

T.C.  
ADALET BAKANLIĞI  
ADLI TIP KURUMU BAŞKANLIĞI



**HEZEYANLI BOZUKLUK TANISIYLA VE ŐIZOFRENİ SPEKTRUMU İÇERİSİNDEKİ  
DİĞER TANILARLA CEZA SORUMLULUĞU ETKİLENEN VAKALARIN  
SOSYODEMOGRAFİK, KLİNİK VE KRİMİNAL ÖZELLİKLERİNİN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Ahmet Naim NAMLI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Yusuf ATAN

İKİNCİ DANIŞMAN

Uzm. Dr. Yasin KAVLA

UZMANLIK TEZİ

İstanbul-2025

## **BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlamasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

**Dr. Ahmet Naim NAMLI**

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmasına verdiği destekten dolayı değerli hocam Adli Tıp Kurumu Başkanı Dr. Öğr. Üyesi Hızır ASLIYÜKSEK'e, asistanlık eğitimim ve tez çalışmam sürecinde sağladıkları desteklerden dolayı Adli Tıp Kurumu Başkan Yardımcıları Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OKUDAN'a, Müh. Muhammet ŞİMŞEK'e ve Av. Ahmet BENSİZ'e,

Tez çalışmamda değerli bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, gösterdiği ilgi ve bilimsel katkıları ile bana yol gösteren değerli tez hocam Adli Tıp Kurumu Başkan Yardımcısı Dr. Öğr. Üyesi Yusuf ATAN'a, her konuda bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen ikinci danışmanım Uzm. Dr. Yasin KAVLA'ya ve çalışmamın başından itibaren yardımları ile bana yol gösteren Uzm. Dr. Muhammed Emin BOYLU'ya,

Adli Tıp asistanlığım boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşan hocalarım, uzmanlarım ve asistan arkadaşlarıma,

Sadece tez döneminde değil hayatımın her anında yanımda olan ve bana her türlü desteği sağlayan değerli anneme ve babama,

Her koşulda desteği ve teşviği ile bana güç veren, sabrı ve anlayışı ile bu süreci benim için kolaylaştıran ve sevgili eşim Elif NAMLI'ya ve benim neşe kaynağım olan çocuklarıma çok teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

TEZ JÜRİSİ TUTANAĞI.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
BEYAN .....	iii
TEŞEKKÜR .....	iv
İÇİNDEKİLER .....	v
TABLolar LİSTESİ .....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
ÖZET .....	x
SUMMARY .....	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Suç ve Ceza Kavramları .....	3
2.1.1. Suç Kavramı .....	3
2.1.1.1. Suçun Tanımı ve Tarihçesi .....	3
2.1.1.2. Suçun Unsurları .....	7
2.1.2. Ceza .....	8
2.1.2.1. Ceza Hukuku.....	9
2.1.2.2. Kusur ve Kusurluluk .....	9
2.2. Ceza Sorumluluğu .....	12
2.2.1. Tarihte Ceza Sorumluluğu .....	12
2.2.2. Türk Ceza Kanunu'nda Ceza Sorumluluğu.....	14
2.2.2.1. Akıl Hastalığı ya da Zayıflığında Ceza Sorumluluğu.....	15
2.2.2.2. Çocuklarda Ceza Sorumluluğu .....	17
2.2.2.3. Sağır ve Dilsizlerde Ceza Sorumluluğu .....	18
2.2.2.4. Ceza Sorumluluğunu Etkileyen Geçici Nedenler.....	19
2.2.3. Ceza Muhakemesi Kanunu'nda Ceza Sorumluluğu.....	20
2.3. Ceza Sorumluluğunu Etkileyebilen Başlıca Hastalıklar .....	21
2.3.1. Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar .....	21

2.3.1.1. Şizofreni .....	22
2.3.1.2. Sanrılı (Hezeyanlı) Bozukluk.....	26
2.3.1.3. Şizoaffektif Bozukluk .....	28
2.3.1.4. Kısa (Akut) Psikotik Bozukluk.....	29
2.3.2. Bipolar ve İlişkili Bozukluklar .....	30
2.3.3. Zihinsel Yetersizlikler .....	35
2.3.4. Depresif Bozukluk.....	37
2.3.5. Demans (Bunama).....	39
2.3.6. Epilepsi.....	41
2.3.7. Dürtü Kontrol Bozuklukları .....	43
2.3.7.1. Kleptomani .....	43
2.3.7.2. Piromani .....	43
2.4. Adli Psikiyatri .....	44
2.4.1. Adli Psikiyatrik Değerlendirme .....	44
3. GEREÇ ve YÖNTEM .....	47
3.1. Vaka seçimi .....	47
3.2. Verilerin Toplanması .....	48
3.3. İstatistiksel Değerlendirme .....	50
4. BULGULAR.....	51
5. TARTIŞMA.....	69
5.1. Kısıtlılıklar .....	84
6. SONUÇ ve ÖNERİLER .....	85

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 4.1.</b> Tanı Gruplarına Göre Vakaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması .....	53
<b>Tablo 4.2.</b> Tanı Gruplarına Göre Vakaların Sosyodemografik ve Tanıya Dair Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması.....	58
<b>Tablo 4.3.</b> Tanı Gruplarına Göre Vakaların Varsanı ve Hezeyan Semptomlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması .....	59
<b>Tablo 4.4.</b> Tanı Gruplarına Göre Vakaların Klinik Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması .....	61
<b>Tablo 4.5.</b> Tanı Gruplarına Göre Vakaların Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Durumlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması .....	62
<b>Tablo 4.6.</b> Tanı Gruplarına Göre Vakaların Suç Tarihi Öncesi ve Sonrası TCK madde 32/1 ve 32/2 Kararı Varlığı.....	63
<b>Tablo 4.7.</b> Tanı Gruplarına Göre Vakaların Kriminal Özelliklerin Dağılımı ve Karşılaştırılması.....	66
<b>Tablo 4.8.</b> Tanı Gruplarına Göre Vakaların Sabıka Durumu, Geçmişte Zorunlu Yatış Kararı, Suçun İşleniş Şekli, Suçun Kabulünün Dağılımı ve Değerlendirilmesi.....	67
<b>Tablo 4.9.</b> Tanı Gruplarına Göre Vakalara Verilen Raporların Dağılımı ve Karşılaştırılması.....	68

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. Tanı Gruplarına Göre Vakaların Medeni Durumları.....	52
Şekil 4.2. Tanı Gruplarına Göre Vakaların Çalışma Durumları.....	53
Şekil 4.3. Vakaların Doğum Yerlerinin Coğrafik Bölgelere Göre Dağılımı.....	54
Şekil 4.4. Tanı Gruplarına Göre Vakaların Yaş Dağılımları.....	55
Şekil 4.5. Tanı Gruplarına Göre Vakaların İlk Tanı Alma Yaşları .....	56
Şekil 4.6. Tanı Gruplarına Göre Vakaların Yatış Sayıları.....	57
Şekil 4.7. Tanı Gruplarına Göre Vakaların Suç Türünün Dağılımı.....	64
Şekil 4.8. Tanı Gruplarına Göre Suçun Mağdurlarının Sınıflandırılması .....	65

## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>ATK</b>	Adli Tıp Kurumu
<b>4. ATİK</b>	Adli Tıp 4. İhtisas Kurulu
<b>BDB</b>	Bipolar Duygudurum Bozukluğu
<b>CMK</b>	Ceza Muhakemesi Kanunu
<b>DSM-5</b>	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>GİD</b>	Gözlem İhtisas Dairesi
<b>HB</b>	Hezeyanlı Bozukluk
<b>ICD</b>	International Classification of Diseases
<b>MDB</b>	Majör Depresif Bozukluk
<b>ŞAB</b>	Şizoaffektif Bozukluk
<b>SCH</b>	Şizofreni
<b>ŞSB</b>	Şizofreni Spektrum Bozukluğu
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Sciences
<b>TCK</b>	Türk Ceza Kanunu
<b>TDK</b>	Türk Dil Kurumu
<b>UYAP</b>	Ulusal Yargı Ağı Bilişim Sistemi

## ÖZET

Suç, toplumsal normlara aykırı davranışların bir sonucu olarak tanımlanmaktadır ve tarih boyunca da tartışmalara konu olmuştur. Bir davranışın suç olarak kabul edilmesi, kanunda belirlenmiş tanıma uygunluk, hukuka aykırılık ve kusurluluk gibi temel unsurların bulunmasını gerektirir. Bir kişinin suç oluşturan davranışlarından dolayı hukuki olarak sorumlu tutulabilme yetisi ise ceza sorumluluğu olarak ifade edilir. Bu sorumluluk, yaş, akıl hastalığı, sağırılık ve dilsizlik gibi faktörlerden etkilenebilir. Akıl hastalıkları, kişinin davranışlarının anlam ve sonuçlarını algılama yetisini önemli ölçüde azaltabilir ya da ortadan kaldırabilir. Özellikle şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar, ceza sorumluluğu değerlendirmesinde kritik bir yer tutmaktadır. Hezeyanlı Bozukluk (HB), şizofreni spektrumu içerisinde yer almakta ancak birtakım özelliklerinden dolayı spektrum içerisindeki diğer psikotik hastalıklardan ayrılmaktadır. HB daha ileri yaşta başlayan, daha yüksek işlevsellik düzeyi ile ilişkili, daha az sayıda hezeyan görülen bir tabloyken, şizofreni daha erken yaşta semptomların ortaya çıktığı, hastanın işlevselliğini düşüren, daha çok hezeyan ve varsanı gibi pozitif semptomlarla ilişkilendirilen bir klinik tablodur. Her ne kadar farklılıkları olsa da her iki tanı grubunda da suç işleme olasılığının arttığı bilinmektedir. Çalışmamızın amacı, hezeyanlı bozukluk ve şizofreni spektrumu içerisindeki diğer psikotik hastalık tanılarının ceza sorumluluğu üzerindeki etkisini ve bu grupların farklılıklarını ortaya koyarak literatüre katkı sağlamaktır. Çalışmamız, 2019-2023 yıllarında Adli Tıp 4. İhtisas Kurulu (4.ATİK) ve Gözlem İhtisas Dairesi (GİD) tarafından ceza sorumluluğu etkilendiği kararı verilen dosyaları kapsamış; toplam 444 vakanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Vakalar tanılarına göre HB, şizofreni ve diğer şizofreni spektrum bozuklukları şeklinde üç gruba ayrılarak irdelenmiştir. Sosyodemografik bilgiler, klinik ve kriminal özellikleri karşılaştırılmış; istatistiksel analizler SPSS programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Şizofreni tanısı alanlara göre, HB tanısı alan bireyler daha ileri yaşta tanı almış ve genellikle suç öncesi daha az psikotik belirti göstermiştir. HB vakalarında daha yüksek evlilik oranları ve çocuk sayısı olduğu tespit edilmiştir. Hem HB hem de şizofreni grubunda suçun mağdurları çoğunlukla hastanın yakın çevresi olarak bulunmuştur. Ancak HB’de eşe karşı daha yüksek oranda suç işlendiği, suç işleminde daha yüksek oranda kıskançlık hezeyanın etkisinin olduğu saptanmıştır. Sözel şiddet türünde suçlar HB’de şizofreniye göre daha yüksek oranlarda gözlenmiştir. Şizofrenide ise daha erken yaşta başlayan semptomlar, daha düşük işlevsellik ve daha yüksek pozitif semptomla ilişkilendirilmiştir. Şizofreni tanılı hastalar tarafından çoğunlukla fiziksel şiddet türü işlendiği tespit edilmiştir. Bulgular, genel toplumdaki HB’nin şizofreniden sosyodemografik ve klinik özellikleri itibariyle kısmen farklılaşmasına benzer biçimde ceza sorumluluğu etkilenen HB ve şizofreni tanılı hastaların bu farklılıklara ek olarak kriminal yönden de ayrıştığını ortaya koymuştur. HB hastalarında evlilik oranlarının daha yüksek olduğu ve suç mağdurlarının çoğunlukla eşlerden oluştuğu görülmüştür. Psikotik hastalıklarda görülen hezeyan türünün suçla ilişkisi dikkate alındığında; HB’de kıskançlık türünde hezeyanların daha sık görülmesinin eşe/partnere karşı işlenen suçlarda artışa sebep olduğu düşünülmüştür. Ayrıca, bu oranın artmasında genel işlevselliğin daha iyi olmasına bağlı evlilik oranlarının daha yüksek olmasının da etkili olduğu düşünülmüştür. Ceza sorumluluğu etkilenmiş olduğu karara varılan şizofreni ve HB

tanısına sahip hastalar arasında sosyodemografik, klinik ve kriminal açıdan belirgin farklılıklar bulunmuştur. Bu farklılıklar, ceza sorumluluğu ve rehabilitasyon gibi süreçlerin değerlendirilmesinde kritik öneme sahiptir. Ancak bu değerlendirmeler yapılırken, bu iki tanı grubunu tamamen ayırmaya yetecek seviyede delil bulunmadığı da unutulmamalıdır. Çalışmamız, psikotik bozukluk olarak değerlendirilen her bir tanının adli psikiyatri çerçevesinde daha kapsamlı değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hezeyanlı bozukluk, sanrılı bozukluk, şizofreni, şizofreni spektrumu, ceza sorumluluğu, adli psikiyatri



## SUMMARY

### **Sociodemographic, Clinical, and Criminal Features of Cases with Reduced Criminal Responsibility: A Comparative Analysis Between Delusional Disorder and Other Schizophrenia Spectrum Disorders**

Crime is defined as a consequence of behaviors that deviate from social norms, and it has been a subject of debate throughout history. For a behavior to be considered a crime, it must meet fundamental elements such as compliance with a legally defined description, unlawfulness, and culpability. The capacity of an individual to be held legally responsible for their criminal actions is referred to as criminal responsibility. This capacity can be influenced by factors such as age, mental illness, deafness, and muteness. Mental disorders can significantly diminish or completely abolish an individual's ability to perceive the meaning and consequences of their actions. In particular, schizophrenia and related psychotic disorders hold a critical position in the assessment of criminal responsibility. Delusional Disorder (DD) is classified within the schizophrenia spectrum but differs from other psychotic disorders in this spectrum due to certain distinctive features. DD typically has a later age of onset, is associated with a higher level of functioning, and is characterized by a smaller number of delusions. In contrast, schizophrenia usually presents with symptoms at an earlier age, reduces the patient's functional capacity, and is more frequently associated with positive symptoms such as delusions and hallucinations. Although differences exist, it is known that the likelihood of committing a crime is increased in both diagnostic groups. The aim of our study is to contribute to the literature by examining the impact of Delusional Disorder and other psychotic disorders within the schizophrenia spectrum on criminal liability and by highlighting the differences between these groups. Our study analyzed cases evaluated by the 4th Specialization Board of Forensic Medicine (4th ATIK) and the Observation Specialization Department (GID) between 2019 and 2023, in which it was determined that criminal liability was affected. Data from a total of 444 cases were retrospectively reviewed. The cases were divided into three groups based on their diagnoses: DD, schizophrenia, and other schizophrenia spectrum disorders. Sociodemographic information, clinical features, and criminal characteristics were compared, and statistical analyses were conducted using SPSS software. Compared to individuals diagnosed with schizophrenia, those diagnosed with DD were found to be diagnosed at a later age and typically exhibited fewer psychotic symptoms prior to committing a crime. Higher rates of marriage and number of children were observed among DD cases. In both DD and schizophrenia groups, the victims of the crime were predominantly individuals from the patient's close social circle. However, it was determined that crimes against spouses were more frequent in the DD group, with a significant influence of delusions of jealousy in the motivation for the crime. Verbal violence was more commonly observed in DD cases compared to those with schizophrenia. In contrast, schizophrenia was associated with earlier onset of symptoms, lower functionality, and higher levels of positive symptoms. Physical violence was predominantly committed by individuals diagnosed with schizophrenia.

Our findings reveal that, similar to the partial differences observed between DD and schizophrenia in terms of sociodemographic and clinical characteristics in the general population, these diagnostic groups also diverge in criminal attributes when criminal responsibility is impaired. It was noted that DD patients had higher marriage rates, and that the victims of their crimes were mostly spouses. Considering the relationship between the type of delusion and the nature of the crime in psychotic disorders, the frequent occurrence of delusions of jealousy in DD was thought to contribute to the increase in crimes against spouses or partners. Additionally, it was suggested that the higher marriage rates, related to better general functioning, played a role in this increase. Significant sociodemographic, clinical, and criminal differences were identified between patients with schizophrenia and DD whose criminal responsibility was determined to be impaired. These differences are of critical importance in the evaluation of processes such as criminal responsibility and rehabilitation. However, it must be acknowledged that the available evidence is insufficient to completely differentiate these two diagnostic groups in all cases. Our study emphasizes the necessity of conducting a more comprehensive assessment of each diagnosis categorized under psychotic disorders within the framework of forensic psychiatry.

**Keywords:** Delusional disorder, paranoid disorder, schizophrenia, schizophrenia spectrum, criminal responsibility, forensic psychiatry

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Suç, insanlık tarihi kadar eski olan, sınırları kanunlar tarafından çizilmiş, içinde bulunduğu toplumun normlarının aleyhindeki davranış, hal ve hareketler olarak tanımlanabilir (1-3). Tarih boyunca suç kavramı tartışılmış ve caydırıcı bir güç olarak kanun koyucu, kanuna ihtilaf halindeki eylem veya eylemsizliğe, toplumun güvenliği ve refahı gibi değerleri korumak amacıyla ceza yaptırımını kullanmıştır (4, 5). Ancak, ceza verilirken suçlunun akıl hastalığı, zeka geriliği, yaş küçüklüğü gibi özellikleri zaman içinde daha fazla dikkate alınmış ve bu kavram gelişerek günümüzdeki konumunu almıştır (6, 7).

Haksız bir fiilin suç olarak kabul edilmesi için kanundaki tanıma uygun, hukuka aykırı, kusurlu bir hareket olması gerekmektedir (8). Burada sözü geçen kusur; kişinin iradesinin, haksız bir fiili işlediği esnada mevcudiyeti, fiili işlemesine etkisi ve hangi şartlarda oluştuğunu konu almaktadır (9). Kusur durumunu etkileyen yaş küçüklüğü, akıl hastalığı, sağır ve dilsizlik ile alkol veya madde etkisinde olma gibi geçici nedenler değerlendirilmelidir (6).

Suç işlediği sırada akıl hastalığının bulunduğu şüphesi oluşan kişi ile ilgili Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 32. maddesi kapsamında inceleme yapılması gerekmekte ve ceza sorumluluğu kararının, kişinin iradesini etkileyen tıbbi bir durumunun bulunup bulunmadığı değerlendirilmek suretiyle bilirkişilik konumunda bulunan hekimlerce ortaya konması gerekmektedir (10, 11). Ceza sorumluluğunu azaltabilen veya tam olarak ortadan kaldırabilen hastalıklar arasında şizofreni spektrumu içerisindeki şizofreni, hezeyanlı (sanrılı) bozukluk (HB), şizoaffektif bozukluk (ŞAB) ile bipolar duygudurum bozukluğu (BDB), majör depresif bozukluk (MDB), zihinsel yetersizlikler, demans gibi hastalıklar sayılabilir (12).

Şizofreni spektrumu içerisinde yer alan HB, bu spektrumun ana tanısı olan şizofreniye kıyasla çok daha nadir görülmekte, daha ileri yaşta ortaya çıkmakta ve kliniğinde bilişsel işlev bozuklukları daha az sıklıkla görülmektedir (13).

