili dezavantajları vardır. Bu dezavantajları başka bir bağlamda daha da göz önüne serilmektedir, cinsel suçlar. Bazı araştırmalar, zeka geriliği olan ve şiddet eylemlerinde bulunan kişilerin diğer akıl hastalığı olan/olmayan ve şiddet gösteren kişilere göre daha fazla oranda cinsel suçta karıştıklarını göstermektedir (126,129). Bu kişiler, sosyal normları öğrenmekte zorluk yaşadıkları için cinsel dürtülerini saklamak veya engellemek ihtiyacı duymaksızın ortaya koyabildiklerinden, aslında hiç farkında olmadıkları bir suç eylemini gerçekleştirebilmektedirler.

Zeka geriliği olan kişilerin bu bağlamda sahip oldukları bir başka dezavantaj da telkine yatkın olmalarıdır. Bu sebeple, böyle bir rahatsızlığı olan kişilerin suçta azmettirilmeleri de kolay olabilmektedir (68,113). Bu kişilerin iyi planlanmış cinayetlerde kullanılmalarına pek rastlanmamaktadır, çünkü azmettiren kişilerin kimliklerini gizlemekte zorlanabilmektedirler (68) ve bununla beraber, zeka düzeyleri düşük olduğundan, şiddet eylemini gerçekleştirmek konusunda da diğer bireylere göre daha az beceri gösterebilmektedirler (113).

Zeka geriliği ve şiddet davranışı arasındaki ilişkinin sebepleri üzerine yapılan çalışmalarda, kesin bir fikir birliğine varılamamış olsa da iki alternatif sonuç üretilmiştir. Bunlardan biri, bu kişilerin genetik olarak şiddet eylemleri ortaya koyduğunu savunurken (130) diğeri ise doğum öncesi yaşanan ve zeka geriliğine sebep olan durumların doğum sonrasında da bu kişilerin şiddete yönelmelerine sebep olabileceği görüşünü ortaya atmaktadır (131).

1.4.6. ORGANİK BEYİN BOZUKLUKLARI

Organik beyin bozuklukları, içinde bir çok başka bozukluğu barındıran geniş bir tanı grubudur. Bu rahatsızlıklar, beyin tümörleri, travmalar, yaralanmalar gibi sebeplerle sonradan gelişebildiği gibi, doğum öncesinde meydana gelen komplikasyonlar sonucunda da ortaya çıkabilmektedir. Fiziksel olarak saptanabilen bu beyin patolojileri sonucunda ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar da şiddet davranışı kapsamında araştırılan bir konu olmuştur. Organik beyin bozuklukları başlığı altında sıralanan her rahatsızlık şiddet davranışı ile ilişkilendirilmemektedir. Bu grupta şiddet davranışı, daha çok, hastalığın ilerleyen safhalarında karşımıza çıkar. Burada özellikle kognitif bozulmalar, davranış bozuklukları, anlık amneziler, kişilik değişiklikleri, hezeyan ve varsanıların gözlenmesi gibi birçok alanda bozulma görülebilmektedir.

Bu bağlamda özellikle adı geçen rahatsızlık kişilikte ciddi değişimlere sebep olan frontal lob sendromudur. Özellikle orbifrontal lobda sorun olduğunda ortaya antisosyal davranışlar çıktığı tespit edilmiştir (132). Bu durum, özellikle alkol kullanımı ile birlikte görüldüğünde çok daha kötü sonuçlara varabilmektedir (132).

Yaşanan fiziksel travma sonucunda agresif davranışların sergilenmesi de oldukça rastlanan bir başka durumdur. Brooks ve çalışma arkadaşları bu rahatsızlığı olan kişilerle yaptıkları araştırmada, travmadan sonraki ilk yıl içinde başlayan ve daha sonra artış gösteren şiddet davranışları tespit etmişlerdir (133).

Bu bağlamda özellikle üzerinde durulması gereken bir başka konu ise, organik beyin bozukluklarının şiddet davranışı ile ilişkisinde rol oynayabilecek diğer faktörler, örneğin sosyal bozulma, alkol ve/veya madde kullanımı vs.dir. Bu rahatsızlığı taşıyan birinin şiddet davranışı incelenirken, bu davranışın özellikle rahatsızlığından mı kaynaklandığı yoksa yaşamında bu rahatsızlığın sonucunda oluşmuş olabilecek diğer faktörlerden mi kaynaklandığı iyi ayrıştırılmalıdır. Bu bağlamda, Kreutzer, Marwitz ve Witol, yaptıkları araştırmada genç erkeklerin daha yüksek oranda beyin travması yaşadıklarını, bu yaş ve cinsiyet grubunda şiddet davranışının yüksek olduğuna dikkati çekmektedirler (134). Bununla beraber, yine bu grupta rastlanan yüksek oranda madde kullanımı da gözden kaçmamalıdır (135). Bir başka dikkat edilmesi gereken nokta, kişinin şiddet davranışının geçirdiği fiziksel travma öncesinde var olabilen kişilik yapısından kaynaklanıp kaynaklanmadığıdır (132). Kreutzer ve arkadaşları 1995 yılında yaptıkları çalışmada beyin travması yaşadıktan sonra şiddet gösteren kişilerin tutuklanma oranlarına baktıklarında, birçoğunun bu rahatsızlık öncesinde de tutuklanma geçmişi olduğunu ortaya koymuşlardır (134). Geçmişinde polis kayıtlarına geçmiş olan bu gruba, daha detaylı bakıldığında, bir çoğunda alkol kötüye kullanımı olduğu ve psikiyatrik tedavi gördükleri saptanmıştır (134).

Organik beyin bozukluğu olan kişilere genel olarak bakıldığında, şiddet davranışı göstermek konusunda tespit edilen risk faktörleri şunlardır: Ventromedial frontal

cortex'te lezyon, başına aldığı darbe öncesi şiddet davranışı öyküsü, rahatsızlık öncesi ve sonrasında alkol/madde kötüye kullanımı, aile yapısında dağılma, oriyantasyonda bozulma, kognitif alanlarda bozulma, iritabilite seviyesinin yükselmesi (132).

Organik beyin bozukluklarında yaş da önemli bir faktördür. Yaşlılarda demans şiddet davranışının ortaya çıkabildiği bir rahatsızlıktır. Bu tür rahatsızlık yaşayan kişilerde, ısrarlı bir şekilde, öfkeleri doğrultusunda, planlı programlı davranmadıkları için, çok ağır şiddet uygulamasına nadiren rastlanır. Bu sebeple her zaman adli birimlere yansımaya da, bu rahatsızlığa sahip kişilerde, özellikle yakın çevrelerine veya bakıcılarına karşı agresif ve saldırgan davranışlara rastlanabilmektedir. Bu kişilerde hezeyanların olması şiddet davranışı riskini arttıran bir durum olarak gözlenmiştir. Bu grupta karşılaşılan saldırgan davranışlar çoğunlukla odağı olmayan, dezorganize şekilde ortaya çıkmakta, nispeten nadir görülmekte ve genç olanlara göre daha kısa sürede geçmektedir (132).

Organik beyin bozukluğu olan genç insanlarda saldırgan davranış daha sık ve daha şiddetli ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda, demans hastası kişilerde şiddet gösterenlerin %18 olduğu (136) bununla beraber frontal bölgede rahatsızlığı olan gençlerde bu oranın %60'ı bulunduğu saptanmıştır (137).

Beyin ile ilgili olan ve tarihte şiddet davranışı ile ilişkilendirilen bir başka rahatsızlıktan da burada kısaca bahsedilmesi gerekmektedir: epilepsi. Yıllardır gerçekliğine inanılan bu ilişkinin aslında bu şekilde olmadığı bazı araştırmacılar tarafından ortaya konmaya çalışılmıştır. Bu araştırmacılara göre, epilepsi hastalarında şiddet davranışının asıl sebebi, rahatsızlıkları olmaktan çok bu rahatsızlık sebebiyle sosyal hayatlarında yaşadıkları sorunlar ve dezavantajlardır (138). Bu sonuca varılma

sebeplerinden biri bu kişilerin şiddet davranışlarının genellikle nöbetleri arasında ortaya çıkmasıdır. Nöbet sırasında saldırgan davranış nadiren olabilmektedir (139,140)

1.5. AKIL HASTALIĞI VE ŞİDDET DAVRANIŞI İLİŞKİSİ BAĞLAMINDA SUÇ TEKRARI ÇALIŞMALARI

1.5.1. Suç tekrarı oranları

Literatürde suç tekrarı üzerine yapılan çalışmaların geçmişi çok eskiye dayanmasa da, akıl hastalığı olan suçlularda suç tekrarı çalışmaları da oldukça yenidir (139). Bununla beraber, araştırmaların sonuçları incelendiğinde, birbirinden farklı rakamlara rastlanmaktadır (142,143).

Kanada’da yürütülen bir çalışmada, Quinsey ve arkadaşları, akıl hastalığı sebebiyle beraat etmiş veya duruşmaya çıkamamış kişileri (56 kişi), yüksek güvenli hastanelerde tedavileri sonrasında takip etmiş ve sadece 3ünün tekrar suç işlediğini saptamıştır (144). Yine Kanada’da Bloom, Rogers ve Manson, düşük suç tekrarı oranları elde etmiştir (150). İngiltere’de yapılan bir başka çalışmada, Soothill ve arkadaşları da benzer şekilde akıl hastalığı olan suçlularda düşük suç tekrarı oranı bulmuştur (%17) (146).

Özellikle Amerika Birleşik Devletleri kaynaklı bazı çalışmalarda akıl hastalığı olan kişilerde suç tekrarı yüzdelerinin Kanada’da bulunandan daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir (147,148). Morrow ve Peterson, 1966’da suç işleyen akıl hastalarında %37 gibi bir oranda suç tekrarı bulmuştur (149). Kanada’da nispeten yakın zamanda yapılan bir çalışmada, Hodgins ve arkadaşları, bu ülkede yapılan diğer çalışmalardan farklı olarak (144,150) daha yüksek suç tekrarı oranları bulmuştur (%35.8) (142). Benzer oranlar, Spodak ve arkadaşlarının çalışmasında da elde edilmiştir ve örneklem grubundaki akıl

hastalığı olan suçluların %56'sının taburcu olduktan sonra tekrar tutuklandıklarını, bunların % 47sinin de hüküm giydiklerini saptamışlardır (151). Ayrıca, 1988'de Türkiye'de yapılan bir çalışmada, Kayatekin ve arkadaşları, burada suç işleyen akıl hastalarında suç tekrarının yüksekliğini ortaya koymuşlardır (112).

Yakın zamanlara gelindiğinde, benzer çalışmaların sonuçlarının da birbirine yakın olduğu görülmektedir. MacCulloch ve arkadaşları tarafından 1993'te yapılan çalışmada, araştırma grubundaki akıl hastalığı bulunan kişilerde suç tekrarı oranını %63 olduğu bulunmuştur (152). Benzer bir şekilde, Jacoby ve Kozie-Peak 1997 'de yürüttükleri araştırmalarının devam çalışmasında akıl hastalığı olan suçlu grubundaki kişilerin %63'ünün, taburcu edildikten 18 ay sonra, tekrar tutuklandığını, %33'ünün ise tekrar hastaneye yatırıldığını ortaya koymaktadır (153). Baxter ve arkadaşlarının çalışma sonuçları da benzer rakamları işaret etmektedir. Akıl hastalığı olan grupta suç tekrarı oranı %67'dir (154).

Birçok araştırma, akıl hastalığı olan kişilerde rastlanan suç tekrarı oranını, hasta olmayan, aynı suçu işlemiş kişilerle karşılaştırmış ve sayıların yaklaşık olarak aynı olduğunu ortaya koymuştur (155-160). Özdemir, Türkiye'de yaptığı çalışmada, akıl hastalığı olan ve olmayan suçluları karşılaştırdığında, iki grup arasında suç tekrarı açısından anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (160). Bonta ve arkadaşları, 1998'deki meta analizlerinde, akıl hastalığı olan grubun genel popülasyonla karşılaştırıldığında suç tekrarı riskinin daha yüksek olduğunu, fakat bu grup hasta olmayan ve suç işleyenler ile karşılaştırıldığında, büyük bir fark olmadığını ortaya koymuşlardır (161). En yeni çalışmalardan biri olarak bahsedilebilecek, Gagliardi ve arkadaşlarının araştırma sonucunda, araştırmacılar akıl hastalığı olan suçluların, tekrar tutuklanma oranı yüksek

olsa bile (%77), bu oranın hasta olmayanlar grubundakilerin oranlarından daha farklı olmadığını, bu kişilerin toplumda inanılan düşüncenin aksine akıl sağlığı yerinde olan suçlulardan daha tehlikeli olmadıklarını tespit etmişlerdir (143).

1.5.2. Suç tekrarı ile ilgili risk faktörleri

Akıl hastalığı olan suçlularda, tedavi sonrasında tekrar şiddet davranışı sergileme ihtimalini arttırdığı düşünülen risk faktörleri saptanmaya çalışılmaktadır. Bu faktörlerin tespiti, şiddet davranışının önceden tahmin edilebilmesini ve önlenbilmesini sağlayabileceği gibi, bu kişiler için daha etkin ve yararlı tedavi ve rehabilitasyon programları geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

Literatürde bu bağlamda karşılaşılan çoğu araştırmada, akıl hastalığı olan ve olmayan suçlularda suç tekrarı risk faktörlerinin aynı olduğu sonucuna varılmaktadır (155-160). Gagliardi ve arkadaşları burada yaş faktörüne dikkati çekmektedir. Araştırmasına göre, kişinin akıl hastalığı olması değil, taburcu olduğundaki yaşı ve önceden aldığı hükümler, bireylerin suçu tekrar edip etmeyecekleri ile anlamlı derecede ilişkili olmaktadır (143). Yaş konusuna dikkati çeken başka araştırmacılara da rastlamak mümkündür. Quinsey ve arkadaşları da çalışmalarında, suç tekrarı yapanların yapmayanlara göre daha genç olduğunu ve bununla beraber geçmişlerinde suç kaydı olma durumunun daha sık görüldüğünü ortaya koymaktadır (144).

Akıl hastalarında şiddet konusunda çok önemli çalışmalara imza atan Sheilagh Hodgins, bu gruptaki suç tekrarını da incelemiştir (142). Araştırmasında, suç tekrarı ile hastanın eğitim düzeyi, suç öncesi hastaneye yatış sayısı, ilk yatış zamanındaki yaşı ve psikiyatrik geçmişi arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır. Çalışma sonucunda,

geçmişinde suç kaydı bulunması faktörünün suç tekrarı ile doğrudan ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bununla beraber, ailede fiziksel şiddet olması, ebeveynlerde alkol/madde kötüye kullanımı olması, 16 yaşından önce evden ayrı bir yere yerleştirilmesi faktörleri ile suç tekrarı arasında anlamlı ilişkiler saptamıştır. Ergenlik öncesinde suça karışan kişilerin yetişkinliklerinde daha fazla suç tekrarı gösterdikleri bulunmuştur. Tüm bunlara ek olarak, suç tekrarı fazla olanların, olmayanlara göre daha sık olarak orta okulu bitirmemiş, daha sık hüküm giymiş olduklarını ve bu kişilerin gösterdikleri şiddet davranışlarının daha çok çeşitlilik gösterdiğini ortaya koyulmuştur. Hodgins'in araştırma sonuçlarına göre, suç tekrarı fazla olan kişilerin hastane yatışları daha kısa süreli olmakta ve taburcu olduklarında yaşça daha küçük olmaktadır. Bu çalışmada da tanı konusunda suç tekrarı fazla olan ve olmayan arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır fakat kişilik bozukluğu ve zeka geriliği olanların daha sık suç tekrarında bulunmakta olduğu gözlenmiştir (142). Özellikle antisosyal kişilik bozukluğu olan erkeklerde suç tekrarının diğer tanıları alanlara göre ve hastalığı olmayan suçlu grubuna göre daha fazla olduğu birçok çalışmada da ortaya konmuştur (142,152,161,163-166).

Baxter ve arkadaşları, 1999'da yaptıkları çalışmada tespit ettikleri risk faktörlerini 2 grup için ayrı ayrı incelemişlerdir (154). Tekrar hüküm giymek için risk faktörleri: genç yaş, küçüklükte davranım bozuklukları, çoklu madde kötüye kullanımı, alkol problemi ve kısıtlama kararının (restriction order) olmamasıdır. Ayrıca, suçun tekrar edilmesi ile ilgili risk faktörlerini de şöyle sıralamışlardır: kısıtlama kararının olmaması, davranım bozuklukları, taburcu olurken nöroleptik yazılmamış olması, alkol problemi (154). Diğer bazı çalışmalarda ortaya konan geçmişte suç davranışı olması faktörü (167-169), Baxter ve arkadaşlarının çalışmasında anlamlı bir yordayan olarak

saptanmamıştır. Bunun sebebini yazarlar kullanılan örneklem grubundaki farklılıklara bağlamaktadır (154).

Hanson ve Brussier meta analizlerinde, psikiyatrik bozukluklar ve cinsel suç işleyenlerde suç tekrarı ilişkisini araştırmışlardır. Karşılaştırdıkları gruplardan biri olan cinsel içerikli olmayan yüksek şiddet davranışı gösteren kişilerde, antisosyal kişilik bozukluğunun suç tekrarı riskini arttıran bir faktör olduğu ortaya konmaktadır (164). Akıl hastalığı olan kişilerde şiddet davranışının tekrarını arttıran faktörler olarak yüksek oranda antisosyal kişilik bozukluğu ve madde kötüye kullanımını işaret eden bir başka çalışma Sreenivasan ve arkadaşları tarafından yürütülmüştür (166). Antisosyal Kişilik Bozukluğu özelliklerinin akıl hastası hükümlülerde daha fazla görüldüğünü ortaya koysa da, Sreenivasan ve arkadaşları çalışma grupları arasında tanı grubunun suç tekrarı anlamlı şekilde yordayan bir farklılık göstermediği sonucunu bulmuştur (166).

Langström ve arkadaşları da, 2004 yılında yaptıkları çalışmada psikoz tanısının suç tekrarının önemli bir yordayanı olduğunu, alkol kullanımının da bu riski arttıran bir başka faktör olduğunu saptamışlardır (165).

MacCulloch ve arkadaşları, araştırmalarında, çalışma gruplarındaki kişilerin %68'inin kişilik bozukluğu, %26'sının paranoid şizofreni tanısı aldığını belirtmektedir (152). Gruptakilerin %37 gibi yüksek bir oranında alkol kötüye kullanımı söz konusu olmaktadır. Araştırmacılar, çalışma sonuçlarını değerlendirdiklerinde, akıl hastalığı olan suçlularda, taburcu olduktan sonra 30 ay içinde şiddet davranışını tekrar etmeyen kişilerde suç tekrarı ihtimalinin olmadığını iddia etmektedirler (152).

1994 yılında Finlandiya'da yapılan araştırmada, Tiihonen ve Hakola, cinayet suçunu tekrar edenlerin çoğunluğunun akıl hastalığı olan grup olduğunu, alkolizm ve

şizofreninin yanı sıra sık rastlanan tanıların paranoid psikoz ve paranoid kişilik bozukluğu olduğunu ortaya koymuşlardır (141).

Bonta ve arkadaşlarının, meta analizlerinde geçmişlerinde suç davranışı olması özelliğinin, suç tekrarının en önemli yordayıcı olduğunu bulmuşlardır (161). Bu sonuç daha önceden başka çalışmalarla da ortaya konmuştur (168,169). Bu çalışma sonucunda yaş, erkek olmak ve bekar olmak gibi demografik özelliklerin suç tekrarı ile anlamlı bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Başarısız ilişkiler kurmak ve işlevsel olmayan ailesi olmak da suç tekrarı riskini arttıran faktörler olarak saptanmıştır. Klinik alandaki değişkenler, yani kişiye konulan hastalık tanısı, Bonta ve arkadaşlarının meta analizinde suç tekrarını yordayan anlamlı bir faktör olarak bulunmamıştır. Bu konuda ortaya konulan tek anlamlı ilişki, antisosyal kişilik bozukluğu ve geçmişte hastaneye yatış hikayesi bulunması özellikleri ile suç tekrarı arasında olmaktadır (161).

Arboleda-Florez, birçok çalışmayı incelediği araştırmasında, daha önceden hastaneye yatışı olan akıl hastası bireylerin tutuklanma ve şiddet davranışında bulunma ihtimalinin, özellikle bu kişilerin geçmişlerinde şiddet olayları ve hastalığında psikotik belirtiler var ise, daha yüksek olabileceği sonucuna varmıştır (37). Hastalığın tanısı ve özelliğinin değil de, sosyal, kültürel alanda diğer faktörlerin akıl hastalığı olanlarda suç tekrarına sebep olduğu fikrini savunan Russo ise diğer çalışmalarla da uyumlu olarak (83,142-144,154,161,171), özellikle genç yaşta olan hastaların bu anlamda daha büyük risk taşıdıklarını savunmaktadır (171).

İngiltere’de yapılan bir çalışmada, araştırmacılar üç faktör tespit etmiştir. Bunlardan ilk ikisi, diğer çalışmalarda da rastlanılan, daha önce hüküm giymiş olmak ve

psikopati veya zeka geriliği teşhisi olmak gibi faktörlerdir. Burada eklenen diğer bir faktör de eylem zamanı işsiz olmaktır (170).

Akıl hastalarında, suç tekrarı bağlamında yapılan çalışmaları incelerken göz önünde bulundurmamız gereken bazı durumlara dikkati çekmek gerekmektedir. Yapılan çalışmalar farklı ülkelerde ve farklı çalışma grupları ile yapılmaktadır. Her ülkenin kendine göre farklı uygulamaları ve tanımlamaları olduğu düşünüldüğünde çalışma sonuçlarının genellenebilirliği hakkında şüpheler oluşmaktadır. Tüm metodolojik sorunlar dikkate alındığında, yine de ortaya konulan risk faktörlerinin saptanmış olması, sorunu önlemek ve daha iyi tedavi ve rehabilitasyon programları geliştirebilmek adına çok önemlidir.

1.6. SUÇ İŞLEYEN AKIL HASTALARININ ÖZELLİKLERİ : GENEL BİLGİLER

Akıl hastalığı olan ve saldırgan davranış sergileyen kişilere daha genel anlamda bakıldığında bazı ortak özellikler dikkati çekmektedir. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki bu kişiler çoğunlukla erkek (8,12,82,160,171,172,175), yaşça diğer saldırgan davranış gösterenlerden küçük, düşük eğitim seviyeli ve mesleki olarak el becerisinin yeterli olduğu işlerde çalışan kişilerdir (83,160,171,172). Ayrıca çalışmalarda bu kişilerin genellikle ailelerinin yanında yaşadıkları ve çoğunlukla 1. dereceden yakınlarını şiddet mağduru ettikleri ortaya konmuştur (37,171). Araştırmacılar, şiddet hareketi motivasyonunun psikopatolojik sorun yaşayan kişilerde kişinin hezeyan ve varsanıları olabileceği gibi, reaktif öfke ve düşmanlık hislerinin de bu tip davranışların ortaya çıkmasında önemli rol oynayabileceğinin altını çizmektedirler (152). İlkinde kişi

çoğunlukla kendini korumaya/savunmaya yönelik şiddet içeren bir davranışta bulunurken, ikincisinde daha çok öfke ve düşmanlık sonucu ortaya çıkan saldırgan davranış sergilemektedir. Bu kişilerin hem kendi özgeçmişlerine bakıldığında (83,101,142-144,155,161,167-169), hem de ailelerinin/soylarının geçmişine bakıldığında orada da şiddet olaylarının olduğu görülmektedir (20,37). Soy geçmişlerinde intihar ve intihara teşebbüs olaylarının da ciddi oranda olması önemli bir başka bulgudur (171,173). Ayrıca, bu kişilerin, sıklıkla, geçmişlerinde taciz mağduru oldukları da (özellikle fiziksel taciz) yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (20). Genelde şiddet davranışına en sık rastlanan tanı, daha önce de bahsedildiği gibi şizofrenidir (83,141,165). Bunu kişilik bozuklukları (45,63,94,104,142,152,161-166,170) ve organik beyin bozuklukları (133,136,137,139,140) takip etmektedir. Bazı duygudurum bozuklukları da bu tanımlarla beraber şiddet riski taşıyan gruplar arasında sayılmaktadır (20,71,106-109,111). Hastalık kronik hale geldikçe, şiddetin artmakta olduğu da bazı çalışmalarda göze çarpmaktadır (37).

Konu ile ilgili olarak ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda, benzer sonuçlar görülmektedir. Bu araştırmalarda da saldırgan davranış sergileyen kişilerin yine çoğunluğunun erkek olduğu, yaş ortalamalarının yaklaşık 30 olduğu, bu kişilerin çoğunlukla düşük eğitim düzeyine ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip oldukları bulunmuştur (6,83,112,160). Araştırmalara kişilerin medeni durumları açısından bakıldığında çelişkili sonuçlara rastlamak mümkün olmaktadır. Bazı çalışmalarda bekarlar çoğunlukta (83,112,160) bazılarında evli kişilerin daha fazla sayıda olduğu gözlenmektedir (6). Akıl hastalığı olup şiddet eyleminde bulunan kişilerin genellikle işsiz oldukları saptanmıştır (6,83,160). Bununla beraber, yine diğer ülkelerde edinilen

sonuçlara benzer olarak bu kişilerin çoğunlukla 1. derece yakınlarını mağdur ettikleri bulunmuştur (6,83,112,175).

Bu bağlamda, bizim ülkemizde öne çıkan rahatsızlıklarda, erkeklerde şizofreni (83,160), kişilik bozuklukları ve paranoid bozukluk karşımıza çıkarken, kadınlarda, şizofreni/atipik psikoz, zeka geriliği ve duygudurum bozuklukları göze çarpmaktadır (16). Burada da hezeyanların baş motivasyon olduğu ortaya çıkmakta (6,174) bunu, tahrik anında misilleme takip etmektedir (174).

Araştırmalara göre, saldırgan davranış sonucunda karşımıza daha sık olarak, adam öldürme, adam yaralama gibi ağır şiddet davranışları çıkmaktadır. Bu kişilerin özgeçmişlerinde de şiddet davranışlarına rastlamak mümkün olsa da (6,112) ülkemizde genel olarak geçmişinde tek suçu olanlar ağırlıkta olmaktadır (83,160). Bununla beraber, aile geçmişlerinde de suç olarak tanımlanan davranışlar sergileyenlerin olduğu görülmüştür (16).

1.7. AMAÇ

Akıl hastalığı olan kişilerin işledikleri suçtan dolayı sorumlu tutulamayacağı hem eski hem de yeni Türk Ceza Kanunu'nda açıkça ortaya konmaktadır. Bu kişilerin hapis cezası almaları, yaptıkları eylemin anlamını anlamaları ve/veya ıslah olmaları açısından bir fayda sağlamayacaktır. Bu sebeple mahkemeler, söz konusu kişileri ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin adli servislerine yönlendirmektedir. İşlediği suçun ağırlığı göz önünde bulundurularak, bu kişiler hastanelerde muhafaza ve tedavi altına alınırlar. Bu noktadan yola çıkarak, bu çalışmada, eski Türk Ceza Kanunu'nun ilgili maddesi olan 46. maddeden yararlanmış olan kişilerin şiddet davranışını analiz etmek amaçlanmıştır ve bu kişilerin özelliklerinin, belli bir profil oluşturup oluşturmadığı araştırılmıştır. Bununla beraber, bu kişiler arasında, suç tekrarında bulunanların özellikleri daha yakından incelenerek, şiddet davranışını tekrar etmelerinde rol oynayan risk faktörleri saptanmaya çalışılmıştır.

Çalışmanın içeriğinde, “suç davranışı” ve “şiddet davranışı” dönüşümlü olarak aynı anlamda kullanılmaktadır. Çalışmaya dahil edilen, akıl sağlığı yerinde olmayan ve şiddet davranışında bulunan kişiler, başta seçilme yöntemleri sebebiyle, suça karışmış, yasa ile başı derde girmiş kişilerdir. Bu kişilerin, karıştıkları suç davranışları öncesinde veya sonrasında farklı şiddet davranışlarında bulunmuş olma durumları da olabilmekte fakat bu davranışlar kimi zaman kayıtlara geçmemiş olmaktadır. Bu tarz kayıt dışı bilgiler, aileleri veya çevrelerindeki diğer kişiler tarafından hastaneye bildirilmiş ise, dosyalarında kayıtları olmaktadır. Bu şekilde gösterilmiş olan şiddet davranışları da, çalışmaya, farklı veri kriteri olarak dahil edilmiş ve genel olarak şiddet davranışı adı altında toplanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ÖRNEKLEM

Araştırmanın veri toplama aşamasında, 1999-2004 yılları süresince, İstanbul Adli Tıp Kurumu, 4. İhtisas Kurulu'na gelen tüm kişilerin dosya bilgileri incelenmiştir. Bu kişiler arasından, akıl hastalığı sebebi ile cezaevine gönderilmeyip, o dönemde geçerli olan Türk Ceza Kanunu'nun ilgili maddesi olan 46. maddesi uyarınca tedavi kurumlarına yönlendirilen kişilerden araştırmanın örneklem grubu oluşturulmuştur. Araştırmayı sınırlandırmak adına 18 yaşın altında olanlar ve bazı suç davranışları çalışmanın dışında bırakılmışlardır. Örneklem grubunun seçim aşamasında araştırmaya dahil edilme kriteri olarak kabul edilen şiddet davranışları: fiziksel şiddet, mala yönelik şiddet, sözel şiddet, 6136 Sayılı Kanuna Karşı Gelmedir. Bu şiddet davranışlarının detaylandırılmış listesi **Tablo 1**'de verilmektedir.

Tablo 1. Şiddet davranışlarının listesi

<p>Fiziksel Şiddet:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dikkatsizlik ve tedbirsizlik sonucu ölüme sebebiyet vermek – Adam öldürmek – Adam öldürmeye teşebbüs – Müessir fiil/yaralama – Müessir fiile teşebbüs – Efrada karşı sui muamele – Görevli memura mukavemet/direnme <p>Mala yönelik şiddet:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nas-ı ızzar ve teşebbüs (mala zarar vermek, yangına sebebiyet vermek, yangın çıkarmak, kamu malına zarar, biçilmemiş mahsul yakmak, askeri eşyayı tahrip, adliye binasını tekmeyle kırmak, Atatürk büstünü tahrip) – Hırsızlık – Hırsızlık Teşebbüs – Konut dokunulmazlığı ihlali – Konut dokunulmazlığı ihlaline teşebbüs – Gasp – Gaspa teşebbüs – Ateşli silahla/patlayıcıyla mala zarar vermek (Geceleyin mesken kurşunlamak, dükkan kurşunlama, Korku ve panik yaratacak şekilde otobüs kurşunlamak, Meskun haneye korku ve panik yürütmek için silahla ateş etmek, Korku, kaygı ve panik yaratacak şekilde genel yapılara ateş etmek, kasten bina yakmak için müştekiye ait dükkana patlayıcı koymak) <p>Sözel Şiddet:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sözle Tehdit – Silahla Tehdit – Hakaret/iftira <p>Diğer:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Silah bulundurma/kullanma ile ilgili suçlar (6136 Sayılı kanuna muhalefet, Ruhsatsız silah bulundurma/taşınma, Ruhsatsız silah atmak, Kavgada silah boşaltmak, Silah çekmek/ silah teşhiri)
--

Belirlenen yıllar arasındaki 5 sene içinde, araştırmanın kriterlerine uyan 1362 kişi belirlenmiştir. Bu kişilerin çoğunluğunun erkek (%91.5) olduğu göze çarpmaktadır. Yaş ortalamalarının 36.3 (SS= 12,01), yaş aralığının 18- 85 olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Örneklemin ikili yaş gruplaması

İKİLİ YAŞ GRUPLAMASI	n	%
36 yaşından küçük	726	53.30
36 yaşında ve daha büyük	626	46.00
Kayıp veri	10	0.70
Toplam	1362	100.00

Tablo 3. Örneklemin 5'li yaş gruplaması

5'Lİ YAŞ GRUPLAMASI	n	%
18-26 yaş arası	254	18.60
26-35 yaş arası	472	34.70
36-45 yaş arası	363	26.70
46-55 yaş arası	149	10.90
55 yaş üzeri	114	8.40
Kayıp veri	10	0.70
Toplam	1362	100.00

Katılımcıların medeni durumlarına detaylı şekilde bakıldığında evli ve bekar olanların çoğunlukta olduğu, bunu boşanmış ve ayrı yaşayanların izlediği görülmektedir.

Tablo 4. Örneklem grubunun detaylı medeni durumu

MEDENİ DURUM DETAYLI	n	%
Bekar	340	38.25
Evli	408	45.89
Boşanmış	60	6.75
Ayrı Yaşıyor	47	5.29
Dul	19	2.14
İmam Nikahlı	11	1.24
Beraber Yaşıyor	4	0.45
Kayıp Veri	473	34.70
Toplam	1362	100.00

Daha genel anlamda bakıldığında, örneklem grubunu oluşturan kişilerin çoğunluğunu partneri olmayanlar oluşturmakta olduğu gözlenmektedir.