Bu çalışmada, adli mercilerce ceza sorumluluğu değerlendirilmek üzere Adli Tıp Kurumu Adli Tıp 4. İhtisas Kurulu (4.ATİK) ve Gözlem İhtisas Dairesi (GİD)'ne

gönderilen yetişkinler içerisindeki şizofreni spektrumu içerisinde yer alan tanılarla ceza sorumluluğunun olmadığı veya azaldığı yönünde karar verilen dosyalar incelenmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonucu ceza sorumluluğunun etkilendiğine karar verilen HB ve şizofreni tanıları alan hastalar arasındaki sosyodemografik, klinik ve kriminolojik özellikleri karşılaştırmalı olarak ortaya koyarak, bu vakaların klinik özelliklerinde bilinen farklılıklarının ceza sorumluluğu etkilendiğinde devam edip etmediğini, farklılık varsa hangi açılardan farklılaştığını ve bunların önemini ortaya koyarak literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Suç ve Ceza Kavramları

#### 2.1.1. Suç Kavramı

##### 2.1.1.1. Suçun Tanımı ve Tarihçesi

Suç kelimesi, Eski Türkçe'deki "bükülme, yönünden sapma, reddetme" anlamındaki su- fiilinden, fiil adı üreten +ış ekinin değişmiş biçimi olan +ç ekiyle türetilmiştir. Cürüm kelimesi ise Arapça kökenli olup crm kökünden meydana gelen curm "Suç; bedensel ceza, işkence" sözcüğünden dilimize geçmiştir. Bu sözcük Arapça caram "1. Kemik kırdı, kıydı, 2. Suç işledi" fiilinin fu'l vezninde masdarıdır. Aramice/Süryanice garēmā "kemik" sözcüğü ile eş kökenlidir. İngilizce suç teşkil eden eylem veya ihmal anlamındaki crime (krım) kelimesi ise, Fransızca aracılığıyla Latince 'yargılamak' anlamına gelen 'Cernere' kelimesinin, crimen (yargı, suç) kelimesine dönüşmesiyle geçmiştir (14, 15).

Suç ve suçluluk, insanlığın ilk var olduğu andan itibaren var olan ve var olacak durumlardır. Habil'in kardeşi Kabil tarafından kıskançlık nedeniyle öldürülmesi ile başlayan bu süreç günümüze kadar da hiç azalmadan devam etmiştir. İnsanların içindeki arzu, heves ve ihtiraslar, toplum halinde yaşamının getirdiği çeşitli sosyal sınıfların varlığı ve sosyal çatışmalar, uyumsuzluklar, farklılıklar var oldukça suçun da var olması kaçınılmazdır (1).

Platon, suç işlemeyi bir tür ruh hastalığı olarak saymış; arzular, istekler, hiddet ve kıskançlık gibi ihtirasların, zevk arayışının ve cehaletin bu hastalığın üç kaynağı olduğunu düşünmüştür. Yine Platon'a göre ceza ise suçluyu aydınlatarak ıslah etmek ve onun üzerinde suç hastalığının kaynağı olarak düşündüğü baskıları ortadan kaldırmak için verilir (16).

Kimilerine göre biyolojik psikolojinin kurucusu sayılan Aristoteles; suçluları topluma düşman olarak kabul etmiş, suçluların merhamet edilmeden cezalandırılmaları gerektiğini savunmuş; sefaletin, ihtilâle ve suça sebep olduğunu iddia etmiştir (1).

Orta Çağda, Thomas d'Aquin, suçların kökeni olarak insan ihtiraslarını görmüş ancak sefaletin de suça sebebiyet verici bir etmen olduğunu belirtmiştir. Musevilik ve Hıristiyanlık öğretisinde yer alan suç konusundaki görüş ise insanın ahlâkî ve manevî yönden gelişmesinin suça karşı kendisini korumasına imkân verdiği yönündedir (1).

Thomas Moore, Montesquieu, Voltaire, Rousseau, Beccaria, Bentham gibi düşünürlerin suçu sosyal bir olay sayan bazı görüşleri mevcuttur. XIX. yüzyıl başlarında Lavater, Gall, Pinal, Esquirol gibi ilk pozitivist yazarlar suçlunun fiziksel özellikleri ve psikolojik kişiliği ile ilgilenmeye başlamışlardır.

Quételet, 1835 yılında Hollanda'daki suç istatistikleri üzerine yaptığı araştırmaları yayımlamıştır. Quételet, doğum ve ölüm oranlarının önceden tahmin edilebilmesi durumu mümkünse, cinayet ve dolandırıcılık gibi suç eylemlerinin de önceden tahmin edilebileceğini ileri sürmüştür. Guerry ise, 1833 yılında yayımladığı "Essai sur la Statistique Morale de la France" adlı eserinde, toplumsal olaylara sayısal analizler uygulamanın mümkün olduğunu vurgulamış ve bu sayede bu olayların gelişimlerini ve diğer unsurlarla olan ilişkilerini ortaya koyabileceğini açıklamıştır. Bununla birlikte, suçun sosyolojik etmenleri üzerine yapılan çalışmalar, 19. yüzyılda Tarde, Lacassagne ve Joly tarafından yürütülmüştür. Görüldüğü üzere, İtalya'da Lombroso ve Ferri'nin büyük eserlerinden önce, suç antropolojisi ve suç sosyolojisinin temelleri atılmıştır.

Maudsley, akıl hastalığı ve suç arasındaki ilişkileri inceleyen eserini 1860 yılında yayınlamış ve Prosper Despine (Psychologie Naturelle, t. 1868) adlı eserinde suçlu çocuklarda dejenerleşme bulgularının varlığını belirterek suçluların 'folie morele'e yani ahlaki açıdan deliliğe tutuldukları sonucuna varmıştır (17).

Lombroso'ya göre suç; hayvanlar ve bitkiler aleminde bile görülebilen, doğum ve ölüm gibi doğal bir olgudur. Bir eylemin suç vasfını alması için, belirli bir bölgenin ve zamanın gelenekleri, adetleri ve düşünceleriyle çelişmesi gerekmektedir. Suç, genel nedensellik yasası çerçevesinde doğal bir olay olarak değerlendirilir; çünkü önemli ölçüde organizmanın şartlarının bir sonucudur. Lombroso, bazı bireylerin, belirli

hayvanların yırtıcılığı veya bitkilerin parazitliği gibi, suçlu olarak doğduğunu savunur. Suç işleyen kişiler, menfi yönde bir antropolojik tip oluşturur ve bedenlerinde bulunan olağandışı anatomik, biyolojik ve psikolojik özellikler nedeniyle suç işler. Bu kişileri suç işlemeye iten etkenlerin kökeni, atavizm, dejenerleşme ve çeşitli anormalliklerdir.

Lombroso'ya göre ceza, suçu ortaya çıkaran etkenleri ortadan kaldıramaz. Bu nedenle, cezanın yerine sağlık ve hijyenin korunması, suçları önlemede daha etkili bir yöntem olarak görülmektedir. Devlet, suçla mücadele ederken, bir kefaret veya manevi ödetme amacı gütmemeli; aksine, sosyal savunmayı sağlamak için bir savaş yürütmelidir (18).

Durkheim; suçu, toplumun kolektif bilincinin kuvvetli ve belirmiş tutumlarını ihlâl eden fiiller olarak tanımlarken karşılığında ceza kavramının bulunduğu tüm eylemlerin bir suç olduğu görüşüne sahiptir. Kültürün bir parçası olan suç, normların bir ürünüdür ve istisnasız her toplumda her çağda mevcuttur. Toplum açısından yanlış ve doğru kavramlarını anlamlandırmak için gereklidir (19).

Raffaello Garofalo'nun "Criminologia" adlı eserinde açıkladığı fikirlerine göre ise; ahlak dışılık serbest iradenin ürünü değildir, suçun failinin biyolojik durumunun bir sonucudur. Buna göre, cezalandırmada ölçü ve ceza sorumluluğunun dayanağı tehlike hali olmalıdır. Zira suçu serbest iradenin ürünü olarak görmediğimizde sorumluluk, suç ve ceza arasındaki oranı haklı gösteremez (1, 20).

Enrico Ferri, "Sociologia Criminale" isimli kitabında açıkladığı fikirlerinde; suçluluk olgusunun incelenmesinde esas olan pozitif yöntemdir. Suçlu genellikle anormal bir birey olarak kabul edilir; iradesi dışından etki eden biyolojik, fiziksel ve sosyal etmenler onu suç işlemeye zorlar. Ferri'ye göre istatistikler, cezanın suçları önleme veya bireylerin suçlarını tekrar etmesini engelleme konusunda etkili olmadığını göstermiştir. Bu durumda, toplumun başka savunma araçlarına ihtiyacı vardır. Bu araçlar "sostitutivi penali" olarak adlandırılan, cezanın yerini tutan tedbirler ve ceza muadilleridir.

Thomas ve Znaniecky ise suçu; kişinin ait olduğu topluma karşı mevcudiyeti ve toplum dayanışması ile çelişen fiiller tanımlamıştır (19).

1920 ve 1930'larda çağdaş kriminolojinin temelleri atılmaya başlanmıştır. Sigmund Freud'un teorilerinin etkisiyle, suçu bireyin ruhsal yapısında var olan gerilim

ve çatışmaların sembolik bir ifadesi olarak ele alan ve sosyologların etkisiyle, suç bireyin yaşadığı çevrenin bir sonucu olarak değerlendirilen iki ana görüş olarak suç teşkil eden davranışlar izah edilmeye çalışılmıştır. Günümüzde de bu iki temel görüş, kriminoloji alanında hâlâ baskın durumdadır.

Tarih boyunca gerçekleştiği toplumun gelenekleri, inançları ve alışkanlıkları yani normları çerçevesinde belirlenen ve dolayısıyla her toplumda farklı olarak değerlendirilebilen, toplum düzeninin ve toplumdaki insanların haklarının korunması saikleriyle gerçekleşmesi istenmeyen durumlar suç olarak adlandırılmıştır. Dönmezer'e göre kanunda yazılmış tarife uyacak şekilde bir kişi tarafından işlenen ve karşılığında cezası olan fiiller; Jhering'e göre ise toplum halinde yaşama şartlarının karşısında bulunan tüm fiiller olarak da tanımlanmıştır (1).

Günümüzde kabul gören tanıma göre suç teşkil eden insan tavır ve hareketlerinin, toplumun kabul gören normlarına karşı bir eylem, davranış, tavır ve hareket olması gerekmektedir ancak bu durumun kanun/kanun koyucu tarafından topluma zarar verdiği ya da tehlikeli olduğu kabul edilmeli ve belirtilmelidir (3, 21).

Ülkemizde suç kavramı; TCK'de veya ceza hükmü içeren özel kanunlarda düzenlenen hukuka aykırı ve cezai yaptırıma bağlanmış eylemler olarak ifade edilmektedir. Suç; Türk Dil Kurumu (TDK) Güncel Türkçe Sözlüğünde, yasalara aykırı davranış, cürüm; ceza kavramı ise suç işleyen bir kimsenin yaşantısına, özgürlüğüne, mallarına, onuruna karşı yasaların öngördüğü yaptırım olarak tanımlanmaktadır (22, 23). Her ne kadar 5237 sayılı TCK'de suçun bir tanımı yapılmamış olsa da 2. maddesinde kanun tarafından açıkça suç sayılmayan hiçbir fiil için ceza verilemeyeceği veya güvenlik tedbiri uygulanamayacağı belirtilmiştir. Bu hususa "suçta ve cezada kanunilik ilkesi denmektedir" (24). Buna göre suçun tanımını ceza kanununun ihlali olarak yapmak yerinde olacaktır. Suç, ceza yasalarında yazılı olan, tarif edilen ve bu tarife uygun bir biçimde işlenmiş, toplum düzenini bozucu, hukuka aykırı eylem olarak tanımlanabilir (9).

### 2.1.1.2. Suçun Unsurları

Suçun genel tanımını kolay bir şekilde yapmak mümkün değildir ve kanun için böyle bir tanım yapılması aslında gerekli de değildir. Bu yüzden ceza hukukunun temelini oluşturan suçun tanımı yerine suçun unsurları açıklanmaktadır. Bir eylemin suç olarak sayılabilmesi için kanunda belirtilen unsurları ihtiva etmesi gerekmektedir. Her suçta bulunması gereken bu unsurlara "suçun genel unsurları" denir. Bu unsurlardan herhangi birinin eksikliği, fiilin suç niteliğini ortadan kaldırır.

Suçun unsurları genel olarak, hareket (maddi unsur), tipiklik (kanuni unsur), hukuka aykırılık ve kusurluluk (manevi unsur) olarak dörde ayrılır. Buna göre; ceza hukuku açısından bir fiilin suç teşkil etmesi şöyle tanımlanabilir: kanunda açıklanan tipe uygun, hukuka aykırı, kusurlu bir harekettir (8).

#### a) Kanuni Unsur (Tipiklik)

Kanunilik prensibine uygun şekilde, bir suçun varlığını kabul etmek için işlenen fiilin, kanunda belirtilen çerçeveye uygun olması gerekmektedir. Tipiklik, bir fiilin ceza kanunundaki soyut tanımını ifade eder. Bireysel olaylardan soyutlanarak bir araya getirilen belirli özellikler, bir bütün oluşturarak ceza tehdidi altına alınır. Soyut bir kavram olan tipiklik, somut bir hale getirildiğinde ise hareket haline gelir.

#### b) Maddi Unsur (Hareket)

Suçun ikinci unsuru, bir fiilin çeşitli şekillerde var olmasını ifade eder. Modern hukuk düzenleri, yalnızca maddi bir fiil gerçekleştiren kişilerin cezalandırılmasını geçerli kabul etmekte; kimseyi fikir, niyet veya düşünce gibi soyut durumları nedeniyle sorumlu tutmamaktadır. Hareket unsuru bir fiili gerçekleştirmek (icrai fiil) ya da bir fiili gerçekleştirmemek (ihmalî fiil) olarak iki şekilde ortaya çıkabilir.

#### c) Manevi Unsur (Kusurluluk)

Bir suçun varlığı için, kanuni çerçeveye uygun ve hukuka aykırı bir fiilin, iradi bir şekilde yani faile isnat edilebilecek şekilde kusurlu olarak gerçekleştirilmiş olması

gerekir. Kusurluluğun varlığı, failin kusurlu davranabilme yeteneğine bağıdır. Bu yetenek, doğruyu yanlıştan ayırt edebilme (temyiz kabiliyeti) ve buna göre davranabilme(irade) yeteneğini içerir. Dolayısıyla, failin bu yeteneklere sahip olması, suçun unsurlarından biridir.

#### **d) Hukuka Aykırılık**

Bir fiilin hukuka aykırı sayılabilmesi için, kusurlu bir şekilde işlenen ve suç tipine uygun olan fiilin sadece ceza hukuku ile değil, tüm hukuk düzeniyle çelişiyor olması gerekir. Eğer ceza kanununda veya başka bir hukuk dalında bu fiile izin veriliyorsa, o fiil hukuka aykırı değildir. Bu nedenle, hukuka aykırılık kavramı, yasal düzenlemelerle doğrudan ilişkilidir (1).

#### **2.1.2. Ceza**

TDK'nin güncel tanımına göre ceza; uygunsuz davranışlarda bulunan kişinin yaşantısına, özgürlüğüne, mallarına veya onuruna karşı uygulanan üzüntü, sıkıntı, acı verici yaptırım olarak tanımlanmaktadır (23, 25).

Ceza, hukuka aykırı fiillere yönelik bir yaptırım ve toplumsal değerlerin ihlaline karşı kanun koyucunun öngördüğü bir önlem olarak tanımlanabilir. Toplum düzenini bozacak eylemler, toplumun rahatsızlık duyduğu bir yaptırımla karşılık bulur. Kanun koyucunun suç oranlarını azaltma ve yasaların etkinliğini sağlama amacı güderek ceza verme yetkisi, cezanın amacına dair iki farklı yaklaşımı ortaya koyar. Birinci görüş, cezanın geçmişe yönelik olduğunu ve suçu işleyen kişinin geçmişteki kötülükleri nedeniyle cezalandırılması gerektiğini savunur; ikinci görüş ise cezaların geleceğe yönelik olduğunu, hem birey hem de toplum için gelecekte yarar sağlamak amacıyla uygulandığını ileri sürer. Kamu düzenini bozucu eylemler suç olarak tanımlanmakta ve bu eylemlere karşı ceza yaptırımları, TCK ve ilgili mevzuat çerçevesinde, para ve hapis cezası gibi hukuki sonuçlarla uygulanmaktadır (1, 26).

### **2.1.2.1. Ceza Hukuku**

Ceza Hukuku, Kamu Hukukunun bir dalı olarak toplumsal düzeni sağlayan normlardan biridir ve devlet ile bireyler arasındaki ilişkiyi düzenler. Kamu hukukunun ihlali durumunda, devlet maddi yaptırımlar ve özgürlük kısıtlaması gibi cezai yaptırımlar uygular. Bu yaptırımlar, toplum düzeninin korunması ve hukuki ihlallerin engellenmesi amacını taşır. Cezai yaptırımların gerektirdiği ihlaller suçları oluşturur ve devlet, bu suçlara karşı ceza uygular. Hukuk, suç olarak nitelendirilen eylem veya eylemsizlikleri, bireylerin yasal gereklilikleri yerine getirmemesi olarak tanımlar. Suç, yalnızca hukukun değil, aynı zamanda sosyolojinin ve kriminolojinin de inceleme alanına giren bir kavramdır. Suç sayılan davranışlar, zaman ve topluma bağlı olarak değişiklik gösterebilir; aynı şekilde, farklı coğrafyalarda veya benzer hukuki sistemlerde suçlar ve bunlara verilen cezalar arasında da farklılıklar bulunabilir (27).

1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren 5237 sayılı TCK, ceza yasasının amacını "kişi hak ve özgürlüklerini, kamu düzen ve güvenliğini, hukuk devletini, kamu sağlığını ve çevreyi, toplum barışını korumak ve suç işlenmesini önlemek" olarak tanımlamaktadır (5-7, 24). Devletler, ceza yasaları aracılığıyla hangi eylemlerin suç olduğunu, bu suçlara karşı ceza verilip verilmeyeceğini ve uygulanacak ceza veya yaptırımların neler olacağına karar verme yetkisine sahiptir ve bu konuda tekel durumundadır. Toplumsal düzenin sağlanması amacıyla devlet, bireylerden kurallara uygun davranmalarını bekler ve bu kuralların ihlali durumunda yaptırım gücünü kullanır (6, 7).

### **2.1.2.2. Kusur ve Kusurluluk**

Kusur, güncel TDK sözlüğünde; "eksikliği olma durumu, bozukluk, bilerek veya bilmeyerek bir işi gereği gibi yapmama ve elverişsiz durum" olarak tanımlanmaktadır (23). Hukuk sisteminde kullanılan kusur kavramı ise kişinin iradesinin bir fiili işlediği esnada mevcut olup olmadığını, mevcutsa ne kadar etkisi olduğunu ve failin iradesinin hangi şartlarda oluştuğunu konu almaktadır. Dolayısıyla kusur durumu, işlediği bir fiilden dolayı failin kınanıp kınanmayacağını belirlemektedir (9).

Haksızlığa neden olan fiil, kanunda mevcut olan suç tanımına uyan ve hukuka aykırılığı tespit edilmiş fiillere denir. Bu aşamadan sonra haksızlığa neden olan fiilden dolayı failin kusur durumu ortaya konmaktadır. Suçun işlendiği kesin bir şekilde ortaya konulduktan sonra, kusurun tespiti aşamasında cezalandırmanın gerekip gerekmediği ya da uygulanacak cezanın ne olacağı konusunda karar verilmesi gerekmektedir. Hukuk sisteminde hem fiilin varlığı bulunmadan haksızlıktan hem de haksızlık bulunmadıkça kusurdan söz edilemeyeceği kabul edilmekte, dolayısıyla kusur kavramının temelinde haksızlık kavramının yer aldığı kabul edilmektedir. Failin kusur yeteneğinin mevcut olup olmadığı belirlenirken, somut olayın özel şartları da değerlendirmeye tabi tutulur. Kusur yeteneğinin mevcudiyeti failin algılama ve irade yeteneğinin bulunmasına bağlıdır (9).

Algılama yeteneği, kişinin toplumda geçerli olan kuralları ve normları bilme ve bunlara aykırı hareketlerin toplumsal olarak onaylanıp onaylanmadığını anlama kapasitesini ifade eder. Bir kişi, fiilinin haksız olduğunu fark etmesine rağmen bu fiili gerçekleştirmeye devam ediyorsa, bu durum onun kınanabilmesinin gerekçesi olarak kabul edilmektedir (6).

İrade yeteneği, kişinin hukukun belirlediği kurallara uygun şekilde davranışlarını yönlendirebilmesini ifade eder. Normal koşullar altında, yetişkin ve sağlıklı kabul edilen her birey, davranışlarını hukukun gereklerine göre yönlendirme yeteneğine sahip olarak değerlendirilmektedir (9).

Bir kişinin işlediği haksız bir fiilden dolayı kusurlu sayılabilmesi için hem algılama yeteneğine hem de irade yeteneğine sahip olması gerekmektedir. TCK'nin 31-34. maddelerinde algılama yeteneği, işlediği fiilin hukuki anlam sonuçlarını algılayabilme olarak; irade yeteneği ise davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişip gelişmediği olarak değerlendirilmektedir.

### **Kusuru etkileyen durumlar;**

- 1- Hukuka aykırı fakat bağlayıcı emrin yerine getirilmesi (TCK 24 m.2/4),
- 2- Mücbir sebep, kaza ve tesadüf, zorunluluk hali dolayısıyla kişinin irade yeteneğinin etkilenmesi (TCK m.25/2),
- 3- Hukuka uygunluk sebeplerinde sınırın aşılması (TCK m.27),
- 4- Cebir ve tehdit dolayısıyla kişinin irade yeteneğinin etkilenmesi (TCK m.28),
- 5- Haksız tahrik (TCK.m. 29),
- 6- Çeşitli hata halleri (TCK 30/3-4),
- 7- Yaş küçüklüğü (TCK m.31),
- 8- Akıl hastalığı (TCK m.32),
- 9- Sağır ve dilsizlik (TCK m.33),
- 10- Alkol veya uyuşturucu madde etkisinde olma gibi geçici nedenler (TCK m.34) olarak belirtilmektedir (6).

Kusurluluğu ortadan kaldıran nedenlerin mevcut olması durumunda cezanın infazı gerçekleştirilememekteyken kusurluluğu azaltan nedenlerin bulunması durumunda ise ceza indirilerek uygulanmaktadır. Hukuka uygunluk nedenlerinin var olması durumunda ise suç ve dolayısıyla ceza bulunmamaktadır (7, 28).

## 2.2. Ceza Sorumluluğu

### 2.2.1. Tarihte Ceza Sorumluluğu

Ceza hukuku tarihi bağlamında taksirle ilgili ilk gelişmelere, Hammurabi Kanunlarında rastlanmaktadır. Ceza sorumluluğu açısından öznel unsurlara verilen önem artmış ve taksirden kaynaklı cezai sorumluluk genel anlamıyla kabul edilmiştir. Hammurabi Kanunlarının dikkat çeken bir diğer özelliği ise, insan öldürme suçunda failin kastının bulunmaması durumunda, cezai sorumluluk olarak sadece para cezasının uygulanması ve tesadüf neticesinde gerçekteşen olayların cezai sorumluluğunun olmaması da kabul edilmiştir (29, 30).

Roma hukukunda, akıl hastalığı ve yaş küçüklüğü benzer bir konuma sahip olmuş ve akıl hastası bireylerin işlediği fiiller nedeniyle suçlu muamelesi görmemeleri benimsenmiştir. Akıl hastalığının sorumsuzluk oluşturduğuna dair en kapsamlı düzenleme, Lex Aquilia'da yer almaktadır (31).

İslam hukukunda, akıl hastalarının cezai sorumluluğu olmadığı kabul edilmektedir. Akıl hastalığı kavramı ise sürekli (devamlı) ve geçici olarak iki farklı türde değerlendirilmiştir. Geçici akıl hastalığı, yalnızca hastalık nöbeti sırasında kişiyi ehliyetsiz kılmakta kabul edilir. Akıl hastalığı, Allah'ın haklarına yönelik suçlar (had suçları) gibi, dini suçlar açısından kusur yeteneğini ortadan kaldırır. Akıl hastaları kusurlu sayılmadıkları için, kişi haklarına yönelik suçlar (kıyas suçları) bakımından kıyas ile cezalandırılmazlar; bunun yerine, diyet adı verilen mali bir ceza ile cezalandırılırlar (32). Hukuk ehliyetinde ise yaş küçüklüğü, akıl hastalığı, bunama hali, kölelik, umuma zarar verme, ölüm hali, aptallık, uçarılık ve borçluluk nedenleriyle ehliyetsiz olabileceği öngörülmüştür (33).

Orta Çağ Avrupası'nda akıl hastalarının cezai sorumluluğunun olduğu kabul edilmekteydi. Akıl hastalıklarının genellikle cinlerin etkisiyle ya da şeytanın bedene girmesiyle ilişkilendirildiği bir inanç hakimdi. 1789 yılına kadar, akıl hastaları işledikleri suçlar nedeniyle son derece sert muamelelere tabi tutuluyorlardı (34).

Ceza sorumluluğu açısından belirleyici nitelikteki en önemli kararlardan biri, 1843 yılında İngiltere'de görülen M'Naghten (McNaughton) davası ile ortaya

çıkıştır. Bu dava, günümüzde "M'Naghten Kuralı" olarak bilinen ve Amerika Birleşik Devletleri'nin çoğu hukuk sisteminde ceza sorumluluğu değerlendirmelerinde temel alınan ilkeyi şekillendirmiştir. M'Naghten Kuralı'na göre, bir birey, davranışlarının doğasını, niteliğini veya sonuçlarını algılama kapasitesini etkileyen bir akıl hastalığına sahipse ya da davranışlarının hukuki açıdan yanlış olup olmadığını ayırt etme yeteneğinden yoksunsa ceza sorumluluğu bulunmaz (35).

M'Naghten Kuralı, 1843'te görülen ve dönemin önemli davalarından biri olan M'Naghten Davası'ndan kaynaklanmaktadır. Davanın sanığı Daniel M'Naghten (1813-1865), Katolik rahipler tarafından peşine casuslar takıldığına ve dönemin Başbakanı Robert Peel'in de kendisini öldürmek istediğine dair sanrılarını olayın 18 ay öncesinde karakola giderek anlatmıştır. M'Naghten, bu sanrılar sonucunda çıkış yolunun Robert Peel'i öldürmek olduğuna karar vermişti. Ancak 20 Haziran 1843 tarihinde Başbakanlık Konutundan çıkan ve Başbakan sandığı Özel Sekreter Edward Drummond'u öldürmüştür. Mahkeme, yürürlükteki yasalar çerçevesinde, M'Naghten'in akıl hastası olduğuna karar vererek suçlu olmadığına hükmetmiştir (36, 37).

Osmanlı İmparatorluğu'nda M'Naghten Kuralları'nın hukuk dünyasında kabul edilmesine yakın bir dönemde, akıl hastalığına ilişkin düzenlemeler genellikle İslam Ceza Hukuku çerçevesinde uygulanmıştır. Bununla birlikte, padişahların yayımladığı kanunnamelerde bazı istisnai hükümler de yer almaktaydı. 1858 tarihli Ceza Kanunname-i Hümayun'da bazı suçların taksirle işlenebileceği kabul edilmiş olsa da taksir ile ilgili genel bir hüküm konmamıştır. Bununla birlikte Osmanlı hukukunda taksir ve akıl hastalığı ile ilgili daha çok çalışma yapılmasının önü açılmıştır (29).

Amerikan ceza yasası modeli içerisinde Amerikan Hukuk Enstitüsü, ceza sorumluluğu değerlendirmesinde; kişilerin akıl hastalığı veya zayıflığı nedeniyle suç işlemeleri durumunda hem suçun varlığının hem de yasalara aykırılığının farkında olmamaları gerektiği kuralını belirtmiştir (36). Enstitü, antisosyal davranışları ve yineleyici suçları özellikle bu kapsam dışında tutmuştur (27).

Akıl Hastalığı Savunması Reform Yasası'nın kabul edilmesi, 1982'de Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Başkanı Ronald Reagan'a suikast girişiminde bulunan J.W. Hinckley'in ceza sorumluluğunun olmadığı kararına karşı toplumda oluşan büyük tepkiler sonucunda gerçekleşmiştir. Bu yasa ile, akıl hastalığı nedeniyle bir kişinin

davranışlarının niteliğinin, doğasının veya yanlışlığının değerlendirilmesi gerektiği ceza sorumluluğu için şart koşulmuştur. 1994 yılından itibaren bazı ABD eyaletlerinde, bir kişinin akıl hastalığı olsa da işlediği suçun niteliğine göre istisnai durumlarda bu yasadan faydalanamayacağı belirtilmiş, bu da cezaevlerinde psikotik hastaların sayısının artmasına yol açmıştır (27, 38, 39).

Türkiye'de 1900'lerin başında adli tıp ve ruh sağlığı konuları ele alınmaya başlanmış olup Dr. Bahaddin Şakir ve Dr. Mustafa Hayrullah Diker, 1915 yılında “Tababet-i Adliye-i Mecanin” adlı eseriyle akıl hastalıkları, ceza sorumluluğu ve bilirkişilik konularını ele alan öncülerden olmuşlardır. 1926 yılında kabul edilen “Tıbbi Adli Müessesesi Kanunu” ile Adli Tıp Müessesesi kurulmuş, bu kurumda ihtisasını tamamlayan hekimler “adli tıp ve ruh mütehassısı” ünvanını almışlardır. Sonraki yıllarda, Dr. Kriton Dinçmen, Türkiye'de adli psikiyatri alanının bilimsel ilkelerinin belirlenmesinde ve uygulamadaki kuralların oluşturulmasında önemli bir rol oynamıştır (40).

Türkiye Cumhuriyeti'nde ise 1926 yılında yürürlüğe giren 765 sayılı TCK ve 2004 yılında yürürlüğe giren 5237 sayılı TCK ile ceza sorumluluğu yasal düzenlemelere tabi tutulmuştur (34).

### **2.2.2. Türk Ceza Kanunu'nda Ceza Sorumluluğu**

TCK'de suçların yaptırımları belirli cezalarla düzenlenmiştir. Ancak, bazı durumlarda kişi cezalandırılmaz veya ceza indirimine uygulanabilir. Meşru savunma, zorunluluk hali, sınırın aşılması ve haksız tahrik gibi durumlar büyük ölçüde hakim takdirine bırakılmış olan bu tür durumlardandır. TCK'nin 31-34. maddelerinde tanımlanan durumlarda ise bilirkişiliğe ihtiyaç duyulur. Ayrıca, ceza sorumluluğunun bulunmadığı veya cezanın indirildiği ya da ceza verilmediği durumlarda, güvenlik tedbirine ihtiyaç duyulması söz konusu olabilir. Bu durumlar arasında yaş küçüklüğü, akıl hastalığı, sağır ve dilsizlik gibi durumlar yer almakta iken alkol veya uyuşturucu madde etkisi altında olma ise geçici bir neden olarak bu kapsama girmektedir (41).

Ceza sorumluluğunun ortadan kalktığı veya azaldığı durumlar, kanun koyucunun ceza yaptırımından beklediği fayda ve gerekçelerle ilişkilidir. Suç işlemiş

bir kişiye ceza verilmesinin amacı, suçlunun ıslahını sağlamak, caydırıcı ve ibret verici olmasını temin etmek, toplumu korumak ve toplumsal adalet duygusunu tesis etmektir. Ancak bu amaçların geçerli olamayacağı yaş küçüklüğü veya akıl hastalığı gibi durumlarda kişi, işlediği suçun hukuki anlamını ve sonuçlarını kavrayabilecek mental kapasiteye sahip olmadığı gibi, verilen cezadan gerekli dersleri çıkarabilecek durumda da değildir. Kişi, yaşı veya sağır-dilsizlik gibi durumlar nedeniyle yeterli mental olgunluğa erişmemiş olabilir veya akıl hastalığı ya da geçici bir durum nedeniyle mental sağlığını kaybetmiş olabilir. Bu hallerde, ceza uygulamasının amacı olan ıslah ve caydırıcılık gibi işlevler yerine getirilemez (11, 39).

### **2.2.2.1. Akıl Hastalığı ya da Zayıflığında Ceza Sorumluluğu**

TDK, akıl hastalığını “Düşünme, anlama, kavrama, karar verme, önlem alma gibi yeteneklerdeki eksiklik, ruh hastalığı” olarak tanımlamaktadır (23). Akıl hastalıklarının tanımlanması ve sınıflandırılmasında dünya genelinde kullanılan iki ana sistem bulunmaktadır. Bunlardan biri, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilen ve zihinsel hastalıkların tanı ve istatistiksel sınıflandırılmasını sağlayan The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) sistemidir; diğeri ise, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayımlanan ve tıbbi tüm hastalıkların sınıflandırıldığı International Classification of Diseases (ICD) sistemidir. DSM’den farklı olarak, ICD tüm tıbbi hastalıkları kapsayan geniş bir sınıflandırma sunarken, DSM yalnızca ruhsal bozuklukları ele alır. Ayrıca, DSM’de "mental disorders" terimi, ICD’de ise "ruhsal bozukluklar" olarak yer alır; bu da, DSÖ’nün ve Amerikan Psikiyatri Birliği’nin akıl hastalığı terimi yerine, daha geniş kapsamlı bir tanım olan "ruhsal bozukluklar" kavramını uluslararası literatürde kullanmayı tercih ettiklerini göstermektedir (42).

DSM-5, mental bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabı olarak, ruhsal bozuklukların tanımlanmasında kullanılan temel bir ölçütler sistemidir. Ceza sorumluluğu, işgöremezlik ödeneği alma hakkı ve yeterlilik gibi yasal konularda yapılan yargılamalarda DSM-5’in tanı kriterlerinden önemli ölçüde faydalanılmaktadır. DSM-5’e göre, ruhsal bozukluk, ruhsal işlevselliğin bozulduğunu gösteren, bireyin bilişsel, duygusal düzenleme ve davranışlarında klinik açıdan

belirgin bir değişiklik meydana getiren bir durumdur. Bu bozukluklar, genellikle kişide belirgin bir sıkıntıya yol açar ve toplumsal, iş yaşamı gibi önemli işlevsellik alanlarında yetersizliğe neden olur (12).

Akıl hastalığı ve zayıflığı TCK'nin 32. maddesinde şu şekilde ele alınmıştır:

*1. Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur.*

*2. Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi beş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hâllerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkûm olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir (24).*

“Akıl hastalığı” olarak kabul edilen psikiyatrik bozukluklar, ceza hukukuna göre failin işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını kavrayabilme yeteneğini ya da bu fiil ile ilgili davranışlarını yönlendirebilme kapasitesini önemli ölçüde etkileyebilir. Psikotik bozukluklar, manik ataklar, psikotik depresyon, madde kullanımına bağlı psikoz, orta-ileri düzeyde demanslar, organik beyin sendromlarının sebep olduğu ciddi bilinç bozuklukları ve orta-ağır derecede zekâ geriliği gibi durumlar, TCK'nin 32. maddesinin 1. fıkrası kapsamında değerlendirilebilir. Bu tür hastalıklar, fiilin hukuki anlamını ve sonuçlarını algılama ya da davranışlarını yönlendirme yeteneğini önemli ölçüde kısıtladığı için, failin ceza sorumluluğu ortadan kalkar. Bu kişilere, TCK'nin 57. maddesi uyarınca, toplumsal tehlikeliliklerinin önemli ölçüde azaldığı veya tamamen ortadan kalktığı ana kadar yüksek güvenli psikiyatri kurumlarında koruma ve tedavi uygulanır (27).

Öte yandan, fiilin işlendiği anda akıl sağlığı, 32/1. madde kapsamında yer alacak kadar ağır olmayan, ancak fiilin hukukî sonuçları algılama veya bu sonuçlara göre davranışlarını yönlendirme kapasitesini kısıtlayan psikiyatrik hastalıklar da mevcuttur. Bu tür hastalıklar, TCK'nin 32. maddesinin 2. fıkrası çerçevesinde değerlendirilir ve

failin ceza sorumluluğunun tamamen ortadan kalkmamakla birlikte, belirli ölçüde azaldığı kabul edilir. Bu hastalıklara; hafif derece zekâ geriliği, kısmi iyilik hali gösteren psikotik bozukluklar, bipolar bozukluğun hipomanik ya da depresif evreleri, başlangıç evresindeki demans, ağır nevrozlar ve yüksek işlevli otizm durumları örnek olarak verilebilir (27, 39).

#### 2.2.2.2. Çocuklarda Ceza Sorumluluğu

Çocuklarda bir suçun karşılığında verilecek cezanın, ceza sonucunda gerçekleşmesi beklenen ıslah ve caydırıcılık gibi amaçları gerçekleştirmesinin mümkün olmadığı kabul edilmektedir. Ceza sorumluluğunun belirlenmesinde yaş kavramı önemli bir yer teşkil eder. 12 yaşını doldurmamış küçük çocukların aynı ileri derecede akıl hastalığı bulunan kişiler gibi, cezanın caydırıcı gücünden korkması veya verilecek ceza sayesinde ıslah olması beklenmez. Ayrıca 12 yaş altına verilen cezaların, diğer akran çocuklara veya diğer hastalara ibret vermek gibi toplumsal yönü söz konusu değildir (24, 27). TCK 31. maddesinde yaş küçüklüğüne bağlı ceza verilmemesi ya da ceza indirimi düzenlenmiştir.

TCK Madde 31:

*1. Fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmamış olan çocukların ceza sorumluluğu yoktur. Bu kişiler hakkında ceza kovuşturması yapılamaz; ancak, çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanabilir.*

*2. Fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmuş olup da on beş yaşını doldurmamış olanların işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması halinde ceza sorumluluğu yoktur. Ancak bu kişiler hakkında çocuklara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur. İşlediği fiili algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı halinde, bu kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde yedi yıldan dokuz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların üçte ikisi indirilir ve bu halde her fiil için verilecek hapis cezası altı yıldan fazla olamaz.*

3. *Fiili işlediği sırada on beş yaşını doldurmuş olup da on sekiz yaşını doldurmamış olan kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde on dört yıldan yirmi bir yıla; müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde dokuz yıldan on iki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların yarısı indirilir ve bu halde her fiil için verilecek hapis cezası sekiz yıldan fazla olamaz (24).*

TCK'nin 31. maddesinin 1., 2. ve 3. fıkralarına göre, yaşa dayalı ceza sorumluluğu şu şekilde özetlenebilir:

- **12 yaş altı:** Bu yaş grubundaki çocuklar hakkında kovuşturma yapılmaz.
- **12-15 yaş arası:** Çocukların gerçekleştirdiği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişip gelişmediği değerlendirilir. Daha eski kullanımıyla "farik-mümeyyizlik" kavramı değerlendirilir.
- **15-18 yaş arası:** Bu yaş grubundaki bireylerin ceza sorumluluğu, akıl hastalığı veya akıl zayıflığı şüphesi durumunda sorgulanır (39).