Tablo 5. Örneklem grubunun genel medeni durumu

MEDENİ DURUM	n	%
Partneri Yok	466	52.42
Partneri Var	423	47.58
Kayıp Veri	473	34.70
Toplam	1362	100.00

Örneklem grubunu oluşturan kişilerin eğitim düzeylerine bakıldığında, çoğunluğunun ilkokuldan terk ve/ya ilkokul mezunu oldukları saptanmıştır.

Tablo 6. Örneklem grubunun eğitim durumu

EĞİTİM DURUMU	n	%
Okur Yazar Değil	37	2.70
İlkokul Terk/Mezun	268	19.70
Ortaokul Terk/Mezun	44	3.20
Lise Terk/Mezun	77	5.70
Üniversite Terk/Mezun ve Üzeri	11	0.80
Kayıp Veri	925	67.90
Toplam	1362	100.00

Örneklem grubuna dahil edilen kişilerin doğum yerleri, buldukları coğrafi bölgeler temel alınarak incelenmiştir ve grubun çoğunluğunu Karadeniz bölgesinde doğmuş olduğu görülmüştür. Bu bölgeyi Doğu Anadolu ve Marmara bölgeleri takip etmektedir.

Tablo 7. Örneklemin doğum yeri dağılımları

DOĞUM YERİ	n	%
Marmara	91	6.70
Ege	38	2.80
Akdeniz	41	3.00
İç Anadolu	64	4.70
Doğu Anadolu	95	7.00
Güneydoğu Anadolu	22	1.60
Karadeniz	119	8.70
Yurtdışı	10	0.70
Kayıp Veri	882	64.80
Toplam	1362	100.00

Kişilerin eylemi gerçekleştirdikleri dönemde kiminle beraber yaşadıklarına bakıldığında sıklıkla ebeveynleri yanında ve buna yakın bir oranın da eşleri ve çocukları ile kaldıkları dikkati çekmektedir.

Tablo 8. Katılımcıların kimlerle beraber yaşadığı

KİMİNLE YAŞIYOR	n	%
Ebeveyni ile	97	7.10
Eşi ve çocuklarıyla	93	6.80
Kardeşleriyle	10	0.70
Kurumda	1	0.10
Sokakta	10	0.70
Yalnız	22	1.60
Diğer	5	0.40
Kayıp Veri	1124	82.50
Toplam	1362	100.00

Örneklemin çoğu fiziksel şiddet eyleminde buldukları için Adli Tıp Kurumu'nun 4. İhtisas Kurulu'nda bulunmuşlardır (%74.2), bunu mala yönelik şiddet takip etmektedir (%20.8).

Tablo 8. Şiddet davranışı genel gruplandırma

ŞİDDET DAVRANIŞI	n	%
Fiziksel Şiddet	1011	74.23
Mala Yönelik Şiddet	283	20.78
Sözel Şiddet	34	2.50
Diğer	34	2.50
Kayıp Veri	0	0.00
Toplam	1362	100.00

Örneklem grubunu oluşturanlara 4. İhtisas Dairesinde konulan tanıların dağılımı ise şöyle:

Tablo 9. Genel tanı grupları

TANI	n	%
Şizofreni	859	63.10
Diğer Psikotik Bozukluklar	269	19.80
Zeka Geriliği	96	7.00
Duygudurum Bozuklukları	70	5.10
Organik Bozukluklar	67	4.90
Kayıp Veri	1	0.10
Toplam	1362	100.00

Örneklem grubunu oluşturan kişilerin geçmişlerinde işlemiş oldukları şiddet eylemlerine bakıldığında bu eylemlerin 0-21 arasında değiştiği görülmekte dağılımına bakıldığında ortaya çıkan tablo aşağıda gösterildiği şekilde olmaktadır.

Tablo 10. Eski şiddet eylemi sayısı

ESKİ ŞİDDET EYLEMİ	n	%
Yok	1054	77.40
1 Tane	176	12.90
2-5 Tane	96	7.00
6 ve Üzeri	23	1.70
Kayıp Veri	13	1.00
Toplam	1362	100.00

İş durumlarına bakıldığında, örneklem grubunu oluşturanların çoğunluğunun işsiz oldukları, onları düzenli bir işte çalışanların takip ettiği görülmüştür.

Tablo 11. Katılımcıların çalışma durumları

İŞ DURUMU	n	%
İşsiz	264	19.40
Düzensiz Çalışıyor	23	1.70
Sürekli İşi Var	174	12.80
Emekli	57	4.20
Kayıp Veri	844	62.00
Toplam	1362	100.00

Mesleki açıdan incelendiğinde, işsiz olanlara bakılmaksızın, örneklem grubunu oluşturanların çoğunluğunun işçi olduğu, tarım çalışanlarının da grupta önemli yer tuttuğu saptanmıştır.

Tablo 12. Katılımcıların meslek grup dağılımı

MESLEK	n	%
İşsiz	190	13.95
İşçi	125	9.18
Memur	72	5.29
Tarım Çalışanı	114	8.37
Zanaatkar	14	1.03
Serbest Meslek	28	2.06
Ev Hanımı	31	2.27
Kayıp Veri	788	57.85
Toplam	1362	100.00

2.2. GEREÇLER

Araştırmada herhangi bir ölçek kullanılmamış, 4. İhtisas Kurulu, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ve Gözlem İhtisas Dairesi arşiv verilerinden yararlanılmıştır. Veriler, dosyalardan araştırmacı tarafından belirlenen parametreler ve kategoriler üzerinden toplanmıştır. Örneklem grubunda yer alan dosyalardan toplanan verilere ait parametreler şu şekildedir: sosyo-demografik bilgiler, geçmiş ve şimdiki hastalık öyküleri, geçmişteki ve şimdiki şiddet davranışları ve şiddet davranışlarının detayları (mağdur, yer, kullanılan araçlar vs.). Tüm bu başlıklar kendi içlerinde de ayrı alt kategorilere ayrılmıştır. Bu parametrelerin gösterildiği liste **EK 1**'de gösterilmektedir.

2.3. YÖNTEM

Araştırmanın ilk aşamasında, veri toplanması için gerekli dosyalara ulaşmak amacıyla İstanbul Adli Tıp Kurumu'ndan, Sağlık Bakanlığın'dan ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nden gerekli izinler alındı. İstanbul Adli Tıp Kurumu, 4. İhtisas Kurulu'ndaki dosyalar incelenerek önceden belirlenmiş kriterlere uyan kişilerin dosyalarından örneklem grubu oluşturuldu.

Bir sonraki aşamada, örneklem grubundaki kişilerin Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde daha önce yatışı olanların oradaki dosyaları incelendi. Dosyalardan, bu kişilerin detaylı demografik bilgilerine ve geçmiş hastalık (ve varsa geçmiş saldırgan davranış) hikayelerine ulaşıldı. Daha sonra, örneklem grubundaki kişilerden daha önce Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi'nde kalmış olanların orada tutulan dosyaları incelendi. Buradan da kişilerin detaylandırılmış adli ve kişisel geçmişlerine dair bilgiler elde edildi. Tüm veriler biraraya getirilerek her kişi için bir dosya oluşturuldu. Bu süreçle beraber, verilerin kodlanabilmesi ile ilgili olarak çeşitli kriterler belirlendi (**EK 2**). Bu kriterlere göre tüm veriler SPSS programı ile kodlanarak analizler yapıldı.

3. BULGULAR

3.1. ŞİDDET DAVRANIŞINDA BULUNAN KİŞİLER İLE İLGİLİ BULGULAR (DEMOGRAFİK VE DİĞER)

Araştırmaya katılan kişilerin özellikleri incelendiğinde, daha önce bahsedilenlere ek olarak, aşağıdaki dağılımlar tespit edildi.

Örneklem grubunu oluşturanlar, cinsiyetlerine göre, kadın ve erkek olarak ikiye bölündü. Grupların, ortalama şiddet davranışında bulunma yaşı açısından farklılıklarına bakmak amacıyla tek yönlü varyans analizi yapıldı. Sonuçta, örnekleme oluşturan kadın ve erkekler arasında ortalama şiddet davranışı sergileme yaşı açısından anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tanı kategorilerinin, cinsiyet grupları üzerine dağılımına bakıldığında, Ki-kare analizi sonucunda edinilen varyans, istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($X^2(4)=13,906$, $p<0,01$). Kadınların duygudurum bozukluğu tanısı alma sıklığının, erkeklere oranla daha fazla olduğu görüldü.

Tablo 13. Tanı kategorilerinin, cinsiyet grupları üzerine dağılımı

TANI GRUPLARI	CİNSİYET GRUPLARI				Toplam	Ki-kare	p
	Erkek		Kadın				
	n	%	n	%			
Duygudurum Bozuklukları	56	4,49	14	12,17	70	13,9	0,008**
Organik Bozukluklar	62	4,98	5	4,35	67		
Zeka Geriliği	89	7,14	7	6,09	96		
Şizofreni	787	63,16	72	62,61	859		
Diğer Psikotik Bozukluklar	252	20,22	17	14,78	269		
Toplam	1246	100,00	115	100,00	1361		

**p<0,01

Şiddet davranışı kategorilerinin, cinsiyet grupları üzerine dağılımına bakıldığında, gruplar arasındaki farklılaşma istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Yaş gruplarının, tanı kategorileri üzerine dağılımı, Ki-kare analizi ile incelendi ve dağılımdaki varyans istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($X^2(16)=122,45$, $p=0,000$).

Duygudurum bozukluğu, şizofreni ve diğer psikotik bozukluk grubundakilerin çoğunlukla 26-35 yaş arasında şiddet davranışı sergiledikleri saptandı. Diğer taraftan, organik bozukluğu olanların, bu eylemlerini, diğerlerinden daha geç veya daha erken, zeka geriliği olanların ise, diğerlerinden daha erken şiddet sergiledikleri görüldü.

Tablo 14. Yaş gruplarının, tanı kategorileri üzerine dağılımı

	TANI										Top- lam	Ki- kare	p
	Duygudurum Boz. kl.		Organik Boz.		Zeka Geriliği		Şizofreni		Diğer Psikotik Boz.				
YAŞ	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
18-25	14	20.30	17	25.80	42	44.20	145	17.00	36	13.40	254		
26-35	25	36.20	8	12.10	34	35.80	325	38.20	80	29.70	472		
36-45	18	26.10	20	30.30	14	14.70	247	29.00	63	23.40	362		
46-55	6	8.70	8	12.10	4	4.20	87	10.20	44	16.40	149		
55+	6	8.70	13	19.70	1	1.10	48	5.60	46	17.10	114		
Toplam	69	100.00	66	100.00	95	100.00	852	100.00	269	100.00	1351	122.44	0,000***

***p<0,001

Partneri olan ve olmayanlar olarak örneklem grubu ikiye ayrıldı, partneri olanlar ile olmayanlar arasında ortalama şiddet eyleminde bulunma yaşı arasındaki farklılık tekyönlü varyans analizi ile incelendi. Partneri olmayan grubun ortalama şiddet davranışında bulunma yaş ortalaması (M=32,35 , SS=10,96), partneri olan gruptan (M=40,66 , SS=11,32) anlamlı derecede düşük bulundu, F(1,884)=123,17 , p=0,000.

Tablo 15. Medeni duruma göre ortalama suç yaşı varyans analizi

	n	Ortalama	Standard Sapma	F	p
Partneri Olan	420	40,66	11,319		
Partneri Olmayan	466	32,35	10,958	123,174	0,000***

***p<0,001

Medeni durumların, tanı grupları üzerine dağılımı da Ki-kare analizi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($X^2(4)=74,341$, $p=0,000$). Sadece duygudurum ve diğer psikotik bozukluğu olanların çoğunun partneri olduğu, diğer gruplardakilerin genellikle partnerleri olmadığı saptandı.

Tablo 16. Medeni durum gruplarının, tanı kategorileri üzerine dağılımı

	TANI										Toplam	Ki-kare	P
	Duygudurum Bozukl.		Organik Boz.		Zeka Geriliği		Şizofreni		Diğer Psikotik Boz.				
MEDENİ DURUM	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Partneri olmayan	22	42.30	21	52.50	43	88.00	321	58.00	59	30.00	466		
Partneri olan	30	57.70	19	47.50	6	12.00	229	42.00	138	70.00	422		
Toplam	52	100.00	40	100.00	49	100.00	550	100.00	197	100.00	888	74.34	0,000***

*** $p<0,001$

Örneklem grubunun eğitim seviyesinin, tanı grupları üzerine dağılımı, Ki-kare analizi ile araştırıldı. Dağılımda, anlamlı düzeyde farklılık bulundu ($X^2(16)=58,479$, $p=0,000$). Tüm gruplarda, kişilerin çoğunun, en fazla ilkokul düzeyinde eğitim görmüş oldukları tespit edildi. Üniversite seviyesine bakıldığında, sadece şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanılarında bu düzeyde bir eğitim olduğu görüldü. Üniversite seviyesine gelmiş olanların %81'inin şizofreni tanısına sahip olduğu bulundu.

Tablo 17. Eğitim gruplarının, tanı kategorileri üzerine dağılımı

	T A N I										Top- lam	Ki- kare	p
	Duygudurum Boz. kl.		Organik Boz.		Zeka Geriliği		Şizofreni		Diğer Psikotik Boz.				
EĞİTİM DÜZEYİ	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Okuryazar değil			2	11.11	12	37.50	17	6.20	6	6.82	37		
İlkokul	16	64.00	12	66.67	20	62.50	158	57.66	62	70.45	268		
Ortaokul	4	16.00	2	11.11			28	10.22	10	11.36	44		
Lise	5	20.00	2	11.11			62	22.63	8	9.09	77		
Üniversite							9	3.28	2	2.27	11		
Toplam	25	100.00	18	100.00	32	100.00	274	100.00	88	100.00	437	58.47	0,000***

***p<0,001

Ayrıca, gruptaki kişilerin kaç kardeş oldukları ve kendilerinin kaçınıcı çocuk oldukları incelendi. Sonuçta, çoğunluğun, 4 kardeş oldukları ve ailelerinin ilk veya 3. çocuğu oldukları saptandı.

Tablo 18. Örneklem grubundaki kişilerin kardeş sayısı dağılımı

KARDEŞ SAYISI	n	%
0	3	0.20
1	1	0.10
2	13	1.00
3	30	2.20
4	43	3.20
5	32	2.30
6	15	1.10
7	14	1.00
8	16	1.20
9	12	0.90
10	6	0.40
11	1	0.10
12	2	0.10
Kayıp Veri	1174	86.20
Toplam	1362	100.00

Tablo 19. Örneklem grubundaki kişilerin, ailelerinin kaçınıcı çocuğu olduğu ile ilgili dağılım

KAÇINCI ÇOCUK OLDUĞU	n	%
1 inci	35	2.60
2 inci	24	1.80
3 üncü	28	2.10
4 üncü	24	1.80
5 inci	17	1.20
6 ınıcı	8	0.60
8 inci	5	0.40
9 uncu	2	0.10
10 uncu	1	0.10
12 nci	1	0.10
Kayıp Veri	1217	89.40
Toplam	1362	100.00

Kiminle yaşıyor gruplarının, tanı kategorileri üzerine dağılımını incelendiğinde, Ki-kare analizi, dağılımdaki farklılığın, istatistiksel açıdan anlamlı olduğu sonucuna ulaştı ($X^2(24)=66,944$, $p=0,000$). Tüm tanı gruplarında, çoğunluğun ebeveynleri ile yaşadıkları bulunurken, sadece diğer psikotik bozukluk tanısı almış olanların, kendi aileleri (eş ve çocukları ile) yaşadıkları saptandı.

Tablo 20. Örneklem grubundaki kişilerin kiminle beraber yaşadıkları bilgisinin, tanı kategorileri üzerine dağılımı

	TANI										Toplam	Ki-kare	p
	Duygudurum Bozukl.		Organik Boz.		Zeka Geriliği		Şizofreni		Diğer Psikotik Boz.				
KİMİNLE YAŞIYOR	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Ebeveyni ile	8	53.33	5	45.45	7	58.33	69	46.00	8	16.00	97		
Eşi ve Çocuklarıyla	6	40.00	3	27.27	1	8.33	48	32.00	35	70.00	93		
Kardeşleri ile							10	6.67			10		
Kurumda					1	8.33					1		
Sokakta	1	6.67			2	16.67	5	3.33	2	4.00	10		
Yalnız			3	27.27			15	10.00	4	8.00	22		
Diğer					1	8.33	3	2.00	1	2.00	5		
Toplam	15	100.00	11	100.00	12	100.00	150	100.00	50	100.00	238	66.94	0,000***

***p<0,001

İntihar girişimi var/yok gruplarının, cinsiyet üzerine dağılımına bakıldı ve cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olduğu saptandı ($X^2(1)=20,988$, $p=0,000$). Şiddet davranışı öncesinde, sırasında veya sonrasında intihar davranışı sergilemenin, kadınlarda daha sık olduğu bulundu.

Tablo 21. İntihar girişimi durumlarının, cinsiyet grupları üzerine dağılımı

	CİNSİYET GRUPLARI				Top- lam	Ki-Kare	p
	ERKEK		KADIN				
İNTİHAR GİRİŞİMİ	n	%	n	%			
Yok	1189	95,42	99	85,34	1288		
Var	57	4,58	17	14,66	74		
Toplam	1246	100,00	116	100	1362	20.98	0,000***

***p<0,001

Kişilerin evlerinde aile içi şiddet olup olmadığı incelendi. Genel anlamda bakıldığında, çoğunluğunda olduğu görüldü. Daha detaylı bilgi edinilebilen olgular incelendiğinde, genellikle bu kişilerin diğer bireylere şiddet uyguladığı saptandı.

Tablo 22. Örneklem grubundaki kişilerde aile içi şiddet durumu dağılımı

AİLE İÇİ ŞİDDET DURUMU	n	%
Var	1183	86.86
Yok	179	13.14
Kayıp Veri	0	0.00
Toplam	1362	100.00

Tablo 23. Örneklem grubundaki kişilerde aile içi şiddet durumunun detaylı dağılımı

AİLE İÇİ ŞİDDET (DETAYLI)	n	%
YOK	5	0.40
VAR-ondan diğerlerine	159	11.70
VAR-diğerlerinden ona	10	0.70
VAR-hem diğerlerinden ona, hem ondan	6	0.60
Kayıp Veri	1182	86.80
Toplam	1362	100.00

Örneklem grubundaki erkeklerin askerlik durumları incelendiğinde, çoğunluğun, sorunlu yapmış veya bitirememiş (raporlu veya o esnada asker) olanlardan oluştuğu görüldü.

Tablo 24. Örneklem grubundaki kişilerde askerlik durumu dağılımı

ASKERLİK DURUMU	n	%
Sorunsuz yapmış	154	11.30
Sorunlu yapmış/bitirememiş /raporlu/su anda asker	268	19.70
Tecilli	11	0.80
Kayıp Veri	929	68.20
Toplam	1362	100.00

Grubun çalışma durumları incelendiğinde, genellikle işsiz oldukları, işi olanların da ağırlıklı olarak işçilik yaptıkları bulundu. Bununla beraber, çalışma durumu gruplarının, tanı kategorileri üzerine dağılımı incelendiğinde, Ki-kare analizi, dağılımdaki farklılaşmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ortaya koydu ($X^2(12)=33,142$, $p<0,01$). Diğer psikotik bozukluk tanısı almış olanlar haricindeki tüm tanı gruplarındaki kişilerin çoğunluğunun işsiz olduğu görüldü.

Tablo 25. Örneklem grubunun çalışma durumunun, tanı kategorileri üzerine dağılımı

İŞ DURUMU	TANI										Toplam	Ki-kare	p
	Duygudurum Boz.Boz.		Organik Boz.		Zeka Geriliği		Şizofreni		Diğer Psikotik Boz.				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
İşsiz	13	50.00	13	46.43	28	75.68	171	54.29	39	34.82	264		
Aralıklı	2	7.69	3	10.71	1	2.70	10	3.17	7	6.25	23		
Devamlı İşi Var	9	34.62	6	21.43	8	21.62	98	31.11	53	47.32	174		
Emekli (yaştan-malulen)	2	7.69	6	21.43			36	11.43	13	11.61	57		
Toplam	26	100.00	28	100.00	37	100.00	315	100.00	112	100.00	518	33.14	0,001***

***p=0,001

Ortalama suç yaşının, meslek grupları üzerine dağılımı, tek yönlü varyans analizi ile incelendi, gruplar arasında, yaş ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği görüldü, $F(7,564) = 12,161$, $p=0,000$.

Tablo 26. Örneklem grubunun mesleklerine göre ortalama suç yaşı varyans analizi

	n	ORTALAMA	STANDART SAPMA	F	p
İşi Yok	190	30,56	9,83	12,161	0,000***
İşçi	124	36,77	10,70		
Memur	40	43,35	12,54		
Tarım Çalışanı	114	40,48	13,22		
Zanaatkar	14	35,43	9,15		
Serbest Meslek	28	39,82	11,45		
Ev Hanımı	31	36,19	12,57		
Güvenlik Görevlisi	31	37,65	9,74		

***p<0,001

Gruplar arası anlamlı farklılıklar, Tukey's HSD ile incelendi. İşi olmayanların suç yaşı ortalaması (X=30,6 , SS=9,84), işçilerin yaş ortalamasından (X=36,77 , SS=10,7) anlamlı derecede düşük bulundu (p<0,05). Buna benzer olarak, işi olmayanların memurlardan (X=43,4 , SS=12,54), tarım çalışanlarından (X=40,5 , SS=13,22), serbest meslek sahibi olanlardan (X=39,8 , SS=11,45) ve güvenlik görevlilerinden (X=37,7 , SS=9,74) de anlamlı derecede düşük yaş ortalamasına sahip oldukları saptandı (p<0,5). İşi olanlar arasındaki suç işleme yaşı ortalamalarına bakıldığında, sadece işçi (X=36,8 , SS=10,7) ve memurlar (X=43,4 , SS=12,54) arasında anlamlı fark görüldü (p<0,05).

Tanı grupları, daha önce verilen dağılımın yanı sıra, daha detaylı olarak da incelendi. Ortaya çıkan dağılım aşağıda verilmektedir.

Tablo 27. Çalışma grubunun aldığı hastalık tanılarının detaylı dağılımı

TANI GRUPLAMASI (DETAYLI)	n	%
Duygudurum bozukluğu - bipolar – mani	45	3.30
Duygudurum bozukluğu - bipolar – depresyon	1	0.10
Duygudurum bozukluğu - majör depresyon, psikotik özellikli depresyon	20	1.50
Duygudurum bozukluğu - diğer (atipik afektif boz.)	4	0.30
Organik bozukluklar	67	4.90
Hafif zeka geriliği	3	0.20
Orta zeka geriliği	91	6.70
Ağır zeka geriliği	2	0.10
Şizofreni	527	38.70
Rezidüel şizofreni	111	8.10
Basit tip şizofreni	5	0.40
Kronik şizofreni	32	2.30
Paranoid şizofreni	181	13.30
Dezorganize şizofreni	3	0.20
Diğer psikotik boz. - paranoid bozukl. (paranoid sendrom, hezeyanlı boz)	130	9.50
Diğer psikotik bozukluklar- şizofreniform bozukluklar, şizoafektif bozukluklar	77	5.70
Diğer psikotik boz. - psikotik süreç (eksitasyon, psödo)	62	4.60
Kayıp Veri	1	0.10
Toplam	1362	100.00

Alınan tanılara göre dağılımların yanı sıra, örneklem, şizofrenisi olan ve olmayan kişiler olarak iki gruba ayrılarak dağılımlarına bakıldı. Sonuçta, büyük çoğunluğun şizofreni hastalarından oluştuğu görüldü.

Tablo 28. Örneklem şizofreni tanısı almış olan ve olmayan olarak gruplanmış dağılımı

ŞİZOFRENİ OLAN/OLMAYAN GRUPLAMASI	n	%
Şizofreni olmayan	503	36.96
Şizofreni olan	859	63.12
Kayıp Veri	0	0.00
Toplam	1362	100.00

Örneklem şizofreni hastası olan ve olmayan olarak iki gruba ayrıldı. Şizofrenisi olan ve olmayanların, ortalama şiddet davranışında bulunma yaşları arasındaki farklılık, tekyönlü varyans analizi ile incelendi. Şizofreni hastası olanların ortalama şiddet davranışında bulunma yaşlarının, şizofreni haricinde psikiyatrik bozukluğu olanlardan, anlamlı derecede düşük olduğu saptandı, $F(1,1349) = 9,99$, $p < 0,01$.

Tablo 29. Şizofreni olmak/olmamak durumuna göre şiddet davranışında bulunma yaşı varyans analizi

	n	ORTALAMA	STANDART SAPMA	F	p
Şizofreni Olmayan	499	37,64	14,22	9,99	0,002**
Şizofreni Olan	852	35,51	10,45		

** $p < 0,01$

Eylem sonrasında, duyulan pişmanlık araştırıldığında, çoğunluğun yaptığı davranıştan dolayı bir pişmanlık duymadıkları bulundu. Bununla beraber, pişmanlık duymayanlara çok yakın sayıda kişinin de bahsi geçen şiddet davranışını gerçekleştirdiklerini kabul etmedikleri görüldü.

Tablo 30. Örneklemin pişmanlık durumlarının dağılımı

PIŞMANLIK DURUMU	n	%
Duymuyor	149	40,71
Duyuyor	71	19,40
Suç kabul etmiyor	146	39,89

Pişmanlıkla ilgili grupların cinsiyet ve ikili yaş kategorileri üzerine dağılımlarına ayrı ayrı bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmadı ($p>0,05$). Bununla beraber, analiz sonuçlarında, bu grupların, şiddet davranış kategorileri üzerine dağılımında, anlamlı düzeyde farklılaşma ortaya çıktı ($X^2(6)=32,572$, $p=0,000$). Fiziksel şiddet uygulayanların çoğunun pişmanlık duymadığı, diğer gruplardaki kişilerin de çoğunlukla şiddet davranışını kabul etmedikleri görüldü.

Tablo 31. Örneklem grubunun pişmanlık durumlarının, şiddet davranışı kategorileri üzerine dağılımı

	ŞİDDET DAVRANIŞI GRUPLARI								Top- lam	Ki- kare	p
	FİZİKSEL ŞİDDET		MALA YÖNELİK ŞİDDET		SÖZEL ŞİDDET		DİĞER				
PİŞMANLIK DURUMU	n	%	n	%	n	%	n	%			
Duymuyor	131	46,95	12	19,05	3	23,08	3	27,27	149		
Duyuyor	58	20,79	12	19,05			1	9,09	71		
Suçu Kabul Etmiyor	90	32,26	39	61,90	10	76,92	7	63,64	146		
Toplam	279	100,00	63	100,00	13	100,00	11	100,00	366	32,57	0,000***

***p<0,001

3.2. ŞİDDET DAVRANIŞI İLE İLGİLİ BULGULAR

3.2.1. DAVRANIŞ ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Şiddet davranışlarına bakıldığında, fiziksel şiddetin en fazla ön çıkan eylem olduğu görüldü. Bu eylemler daha detaylı incelendiğinde ortaya çıkan dağılım, aşağıda verildiği Őekildedir.

Tablo 32. Örneklem grubunun uyguladıkları şiddet davranışlarının detaylı dağılımı

ŞİDDET DAVRANIŞLARI (DETAYLI)	n	%
Dikkatsizlik ve tedbirsizlik sonucu ölüme sebebiyet verme	10	0.73
Adam öldürmek	463	33.99
Adam öldürmeye teşebbüs	155	11.38
Müessir fiil/yaralama	352	25.84
Müessir fiile teşebbüs	19	1.40
Efrada sui muamele	8	0.59
Görevli memura mukavemet/direnme	4	0.29
Nas-ı ızzarar ve teşebbüs	92	6.75
Hırsızlık	109	8.00
Hırsızlığa teşebbüs	24	1.76
Konut dokunulmazlığı ihlali	1	0.07
Gasp	24	1.76
Gaspa teşebbüs	13	0.95
Ateşli silahla/patlayıcıyla mala zarar vermek	20	1.47
Sözle tehdit	6	0.44
Silahla tehdit	25	1.84
Hakaret/iftira	3	0.22
Ateşli silah bulundurma/kullanma ile ilgili davranışlar	31	2.28
Diğer silah bulundurma ile ilgili davranışlar	1	0.07
Diğer	2	0.15
Kayıp Veri	0	0.00
Toplam	1362	100.00

Şiddet davranışı kategorilerinin, cinsiyet grupları üzerine dağılımına bakıldığında, gruplar arasındaki farklılaşma istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Yaş gruplarının, şiddet davranışı grupları üzerine dağılımı, Ki-kare analizi ile incelendi ve dağılımdaki varyans istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($X^2(12)=41,055$, $p=0,000$). Şiddet davranışı gruplarındaki kişilerin yaş ortalamalarının çoğunlukla 26-35 yaş arasına denk düştüğü görüldü.

Tablo 33. Şiddet davranışı gruplarının, yaş kategorileri üzerine dağılımı

ŞİDDET DAVRANIŞI	YAŞ GRUPLARI										Toplam	Ki-Kare	p
	18-25		26-35		36-45		46-55		55+				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Fiziksel Şiddet	170	12,57	340	25,15	284	21,01	118	8,73	94	6,95	1006	41,05	0,000***
Mala Yönelik Şiddet	80	5,92	106	7,84	59	4,36	23	1,70	11	0,81	279		
Sözel Şiddet	3	0,22	14	1,04	9	0,67	4	0,30	4	0,30	34		
Diğer	1	0,07	12	0,89	11	0,81	4	0,30	5	0,37	33		
Toplam	254	18,79	472	34,91	363	26,85	149	11,02	114	8,43	1352		

*** $p<0,001$

Çalışmada, örneklem grubunun medeni durumları, partneri olanlar ve olmayanlar olarak ikiye ayrılmıştı. Bu grupların, şiddet davranışı kategorileri üzerine dağılımı Ki-kare analizi ile incelendiğinde anlamlı bir farklılaşma olduğu gözlemlendi ($X^2(3)=33,405$, $p=0,000$). İki grupta da daha çok fiziksel şiddete yönelim görüldü. Mala yönelik şiddetin, partneri olmayan grupta daha fazla olduğu da dikkati çekti.

Tablo 34. Şiddet davranışı gruplarının, medeni durum kategorileri üzerine dağılımı

	MEDENİ DURUM				Toplam	Ki-Kare	p
	Partneri olmayan		Partneri olan				
ŞİDDET DAVRANIŞI	n	%	n	%			
Fiziksel Şiddet	353	39,71	381	42,86	734		
Mala Yönelik Şiddet	93	10,46	30	3,38	123		
Sözel Şiddet	11	1,24	6	0,67	17		
Diğer	9	1,01	6	0,67	15		
Toplam	466	52,42	423	47,58	889	33,4	0,000***

***p<0,001

Eğitim seviyesi kategorilerinin, şiddet eylemi grupları üzerine dağılımları Ki-kare analizi ile incelendiğinde aralarındaki varyansın anlamlı farklılığa çok yakın olduğu bulundu ($X^2(12)=20,525$, p= 0,058). Analiz, değişik bir örnekleme tekrar edildiğinde, bu iki grup arasındaki farklılığın anlamlılık düzeyi daha yüksek olabilir. Burada ise, ilkokul mezunu ve altında eğitim seviyesine sahip olanların farklı bir şekilde fiziksel şiddet sergiledikleri dikkati çekti. Eğitim düzeyi üniversite seviyesine yükselince, fiziksel şiddetin %93 olduğu görüldü (11 üniversite öğrencisinin 10'unun fiziksel şiddet uyguladığı saptandı).

Tablo 35. Şiddet davranışı gruplarının, eğitim kategorileri üzerine dağılımı

	EĞİTİM DURUMU										Top- lam	Ki- Kare	p
	Okur- yazar Değil		İlkokul mezunu/ terk		Ortaokul mezunu/ terk		Lise mezunu/ terk		Üniversite mezunu/ terk				
ŞİDDET DAVRANIŞI	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Fiziksel Şiddet	33	7.55	205	46.91	35	8.01	59	13.50	10	2.29	342		
Mala Yönelik Şiddet	4	0.92	56	12.81	6	1.37	15	3.43			81		
Sözel Şiddet			6	1.37	1	0.23			1	0.23	8		
Diğer			1	0.23	2	0.46	3	0.69			6		
Toplam	37	8.47	268	61.33	44	10.07	77	17.62	11	2.52	437	20.52	0,058

p=0,058

Katılımcıların iş durumları gruplamalarının, şiddet davranışı kategorileri üzerine dağılımlarına bakıldığında, varyansın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, yine Ki-kare analizi ile tespit edildi ($X^2(9)=29,431$, $p<0,01$). Tüm gruplarda, önce fiziksel daha sonra mala yönelik şiddetin ağırlıklı olduğu görüldü. İşsiz olan veya devamlı işi olanların kişilerin büyük çoğunluğunun fiziksel şiddet sergilediği görüldü.

Tablo 36. Şiddet davranışı gruplarının, çalışma durumu kategorileri üzerine dağılımı

	ÇALIŞMA DURUMU								Top- lam	Ki- Kare	P
	Yok		Aralıklı Çalışıyor		Devamlı İşi Var		Emekli (Yaştan/ malulen)				
ŞİDDET DAVRANIŞI	n	%	n	%	n	%	n	%			
Fiziksel Şiddet	191	36,87	16	3,09	154	29,73	48	9,27	409		
Mala Yönelik Şiddet	61	11,78	5	0,97	14	2,70	6	1,16	86		
Sözel Şiddet	5	0,97	2	0,39	2	0,39	3	0,58	12		
Diğer	7	1,35			4	0,77			11		
Toplam	264	50,97	23	4,44	174	33,59	57	11,00	518	29,43	0,001***

***p= 0,001

Örneklem oluşturan kişilerin doğum yerlerinin bulunduğu bölgelerden oluşturulan doğum yeri gruplarının, şiddet eylemleri üzerine dağılımı istatistiksel olarak anlamlı çıktı ($X^2(21)=44,802$, $p<0,01$). Fiziksel şiddet gösterenlerin, diğerlerine kıyasla, daha çok Karadeniz Bölgesi doğumlu oldukları görüldü. Mala yönelik şiddetin ise daha çok Marmara Bölgesinde doğanlar tarafından uygulandığı dikkati çekti.

Tablo 37. Örneklem grubunun doğum yeri bölgelerinin, şiddet davranışı kategorileri üzerine dağılımı

DOĞUM YERİ BÖLGELERİ	ŞİDDET DAVRANIŞI GRUPLARI								Toplam	Ki-kare	p
	FİZİKSEL ŞİDDET		MALA YÖNELİK ŞİDDET		SÖZEL ŞİDDET		DİĞER				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Marmara Bölgesi	64	16,20	25	36,76	2	25,00			91		
Ege Bölgesi	37	9,37	1	1,47					38		
Akdeniz Bölgesi	34	8,61	5	7,35	2	25,00			41		
İç Anadolu Bölgesi	51	12,91	11	16,18	1	12,50	1	11,11	64		
Doğu Anadolu Bölgesi	88	22,28	4	5,88	1	12,50	2	22,22	95		
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	18	4,56	2	2,94	1	12,50	1	11,11	22		
Karadeniz Bölgesi	97	24,56	16	23,53	1	12,50	5	55,56	119		
Yurtdışı	6	1,52	4	5,88					10		
Toplam	395	100,00	68	100,00	8	100,00	9	100,00	480	44,8	0,002**

**p<0,01

Bu kişilerin kiminle birlikte yaşadıklarından oluşan gruplamının, şiddet eylemi kategorileri üzerine dağılımındaki varyans, Ki-kare analizi sonucunda anlamlı çıkmadı (p>0,05).

Şiddet davranışı gruplarının, tanı kategorilerinin üzerine dağılımı Ki-kare analizi ile incelendi ve dağılımdaki varyans istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($X^2(12)=53,04$, $p=0,000$). Tüm tanı kategorilerindekilerin, öncelikle, fiziksel şiddet gösterdikleri görüldü.

Tablo 38. Şiddet davranışı kategorilerinin, tanı grupları üzerine dağılımı

	T A N I										Top- lam	Ki- kare	p
	Duygu- durum Bozukluğu		Organik Boz.		Zeka Geriliği		Şizofreni		Diğer Psikotik Boz.				
ŞİDDET DAVRANIŞI GRUPLARI	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Fiziksel şiddet	46	65,71	44	65,67	58	60,42	654	76,14	208	77,32	1010	53,04	0,000***
Mala yönelik	18	25,71	15	22,39	38	39,58	169	19,67	43	15,99	283		
Sözel şiddet	3	4,29	7	10,45			17	1,98	7	2,60	34		
Diğer	3	4,29	1	1,49			19	2,21	11	4,09	34		
Toplam	70	100,00	67	100,00	96	100,00	859	100,00	269	100,00	1361		

*** $p<0,001$

Aile içi şiddet gruplarının, şiddet davranışı kategorileri üzerine dağılımındaki farklılaşmanın anlamlı olduğu, Ki-kare analizi sonucunda ortaya kondu ($X^2(3)=22,228$, $p=0,000$). Evinde aile içi şiddet olan kişilerin (onun tarafından, ona karşı veya diğer bireyler arasında) daha sıklıkla fiziksel şiddet sergilediği görüldü.

Tablo 39. Şiddet davranışı gruplarının, aile içi şiddet durumu bilgisi kategorileri üzerine dağılımı

	AİLE İÇİ ŞİDDET				Toplam	Ki-Kare	p
	Yok		Var				
ŞİDDET DAVRANIŞI	n	%	n	%			
Fiziksel Şiddet	857	62.92	154	11.31	1011	22.22	0,000***
Mala Yönelik Şiddet	269	19.75	14	1.03	283		
Sözel Şiddet	27	1.98	7	0.51	34		
Diğer	30	2.20	4	0.29	34		
Toplam	1183	86.86	179	13.14	1362		

***p<0,001

İntihar girişim olan/olmayan gruplarının şiddet kategorileri üzerine dağılımı incelendiğinde, Ki-kare analizi sonucu, dağılımdaki varyansı anlamlı buldu ($X^2(3)=11,537$, $p<0,01$). İntihar girişimi var olan kişilerde fiziksel şiddetin yoğun olduğu görüldü.

Tablo 40. Şiddet davranışı gruplarının, intihar girişimi kategorileri üzerine dağılımı

	İNTİHAR GİRİŞİMİ				Toplam	Ki-Kare	p
	Yok		Var				
ŞİDDET DAVRANIŞI	n	%	n	%			
Fiziksel Şiddet	944	69,31	67	4,92	1011	11,53	0,009**
Mala Yönelik Şiddet	276	20,26	7	0,51	283		
Sözel Şiddet	34	2,50			34		
Diğer	34	2,50			34		
Toplam	1288	94,57	74	5,43	1362		

**p<0,01

Şiddet davranışı esnasında silah kullanma/kullanmama gruplarının, cinsiyet kategorileri üzerine dağılımı incelendiğinde, dağılımda anlamlı varyans saptandı ($X^2(1)=6,541$, $p<0,05$). Erkeklerde kadınlara oranla daha sık silah kullanımı olduğu bulundu.

Tablo 41. Silah kullanımı gruplarının, cinsiyet kategorileri üzerine dağılımı

SİLAH VE BENZERİ ALET KULLANIMI	CİNSİYET GRUPLARI				Top- lam	Ki-kare	p
	Erkek		Kadın				
	n	%	n	%			
Yok	264	22,02	36	32,73	300	6,54	0,011*
Var	935	77,98	74	67,27	1009		
Toplam	1199	100,00	110	100,00	1309		

* $p<0,05$

Şiddet davranışı esnasında silah veya benzeri bir alet kullanımı var/yok gruplarının, ikili yaş kategorileri üzerine dağılımına bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı varyans bulundu ($X^2(1)=29,953$, $p=0,000$). İki grupta da, silah kullanımı olanların oranlarının birbirine çok yakın olduğu tespit edildi. Bununla beraber, silah kullanımı olmayanlara bakıldığında, şiddet davranışı esnasında, 18-35 yaş arasında olanların, 36 yaş üzeri olanlara göre daha az silah ve benzeri alet kullandıkları görüldü.

Tablo 42. İkili yaş gruplarının, silah kullanımı kategorileri üzerine dağılımı

	SİLAH KULLANIMI				Top- lam	Ki- Kare	p
	Yok		Var				
İKİLİ YAŞ GRUPLARI	n	%	n	%			
18-35	201	15,46	498	38,31	699		
36+	96	7,38	505	38,85	601		
Toplam	297	22,85	1003	77,15	1300	29,95	0,000***

***p<0,001

Şiddet eylemi sırasında silah kullanımı var/yok kategorilerinin, tanı grupları üzerine dağılımı incelendiğinde, Ki-kare analizi, dağılımdaki varyansın anlamlı olduğu sonucunu verdi ($X^2(4)=28,388$, $p=0,000$). Şiddet eylemi esnasında, silah ve benzeri alet kullanımının genellikle tüm tanı gruplarında var olduğu görüldü.

Tablo 43. Silah kullanımı gruplarının, tanı kategorileri üzerine dağılımı

	TANI										Top- lam	Ki- kare	p
	Duygu- durum Bozukt.		Organik Boz.		Zeka Geriliği		Şizofreni		Diğer Psikotik Boz.				
SILAH VE BENZERİ ALET KULLANIMI	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Yok	28	40,58	15	22,39	35	38,46	171	20,93	51	19,32	300		
Var	41	59,42	52	77,61	56	61,54	646	79,07	213	80,68	1008		
Toplam	69	100,00	67	100,00	91	100,00	817	100,00	264	100,00	1308	28,38	0,000***

***p<0,001

Şiddet davranışı esnasında silah kullanma/kullanmama gruplarının, şiddet kategorileri üzerine dağılımı Ki-kare analizi ile incelendi. Sonuçta, dağılımdaki farklılaşma anlamlı bulundu ($X^2(3)=290,129$, $p=0,000$). Çoğu şiddet davranış kategorisinde silah ve benzeri alet kullanımı var iken, sadece mala yönelik şiddet uygulayanlarda çoğu kişinin bu tip bir alet kullanmadığı saptandı.

Tablo 44. Silah kullanımı gruplarının, şiddet kategorileri üzerine dağılımı

	ŞİDDET DAVRANIŞI GRUPLARI								Top- lam	Ki-kare	p
	FİZİKSEL ŞİDDET		MALA YÖNELİK ŞİDDET		SÖZEL ŞİDDET		DİĞER				
SİLAH VE BENZERİ ALET KULLANIMI	n	%	n	%	n	%	n	%			
Yok	125	12,83	165	61,80	8	23,53	2	5,88	300		
Var	849	87,17	102	38,20	26	76,47	32	94,12	1009		
Toplam	974	100,00	267	100,00	34	100,00	34	100,00	1309	290,12	0,000***

***p<0,001

Şiddet davranışı esnasında kullanılan alet gruplarının, cinsiyet üzerine dağılımındaki varyansın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($X^2(8)=52,206$, p=0,000). İki grubun da sıklıkla kesici-delici ve delici alet kullanmayı tercih ettikleri, buna ek olarak erkeklerde ateşli silah kullanımının, kadınlara oranla, daha fazla olduğu görüldü.

Tablo 45. Şiddet esnasında kullanılan silah ve benzeri alet gruplarının, cinsiyet kategorileri üzerine dağılımı

	CİNSİYET GRUPLARI				Top- lam	Ki-kare	p
	Erkek		Kadın				
ŞİDDET İÇİN KULLANILAN ALETLER	n	%	n	%			
Yok	216	18,15	29	26,85	245		
Kesici-ezici alet, tarımda kullanılan aletler	74	6,22	16	14,81	90		
Ateşli Silah	319	26,81	12	11,11	331		
Sopa ve benzeri cisim	49	4,12	5	4,63	54		
Ezici Alet ve cisim	58	4,87	8	7,41	66		
Kesici delici alet ve delici alet	402	33,78	24	22,22	426		
Zehir,patlayıcı yada yakmak için kullanılan malzeme	7	0,59	4	3,70	11		
Boğma amaçlı kullanılan malzemeler	7	0,59	4	3,70	11		
Diğer	58	4,87	6	5,56	64		
Toplam	1190	100,00	108	100,00	1298	52,2	0,000***

***p<0,001

Şiddet davranışı esnasında kullanılan alet kategorilerinin, ikili yaş grupları üzerine dağılımındaki farklılaşma da anlamlı bulundu ($X^2(8)=43,657$, $p=0,000$). İki yaş grubundaki kişilerin de şiddet davranışı esnasında sıklıkla kesici-delici ve delici alet kullandıkları görüldü. Ayrıca, ateşli silah kullanım oranının, 36 yaş üzerinde daha fazla olduğu saptandı.

Tablo 46. Şiddet esnasında kullanılan silah ve benzeri alet gruplarının, ikili yaş kategorileri üzerine dağılımı

	İKİLİ YAŞ GRUPLARI				Top- lam	Ki-kare	p
	18 - 35		36+				
ŞİDDET İÇİN KULLANILAN ALETLER	n	%	n	%			
Yok	166	24,09	75	12,52	241		
Kesici-ezici alet, tarımda kullanılan aletler	37	5,37	53	8,85	90		
Ateşli Silah	150	21,77	179	29,88	329		
Sopa ve benzeri cisim	21	3,05	33	5,51	54		
Ezici Alet ve cisim	36	5,22	28	4,67	64		
Kesici delici alet ve delici alet	227	32,95	197	32,89	424		
Zehir,patlayıcı yada yakmak için kullanılan malzeme	6	0,87	5	0,83	11		
Boğma amaçlı kullanılan malzemeler	6	0,87	5	0,83	11		
Diğer	40	5,81	24	4,01	64		
Toplam	689	100,00	599	100,00	1288	43,65	0,000***

***p<0,001

Ki-kare analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunan bir başka dağılım varyansı ise şiddet davranışında kullanılan alet gruplarının, tanı kategorileri üzerine olanıdır ($X^2(32)=100,574$, p=0,000). Burada, şiddet esnasında kullanılan alet seçimlerine

bakıldı . Diğer psikotik bozukluk ve duygudurum bozukluğu tanısı almış olanlarda ateşli silah kullanımının, organik bozukluk ve şizofreni tanısı almış olanlarda ise kesici-delici ve delici alet kullanımının daha sık olduğu görüldü.

Tablo 47. Şiddet esnasında kullanılan silah ve benzeri alet gruplarının, tanı grupları üzerine dağılımı.

	TANI										Toplam	Ki-kare	P
	Duygudurum Bozukl.		Organik Boz.		Zeka Geriliği		Şizofreni		Diğer Psikotik Boz.				
ŞİDDET İÇİN KULLANILAN ALETLER	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Yok	26	39,39	12	18,18	33	37,08	138	17,00	36	13,64	245		
Kesici-ezici alet, tarımda kullanılan aletler	2	3,03	6	9,09	3	3,37	60	7,39	18	6,82	89		
Ateşli silah	16	24,24	12	18,18	9	10,11	195	24,01	99	37,50	331		
Sopa ve benzeri cisim	3	4,55	1	1,52	4	4,49	35	4,31	11	4,17	54		
Ezici alet ve cisim	1	1,52	3	4,55	9	10,11	45	5,54	8	3,03	66		
Kesici delici ve delici alet	12	18,18	27	40,91	27	30,34	289	35,59	71	26,89	426		
Zehir, patlayıcı veya yakmak için kullanılan malzeme	2	3,03	2	3,03			5	0,62	2	0,76	11		
Boğma amaçlı kullanılan malzeme	2	3,03			1	1,12	5	0,62	3	1,14	11		
Diğer	2	3,03	3	4,55	3	3,37	40	4,93	16	6,06	64		
Toplam	66	100,00	66	100,0	89	100,00	812	100,00	264	100,00	1297	100,57	0,000***

***p<0,001

Kullanılan alet tiplerinden oluşturulan gruplamaların, şiddet eylemi kategorileri üzerine dağılımı, Ki-kare analizi ile incelendi. Analiz sonucunda, dağılımdaki varyansın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($X^2(24)=513,469$, $p=0,000$). Fiziksel şiddet kullananların genelde kesici-delici ve delici alet kullandıkları, mala yönelik şiddet gösterenlerin ise alet kullanmadıkları görüldü.

Tablo 48. Şiddet esnasında kullanılan silah ve benzeri alet gruplarının, şiddet kategorileri üzerine dağılımı

	ŞİDDET DAVRANIŞI GRUPLARI								Top- lam	Ki-kare	p
	FİZİKSEL ŞİDDET		MALA YÖNELİK ŞİDDET		SÖZEL ŞİDDET		DİĞER				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
ŞİDDET İÇİN KULLANILAN ALETLER											
Yok	73	7,55	162	61,13	8	25,00	2	5,88	245		
Kesici-ezici alet,tarımda kullanılan aletler	84	8,69	4	1,51	2	6,25			90		
Ateşli silah	256	26,47	34	12,83	11	34,38	30	88,24	331		
Sopa ve benzeri cisim	47	4,86	7	2,64					54		
Ezici alet ve cisim	40	4,14	26	9,81					66		
Kesici delici alet ve delici alet	386	39,92	27	10,19	11	34,38	2	5,88	426		
Zehir, patlayıcı veya yakmak için kullanılan malzeme	9	0,93	2	0,75					11		
Boğma amaçlı kullanılan malzemeler	11	1,14							11		
Diğer	61	6,31	3	1,13					64		
Toplam	967	93,69	265	98,87	32	100,00	34	100,00	1298	513,46	0,000***

***p<0,001

Şiddet eyleminde bulunurken kullanılan aletin nereden edinildiği ile ilgili oluşturulan grupların, cinsiyet kategorileri üzerine dağılımı incelendiğinde, Ki-kare analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir varyans bulundu ($X^2(3)=45,034$, $p=0,000$). Erkeklerin kadınlara oranla daha fazla silah veya benzeri alet taşıdıkları görüldü. Ayrıca, erkeklerin kadınlara göre daha sık olarak özellikle söz konusu eylem için yanlarında silah ve benzeri alet getirdikleri dikkati çekti. Bununla beraber, kadınların, şiddet eylemlerinde, erkeklere göre daha fazla olarak olay yerinde buldukları aleti kullandıkları saptandı.

Tablo 49. Eylemde kullanılan silah ve benzeri aletin nereden edinildiği gruplarının, cinsiyet kategorileri üzerine dağılımı

ALETİ NEREDEN EDİNİMİŞ	CİNSİYET GRUPLARI				Toplam	Ki-kare	p
	ERKEK		KADIN				
	n	%	n	%			
Alet yok	261	22.98	34	33.01	295	45.03	0,000***
Olay Yerinde Bulmuş	385	33.89	59	57.28	444		
Yanında Getirmiş/ Hep Taşımış	300	26.41	4	3.88	304		
Yanında Getirmiş/ Özellikle bu eylem için	190	16.73	6	5.83	196		
Toplam	1136	100.00	103	100.00	1239		

*** $p<0,001$

Kişinin kullandığı aleti nereden edindiği ile ilgili gruplamanın, ikili yaş kategorileri üzerine dağılımına bakıldığında anlamlı bir farklılık saptandı ($X^2(3)=30,261$, $p=0,000$). Burada alet kullanımının 18-35 yaş arasında daha az olduğu dikkati tekrar çekti. Bunun dışında, diğer oranların birbirine çok yakın olduğu, 36 yaş ve üzeri grubunun, diğer gruptan daha fazla olarak hep yanında taşıyor olduğu saptandı.

Tablo 50. Eylemde kullanılan silah ve benzeri aletin nereden edinildiği gruplarının, ikili yaş grupları üzerine dağılımı

	İKİLİ YAŞ GRUPLARI				Top- lam	Ki-kare	p
	18 - 35		36+				
ALETİ NEREDEN EDİNİMİŞ	n	%	n	%			
Alet Yok	195	29.46	96	16.87	291		
Olay yerinde bulmuş	223	33.69	218	38.31	441		
Yanında getirmiş/ Hep Taşırmış	139	21.00	165	29.00	304		
Yanında getirmiş/ Özellikle bu eylem için	105	15.86	90	15.82	195		
Toplam	662	100.00	569	100.00	1231	30.26	0,000***

*** $p<0,001$

Şiddet davranışı sergilerken kullanılan aletin nereden bulunduğu ile ilgili kategorilerin, tanı grupları üzerine dağılımına bakıldığında, Ki-kare analizi, bu dağılımda anlamlı düzeyde farklılaşma olduğunu ortaya koydu ($X^2(12)=41,445$, $p=0,000$). Tüm tanı gruplarının kendi içlerinde ağırlıklı olarak olay yerlerinde buldukları silah ve benzeri aleti kullandıkları bulundu. Bununla beraber, bu ağırlığın, şizofreni ve organik bozukluklar tanısı almış olanlarda, diğer gruplara göre daha fazla olduğu da görüldü.

Tablo 51. Şiddet esnasında kullanılan silah ve benzeri aletlerin nereden edinildiği gruplarının, tanı kategorileri üzerine dağılımı

	T A N I										Top- lam	Ki- kare	P
	Duygu- durum Bozukl.		Organik Boz.		Zeka Geriliği		Şizofreni		Diğer Psikotik Boz.				
ALETİ NEREDEN EDİNİMİŞ	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Alet Yok	27	40,91	15	24,59	35	41,67	169	21,89	49	19,22	295		
Olay Yerinde Bulmuş	21	31,82	22	36,07	28	33,33	286	37,05	86	33,73	443		
Yanında Getirmiş/ Hep Taşımış	11	16,67	18	29,51	18	21,43	190	24,61	67	26,27	304		
Yanında Getirmiş/ Özellikle bu eylem için	7	10,61	6	9,84	3	3,57	127	16,45	53	20,78	196		
Toplam	66	100,00	61	100,00	84	100,00	772	100,00	255	100,00	1238	41,44	0,000***

***p<0,001

Silah veya benzeri aleti özellikle bu eylem için yanında getirmiş olanların oranı ise şizofreni tanısı alanlarda diğerlerine göre daha fazla olduğu görüldü.

Tablo 52. Tanı gruplarının, şiddet esnasında kullanılan silah ve benzeri aletlerin nereden edinildiği kategorileri üzerine dağılımı

	ALETİ NEREDEN EDİNİMİŞ								Top- lam	Ki- kare	p
	Alet yok		Olay Yerinde Bulmuş		Yanında getirmiş/ hep taşırmış		Yanında getirmiş/ özellikle bu eylem için				
TANI	n	%	n	%	n	%	n	%			
Duygudurum Bozukluğu	27	2,18	21	1,70	11	0,89	7	0,57	66		
Organik Bozukluklar	15	1,21	22	1,78	18	1,45	6	0,48	61		
Zeka Geriliği	35	2,83	28	2,26	18	1,45	3	0,24	84		
Şizofreni	169	13,65	286	23,10	190	15,35	127	10,26	772		
Diğer psikotik bozukluklar	49	3,96	86	6,95	67	5,41	53	4,28	255		
Toplam	295	23,83	443	35,78	304	24,56	196	15,83	1238	41,44	0,000***

***p<0,001

Kişilerin şiddet davranışında buldukları esnada kullandıkları aletleri nereden buldukları ile ilgili grupların, şiddet davranışı kategorileri üzerine dağılımına bakıldığında, Ki-kare analizi dağılımdaki varyansın anlamlı olduğunu ortaya koydu ($X^2(9)=355,869$, $p=0,000$). Fiziksel şiddet uygulayanların, genellikle olay yerinden buldukları aletleri, saldırı esnasında, kullandıkları görülürken, sözel şiddet ve diğer şiddet kategorilerine girenlerin kullandıkları aletleri, daha çok, hep yanlarında taşıyor oldukları saptandı. Mala yönelik şiddet kategorisinde alet kullanımı sıklığı az olduğu burada da görüldü.

Tablo 53. Eylemde kullanılan silah ve benzeri aletin nereden edinildiği gruplarının, şiddet kategorileri üzerine dağılımı

	ŞİDDET DAVRANIŞI GRUPLARI								Top- lam	Ki- kare	p
	FİZİKSEL ŞİDDET		MALA YÖNELİK ŞİDDET		SÖZEL ŞİDDET		DİĞER				
ALETİ NEREDEN EDİNİMİŞ	n	%	n	%	n	%	n	%			
Alet yok	120	13,06	165	63,22	8	27,59	2	6,67	295		
Olay Yerinde Bulmuş	402	43,74	37	14,18	5	17,24			444		
Yanında Getirmiş/Hep Taşımış	235	25,57	34	13,03	9	31,03	26	86,67	304		
Yanında Getirmiş/ Özellikle Bu Eylemi İçin	162	17,63	25	9,58	7	24,14	2	6,67	196		
Toplam	919	100,00	261	100,00	29	100,00	30	100,00	1239	355,86	0,000***

***p<0,001

Şiddetin ortaya çıktığı mekanlara bakıldığında, genellikle ev ortamları olduğu görüldü. Daha detaylı bir şekilde incelendiğinde ise eylemin saldırgan ve mağdurun ortak evlerinde gerçekleştiği bulundu.

Tablo 54. Şiddetin gerçekleştiği mekan dağılımı

ŞİDDETİN GERÇEKLEŞTİĞİ MEKAN	n	%
Dış mekan	409	30.00
Ev	535	39.30
İşyeri	261	19.20
Kayıp Veri	157	11.50
Toplam	1362	100.00

Tablo 55. Şiddetin gerçekleştiği mekan dağılımı (detaylı)

ŞİDDET DAVRANIŞININ GERÇEKLEŞTİĞİ MEKAN (DETAYLI)	n	%
Dış mekan-ıssız	67	4.90
Dış mekan-kamusal alan	342	25.10
Mağdurun Evi	124	9.10
Saldırganın Evi	45	3.30
Saldırganın/mağdurun evi	366	26.90
Mağdurun işyeri	108	7.90
Saldırganın işyeri	12	0.90
Diğer (işyeri)	129	9.50
Saldırganın/mağdurun işyeri	12	0.90
Kayıp Veri	157	11.50
Toplam	1362	100.00

Şiddetin uygulandığı mekan kategorilerinin, cinsiyet grupları üzerine dağılımı Ki-kare analizi ile incelendiğinde, dağılımdaki varyansın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($X^2(2)=43,28$, $p=0,000$). Kadınların da erkeklerin de çoğunlukla ev ortamında şiddet davranışı sergiledikleri bulundu. Kadınların evde şiddet eylemi göstermesinin, erkeklerin oranından daha yüksek olduğu ortaya kondu.

Tablo 56. Şiddetin gerçekleştiği mekan gruplarının, cinsiyet kategorileri üzerine dağılımı

	CİNSİYET GRUPLARI				Top- lam	Ki-kare	p
	ERKEK		KADIN				
ŞİDDET DAVRANIŞININ MEKANI	n	%	n	%			
Dış Mekan	392	35,60	17	16,35	409		
Ev	457	41,51	78	75,00	535		
İşyeri	252	22,89	9	8,65	261		
Toplam	1101	100,00	104	100,00	1205	43,28	0,000***

***p<0,001

Dış mekanlarda gerçekleşen eylemlere bakıldığında, burada erkeklerin kadınlara göre daha fazla olduğu görüldü.

Tablo 57. Cinsiyet gruplarının, şiddetin gerçekleştiği mekan kategorileri üzerine dağılımı

	ŞİDDET DAVRANIŞININ MEKANI						Top- lam	Ki- kare	p
	Dış Mekan		Ev		İşyeri				
CİNSİYET GRUPLARI	n	%	n	%	n	%			
Erkek	392	32,53	457	37,93	252	20,91	1101		
Kadın	17	1,41	78	6,47	9	0,75	104		
Toplam	409	33,94	535	44,40	261	21,66	1205	41,44	0,000***

***p<0,001

Şiddet eyleminin gerçekleştiği yer kategorilerinin, ikili yaş grupları üzerine dağılımında anlamlı bir varyans saptanmadı ($p>0,05$).

Şiddet davranışının gerçekleştiği yer gruplarının, tanı kategorileri üzerine dağılımına bakıldığında, Ki-kare analizinde, istatistiksel olarak anlamlı bir varyans bulunmadı ($p>0,05$).

Şiddet davranışının uygulandığı mekan gruplarının, şiddet davranışı kategorileri üzerine dağılımına bakıldığında, varyansın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($X^2(6)=155,233$, $p=0,000$). Fiziksel ve sözel şiddetin çoğunlukla ev ortamlarında, mala yönelik şiddetin ise genellikle işyeri ortamlarında ortaya konduğu bulundu. Diğer kategorisine giren şiddet davranışlarının da dış mekanlarda gerçekleştiği saptandı.

Tablo 58. Şiddetin gerçekleştiği mekan gruplarının, şiddet kategorileri üzerine dağılımı

	ŞİDDET DAVRANIŞI GRUPLARI								Top- lam	Ki- kare	p
	FİZİKSEL ŞİDDET		MALA YÖNELİK ŞİDDET		SÖZEL ŞİDDET		DİĞER				
ŞİDDET DAVRANIŞININ MEKANI	n	%	n	%	n	%	n	%			
Dış Mekan	324	34,88	65	27,66	7	29,17	13	76,47	409		
Ev	467	50,27	53	22,55	12	50,00	3	17,65	535		
İşyeri	138	14,85	117	49,79	5	20,83	1	5,88	261		
Toplam	929	100,00	235	100,00	24	100,00	17	100,00	1205	155,23	0,000***

*** $p<0,001$

Olayın gerçekleştiği zaman kategorilerinin cinsiyet grupları üzerine dağılımında anlamlı bir varyans saptanmadı ($p>0,05$).

Şiddet eyleminin gerçekleştiği zaman dilimi gruplarının, ikili yaş kategorileri üzerine dağılımın bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmadı ($p>0,05$).

Olay zamanı gruplarının, tanı kategorileri üzerine dağılımı Ki-kare analizi ile incelendi ve dağılımdaki varyans istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Şiddet olayının gerçekleştiği zaman kategorilerinin şiddet davranışı grupları üzerine dağılımındaki varyans Ki-kare analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($X^2(6)=21,322$, $p<0,01$). Tüm şiddet davranışlarının çoğunlukla gündüz saatlerinde gerçekleşti görüldü.

Tablo 59. Şiddet davranışı gruplarının, eylemin gerçekleştiği zaman kategorileri üzerine dağılımı

	ŞİDDET DAVRANIŞININ ZAMANI						Top- lam	Ki- kare	p
	Gündüz		Akşam		Gece				
ŞİDDET DAVRANIŞI	n	%	n	%	n	%			
Fiziksel Şiddet	524	60,51	101	11,66	66	7,62	691		
Mala Yönelik Şiddet	88	10,16	32	3,70	28	3,23	148		
Sözel Şiddet	15	1,73	1	0,12	1	0,12	17		
Diğer	8	0,92	2	0,23			10		
Toplam	635	73,33	136	15,70	95	10,97	866	21,32	0,002**

** $p<0,01$

Ayrıca, Mala yönelik şiddet eylemlerinde bulunanlarda, akşam ve gece suça yönelmenin, diğer şiddet gruplarındakilere göre, daha fazla olduğu ortaya kondu.

Tablo 60. Eylemin gerçekleştiği zaman gruplarının, şiddet davranışı kategorileri üzerine dağılımı

ŞİDDET DAVRANIŞININ ZAMANI	ŞİDDET DAVRANIŞI GRUPLARI								Toplam	Ki-kare	p
	FİZİKSEL ŞİDDET		MALA YÖNELİK ŞİDDET		SÖZEL ŞİDDET		DİĞER				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Gündüz	524	75,83	88	59,46	15	88,24	8	80,00	635	21,32	0,002**
Akşam	101	14,62	32	21,62	1	5,88	2	20,00	136		
Gece	66	9,55	28	18,92	1	5,88			95		
Toplam	691	100,00	148	100,0	17	100,0	10	100,00	866		

**p<0.01

Şiddet davranışı esnasında yanında eşi olma/olmama gruplarının, cinsiyet kategorileri üzerine dağılımı Ki-kare analizi ile incelendi ve anlamlı bir varyans bulunmadı (p>0,05).

Şiddet sırasında yanında biri olması gruplamalarının, ikili yaş kategorileri üzerine dağılımlarına bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmadı (p>0,05).

Şiddet davranışı sırasında beraberinde birinin olması/olmaması gruplarının, tanı kategorileri üzerine dağılımının, Ki-kare analizi ile incelenmesi sonucunda, istatistiksel olarak anlamlı bir varyans bulundu ($X^2(4)=18,784$, p<0,01). Şiddet davranışı esnasında

yanında eylemine eşlik eden birinin bulunması durumunun az olduğu, olanların da daha çok şizofreni ve zeka geriliği tanısı almış katılımcılar olduğu saptandı.

Tablo 61. Tanı gruplarının, eylem sırasında partneri olma/olmama durumu kategorileri üzerine dağılımı

TANI	EYLEMİNDEKİ PARTNERİ				Top- lam	Ki- Kare	p
	Yok		Var				
	n	%	n	%			
Duygudurum Bozuklukları	67	4.98	1	0.08	68		
Organik bozuklukları	62	4.61	4	0.30	66		
Zeka geriliği	83	6.17	11	0.82	94		
Şizofreni	810	60.22	41	3.04	851		
Diğer psikotik bozukluklar	262	19.48	4	0.30	266		
Toplam	1284	95.46	61	4.54	1345	18.78	0,001***

***p<0,001

Uygulanan şiddet davranışı esnasında beraberinde biri olup olmadığını tanımlamayı amaçlayan suç eşi olması/olmaması gruplamasının şiddet davranışı üzerinde dağılımı Ki-kare analizi ile incelendiğinde, dağılımdaki varyansın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($X^2(3)=32,412$, $p=0,000$). Şiddet davranışı esnasında yanında bu davranışa eşlik eden biri olanların sıklıkla ve eşit oranda hem fiziksel hem de mala yönelik şiddet gösterdikleri görüldü.

Tablo 62. Şiddet gruplarının, eylem sırasında partneri olma/olmama durumu kategorileri üzerine dağılımı

	EYLEMDEKİ PARTNERİ				Toplam	Ki-Kare	p
	YOK		VAR				
ŞİDDET DAVRANIŞI	n	%	n	%			
Fiziksel Şiddet	970	72,07	30	2,23	1000	32.41	0,000***
Mala Yönelik Şiddet	248	18,42	30	2,23	278		
Sözel Şiddet	33	2,45	1	0,07	34		
Diğer	34	2,52			34		
Toplam	1285	95,46	61	4,53	1346		

***p<0,001

3.2.2. MAĞDUR ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Seçilen mağdurlarla ilgili dağılımlar incelendi. Mağdurların daha çok yetişkin ve erkek olduğu, çoğunlukla şiddet eylemini gerçekleştiren kişilerin aile bireylerinden oldukları bulundu. Soy yakınlıklarına bakıldığında mağdur, saldıran kişinin ailesinden ise, bu kişinin eşi olma ihtimalinin daha yüksek olduğu saptandı. Dağılımlar aşağıdaki tablolarda gösterilmektedir.