### **2.2.2.3. Sağır ve Dilsizlerde Ceza Sorumluluğu**

Sağır ve dilsiz bireylerin toplumsal kuralları ve soyut kavramları anlamada, özellikle sözel ifade yoluyla daha yavaş öğrenebileceği kanaati benimsendiği için olayları gerektiği şekilde algılayamayacakları ve hatalı tepki verebilecekleri göz önünde bulundurularak, ceza sorumluluğu açısından yaş sınırları üç yıl ilerletilmiştir. Buna göre, 15 yaşından küçük olan sağır ve dilsiz çocuklar, işledikleri suçlardan dolayı cezai sorumluluk taşımamakta, "farik" (suçun hukuki anlamını kavrayabilme) ve "mümeyyizlik" (davranışlarını yönlendirme yeteneği) kavramları ise, sağır ve dilsiz çocuklar için 15 yaşını tamamladıktan ve 16 yaşından gün aldıktan sonra geçerli olmaktadır. Bu düzenleme, bu bireylerin algılama ve tepki verme kapasitesindeki farklılıkları dikkate alarak cezai sorumluluklarının zamanla başlayacağı bir sistem öngörmektedir (27).

Sağır ve dilsiz bireylerin ceza sorumluluğu değerlendirilirken, yalnızca işitme ve konuşma eksiklikleri değil, aynı zamanda bireyin yaş durumu, suçun niteliği, aldığı eğitim, sosyal işlevselliği, psikomotor gelişim düzeyi, suç anındaki davranışları ve suç

öncesi ve sonrası tutumları gibi unsurların tamamı bir arada değerlendirilerek, failin cezai sorumluluğu konusunda bir tıbbi kanaat oluşturulması gereklidir. Bu yaklaşım, sağır ve dilsiz bireylerin ceza sorumluluğunu doğru şekilde değerlendirmeye olanak sağlar (27).

TCK Madde 33/1:

*Bu kanunun, fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmamış olan çocuklara ilişkin hükümleri, on beş yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizler hakkında; on iki yaşını doldurmuş olup da on beş yaşını doldurmamış olanlara ilişkin hükümleri, on beş yaşını doldurmuş olup da on sekiz yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizler hakkında; on beş yaşını doldurmuş olup da on sekiz yaşını doldurmamış olanlara ilişkin hükümleri, on sekiz yaşını doldurmuş olup da yirmi bir yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizler hakkında uygulanır (24).*

Sağır ve dilsizlerde ceza sorumluluğunu özetle:

- **15 yaş altı:** Bu yaş grubundaki kişiler için kovuşturma yapılmaz.
- **15-18 yaş arası:** Bu bireylerin cezai sorumluluğu, işledikleri fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yetenekleri ile davranışlarını yönlendirme kapasitesinin yeterliliği açısından değerlendirilir. Bu kapsamda, failin "farik" (suçun hukuki anlamını kavrayabilme) ve "mümeyyizlik" (davranışlarını yönlendirme yeteneği) durumları incelenir.
- **18-21 yaş arası:** Bu yaş grubundaki bireylerde, akıl hastalığı veya zihinsel zayıflık şüphesi bulunması durumunda, cezai sorumlulukları yeniden sorgulanır (39).

#### **2.2.2.4. Ceza Sorumluluğunu Etkileyen Geçici Nedenler**

TCK Madde 34:

*1. Geçici bir nedenle ya da irade dışı alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisiyle, 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 (24).*

Geçici neden kavramı, patolojik bir etkenin sebep olduğu, failin ruhsal durumunun aniden bozulmasına ve bu durumun cezai sorumluluğu ortadan kaldıracak veya kısıtlayacak nitelikte olmasına yol açan durumları ifade etmek için kullanılır. Geçici ruhsal hastalık tabloları, failin suç işleme sırasında cezai sorumluluğunu etkileyebilir. Ağır ateşli hastalıklar, zehirlenmeler, başkaca tıbbi bir duruma bağlı ortaya çıkan deliryumlar, epilepsi nöbetleri gibi klinik tablolar ile bireyin kendi iradesi dışında alkol ya da psikoaktif madde kullanımı sonucu ortaya çıkan ruhsal bozukluklar, failin ceza sorumluluğunu geçici bir süre için ortadan kaldıracak durumlar olarak kabul edilmiştir. Failin suç işleme sırasında ruhsal durumunun etkisi altında olup olmadığı adli psikiyatrik değerlendirme ile ortaya çıkarılması gerekmektedir (43).

Uyurgezerlik (somniaambulizm) veya REM uykusu davranış bozukluğu gibi uyku bozuklukları, nadiren de olsa, kişinin kontrolü dışında suç davranışları sergilemesine yol açabilir. Bu tür özel durumlarda da failin cezai sorumluluğunun etkilenip etkilenmediği konusunda adli psikiyatristlerin detaylı bir incelemesi ve değerlendirmesi önemlidir (43).

### **2.2.3. Ceza Muhakemesi Kanunu'nda Ceza Sorumluluğu**

Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK), Türkiye'de ceza muhakemesinin nasıl yapılacağına belirlendiği kanun olup suçun failerin tespitinin ve yargılama aşamasının nasıl yapılacağına belirlendiği kanundur (19).

5271 sayılı CMK'nın 3. Bölümü "Gözlem Altına Alınma" başlıklı 74. maddesinin 1. fıkrasına göre:

*Fiili işlediği yolunda kuvvetli şüpheler bulunan şüpheli veya sanığın akıl hastası olup olmadığını, akıl hastası ise ne zamandan beri hasta olduğunu ve bunun, kişinin davranışları üzerindeki etkilerini saptamak için; uzman hekimin önerisi üzerine, Cumhuriyet savcısının ve müdafinin dinlenmesinden sonra resmî bir sağlık kurumunda*

*gözlem altına alınmasına, soruşturma evresinde sulh ceza hâkimi, kovuşturma evresinde mahkeme tarafından karar verilebilir (44).*

Cumhuriyet Savcısı tarafından, hekim önerisi üzerine bu madde kapsamında şüphelinin akıl hastalığının olup olmadığının tespiti, mevcutsa suç sırasında kişinin davranışları üzerinde etkisini saptanması açısından resmi bir kurumda üç haftalık bir süre zarfında gözetim altına alınabilir. Ancak üç haftanın yetersiz geleceği kanaati oluşursa 3 ayı geçmemek kaydıyla sağlık kurumu resmi olarak ek süre talebinde bulunabilir (43, 45, 46).

### **2.3. Ceza Sorumluluğunu Etkileyebilen Başlıca Hastalıklar**

Sağlık kurumlarınca, akıl hastalığı nedeniyle ceza sorumluluğunun kaldırılması kararı verilirken tanı olarak en sık şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar içerisindeki hastalıkların, zihinsel yetersizlik ve duygudurum bozukluklarının kullanıldığı görülmektedir (47-50).

#### **2.3.1. Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar**

DSM-5'e göre içerisinde şizotipal kişilik bozukluğu, HB, şizofreni, ŞAB, kısa (akut) psikotik bozukluk, şizofreniform bozukluk, maddenin/ilacın yol açtığı psikoz, başka bir sağlık durumuna bağlı psikoz, katatoni ve tanımlanmış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk bulunan bu grupta, özellikle psikotik hastalıkların en sık görüleni ve bu gruba adını veren klinik durum şizofrenidir (51).

### 2.3.1.1. Şizofreni

#### 2.3.1.1.1. Şizofreni Tanımı, Tarihçesi ve Etiyolojisi

Şizofreni kelimesi, ilk defa 20. yüzyılın başında İsviçreli hekim E. Bleuler tarafından kişinin ruhsal anlamda kırılma yaşadığı düşünülerek, eski Yunanca karşılığı akıl ya da zihin bölünmesi anlamıyla kullanılmıştır (52). Şizofreni, kişinin gerçeklikten ve insan ilişkilerinden uzaklaştığı, düşünme, duygulanım, davranış ve sosyal işlevselliğinde önemli derecede bozulmanın görüldüğü, genellikle kronik seyirli ağır bir ruhsal hastalıktır (42, 52).

Şizofreni belirtileri klinik olarak; sanrı, halüsinasyon, dezorganize davranışlar gibi normal işlevlerde aşırılık ya da sapmalar şeklinde tanımlanan pozitif belirtiler ve afekt küntlüğü yani duygu dışavurumunda azalma, aloji yani düşünce içeriğinde fakirleşme ve konuşma miktarının azalması, anhedoni yani zevk alamama, avolüsyon yani sosyal anlamda geri çekilme gibi normal işlevlerin azalması ya da yitimi şeklinde tanımlanan negatif belirtiler ile dikkat ve konsantrasyon bozuklukları gibi bilişsel alandaki sorunlar şeklinde sınıflandırılabilir (42, 53).

Şizofreni sıklık ve yaygınlığının önceleri her iki cinsiyette benzer olduğu düşüncesi hakimken günümüzde erkeklerde görülme sıklığının daha fazla olduğu ve kadınlara nazaran erkeklerde daha erken yaşlarda başladığı kabul görmüştür (42, 52, 54). Hastalığın ortalama başlangıç yaşı; erkeklerde 10-25, kadınlarda ise 25-35 yaş aralığındadır ve genel olarak kadınlarda hastalık daha iyi seyirlidir (55). Ülkemiz dışında yapılan çalışmaları değerlendiren sistematik bir gözden geçirmenin verilerine göre %0,7 olan yaşam boyu hastalanma riski, ülkemizde yapılan kapsamlı bir çalışmada ise %0,89 olarak bulunmuştur (56, 57). Şizofreni hastalarının topluma göre eğitim sürelerinin daha düşük, bekar veya boşanmış olma ihtimallerinin ise daha yüksek olduğu bilinmektedir (54). Her ne kadar şizofreni hastalarının işlevselliği ilk atak döneminden sonra önemli ölçüde düzelse de tekrar atak geçirme ihtimalleri yüksektir ve az bir kısmının işlevselliği hastalık öncesi seviyesine döner (58).

Şizofreninin etiyolojisi, birçok karmaşık hastalıkta olduğu gibi tam olarak anlaşılamamıştır. Biyolojik psikiyatri alanındaki ilerlemeler, hastalığın olası etkenleri hakkında daha fazla bilgi sağlamıştır, fakat bu risk etmenleri her hastada

belirlenemediği gibi, belirlenen etmenlerin her bireyde şizofreniye yol açmadığı da görülmektedir. Geçmişte psikolojik nedenler, annenin özellikleri ve aile içi ilişkiler ön plandayken, günümüzde biyolojik nedenler daha fazla önem kazanmıştır. Son dönemde, özellikle biyolojik ve psikososyal etkenlerin etkileşimi yani gen-çevre ilişkisi, önemli bir odak haline gelmiştir. Biyolojik yatkınlığı olan bireylerde, yürütücü mekanizmayı etkileyen durumlar klinik düzeyde hastalığın ortaya çıkmasına yol açabilir. Bu etkenler, fiziksel hastalıklardan alkol ve madde kullanımına, eş ya da iş kaybına kadar çeşitlilik gösterebilir. Risk faktörlerine sahip bireyler, psikososyal kırılmaya yol açan bir süreç yaşamadığında ise, şizofreni tanısı almadan normal yaşamları boyunca hafif bilişsel sapmalar gösterebilir (52).

Şizofreninin diğer hastalıklardan ayırt edilmesini sağlamak ve teşhisini doğru yapabilmek için DSM ile ICD tanı ölçütlerinden yararlanılmaktadır (42).

#### **2.3.1.1.2. DSM-5'e göre Şizofreni Tanı Kriterleri;**

A. Aşağıdaki belirtilerden en az ikisi, bir aylık sürenin önemli bir kısmında bulunur.

Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1. Sanrılar
2. Varsanılar
3. Dağınık konuşma
4. İleri derecede dağınık davranış veya katatoni davranışı
5. Negatif belirtiler

B. Rahatsızlığın başlangıcından itibaren işlevsellik düzeyi bir veya daha çok alanda (ör. iş, kişiler arası ilişkiler, özbakım, akademik başarı) hastalıktan önceki döneme göre bozulmuştur.

C. Hastalık belirtileri en az altı ay sürmeli ve en azından bir ayı A ölçütündeki belirtileri karşılamalıdır.

D. Şizoaffektif bozukluk, psikotik özellikli depresyon, bipolar bozukluk dışlanmalıdır.

E. Bu bozukluk başka herhangi bir madde etkisi veya tıbbi bir durumla açıklanamamalıdır.

F. Kişide otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocukluk döneminde başlayan bir iletişim bozukluğu geçmişi varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için yukarıda bahsedilen ölçütlere ek olarak en az 1 ay süreyle belirgin sanrı veya varsanıların görülmesi halinde ayrıca şizofreni tanısı da konur (12).

### **2.3.1.1.3. Şizofreni ve Suç**

Şizofreninin, homisidal şiddet içeren davranış üzerine erkeklerde 5 kat, kadınlarda ise 6,5 kat artış etkisi olduğu ortaya konmuştur. Şizofrenide homisidal eylem riskini artıran faktörler arasında hastalığın erken yaşta başlaması, erkek cinsiyet, olumsuz çocukluk dönemi geçirme, yüksek stres seviyeleri, komorbid kişilik bozukluğu tanısı almış olma, madde kötüye kullanımı, düşük sosyoekonomik düzey, tedaviye uyumsuzluk, kliniğinde yoğun hezeyanların olması, paranoid tipte şizofreni, geçmişte şiddet davranışları ve aile geçmişinde alkol veya madde kötüye kullanımı yer almaktadır (59, 60). Kişinin suç işleminde aile ve çevresinin etkilerinin dışlanması amacıyla yapılan bir çalışmada, şizofreni hastalarının kardeşlerine kıyasla şiddet suçu işleme oranlarının daha yüksek olduğu da ortaya konulmuştur (61). Bu hastaların çoğunda suç işledikleri sırada aktif psikotik bulgular gözlemlenmektedir. Bu nedenle, potansiyel riskin tespitinde psikotik semptomların içeriğinin bilinmesi önemlidir. Özellikle emir veren işitsel varsanılar ve paranoid hezeyanlar, suçun meydana gelmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Paranoid şizofreni tanısı almış bireylerin saldırıları genellikle daha odaklı ve planlıdır; bu davranışlar, kişinin hezeyanlarına paralel olarak belirli kişilere yönelmektedir ve mağdurlar genellikle hastanın yakın çevresinden seçilmektedir (59, 60).

Şizofreni ile şiddet arasındaki ilişkiye dair araştırmalarda, toplumda saldırgan davranış sergileyen veya saldırı girişiminde bulunan kişilerin %8'inin şizofreni tanısının olduğu ve şiddete yönelim riskinin en yüksek olduğu dönemin hastalığın ilk beş veya on yılı olduğu ortaya konulmuştur (62). Yine başka bir çalışmada faili psikotik hastalık tanısı almış ve ölümlerle sonuçlanan suçların %69'unun hastalığın ilk yılında meydana geldiği, ilk psikotik epizodun büyük risk taşıdığı belirtilmiştir (63). Akıl hastalığı olanlarda kurbanın sıklıkla aile üyesi veya tanıdık bir birey olduğu saptanmıştır. Adam öldürme riskini en çok arttıran akıl hastalığının şizofreni olduğu

tespit edilmiştir. Bir başka çalışmada ise suç işleyen akıl hastalarının yaklaşık %1,3'ünün şizofreni tanılı olduğu ve bu grupta en yaygın türün paranoid şizofreni olduğu bildirilmiştir (64, 65).

Toplumdaki tüm şizofreni tanısı almış bireylerin yalnızca küçük bir kısmının şiddet potansiyeli taşıdığı belirtilse de (66), genel anlamda literatüre bakıldığında şizofreni ile homisid ilişkisinin mevcut olduğunu (67, 68) ve şizofreni tanısı olan kişilerin şiddet içeren eylemlerde bulunma olasılığının arttığını gösteren araştırmalar bulunmaktadır (69). Aynı zamanda, bu kişilerin cinayet ve diğer şiddet suçları sebebiyle hüküm giyme oranının, genel nüfusa göre oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir (70, 71). 2009 yılında yapılan bir başka çalışmayla, şizofreni tanısı almış kişilerin cinayet işleme olasılığının genel nüfustan yaklaşık 20 kat daha fazla olduğunu ve ayrıca eşlik eden madde kullanımının da bu olasılığı arttırdığı ortaya konulmuştur (72).

Şizofreni tanısı almış cinayet faillerinin suç özelliklerine yönelik önceki araştırmalar, genellikle suç anındaki psikotik belirtilerin varlığına ve bu bireyler arasında bıçak gibi kesici aletlerin kullanımına odaklanmaktadır (73, 74). Cinayet anında psikotik özellikleri olan faillerin (şizofreni dahil) %81'inin sanıklar ve/veya varsanılarla doğrudan motive olduğu bildirilmiştir. Şizofrenide sıkça görülen hezeyanlar, özellikle kötülük görme ve kıskançlık sanrılarıdır; bu durum, cinayet, yaralama ve kaçma gibi eylemlerle sonuçlanmaktadır. Bu tür eylemler genellikle aile üyelerine, özellikle anne, baba, kardeş ve eş gibi yakınlarla yönelmekte (75); kullanılan suç aletleri arasında balta, satır ve bıçak gibi ev aletleri öne çıkarken, ateşli silahlar daha az tercih edilmektedir (64). Ayrıca, bazı araştırmacılar, şizofreni tanısı almış erkek cinayet faillerinin yaklaşık %60'ının psikotik belirtilerle motive olduğunu bildirmişlerdir (76).

Şizofreni tanılı vakaların suç işleme nedenleri ve mağdur seçiminin gerekçesi genellikle tam anlaşılabilir değildir. Şiddet suçunun işleniş şekli genellikle canavarca olup, failin ise bu suç sonrası pişmanlık duygusunun olmadığı gözlemlenmekte ve olayın öncesinde veya sonrasında genellikle davranışları dağınık halde ve dürtüsel niteliktedir (75).

Suç işlediği sırada şizofreni belirtileri içinde olduğu tespit edilen kişinin ceza sorumluluğu olmadığı, ancak remisyon döneminde olduğu düşünülen hastaların ceza sorumluluklarının tam olduğu kabul edilerek işlediği suça karşı mesuliyetinin bulunduğu kabul edilir (77).

### **2.3.1.2. Sanrılı (Hezeyanlı) Bozukluk**

#### **2.3.1.2.1. Hezeyanlı (Sanrılı) Bozukluk Tanımı, Tarihçesi ve Etiyolojisi**

HB, ana belirtisi bizar olmayan yani gerçek yaşamda da olabilecek ancak kişi için mevcut durumda gerçek olmadığı bilinen sanrılar ile karakterize bir psikiyatrik bozukluktur. Geçmişte “paranoid bozukluk” ve “paranoya” olarak da isimlendirilmiştir. Bizar olmayan hezeyanlar; mantıklı, günlük hayatta olası olan ve saçma bulunmayan düşüncelerdir. Bu tür hezeyanlar arasında takip edilme, aldatılma, düşmanlık hissi, uzaktan bir aşkla sevilme ya da bir hastalığın varlığı gibi düşünceler yer alır. Paranoya ise, olayları gerçekçi olmayan aşırı şüphecilikle değerlendirme anlamına gelen genel bir terimdir. Psikiyatrik açıdan ve klinik bağlamda "paranoya" terimi, paranoid düşüncenin hezeyan olup olmadığını net bir şekilde tanımlamadığı için sıkça kullanılan bir terim değildir (78, 79).

HB, nadir bir hastalık olarak kabul edilir. Yapılan araştırmalar, psikiyatri kliniklerine yatan hastaların %1-2'sinde bu bozukluğun bulunduğunu göstermektedir. Şizofreninin %1'lik prevalans oranı göz önüne alındığında, HB için 0.7-3/100.000 arasında tahmin edilen yıllık başvuru insidansının bu hastalığın şizofreniye kıyasla ne kadar seyrek görüldüğünün anlaşılması açısından önemlidir (80).