Tablo 63. Mağdurların yaş durumu

MAĞDURUN YAŞI	n	%
Yetişkin	1067	78.30
Çocuk	41	3.00
Kayıp Veri	254	18.6
Toplam	1362	100.00

Tablo 64. Mağdurların cinsiyet dağılımı

MAĞDURUN CİNSİYETİ	n	%
Erkek	695	51.00
Kadın	390	28.70
Kayıp Veri	277	20.30
Toplam	1362	100.00

Tablo 65. Mağdurların şiddeti uygulayan kişiye yakınlığı

MAĞDURUN YAKINLIĞI	n	%
Yabancı	182	13.40
Tanıdık (Sadece Aşına)	167	12.30
Yakın Tanıdık	198	14.50
Uzak Akraba	120	8.80
Aile Üyesi	468	34.30
Kayıp Veri	227	16.70
Toplam	1362	100.00

Tablo 66. Mağdurların şiddeti uygulayan kişiye soy yakınlığı

MAĞDURUN SOY YAKINLIĞI	n	%
Soy Yakınlığı Yok	546	40.10
Ebeveyn	175	12.80
Eşi	200	14.70
Çocuğu	46	3.40
Kardeşi	64	4.70
2.derece ve Uzak Akraba	78	5.70
Kayıp Veri	253	18.60
Toplam	1362	100.00

Mağdurların cinsiyet gruplarının, tanı kategorileri üzerine dağılımı incelendiğinde, dağılımdaki varyans anlamlı bulundu ($X^2(4)=14,258$, $p<0,01$). Tüm tanı gruplarında en fazla erkeklerin mağdur edildiği görüldü.

Tablo 67. Mağdurların cinsiyet gruplarının, tanı kategorileri üzerine dağılımı

	T A N I										Top- lam	Ki- kare	p
	Duygudu- rum Boz.		Organik Boz.		Zeka Geriliği		Şizofreni		Diğer Psikotik Boz.				
MAĞDURUN CİNSİYETİ	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Erkek	32	60,40	35	70,00	47	77,05	461	65,58	119	54,84	694		
Kadın	21	39,60	15	30,00	14	22,95	242	34,42	98	45,16	390		
Toplam	53	100,00	50	100,00	61	100,00	703	100,00	217	100,00	1084	14,25	0,007**

**p<0,01

Mağdur yaşı açısından bakıldığında, bu grupların tanı kategorileri üzerine dağılımındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($X^2(4)=20,969$, $p=0,000$). Çocuk mağduriyetinde, şizofreni tanısı almış olanlardaki oranın diğer tanı gruplarındakilerden yüksek olduğu bulundu.

Tablo 68. Mağdurun yaş gruplarının, tanı kategorileri üzerine dağılımı

	T A N I										Top- lam	Ki- kare	p
	Duygudu- rum Boz.		Organik Boz.		Zeka Geriliği		Şizofreni		Diğer Psikotik Boz.				
MAĞDURUN YAŞI	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Yetişkin	48	85,71	51	98,08	58	93,55	692	97,19	217	96,44	1066		
Çocuk	8	14,29	1	1,92	4	6,45	20	2,81	8	3,56	41		
Toplam	56	100,00	52	100,00	62	100,00	712	100,00	225	100,00	1107	20,96	0,000***

***p<0,001

Örnekleme oluşturan kişilerin mağdurları ile yakınlığını tanımlayan kategorilerin, tanı grupları üzerine dağılımı incelendiğinde, dağılımın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($X^2(16)=27,349$, $p<0,05$). Zeka geriliği tanısı almış olanların yabancı kişileri, diğer gruplardakilerin ise aile üyelerini daha çok mağdur ettikleri görüldü.

Tablo 69. Mağdurun yakınlığı gruplarının, tanı kategorileri üzerine dağılımı

	T A N I										Top- lam	Ki- kare	P
	Duygudu- rum Boz.		Organik Boz.		Zeka Geriliği		Şizofreni		Diğer Psikotik Boz.				
MAĞDURUN YAKINLIĞI	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Yabancı	15	25,86	6	11,32	20	30,30	110	15,15	31	13,42	182		
Tanıdık (Aşına)	4	6,90	10	18,87	10	15,15	114	15,70	29	12,55	167		
Yakın tanıdık	9	15,52	13	24,53	9	13,64	122	16,80	44	19,05	197		
Akraba	6	10,34	4	7,55	10	15,15	74	10,19	26	11,26	120		
Aile üyesi	24	41,38	20	37,74	17	25,76	306	42,15	101	43,72	468		
Toplam	58	100,00	53	100,00	66	100,00	726	100,00	231	100,00	1134	27,34	0,038*

* $p<0,05$

Mağdurun cinsiyeti, yaşı ve saldırganla yakınlığı kategorilerinin şiddet davranışı grupları üzerine dağılımı incelendiğinde, Ki-kare analizi sadece mağdurun saldırganla yakınlığı gruplamalarının bu kategoriler üzerine dağılımının istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucunu verdi ($X^2(12)=246,992$, $p=0,000$). Mala yönelik şiddet davranışı sergileyenlerin çoğunun mağdurun yakını olmadığı görüldü (%59,7). Aile üyelerine şiddet gösterenlerin ise daha çok fiziksel şiddet kullandıkları saptandı.

Tablo 70. Mağdurun yakınlığı gruplarının, şiddet davranışı kategorileri üzerine dağılımı

	ŞİDDET DAVRANIŞI GRUPLARI								Top- lam	Ki- kare	p
	FİZİKSEL ŞİDDET		MALA YÖNELİK ŞİDDET		SÖZEL ŞİDDET		DİĞER				
MAĞDURUN YAKINLIĞI	n	%	n	%	n	%	n	%			
Yabancı	98	10,14	80	59,70	3	10,71	1	14,29	182		
Tanıdık (Sadece Aşına)	135	13,98	22	16,42	8	28,57	2	28,57	167		
Yakın tanıdık	170	17,60	17	12,69	9	32,14	2	28,57	198		
Akraba	112	11,59	6	4,48	2	7,14			120		
Aile üyesi	451	46,69	9	6,72	6	21,43	2	28,57	468		
Toplam	966	100,00	134	100,00	28	100,00	7	100,00	1135	246,99	0,000***

***p<0,001

Mağdurun cinsiyeti, yaşı ve yakınlığının ikiye bölünmüş yaş kategorileri üzerine dağılımında da anlamlı bir farklılaşma bulundu (sırasıyla, $X^2(1)=7,589$, $p<0,01$; $X^2(1)=11,777$, $p<0,01$; $X^2(4)=14,702$, $p=0,005$). Buna göre, her iki yaş grubunda da, mağdurun, çoğunlukla, saldırganın aile üyesi olan yetişkin bir erkek olduğu saptandı.

Tablo 71. Mağdurun cinsiyet gruplarının, ikili yaş kategorileri üzerine dağılımı

	İKİLİ YAŞ GRUPLARI				Top- lam	Ki- kare	p
	18 - 35		36+				
MAĞDURUN CİNSİYETİ	n	%	n	%			
Erkek	380	67,98	311	59,92	691		
Kadın	179	32,02	208	40,08	387		
Toplam	559	100,00	519	100,00	1078	7,58	0,006**

**p<0,01

Tablo 72. Mağdurun yaş gruplarının, ikili yaş kategorileri üzerine dağılımı

	İKİLİ YAŞ GRUPLARI				Top- lam	Ki- kare	p
	18 - 35		36+				
MAĞDURUN YAŞI	n	%	n	%			
Yetişkin	538	94,39	522	98,31	1060		
Çocuk	32	5,61	9	1,69	41		
Toplam	570	100,00	531	100,00	1101	11,77	0,001***

***p=0,001

Tablo 73. Mağdurun yakınlığı gruplarının, ikili yaş kategorileri üzerine dağılımı

	İKİLİ YAŞ GRUPLARI				Top- lam	Ki- kare	p
	18 - 35		36+				
MAĞDURUN YAKINLIĞI	n	%	n	%			
Yabancı	118	20,03	63	11,71	181		
Tanıdık (Aşına)	82	13,92	82	15,24	164		
Yakın Tanıdık	95	16,13	102	18,96	197		
Akraba	60	10,19	60	11,15	120		
Aile Üyesi	234	39,73	231	42,94	465		
Toplam	589	100,00	538	100,00	1127	14,7	0,005**

**p<0,01

Mağdur özelliklerinin, cinsiyet açısından dağılımlarının incelenmesi sonucunda, mağdur cinsiyetlerinin dağılımında, saldırganın cinsiyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma tespit edildi ($X^2(1)=6,065$, $p<0,05$). Mağdurun cinsiyetinin iki grupta da çoğunlukla erkek olduğu görüldü. Ayrıca, erkeklerin mağdur ettikleri kadın ve erkeklerin arasında göze çarpan bir oran farklılığı olduğu, böyle bir farklılığın kadınlarda olmadığı görüldü.

Tablo 74. Mağdurun cinsiyet gruplarının, şiddet uygulayan kişinin cinsiyet kategorileri üzerine dağılımı

	CİNSİYET GRUPLARI				Top- lam	Ki-kare	p
	Erkek		Kadın				
MAĞDURUN CİNSİYETİ	n	%	n	%			
Erkek	644	65,18	51	52,58	695		
Kadın	344	34,82	46	47,42	390		
Toplam	988	100,00	97	100,00	1085	6,09	0,014*

*p<0,05

Mağdurların yaşlarının dağılımların bakıldığında, bu parametrenin, saldırganın cinsiyet kategorileri üzerine dağılımı anlamlı bulundu ($X^2(1)=85,389$, $p=0,000$).

Kadınların çocuk mağdur etme oranının erkeklerinkine göre fazla olduğu görüldü.

Tablo 75. Mağdurun yaş gruplarının, şiddet uygulayan kişinin cinsiyet kategorileri üzerine dağılımı

	CİNSİYET GRUPLARI				Top- lam	Ki-kare	p
	Erkek		Kadın				
MAĞDURUN YAŞI	n	%	n	%			
Yetişkin	990	97,92	77	79,38	1067		
Çocuk	21	2,08	20	20,62	41		
Toplam	1011	100,00	97	100,00	1108	85,38	0,000***

***p<0,001

Mağdurun saldırganlık yakınlığı gruplarının, cinsiyet kategorileri üzerine dağılımı incelendiğinde de, dağılımda anlamlı bir varyans saptandı ($X^2(4)=25,705$, $p=0,000$). İki grupta da çoğunluk aile üyesine karşı şiddet sergilediği görüldü.

Tablo 76. Mağdurun yakınlığı gruplarının, şiddet uygulayan kişinin cinsiyet kategorileri üzerine dağılımı

	CİNSİYET GRUPLARI				Top- lum	Ki-kare	p
	Erkek		Kadın				
MAĞDURUN YAKINLIĞI	n	%	n	%			
Yabancı	172	16,68	10	9,62	182		
Tanıdık (Aşına)	159	15,42	8	7,69	167		
Yakın Tanıdık	187	18,14	11	10,58	198		
Akraba	112	10,86	8	7,69	120		
Aile Üyesi	401	38,89	67	64,42	468		
Toplam	1031	100,00	104	100,00	1135	25,7	0,000***

*** $p<0,001$

3.3. ŞİDDET TEKRARI İLE İLGİLİ BULGULAR

Örneklem grubu şiddet tekrarı açısından incelendiğinde çoğunluğunun eylemlerini tekrar etmedikleri (%78,1) bulundu.

Tablo 77. Suç tekrarı olan ve olmayan kişilerin dağılımı

ÖNCEKİ ŞİDDET EYLEMİ	n	%
Yok	1054	77.39
Var	295	21.66
Kayıp Veri	13	0.95
Toplam	1362	100.00

Şiddet davranışını tekrar eden kişilerde bu eylemlerin sayısına bakıldığında, grubun yarısından çoğunun (%59,7) 1 defa bu tip bir davranış gerçekleştirmiş oldukları saptandı.

Tablo 78. Suç tekrarı olan kişilerde şiddet davranış sayısı dağılımı

ÖNCEKİ ŞİDDET EYLEMİ	n	%
1 tane	176	59.66
2-5 tane	96	32.54
6 ve daha fazla	23	7.80
Kayıp Veri	0	0.00
Toplam	295	100.00

Suç tekrarı gösteren kişilerde önceki şiddet davranışlarının son eyleminden nitelik olarak farklı olduğu görüldü. Bu kişilerin çoğunlukla geçmişte işledikleri suçtan farklı bir şiddet eyleminde buldukları bulundu (%45,4).

Tablo 79. Önceki şiddet eylemlerinin niteliklerinin dağılımı

ÖNCEKİ ŞİDDET EYLEMİNİN NİTELİĞİ	n	%
Aynı davranışın tekrarı	85	28.81
Başka eylemler	124	42.03
Hem aynı, hem farklı eylemler	64	21.70
Kayıp Veri	22	7.46
Toplam	295	100.00

Önceki şiddet davranış sayısı gruplarının cinsiyet kategorileri üzerine dağılımındaki farklılaşmanın anlamlı olduğu Ki-kare analizi ile tespit edildi ($X^2(3)=8,413$, $p<0,05$). Erkeklerde şiddet davranışı tekrarının kadınlara oranla daha fazla olduğu görüldü.

Tablo 80. Geçmiş şiddet davranışı sayısının, cinsiyet grupları üzerine dağılımı

GEÇMİŞ ŞİDDET DAVRANIŞI SAYISI	CİNSİYET GRUPLARI				Top- lam	Ki-kare	p
	Erkek		Kadın				
	n	%	n	%			
İlk defa	953	77,23	101	87,83	1054	8,41	0,038*
1 defa	165	13,37	11	9,57	176		
2-5 defa	93	7,54	3	2,61	96		
6 defa ve üstü	23	1,86			23		
Toplam	1234	100,00	115	100,00	1326		

*p< 0,05

Daha önceden gösterdikleri şiddet davranışlarının sayısı ve şiddet tekrarının olması/olmaması ile ilgili grupların yaş kategorileri üzerine dağılımına bakıldığında, Ki-kare analizi iki dağılımda da istatistiksel olarak anlamlı bir varyans bulmadı ($p>0,05$). Buna ek olarak, suç tekrarında bulunan kişilerin yaş gruplarının dağılımlarına bakıldığında 26-35 arasında bir kümelenme dikkati çekti.

Tablo 81. Şiddet tekrarında bulunan kişilerin yaş gruplarının dağılımı

YAŞ GRUPLARI	n	%
26 yaşından küçük	51	17.29
26-35 yaş arası	109	36.95
36-45 yaş arası	85	28.81
46-55 yaş arası	31	10.51
55 yaş üstü	18	6.10
Kayıp Veri	1	0.34
Toplam	295	100.00

Şiddet tekrarı kategorilerinin medeni durum grupları üzerine dağılımı incelendiğinde, dağılımdaki varyansın anlamlı olduğu tespit edildi ($X^2(1)=20,848$, $p=0,000$). Partneri olmayanların daha sık şiddet davranışını tekrar ettiği görüldü.

Tablo 82. Şiddet tekrarı kategorilerinin, medeni durum grupları üzerine dağılımı

	MEDENİ DURUM				Top- lam	Ki-Kare	p
	Partneri Olmayan		Partneri Olan				
ŞİDDET TEKRARI	n	%	n	%			
İlk Şiddet Eylemi	336	38,00	360	40,70	696		
2 ve daha Fazla Şiddet Eylemi	126	14,20	62	7,00	188		
Toplam	462	52,20	422	47,70	884	20,84	0,000***

*** $p<0,001$

Suç tekrarı yapan kişilerin eğitim durumlarının dağılımına bakıldığında büyük çoğunluğunun en fazla ilkokula terk veya ilkokul mezunu olduğu görüldü (68,4). Eğitim seviyesinin şiddet davranışının ilk olması/olmaması grupları üzerine dağılımlarına bakıldı. Sonuçta dağılımda da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmadı ($p>0,05$).

Tablo 83. Şiddet tekrarında bulunan kişilerin eğitim durumlarının dağılımı

EĞİTİM DURUMU	n	%
Okur Yazar Değil	8	2.70
İlkokul Terk/Mezun	78	26.40
Ortaokul Terk/Mezun	15	5.10
Lise Terk/Mezun	11	3.70
Üniversite Terk/Mezun ve Üzeri	2	0.70
Kayıp Veri	181	61.40
Toplam	295	100.00

Çocuğu olma/olmama, anne ve/ya babanın sağ olma/olmama durumlarının da şiddet davranışının ilk olması/olmaması grupları üzerine dağılımlarındaki varyanslar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Şiddet tekrarı gösteren kişilerin ailelerine bakıldığında, 4 kardeş olanların (%30,2) çoğunlukta olduğu ve hastanın daha çok ailesinin 1. (%30) veya 3. (%28) çocuğu olduğu görüldü.

Tablo 84. Şiddet tekrarında bulunan kişilerin kardeş sayısı dağılımı

KARDEŞ SAYISI	n	%
0	1	0.30
2	4	1.40
3	12	4.10
4	19	6.40
5	8	2.70
6	4	1.40
7	6	2.00
8	3	1.00
9	2	0.70
10	2	0.70
11	1	0.30
12	1	0.30
Kayıp Veri	232.00	78.60
Toplam	295.00	100.00

Tablo 85. Şiddet tekrarında bulunan kişilerin, ailelerinin kaçınıcı çocuğu olduğu ile ilgili dağılım

KAÇINCI ÇOCUK	n	%
1 inci	15	5.10
2 inci	8	2.70
3 üncü	14	4.70
4 üncü	8	2.70
5 inci	3	1.00
6 ıncı ve üstü	2	0.60
Kayıp Veri	245	83.10
Toplam	295	100.00

Şiddet tekrarı gösteren kişilerin kiminle beraber yaşadıkları incelendiğinde, grubun yarısına yakınının ebeveynleri ile yaşadığı saptandı (%45,8). Bu kişilerin beraber yaşadığı kişilerinden oluşan grupların şiddet davranışı tekrarı kategorileri üzerine dağılımına bakıldığında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$).

Tablo 86. Şiddet davranışında bulunan kişilerin kiminle beraber yaşadığı bilgisinin dağılımı

KİMİNLE YAŞIYOR	n	%
Ebeveyni ile	22	7.50
Eşi ve çocuklarıyla	12	4.10
Kardeşleriyle	1	0.30
Sokakta	5	1.70
Yalnız	6	2.00
Diğer	2	0.70
Kayıp Veri	247	83.70
Toplam	295	100.00

Şiddet davranışının ilk olması/olmaması kategorilerinin aile içi şiddet grupları üzerine dağılımına bakıldığında farklılaşma istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($\chi^2(1)=11,044$, $p<0,01$). İki veya daha fazla şiddet eyleminde bulunanların evlerinde diğer gruba oranla daha az aile içi şiddete (ona karşı, ondan diğerlerine, diğer bireyler arasında) rastlandı.

Tablo 87. Şiddet davranışının ilk olması/olmaması kategorilerinin, aile içi şiddet durumu grupları üzerine dağılımı

	AİLE İÇİ ŞİDDET				Top- lam	Ki- Kare	P
	Yok		Var				
ŞİDDET TEKRARI	n	%	n	%			
İlk Şiddet Eylemi	932	69.00	122	9.15	1054		
2 ve daha Fazla Şiddet Eylemi	239	17.70	56	4.15	295		
Toplam	1171	86.70	178	13.30	1349	11.04	0,001***

*** p=0,001

Bununla beraber, aile içi şiddet şekillerinin dağılımı, bilgisi alınabilen olgular üzerinden incelendiğinde, tamamının hastadan diğer aile bireyelerine karşı gerçekleştiği görüldü.

Tablo 88. Şiddet tekrarında bulunan kişilerde aile içi şiddet şekillerinin dağılımı

AİLE İÇİ ŞİDDET	n	%
Yok	0	0.00
Var-Hastadan diğerlerine	56	19.00
Var- Diğerlerinden hastaya	0	0.00
Var- Diğerleri arasında	0	0.00
Var- Hem diğerlerinden ona, hem ondan diğerlerine	0	0.00
Kayıp Veri	239	81.00
Toplam	295	100.00

Şiddet tekrarında bulunan kişilerin doğum yerlerinin dağılımına bakıldığında Karadeniz Bölgesi'nde kümelenme görüldü. Doğum yerlerinin bulunduğu bölgelerin şiddet davranışı tekrarı grupları üzerine dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmadı ($p>0,05$).

Tablo 89. Şiddet tekrarında bulunan kişilerin doğum yerlerinin bölgelere göre dağılımı

DOĞUM YERİ	n	%
Marmara	21	7.10
Ege	5	1.70
Akdeniz	12	4.10
İç Anadolu	21	7.10
Doğu Anadolu	21	7.10
Güneydoğu anadolu	9	3.10
Karadeniz	37	12.50
Yurtdışı	3	1.00
Kayıp Veri	166	56.30
Toplam	295	100.00

Suç tekrarı gösteren grubun askerlik durumları incelendiğinde büyük bir çoğunluğun bu konuda sorun yaşadığı görüldü (%66).

Tablo 90. Şiddet tekrarında bulunan kişilerin askerlik durumlarının dağılımı (genel)

ASKERLİK DURUMU	n	%
Sorunsuz Yapmış	30	10.20
Sorunlu yapmış/Bitirememiş/raporlu/şu anda asker	66	22.40
Tecilli	4	1.40
Kayıp Veri	195	66.10
Toplam	295	100.00

Şiddet eylemini tekrar eden kişilerin çoğunlukla işsiz oldukları bulundu (%57,8). Bununla beraber, İş durumu gruplarının şiddet davranışının ilk olması/olmaması grupları üzerine dağılımlarına bakıldı ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmadı ($p>0,05$).

Tablo 91. Şiddet tekrarında bulunan kişilerin çalışma durumlarının dağılımı

ÇALIŞMA DURUMU	n	%
İşsiz	63	21.40
Düzensiz Çalışıyor	7	2.40
Sürekli İşi Var	29	9.80
Emekli	10	3.40
Kayıp Veri	186	63.10
Toplam	295	100.00

Şiddet tekrarı gösterenlerin meslek grupları incelendiğinde işçilerin ağırlıkta olduğu görüldü (%25).

Tablo 92. Şiddet tekrarında bulunan kişilerin meslek gruplarının dağılımı

MESLEK GRUBU	n	%
İşsiz	53	18.00
İşçi	32	10.80
Memur	13	4.40
Tarım Çalışanı	21	7.10
Zanaatkar	1	0.30
Serbest Meslek	8	2.70
Kayıp Veri	167	56.60
Toplam	295	100.00

Suç tekrarı yapanlarda rastlanan akıl hastalıklarının tanı dağılımında en fazla şizofreni teşhisinin konmuş olduğu saptandı (%60,3). Bununla beraber, önceki şiddet

eylem sayısı gruplarının tanı kategori üzerine dağılımına bakıldığında, Ki-kare analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir varyans tespit edilmedi ($p>0,05$).

Tablo 93. Şiddet tekrarında bulunan kişilerin hastalık tanılarının dağılımı

TANI	n	%
Şizofreni	178	60.34
Diğer Psikotik Bozukluklar	62	21.02
Zeka Geriliği	22	7.46
Duygudurum Bozuklukları	16	5.42
Organik Bozukluklar	17	5.76
Kayıp Veri	0	0.00
Toplam	295	100.00

Bu kişilerin şiddet eylemleri öncesinde hastalık öyküleri olup olmadığına bakıldığında büyük çoğunluğunda daha önceden ruhsal rahatsızlıkları olduğu bilindiği tespit edildi (%95,4).

Tablo 94. Şiddet tekrarında bulunan kişilerde, geçmiş hastalık öyküsü olma/olmama durumu

GEÇMİŞ HASTALIK ÖYKÜSÜ	n	%
Var	251	85.20
Yok	12	4.00
Kayıp Veri	32	10.80
Toplam	295	100.00

Daha önceki şiddet davranışı sayılarından oluşturulan kategorilerin şiddet davranışı grupları üzerine dağılımına bakıldığında, dağılımda anlamlı düzeyde farklılaşma tespit edildi ($X^2(9)=78,754$, $p=0,000$). İki'den fazla şiddet davranışı sergileyenlerin çoğunlukla fiziksel şiddet ortaya koydukları görüldü.

Tablo 95. Geçmiş şiddet davranışı sayısının, şiddet tipleri kategorileri üzerine dağılımı

GEÇMİŞ ŞİDDET DAVRANIŞI SAYISI	ŞİDDET DAVRANIŞI GRUPLARI								Toplam	Ki-kare	P
	Fiziksel Şiddet		Mala Yönelik Şiddet		Sözel Şiddet		Diğer				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
İlk defa	822	82,04	195	69,64	19	57,58	18	52,94	1054	78,75	0,000***
1 defa	116	11,58	41	14,64	9	27,27	10	29,41	176		
2-5 defa	60	5,99	27	9,64	3	9,09	6	17,65	96		
6 defa ve üstü	4	0,40	17	6,07	2	6,06			23		
Toplam	1002	100,00	280	100,00	33	100,00	34	100,00	1349		

***p<0,001

Şiddet davranışı sırasında beraberinde biri olması/olmaması grupları ile şiddet davranışının ilk olması/olmaması kategorileri üzerine dağılımına bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma görülmedi ($p>0,05$). Diğer taraftan, bu kişilerin %94,9'unda eylemleri sırasında suç ortağı olmadığı saptandı.

Tablo 96. Şiddet tekrarında bulunan kişilerde, şiddet eylemi sırasında partneri olma/olmama durumu bilgisinin dağılımı

EYLEMİNDEKİ PARTNERİ	n	%
Yok	278	94.20
Var	15	5.10
Kayıp Veri	2	0.70
Toplam	295	100.00

Şiddet davranışının ilk olması/olmaması kategorilerinin şiddet eyleminde silah kullanılması/kullanılmaması grupları üzerine dağılımı incelendi ve dağılımdaki varyans anlamlı bulundu ($X^2(1)=30,473$, $p=0,000$). İlk defa şiddet eyleminde bulunanlarda silah ve benzeri alet kullanımının, iki ve daha fazla şiddet eylemi olanlardan daha sık olduğu görüldü.

Tablo 97. Şiddet davranışının ilk olması/olmaması kategorilerinin, silah kullanımı grupları üzerine dağılımı

	SİLAH KULLANIMI				Top- lam	Ki- Kare	P
	Yok		Var				
ŞİDDET TEKRARI	n	%	n	%			
İlk Şiddet Eylemi	198	15,24	816	62,82	1014		
2 ve daha Fazla Şiddet Eylemi	100	7,70	185	14,24	285		
Toplam	298	22,94	1001	77,06	1299	30,47	0,000***

*** $p<0,001$

Şiddet davranışı esnasında kullanılan alet gruplarının şiddet davranışının ilk olması/olmaması kategorileri üzerine dağılımındaki farklılıkların istatistiksel manada anlamlı olduğu Ki-kare analizi ile saptandı ($X^2(8)=41,501$, $p=0,000$). İlk şiddet eylemi olanların, 2 ve daha fazla şiddet davranışı olanlara göre daha fazla kesici-delici, delici alet ve ateşli silah kullandıkları bulundu.

Tablo 98. Silah ve benzeri alet tipleri kategorilerinin, şiddet davranışının ilk olması/olmaması grupları üzerine dağılımı

	ŞİDDET TEKRARI				Top- lam	Ki-kare	p
	İLK ŞİDDET EYLEMİ		2 VE DAHA FAZLA ŞİDDET EYLEMİ				
ŞİDDET İÇİN KULLANILAN ALETLER	n	%	n	%			
Yok	157	15,6	86	30,7	243		
Kesici-ezici alet, tarımda kullanılan aletler	74	7,3	15	5,4	89		
Ateşli Silah	270	26,8	60	21,4	330		
Sopa ve benzeri cisim	41	4,1	13	4,6	54		
Ezici Alet ve cisim	51	5,1	15	5,4	66		
Kesici delici alet ve delici alet	349	34,6	72	25,7	421		
Zehir,patlayıcı yada yakmak için kullanılan malzeme	11	1,1			11		
Boğma amaçlı kullanılan malzemeler	10	1,0	1	0,4	11		
Diğer	46	4,6	18	6,4	64		
Toplam	1009	100,0	280	100,0	1289	41,5	0,000***

***p<0,001

Şiddet davranışının ilk olması/olmaması kategorilerinin şiddet davranışında silah olarak kullanılan aletin nereden edinildiği ile ilgili grupların üzerine dağılımı incelendiğinde, Ki-kare analizi dağılımdaki varyansı anlamlı buldu ($X^2(3)=39,765$, $p=0,000$). İlk defa şiddet davranışı sergileyenlerin diğer gruba oranla daha sık olarak olay yerinden buldukları silah veya benzeri aleti kullandıkları görüldü.

Tablo 99. Şiddet davranışının ilk olması/olmaması kategorilerinin, olayda kullanılan silah ve benzeri aletlerin nereden edinildiği grupları üzerine dağılımı

	ALETİ NEREDEN EDİNİMİŞ								Top- lam	Ki- Kare	p
	Alet Yok		Olay Yerinde Bulmuş		Yanında Getirmiş/ Hep Taşımış		Yanında Getirmiş/ Özellikle				
ŞİDDET TEKRARI	n	%	n	%	n	%	n	%			
İlk Şiddet Eylemi	194	15.73	379	30.74	229	18.57	160	12.98	962		
2 ve daha Fazla Şiddet Eylemi	99	8.03	65	5.27	71	5.76	36	2.92	271		
Toplam	293	23.76	444	36.01	300	24.33	196	15.90	1233	39.76	0,000***

*** $p < 0,001$

Şiddet davranışının gerçekleştiği yer gruplarının şiddet davranışının ilk olması/olmaması kategorileri üzerine dağılımına bakıldığında, anlamlı düzeyde farklılaşma bulundu ($X^2(2)=6,788$, $p < 0,05$). İlk şiddet eylemi olanların çoğunlukla ev ortamında saldırganlık gösterdikleri görülürken diğer grubun daha çok dış mekanlarda (sokak, park vs.. gibi kamusal alanlarda) bu tip eylemler sergiledikleri saptandı.

Tablo 100. Şiddet davranışının gerçekleştiği mekan gruplarının, şiddet davranışının ilk olması/olmaması kategorileri üzerine dağılımı

	ŞİDDET DAVRANIŞININ MEKANI						Top- lam	Ki-kare	p
	Dış Mekan		Ev		İşyeri				
ŞİDDET TEKRARI	n	%	n	%	n	%			
İlk Şiddet Eylemi	309	25,8	439	36,7	198	16,6	946		
2 ve Daha Fazla Şiddet Eylemi	96	8,0	93	7,8	61	5,1	250		
Toplam	405	33,86	532	44,48	259	21,66	1196	6,78	0,034*

* p<0,05

Tablo 101. Şiddet tekrarında bulunan kişilerde suç mahalli dağılımı (detaylı)

ŞİDDET DAVRANIŞININ MEKANI	n	%
Dış Mekan - İssiz	14	4.70
Dış Mekan - Kamusal Alan	82	27.80
Mağdurun Evi	39	13.20
Saldırganın Evi	9	3.10
Saldırganın/Mağdurun Evi	45	15.30
Mağdurun İşyeri	28	9.50
Saldırganın İşyeri	2	0.70
Diğer (İşyeri)	30	10.20
Saldırganın/Mağdurun İşyeri	1	0.30
Kayıp Veri	45	15.30
Toplam	295	100.00

Olayın gerçekleştiği zaman dilimlerinin şiddet davranışının ilk olması/olmaması grupları üzerine dağılımı incelendi, yapılan analiz sonucunda varyansın anlamlı bir farklılığa çok yakın olduğu bulundu ($X^2(2)=5,848$, $p=0,054$). İki grupta da eylemler daha çok gündüz gerçekleşmiş olsa da, ilk şiddet eylemi olanlar diğerlerine oranla daha sık olarak gündüz bu tarz davranışlarda bulunduğu görüldü.

Tablo 102. Şiddet eyleminin gerçekleştiği zaman dilimi gruplarının, şiddet davranışının ilk olması/olmaması kategorileri üzerine dağılımı

	ŞİDDET DAVRANIŞININ ZAMANI						Top- lam	Ki-kare	p
	Gündüz		Akşam		Gece				
ŞİDDET TEKRARI	n	%	n	%	n	%			
İlk Şiddet Eylemi	519	60,20	106	12,30	68	7,89	693		
2 ve Daha Fazla Şiddet Eylemi	114	13,23	28	3,25	27	3,13	169		
Toplam	633	73,43	134	15,55	95	11,02	862	5,848	0,054

p=0,054

Mağdurların özelliklerinin dağılımına bakıldığında, ağırlıklı olarak yetişkin erkeklerin şiddete uğradıkları görüldü. Bu kişilerin hastanın çoğunlukla ailesinden biri olduğu ortaya kondu. Mağdurların özelliklerinin saldırganın şiddet davranışının ilk olması/olmaması kategorileri üzerine dağılımı incelendiğinde, Ki-kare analizleri mağdurun yaşı ve hastaya yakınlığının istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiğini saptadı (sırasıyla, $X^2(1)=3,940$, $p<0,05$; $X^2(4)=29,599$, $p=0,000$). Şiddet eylemini tekrar edenlerin çoğunlukla yetişkinleri mağdur ettikleri, çocuklara karşı şiddet gösterenlerin genelde ilk şiddet davranışları olduğu görüldü. İki grupta da çoğunlukla aile bireylerinden birinin mağdur edildiği saptandı.

Tablo 103. Şiddet tekrarı gösteren kişilerin mağdurlarında cinsiyet dağılımı.

MAĞDURUN CİNSİYETİ	n	%
Erkek	145	49.30
Kadın	67	22.70
Kayıp Veri	83	28.10
Toplam	295	100.00

Tablo 104. Şiddet tekrarı gösteren kişilerin mağdurlarının yaş durumlarının, şiddet davranışının ilk olması/olmaması grupları üzerine dağılımı

	ŞİDDET TEKRARI				Top- lam	Ki-kare	p
	İLK ŞİDDET EYLEMİ		2 VE DAHA FAZLA ŞİDDET EYLEMİ				
MAĞDURUN YAŞI	n	%	n	%			
Yetişkin	851	95,73	210	98,59	1061	3,94	0,047*
Çocuk	38	4,27	3	1,41	41		
Toplam	889	100,00	213	100,00	1102		

* p<0,05

Tablo 105. Şiddet tekrarı gösteren kişilerin mağdurlarının hastaya yakınlık durumu gruplarının, şiddet davranışının ilk olması/olmaması grupları üzerine dağılımı.

	ŞİDDET TEKRARI				Top- lam	Ki- kare	p
	İLK ŞİDDET EYLEMİ		2 VE DAHA FAZLA ŞİDDET EYLEMİ				
MAĞDURUN YAKINLIĞI	n	%	n	%			
Yabancı	127	14.03	52	23.32	179	29.56	0,000***
Tanıdık (Aşına)	129	14.25	37	16.59	166		
Yakın Tanıdık	145	16.02	53	23.77	198		
Akraba	102	11.27	18	8.07	120		
Aile Üyesi	402	44.42	63	28.25	465		
Toplam	905	100.00	223	100.00	1128		

***p<0,001

Pişmanlık duyma kategorilerinin şiddet davranışının tekrarı grupları üzerine dağılımlında istatistiksel olarak anlamlı bir varyans saptanmasa da ($p>0,05$) pişmanlık duyanların sayısının diğer gruplardan az olduğu görüldü (12,3%).

Tablo 106. şiddet tekrarı gösteren kişilerde pişmanlık durumunun dağılımlı.

PİŞMANLIK DURUMU	n	%
Duymuyor	32	10.80
Duyuyor	9	3.10
Davranışı Kabul Etmiyor	32	10.80
Kayıp Veri	222	75.30
Toplam	295	100.00

4. TARTIŞMA

Akıl hastası olan ve şiddet davranışı gösteren kişilerin özelliklerini tespit etmek, bahsi geçen kriterlere uyan kişilerin suç tekrarı oranlarını saptamak ve konu ile ilgili olarak, öne çıkan risk faktörlerini ortaya koymak için yapılan bu araştırmada, bir başka amaç da, bu kişilerin oluşturduğu grubun genel bir profil oluşturup oluşturmadığını saptamaya çalışmaktır. Bu sebeple İstanbul Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu'na 1999-2004 yılları arasında yönlendirilmiş olan tüm dosyalar incelenmiştir. Bu beş sene zarfında, o yıllar sırasında uygulanan Türk Ceza Kanunu'nun 46. maddesi uyarınca, akıl sağlığının yerinde olmaması sebebiyle, işlediği suçtan dolayı cezaevine gönderilmeyip, sağlık kurumlarına yönlendirilen, 18 yaş ve üzerindeki, 1362 kişi çalışmanın örneklem grubunu oluşturmuştur. Bu kişilerin; İstanbul Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu ve Gözlem İhtisas Dairesi ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde bulunan güncel ve geçmiş dosyaları incelenmiştir.

Katılımcıların demografik verileri incelendiğinde literatürle uyumlu olarak, çoğunluğunun erkek olduğu görülmüştür (%92) (8,12,16,82,83,160,171,172,175,178). Bu kişilerin yaş ortalaması 36 olup (SS=12,01), çoğunluğun 26 ile 45 yaş arasında olduğu saptanmıştır (%35). Yapılan diğer çalışmalarda da ortaya çıkan sonuçlar, benzer bir şekilde, akıl hastalarında şiddet eylemlerinin genellikle 20-45 yaşlar arasında ortaya çıktığına dikkati çekmektedir (16,82,83,112,171,175,178). Cinsiyet grupları arasında, şiddet gösterme yaşı açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Medeni duruma bakıldığında, partneri olmayanların, olanlara göre, az bir farkla fazlalık gösterdiği dikkati çekmektedir (%53). Medeni durum grupları yaşlarına göre karşılaştırıldıklarında, partneri olmayanların olanlara göre daha erken yaşta suç işledikleri

saptanmıştır. Partneri olması, hastanın sosyal olarak daha iyi iletişim becerilerine sahip olduğuna, hayatını belli ölçülerde idame ettirebildiğine işaret edebilmektedir. Bu durumda, söz konusu grubun, partneri olmayanlara göre daha avantajlı olabileceği düşünülebilir. Özellikle, yapılan bazı çalışmalarda, akıl hastalığı olan kişilerde suça yönelme olasılığının; kişinin hayat kalitesi, özbakım ve sosyal iletişim becerilerinin düşük olması gibi, psikopatolojik sorunların dışında kalan, diğer faktörlerin devreye girmesi durumunda da artış gösterebildiği sonucuna varıldığı (20,72) göz önüne alındığında, bir birlikteliği olan kişinin suça yönelme ihtimalinin olmayana göre daha düşük olabileceği varsayılabilir. Literatür çalışmalarına bakıldığında, bu bulguyu destekler nitelikte sonuçlara rastlanmaktadır (13,21,82,83,112). Diğer taraftan, ülkemizde, suç işleyen akıl hastalarının, evli olanlarının oranının, bekar olanlara göre daha yüksek olduğunu ortaya koyan bazı çalışmalar da bulunmaktadır (160,175,178). Fakat, bu durumun evli olmayanlar grubunun tanımlanması ile ilgili olduğu düşünülmektedir (160). Bazı çalışmalarda evli olmayanlar sadece bekar olanlardan oluşmakta, bazılarında ise bu gruba boşanmış ve/veya dul olanlar da katılabilmektedir. Bu durum grupların oranlarını etkileyebilmekte ve araştırmalar arasında karşılaştırma yapmayı zorlaştırmaktadır.

Örneklemdaki kişilerin bir kısmından kardeş durumları ile ilgili bilgi edinilebilmiştir. Veriler incelendiğinde, bu kişilerin çoğunlukla 3-5 kardeş oldukları (%8) ve kendilerinin de ailelerinde ekseriyetle 1. ve/veya 3. çocuk oldukları tespit edilmiştir (sırasıyla, %3, %2). Kalabalık ailelerde yaşamının dezavantajları, hasta olan kişilerin gelişimlerinde ve hayat kalitelerinde etkili olabilmektedir. Özellikle küçük yaşta,

kişiliklerinin yapılanması sürecinde, ebeveynlerinden almaları gereken ilginin birçok kardeşe bölünmesi durumu oldukça negatif sonuçlara sebep olabilmektedir.

Katılımcıların eğitim seviyesi ile ilgili verilere bakıldığında, büyük çoğunluğun, en fazla ilkokul mezunu oldukları (%22) bulunmuştur. Bu bulgu, literatür çalışmaları ile paralellik göstermektedir (82,83,112,160,171,172,175).

Eğitim seviyesinin düşüklüğü ile uyumlu olarak, suç davranışında bulunan bu kişilerin %19'unun işsiz olduğu dikkati çekmiştir. Tarım alanında çalışanlarla, işçi olanların oranı %18'i bulmaktadır. Bu bağlamda yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Öncü, Türkiye'de yaptığı çalışmasında, psikiyatrik bozukluğu olan suçluları incelemiş ve çoğunluğunun (%37) işsiz olduğunu ortaya koymuştur (83). Benzer bir şekilde, Özdemir, araştırmasında işsiz olanların oranını %52 olarak bulmuştur (160). Türkiye'de ve yurtdışında gerçekleştirilen diğer çalışmalarda da bu sonuçlarla uyumlu bulgulara ulaşıldığı görülmüştür (82,112,171,172). İşsiz grup dışındakilerin çoğunun, işçilik yaptıkları, tarım alanında çalışıyor oldukları (%18) ve buna bağlı olarak, bedensel güç ve beceri gerektiren işlerde çalışıyor oldukları dikkat çekmektedir. Bunun sebebi eğitim seviyesinin düşüklüğü ve/veya hastalık seyrinin ağırlığı olabilmektedir. Her iki durumda da, kişiler uzmanlık gerektiren işlerde çalışmamakta veya bu gibi işleri sürdürememektedirler. Bunun yerine, bedensel güç ve becerinin yeterli olduğu alanlarda, vasıfsız işçi olarak çalışabilmektedirler. Bu bağlamda yapılan diğer çalışmalar da, bahsi geçen bulguyu desteklemektedir (82,83,112,160,171).

Meslek ve çalışma durumları ile ilgili daha detaylı bir inceleme yapıldığında, işi olmayan kişilerin, suç işlemeye memurlardan ve işçilerden daha erken yaşta başladıkları saptanmıştır. Şiddet davranışı gösteren akıl hastalarının durumu; bu kişilerin işsiz

olmaları, hayat kalitelerinin düşük olması, sosyal becerilerinin yeterli olamaması ve ihtiyaçlarını karşılayamıyor olmaları ile ilişkilendirilebilir. Buna bağlı olarak, bu kişilerin, işi olan kişilere göre, suça yönelme ihtimallerinin daha yüksek olabilmesi anlamlı bir varsayım olmaktadır. İşli olanlar arasında bir karşılaştırma yapıldığında ise, işçilerin memurlardan, anlamlı bir şekilde, daha erken şiddet davranışı göstermeye başladıkları bulunmuştur. Bu durum da, kişilerin hayat kalitesinin derecesi ile açıklanabilmektedir. Türkiye’de, memuriyet, halen gözde mesleklerden biri olmaktadır. Memurlar, işleri ve gelecekle ilgili olarak kendilerini daha güvende hissedebilmektedir. Bu sebeple, bu gruptaki kişilerin, mesleklerinden, iş tatmini açısından ve maddi yönden, işçilik yapan kesimden daha fazla tatmin aldıkları varsayılabilir ve bu durum da, kişilerin suça eğilim gösterme ihtimallerini azaltabilir.

Örneklem grubu, askerlik durumu açısından incelendiğinde, örneklemin %20’sinin askerliğinin sorunlu geçmiş veya geçiyor olması, verilerde öne çıkan başka bir özelliktir. Bu kişilerin hastalıkları sebebiyle, katı disiplin gerektiren askeri ortamlara uyum sağlayamamaları veya hiç askere alınmamış olmaları, beklentiler yönünde bir sonuç olmaktadır. Buna benzer bir bulguya, akıl hastalarında askerlik yapmamış olanların daha fazla olduğunu ortaya koyan Özdemir’in çalışmasında rastlamaktayız (160).

Veriler, kişilerin doğum yerleri açısından incelendiğinde, gruptakilerin en fazla Karadeniz bölgesi tarafında doğmuş olduğu (%9) görülmüştür. Bu bölgeyi, Doğu Anadolu (%7) ve Marmara bölgesi (%7) takip etmektedir. Ayrıca, ebeveyni ile yaşayanlarla, eşi ve çocukları ile yaşayanların oranlarının, hemen hemen aynı olduğu ve bu iki grubun, örneklemin % 14’ünü oluşturduğu belirlenmiştir. Literatürde de, diğer araştırmacılar, bu kişilerin kimlerle beraber yaşadıklarını incelemiş ve çoğunlukla

ebeveynleri ile oturduklarını saptamışlardır (37,83,171). Psikiyatrik rahatsızlığı olan kişiler ile yapılan geçmiş çalışmalarda, doğum yeri ile ilgili bir bulguya rastlanmamıştır. Sadece, Türkiye’de yapılan bir çalışmada, akıl hastalığı olan kişiler incelenmiş, çoğunluğunun kırsal bölgelerde doğmuş ve sonrasında göç etmiş oldukları görülmüştür (82).

Grup, aile içi şiddet açısından incelendiğinde, bu kişilerin ailelerinde büyük oranda şiddet olduğu (%87) ve bu şiddetin çoğunlukla hasta olan kişiden diğer aile üyelerine karşı (%12) gerçekleştiği görülmüştür. Bu durum, akıl hastalığı olan kişilerde ortaya çıkan şiddet davranışı üzerine yapılan çalışmaların yorumlanmasını zorlaştırmaktadır. Hastaların evlerinde gerçekleştirdikleri şiddet eylemlerinin bir çoğu adli makamlara şikayet edilmemektedir. Bu sebeple, yapılan çalışmalarda değerlendirilen olguların, nicelik ve nitelik açısından gerçeği yansıtması ve bulgularının genellenmesi konusunda sıkıntılar ortaya çıkabilmektedir.

Toplanan demografik bilgilere tanı grupları açısından bakıldığında, grubun büyük bir bölümünün şizofreni veya diğer psikotik bozukluk teşhisi almış oldukları göze çarpmaktadır. Bu iki hastalık tanısı almış kişiler tüm grubun yaklaşık %83’ünü oluşturmaktadır ki bu sonuç literatürde yapılan diğer çalışmaları da desteklemektedir (1,8,9,10,13,14,16,21,47,49,55,83,112,141,160,165). Dosyasında tanı olarak “şizofreni” yazanlar ile şizofreni tiplerine göre ayrıntılı tanısı belirtilenler ayrı ayrı gruplanarak dağılımlarına bakılmıştır. Şizofreni ve alt tiplerinin bir arada, örneklemin %63’ünü oluşturduğu görülmüştür. Şizofrenisi olan ve olmayanların cinsiyetlere göre karşılaştırılması, kadınlar ve erkekler arasında, bu bağlamda, anlamlı fark olduğu sonucunu ortaya koymaktadır. Zaten örneklemini oluşturanların büyük çoğunluğu erkek ve

şizofreni hastası olduğu için, bu dağılımda, örneklem grubunun beklenen özellikleri görülmektedir. Şizofrenisi olanlar ve olmayanların ortalama suç işleme yaşı da incelendiğinde anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Şizofreni tanısı olanların, olmayanlardan, ortalama 2 yaş büyük oldukları görülmüştür. İstatistik olarak anlamlı bulunan bu verinin, pratik hayatta ne kadar önemli ve yararlı olabileceği tartışılabilir.

Tanımlarla bağlantılı olarak yapılan incelemeler sonucunda, şizofreni (%38), diğer psikotik bozukluk (%29) ve duygudurum bozukluğu (%36) teşhisi alanların, literatürle de uyumlu olarak, çoğunlukla, 26-35 yaş aralığında şiddet eylemleri gösterdikleri tespit edilmiştir. Organik bozukluklarda en sık şiddet gösterilen yaş aralığının, bazen 18-25 yaş (%26), bazen de 36-45 yaş arasında olduğu (%30) ortaya konmuştur. Zeka geriliklerinde ise şiddetin ortaya çıkma yaşının çoğunlukla daha erken dönemlere rastladığı dikkati çekmektedir (%44). Bu bulgu, hastalıkların başlama yaşı ile ilişkilendirildiğinde oldukça anlamlıdır. Şizofreni, diğer psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları, genellikle geç ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde başlamaktadır (176). Diğer taraftan, zeka gerilikleri daha çok, küçük yaşlarda fark edilmekte ve tanısı konulmaktadır. Organik beyin bozukluklarında şiddet gösterme yaş aralığı ise, ortaya çıkış sebebine göre değişebilmektedir. Örneğin, doğum öncesi veya sonrası komplikasyonlar sebebiyle oluşmuş olan bir rahatsızlık daha erken yaşta, yaşlılık sebebiyle oluşmuş organik beyin sorunları daha geç yaşta ortaya çıkacaktır. Sonuçta, hastalığın başlangıç yaşı ile şiddet davranışının ortaya çıkış yaşı paralellik göstermektedir.

Tanı gruplarına, medeni durum açısından bakıldığında, şizofreni (%58), zeka geriliği (%88) ve organik bozukluklarda (%53) partnerin olmadığı, duygudurum bozukluklarında (%58) ve diğer psikotik bozukluklarda (%70) ise partnerin olduğu

görülmektedir. Şizofreni, zeka geriliği ve organik beyin bozukluklarında, kişinin sosyal işlevselliği büyük ölçüde zarar görmektedir. Bu sebeple bu rahatsızlığı olan hastalar kişilerarası ilişkilerinde, diğer sosyal alanlarda da olacağı gibi, zorluklar yaşayacaktır. Diğer psikotik bozukluklu ve duygudurum bozukluğu olan kişilerde işlevsellik, her zaman, diğer rahatsızlıklardaki ölçüde bozulmamaktadır. Hastalık sürecinde bozulma olsa bile, aralarda, kişinin işlevselliğinin düzelme gösterdiği dönemler de bulunabilmektedir (177). Bu durum, hastalarda, kendilerine sosyal anlamda, diğer gruplardaki kişilerden, daha iyi bir ortam yaratabilmeleri açısından, yardımcı olmaktadır. Bu bulguyla ve buradan yola çıkarak yapılan varsayımla uyumlu olarak, araştırmada tüm gruplarda ağırlıklı olarak ebeveynle yaşamaya rastlanırken, diğer psikotik bozukluk teşhisi alanlarda, çoğunluğun, eşi ve çocukları ile birlikte yaşadıkları görülmüştür. Bu sonuç da, diğer psikotik bozukluğu olan kişilerin nispeten daha işlevsel ve kendi kendine yeten bir hayat kurabildikleri ve belli ölçülerde bunu sürdürebildikleri varsayımını doğrulamaktadır.

Tanı grupları ve eğitim seviyeleri arasındaki ilişki araştırıldığında, diğer analizlerde de ortaya konmuş olan sonuçları destekleyen bulgular elde edilmiştir. Tüm gruplardaki yoğunluğun ilkökul mezuniyeti ve altına toplanmış olduğu net olarak görülmektedir. Burada üzerinde durulması gereken önemli bir nokta Türkiye’de yaşanan eğitim sorunudur. Bu bağlamda yapılan bir çalışma, suç işleyen şizofreni hastalarının çoğunun köylerde doğmuş oldukları ve daha sonra kentlere göç etmiş olduklarını ortaya koymaktadır (82). Bu bulgudan yola çıkılarak, bu kişilerin birçoğunun düşük sosyokültürel yapısı olan ailelerden gelmekte oldukları varsayılabilir. Türkiye’de, bu tarz ailelerin bir çoğunda, eğitime önem verilmeyebilmekte ve çocuklar

okutulmayabilmektedir. Bu kişilerin, düşük eğitim düzeyinin, hastalık tanısı almış olmaları ile mi, yoksa aile yapıları ile mi ilgili olduğunu ayırt etmek burada imkansız olmaktadır. Üniversite seviyesine gelmiş olan hastaların sayısı 11'dir ve bu kişilerin 9'u şizofren, 2'si diğer psikotik bozukluğu olan hastalardır. Bu hastalıkların başlangıç yaşlarının geç ergenlik ve erken erişkinlik dönemlerine rastlıyor olması, bu kişilerin eğitim düzeylerinin yüksek olması durumunu açıklayabilmektedir.

Tanılara göre iş durumlarına bakıldığında, önceki sonuçlara paralel olarak, diğer psikotik bozukluk tanısı almış olan grup dışındakilerin hepsinde çoğunluğun işsiz olduğu, diğer psikotik bozukluğu olan grupta ise ağırlıklı olarak sürekli işi olanların bulunduğu göze çapmaktadır (%47). Bu bulgunun da, daha önceki tartışmalar göz önüne alındığında, oldukça anlamlı olduğu görülmektedir.

Çalışma grubundakilerin intihar girişimleri incelendiğinde, çoğunluğunda böyle bir girişim olmadığı, olanlar arasında da kadınların intihar girişimi oranının (%15), erkeklerinkinden (%5) daha fazla olduğu dikkati çekmektedir. İntihar davranışı, kişinin kendine yönelttiği bir şiddet eylemidir. Toplumda, kadınların agresyonlarını sergilemeleri doğru olmayan bir davranış olarak benimsetilmektedir (179). Buna göre, kadınların, saldırganlık gösterecekleri zaman, bunu baskı altına almaları veya dışarıdakilerden ziyade kendilerine yönlendirmeleri beklenilebilecek bir durumdur. Diğer taraftan, bu bilginin elde edildiği olgu sayısının azlığı düşünüldüğünde, sonucu genellerken dikkatli olmak gerektiği de unutulmamalıdır.

Psikiyatrik rahatsızlığı olan ve şiddet davranışı gösteren kişilerde pişmanlık durumuna bakıldığında, çoğunluğun pişman olmadığı (%41) veya suçunu kabul etmediği (%40) görülmektedir. Bu parametre, şiddet davranışı gruplarına göre incelendiğinde,

fiziksel şiddet uygulayanların pişmanlık duymadıkları (%47), diğer kategorilerdekilerin ise ağırlıklı olarak suçlarını kabul etmedikleri dikkat çekmektedir. Bu bulgu, kişilerin hastalıkları ile ilgili içgörülerini hakkında bilgi vermek açısından da önemli olmaktadır. Buradan, bu kişilerin tedaviye razı olmalarının ve uyum sağlamalarının diğerlerine göre daha zor olabileceği öngörülebilme ve daha sonraki zamanlarda bu davranışı tekrar edebilme riski olabileceğini gösterebilmektedir.

Şiddet davranışının analizi için kullanılan parametreler (şiddet davranışı tipleri, silah kullanımı ve tipi, silahın nereden bulunduğu, şiddetin gerçekleştiği zaman ve mekan, şiddet partneri durumu ve mağdur özellikleri), demografik özellikler ve kişinin aldığı psikiyatrik tanı gibi bilgiler açısından incelenmiştir. Ortaya konan bulgular çoğunlukla literatürü destekleyen niteliktedir.

Şiddet davranışı tipleri incelendiğinde, en fazla fiziksel şiddetin gerçekleştirildiği görülmüştür (%74). Bu davranış tipleri arasında da en sıklıkla, adam öldürme (%34) ve yaralamaya (%25) rastlanmaktadır. Sonuç olarak, literatür çalışmaları ile paralellik göstermektedir. Şizofreni başta olmak üzere, akıl hastalığı olan kişilerde, ağır şiddette suç davranışlarının, hasta olmayan gruba göre, daha sık olduğunu ortaya koyan çalışmalara rastlamak mümkündür (1,8,48,55). Bununla beraber, Türkiye’de yapılmış olan bazı çalışmalarda da, özellikle şizofrenide, adam öldürme ve yaralama gibi ağır şiddet içeren suç davranışlarının daha sık görüldüğü ortaya konmuştur (82,83,175). Cinsiyetler arasında bu parametre açısından bir farklılık elde edilmemiştir. Yaş durumu incelendiğinde, diğer bulgularla da uyumlu olarak, tüm yaş gruplarında en yüksek oranın fiziksel şiddette olduğu görülmektedir. Medeni durum açısından şiddet davranış tipleri de benzer bir sonuç vermiştir: Fiziksel şiddet, her iki grupta da fazladır, fakat partneri

olanlarda bu oranın, olmayanlara göre biraz daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Partneri olmayanlarda mala yönelik şiddetin daha fazla olduğu da gözlenmektedir (%20). Bu durum daha önce de ortaya konduğu gibi, kişilerin işlevsellik düzeylerine bağlı olarak açıklanabilir. Evli olanların sosyal ve iletişim becerileri daha yüksek seviyede olabilmekte, kurulu bir düzende, hayatlarını daha iyi idame ettirebiliyor olabilmektedirler. Bu da, bu kişilerin, suça yönelmelerini azaltabilen bir durum olabilmektedir. Evli olanlarda fiziksel şiddetin yüksekliği ise, aile içi şiddetin fazlalığı ile açıklanabilmektedir.

Şiddet davranışı tipleri, eğitim seviyelerine göre incelendiğinde, literatür ile uyumlu olarak, ilkokul mezunu (veya terk) olanların (%61) diğer gruplardan yüksek olduğu dikkati çekmektedir (83,160,171,172). Bu bağlamda ortaya çıkan ve önceden tahmin edilemeyen bir başka bulgu da üniversite mezunu olan olgularla ilgilidir. Bu grubu oluşturan 11 olgunun 10 tanesinin fiziksel şiddet davranışı sergilediği saptanmıştır (%93). Bu kişilerin tanılarına bakıldığında 9'unun şizofreni, 2'sinin de diğer psikotik bozukluklara sahip olduğu görülmektedir. Bu hastalıkların başlangıç dönemlerine dikkat edildiğinde, çoğunlukla, erken yetişkinlik zamanına denk düştüğü, bu dönemin de, eğitimine devam eden birinin üniversite zamanına rastlayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu rahatsızlıklarda da en sık görülen şiddet tipi olan fiziksel şiddetin bu kişilerde de, üniversitede ortaya çıkmış olması çok yüksek bir ihtimal olmaktadır. Yine de, yoruma konu olan grubun çok az sayıda kişiden oluştuğu unutulmamalıdır.

Şiddet davranışı, çalışma durumu açısından incelendiğinde, tüm gruplarda fiziksel şiddetin en yüksek olduğu görülmüştür. Mala yönelik şiddet açısından bakıldığında, en çok, işi olmayanların bu suçlara yöneldiği bulunmuştur. Bu durum da, beklentilere uygun

bir sonuçtur. İşi olmayan kişilerin, burada en yüksek oranda görülen mala yönelik şiddet tipi olan, hırsızlığa yönelme ihtimali, işi olanlara göre daha fazladır. Bu sonuç, bahsedilen durumun, psikopatolojik rahatsızlığı olanlar için de geçerli olduğunu göstermektedir.

Örneklem grubunu oluşturanların doğum yerlerine göre suç tiplerine bakıldığında ortaya çıkan bulgu, fiziksel şiddetin, diğerlerine kıyasla, daha çok Karadeniz Bölgesi'nde doğanlar tarafından sergilendiğidir (%25). Bununla beraber, mala yönelik şiddet incelendiğinde, bu gruptakilerin çoğunlukla Marmara Bölgesi'nde doğanlar olduğu görülmüştür (%37). Bu konu ile ilgili literatür çalışmasına rastlanılmamıştır. Karadeniz Bölgesi'nde silah kullanımının kültürel olarak yüksek olması, burada doğmuş olan birinin fiziksel şiddet göstermeye meyilli olabileceğini düşündürebilir. Fakat, bu kişilerin doğdukları yerlerden sıklıkla göç etmiş oldukları göz önüne alındığında, bu bölgelerde doğanların şiddet oranlarını yorumlamak kolay olmamaktadır.

Kişilerin aldığı tanılarının şiddet davranışı tiplerine göre incelenmesinde, diğer bulgularla uyumlu olarak, her tanı grubunda en sık oranda, fiziksel şiddet ile karşılaşılmaktadır. Mala yönelik şiddet davranışı, yine tüm gruplarda, sıklık açısından ikinci sırada gelmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi, akıl hastalığı olan kişilerde, yüksek düzeyde şiddet olaylarının sık olarak görüldüğü araştırmalar tarafından ortaya konmuştur (1,8,48,55). Bu sonuç, çalışmanın literatürle paralelliğinin yeniden altını çizmektedir.

Aile içi şiddet olanlarda ve intihar girişiminde bulunmuş olanlarda, fiziksel şiddet oranının fazlalığı da dikkati çekmektedir. Aile içi şiddetin genellikle hasta olan kişiden diğer bireylere yönelik gerçekleştiği bulunmuştur. Bu davranış örüntüsü, bu kişilerin fiziksel şiddete meyilli olabileceğinin göstergesidir. Burada da, bu düşünceyi destekleyen

nitelikte bir sonuç alınmıştır. Bununla beraber, intihar girişimi olanlarda da, benzer şekilde fiziksel şiddetin fazla görülüyor olması şaşırtıcı değildir. İntihar, bireylerin, kendilerine yönelttikleri şiddet eylemidir. Birey, kendine, kendi fiziksel bütünlüğünü tehdit edici bir saldırıda bulunmaktadır. Burada, bu kişilerin, kendilerine olduğu gibi, başkalarına da fiziksel şiddet uygulayabildikleri ortaya konmaktadır.

Çalışmada, silah ve benzeri alet kullanımı durumu üç şekilde incelenmiştir. Önce silah ve benzeri alet kullanımı olup olmadığına ve hangi aletleri kullandıklarına bakılmıştır. Bunlara ek olarak, bu kişilerin şiddet eylemleri sırasında kullandıkları bu aletleri nereden buldukları araştırılmıştır.

Örneklem grubunda, suç eylemi sırasında, erkeklerin kadınlara göre daha sık olarak silah veya benzeri alet kullandığı saptanmıştır (sırasıyla %93, %7). Bu sonuç, Türk kültürünün getirdiği bazı alışkanlıkların, bu fazlalık üzerinde etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Silah kullanmanın ve/veya taşımının, erkekliğin ve gücün sembolü haline getirilmiş olduğu göz önüne alındığında, kadın ve erkek arasında böyle bir fark ortaya çıkmış olması da beklenen bir bulgu olmaktadır. Bu kişilerin yaş aralıkları incelendiğinde 36 yaşının üzerinde olanların, altında olanlara göre, bu tür aletleri, şiddet eylemlerinde daha sık olarak kullandıkları görülmüştür (sırasıyla, %39,%38). Yaş yükseldikçe silah veya benzeri alet kullanımında da artış olduğu dikkat çekicidir. Bu durum, herhangi bir silah yardımı olmaksızın şiddet davranışı göstermek failin de zarar görmesi yönünden riskli sayılabileceğinden, kişilerin daha küçük yaşlarda daha cesaretli olabilmeleri şeklinde yorumlanabilir.

Tanı gruplarında silah veya benzeri alet kullanımına bakıldığında, her grupta bu kullanımın çoğunlukla var olduğu tespit edildi. Şiddet tiplerine göre yapılan incelemede,

tüm gruplarda silah veya benzeri alet kullanımının çoğunlukla var olduğu, sadece mala yönelik şiddet grubunda bu durumun ters olduğu ve %62'sinin bu tip bir alet kullanmadığı dikkati çekmiştir. Mala yönelik şiddet çeşitleri, karşılaşılma sıklığına göre, hırsızlık (ve hırsızlığa teşebbüs), mala zarar verme, gasp (ve gaspa teşebbüs) ve konut dokunulmazlığının ihlalidir. Bu eylemlere bakıldığında, silah kullanımının en fazla görüleceği durumun gasp olduğu düşünülmektedir. Bu suç, tüm mala yönelik şiddet davranışlarının yaklaşık %5'ini oluşturduğu için silah kullanım oranını fazla yükseltmemektedir.

Şiddet eyleminde kullanılan aletler tiplerine göre incelendiğinde, erkeklerin en fazla oranda kesici-delici ve delici alet kullanmış olduğu dikkati çekmektedir (%34), bunu oran olarak ateşli silah takip etmektedir (%27). Kadınlarda ise, öncelikle silah veya benzeri alet kullanmayanların çoğunlukta olduğu (%27), kullananlara bakıldığında, onlarda da kesici-delici ve delici alet kullanım oranının yüksek olduğu dikkati çekmektedir (%22). Daha önce de sözü edildiği üzere, erkeklerde silah kullanımının fazla olmasında toplumsal faktörlerin önemli rolü olmaktadır. Ayrıca, özellikle, ekmek bıçağı, çakı gibi, günlük hayatta sık kullanılan aletlerin kolay ulaşılabilir olması, bu tip aletlerin şiddet davranışı esnasında daha kolay edinilmesine ve daha fazla kullanılmasına sebep olabilmektedir.

Silah ve benzeri alet seçimine, yaş farklılıkları açısından bakıldığında, hem 36 yaş altı hem de üzerinde olan kişilerde, kesici-delici ve delici alet kullanımının en çok tercih edilen grup olduğu dikkati çekmektedir. 36 yaş altındaki grupta 2. yüksek oran “silah ve benzeri alet yok” iken, 36 yaş üzeri grupta 2.yüksek oranın ateşli silahlar olduğu

görülmektedir. Bu bulgu, daha önce ortaya konan, yaş yükseldikçe artan silah kullanımı sonucuyla uyumludur.