Yaşam boyu görülme sıklığı %0,05-0,1 arasında değişmektedir. HB'nin ortalama başlangıç yaşı 34-45 yaşları arasında olup, kadınlarda daha yüksek oranlar gözlemlenmektedir. Hastalığın belirli alt tiplerinde ise oranlar farklılık göstermektedir; örneğin kadınlarda erotomanik tip, erkeklerde ise kötülük görme tipi ile daha sık karşılaşılmaktadır (78).

Etiyolojisi tam olarak anlaşılacakla birlikte, HB'nin şizofreni ve duygudurum bozukluklarından farklı bir etiyolojiye sahip olduğu düşünülmektedir. Premorbid kişilik özellikleri, özellikle şüphecilik, kıskançlık ve gizlilik HB ile

ilişkilendirilmiştir. Bu bozukluğa sahip hastaların ailelerinde, şizofreni ve duygudurum bozukluğu oranları toplum geneline göre yüksek değildir; bu durum, farklı etiyojileri desteklemektedir.

HB için risk faktörleri arasında ileri yaş, sosyal izolasyon, aile öyküsü, işitme sorunları, yakın zamanda göç ve şüpheli kişilik özellikleri bulunmaktadır (52).

HB tanılı hastaların diğer şizofreni spektrumu tanılı hastalara kıyasla daha iyi durumda bulunan iş ve aile hayatının olması, tedaviye bağlı olumsuz etkilerin çok daha titizlikle önlenmesini gerektirmektedir (81).

#### **2.3.1.2.2. DSM-5'e göre Hezeyanlı Bozukluk Tanı Kriterleri:**

- A. Bir ay ya da daha uzun süren, bir (ya da fazla) sanrının varlığı.
- B. Şizofreninin A tanı ölçütü hiçbir zaman karşılanmamıştır. Varsanılar varsa bile belirgin değildir ve sanrısız konu ile ilişkilidir.
- C. Sanrının (sanrılarının) etkileri ya da sonuçları dışarıda tutulacak olursa, işlevsellik belirgin olarak bozulmamıştır ve davranışlar yadırganacak kadar garip değildir.
- D. Mani ya da majör depresyon dönemleri ortaya çıkmışsa bunların süresi, sanrısız dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.
- E. Bu bozukluk başka herhangi bir madde etkisi veya tıbbi bir durumla açıklanamamalıdır (12).

#### **2.3.1.2.3. Hezeyanlı Bozukluk ve Suç**

Sanrılı bozukluğu olan bireylerin, beklendiği üzere genellikle sanrılarına paralel olarak şantaj, suikast, öldürme ve yangın çıkarma gibi eylemleri gerçekleştirdikleri gözlemlenmektedir. Bu durum, sanrılı bozuklukların, bireylerin davranışlarını nasıl etkileyebileceğine dair önemli bir ipucu sunmaktadır (82).

Kıskançlık sanrılarının mevcut olduğu vakalarda, eşe karşı şiddet vakalarının sıklığı dikkat çekmektedir; bu tür olayların bir kısmı ise ölümle sonuçlanabilmektedir (82). Öte yandan perseküsyon sanrıları, bireyleri genellikle yoğun bir öfke ve kızgınlık hali içerisine sokmakta, bu da kendisine zarar verdiğini veya vereceğini düşündüğü

kişilerle çatışmalara girmesine yol açmaktadır. Bu tür durumlarda, bireylerin şiddet kullanma olasılıklarının, dolayısıyla da toplumsal güvenliği tehdit edici davranışlar sergileme ihtimalinin artışı söz konusu olmaktadır (82). Erotomanik sanrılarının var olduğu durumlarda da şiddet ve öldürme riski mevcuttur. Bu tür sanrılar, bireylerin gerçeği algılayış biçimlerini bozmakta ve çoğu zaman gerçek dışı ilişkiler kurmalarına neden olarak şiddet içeren eylemleri tetikleyebilmektedir (79).

### **2.3.1.3. Şizoaffektif Bozukluk**

ŞAB, tanımlandığı günden bu yana pek çok tartışmaya neden olmuştur. Araştırma tanı ölçütleri (RDC) ve ICD-10, ŞAB'yi duygudurum ve psikotik belirtilerin eş zamanlı ve eşit oranda görüldüğü bir durum olarak tanımlar. ŞAB ile ilgili araştırmalar, uluslararası tanı sistemleri arasında belirgin farklılıklar ve değişen epidemiyolojik hızlar olduğunu göstermektedir. Nörobiyolojik açıdan benzerlikler bulunsa da ŞAB, şizofreni ve duygudurum bozuklukları arasında net bir sınır yoktur. ŞAB tanısı, şizofreni veya duygudurum bozukluğu tanılarından daha az güvenilir ve sürekli (83). ŞAB; zaman zaman majör depresif bozukluk, manik ve karma dönemlerle birlikte olan şizofreniye özgü belirtilerin olduğu kesintisiz bir hastalıktır (84). Ayrıca, ŞAB'nin, majör depresif bozukluk, manik ve karma dönemlerle birlikte görülen bir şizofreni biçimi olduğu da kabul edilmektedir. Bu durum, ŞAB'nin şizofreni ve psikotik özellikler taşıyan bipolar bozukluktan ayrı bir klinik tanı olup olmadığı konusunda hâlâ tartışmalı kılmaktadır (85).

ŞAB, psikotik belirtiler (varsanılar, sanrılar) ve depresif veya manik ataklarla karakterizedir. Tanı alabilmeleri için duygudurum belirtilerinin belirli bir şiddette olması gerekmektedir. Yaşam boyu yaygınlığı %0,2 ile %1,1 arasında değişir; şizofreniden daha az, bipolar bozukluktan ise daha sık görülür. Başlangıç yaşı, şizofreni ve bipolar bozuklukla benzerdir ve kadınlarda daha yaygındır. Nörogelişimsel bir bozukluk olabileceği düşünülmekte ve kalıtsal bir kökene sahip olduğu belirtilmektedir. Bipolar türü en geçerli alt tür olarak değerlendirilmektedir. Hastalığın genel seyri açısından, şizofreniden daha iyi, bipolar bozukluktan ise daha kötü bir klinik seyre sahip olduğu söylenebilir (83, 86).

### **DSM-5'e göre Şizoaffektif Bozukluk Tanı Kriterleri:**

A. Majör bir duygu durum dönemiyle (majör depresyon ya da mani dönemi) eşzamanlı olarak şizofreninin A tanı ölçütünün karşılandığı, kesintisiz bir hastalık sürecinin olması.

B. Hastalığın yaşam boyu süresince, majör bir duygu durum döneminin (depresyon ya da mani dönemi) olmadığı iki ya da daha çok hafta, sanrılar ya da varsanılar bulunur.

C. Majör bir duygu durum döneminin tanı ölçütlerini karşılayan belirtileri, hastalığın açık ve artakalan kesiminde, toplam sürenin büyük bir çoğunluğunda bulunur.

D. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz (12).

#### **2.3.1.4. Kısa (Akut) Psikotik Bozukluk**

Günümüzde geçerli olan DSM-5 tanı sistemine göre kısa psikotik bozukluk, en az bir gün ile en fazla bir ay süren, psikotik belirtilerle (sanrı, varsanı, dezorganize davranış ve konuşma) seyreden ve tam düzelmeye sonuçlanan bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Bu bozukluk, işlevselliğin hastalık öncesi düzeye dönmesi ile karakterizedir (12).

Kısa psikotik bozukluk, tüm insanlar için önemli düzeyde travmatik olabilen ruhsal stresörlerle ilişkilidir. Bu stresörler arasında ağır hakaret, aldatılma, terk edilme, cinsel saldırı, işkence, yıkıcı doğa olayları ve savaş gibi durumlar bulunmaktadır. Bu tür olaylar, bireylerin psikolojik stabilitesini tehdit ederek psikotik belirtilerin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir. Farklı kültürler ve dönemler boyunca bu ruhsal stresörlerle bağlantılı olarak ortaya çıkan psikotik bozukluklara çeşitli adlar verilmiştir (12, 55).

## **DSM-5'e göre Kısa (Akut) Psikotik Bozukluk Tanı Kriterleri:**

A. Aşağıdaki belirtilerden birinin (ya da daha çoğunun) varlığı. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1. Sanrılar
2. Varsanılar
3. Dezorganize konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmasız konuşma)
4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı

B. Bu bozukluğun bir dönemi en az bir gün, ancak bir aydan daha kısa sürer ve en sonunda hastalık öncesi işlevsellik düzeyine tam geri dönülür

C. Bu bozukluk, psikoz özellikleri gösteren majör depresyon bozukluğu ya da bipolar (bipolar) bozuklukla ya da şizofreni ya da katatoni gibi psikozla giden diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz ve bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz (12).

### **2.3.2. Bipolar ve İlişkili Bozukluklar**

#### **2.3.2.1. Bipolar Duygudurum Bozuklukları Tanımı, Tarihiçesi ve Etiyolojisi**

Duygudurum Bozuklukları, mevcut olan temel bozulmanın duygulanım (afekt) ile ilgili olduğu düşünülen hastalık grubunu adlandırmak için kullanılır. Bu bozukluklar, temel olarak iki ana tablo şeklinde ortaya çıkmaktadır: hastanın aşırı neşe, hareketlilik ve büyüklük hissi yaşadığı mani dönemi ile hayattan zevk alamama, çökkünlük hissi ve durgun bir ruh hali ile kendini gösteren depresyon dönemleridir. Ayrıca, bu iki dönem belirtilerinin bir arada görülebildiği karma dönem de mevcut olabilir. Genellikle bu atak dönemleri birkaç ay sürmekte olup, düzelme ile sonuçlansa da tekrar etme eğilimi göstermektedir. Bu ataklar, bireylerde ciddi sosyal ve mesleki işlevsellik kaybına yol açmakta ve bilişsel fonksiyonlarda belirgin bozulmalar meydana getirmektedir.

Bipolar bozukluk, atak dönemleri itibariyle tekrarlayıcı ve periyodik özellik gösteren bir hastalıktır; bu nedenle, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir. Tedavisiz kaldığında bu bozukluğun bireyler üzerinde ciddi sonuçları olması beklenmektedir (87, 88).

Siklotimi, en az iki yıl süreyle süren duygudurum dalgalanmalarıyla karakterize bir diğer duygudurum bozukluğudur. Bu bozukluk, hipomanik nöbetlerin ardından hafif depresif nöbetlerin yaşanması ile seyredir. Bu dönemler, günler ve hatta haftalar boyunca sürebilir ve en fazla iki ay boyunca devam edebilir. Bu ataklar arasında, normal duygudurum dönemleri de gözlemlenmektedir (87).

Duygudurum bozukluklarının etiolojisinde biyolojik ve psikososyal etkenlerin etkileşimi önemli bir rol oynamaktadır. Psikososyal etkenlere ailedeki bir ölüm, iş kaybı, doğum veya taşınma gibi olaylar örnek verilebilir (87). Ancak, hastalık ilerledikçe belirgin psikososyal etkenler olmaksızın da hastalık periyotları gelişebilir. Manik ve yineleyici depresyon dönemlerinde biyolojik faktörlerin daha belirgin bir rol oynadığı kabul edilmektedir (42).

BDB'nin toplumdaki prevalansı %0,4 ile %1,2 arasında değişmektedir ve hastalığın başlangıç yaşı genellikle 20-30 yaşları arasındadır. Atakların tekrarlama süreleri değişiklik göstermektedir. Bu bozukluk, kadın ve erkek cinsiyet arasında eşit sıklıkta görülmekte ve tüm sosyoekonomik gruplarda ortaya çıkmaktadır. BDB, ayrıca diğer medikal hastalıklar veya madde kötüye kullanımı ile ilişkili olarak gelişebilir. Genetik yatkınlık da önemli bir faktördür; birinci derece akrabalarda BDB görülme sıklığı 10 kat daha fazladır (78). DSÖ verilerine göre, dünya genelinde yaklaşık 60 milyon bipolar bozukluk hastası bulunmaktadır (89). Ülkemizde, DSM-IV tanı ölçütlerine dayanan bir çalışmada bozukluğun yaygınlığı %0,92 olarak tespit edilmiştir (90).

### 2.3.2.2. DSM-5'e göre Mani Dönemi, Majör Depresif Dönem ve Bipolar I Bozukluğu Tanı Kriterleri

#### Mani Dönemi:

A. Kabarmış, taşkın veya çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin en az bir hafta süreyle (kişinin hastaneye yatırılmasını gerektirmişse süre önemli değil), hemen hemen her gün ve günün büyük bir bölümünde mevcut olması.

B. Duygudurum bozukluğunun bulunduğu ve içsel güç veya etkinlikte artış yaşanan süre boyunca aşağıdaki belirtilerden üçü veya daha fazlası (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir;

1. Öz saygıda belirgin bir artış veya büyüklük düşünceleri,
2. Uyku ihtiyacında azalma (örneğin sadece üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş hisseder),
3. Eskiye göre daha konuşkan olma hali veya konuşmaya tutma,
4. Düşünce uçuşması veya düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışarcasına birbiri ardı sıra geldiğine dair öznel yaşantı,
5. Dikkatte belirgin bir düşüş,
6. Amaca yönelik etkinliklerde artış (iş, okul veya cinsellikle ilişkili veya toplumsal anlamda) veya psikomotor hareketlerde artış (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız hareketler),
7. Kötü sonuçlara yol açabilecek etkinliklere aşırı katılma (örneğin aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma veya işle ilgili gereksiz yatırımlar yapma).

C. Duygudurum bozukluğu, toplumsal veya işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşüşe sebep olacak denli ya da kişinin kendisine veya başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek kadar ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.

D. Bu dönem bir maddeye veya başkaca bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlı olarak gelişmemiştir (12).

### **Majör Depresif Dönem:**

A. Burada bulunan maddelerden en az beşinin en az iki hafta süre ile bulunması;

- a. Kişinin bizzat kendisi veya çevresi tarafından bildirilen belirgin çökkün duygudurum,
- b. Etkinliklere yönelik duyulan ilgide bariz bir azalma veya bu etkinliklerden zevk alamama durumu,
- c. Kilo vermeye çabalamamaya karşın çok kilo verme veya alma,
- d. Uykusuzluk durumu veya aşırı uyuma,
- e. Psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) veya yavaşlama,
- f. Enerji azalması, bitkinlik ve sürekli yorgunluk hali,
- g. Değersizlik hissi veya uygunsuz suçluluk hissiyatı,
- h. Dikkati toparlamada ciddi güçlük,
- i. Tekrarlayan ölüm düşünceleri.

B. Bu belirtiler klinik anlamda bariz bir soruna veya toplumsal, mesleki alanlarda veya diğer önemli konularda işlevsellikte düşüşe neden olur.

C. Bu depresif dönem bir maddeye veya başkaca bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlı olarak gelişmemiştir (12).

### **Bipolar Duygudurum Bozukluğu Tanı Kriterleri;**

A. En az bir mani dönemi için tanı ölçütleri karşılanmıştır (yukarıda “mani dönemi” başlığının altında yer alan A-D tanı ölçütleri).

B. Mani ve majör depresyon dönem(ler)inin ortaya çıkışı şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer bipolar ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz (12).

#### **2.3.2.3. Duygudurum Bozuklukları ve Suç**

Duygudurum bozuklukları, ceza sorumluluğunu daha geniş bir perspektifle değerlendirmeyi gerektiren hastalıklardır. Özellikle psikotik özellikler taşıyan manik dönemlerde işlenen suçlar, eğer affektle bağlantılıysa, psikotik özellikli depresif

dönemlerdeki durumlar gibi, ceza ehliyeti bulunmadığı kabul edilen hallerdir. Bipolar bozukluğun manik dönemlerindeki bireylerin ceza sorumluluğunun olmadığı genel olarak söylenebilir. Unipolar veya bipolar bozuklukların depresyon dönemlerinde işlenen suçlar ise çoğu zaman hastalığın bir etkisinin olup olmadığına göre değerlendirilmektedir (11).

Depresyonun hafif formları, hipomani ve kısmi remisyon halindeki manik dönemde işlenen suçlarda ceza sorumluluğunun azalması, tam remisyon halindeki bipolar bozukluk hastalarında ise tam veya azaltılmış ceza sorumluluğu söz konusu olabilir. Suçun niteliği, işleniş şekli ve motivasyonu birlikte değerlendirilmesi ve her bir olgunun kendi özel koşulları içinde ele alınması gerekmektedir (11).

Bipolar bozukluk tanısı almış suç işleyen bireylerin, suç işlemeyenlere kıyasla öğrenim sürelerinin daha kısa olduğu, eşlerinden ayrılma, işsizlik ve sosyal güvenceden yoksun olma olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Mağdurların çoğunun aile üyeleri ve akrabalar arasında yer aldığı, vakaların yaklaşık yarısında psikoaktif madde kullanımının bulunduğu ve suç işleyen hastaların çoğunun tedaviye uyum göstermediği belirtilmektedir. Ayrıca, suç işleyen bireylerin daha belirgin psikotik özellikler sergiledikleri, manik epizod sürelerinin daha uzun, epizodlar arasında geçen sürenin daha az olduğu ve karma epizodların daha sık yaşandığı, kendine zarar verme davranışlarının ise daha yaygın olduğu tespit edilmiştir (91).

Mani döneminde adam öldürme eylemlerinin, şizofreni tanılı vakalarda olduğu kadar sık görülmediği, bu durumun bipolar bozukluğu olan kişilerin dürtü kontrollerinin şizofreni hastalarına kıyasla daha iyi olması ve sosyal normlara karşı daha fazla farkındalığı olması nedeniyle olduğu değerlendirilmektedir. Bununla birlikte, yapılan bir çalışmaya göre tutuklu bipolar bozukluğu olan hastaların çoğunun suç anında psikotik semptomların eşlik ettiği bir manik epizodda bulunmaları sebebiyle duygudurum bozuklukları ile şiddet eylemleri arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir (92).

### 2.3.3. Zihinsel Yetersizlikler

Zeka, bireyin belirli bir sosyo-kültürel çevre içerisinde düşünme, sorun çözme, soyut kavramları anlama ve öğrenme yeteneklerini içeren genel zihinsel kapasitesini ifade eder (93). Zihinsel yetersizlik, bu kapasitenin mevcut ortalamanın altında olduğu bir durumu ifade eder ve genel nüfusta yaklaşık %1 oranında görülmektedir. Normal gelişim sürecinde zeka, doğumdan itibaren 15-25 yaşları arasında artış gösterirken, bu dönemden sonra sabit kaldığı kabul edilir. Zihinsel yetersizlik, genetik ve çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan, bilişsel ve sosyal bozuklukların şekillendiği bir klinik tablodur. 18 yaşından önce başlayan muhakeme, öğrenme ve sorun çözme gibi zihinsel işlevsellik ile sosyal ve pratik beceriler gibi uyum davranışları üzerindeki belirgin bozulmalarla karakterize olur (64, 94). Zihinsel yetersizliğin seviyesini belirlemek için sosyal adaptasyon ve zeka düzeyinin birlikte değerlendirilmesi önem taşır. Bu nedenle, sosyal işlevsellik ve günlük görevlerdeki yeterlilik gibi unsurları ile bilişsel yetiler birlikte değerlendirilmelidir. Bu iki boyutun entegrasyonu, zihinsel yetersizliğin kapsamlı bir biçimde anlaşılmasına olanak tanımaktadır (94).