Tanı gruplarına göre, tercih edilen silah ve benzeri alet tipleri incelendiğinde, kişi sayısı en yüksek olan şizofrenide ağırlıklı olarak kesici-delici ve delici alet kullanılırken (%36), organik bozukluklarda da benzer bir sonuç görüldüğü (%41), bununla beraber duygudurum bozuklukları ve zeka geriliği gruplarında da çoğunlukla “silah yok” kategorisinin önde geldiği dikkati çekmiştir (sırasıyla, %39, %37). Duygudurum bozukluklarında, silah kullanıldığında ilk tercih ateşli silahlar olurken (%24), zeka geriliğinde aynı sıradaki tercih, kesici-delici ve delici aletler olmaktadır (%30). Diğer psikotik bozukluklarda da ilk tercih olarak karşılaşılan ateşli silahların (%38), şizofrenide ikinci ağırlıklı seçim olduğu ortaya çıkmaktadır (%24). Şiddet davranışı tiplerinde silah tercihlerine bakıldığında, fiziksel şiddet uygulayanlarda ilk seçimin kesici-delici ve delici aletler olduğu (%40) görülmektedir. Mala yönelik şiddette “silah yok” kategorisinin en yüksek oranda olduğu (%61), bunu ateşli silahların takip ettiği bulunmuştur(%13). Sözel şiddette, ateşli silah ve kesici-delici ve delici alet kullanımının eşit oranda olduğu (%35), diğer şiddet grubunda ise ateşli silahların çok yüksek oranda tercih edildiği ortaya konmuştur (%88).

Şiddet eyleminde bulunan kişilerin bu esnada kullandıkları silah veya benzeri aletleri nereden buldukları araştırılmış ve 4 farklı kategori oluşturulmuştur: Alet yok, olay yerinde bulmuş, yanında getirmiş (hep taşırmış), yanında getirmiş (özellikle bu eylem için). Aletleri olay yerinde bulanların, daha çok itkisel eylemlerde bulunan kişiler olduğu düşünülmektedir. Şiddet anında, düşünmeden, planlamadan, eline geçirdiği herhangi bir objeyi, silah niyetiyle kullanabilmektedir. Aletleri her zaman yanında taşıyan grup için de

benzer bir durum geçerli olmaktadır. Aradaki fark, bu kişinin, şiddet eylemi esnasında, düşünmeden saldırıda bulunurken, elini attığı anda kendi silahına erişiyor olmasıdır. Bu kişilerin devamlı silah taşıyor olması, böyle bir durumun gerçekleşebileceğini önceden düşünmüş olabileceği fikrini verse de, bu kişiler için, silah taşımamanın, cesaret ve güçlülük göstergesi anlamına da geliyor olabileceği de akıldan çıkarılmamalıdır. Türk kültüründe silahın ve silah taşımamanın önemi düşünüldüğü zaman, bu çalışmanın da ortaya net bir şekilde koymuş olduğu gibi, birçok kişide, özellikle erkeklerde, bu durumla karşılaşmak şaşırtıcı olmamaktadır. Burada, gerçekleştireceği eylem için özellikle yanında silah getirmiş olan kişilerin, planlı bir şekilde davranmış olduğu kabul edilmektedir.

Silah ve benzeri aletin nereden bulunmuş olduğu cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında, her ne kadar kadınlarda bu oran daha yüksek olsa da (%57), iki grupta da, çoğunlukla, silah veya benzeri aletin, olay yerinden bulunmuş olduğu görülmektedir (erkeklerde, %34). Daha önce bahsedilen sava uygun olarak, hep yanında taşıma durumunun erkeklerde daha sık olduğu (%99), bununla beraber, özellikle şiddet eylemi için getirmiş olma durumunun da erkeklerde daha fazla rastlanıldığı dikkati çekmektedir (%97). Bu bağlamda, sonuç beklentilere uygun çıkmış olsa da, örnekteki erkek sayısının, kadınlardan fazla olduğu da gözden kaçırılmamalıdır. Yaş grupları incelendiğinde, “Hep yanında taşıyor olma” durumunun, 36 yaş üzerinde daha sık görülüyor olması daha önce ortaya konan, yaş arttıkça silah kullanımının artması ile ilgili bulgu ile uyumlu olmaktadır. Tüm bu farklılıklara rağmen, yine de, iki grup için de, silahı olay yerinden bulma durumunun daha ağırlıkta olduğu görülmektedir.

Tanı gruplarına göre silah veya benzeri alet edinimi araştırıldığında, tüm tanı gruplarında en yüksek oranın “olay yerinden bulmak” olduğu görülmüştür. Bu ağırlığın

şizofreni ve organik bozukluk tanısı almış olanlarda daha fazla olduğu dikkati çekmektedir. Silah veya benzeri aleti “özellikle bu eylem için yanında getirmiş” olanların oranı ise şizofren olanlarda daha yüksektir. Bu sonuç, araştırmalarda ortaya konan, paranoid şizofreni tanısı almış olan kişilerin daha planlı şiddet eylemi gerçekleştirebildiği bulgusu ile paralellik göstermektedir (20).

Şiddet çeşitlerine göre, silah veya benzeri aletin nereden ele geçirildiği incelendiğinde mala yönelik şiddet gerçekleştirenlerde “alet yok” grubunun ağırlıkta olduğu, burada da, görülmektedir (%63). Alet olduğu durumlarda ise, bu tip suç işleyenlerin, silah olarak, olay yerinde buldukları aletleri kullandıkları bulunmuştur. Fiziksel şiddet uygulayanların da çoğu olay yerinden ele geçirdikleri aletleri kullanmaktadırlar (%44). Ayrıca, diğer şiddet tipinde, silahın, her zaman taşınıyor olduğu durumunun daha ağırlıklı olduğu dikkati çekmektedir (%87). “Diğer şiddet davranışları” kategorisinin içeriğine bakıldığında, silah bulundurma/kullanma ile ilgili suçlardan oluştuğu ve bu bulgunun da, bu sebepten anlamlı olduğu, görülmektedir.

Şiddet davranışının gerçekleştiği mekanlar incelendiğinde, olguların çoğunun ev ortamında gerçekleştiği (%39) ve bu evin genellikle saldırgan ve mağdurun birlikte ikamet ettikleri yer olduğu (%27) dikkati çekmiştir. Yüksek oranıyla dikkati çeken diğer bir mekan ise, sokak, park gibi kamusal alanlardır (%25). Cinsiyet grupları arasında mekan farklılıklarına bakıldığında, ev ortamının, iki grupta da, ağırlıkta olduğu ortaya konmaktadır. Oranlar daha yakından incelendiğinde, kadınların evde şiddet gösterme oranının, erkeklerinkine göre daha yüksek olduğu (sırasıyla, %75, %41), dış mekanda işlenen suçlarda ise erkekler arasındaki oran farklılığının, kadınlar arasındakine göre, daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, %36, %16). Gruptaki kadınların, düşük

eğitim seviyesi, psikopatolojik sorunu olması gibi özellikleri göz önüne alındığında, meslek sahibi olmadıkları varsayılabilmektedir. Bu kişilerden evli olanların çoğunlukla ev hanımı, bekar olanların ise ev kızı oldukları düşünölmektedir. Zamanlarının çoğunu ev ortamlarında geçirdiklerinden, şiddet davranışı sergilediklerinde, bunun yine ev ortamında gerçekteşme ihtimalinin, başka bir mekana göre daha yüksek olması beklentilerle uyumlu bir bulgu olmaktadır. Diğer taraftan, aynı özelliklere sahip erkeklerin dışarıda şiddet uygulama oranının kadınlarınkinden fazla olması da şaşırtıcı olmamaktadır. Bu özellikleri taşıyan erkekler vasıfsız işlerde çalıştırılabilmekte veya vakitlerini kahvehaneler, parklar veya mahallelerinde erkeklerin toplandığı diğer yerler gibi dış mekanlarda geçirebilmektedirler.

Bu bağlamda yaş grupları ve tanı kategorileri arasında bir farklılık görölmezken, şiddet tipleri arasında mekan seğıimi ile ilgili olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Mala yönelik şiddet genellikle işyerlerinde ortaya çıkarken (%50), fiziksel ve sözel şiddet ev ortamlarında görölmemektedir (sırasıyla, %50, %50). 'Diğer şiddet davranışları' grubunun ise çoğunlukla dış mekanda gerçekteştiği dikkati çekmektedir (%77). Bu bulgular, yine, beklentilerle uyumludur.

şiddet davranışının ortaya çıktığı zaman dilimine bakıldığında çoğunluğunun gündüz gerçekteştiği saptanmıştır (%73). Mala yönelik şiddet eylemlerinde, akşam ve gece şiddete yönelme, diğer suç gruplarına göre daha yüksek orandadır (sırasıyla, %22, %19). Gece gerçekteşen hırsızlık ve konut dokunulmazlığı ihlali olgularının, bu yüzdeyi arttırmış olabileceği düşünölmektedir.

Suç işlerken, çoğunlukla bu eyleme eşlik eden bir partnerin olmadığı (%95) dikkati çeken bir başka sonuçtur. Bu kişilerin, şiddet gösterirken tek başlarına hareket

ettikleri, oldukça yüksek oranlarla, net bir şekilde ortaya konmuştur. Şiddet sırasında partneri olanların daha çok şizofreni grubuna dahil olduğu bulunmuş olsa bile (%67), şizofrenisi olan kişilerin sayısının fazlalığı sebebiyle , ilişkinin netliği açısından yorum yapabilmek zor olmaktadır. Suç sırasında bir partnerin varlığı, eylemin planlı olduğunu akla getirmektedir. Bu bulgu, araştırmadaki şiddet eylemlerinin çoğunun, planlanmadan, dürtüsel gerçekleşmiş olduğu varsayımıyla uyumlu olmaktadır. Fiziksel ve mala yönelik şiddet kategorilerinde, suç ortağı olma durumlarının eşit olduğu da ayrıca dikkati çeken başka bir sonuçtur.

Şiddet davranış analizi yapılırken, önem verilen bir başka konu da mağdur edilen kişilerin özellikleridir. Burada yapılan araştırma sonucunda, genel özellikler açısından, mağdurların çoğunun yetişkin (%78) ve erkek (%51) oldukları ve bu kişilerin sıklıkla saldırganın aile üyesi olduğu (%34), bu üyelerinde genellikle kişinin eşi (%15) veya ebeveynleri (%13) olduğu ortaya çıkmıştır. Psikopatolojik rahatsızlıkları olan bu kişilerin daha çok ebeveyn ve aile bireyleri ile beraber yaşadıkları göz önüne alındığında, şiddet anında, yakında olan kişileri mağdur etme ihtimali daha yüksek olacaktır. Bu bağlamda yapılan diğer çalışmalar da benzer sonuçlar ortaya koymuştur (82,83,175,178). Literatür çalışmalarında mağdur üzerine yapılan araştırmaların çoğunlukla saldırgana yakınlığı üzerine yapılmış olduğu dikkati çekmiştir (37,82,83,171,175,178). Mağdurun cinsiyeti ve yaşı ile hastanın aldığı tanı ve mağdur tercihi ilişkisiyle ilgili olarak araştırılan literatürde fazla bir bilgiye rastlanmamıştır.

Mağdurun özelliklerine detaylı bakıldığında, şiddet uygulayan kişinin cinsiyeti ile mağdurun cinsiyeti arasındaki ilişki incelenmiş, hem kadınların, hem de erkeklerin sıklıkla erkekleri mağdur ettiği bulunmuştur. Fakat, erkeklerin mağdur ettiği kadın ve

erkeklerin arasında göze çarpan oran farkı, kadınlarda görülmemektedir. Buradan, hemcinsine şiddet uygulamanın erkeklerde daha fazla olduğu sonucuna varılabilmektedir. Bununla beraber, kadınların erkeklere oranla çocukları daha sıklıkla mağdur ettikleri görülmektedir.

Mağdurun hastaya yakınlığının tanı grupları ile ilişkisine bakıldığında zeka geriliği tanısı almış olanların yabancı kişileri, diğer gruplardakilerin ise aile üyelerini daha çok mağdur ettikleri görülmektedir. Ayrıca, aile bireylerine şiddet gösterenlerin çoğunlukla fiziksel şiddet kullandıkları (%40), mala yönelik şiddet gerçekleştirenlerin ise yabancıları mağdur ettikleri dikkati çekmektedir. Bununla beraber, tüm tanı gruplarında, genel özelliklerle uyumlu olarak, yetişkinlerin ve erkeklerin daha sık olarak mağdur edildikleri görülmüştür.

Akıl hastalığı olan kişilerde, şiddet eyleminin tekrar edilme durumuna bakıldığında, büyük çoğunluğun daha önceden böyle bir davranışta bulunmamış olduğu görülmüştür (%77). Geçmiş şiddet eylemlerinin sayısı incelendiğinde, çoğu kişinin geçmişinde tek suç eylemi olduğu bulunmuş, sadece yaklaşık %22'sinin çoğul şiddet eylemlerinde buldukları saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, geçmişte Kanada'da yapılan araştırmalarda da benzer bir sonuç elde edildiği düşünülebilir (144,150). Fakat daha yeni dönemde yapılan, daha kapsamlı çalışmalara bakıldığında, bulgular arasında bir uyumsuzluk göze çarpmaktadır (142,149,152,153,154). Ayrıca, bu çalışma, Kayatekin ve arkadaşlarının Türkiye'de yaptıkları çalışma ile de tezat bulgular ortaya koymaktadır. Araştırmacılar, örneklem gruplarındaki hastaların %65'inin daha önceden suç işlemiş olduklarını bulmuşlardır (112). Bu çalışmada, şiddet davranışı ve tekrarı oranlarının düşük çıkmış olmasının bir sebebi de, şiddet davranışlarının bir

çoğunun şikayet edilmiyor olması da olabilir. Tüm suç işlemiş kişilerdeki aile içi şiddet oranına bakıldığında, grubun %9'nun ilk suç eylemi olduğu ve evinde şiddet olduğu görülmektedir. Ayrıca, suç tekrarında bulunan kişiler arasından evinde aile içi şiddet olduğu bilgisi alınmış 56 olguya bakıldığında, bu eylemlerin tamamının hasta kişi tarafından diğer aile bireylerine karşı gerçekleştiği sonucu elde edilmiştir. Buradan yola çıkılarak, bu kişilerin aile üyelerine karşı uyguladıkları şiddet eylemlerinin birçoğunun adli makamlara iletilmediği düşünülebilir, bu da çalışmadaki geçmiş şiddet eylemlerinin oranındaki düşüklüğü açıklayabilmektedir. Diğer taraftan, aynı ülkede yapılmış olan iki çalışma sonuçları arasındaki bu fark, değişik örneklem gruplarının seçilmiş olmasından kaynaklanabilmektedir.

Örneklem grubundaki kişilerin geçmiş şiddet sayılarına bakıldığında, çoğunluğunun ilk suçu olduğundan bahsedilmiştir. Bununla beraber, ilk suçu olmayanların geçmişlerine bakıldığında ise grubun yarısından çoğunun önceki suç sayısının 1 olduğu görülmüştür (%60), önceki şiddet davranışı sayısı 2 ile 5 arasında değişenlerin oranı ise %33'tür. Bu sonuç Türkiye'de yapılan başka bir çalışmanın bulguları ile de uyumludur (160). Araştırmacı, akıl hastalığı olan kişilerde önceden tek suçu olanların oranının %80 olduğuna, suç sayısı üç ve üzeri olanların oranının ise diğer gruba göre ciddi oranda düşük olduğuna (%4) dikkati çekmektedir(160). Yineleyen şiddet davranışı gösteren hastaların geçmiş eylemlerinin niteliklerine bakıldığında, çoğunluğunun (%42) şimdiki davranışından farklı bir suç eylemi gerçekleştirdiği dikkati çekmektedir.

Çalışmaya katılan kişilerin dağılımlarına bakıldığında, literatürle uyumlu olarak erkeklerde daha sık şiddet tekrarına rastlandığı saptanmıştır (12,13,16,21,83,112, 142,152,160,161,163,164,165,166,171,172). Araştırmaya katılanlar arasında şiddet

tekrarı gösterenlerin %95'inin erkek olduğu ortaya konmuştur. Cinsiyetler arasındaki bu farkın, istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ortaya konmuştur. Gruptaki cinsiyet dağılımlarına şiddet tekrarı bağlamında bakıldığında, kadınların %88'inin, erkeklerin de %77'sinin ilk suçu olduğu görülmüştür.

Çalışmada önceki şiddet davranışı ve yaş kategorileri dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmemiş olsa da, yine diğer çalışmalara paralel şekilde, bu gruptaki kişilerin yaş dağılımlarının ağırlıklı olarak 26-35 yaş aralığında olduğu (%37) bu aralık 26-45 yaş olarak bakıldığında grubun yarısından çoğunun burada kümelenmiş olduğu görülmüştür (%66). Benzer bir sonuç, Türkiye'de 2002 yılında yapılan bir çalışmada elde edilmiştir. Bu çalışmada da şiddet davranışı gösteren akıl hastalarının yaş ortalamalarının, suç tekrarı gösterenlerden daha düşük olduğu ortaya konmuştur (83). Yaşın genç olmasını bir risk faktörü olarak ortaya koyan çalışmalar literatürde oldukça fazladır (83,142,143,144,154,161,171). Bu çalışmaların kimisinde ilk suç işleme yaşı kriter alınırken (83,142,144,154), kimisinde de erken yaşta hastalanmış olmak, hastaneye yatış/taburculuk yaşı baz alınmıştır (142,171). Sonuçta, hangi açıdan alınırsa alınsın, erken yaşta, özellikle ergenlik öncesinde (142) şiddet davranışı göstermeye başlayanların ve hastalığı daha küçük yaşta başlayan kişilerin, ileriki yaşlarda suç tekrarında bulunmalarının daha büyük bir olasılık olduğu, genç yaştan bu konuda bir risk faktörü olduğu ortaya konmuştur.

Şiddet tekrarı gösterenlerin diğer demografik özellikleri incelendiğinde, literatür ile uyumlu olarak (161), ağırlığın, partneri olmayanlar grubunda olduğu dikkati çekmektedir (%43). Analiz sonuçları, bu iki değişken arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak da anlamlı olduğunu ortaya koyarak, diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir

(83,161). İlk eylemi olan ile daha fazla şiddet eylemi gerçekleştirmiş olanların eğitim seviyesindeki farklılıklar incelendiğinde ortaya çıkan sonuç, istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da, suç tekrarı görülen gruptaki kişilerin çoğunun ilkokul mezunu veya ilkokul terk olduğu (%26) görülmektedir. Benzer şekilde, Türkiye’de ve yurtdışında yapılan başka çalışmalarda da suç tekrarı ve eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki kurulamamış, fakat örneklemin eğitim seviyesi karşılaştırıldığında, yineleyici suç işleyenlerde, öğrenim süresinin daha kısa olduğu saptanmıştır (83,142).

Aile yapılarına bakıldığında ise, şiddet tekrarı gösteren kişilerin %6 kadarının 4 kardeş olduğu ve bu kişilerin çoğunlukla 1. (%5) veya 3. (%5) çocuk olarak dünyaya geldiği tespit edilmiştir. Buna ek olarak, ebeveynleri ile oturanların, yineleyen suç davranışı gösterenlerde daha fazla rastlandığı da edinilen bulgular arasındadır. İşlevsel olmayan aile yapısının, suç tekrarı bağlamında bir risk faktörü olduğu düşünüldüğünde (161), kalabalık ailelerde bu riskin gerçekleşme ihtimalinin daha da yükselebileceği öngörülebilir. Çoğul şiddet gösteren ve göstermeyenler arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmamış olsa da, suç tekrarı yapan gruptaki kişilerin doğum yerlerinin Karadeniz Bölgesi’nde kümelenmiş olması da araştırmanın ilginç bulgularından biri olmaktadır (%13).

Literatür incelendiğinde, suç tekrarı ile demografik bilgiler ile ilgili çok fazla veri bulunmamaktadır, elde edilen bilgiler ise, suç tekrarı risk faktörleri olarak genç yaş, erkek olmak, bekar olmak ve düşük eğitim düzeyi üzerinde yoğunlaşmaktadır.

Şiddet tekrarı gösteren grup üzerine yapılan incelemede elde edilen başka bir bulgu da, bu kişilerin %22’sinin askerliklerini sorunlu olarak yaptıkları veya hiç tamamlayamamış olduklarıdır. Bu bağlamda adı geçen psikiyatrik rahatsızlıkların birçoğu

erken dönemlerde işaretlerini vermeye başlamaktadır. Bununla beraber, zaten ilkökul sonrasında eğitime devam etmeyen (veya edemeyen) kişilerin askere gitme yaşlarının yaklaşık 18 olduğu tahmin edilebilir. Buradan yola çıkarak, önceden işaretlerini vermekte olan veya daha henüz ortaya çıkmayan bir rahatsızlığın, askerlik sürecinde yaşanan stres faktörleri sebebiyle ortaya çıkabiliyor olabilmesi veya olan bir rahatsızlığın nüks edebilmesi çok da şaşırtıcı olmayacaktır.

Kişilerin çalışma durumları incelendiğinde, %22'sinin işsiz olduğu tespit edilmiştir. Literatürde yapılan bazı çalışmalarda, buna paralel sonuçlara rastlamak mümkündür (160,170). İşsiz olmak, şiddet tekrarı açısından bir risk faktörü olarak kabul edilebilir. Fakat burada bahsedilmesi gereken nokta, aradaki ilişkinin net olmamasıdır. İşsiz olmanın suç tekrarının sebebi değil, sonucu da olabileceği göz önünde tutulmalıdır. Şiddeti tekrar etmek ile işsizlik arasındaki bağ, başka değişkenler sebebiyle (örneğin, hastalık tipi, şiddet davranışının tipi) nitelik değiştirebilir. İşsiz grubun dışında kalan kişilerin mesleklerine bakıldığında, işçilik yapanların ağırlıkta olduğu görülmektedir (%11). Bu da daha önceki çalışmalara paralel bir bulgu olmaktadır (160). Akıl sağlığı yerinde olmayan tüm suçluların genel özellikleri ile de uyumlu olarak (171,172), şiddeti tekrar edenlerin de el becerisinin yeterli olduğu işlerde çalışabildikleri tespit edilmiştir.

Şiddet tekrarı olan kişilerin aldıkları tanılarının dağılımına bakıldığında, şizofreni hastalığının oranının en yüksek olduğu net olarak görülmektedir (%60), bu oran diğer psikotik bozukluklar da eklendiğinde tüm grubun % 81'ini oluşturmaktadır. Bu bulgu literatürde yapılan bazı çalışmalarla da uyumludur (37,141,152,165). Langström ve arkadaşları, yakın zamanda yaptıkları araştırmalarında psikotik bozuklukların, şiddet tekrarının önemli bir yordayanı olduğunu ortaya koymuşlardır (165). Ayrıca, MacCulloch

ve arkadaşları da çalışmalarında, örneklemelerinin %26'sının paranoid şizofreni tanısı almış olduğunu ortaya koymaktadır (152). Benzer bir sonuç da 1994 yılında Finlandiya'da bulunmuştur. Araştırmacılar, cinayet suçunu tekrar edenlerden oluşan çalışma gruplarında, şizofreni ve psikotik bozukluk (özellikle paranoid psikoz) tanılarında çok sık rastlandığını göstermişlerdir (141). Fakat bu bağlamda sözü edilmesi gereken önemli bir bulgu da, önceki şiddet eylem sayısı ve tanı kategorileri üzerindeki dağılımının bu çalışmada, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış olmasıdır. Her ne kadar bu hastalık gruplarının rastlanma sıklığı yüksek olsa da, kişinin aldığı hastalık tanısının, suçu tekrar etme olasılığının kesin yordayıcı olduğu söylenememektedir. Bu sonuca benzer bir bulgu da grup şizofrenisi olan ve olmayan olarak ikiye ayrılıp, bu iki grup arasındaki şiddet davranışı sayılarındaki farklılığa bakıldığında bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Literatürde bazı araştırmaların da, burada olduğu gibi, konulan tanının, suç tekrarının yordayıcı olduğu sonucuna varamadıkları görülmüş, buna ek olarak araştırmacılar, özellikle kişilik bozuklukları ve zeka geriliği gibi bazı hastalıklarda, suç tekrarının artış gösterebildiğine de dikkati çekmişlerdir (142,161,166). Özellikle antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerin, diğer tanı gruplarından fazla suç tekrarı gösterdiği birçok araştırma tarafından ortaya konmuştur (142,152,161,162,163,164,165). Burada yapılan çalışmada seçilen örneklemin özelliği gereği kişilik bozukluğu olan kişiler dahil edilmediğinden, bu konuda bir karşılaştırma yapılamamaktadır. Bu çalışmadaki örneklem şizofreni, diğer psikotik bozukluklar, duygudurum bozukluğu, organik bozukluklar ve zeka geriliği olan kişilerden oluşturulmuş, şizofrenisi (%60) veya diğer psikotik bozukluğu olanların (%21) oranının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ortaya konmuştur. Zeka geriliği olanların

ise oranının çok düşük olduğu dikkati çekmiştir (%8). Hastalık tanısı ve yineleyen suç davranışı arasında istatistiksel anlamda bir ilişki kurulamaması, bu bağlamda kişisel ve çevresel faktörlerin rolünün azımsanmaması açısından önem taşımaktadır. Olguların hangi ortamlarda, nasıl koşullar altında gerçekleştiğinin tespit edilmesi zor olsa da, bu, iki kavramın arasındaki esas ilişkiyi ortaya koymak bakımından önemli olacaktır.

Kişilerin hastalıkları ve suç tekrarı ile ilişkili olarak ortaya konan bir başka bulgu da, suç tekrarında bulunan kişilerin %95'inin daha önceden tedavi görmüş olduğudur. Literatür çalışmalarının bazılarında, geçmiş hastalık hikayesinin, şiddet eyleminin tekrarı konusunda önemli bir yer tuttuğu iddia edilmektedir (37,154) bu çalışma da, bu iddiaya paralel bulgular ortaya koymuştur.

Şiddet davranışının tekrarına bakıldığında, akıl sağlığı yerinde olmayan kişilerde bu tip eylemlerin fiziksel şiddet altında kümelendiği görülmektedir (%61). Örneklemin genelinde, bu eylemlerin çoğunlukla adam öldürme (%34) ve yaralama (%26) gibi ağır şiddette suç davranışları olduğu dikkati çekmektedir. Literatür çalışmalarında da akıl hastalığı olan kişilerde ağır şiddet davranışının, suçu tekrar etme riskini arttırdığı iddia edilmektedir (37,112)

Suç tekrarı gösteren grubun büyük bir kısmının, eylemini tek başına gerçekleştirdiği görülmüştür (%94). Silah kullanımı açısından, suç tekrarı yapanlar ve yapmayanlar karşılaştırıldığında, şiddet davranışını tekrar edenlerde, diğerlerine göre, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha az silah veya benzeri alet kullanımı dikkati çekmektedir (%14). Tek şiddet eylemi olanlarda ise bu oran %63'tür. İki grup ayrı ayrı incelendiğinde oranlar farklı olsa da, ağırlık olarak benzer alet gruplarının ortaya çıktığı dikkati çekmektedir. En fazla kullanılan silah veya benzeri aletler detaylı şekilde

incelendiğinde, kesici-delici ve delici aletlerde bir kümelenme ortaya çıkmaktadır (suç tekrarında %26), bunu takiben yoğun olarak ateşli silahların kullanıldığı tespit edilmiştir (suç tekrarında %21). Daha önce de bahsedildiği gibi, toplumda çakı, bıçak gibi kesici-delici aletlerin taşınması, bir alışkanlık niteliğinde, sıklıkla karşılaşılan bir durumdur.

Söz konusu silah veya benzeri aletlerin nereden temin edildiğine bakıldığında, şiddet tekrarı olanların daha sıklıkla yanında her zaman taşıdıkları silah ve benzeri aletleri kullanmış oldukları (%6) veya olay yerinden eline geçirdikleri bir aleti silah niyetine kullandıkları görülmüştür (%5). Şiddet eylemi için kasten yanında getirdiği silah veya benzeri aleti kullananların oranının (%3) diğerlerine göre düşük olduğu dikkati çekmektedir. Kişinin şiddet uygulama sırasında devamlı üzerinde taşıdığı silahı veya ortamdaki ele geçirdiği aleti kullanması, daha çok dürtüsel bir davranış izlenimi bırakmaktadır. Belli bir eylem için kasten edinilen veya getirilen silah ve benzeri alet, olayın planlı olduğunu düşündürmektedir. Burada edinilen sonuçlara göre oranlar yorumlandığında, suç tekrarı gösteren akıl hastalarında, eyleminde silah kullananlarda, şiddet davranışının ağırlıklı olarak dürtüsel ve planlı olmadığı sonucuna varılabilmektedir. Çalışmanın ortaya koyduğu sonuçlarda, planlı eylemler, ilk şiddet eylemi olanlarda (%13), iki veya daha fazla şiddet davranışı olanlardan (%3) anlamlı derecede yüksektir.

Şiddet tekrarlarının da, genelde işlenen suçlarda olduğu gibi, gündüz saatlerinde gerçekleştiği ortaya konmuştur (%13). Bununla beraber, şiddetin gerçekleştiği mekanın ağırlıklı olarak dış mekanlar (%33) olduğu bulunmuştur. Eylemlerin ortaya konduğu mekanların dağılımına daha detaylı bakıldığında dış mekan olarak ortaya konan verinin (%33) ağırlıklı oranda tarla, otlak gibi ıssız yerlerden çok, sokak, park gibi kamusal

alanlar (%28) olduğu dikkati çekmektedir. Ayrıca aynı grup için, saldırgan ile mağdurun beraber paylaştıkları evin, dış mekandan sonra, en sık rastlanan olay yeri tipi olduğu görülmüştür (%15).

Şiddet davranışı gösteren kişilerin mağdurlarının özellikleri incelendiğinde, suç tekrarı gösterenlerin de göstermeyenler gibi, çoğunlukla yetişkinleri mağdur ettikleri görülmektedir. Çocuklara yöneltilen şiddet olgularına bakıldığında, ilk şiddet eylemi olanların diğerlerine göre daha fazla yetişkin olmayan kişileri mağdur edebildikleri saptanmıştır. Genel anlamda, suç tekrarı yapan kişilerin mağdurlarının %99'unun yetişkin, %49'unun da erkek olduğu bulunmuştur. Yineleyen suç sergileyenlerde, tek şiddet eylemi olanlarda olduğu gibi, en sık aile üyeleri mağdur olmaktadır (suç tekrarında, %28). Literatürde bu konu üzerine yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar dikkati çekmektedir (83,175).

İstatistiksel olarak şiddet davranışını tekrar eden ve etmeyenler arasında pişmanlık durumları açısından, anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen, sadece suç tekrarı yapanların oluşturduğu grup incelendiğinde, veri toplanabilen 73 kişilik grupta ağırlıklı olarak pişmanlık duymuyor veya suçu kabul etmiyor olduğu ortaya çıkmıştır (%22). Burada veri elde edilen kişi sayısı az olsa da, ortaya çıkan yüzde bu kişilerin pişmanlık durumları ile ilgili bir fikir vermektedir. Pişmanlık duymayan veya suçunu kabul etmeyen kişilerde aynı eylemi tekrar etme ihtimalinin yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Bu kişi yaptığı davranışı bir şekilde rasyonalize edebilmekte veya yok varsayabilmektedir. Kişilerin bu tutumlarının saptanması, onların tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde önemli rol oynayacak, daha sonraki şiddet davranışlarının önlenmesine yardımcı olabilecektir.

Şiddet tekrarının önlenmesi konusunda yapılan çalışmalar, akıl sağlığı yerinde olmayan kişinin sosyal çevresinin, bu konudaki önemini ortaya koymaktadır. Hastalık ve şiddet tekrarı arasında net bir ilişki kurulamamasının sebeplerinden biri de, diğer değişkenlerin bu davranışlar üzerindeki rollerinin büyüklüğü olmaktadır. Bu sebeple, hasta hastaneden çıktığında ayakta kontrollere gelmesini ve tedavilerine dışarıdan devam etmesini sağlayacak birimlerin kurulması, geliştirilmesi ve işlevsel hale getirilmesi çok önemlidir. Şiddet tekrarı gösteren hastalarda tedaviye uyum, diğerlerine göre daha zor olduğundan bu kişilerin hastaneden çıktıktan sonraki tedavi takipleri büyük önem taşımaktadır (83). Ayrıca, bu kişilerin hastane dışında, ekonomik ve sosyal anlamda destek almalarına yardım edilmesi de gerekmektedir. Bazı araştırmacıların da ortaya koyduğu gibi, ekonomik yönden zorluk çeken, işi olmayan hastaların suç davranışına yönelmeleri daha kolay olmaktadır (13,21,83). Bu sebeple oluşturulacak kurumlar, kişilerin hastane sonrasında dışlanmalarını engellemek, topluma entegre olup kendilerine bir hayat kurmalarını sağlamak, iş bulmalarında ve temel ihtiyaçlarını karşılamalarında yardımcı olabilecektir. Bu şekilde, daha sonradan, bu zorluklar sebebiyle suça yönelebilecek bazı kişiler, önceden engellenmiş olabilecektir.

Çalışmanın bu noktasında çeşitli kısıtlılıklardan da bahsetmek yerinde olacaktır.