Yapılan araştırmalar, zihinsel yetersizliği olan bireylerde şiddet davranışı riskinin, normal bireylere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu şiddet eylemleri genellikle homisid ve cinsel suçlar gibi ciddi suçlarla kendini göstermektedir. Düşük zeka seviyesinin, özellikle çocukluk dönemindeki bireylerde şiddet eylemlerine bulaşma olasılığını artırdığı, yüksek zekâ düzeyinin ise genellikle şiddet eylemlerinden koruyucu bir faktör olduğu değerlendirilmektedir. Bu durum, zeka ve şiddet davranışları arasındaki ilişkinin karmaşıklığını ortaya koymakta ve bireylerin bilişsel yeteneklerinin, davranışsal eğilimleri üzerinde önemli bir etki yarattığını göstermektedir (95).

Zeka genellikle zeka bölümü (intelligence quotient) olarak ölçülür.  $IQ = (\text{mental yaş/biyolojik yaş}) \times 100$  şeklinde hesaplanır. Normal zeka 100 olarak kabul edilir. 80'in altı normalden düşük, 120'nin üstü ise üstün zeka olarak kabul edilir. IQ puanlarına göre zihinsel yetersizlik sınıflaması aşağıdaki gibidir:

- 71-80: Sınır zeka kapasitesi
- 50-70: Hafif düzey zihinsel yetersizlik

- 35-50: Orta düzey zihinsel yetersizlik
- 20-35: Ağır düzey zihinsel yetersizlik
- 20'den az: Çok ağır düzey zihinsel yetersizlik (52).

### **DSM-5'e göre Zihinsel Yetersizlik Tanı Kriterleri**

Entelektüel yeti-yitimi (entelektüel gelişimsel bozukluk), kavramsal, toplumsal ve uygulamalı alanlarda hem entelektüel hem de uyumsal işlev eksikliklerini kapsayan, gelişimsel evre sırasında başlayan bir bozukluktur. Aşağıdaki üç ölçütün karşılanması gerekir:

A. Hem klinik değerlendirme hem de bireye göre uygulanan, kabul gören bir zekâ ölçümü ile doğrulanan, akıl yürütme, sorun çözme, tasarlama, soyut düşünme, yargılama, okulda öğrenme ve deneyimlerinden öğrenme gibi entelektüel işlevlerde eksiklikler.

B. Kişisel bağımsızlık ve toplumsal sorumluluk için gelişimsel ve toplumsal-kültürel ölçüleri karşılayamama ile sonuçlanan, uyum işlevselliğinde eksiklikler. Süregiden bir dayanak sağlanmadıkça, uyumsal eksiklikler, ev, okul, iş ve toplum gibi değişik çevrelerde iletişim, toplumsal katılım ve bağımsız yaşama gibi günlük yaşamın bir ya da birden çok etkinliğinde işlevselliği kısıtlar.

C. Entelektüel ve uyumsal eksiklikler, gelişimsel evre sırasında başlar (12).

Zekâ gerilikleri veya zihinsel yetersizlikler, ceza sorumluluğunu etkileyen ve yasaların akıl zayıflığı olarak tanımladığı en geniş tanı gruplarından biridir. Hafif derecede zihinsel yetersizlik bulunan bireylerde azalmış ceza sorumluluğu veya tam sorumsuzluk kararları, kişinin özelliklerine ve işlediği suça bağlı olarak değişkenlik göstermekteyken, daha ileri derece zihinsel yetersizlikte genellikle tam sorumsuzluk söz konusudur. Zihinsel yetersizlik nedeniyle ceza sorumluluğu bulunmadığı belirlenen bireylerin, zorunlu tedavi altında olan hastalar arasındaki oranının yaklaşık %5 olduğu ifade edilmektedir. Bu durum, zihinsel yetersizliğin ceza hukuku açısından etkilerini ve tedavi süreçlerindeki dikkate alınması gereken unsurları ortaya koymaktadır (11).

#### 2.3.4. Depresif Bozukluk

'Depresyon' denildiğinde, genellikle ICD ve DSM tanı kriterlerine göre, MDB klinik tanısı ifade edilir. Depresyon, üzüntü, sinirlilik veya boşluk hissi gibi depresif ruh hali ile zevk alamama hali yani anhedoni semptomları ile karakterizedir. Bu semptomların yanında, konsantrasyon eksikliği ve kararsızlık gibi bilişsel işlev kayıpları, değersiz ve umutsuz hissetme gibi emosyonel semptomlar ile iştah ve kilo kaybı gibi vejetatif semptomlar gibi çok çeşitli semptomlar görülebilir (96).

Ülkeler arasında farklılıklar görülse de MDB'nin yıllık prevalansı ortalama olarak yaklaşık %6, yaşam boyu görülme oranı ise %15-18 civarındadır (97). MDB'nin ilk epizodunun başlama yaşı ergenlik döneminden 40'lı yaşlara kadar görülebilir ve ortalama başlama yaşı 25'tir (96).

Depresyon yaygınlığı kadınlarda erkeklere göre neredeyse iki kat daha fazladır ve yaşamın iki ila üçüncü on yılında her iki cinsiyette de zirve dönemine ulaşır. Yaş, kadın cinsiyet, medeni durumunda ayrılmış veya boşanmış olma, sağlık sorunlarına sahip olma ve çocuklukta travma geçirmiş olma epidemiyolojik risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (98). Etiyopatogenezinde; genetik, biyolojik ve psikososyal etkenlerin ortak etkisi ile ortaya çıktığı düşünülen karmaşık ve heterojen hastalıktır (99).

Depresyonun belirtileri genellikle duygusal, nörovejetatif ve bilişsel semptomlar olarak gruplandırılabilir, ancak bu belirtiler, diğer psikiyatrik bozukluklar ve tıbbi hastalıklarla karışabilir. Bununla birlikte, işlevsellikte bozulmaya yol açan semptomlar olan anhedoni, diüurnal değişim ve hastalıkla ilgili yoğun suçluluk duygusu depresyonla daha yakından ilişkilidir. Yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı ve uykusuzluk gibi nörovejetatif semptomlar, diğer tıbbi hastalıklarda da görülebilir. Ayrıca, konsantrasyon gücü ve psikomotor ajitasyon gibi bazı depresif belirtiler, mani belirtileriyle benzerlik gösterebilir; bu nedenle depresyon tanısı koyarken bipolar bozukluk olasılığı da göz önünde bulundurulmalıdır (96).

Depresyon, hastanın yaşadığı semptomlara göre anksiyeteli, atipik, melankolik, karma ve psikotik olarak alt tiplere ayrılır. Psikotik depresyon ayrı bir bozukluk olmaktan ziyade DSM-5'te MDB alt tipi olarak kabul edilmektedir. Ancak psikoz

varlığı hastalığın şiddetinden bağımsızdır. Dolayısıyla, depresyonun şiddetli olması, psikotik depresyon tanısı koyulmasında şart değildir (100).

### **DSM-5'e göre Majör Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri**

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya çökkün duygu durum ya da ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

1. Çökkün duygu durum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümün de bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygu durum olabilir.)

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginglik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrisal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı Şizoaffektif Bozukluk, Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Sanrılı Bozukluk ya da Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir (12).

Literatürde depresyon tanısı almış kişilerin çeşitli suç türlerinde genel popülasyona kıyasla bir suçtan hüküm giyme oranlarının artmış olduğu güçlü şekilde ortaya konulmuştur (101, 102).

### **2.3.5. Demans (Bunama)**

#### **2.3.5.1. Demans Tanımı ve Etiyolojisi**

Demans (bunama), kişide gelişen bilişsel, davranışsal ve işlevsel bozulmalara bağlı olarak, mesleki ve sosyal kayıplara yol açan, kronik ve ilerleyici bir bozukluktur. İlerleyici doğası ve yol açtığı işlevsel kayıplar nedeniyle demans, yaşlılığa bağlı bilişsel zayıflamalardan ayrılmaktadır. Demans bir hastalık olarak tanımlanırken, yaşlılığa bağlı değişiklikler doğal fizyolojik süreçler olarak kabul edilmektedir (78, 103).

Demans hastalarının, santral sinir sistemi hücreleri ve bu hücreler arası bağlantıların giderek azalması veya yok olması sonucu, beyin işlevlerinde belirgin bir bozulma meydana gelmektedir (104). Her ne kadar klinik olarak öncelikle yakın olayların unutulmasıyla başlayan hafıza kaybı görülse de hastalığın ilerleyen aşamalarında bilişsel kayıplar ve dikkatsizliklerin eklenmesiyle hafıza kaybı

derinleşmekte; kişinin mesleğini, aile üyelerini ve hatta bazen adını unutmasına kadar ilerleyebilmektedir. Beyindeki bu bozukluklar, kişinin kendisine bakabilme yetisini zayıflatarak, gittikçe başkalarına tamamen bağımlı hale gelmesine neden olmaktadır (64, 103).

Demansın görülme sıklığı yaşla birlikte artsa da bu durumdan yaşlılıkla ilgili doğal bir süreç olduğu kanısına varılması yanlış olacaktır. Tüm demans vakalarının yalnızca %10-15'inin tedavi edilebilir olduğu bildirilmiştir (104). Demans, ortaya çıkış sebebiyle ilişkili olarak yavaş veya hızlı bir seyir izleyebilir. Hastalığın yavaş ilerlediği bireyler, uzun yıllar normal bir yaşam sürdürebilmektedir. Demans tanısı almış kişilerin ev ve aile ortamında tedavi edilmesi önerilmektedir (42).

Demans tanısı koyulurken öncelikle hastada bellek kaybı belirtileri aranmaktadır. Benzer semptomların karıştırılmaması adına, deliryum ve demans ayrımı yapılırken, deliryumun geçmesi beklenir ve ardından semptomların devam edip etmediği değerlendirilir. Özellikle ileri yaşlarda görülen demans, %3 civarlarında prevalansa sahiptir (64). Demans hastalarının yaklaşık %70'ini oluşturan Alzheimer hastalığı, demansın en yaygın nedeni olarak bildirilmiştir (105). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre, bunamanın 70 yaş üstü toplumda yaygınlığının %20 civarında olduğu, Alzheimer Hastalığının ise %11 olduğu saptanmıştır (106).

### **2.3.5.2. DSM-5'e göre Nörobilişsel Bozukluklar (Demans) Tanı Kriterleri**

A. Bir ya da birden çok bilişsel alanda (karmaşık dikkat, yerine getirme işlevi, öğrenme ve bellek, dil, algısal-motor ya da toplumsal biliş), daha önceki yeterli düzeyine göre belirgin bilişsel bir gerileme olduğunun kanıtları şöyle temellendirilir:

1. Bilişsel işlevlerde belirgin bir gerileme olduğuyula ilgili kişinin, bilgisi olan birinin ya da klinisyenin kaygı duyuyor olması,

2. Nöropsikoloji ölçümleriyle belgelendirilmesi yeğlenen ya da bunların yokluğunda nicel bir klinik değerlendirmeyle belgelendirilen, bilişsel yeterlikte önemli ölçüde bozulma.

B. Bilişsel eksiklikler, gündelik etkinliklerde, kendi başına, bağımsız davranmayı güçleştirir (en azından, faturalarını ödeme ya da ilaçlarını doğru kullanma gibi karmaşık günlük yaşam etkinliklerinde yardıma gereksinme).

C. Bilişsel eksiklikler yalnızca deliryum bağlamında ortaya çıkmamaktadır.

D. Bilişsel eksiklikler başka bir ruhsal bozuklukla (örn. majör depresyon bozukluğu, şizofreni) daha iyi açıklanamaz (12).

### **2.3.5.3. Demans ve Suç**

Demans tanısı konulmuş hastalarda sıkça görülen muhakeme ve içgörü eksiklikleri, kişilerin gerçekçi olmayan değerlendirmelerde bulunmalarına neden olabilmektedir. Bu durum, özellikle perseküsyon temalı hezeyanlar ve görsel halüsinasyonlar gibi psikotik belirtilerin ortaya çıkmasına yol açar. Bu nedenle ileri düzey demans tanılı bireyler ağır suçlar işleyebilirler; bu suçlar genellikle tasarlanma olmaksızın, işledikleri suçun farkında olmadan ve kişinin günlük hayatına uygunsuz bir şekilde gerçekleşmektedir (106).

Özellikle başlangıç dönemindeki demans, amnezi ve diğer bilişsel işlev bozuklukları, genel bir değerlendirmeye tabi tutulamayacak niteliktedir. Bu bağlamda, suçun oluşumuna hastalığın etkisi sorgulanmalıdır (11).

TCK'nin 32. maddesi uyarınca demans, kusur yeteneğini etkileyen bir akıl hastalığı olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda, yerleşik bir demans tablosu içinde işlenen suçlarda ceza sorumluluğunun ortadan kalkması mümkündür ve bu durum bireyin cezalandırılmamasına yol açabilir. Dolayısıyla demansiyel vakalarda ceza sorumluluğuna, demansın evresi ve bireyin klinik durumu değerlendirilerek karar verilmelidir (107).

### **2.3.6. Epilepsi**

Epilepsi, santral sinir sistemindeki nöronlardaki anormal ve aşırı elektriksel aktivite sonucu meydana gelen, ani, tekrarlayıcı, belirli bir olayla tetiklenmemiş nöbetler ile karakterize bir tablodur (108). Epileptik hastalarda davranış, kişilik bozuklukları ve psikiyatrik bozukluklar sık olarak görülmektedir. Özellikle dirençli epilepsi hastalarında toplumun genel nüfusuna oranla psikiyatrik bozukluk bulunma ihtimali daha yüksektir (109). Bu psikiyatrik bozukluklar; nöbet esnasındaki

bozukluklar, postiktal ve interiktal dönemdeki bozukluklar olmak üzere üç başlık altında sınıflandırılabilir (110).

Epilepsi tanılı hastaların kolay öfkelenebilmelerinden dolayı şiddet eğiliminin arttığı ve bu artışa bağlı suça yönelme ihtimalinde artış olduğu gözlenmektedir. Epilepsi tanılı kişilerin işledikleri suçlarda; suçta anormal şiddet izlerine rastlanması, tasarlama bulunmaması, genelde bir anlık öfke ile ani olarak işlenmesi gibi bazı ortak özellikler bulunmaktadır. Hastada bilinç bulanıklığı, çevresinin farkında olmama, hareketlerinde uygunsuzluk ve şaşkınlık gibi durumlar ile suç işlendiği sırada yaşananları hatırlamama gözlenmektedir (64).

Epilepsi hastasının geçirdiği nöbet türü, kusur yeteneği durumunu ve bunun sonucu olarak da ceza sorumluluğunu değiştirmektedir. Suç işleyenler arasında artmış bir epileptik hasta oranı olması epilepsi ile suç ilişkisini açıkça göstermektedir. Epilepsi tanılı kişilerin işledikleri suçların ceza sorumluluklarının değerlendirilmesinde; suçun nöbet esnasında işlenmiş olması, kişilik değişikliklerinin bulunması ve psikozun oluşmuş olması önem arz etmektedir (64). Epilepsi nöbeti ve klinik bulgularının suçun işlendiği anda mevcudiyeti dikkate alınmalı, hastalığın işlenen fiil yönünden algılama ve irade yeteneği üzerindeki etki derecesi tespit edilmelidir. Genel kabule göre, epileptik karakterde olmayan, epilepsi psikozu veya demans eşlik etmeyen epilepsi hastalarının nöbet dışında gerçekleştirdikleri eylemler yönünden ceza sorumlulukları tam olarak kabul edilmektedir (11, 103).

Epilepsi hastaları, en çok dürtüsel şekilde gerçekleştirilmiş saldırganlıklar, cinsel suçlar, taşkınlıklar nedeniyle adli süreçlere dahil olurlar ve psikiyatrik hastalıkların bu suçlara eşlik etme olasılığı daha yüksek saptanmıştır. Epilepsi nedenli psikoz, demans ve manik eksitasyon gibi komplike durumlarda ceza sorumluluğunun kalktığı, hafif bilişsel işlev bozuklukları ve kişilik değişiklikleri gibi nispeten daha hafif durumlarda ise ceza sorumluluğunun kısmen etkilendiği kanaatine varılmasının uygun olacağı ifade edilmiştir (11).

## **2.3.7. Dürtü Kontrol Bozuklukları**

### **2.3.7.1. Kleptomani**

Kleptomani, maddi değeri olmayan veya kişinin ihtiyaç duymadığı cisimleri çalma dürtüsüne karşı koyamaması ve bu durumun tekrarlayıcı şekilde gerçekleşmesi ile karakterizedir. Çalınan cisimler çoğunlukla atılmakta, gizlice geri getirilmekte veya tutulup saklanmaktadır. Kleptomanili kişilerin genelde dürtüsel olarak çaldıkları cisimleri satın alacak paraları vardır. Diğer dürtü kontrol bozukluklarında olduğu gibi kleptomanide de eylemi gerçekleştirmeden önce gerilimin artması, gerçekleştirdikten sonra da suçluluk, pişmanlık veya depresyon olsun olmasın haz alma ve gerginlikte azalma şeklinde eylem gerçekleşmektedir (111).

### **2.3.7.2. Piromani**

Küçük yaşlardan itibaren başlayan, yangın sonrasında yerini rahatlama ve haz almaya bırakan ve eylem öncesinde yaşanan gerginlik ile karakterize yangın çıkarmaya yönelik karşı konulamaz bir dürtü hissetme şeklinde tanımlanabilir. Kişi bu eylemi gerçekleştirmek için herhangi bir neden veya amaç gütmmez; önemli olan, eylem öncesinde yaşadığı gerginliğin, yangın sonrası haz ve rahatlama ile yer değiştirmesidir. Yangın çıkarma eyleminin, maddi kazanç, politik bir amaç, bir suçu gizleme veya öfke gösterme gibi motivasyonlarla gerçekleştirilmediği ve demans ya da zihinsel yetersizlik gibi muhakeme bozuklukları ile hezeyanların etkisi altında olmadığı ortaya konulmalıdır (64). Ancak DSM-5 tanı kriterlerine uygun piromani vakalarına nadiren rastlanmaktadır (112). Yangının çıkması, birey için izleme sırasında bir tatmin kaynağı oluşturur (111, 112).

Her ne kadar kleptomani ile piromani arasında benzerlikler olsa da kleptomani hastası, eylemi aniden gelen dürtü ile gerçekleştirirken, piromani hastası yangını gerçekleştirebilmek için bazı ön adımlar atmaktadır. Ayrıca, kleptomani hastası suç sonrası pişmanlık yaşarken, piromani hastası çıkardığı yangından kaynaklanan kayıplar nedeniyle herhangi bir rahatsızlık hissetmez (111, 112).

## 2.4. Adli Psikiyatri

Adli psikiyatri, psikiyatri ile hukuk arasındaki kesişimde, her iki disiplinden kaynaklanan kavramlar, bilgiler ve deneyimlerin bir araya gelmesiyle ortaya çıkan bir uzmanlık alanıdır. Bu alan, psikiyatrinin hukukla ilgili geliştirdiği ilkeler ve hukukun psikiyatrik konularda ihtiyaç duyduğu hizmetlerin uygulamaya konulmasını sağlar (11, 19). Başta yetişkin psikiyatrisi, nöroloji ve çocuk-ergen psikiyatrisi olmak üzere, yasal çerçevede bir kişinin algılama yetisini etkileyen klinik durumları değerlendiren bilirkişilik alanıdır (45). Bilirkişi, ceza hukukuna yardımcı olarak failin kusurluluk durumunu belirlemeye çalışır.

Adli mercilerce, bir kişinin eylemi sırasında bilişsel yetilerini ve iradesini etkileyen bir durumun varlığından şüpheye düşüldüğünde veya böyle bir iddia mevcut olduğunda, adli psikiyatrik inceleme yapılması talep edilmektedir.