Araştırmanın verileri, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 4. İhtisas Dairesi, Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Kurulu ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde 1999-2004 yılları arasında tutulmuş olan kayıtların incelenmesiyle toplanmıştır. Dosyaların belli standartlara göre hazırlanmamış olması sebebiyle sorunlar yaşanmıştır. Her dosya aynı bilgiyi içermediğinden bazı verilerde eksiklikler olmuş ve analiz esnasında, toplam örneklem sayısı parametrelere göre değişiklik göstermiştir. Bu

araştırmanın içeriği açısından, özellikle bireylerin şiddet davranışı üzerinde büyük etkisi olduğu bilinen alkol ve/veya madde kullanımı (9,10,45,91,104), bu kişilerin geçmiş hastalık hikayeleri ve şiddet davranışları ile ilgili bilgilerde ortaya çıkabilen eksikliklerin sonuçlar üzerinde olumsuz etkileri olabileceği endişesi yaratmıştır. Gelecekte yapılacak çalışmaların daha sağlıklı sonuçlar ortaya koyabilmesi açısından kurumlarda, dosyalama işlemlerine standartlar getirilmesi çok önemlidir.

Burada bahsedilmesi gereken başka bir nokta da, araştırmalarda kullanılan tanımlamaların yaratmış olduğu problemdir. Özellikle hastaların dosyalarındaki tanımlar, kurumlar arasında farklılık gösterebilmektedir. Üç ayrı kurumun dosyaları bir araya getirildiğinde, kişinin güncel ve geçmiş hastalık hikayesinde tutarsızlıklar olabilmektedir. Böyle bir durumla karşılaşıldığında, bu çalışmada, Adli Tıp Kurumu'nun 4. İhtisas Kurulu'nda konulmuş olan tanıya öncelik tanınmıştır.

Veri toplama ile ilgili problemlere ek olarak, çalışmanın içeriği ile ilgili bazı sıkıntıları da dile getirmekte fayda görülmektedir. Şiddet davranışı göstermiş olan akıl hastalarından oluşturulan örneklem grubunda görülen, adli makamlara şikayette bulunulmamış bazı şiddet eylemlerinin kayıtlara geçmemiş olması sebebiyle şiddet tekrarı sonuçları beklenen sonucun altında çıkmış olabilir. Fakat bu problemin diğer çalışmalar için de geçerli olduğu düşünüldüğünde, genelleme ile ilgili bir sorun yaratmayacağı da varsayılmaktadır.

Gelecekte, bu bağlamda yapılacak araştırmalarda, bu sorunların giderilmesine çalışılması çok önemlidir. Bu faktörlerin kontrol edildiği, alkol ve/veya madde kullanımının da ölçüldüğü, ailelerden edinilebilecek diğer bilgiler de eklenerek şikayet edilmeyen şiddet davranışlarının da katılabileceği bir çalışma, burada yapılan

araştırmanın sonuçlarını daha ileriye götüreceğ ve daha sağlıklı genellemeler yapılabilmesini sağlayacaktır.

5. SONUÇ

Akıl hastalığı olan ve suç eyleminde bulunan kişilerin şiddet davranışı analizini yapmayı, bu kişilerdeki suç tekrarı oranını ve bu bağlamdaki risk faktörlerini ortaya koymayı amaçlayan bu çalışmanın örneklemini, İstanbul Adli Tıp Kurumu'nun 4. İhtisas Kurulu'na 1999-2004 yılları arasında yönlendirilen ve TCK 46'dan yararlanan, 18 yaşından büyük kişilerden oluşturulmuştur. Araştırma verileri, bu kişilerin İstanbul Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu'ndaki, İstanbul Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi'ndeki ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ndeki geçmiş ve güncel dosya bilgilerinden derlenmiştir.

Örneklemini oluşturan 1362 kişinin büyük çoğunluğunun, 26-35 yaş aralığında olan ve partneri olmayan erkekler olduğu görülmüştür. Eğitim seviyesi genellikle ilkökul düzeyinde olan bu kişilerin, ebeveynleri veya eşleri (ve çocukları) ile yaşamakta oldukları ortaya konmuştur. İşi olmayanların ağırlıkta olduğu grupta, işi olanların genellikle işçilik yaptıkları ve tarım alanında çalıştıkları dikkati çekmiştir. Devamlı işi olan kişilerin çoğunlukla diğer psikotik bozukluk tanısı almış olduğu, diğer tanı gruplarında ise işsizlik durumunun ağırlıkta olduğu bulunmuştur. Örneklemin özelliklerini gösteren bulgulardan biri de, aile içi şiddetin sık olması ve bunun, çoğunlukla, hasta kişiden, diğer aile bireylerine yönelik olarak gerçekleştiriliyor olmasıdır. Grupta en sık görülen hastalık ise şizofrenidir.

Şiddet davranışları incelendiğinde, en fazla rastlanan suç eylemlerinin, fiziksel şiddet grubuna giren, adam öldürme ve yaralama olduğu saptanmıştır. Fiziksel şiddet; cinsiyet, tanı, eğitim ve çalışma gruplarının her alt başlığında, en sık görülen suç kategorisidir. Mala yönelik şiddette çoğunlukla karşılaşılan eylemler, hırsızlık ve mala

zarar vermedir ve bu davranışlar partneri olmayanlarda ve işsizlerde daha sık görülmüştür. Suç işleme yaşı genellikle 25-35 yaşları arasına denk düşmektedir. Örneklem grubunda, aile içi şiddet veya intihar teşebbüsü olduğu durumlarda en fazla karşılaşılan eylem, yine fiziksel şiddettir.

Şiddet eylemi sırasında silah veya benzeri alet kullanımının sık olduğu ve bu oranın erkeklerde ve 36 yaş üzerinde olanlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bağlamda şiddet eylemlerine bakıldığında mala yönelik olanlarda diğerlerine göre az olmakla birlikte, tüm suç davranışlarında bu tip silah ve benzeri alet kullanımının olduğu saptanmıştır. Tercih edilen alet tipleri incelendiğinde, her cinsiyette ve her yaşta, ağırlıklı olarak tercih edilen grubun kesici-delici ve delici aletler olduğu ortaya konmuştur. Ateşli silahların erkeklerde ikinci sırada olduğu ve bu gruptaki silahlara 36 yaş üzerinde olanlarda, gençlere göre, daha fazla rastlanmakta olduğu bulunmuştur. Tanı kategorilerine göre bakıldığında, organik bozukluk ve şizofreni tanısı alanların daha çok kesici-delici ve delici alet kullandıkları, duygudurum bozukluğu ve diğer psikotik bozukluğu olanlarda ise ateşli silah kullanımının fazla olduğu görülmüştür. Kullanılan silah ve benzeri aletlerin nereden bulunduğu ile ilgili araştırma sonucunda, çoğunluğun olay yerinde buldukları aletleri kullandığı ortaya çıkmıştır. Erkeklerin kadınlara göre daha fazla silah ve benzeri aletleri taşıdıkları veya özellikle söz konusu eylem için yanlarında getirdikleri dikkati çekmiştir. Planlı olarak, özellikle o eylem için, yanında silah getirenlerin, çoğunlukla şizofreni tanısı almış olduğu da görülmüştür.

Şiddet eyleminin gerçekleştiği mekanın genellikle ev ortamları olduğu bulunmuştur. Daha detaylı bakıldığında ise, bahsi geçen ev ortamının, saldırgan ile mağdurun beraber yaşadıkları evleri olduğu görülmektedir. Kadınların erkeklere oranla

daha fazla evde, erkeklerin ise kadınlara oranla daha sık dışarıda şiddet eylemlerini sergiledikleri dikkati çekmiştir. Suç davranışları açısından bakıldığında, fiziksel ve sözel şiddetin sıklıkla ev ortamlarında, mala yönelik şiddetin iş yeri ortamlarında ve diğer şiddet davranışlarının da dış mekanlarda gerçekleştiği ortaya konmuştur. Eylemlerin uygulandığı zamana bakıldığında ağırlıklı olarak gündüz saatlerinde olduğu bulunmuştur. Mala yönelik eylemlerde, akşam ve gece suça yönelme, diğer eylemlerdekilere göre daha fazla görülmüştür.

Örnekleme grubundakilerin çoğunun, gerçekleştirdiği eylemler sırasında bir partnerleri olmadığı tespit edilmiştir. Grupta pişmanlık duyma oranının düşük olduğu, çoğunluğun pişmanlık duymadığı veya eylemi kabul etmediği görülmüştür.

Şiddet eylemlerinde mağdur edilen kişilerin özellikleri de incelenmiştir. Mağdurların genellikle, yetişkin ve erkek olduğu bulunmuştur. Kadınların, çocukları, erkeklerden daha fazla oranda mağdur ettiği de önemli bulgular arasındadır. Bunlara ek olarak, mağdurların, genellikle saldırganın aile üyesi olduğu da ortaya konmuştur. Bu durumda, mağdur, çoğunlukla, saldırganın eşi veya ebeveynlerinden biri olmaktadır.

Örnekleme grubundaki kişiler arasında suç tekrarının az olduğu bulunmuştur. Şiddet tekrarı gösterenlerin eylemlerine bakıldığında, geçmişlerinde tek suç olma ihtimalinin, iki veya daha fazla olmasından, yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Bu kişilerin özellikleri incelendiğinde, erkeklerin ve partneri olmayanların oranının nispeten daha yüksek olduğu görülmüştür. Tüm örnekleme paralel olarak, bu grupta da, 26-35 yaş aralığında olmak, ebeveynle yaşıyor olmak, sorunlu askerlik, düşük eğitim düzeyi ve işsizlik, öne çıkan özellikler olarak ortaya konmuştur. İşli olanların çoğu işçilik yapmaktadır. Grubu oluşturanların çoğunun şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanısı almış olmaları ve

geçmişlerinde hastalık öyküsü olması dikkati çekmiştir. Yineleyen suç davranışlarında da fiziksel şiddetin ağırlıkta olduğu görülmüştür.

Şiddet tekrarı açısından, silah ve benzeri alet kullanımını incelendiğinde, bu duruma, tek şiddet eylemi olanlara göre, daha az rastlandığı bulunmuştur. Alet kullanıldığı durumlarda ise tercih kesici-delici ve delici aletler yönünde olmaktadır. Şiddet eylemi esnasında hep yanında taşıma durumunun, yineleyen suç davranışı gösterenlerde, göstermeyenlere oranla daha sık olduğu görülmüştür. Bu grupta, eylemin genellikle gündüz ve, tek şiddet davranışı olanlara oranla daha sık olarak, dış mekanlarda gerçekleştiği ortaya konmuştur. Bu kişilerden, pişmanlık duymayanlarla eylemi gerçekleştirdiğini kabul etmeyenlerin oranı birbirine eşittir, pişmanlık duyanların sayısı ise düşüktür.

Suç tekrarı olan kişilerin eylemlerinde, mağdur edilen kişilerin özelliklerine bakıldığında, yine yetişkin erkeklerin fazla olduğu görülmüştür. İlk suçu olanlara göre, bu grupta yabancı birini mağdur etmenin daha fazla olduğu da ortaya konmuştur.

6. ÖZETLER

6.1. ÖZET

Akıl hastalığı olan ve suç eyleminde bulunan kişilerin şiddet davranışı analizini yapmayı, bu kişilerdeki suç tekrarı oranını ve konu ile ilgili risk faktörlerini ortaya koymayı amaçlayan çalışmanın örnekleme, İstanbul Adli Tıp Kurumu'nun 4. İhtisas Kurulu'na 1999-2004 yılları arasında yönlendirilen ve TCK 46'dan yararlanan, 18 yaşından büyük 1362 kişiden oluşturulmuştur. Örneklemin, çoğunlukla, literatür ile de uyumlu olarak, 26-35 yaş arasında, eğitim düzeyi düşük, işsiz ve bekar erkekleri içerdiği görülmüştür. Şiddet davranışı açısından incelendiğinde, fiziksel şiddetin en yüksek oranda rastlandığı, silah kullanımının sık görüldüğü, en çok kesici-delici ve delici aletlerin kullanıldığı tespit edilmiştir. Suç eylemi esnasında, bu kişilerin, silah ve benzeri aletleri çoğunlukla olay yerinden edindikleri görülmüştür. Şiddetin, en fazla olarak, ev ortamlarında ve gündüz gerçekleştiği de ortaya konmuştur. Mağdur özellikleri incelendiğinde, şiddet eylemi esnasında mağdur edilen kişilerin genellikle hastanın aile üyelerinden biri olan, yetişkin erkekler olduğu dikkati çekmiştir. Örneklem grubundaki suç tekrarı araştırıldığında, bu oranın düşük olduğu ve geçmişinde tek suç eylemi olanların, grubun çoğunluğunu oluşturduğu ortaya konmuştur. Şiddet tekrarı yapan kişilerin özelliklerine bakıldığında, diğer grupla benzer şekilde, 26-35 yaş arasında, partneri olmayan, eğitim düzeyi düşük ve işsiz erkeklerin olduğu, ayrıca geçmişlerinde hastalık öyküsü bulunduğu görülmüştür. Bu kişilerin, diğer gruptakilere oranla, oranla daha az silah ve benzeri alet kullandıkları, bu aletleri, daha sık olarak, devamlı yanlarında taşıyor oldukları ve eylemlerini dışarı mekanlarda gerçekleştirme oranlarının da daha fazla olduğu dikkati çekmiştir.

6.2 ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the characteristics of violence and the recidivism rates of the mentally disordered offenders. The sample consisted of 1362 people who were sent to Istanbul Council of Forensic Medicine's 4th Special Committee for psychiatric evaluation between 1999-2004. The participants were above the age of 18 and they all benefited from the item 46 of Turkish Criminal Code (TCK). The characteristics of the participants were found to be consistent with the literature. The profile of the majority of the sample indicated male without any partner, between the age of 25-35, uneducated and unemployed. When the violent act was examined, the ratio of physical violence was found to be the highest compared to other criminal activities. Additionally, frequent use of an object and/or weapon was revealed, sharp tools like various types of knives were most commonly observed. This study also indicated that the object/weapon used in the criminal activity was frequently provided from the crime scene. The violent behaviors were mostly taken place during the day time and indoors such as apartments. The victims of violent acts by mentally disordered offenders were found to be an adult male, mostly a close relative of the offender.

The recidivism ratio was found to be low in the current study. The results showed that a number of people who had single crime in their past outnumber the ones who have multiple criminal acts in their records. The characteristics of recidivists were considerably similar to the ones who had not committed any crimes in their past. The common features of those two groups can be listed as the offender's being a male, unemployed, having no life partner and low educational level. Most importantly, the recidivists were found to have a mental illness history. The criminals are less likely to use

an object and/or a weapon the criminal offense. On the other hand, they are more likely to have a habit of carrying a weapon around than the other groups. Finally, the study also revealed that when the recidivists commit a crime, the possibility of him to be an outside is quite high.

7. KAYNAKLAR

1. Coid, B., Lewis, S.W., Reveley, A.M (1993). A twin study of psychosis and criminality. *British Journal of Psychiatry* 162,87-92.
2. Ashley, M. (1922). Outcome of 1000 cases paroled from the Middletown State Hospital, *State Hospital Quarterly*, 8:64 (*loc cit* 1).
3. Pollock, H.H. (1938). Is the paroled patient a threat to the community? *Psychiatric Quarterly*, 12:236 (*loc cit* 1).
4. Cohen, L., Freeman, H. (1945). How dangerous to the community are state hospital patients? *Connecticut State Medical Journal*, 9:697 (*loc cit* 1).
5. Zitrin et al, (1976). Crime and violence among mental patients. *American Journal of Psychiatry*, (133-2), 142-149.
6. Ögünç, Faruk (1999). Şiddet suçu işlemiş akıl hastalarının sosyo-demografik karakteristikleri ve psikiyatrik tanıları. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
7. Hodgins, S. (2001). The major mental disorders and crime: stop debating and start treating and preventing. *International Journal of Law and Psychiatry*,24:427-446.
8. Lindqvist P., Allebeck, P (1990). Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br. J. Psychiatry*, (157), 345-350.

9. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. (1996). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry*. Jun;53(6):497-501.
10. Eronen, M, Tiihonen, J., Hakola, P. (1996). Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 22 (1), 83-90.
11. Link, B.G, Andrews, H., Cullen, F.T. (1992). The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *American Sociological Review*, 57:275-292.
12. Blackburn, R. (2005). *The Psychology of Criminal Conduct: Theory, Research and Practice*. John Wiley and Sons Ltd, England.
13. Marzuk, PM. (1996). Violence, crime and mental illness. How strong a link? *Arch Gen Psychiatry*, 53, 481-496.
14. Gottlieb, P., Gabrielsen, G., Kramp, P. (1987). Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatr. Scan.*, 76, 285-292.
15. Tanay, E. (1987). Homicidal behavior in schizophrenics. *Journal of Forensic Science, JFSCA*, 32 (5), sept, 1382-1388.
16. Maner, F., Kayatekin, Z.E., Abay, E., Saygılı, S., Şener, A.İ. (1991). Psikiyatrik hastalıklar ve suç. *Düşünen Adam*, 4 (1), 6-13.
17. Torrey, E.F., Zdandowicz, M.T. (1999). *Deinstitutionalization hasn't worked*. <http://www.psychlaws.org/GeneralResources/article17.htm> 18.02.2007.
18. Coid, J.W. (1988). Mentally abnormal prisoners on remand: I. Rejected or accepted by the NHS? *British Medical Journal*, 296: 1777 (*loc cit* 1).

19. Teplin, L. A. (1985). The Criminality of the mentally ill: A Dangerous misconception. *American Journal of Psychiatry*, 142, 593-599.
20. Krakowski, M, Volavka, J., Brizer, D. (1986). Psychopathology and violence: A Review of literature. *Comprehensive Psychiatry*, 27(2), March/April, 131-148.
21. Erb, M., Hodgins, S., Freese, R., Müller-Isberner, R., Jöckel, D. (2001). Homicide and schizophrenia: Maybe treatment does have a preventive effect. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 1, 6-26.
22. Paige, S. (1998). The Devil in deinstitutionalizing. <http://www.psychlaws.org/GeneralResources/article10.htm> 18.02/2007.
23. Accordino, M.P., Dion, FP., Morse, T. (2001). Deinstitutionalization of persons with mental illness: Context and consequences. *Journal of Rehabilitation*, April-June, http://www.findarticles.com/cf_0/m0825/2_67/76398484/p1/article.jhtml 27.04.2004.
24. Warren, C. A.B. (1981). New forms of social control: The myth of deinstitutionalization. *American Behavioral Scientist*, Vol. 24, No.6, july/august, 724-740.
25. Feldman, M.P. (1977). *Criminal Behaviour: A Psychological Analysis*. Chichester: Wiley (*loc cit* 12).
26. Wormith, J.S. (1984). The Controversy over the effects of long-term incarceration. *Canadian Journal of Criminology*, 26: 423-37.
27. West, D.J. (1980). The Clinical approach to criminology. *Psychological Medicine*, 10:619 (*loc cit* 12).

28. Estroff, S.E., Zimmer, C., Lachicotte, W.S. (1994). The influence of social networks and social support on violence by persons with serious mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 45: 669 (*loc cit* 37).
29. Wessely, S., Taylor, P.J. (1991). Madness and Crime: Criminology versus Psychiatry. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 1:193 (*loc cit* 12).
30. Monahan, J., Steadman, H.J. (1983). *Crime and Mental Disorder: An Epidemiological Approach*. "Crime and Justice: An Annual Review of Research, (Morris and M. Tonry, Eds.), Vol 3, Chicago: University of Chicago Press" içinde (*loc cit* 12).
31. Siegal, L.J. (1986). *Criminology* (2nd edition). West Publishing, St Paul, Minn (*loc cit* 113).
32. Melick, M., Steadman, H., Coccozza, J. (1979). The medicalization of criminal behaviour among mental patients. *Journal of Health and Social Behaviour*, 20:228 (*loc cit* 1).
33. Sentencing Project (2002). Mentally ill offenders in the criminal justice system: an analysis and prescription. www.sentencingproject.org 20.11.2006.
34. Washbrook, R.A.H. (1981). Neuroticism and Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 24: 122-9.
35. Reznek, Lawrie (1997). *Evil or Ill? Justifying the Insanity Defence*. Routledge, New York.

36. Mullen, P. (2001). Mental health and criminal justice: A review of the relationship between mental disorders and offending behaviours and the management of mentally abnormal offenders in the health and criminal justice system. Prepared for the Criminology Research Council.
<http://www.aic.gov.au/crc/reports/mullen.pdf> 13.04.2004.
37. Arboledea-Florez, J. (1998). Mental illness and violence: An epidemiological appraisal of the evidence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43: 989-99.
38. Arseneault, L., Moffitt, T.E., Caspi, A., Taylor, P.J., Silva, P.A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 57: 979-986.
39. Convit, A., Isay, D., Otis, D., Volvka, J. (1990). Characteristics of repeatedly assaultive psychiatric inpatients. *Journal of Nerv Ment Dis*, 178:48 (*loc cit* 37)
40. Fotrell, E. (1980). A study of violent behavior among patients in psychiatric hospitals. *British Journal of Psychiatry*, 136:216 (*loc cit* 37).
41. Torrey, E.F. (1994). Violent behavior by individuals with serious mental illness, *Hospital Community Psychiatry*, 45-7: 653 (*loc cit* 6).
42. Tardiff, K., Koenigsberg, H.W. (1985). Assaultive behaviour among psychiatric outpatients., *American Journal of Psychiatry*: 142-8, 960-963.
43. Holley, H., Arboledea-Florez, J. (1988). Criminalization of the mentally ill: Part 1. Police perceptions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33:81 (*loc cit* 37).
44. Swanson, J.W., Holzer, C.E., Ganju, V.K., Jono, R.T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the epidemiological catchment area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 47(7):761 (*loc cit*

- 37).
45. Bland, R., Orn, H. (1986). Family violence and psychiatric disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31:129 (*loc cit* 37).
 46. Mullen, P.E. (1997). A reassessment of the link between mental disorder and violent behaviour, and its implications for clinical practices. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31: 3-11.
 47. Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency and crime: Evidence from birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 49, 476-483.
 48. Link, B.G, Andrews, H., Cullen, F.T. (1992). The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *American Sociological Review*, 57:275-292.
 49. Link, B.G., Sueve, A. (1996). Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls, "violence and mental disorder: developments in risk assessment (J. Monahan, H.J. Steadman (Eds.) 2nd edition, pp.137-159, University of Chicago Press, Chicago" içinde.
 50. Hafner, H., Boker, W. (1973). Mentally disordered violent offenders. *Soc. Psychiatry* 8, 220-229.
 51. Bland, R.C., Newman, S.C., Dyck, D.J., Orn, H. (1990). Prevalence of psychiatric disorders and suicide attempts in a prison population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35:407 (*loc cit* 37).
 52. Arboleda-Florez, J. (1994). An epidemiological study of mental illness in a remanded population and the relationship between mental condition and criminality. Doctoral dissertation in epidemiology. University of Calgary:

Calgary (*loc cit* 37).

53. Coté, G., Hodgins, S. (1992). The Prevalance of major mental disorders among homicide offenders, *International Journal of Law and Psychiatry*, 15:89 (*loc cit* 7).
54. Lindqvist, P. (1986). Criminal homicide in Northern Sweden in 1970-1981: Alcohol intoxication, alcohol abuse and mental disease. *International Journal of Law and Psychiatry*, 8:19 (*loc cit* 7).
55. Taylor, P.J., Gunn, J. (1984). Violence and psychosis I: The risk of violence among psychotic men. *British Medical Journal*, 1984, 288: 1945-1949.
56. Eronen, M. (1995). Mental disorders and homicidal behavior in female subjects. *American Journal of Psychiatry*, 152(8), 1216-1218.
57. Mullen, P.E., Burgess, P., Wallace, C., Palmer, S., Ruschena, D. (2000). Community care and criminal offending in schizophrenia. *The Lancet*, 355:614 (*loc cit* 7).
58. Brennan, P.A., Mednick, S.A., Hodgins, S. (2000) Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch. Gen. Psychiatry*, 57: 494-500.
59. Tiihonen J, Isohanni M, Rasanen P, Koiranen M, Moring (1997). Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 Northern Finland birth cohort. *J. Am J Psychiatry*. Jun;154(6):840-5.
60. Hodgins, S., Mednick, S.A., Brennan, P.A, Schulsinger, F., Engberg, M. (1996). Mental disorder and crime: Evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53, 489-496.

61. Stueve, A., Link, B.G. (1998). Gender differences in the relationship between mental illness and violence: Evidence from a community-based epidemiological study in Israel. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33:61 (*loc cit* 7).
62. Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Rushena, D., Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 172:477 (*loc cit* 7).
63. Ortmann, J. (1981). Psykisk ofvigelse og kriminel adfaerd en undersogelse af 11533 maend fodt i 1953 i det metropolitane omrade kobenhaun. *Forskningsrapport*, 17. (*loc cit* 7).
64. Robinson, D.N. (1998). Wild Beast and Idle Humours: The Insanity Defense from Antiquity to the Present, Harvard University Press.
65. Oral, G. (2001). İsnat Kabiliyeti-Cezai Sorumluluk ve Mac Naughten Davası. *Klinik Adli Tıp*, 1 (1), 82-85.
66. Gutheil, T.G. (1995). *Forensic Psychiatry: Legal Issues in Psychiatry*. "Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV, (H.I. Kaplan, B.J. Sadock, eds.), 6th edt., vol 2, chapter 52, pp: 2747-2775, Williams and Wilkins, New York" içinde.
67. Türk Ceza Kanunu (2001). Seçkin Yayınevi, Ankara.
68. Oral, G. (1999). *Adli Psikiyatri*. "Adli Tıp Cilt III, (Zeki Soysal ve Canser Çakalın, eds). Bölüm 35, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul, 1377-1572" içinde.

69. Yılmaz, Z. (2004). Notlu-Gerekçeli-Genel Açıklamalı Yeni Türk Ceza Kanunu. Seçkin Yayınları, Ankara.
70. Steadman, H.J., Muvey, E.P., Monahan, J., Robbins, P.C., Appelbaum, P.S., Grisso, T., Roth, L.H., Silver, E. (1998). Violence by People Discharged from Acute Psychiatric inpatients Facilities and by Others in the Same Neighbourhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55:393 (*loc cit* 7).
71. Modestin, J., Hug, A., Ammann, R. (1997). Criminal behavior in males with affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 42: 29-38.
72. Calcedo-Barba, A. L., Calcedo-Ordonez, A. (1994). Violence and paranoid schizophrenia. *Journal of Law and Psychiatry*, 17 (3), 253-263.
73. McNeil, D.E., Binder, R.L. (1986). Violence, civil commitment and hospitalization. *Journal of Nervous Mental Disease*, 174:107 (*loc cit* 72).
74. Craig, T.J. (1982). An Epidemiologic study of problems associated with violence among psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 139:1262 (*loc cit* 72).
75. Tardiff, K., Sweilliam, A. (1980). Assault, suicide and mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 37:164 (*loc cit* 72).
76. Rossi, A.M., Jacobs, M., Monteleone, M., Olsen, R. Surber, R.W. Winkler, E.R., Wommack, A. (1986). Characteristics of psychiatric patients who engage in assaultive and other fear inducing behaviors. *Journal of Nervous Mental Disease*, 174:154 (*loc cit* 72).

77. Wessely, S.C., Castle, D., Douglas, A.J., Taylor, P.J. (1994). The criminal careers of incident cases of schizophrenia. *Psychological Medicine*, 24:483 (loc cit 10).
78. Modestin, J., Ammann, R. (1996). Mental disorder and criminality: male schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22,(1), 69-82.
79. Bloom, J.D., Wilson, W.H (2000). *Offenders with schizophrenia*. "Violence, crime and mentally disordered offenders: concept and methods for effective treatment and prevention (S. Hodgins, R. Müller-Isberner, Eds.), Chap 5, pp. 113-130, Wiley and Sons Ltd, England" içinde.
80. Tardiff, K. (1989). *Assessment of Management of Violent Patients*. Washington, American Psychiatric Press (*loc cit* 79).
81. Link, B.G., Stueve, A. (1996). *Psychotic Symptoms and the Violent/Illegal Behavior of Mental Patients Compared to Community Controls* "Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment (J. Monahan, H.J. Steadman, Eds) chapter 6, pp.137-159, University of Chicago Press, Chicago" içinde.
82. Uygur, N., Işıklı, M., Ögel, K., Çeliker, A.R. (1992). Suç işlemiş şizofrenlerin demografik özellikleri ve suç profili. *Düşünen Adam*, 5 (1-2-3), 5-9.
83. Öncü, Fatih (2002). *Psikiyatrik Bozukluğu Olan Suçluların Zorunlu Klinik Tedavi Sonrası hastalık ve Suçluluk Seyirleri*. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

84. Yesavage, J.A., Brizer, D.A. (1989). *Clinical and historical correlates of dangerous inpatient behaviour*, “current approaches to prediction of violence,(D.A. Brizer and N. Crowner, eds.), Washington, American Psychiatric Press” içinde (*loc cit* 72).
85. Yesavage, J.A. (1982). Inpatient violence and schizophrenic patients: An inverse correlation between danger-related events and neuroleptic levels, *Biological Psychiatry*, 17:1331 (*loc cit* 72).
86. McNeil, D.E. (1994). *Hallucinations and violence*, “violence and mental disorder: developments in risk assessment (J. Monahan, H.J. Steadman, Eds), chapter 8, pp.183-203, University of Chicago Press, Chicago” içinde.
87. Kermani, E.J. (1981). Violent psychiatric patients: a study. *American Journal of Psychotherapy*, 35: 215-225.
88. Buchanan, A., Reed, A. (1993). Acting on delusions. II: The phenomenological correlates of acting on delusions. *British Journal of Psychiatry* 163, 77-81.
89. Wolfgang, M.E. (1958). Patterns of criminal homicide. University of Pennsylvania Press. Philadelphia (*loc cit* 8).
90. Planansky, K., Johnson, R. (1977). Homicidal aggression in schizophrenic men. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 55:65 (*loc cit* 8).
91. Miller PM, Johnstone EC, Lang FH, Thomson LD (2000). Differences between patients with schizophrenia within and without a high security psychiatric hospital. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Jul;102(1):12-8.

92. Tengström, A., Hodgins, S. (2002). Criminal behavior of forensic and general psychiatric patients with schizophrenia: are they different? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (s412): 62.
93. Amerikan Psikiyatri Birliği (2000). DSM-VI-TR: Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
94. Köroğlu, E., Bayraktar, S. (2007). Kişilik Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
95. Widiger, A. T., Trull, T.J. (1996). *Personality disorders and violence*, “Violence and mental disorder: developments in risk assessment (J. Monahan, H.J. Steadman, Eds.), chapter 9, pp.203-226, University of Chicago Press, Chicago” içinde.
96. Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Marino, M.F., Schwartz, E.O., Frankenburg, F.R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30:18 (*loc cit* 95).
97. Herman, J.L., Perry, J.C., van der Kolk, B.A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146:490-495.
98. Shearer, S.L., Peters, C.P., Quaytman, M.S., Ogden, R.L. (1990). Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147:214 (*loc cit* 88).
99. Pollack, V.E., Briere, J., Schneider, L., Knop, J., Mednick, S.A., Goodwin, D.W. (1990). Childhood antecedents of antisocial behavior: parental alcoholism and physical abusiveness. *Journal of Counseling and Clinical*

- Psychology 147:1290 (loc cit 95).
100. Hare, R.D., McPherson, L. M. (1984). Violent and aggressive behavior by criminal psychopaths. *International Journal of Law and Psychiatry*, 7:35 (loc cit 95).
 101. Haris, G.T., Rice, M.E., Cormier, C.A. (1991). Psychopathy and violent recidivism. *Law and Human Behavior* 15:625 (loc cit 95).
 102. Burke, H., Hart, S.D. (2000). *Personality disordered offenders: conceptualization, assessment and diagnosis of personality disorder*, "Violence, crime and mentally disordered offenders: concepts and methods for effective treatment and prevention. (S. Hodgins, R .Müller-Isbener, eds.), chapter 3, pp: 63-85, John Wiley and Sons, New York" içinde.
 103. Williamson, S., Hare, R.D., Wong, S. (1987). Violence: criminal psychopaths and their victims. *Canadian Journal of Behavioral Science* 19:454 (loc cit 95).
 104. Rice, M.E., Haris, G.T. (1995). Psychopathy, schizophrenia, alcohol abuse, and violent recidivism. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18:333 (loc cit 37).
 105. Malmquist, C.P. (1995). Depression and homicidal violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18 (2), 145-162.
 106. Russo,G. (1994). Follow-up of 91 mentally ill criminals discharged from the maximum security hospital in Barcelona P.G. *International Journal of Law and Psychiatry*, 3, 279 (loc cit 108).

107. Shneidman, E., Farberow, N.L., Litman, R. (1994). *The Psychology of Suicide: A Clinician's Guide to Evaluation and Treatment*. Jason Aronson, London.
108. Eaves, D., Tien, G., Wilson, D. (2000). Offenders with major affective disorders. "Violence, crime and mentally disordered offenders: concept and methods for effective treatment and prevention (S. Hodgins, R. Müller-Isberner, Eds.), Chap 6, pp. 131-152, Wiley and Sons Ltd, England" içinde.
109. Lamb, G., Grant, R. (1982). The mentally ill in an urban country jail, *Archives of General Psychiatry*, 39: 17 (*loc cit* 108).
110. Taylor, P.J. (1986). Psychiatric Disorder in London's life-sentenced Offenders. *British Journal of Criminology*, 26: (*loc cit* 108).
111. Abraham, K.M., Teplin, L. (1991). Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees, *American Psychologist*, 46:1036 (*loc cit* 108).
112. Kayatekin, ZE, Maner, F, Abay, E, Saygılı, S, Şener, A (1991). Ruh hastalarında homisidal saldırganlık. *Düşünen Adam* 4-1, 22-27.
113. Hollin, C.R. (2002). *Psychology and Crime: An Introduction to Criminological Psychology*. Routledge, New York.
114. Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1991). *Synopsis of psychiatry*. Baltimore, MD: Williams and Wilkins (*loc cit* 108).
115. Chiswick, D. (2000). *Association between psychiatric disorder and offending*, "New Oxford textbook of psychiatry (M.G. Gelder, J.J. Lopez-Ibor, N. Andreasen, Eds), Vol 2, pp.2036-2056, Oxford University Press, New York" içinde.

116. Lawson, W.K. (1984). Depression and crime: a discursive approach, "Mentally abnormal offenders, (M.Craft, A.Craft, Eds.), Bailliere Tindall, London" içinde (*loc cit* 113).
117. American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders. 3rd edition, revised, American Psychiatric Association Press, Washington.
118. Meninger, K., Mayman, M. (1956). Episodic dyscontrol: a third order of stress adaptation. *Bulletin of the Menninger Clinic* 20:153 (*loc cit* 113).
119. Monroe, R. (1981). *Brain dysfunction in prisoners*, "Violence and the violent individual, (R. Hayes, T. Roberts, and K. Solway, eds.), pp. 75-86. Spectrum, New York" içinde (*loc cit* 121).
120. Meloy, J.R. (1988a). *The Psychopathic Mind: Origins, Dynamics, and Treatment*. Jason Aronson, Northvale, NJ (*loc cit* 121).
121. Meloy, J. R. (2005). *Violent Attachments*. Rowman and Littlefield Publishers, Inc. Maryland.
122. Felthous, A., Bryant, S., Wingerter, C., Barratt, E. (1991). The Diagnosis of Intermittant Explosive Disorder in Violent Men. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and the Law*, 19: 71 (*loc cit* 121).
123. West, D.J., Farrington, D.P. (1973). *Who Becomes Delinquent?* Heinemann Educational Books Ltd, London (*loc cit* 60).
124. Moffitt, T.E., Gabrielli, W.F., Mednick, S.A., Schulsinger, F. (1981). Socioeconomic status, IQ, and delinquency, *Journal of Abnormal Psychology*,

90:152 (*loc cit* 60).

125. Hogh, E., Wolf, P. (1981). Violent crime in a birth cohort: Copenhagen 1953-1977: Project Metropolitan: Denmark. Presented at the Symposium on Life History Research in Aggression and Antisocial Behavior; Monterey, California (*loc cit* 60).
126. Crocker, A.G., Hodgins, S. (1997). The criminality of noninstitutionalized mentally retarded persons: evidence from birth cohort followed to age 30. *Criminal Justice and Behavior*, Dec, 24 (4), 432-455.
127. Robertson, G. (1981). The extent and pattern of crime amongst mentally handicapped offenders, *Apex: Journal of the British Institute of Mental Handicap*, 9:100 (*loc cit* 108).
128. Lund, J. (1990). Mentally retarded criminal offenders in Denmark. *British Journal of Psychiatry*, 156:726 (*loc cit* 126).
129. Walker, N. (1965). Great and punishment in Great Britain, Edinburgh University Press, Edinburgh (*loc cit* 108).
130. Brunner, H.G., Nelen, M.R., van Zandvoort, P., Abeling, N.G.G.M., van Gennip, A.H., Wolters, E.C., Kuiper, M.A., Ropers, H.H., van Oost, B.A. (1993). X-linked borderline mental retardation with prominent behavioral disturbance: phenotype, genetic localization, and evidence for disturbed monoamine metabolism. *American Journal of Human Genetics*, 52:1032 (*loc cit* 126).

131. Raine, A., Brennan, P., Mednick, S. (1994). Birth complications combined with early maternal rejection at age 1 year predispose to violent crime at age 18 years. *Archives of General Psychiatry*, 51:984 (*loc cit* 126).
132. Nedopil, N. (2000). Offenders with brain damage. "Violence, crime and mentally disordered offenders: concept and methods for effective treatment and prevention (S. Hodgins, R. Müller-Isberner, Eds.), Chap 2, pp.38-62, Wiley and Sons Ltd, England" içinde.
133. Brooks, N., Campsie, L., Symington, M., Beattie, A., McKinley, W. (1986). The five year outcome of severe blunt head injury: a relative's view, *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 49:764 (*loc cit* 132).
134. Kreutzer, J.S., Marwitz, J.H., Witol, A.D. (1995). Interrelations between crime substance abuse, and aggressive behaviours among persons with traumatic brain injury, *Brain Injury*, 9:757 (*loc cit* 132).
135. Miller, J.D., Cisin, I.H. (1983). Highlights from the national survey on drug abuse 1982. U.S. Government Printing Office, Washington, DC. (*loc cit* 132).
136. Eastley, R., Wilcock, G.K. (1997). Prevalence and correlates of aggressive behavior occurring in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12:484 (*loc cit* 132).
137. Grafman, J., Schwab, K., Warden, D., Pridgen, A., Brown, H.R., Salazar, A.M. (1996). Frontal lobe injuries, violence and aggression, *Neurology*, 46:1231 (*loc cit* 132).

138. Toone, B. (1990). *Organically determined mental illness*. "Principles and practice of forensic psychiatry, (R. Bluglass, P. Bowden, Eds.), pp. 385-392, Churchill Livingstone, Melbourne" içinde (*loc cit* 132).
139. Fenwick, P. (1989). The nature and the management of aggression in epilepsy. *Journal of Neuropsychiatry*, 1:418 (*loc cit* 132).
140. Treiman, D. (1986). Epilepsy and violence: medical and legal issues, *Epilepsia*, 27(suppl 2):77 (*loc cit* 132).
141. Tiihonen J, Hakola P. (1994). Psychiatric disorders and homicide recidivism. *Am J Psychiatry*. Mar;151(3):436-8.
142. Hodgins, S. (1987). Men found unfit to stand trial and/or not guilty by reason of insanity: recidivism. *Canadian Journal of Criminology*, 29(1) 51-70.
143. Gagliardi, G.J., Lovell, D., Peterson, P.D., Jemelka, R. (2004). Forecasting recidivism in mentally ill offenders released from prison. *Law and Human Behavior*, 28(2):133-155.
144. Quinsey, V.L., Pruesse, M., Fernley, R. (1975). A follow-up of patients found "unfit to stand trial of "not guilty by reason of insanity, *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20:461 (*loc cit* 142).
145. Bieber, S. L., Pasewark, R. A., Bosten, K., and Steadman, H. J. (1988). Predicting recidivism of insanity acquittees, *International Journal of Law and Psychiatry*, 11(1), 105-112.
146. Soothill, K.L., Way, C.K., Gibbens, T.C.N. (1980). Subsequent dangerousness among compulsory hospital patients, *British Journal of Criminology*, 20:289

(*loc cit* 142).

147. McGarry, L. (1971). The fate of psychotic offenders returned for trial”, *American Journal of Psychiatry*, 127:101 (*loc cit* 142).
148. Pasewark, R.A., Bieber, S., Bosten, K.J., Kiser, M., Steadman, H.J. (1982). Criminal recidivism among insanity acquittees, *International journal of Law and Psychiatry*, 5: 363 (*loc cit* 142).
149. Morrow, W.R., Peterson, D.B. (1966). Follow-up of discharged offenders-“not guilty by reason of insanity” and “criminal sexual psychopaths”, *Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science*, 57:31 (*loc cit* 145).
150. Bloom, J.D., Rogers, J.L., Manson, S.M. (1982). After Oregon’s insanity defense: A comparison of conditional release and hospitalization. Paper Presented at the Eighth International Congress of Law and Psychiatry, Quebec City, Canada (*loc cit* 145).
151. Spodak, M.K., Silver, S.B., Wright, C.V. (1984). Criminality of discharged insanity acquittees: fifteen year experience in Maryland reviewed. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and the Law*, 12:373 (*loc cit* 145).
152. MacCulloch, M., Bailey, J., Jones, C., Hunter, C. (1993). Nineteen male serious reoffending who were discharged direct to the community from a special hospital: I.General characteristics. *Journal of Forensic Psychiatry*, 4 (2), 237-248.
153. Jacoby, J.E., Kozié-Peak, B. (1997). The Benefits of social support for mentally ill offenders: prison-to-community transitions. *Behavioral Science and the Law*,

- 15:483 (*loc cit* 143).
154. Baxter, R., Rabe-Hesketh, S., Parrott, J. (1999). Characteristics, needs and reoffending in a group of patients with schizophrenia formerly treated in medium security. *Journal of Forensic Psychiatry*, 10 (1), April, 69-83.
155. Pasewark, R.A., Pantle, M.L., Steadman, H.J. (1982). Detention and Rearrest Rates of Person Found not Guilty by Reason of Insanity and Convicted Felons. *Journal of Psychiatry and Law*, 8:892 (*loc cit* 145).
156. Phillips, B.L., Pasewark, R.A. (1980). Insanity plea in Connecticut. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and the Law*, 8:335 (*loc cit* 145).
157. Pantle, M.L., Pasewark, R.A., Steadman, H.J. (1980). Comparing institutionalization period and subsequent arrests of insanity acquittees and convicted felons. *Journal of Psychiatry and Law*, pp.305 (*loc cit* 143).
158. Feder, L.A. (1991a). A Comparison of the community adjustment of mentally ill offenders with those from the general population.: An 18-month follow-up, *Law and Human Behavior*, 15(5):477 (*loc cit* 143).
159. Feder, L.A. (1991b). A profile of the mentally ill offenders and their adjustment to the community. *Journal of Psychiatry and the Law*, 19:79 (*loc cit* 143).
160. Özdemir, Füsün (1999). Adli Psikiyatri Açısından homosidal Davranışlar. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
161. Bonta, J., Law, M., Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123 (2) 123-142.

162. Quinsey, V.L., Warneford, A., Pruesse, M., Link, N. (1975). Released Oak Ridge patients: a follow-up study of review board discharges, *British Journal of Criminology*, 15:264 (*loc cit* 142).
163. Steadman, H.J., Cocozza, J.J., Melick, M.E. (1978). Explaining the increased arrest rate among mental patients: the changing clientele of state hospitals. *American Journal of Psychiatry and Law*, 12:171 (*loc cit* 142).
164. Hanson, R.K., Bussiere, M.T. (1998). Predicting relapse: a metaanalysis of sexual offender recidivism studies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66:348 (*loc cit* 165).
165. Langström, N, Sjöstedt, G., Grann, M. (2004). Psychiatric disorders and recidivism in sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16 (6) 139-161.
166. Sreenivasan, S., Kirkish, P., Shoptaw, S., Welsh, R.K., Ling, W. (2000). Neuropsychological and diagnostic differences between recidivistically violent not criminally responsible and mentally ill prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23 (2):161-172.
167. Gibbens, T.C.N., Robertson, G. (1983). A Survey of the criminal careers of hospital order patients. *British Journal of Psychiatry*, 143:362 (*loc cit* 154).
168. Monahan, J. (1993). *Mental disorder and violence: another look*, "Mental disorder and crime, (S. Hodgins, ed.), pp 287-302, Newbury Park, CA: Sage." içinde (*loc cit* 161).

169. Rabkin, J.G. (1979). Criminal behavior of discharged mental patients: a critical appraisal of the research. *Psychological Bulletin*, 86:1 (*loc cit* 161).
170. Walker, N., McGabe, S. (1973). *Crime and Insanity in England, II*. Edinburg University Pres, Edinburg, Scotland (*loc cit* 142).
171. Russo, G., Salomone, L., Villa, L.D. (2003). The Characteristics of criminal and noncriminal mentally disordered patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26:417-435.
172. Fioritti, A., Melega, V., Ferriani, E., Rucci, P., Scaramelli, A.R., Venco, C., Santarini, F. (2001). Crime and mental illness: an investigation of three Italian forensic hospitals. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 12 (1), 36-51.
173. Asnis, G. M., Kaplan, M.L, Hundorfean, G., Saeed, W. (1997). Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 20 (2):405-425.
174. Özden, S.Y. (1985). Cinayet işleyen ruh hastalarında suçun işlenmesinde etkili olan faktörlerin araştırılması. *II. Ulusal Adli Tıp Günleri Bildiri Özet Kitabı*, 111-117.
175. Soysal, H., Uygur, N. (1993). Psikotik hastaların öldürme davranışında hedef kitle. *Nöröpsikiyatri Arşivi*, 30 (2), 342-346.
176. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition*. American Psychiatric Association, Washington DC.

177. Köroğlu, E. (2004). Psikozoloji: Tanımlayıcı klinik psikiyatri. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
178. Durat, Tayfun (1992). Adli psikiyatri açısından homisid ve ceza ehliyeti. İstanbul Üniversitesi. Tıp Fakóltesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
179. Crawford, M., Unger, R. (2003). Women and Gender: a Feminist Psychology, 4th edition, McGraw-Hill, New York.

EK 1 – VERİ TOPLAMA SÜRECİNDE KULLANILAN PARAMETRELER

NUMARA

ADI / SOYADI

TARİHİ

MAHKEME

TARİH/SUÇ

DEMOGRAFİK BİLGİLER

CİNSİYET ► KADIN/ERKEK

DOĞUM TARİHİ ► (YAŞ ►ŞİMDİKİ/EYLEMİ ZAMANI)

DOĞUM YERİ ►

MEDENİ HALİ ► BEKAR/EVLİ/BOŞANMIŞ/AYRI YAŞIYOR/DUL

ÇOCUK VAR MI?

EĞİTİM DÜZEYİ ► OKUMAMIŞ/İLKOKUL/ORTAOKUL/LİSE/UNİVERSİTE/YÜKSEK

MESLEĞİ?

İŞİ VAR MI?

KİMİNLE YAŞIYOR?

ASKERLİK DURUMU ► YAPMIŞ/YAPMAMIŞ

► SORUNLU/SORUNSUZ

GEÇİM KAYNAĞI

SOSYAL GÜVENCE

AİLESİNDE PSİKİYATRİK HASTALIK VAR MI?

KARDEŞ VAR MI?

KAÇ KARDEŞ?

AİLENİN KAÇINCI ÇOCUĞU?

BÜYÜDÜĞÜ YER

ANNE ► SAĞ/ÖLMÜŞ ► YAŞI

► NEREDE?

BABA ► SAĞ/ÖLMÜŞ ► YAŞI

► NEREDE?

SIK ORTAM DEĞİŞTİRME VAR MI?

ÇOCUKLUK ORTAMI? ► İLGI/İSTİSMAR ► D F C

AİLEİÇİ ŞİDDET? ► ONDAN BİREYLERE/BİREYLERDEN ONA/DİĞERLERİ ARASINDA

MAĞDUR/KURBAN

KİM ▶ CİNSİYET ▶ YAŞI ▶ÇOCUK/YETİŞKİN
▶ TANIDIK/YAKINLIĞI (AKRABA/ARKADAŐ/...) »
▶ YABANCI

HASTALIK

HASTALIK TANISI/ŞİDDETİ

BAŐLANGIC YAŞI/SÜRESİ

TEDAVİ GÖRMÜŞ MÜ? ▶ NE KADAR SÜRE? ▶ HALEN GÖRMEKTE Mİ?

TEDAVİ ŐEKLİ ▶ HASTANE/AYAKTAN » izinsiz ayrılma? E H teşebbüs

İLAÇ KULLANIYOR MU?

HASTALIĞININ ÖZELLİKLERİ ▶ HEZEYAN/VARSANI/....

ALKOL KULLANIYOR MU? ▶ NE KADAR ZAMANDIR/MİKTAR/EYLEM SIRASINDA?

MADDE KULLANIYOR MU?▶ TÜRÜ/NE KADAR ZAMANDIR/MİKTARI/ EYLEM SIRASINDA?

KİŞİSEL BAKIM NE DURUMDA?

İNTİHAR EĞİLİMİ VAR MI?

İNTİHAR GİRİŞİMİ VAR MI?

DAHA ÖNCE ŞİDDET UYGULADIĞI OLUYOR MUYDU? (SUÇ TEŞKİL ETMEYEN

HAREKETLER/ŐİKAYETÇİ OLUNMAMIŐ DAVRANIŞLAR/.. VB)

HİKAYE -

ŞİDDET DAVRANIŞI

TANIMI

NASIL OLMUŞ? ► ALET KULLANILMIŞ MI

► TEK BAŞINA MI?

► MOTİVASYON(SAVUNMA/İNTİKAM/NAMUŞ/HEZEYAN/..VB.)

►OLAYIN GERÇEKLEŞTİĞİ YER

GEÇMİŞTE YASAL SORUNU OLMUŞ MU?

► CEZAEVİ » firar? E H teşebbüs

►HASTANE » firar? E H teşebbüs

► ŞİDDET DAVRANIŞI SEBEBİYLE MI? ► ESKİ DOSYASI VAR MI?

HİKAYE -

EK 2 – VERİ KODLAMA KRİTERLERİ

CİNSİYET 0. kadın
1. erkek

SUÇ YAŞ (en son işlediği suç anındaki yaşı)

MEDENİ 1. bekar - çocuk yok
2. evli
3. boşanmış
4. ayrı yaşıyor
5. dul
6. imam nikahlı
7. beraber yaşıyor

ÇOCUK 0. yok
1. var

ÇOCUK SAY (suç işlediği zaman kaç çocuğu var)

EĞİTİM 0. okur yazar değil
1. okumamış
2. ilkokul terk
3. ilkokul mezunu
4. ortaokul terk
5. ortaokul mezunu
6. lise terk
7. lise mezunu
8. üniversite terk
9. üniversite mezunu
10. yüksek

İŞ DURUMU 1. yok
2. var (devam)
3. aralıklı
4. malulen emekli
5. emekli
6. raporlu

İŞİ (ne iş yapıyor)

0. yok
1. serbest muhasebeci
2. inşaat işçisi/konfeksiyon işçisi/kaportacı
3. öğretmen
4. büfede çalışıyor/ocakçı/minibüs muavini
5. tornacı
6. rençber
7. kuaför
8. dokumacı
9. memur (devlet)
10. şöför
11. çoban
12. ev hanımı
13. polis
14. subay
15. çiftçi/hayvancı
16. market işletiyor/ çay ocağı işletiyor/ otel işletiyor
17. infaz koruma memuru
18. aşçı
19. ticaret
20. bekçi
21. balıkçı
22. imam (devlet memuru??)
23. ayakkabı boyacısı
24. oto tamircisi
25. perdecı
26. hamal
27. karikatürist
28. temizlik görevlisi
29. marangoz
30. pazarcı
31. mobilyacı/mermerci
32. güvenlik görevlisi
33. vali yardımcısı
34. kaynakçı
35. dilenci
36. mahkemede katip
37. oto galericisi
38. tezgahtar/tekel'de çalışıyor
39. matbaacı
40. bahçivan
41. kasap/manav
42. hastabakıcı
43. kuyumcu
44. kaplıca jeotermal müdürü

45. hostes
46. araştırma görevlisi
47. seyyar satıcı
48. hemşire

- ASKERLİK 99. kadın
1. yapmış/sorunsuz
 2. yapmış/sorunlu
 3. yapmamış/bitirememiş
 4. ertelenmiş
 5. askerlik yapmakta
 6. bedelli yapmış (2ay)
 7. Kıbrısta tam yapmış

- ANNE (suç zamanı)
1. vefat etmiş
 2. sağ

- BABA (suç zamanı)
1. vefat etmiş
 2. sağ

KARDEŞ NO

0. yok
1. 1 tane
2. 2 tane
3. 3 tane
-

KARDEŞ SIRA

- VESAYET
1. yok
 2. var

- AİLEPSİK (psikiyatrik geçmişi olan var mı?)
1. yok
 2. var

KİMPSİK (kimde?)

1. baba
2. anne
3. kardeş
4. çocuğu
5. kuzeni

NEPSİK (ne?)

1. alkole bağlı psikoz
2. zeka geriliği
3. şizofreni
4. antisosyal kişilik bozukluğu
5. anksiyete bozukluğu
6. epilepsi

IQ (porteus)
(alexander)
(kentegy)
Belirlenemedi: 0

DOĞUM YER (bölge)

1. marmara
2. ege
3. akdeniz
4. içanadolu
5. doğu anadolu
6. güneydoğu anadolu
7. karadeniz
8. Bulgaristan
9. Yugoslavya
10. Rusya
11. Almanya

İKAMET

0. cezaevinde
1. istanbul
2. izmir
3. gaziantep
4. bursa
5. çanakkale
6. kocaeli
7. ankara
8. tokat
9. sinop
10. bolu
11. nevşehir
12. kastamonu
13. yozgat
14. erzurum
15. zonguldak
16. antalya
17. adana
18. konya

KİMLE (kiminle yaşıyor?)

- 1- kardeşiyle
- 2- eşiyle
- 3- anne ve babasıyla
- 4- eşi ve çocukları ile (eşi, oğlu, gelini, torunu)
- 5- anne veya babası ile
- 6- yalnız başına
- 7- anne, baba, eşi, çocuğu
- 8- eşi ve anne/babası ile
- 9- anne, baba, kardeş (eşleri)
- 10- sevgilisi ile
- 11- sokaklarda tek başına
- 12- baba ve babaannesi ile
- 13- anne/baba ve kardeşi ile
- 14- huzurevinde
- 15- dedesiyle
- 16- annesi, kardeşleri ve eşi ile
- 17- oğlu, gelini, torunu ile
- 18- çocukları ile
- 19- kayınpeder, kayınvalde, eşi ve çocukları ile

AİÇİŞİDD (aileiçi şiddet)

1. yok
2. var – ondan diğerlerine
3. var – diğerlerinden ona
4. var – diğerleri arasında
5. var – hem diğerlerinden ona, hem ondan diğerlerine

HASTAPRE (önceden hastalık var mı?)

1. yok – ise, hastains, hastated, suçilaç, hyatışno, hizinsiz = 99
2. var
99. bilinmiyor

HASTAINS (içgörü)

1. yok
2. var (kısmi)
3. var (tam)

HASTATED (ilk tedavi alma girişimi suç eyleminden önce mi?)

1. önce
2. sonra

SUÇİLAÇ (suç esnasında ilaç kullanıyor mu?)

1. kullanmıyordu
2. düzensiz kullanıyordu
3. düzenli kullanıyordu

HYATIŞNO (herhangi bir ruh sağlığı hastanesinde, yatış sayısı)

HİZİNSİZ (hastaneden izinsiz ayrılma)

SUÇ (buraya gelmesine sebep olan) --- [listesi diğer sayfada]

SİLAH

0. yok
1. var

OLAYZMN (olay zamanı)

1. gündüz (06:00-19:00)
2. akşam/gece (19:00-23:00)
3. gece/sabaha karşı (23:00-06:00)

SUÇYER

1. köy
2. kasaba
3. şehir
4. büyük şehir

SUÇMAHAL

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 0. dış mekan – ıssız | 6. iç mekan – iş yeri/saldırđan |
| 1. dış mekan – kamusal alan (sokak) | 7. iç mekan – iş yeri/diğer (banka,döviz bürosu,okul,karakol, kayınpederin evi, cezaevi, kahve, adliye ...vs) |
| 2. iç mekan – ev/mağdur | 8. iç mekan- iş yeri/mağdur ve saldırđan |
| 3. iç mekan – ev/saldırđan | |
| 4. iç mekan – ev/mağdur ve saldırđan | |
| 5. iç mekan – iş yeri/mağdur | |

VIC1SEX – VIC2SEX – VIC3SEX

1. erkek
2. kadın

VIC1YAŞ – VIC2YAŞ – VIC3YAŞ

1. yetişkin
2. çocuk

VIC1YAKIN - VIC2YAKIN – VIC3YAKIN

0. yabancı
1. tanıdık – aşına ama arkadaş değil
2. yakın tanıdık – arkadaş, iş ark, işveren, ortak, komşu vs
3. akraba – uzak
4. aile üyesi

SOYYAKIN1 (1.vic.) – SOYYAKIN 2 (2. vic) – SOYYAKIN (3. vic)

1. kuzen
2. anne
3. yenge/bacanak/enişte/kayınbirader/baldız
4. eş
5. baba
6. çocuk
7. kardeş/abi
8. yeğen
9. kayınpeder/kayınvalde
10. üvey evlat
11. babaanne/dede
12. eşinin kuzeni
13. amca/dayı
14. üvey anne/baba
15. torun
16. gelin/damat
17. eşinin dayısı
18. üvey kardeş

TEŞHİS (atk- 4. kurul) --- [listesi diğer sayfada]

ALKOL (suç esnasında)

0. yok
1. var

MADDE (suç esnasında)

0. yok
1. var

SUISID (intihar teşebbüsü)

0. yok
1. var – suç öncesi
2. var – suç esnası
3. var – suç sonrası
4. var – hem suç öncesi hem sonrası

ŞİDDETPRE (suç öncesi şiddet hikayesi)

0. yok
1. var – şikayet edilmiş
2. var – şikayet edilmemiş

SUÇALETİ (neler)

0. yok
1. balta/girebi/kopli
2. tabanca
3. sopa/tokaç/süpürge
4. kuru sıkı tabanca
5. tüfek
6. bıçak/falçata/meyva bıçağı/ustura/dehce
7. taş/tuğla/kiremit
8. keser
9. yumruk/tekme/kafa ---- Silah yok işaretleniyor
10. çekiç/balyoz
11. silah (belli değil)
12. baston
13. kama
14. kravat/eşarp/başörtüsü/tülbent/yastık/ip
15. piknik tüpü
16. tahra
17. iskemle
18. makas/kırklık
19. kaynar su ---- Silah yok işaretleniyor (177 ve 1089)
20. demir boru/demir anahtar/soba maşası(874)/bakır su güğümü(1074)
21. odun
22. matkap
23. satır/pala(1359)
24. tornavida
25. şırınga ile zehir (tarım ilacı)
26. zehir / ilaç içirmek
27. ütü kordonu
28. jilet
29. kırık şişe
30. kazma/tırmık/kürek/bel
31. molotof kokteyli/el yapımı patlayıcı
32. testere
33. yangın çıkararak yakmak – alet yok (971)
34. sürahi/şişe
35. benzin ve çakmakla yakmak

ALETNERE (suç aletini nereden bulmuş?)

0. alet yok
1. olay yerinde bulmuş
2. yanında getirmiş/ hep taşımış
3. yanında getirmiş/ özellikle bu eylem için

SUÇ EŞİ

0. yok
1. var

PIŞMANLIK

1. duymuyor
2. duyuyor
3. suçu kabul etmiyor

MOTTAH (tahkikat dosyasındaki)

1. namus
2. intikam
3. savunma
4. diğer

MOTKUR (kurumdaki fikir)

1. aktif hezeyanla ilişkili absurdite var
2. aktif hezeyanla ilişkili absurdite yok
3. aktif algı bozukluğu ile ilişkili
4. dezorganize davranışla ilişkili

SUÇPRENO

0. yok
1. 1 tane
2. 2 tane
-

SUÇPRENE

0. yok
1. aynı suçun tekrarı
2. başka suçlar ----- DİGERSUC
3. hem aynı suç, hem farklı suçlar

DİGERSUC (önceki şimdikinden farklı suçları)

SUÇAY (son suçunu işlediği ay)

Mevsimler –

- Kış: 12-1-2
İlkbahar: 3-4-5
Yaz: 6-7-8
Sonbahar: 9-10-11

HASTALIK KODLARI:

- 1 - Affektif Bozukluk – bipolar –mani
- 2 - Affektif Bozukluk – bipolar – depresyon
- 3 - Affektif Bozukluk – majör depresyon, psikotik özellikli depresyon
- 4 - Affektif Bozukluk – diğer (atipik affektif boz)
- 5 - Organik Bozukluklar (demans, organik kişilik bozukluğu, organik beyin sendromu, epilepsi, epileptik kişilik, epilepsi psikoza, Asperger sendromu, Delirium Tremans...)
- 6 - Zeka Geriliği – hafif [debilite, aşağı debil]
- 7 - Zeka Geriliği – orta (hafif/orta buraya) [yukarı embesilite, embesilite, yukarı embes/aşağı debil sınırı]
- 8 - Zeka Geriliği – ağır [idiot]
- 9- SCH (tek yazılmış)
- 10 - SCH – rezidüel
- 11 - SCH – basit tip
- 12 - SCH – kronik
- 13 - SCH - paranoid
- 14 - Diğer psikotik bozukluklar – Paranoid bozukluk (paranoid sendrom, hezeyanlı boz)
- 15 - Diğer psikotik bozukluklar – Şizofreniform bozukluk (reaksyon), şizoaffektif bozukluk
- 16 - Diğer psikotik bozukluklar – Psikotik süreç (eksitasyon, psödo, süreç)
- 17- SCH – dezorganize

SUC KODLAMALARI

0. Fiziksel Şiddet – Dikkatsizlik ve tedbirsizlik sonucu ölüme sebebiyet vermek
1. Fiziksel Şiddet - Adam öldürmek
2. Fiziksel Şiddet - Adam öldürmeye teşebbüs
3. Fiziksel Şiddet – Müessir fiil/yaralama
4. Fiziksel Şiddet – Müessir fiile teşebbüs
5. Fiziksel şiddet – Efrada karşı sui muamele
6. Fiziksel şiddet – Görevli memura mukavemet/direnme
7. Mala yönelik şiddet – Nas-ı ızzarar ve teşebbüs (mala zarar vermek, yangına sebebiyet vermek, yangın çıkarmak, kamu malına zarar, biçilmemiş mahsül yakmak, askeri eşyayı tahrip, adliye binasını tekmeyle kırmak, Atatürk büstünü tahrip)
8. Mala yönelik şiddet – Hırsızlık
9. Mala yönelik şiddet – Hırsızlık Teşebbüs
10. Mala yönelik şiddet – Konut dokunulmazlığı ihlali
11. Mala yönelik şiddet – Konut dokunulmazlığı ihlaline teşebbüs
12. Mala yönelik şiddet – Gasp
13. Mala yönelik şiddet – Gaspa teşebbüs
14. Mala yönelik şiddet – Ateşli silahla/patlayıcıyla mala zarar vermek (Geceleyin mesken kurşunlamak, dükkan kurşunlama, Korku ve panik yaratacak şekilde otobüs kurşunlamak, Meskun haneye korku ve panik yürütmek için silahla ateş etmek, Korku, kaygı ve panik yaratacak şekilde genel yapılara ateş etmek, kasten bina yakmak için müştekiye ait dükkana patlayıcı koymak)
15. Sözel Şiddet – Sözle Tehdit
16. Sözel şiddet – Silahla Tehdit
17. Sözel Şiddet – Hakaret/iftira
18. Diğer – Ateşli silah bulundurma/kullanma ile ilgili suçlar (6136 Sayılı kanuna muhalefet, Ruhsatsız silah bulundurma/taşıma, Ruhsatsız silah atmak, Kavgada silah boşaltmak, Silah çekmek/ silah teşhiri)
19. Diğer – Diğer silah bulundurma ile ilgili suçlar (2521 SKM (av bıçağı taşımak....))
20. Diğer – Uyuşturucu madde/Alkol ile ilgili suçlar (Kullanmak üzere esrar bulundurmak, Uyuşturucu madde bulundurmak, Uyuşturucu madde kullanmak, Uyuşturucu maddeyi belgesiz devretmek, Mütecaviz sarhoşluk/ Saldırgan sarhoşluk)
21. Diğer – Cinsel suçlar (Sarkıntılık, Irza geçmeye eksik teşebbüs, Fiili livata yoluyla tecavüz, Küçük çocuğun ırzına geçmeye eksik teşebbüs, Küçük çocuğun ırzına geçmeye teşebbüs, Irza tasaddi, Fuhuş yapmak, fuhuş yaptırmak, 15 yaşından büyük 2 öz kızının ırzına zorla tasaddi, fuhuşiyete teşvik)

22. Diğer – Diğer (Reşit olmayan kızı zorla kaçırmaya teşebbüs, İftira, Ölüye el uzatmak, İcrai rezalet, Denge dışı davranışlar, Halkı tehlikeye maruz bırakacak davranışlarda bulunmak, Hizmet nedeniyle emniyeti suistimal, Türk parasını taklit edip piyasaya sürmek, Kendiliğinden hak alma, Yedimlik görevini suistimal, Resmi evrak düzenlemek ve kullanmak, Firar, Suç delillerini saklamak, 3091 SKM (sınıra tecavüz), 6831 SKM (orman kanunu), Memur süsü vermek, Askeri elbiseyi açıktan giymek, Memura yalan beyanda bulunmak)

ÖZGEÇMİŞ

İREM AKDUMAN

Doğum Tarihi: 04.07.1974

Doğum Yeri: İSTANBUL

Ünvan: Uzman Klinik Psikolog

EĞİTİM

- 2002 – **İstanbul Üniversitesi**, İstanbul
Adli Tıp Enstitüsü
Sosyal Bilimler Doktora Programı
- 1998 – 2000 **Boğaziçi Üniversitesi**, İstanbul
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı.
- 1993 – 1998 **Koç Üniversitesi**, İstanbul
Fen-İnsani Bilimler ve Edebiyat Fakültesi
Psikoloji Lisans Programı.
- 1990 – 1993 **Saint Benoît** Fransız Lisesi, İstanbul.
- 1985 – 1990 **Sainte Pulcherie** Fransız Ortaokulu, İstanbul.