Adli psikiyatrik incelemeyle, ceza hukukunu ilgilendiren yetişkin ve çocuklarda ceza sorumluluğu, mağdurların ruh sağlığı ve algılama yeteneği gibi konularda; medeni hukuk ve aile hukukunu ilgilendiren hukuki ehliyet, evlenme ehliyeti ve vesayet gibi konularda mahkeme, hakimlik veya savcılıklar tarafından sorulara cevap verilmektedir (113).

Ülkemizdeki uygulamada; Adalet Bakanlığına bağlı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Grup Başkanlıkları ve Şube Müdürlüklerinde, Sağlık Bakanlığına bağlı Eğitim Araştırma, Şehir ve Devlet Hastanelerinde, Üniversitelere bağlı Adli Tıp ve Psikiyatri Anabilim Dallarında adli psikiyatri hizmetleri sürdürülmektedir (114).

### 2.4.1. Adli Psikiyatrik Değerlendirme

Adli psikiyatrik değerlendirmenin, ayaktan, yatarak veya gözlem altında olmak üzere farklı yöntemlerle yapılması mümkündür. Adli mercilerce hakkında karar verilmesi istenen vakalarda, olay, geniş bir perspektiften, objektif, tarafsız, bilimsel, tıbbi ve hukuki kurallara uygun şekilde değerlendirilmelidir. Değerlendirme sürecinde, adli psikiyatrye ilişkin hukuki boyutun yanı sıra, olayın yasaların öngördüğü sınırların dışında kalan tıbbi boyutu da her zaman dikkate alınmalıdır (115).

Psikiyatrik görüşme ve muayene adli psikiyatrik değerlendirmenin temelini oluşturmaktadır (77). Ceza sorumluluğu değerlendirilirken, kişinin gelişim düzeyi, kişinin olay anında bulunduğu ruhsal durum ile kişinin tıbbi ve kriminal öyküsü gibi biyopsikososyal faktörler bir bütün olarak incelenmelidir. Adli psikiyatride gelişim düzeyi değerlendirilirken yaş kavramının yasal olarak karşımıza çıkması kaçınılmazdır. Gerektiğinde kemik yaşı gibi verilerden de faydalanmak suretiyle kişinin olay esnasındaki yaşının ortaya konması sayesinde; çocuk, ergen, yetişkin ayrımı ile yasal olarak farklı sınıflarda algılama yeteneği değerlendirilir.

Ruhsal durum muayenesi sırasında kişinin suç tarihindeki durumu gözetilerek; akıl sağlığı ve ruhsal bir hastalık varlığı sorgulanarak mevcutsa suç sırasında aktif atak döneminde bulunup bulunmadığı, kişinin genel, tıbbi ve kriminal açıdan öyküsü, alkol veya madde kullanımı, kişilik özellikleri, olayın nasıl gerçekleştiği ve dava dosyası bir bütün olarak değerlendirilmeye alınır (43).

Kişinin davranışları, gelişim düzeyi, giyim tarzı ve fiziksel engellilik durumu gibi fiziksel görünümüne dair bulgular değerlendirilir. Alkol veya madde kullanımına dair gerektiğinde etanol, madde ve madde metabolitlerinin düzeyleri değerlendirilebilir. Hareketler, tikler, denge bozuklukları, ince motor becerileri gibi motor işlevleri, konuşma ve dil özellikleri, göz teması kurup kurmadığı, duygu durumu, çevresiyle olan ilişkileri, bilinç, bellek, zekâ, içgörü ve yargılama işlevleri açısından değerlendirilme yapılarak elde edilen bulgular kaydedilir. Kişinin ruhsal durumu hakkında muayene ile karara varılamaması durumunda gerekirse konsültasyon, nörokognitif testler, Rorschach testi, MMPI, IQ testi, beyin görüntülemesi ve EEG gibi test ve tetkikler istenmelidir. Tüm bunlara rağmen kanaat oluşmadığı durumlarda kişi gözlem altına alınarak değerlendirilmelidir (77, 116, 117).

Hekimi aldatarak ikincil bir hedefe ulaşmak için istemli olarak hastalık belirti ve bulgularının oluşturulması, temaruz veya simülasyon olarak adlandırılır (118). Adli bir sürece giren kişilerin ceza sorumluluğundan veya cezanın infazından kaçmak, tazminat temini ve malulen emekli olmak gibi ikincil kazanımlardan ötürü temaruz/simülasyon yapma eğiliminde olabileceği göz önünde bulundurularak tedavi amacıyla başvuran hastalardan farklı bir yaklaşım gerektiği unutulmamalı, bu yüzden de mümkün olduğunca açık uçlu sorulmalı ve yönlendirici ifadelerden kaçınılmalıdır (45, 119). Kişinin adli tıp bağlamında muayene edilecek olması, tarif ettiği yeti

yitimiyle, nesnel bulgular ve gözlemler arasında belirgin bir çelişki olması, tanısal anlamda uygulanacak tedaviler ile kişinin uyumsuzluk göstermesi ve kişide antisosyal kişilik bozukluğunun mevcut olması muayene esnasında temaruzu akla getirmelidir (12).

Temaruz, kişide dış kaynaklı belirtilerin olması nedeniyle yapay bozukluktan, bulguların istemli oluşturulması ve açık bir çıkarın olması nedeniyle konversiyon bozukluğundan ve bedensel belirti ve ilişkili ruhsal bozukluklardan ayırt edilebilir (12).

Simülasyonun çeşitlerine bakıldığında; kişide şikayet ve belirtilerin tamamen uydurma olması durumuna tam simülasyon (pure malingering), mevcut olan şikayet ve belirtilerin abartılması kısmi simülasyon/sürsimülasyon (partial malingering) olarak adlandırılır. Dissimülasyon ise tersine bir simülasyonla hasta olan kişinin hastalık belirtilerini gizleme ve kendini daha iyi gösterme çabasına denir ve kişi hastalığı bilinçli bir şekilde inkâr eder (119).

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Vaka seçimi

Adli mercilerce suç işlediği iddiasıyla ile gönderilmiş olan ve ceza sorumluluğu hakkında Adli Tıp Kurumu 4. ATİK'e ayaktan gönderilerek ve GİD'e yatışı yapılarak 01.01.2019-31.12.2023 yılları arasında rapor düzenlemiş kişilere ait dosyalar, Ulusal Yargı Ağı Bilişim Sistemi (UYAP) sistemi aracılığıyla "ceza sorumluluğunun olmadığı", "cezai sorumluluğunun olmadığı", "ceza sorumluluğunun tam olmadığı", "cezai sorumluluğunun tam olmadığı", "cezai sorumluluğu olmayıp", "ceza sorumluluğu olmayıp", "cezai sorumluluğu tam olmayıp" ve "ceza sorumluluğu tam olmayıp" anahtar kelime ve kelime grupları ile sorgulanarak çalışmamız kapsamında retrospektif olarak tarandı.

Dosyaların araştırmamıza dahil edilme kriterleri; vakaların 18 yaş ve üzerinde olması, ceza sorumluluğunu azaltma veya kaldırma kararı verilmiş olması ve karar verilirken DSM-5'e göre şizofreni spektrumu içerisinde yer alan tanılarının kullanılmış olması olarak belirlenmiştir. Araştırmamızda; 18 yaş altında olan vakalar, ceza sorumluluğunun tam olarak değerlendirildiği vakalar ve DSM-5'e göre şizofreni spektrumu dışındaki BDB, zihinsel yetersizlikler, psikotik özellikli depresyon ve demans gibi diğer tanılarla ceza sorumluluğu azaltılmış veya kaldırılmış olan vakalar dışlanmıştır. Kurumumuzda DSM-5 şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar tanı kategorisi içerisinde yer alan tanılarla ceza sorumluluğunun olmadığı ya da azalmış olduğu kararı verilen kişilere ait 150'si 4. ATİK ve 294'ü GİD olmak üzere toplamda 444 dosya tespit edilmiştir.

### 3.2. Verilerin Toplanması

Hakkında ATK 4. ATİK ve/veya GİD tarafından düzenlenen rapor/mütalaa ile DSM-5 şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar tanı kategorisi içerisinde yer alan tanılarla ceza sorumluluğu kaldırılan veya azaltılan 444 dosya incelendi. Çalışmamız kapsamında dosyaların içerisindeki; ATK 4. ATİK ve/veya GİD tarafından yapılan muayeneler, psikometrik testler ve sonuçlar ile kişi hakkında daha önce düzenlenmiş farklı kurumlara ait muayene ve raporlardan yararlandı.

Çalışmamıza dahil edilen vakalar DSM-5 şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar tanı kategorisi içerisinde yer alan tanılarına göre; şizofreni, HB ve diğer şizofreni spektrum bozukluklarından (diğer ŞSB) oluşan 3 grup içerisinde değerlendirildi. Bu bağlamda diğer ŞSB grubuna; şizoaffektif bozukluk, atipik psikoz, postpartum psikoz, şizofreniform bozukluk ve başka bir sağlık durumuna bağlı psikoz gibi homojen olmayan ve dışlama tanısı olan klinik durumlar dahil edildi.

Vakalara ait sosyodemografik veriler (yaş, cinsiyet, medeni durum, kiminle yaşadığı, çocuk sayısı, eğitim durumu ve bölgesi ile yaşadığı yer), klinik özellikler (varsanı ve hezeyan durumu, hezeyan çeşidi, birden fazla hezeyan varlığı, yatış sayısı, ilk tanı yaşı, kaç yıldır hasta olduğu, ilk yatış tanısı, suç tarihi öncesindeki tanı ve tedavi durumu, sigara, alkol ve madde kullanım durumu, madde kullanıyorsa çeşidi, kendine zarar verme davranışı öyküsü, suisid girişimi varlığı, ilaç uyumu, ATK 4. ATİK'te ve/veya GİD'te muayene sırasında kişinin simülasyon çabasının olup olmadığı, Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi (AMATEM) başvurusu olup olmadığı, olay esnasında eksitasyon mevcut olup olmadığı ve kriminal özellikler (iddianamede geçen suç türü, suç tarihindeki yaşı, suçun mağduru, suç tarihi öncesinde herhangi bir kurumdan ceza sorumluluğunun azalmış veya kaldırılmış olmasına dair rapor varlığı, daha önce bir suça karışıp karışmadığı, suçun meydana geldiği zaman dilimi (gündüz/gece), suçu dürtüsel mi yoksa planlı şekilde mi gerçekleştirdiği, suçu kabulü veya reddi ve rapor/mütalaa sonucu) IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 28.0 programına analizleri yapılmak üzere kayıt edilmiştir.

Vakaların medeni durumu evli ayrı bir grupta; bekar, dul veya boşanmış olma durumları evli değil olarak ayrı bir grupta değerlendirilmiştir.

Vakaların kiminle yaşadığı yalnız yaşaması bir grupta; eşi, çocuklarıyla, ebeveynleriyle, devlet kurumunda yaşaması sonuçları ise başkasıyla birlikte olarak ayrı bir grupta değerlendirilmiştir.

Vakaların eğitim durumu ilköğretim ve öncesi bir grupta; lise ve sonrası bir grupta değerlendirilmiştir.

Vakaların çalışma durumu düzensiz veya düzenli çalışması çalışıyor olarak bir grupta, çalışmıyor olma durumu ayrı bir grupta değerlendirilmiştir.

Vakaların hezeyan türleri perseküsyon, referans ve kontrol edilme hezeyanları paranoid hezeyanlar olarak bir grupta; kıskançlık hezeyanı ayrı bir grupta ve kalan hezeyan çeşitleri ise diğer hezeyanlar olarak ayrı bir grupta değerlendirilmiştir.

Vakaların işledikleri suç türleri iddianamede geçen yaralama, öldürme, öldürmeye teşebbüs, istismar seviyesindeki cinsel suçlar ve mala zarar verme gibi suçlar fiziksel şiddet grubunda; hakaret, tehdit, taciz seviyesindeki cinsel suçlar ve iftira gibi suçlar sözel şiddet grubunda; hırsızlık, dolandırıcılık ve terör suçları gibi suçlar diğer suçlar grubunda değerlendirilmiştir.

Vakaların işledikleri suçlarda suçun mağdurları eş ayrı bir grupta; anne, baba, kardeş, akraba, arkadaş ve komşular tanıdık olarak ayrı grupta; yabancı ve kamu ise tanımadık olarak ayrı bir grupta değerlendirilmiştir.

### 3.3. İstatistiksel Değerlendirme

Bu çalışmada kullanılan istatistiksel analizler, IBM SPSS Statistics 28.0 yazılımı aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için oranlar, sayısal değişkenler için ise ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler şeklinde rapor edilmiştir. Kategorik değişkenlerin analizinde ki-kare bağımsızlık testi uygulanmış, ki-kare koşullarının sağlanamadığı durumlarda ise Fisher's Exact testi tercih edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu, çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri ile histogramların incelenmesi üzerinden değerlendirilmiştir. Parametrik veri analizinde gruplar arasındaki farkları belirlemek amacıyla ANOVA testi kullanılmış, nonparametrik veriler için ise Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Tüm analizler %95 güven aralığında gerçekleştirilmiş,  $p < 0,05$  değeri istatistiksel anlamlılık eşiği olarak kabul edilmiştir. Anlamlılık düzeyi 0,01 ve 0,001'den küçük olan durumlar ayrıca vurgulanmıştır.

## 4. BULGULAR

Çalışmamızın evrenini; 4.ATİK tarafından ceza sorumluluğunu kaldırma veya azaltmaya yönelik karar verilmiş olan 150 vaka, GİD tarafından ise 294 vaka olmak üzere toplamda 444 vaka oluşturmaktadır. Vakalar hakkında ceza sorumluluğu kaldırma veya azaltma kararı verilirken, %74,1'ine şizofreni, %13,1'inde HB ve %12,8'inde diğer ŞSB tanısı konulduğu görülmüştür.

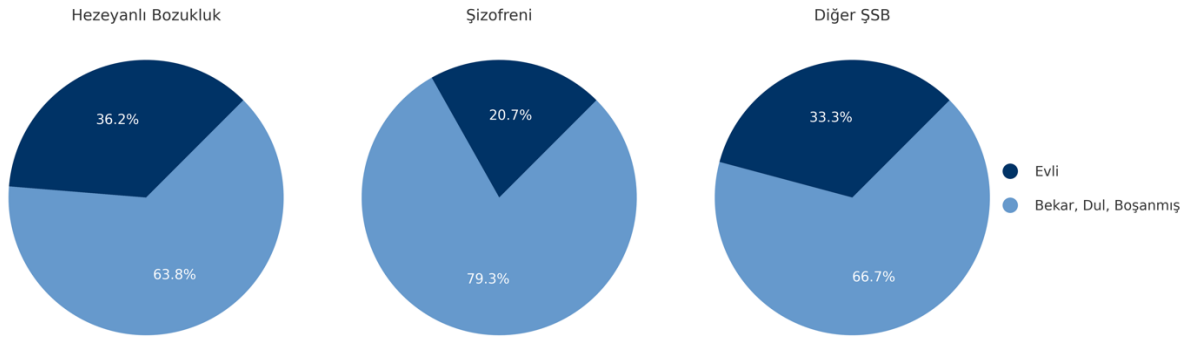
Diğer ŞSB tanısı konulan grubun %73,7'sine atipik psikoz (n=42), %22,8'ine ŞAB (n=13) ve %3,5'ine postpartum psikoz (n=2) tanılarının konulduğu tespit edilmiştir.

DSM-5 ŞSB içinde yer alan tüm tanılar ile ceza sorumluluğu etkilenen vakaların cinsiyet oranı %69,8 erkek, %30,2 kadın şeklindedir. Medeni durumu %24,3 evli, %75,7 bekar, dul ya da boşanmıştır. %15,1 yalnız yaşarken, %84,9 başkasıyla birlikte yaşamaktadır. Eğitim durumu olarak eğitimsiz ya da ilköğretim mezunu olma oranı ile lise ve üzeri mezunu olma oranı eşittir. Vakaların %22,5'i çalışırken, %77,5'i çalışmıyordu.

Hem HB tanılı vakaların hem de şizofreni tanılı vakaların cinsiyet dağılımları %69,0 erkek, %31,0 kadın şeklindedir. Diğer ŞSB tanılı vakaların ise %75,4'ü erkek, %24,6'sı kadındır. Tanılar arasında cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,613).

HB tanılı vakaların %36,2'si evli, %63,8'i bekar, dul ya da boşanmıştır. Şizofreni tanılı vakaların %20,7'si evli, %79,3'ü bekar, dul ya da boşanmıştır. Diğer ŞSB tanılı vakaların %33,3'ü evli, %66,7'si bekar, dul ya da boşanmıştır (Şekil 4.1). HB tanılı vakalarda, şizofreni tanılı bireylere göre evli olma sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (p=0,009). Diğer ŞSB tanılı vakaların ise diğer iki tanı grubundan medeni durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

**Şekil 4.1.** Tanı Gruplarına Göre Vakaların Medeni Durumları



ŞSB: Şizofreni Spektrum Bozuklukları

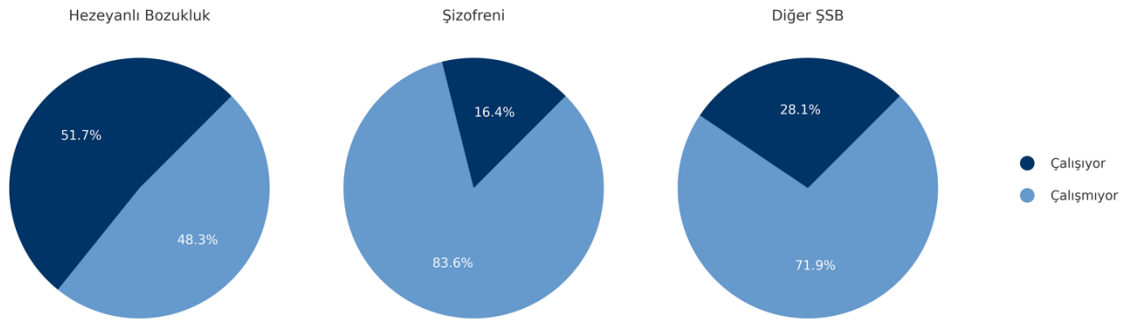
HB tanılı vakaların %22,4'ü, şizofreni tanılı vakaların %14,0'ı, diğer ŞSB tanı alan vakaların %14,0'ı yalnız yaşamaktadır. Üç tanı grubu arasında yalnız yaşama veya birileriyle birlikte yaşama durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,247$ ).

HB tanılı vakaların %65,5'i eğitimsiz ya da ilköğretim mezunu iken %34,5'i lise ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Şizofreni tanılı vakaların %48,3'ü eğitimsiz ya da ilköğretim mezunu iken %51,7'si lise ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Diğer ŞSB tanılı vakaların ise %43,9'u eğitimsiz ya da ilköğretim mezunu, %56,1'i ise lise ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. HB tanılı vakalarda, şizofreni tanılı vakalara göre eğitimsiz ya da ilköğretim mezunu olma sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $p=0,033$ ).

HB tanılı vakaların %51,7'si, şizofreni tanılı vakaların %16,4'ü, diğer ŞSB tanı alan vakaların %28,1'i aktif olarak çalışmaktadır. HB tanılı vakalarda, şizofreni ve diğer ŞSB tanılı vakalara göre aktif olarak bir işte çalışma durumu sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $p<0,001$ ) (Şekil 4.2).

Vakaların sosyodemografik özelliklerine ait bulgulara Tablo 4.1'de yer verilmiştir.

**Şekil 4.2.** Tanı Gruplarına Göre Vakaların Çalışma Durumları



ŞSB: Şizofreni Spektrum Bozuklukları

**Tablo 4.1.** Tanı Gruplarına Göre Vakaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

		HB		Şizofreni		Diğer ŞSB		Toplam		$\chi^2$	$p^*$
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Cinsiyet	Erkek	40 <sup>a</sup>	69,0	227 <sup>a</sup>	69,0	43 <sup>a</sup>	75,4	310	69,8	0,98 <sup>a</sup>	0,613
	Kadın	18 <sup>a</sup>	31,0	102 <sup>a</sup>	31,0	14 <sup>a</sup>	24,6	134	30,2		
Medeni Durum	Evli	21 <sup>a</sup>	36,2	68 <sup>b</sup>	20,7	19 <sup>a, b</sup>	33,3	108	24,3	9,35 <sup>a</sup>	<b>0,009</b>
	Bekar, Dul, Boşanmış	37 <sup>a</sup>	63,8	261 <sup>b</sup>	79,3	38 <sup>a, b</sup>	66,7	336	75,7		
Kiminle Yaşıyor	Yalnız	13 <sup>a</sup>	22,4	46 <sup>a</sup>	14,0	8 <sup>a</sup>	14,0	67	15,1	2,79 <sup>a</sup>	0,247
	Başkasıyla Birlikte	45 <sup>a</sup>	77,6	283 <sup>a</sup>	86,0	49 <sup>a</sup>	86,0	377	84,9		
Eğitim Durumu	Eğitimsiz/ İlköğretim	38 <sup>a</sup>	65,5	159 <sup>b</sup>	48,3	25 <sup>a, b</sup>	43,9	222	50,0	6,81 <sup>a</sup>	<b>0,033</b>
	Lise ve Üzeri	20 <sup>a</sup>	34,5	170 <sup>b</sup>	51,7	32 <sup>a, b</sup>	56,1	222	50,0		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	30 <sup>a</sup>	51,7	54 <sup>b</sup>	16,4	16 <sup>b</sup>	28,1	100	22,5	36,38 <sup>a</sup>	<b>&lt;0,001</b>
	Çalışmıyor	28 <sup>a</sup>	48,3	275 <sup>b</sup>	83,6	41 <sup>b</sup>	71,9	344	77,5		

%%: Sütun Yüzdesi

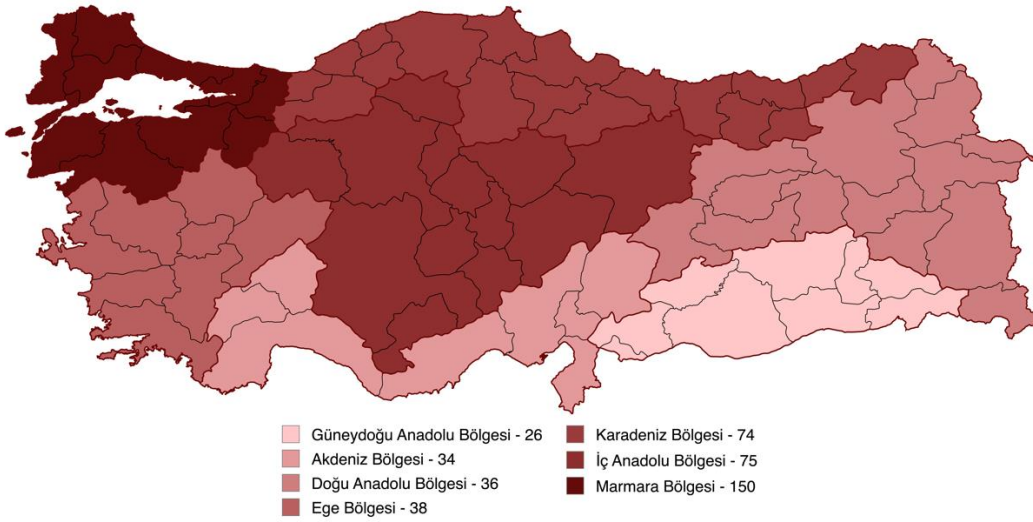
\*: Pearson Ki Kare Testi,

HB: Hezeyanlı Bozukluk

ŞSB: Şizofreni Spektrum Bozuklukları

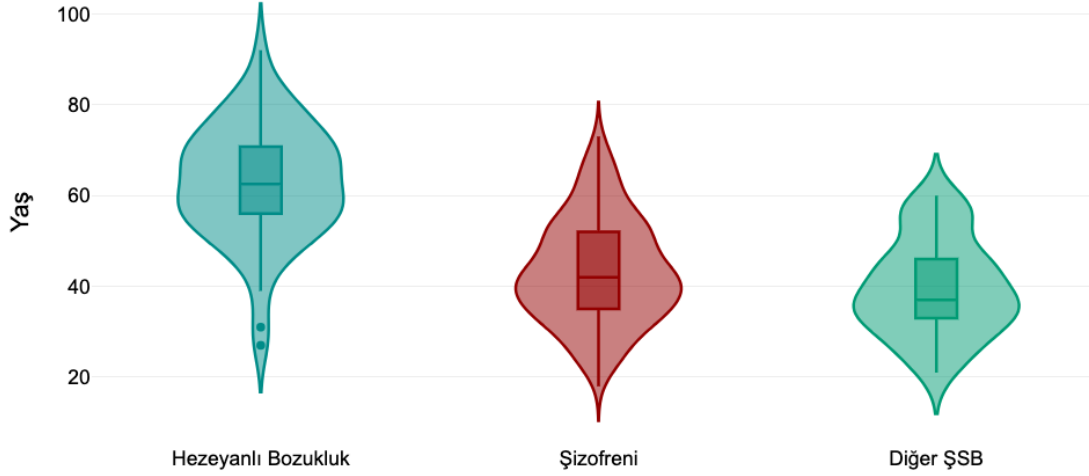
4. ATİK ve GİD tarafından rapor/mütalaa düzenlenmiş vakaların doğum yerlerinin coğrafik bölgelere göre dağılımları bakıldığında %33,8'inin Marmara Bölgesi, %16,9'unun İç Anadolu Bölgesi, %16,7'sinin Karadeniz Bölgesi, %8,6'sının Ege Bölgesi, %8,1'inin Doğu Anadolu bölgesi, %7,7'sinin Akdeniz Bölgesi, %5,9'unun Güneydoğu Anadolu Bölgesi, %2,5'inin yurtdışı doğumlu olduğu tespit edilmiştir (Şekil 4.3).

**Şekil 4.3.** Vakaların Doğum Yerlerinin Coğrafik Bölgelere Göre Dağılımı



Rapor düzenlendiği esnada HB tanılı vakaların yaş ortalaması  $62,7 \pm 12,6$ , şizofreni tanılı vakaların  $43,2 \pm 11,4$ , diğer ŞSB tanısı alan vakaların  $39,6 \pm 10,3$ 'tür. HB tanılı vakalar hem şizofreni hem de diğer ŞSB'lerden daha ileri yaş ortalamasına sahiptir ( $p < 0,001$ ). Ancak, şizofreni ile diğer ŞSB arasında yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p = 0,051$ )(Şekil 4.4).

**Şekil 4.4.** Tanı Gruplarına Göre Vakaların Yaş Dağılımları

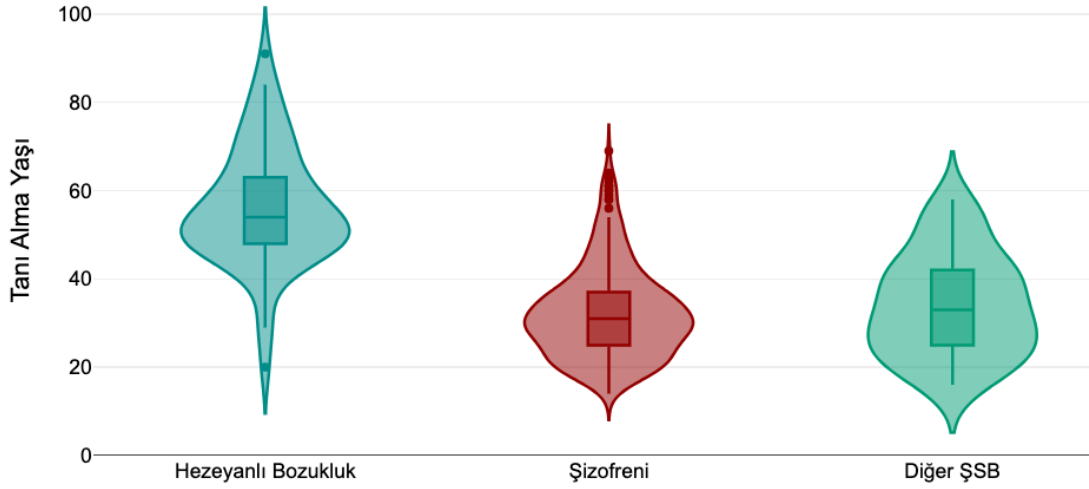


ŞSB: Şizofreni Spektrum Bozuklukları

HB tanıli vakaların çocuk sayısı ortalaması  $3,0 \pm 2,47$ , şizofreni tanıli vakaların  $0,87 \pm 1,41$ , diğer ŞSB tanıli vakaların ise  $1,19 \pm 1,89$ 'dur. HB tanıli vakaların çocuk sayısı şizofreni ve diğer ŞSB tanıli vakaların çocuk sayısından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p < 0,001$ ). Ancak, şizofreni ile diğer ŞSB arasında yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p = 0,2$ ).

İlk tanı aldığı yaş ortalaması; HB tanıli vakalarda  $56,1 \pm 13,4$ , şizofreni tanıli vakalarda  $32,4 \pm 10,4$  ve diğer ŞSB tanıli vakalarda  $34,0 \pm 11,4$ 'tür. Şizofreni ve diğer ŞSB tanıli vakalar arasında ilk tanı alma yaşı açısından anlamlı bir farklılık yokken HB tanıli vakalar, şizofreni ve diğer ŞSB tanıli vakalara göre ilk tanısını daha geç yaşta almaktadır ( $p < 0,001$ ) (Şekil 4.5).

**Şekil 4.5.** Tanı Gruplarına Göre Vakaların İlk Tanı Alma Yaşları



ŞSB: Şizofreni Spektrum Bozuklukları

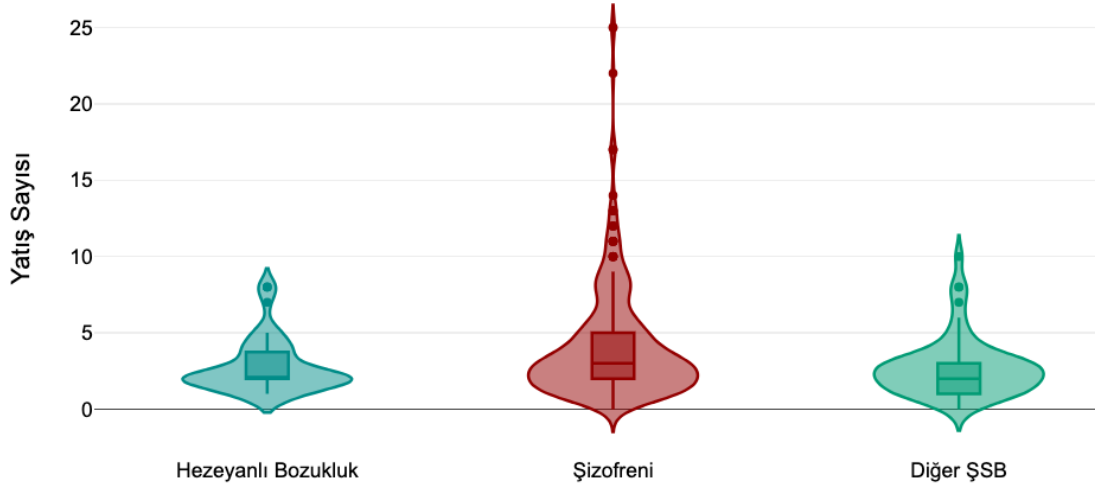
Vakaların ilk tanı aldığından itibaren geçen yıl ortalaması; HB tanıli vakalarda  $6,90 \pm 5,11$ , şizofreni tanıli vakalarda  $10,7 \pm 9,32$ , diğer ŞSB tanısı alan vakalarda  $5,61 \pm 6,13$ 'tür. Şizofreni tanıli vakaların ilk tanı almasından itibaren geçen yıl ortalaması, HB ve diğer ŞSB tanıli vakaların ilk tanı almasından itibaren geçen yıl ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksektir ( $p < 0,001$ ). Ancak, HB ve diğer ŞSB tanıli vakaların arasında ilk tanı almasından itibaren geçen yıl ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p = 0,59$ ).

Yatış sayısı ortalaması; HB tanıli vakalarda  $2,79 \pm 1,75$ , şizofreni tanıli vakalarda  $4,15 \pm 3,63$  ve diğer ŞSB tanıli vakalarda  $2,74 \pm 1,96$ 'dır. Şizofreni tanıli vakaların yatış sayısı ortalaması, HB ve diğer ŞSB tanıli vakaların yatış sayısı ortalamasından daha yüksektir ( $p < 0,001$ ,  $p = 0,004$ ). HB tanıli vakalar ile diğer ŞSB tanıli vakalar arasında yatış sayısı ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p = 0,8$ ) (Şekil 4.6).

Olay tarihindeki yaş ortalaması; HB tanıli vakalarda  $59,9 \pm 13,0$ , şizofreni tanıli vakalarda  $40,0 \pm 11,1$ , diğer ŞSB tanısı alan vakalarda  $36,6 \pm 10,6$ 'dır. Rapor tarihindeki yaş ortalaması, çocuk sayısı ve ilk tanı alma yaşı gibi olay tarihindeki yaş ortalaması da HB tanıli vakalarda, şizofreni ve diğer ŞSB tanıli vakaların olay tarihindeki yaşından anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır ( $p < 0,001$ ). Şizofreni ile diğer

ŞSB tanımlı vakalar arasında ise yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,072$ ).

**Şekil 4.6.** Tanı Gruplarına Göre Vakaların Yatış Sayıları



ŞSB: Şizofreni Spektrum Bozuklukları

Vakaların yaşı, çocuk sayısı, ilk tanı aldığı yaşı, kaç yıldır hasta olduğu, yatış sayısı ve olay tarihinde kaç yaşında olduğuna dair bulgular Tablo 4.2’de yer verilmiştir.

**Tablo 4.2.** Tanı Gruplarına Göre Vakaların Sosyodemografik ve Tanıya Dair Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

	HB		Şizofreni		Diğer ŞSB		F*/H**	p	Post-hoc		
	Ort.(SS)	Min-Mak	Ort.(SS)	Min-Mak	Ort.(SS)	Min-Mak			(I)	(J)	p
Yaş	62,7(12,6)	27-92	43,2(11,4)	18-73	39,6(10,3)	21-60	79,38*	<0,001	HB	SCH	<0,001
										DŞSB	<0,001
										SCH	DŞSB
Çocuk Sayısı	3,0(2,47)	0-10	0,87(1,41)	0-8	1,19(1,89)	0-8	54,51**	<0,001	HB	SCH	<0,001
										DŞSB	<0,001
										SCH	DŞSB
İlk Tanı Yaşı	56,1(13,4)	20-91	32,4(10,4)	14-69	34,0(11,4)	16-58	114,95*	<0,001	HB	SCH	<0,001
										DŞSB	<0,001
										SCH	DŞSB
Kaç Yıldır Hasta	6,90(5,11)	0-25	10,7(9,32)	0-47	5,61(6,13)	0-36	27,06**	<0,001	HB	SCH	<0,001
										DŞSB	0,57
										SCH	DŞSB
Yatış Sayısı	2,79(1,75)	1-8	4,15(3,63)	0-25	2,74(1,96)	0-10	13,36**	0,001	HB	SCH	<0,001
										DŞSB	0,8
										SCH	DŞSB
Olay Tarihindeki Yaş	59,9(13,0)	20-91	40,0(11,1)	17-71	36,6(10,6)	18-57	83,08*	<0,001	HB	SCH	<0,001
										DŞSB	<0,001
										SCH	DŞSB

\*ANOVA ve \*\*Kruskal Wallis H analizi uygulanmıştır.

HB: Hezeyanlı Bozukluk

Diğer ŞSB ve DŞSB: Diğer Şizofreni Spektrum Bozuklukları

SCH: Şizofreni

Çalışma kapsamında, ceza sorumluluğu etkilenmiş kabul edilen vakalarda varsanı varlığı %33,1, hezeyan varlığı %83,1, birden fazla hezeyan varlığı %65,5 olarak tespit edilmiştir. Tüm vakaların hezeyan çeşitlerinin dağılımı ise; %61,0 paranoid, %7,4 jaluzik ve %14,9 diğer şeklindedir.

Varsanı varlığı HB tanılı vakalarda %1,7, şizofreni tanılı vakalarda %39,5 ve diğer ŞSB tanısı alan vakalarda %28,1'dir. Şizofreni tanılı ve diğer ŞSB tanısı alan vakalarda varsanı varlığının sıklığı HB tanılı vakalardan istatistiksel olarak belirgin şekilde daha fazladır ( $p<0,001$ ). Hezeyan varlığı HB tanılı vakalarda %100,0, şizofreni tanılı vakalarda %83,6 ve diğer ŞSB tanısı alan vakalarda %64,9'dur. Hezeyan varlığı HB'de, şizofreni ve diğer ŞSB tanılı vakalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede

yüksekken diğer ŞSB tanı grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanmıştır ( $p<0,001$ ).

HB tanılı vakalarda %56,9 paranoid, %36,2 jaluzik ve %6,9 diğer türlerde hezeyanlar görülmüştür. Şizofreni tanılı vakalarda %62,3 paranoid, %3,0 jaluzik ve %18,2 diğer türde hezeyanlar görülmüştür. Diğer ŞSB tanısı alan vakalarda %57,9 paranoid, %3,5 jaluzik ve %3,5 diğer türlerde hezeyanlar görülmüştür. Jaluzik hezeyan varlığı HB’de, şizofreni ve diğer ŞSB tanı gruplarına göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p<0,001$ ).

Birden fazla hezeyan varlığı görülme ihtimali HB tanılı vakalarda %46,6, şizofreni tanılı vakalarda %73,9 ve diğer ŞSB tanısı alan vakalarda %36,8’dir. Şizofreni tanılı vakalarda birden fazla hezeyan görülme sıklığı HB tanılı bireyler ve diğer ŞSB tanısı alan vakalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ( $p<0,001$ ).

HB, şizofreni ve diğer ŞSB nedeniyle ceza sorumluluğu etkilenmiş olan vakaların varsanı ve hezeyan durumu varlığı ile hezeyan çeşidi ve birden fazla hezeyan varlığının dağılımı ve değerlendirilmesine Tablo 4.3’te yer verilmiştir.

**Tablo 4.3.** Tanı Gruplarına Göre Vakaların Varsanı ve Hezeyan Semptomlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

		HB		Şizofreni		Diğer ŞSB		Toplam		$\chi^2$	$p^*$
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Varsanı	Yok	57 <sup>a</sup>	98,3	199 <sup>b</sup>	60,5	41 <sup>b</sup>	71,9	297	66,9	32,54	<0,001
	Var	1 <sup>a</sup>	1,7	130 <sup>b</sup>	39,5	16 <sup>b</sup>	28,1	147	33,1		
Hezeyan	Yok	0 <sup>a</sup>	0,0	54 <sup>a</sup>	16,4	20 <sup>a</sup>	35,1	74	16,9	25,54 <sup>a</sup>	<0,001
	Var	58 <sup>b</sup>	100,0	275 <sup>a</sup>	83,6	37 <sup>b</sup>	64,9	370	83,1		
Hezeyan Çeşidi	Yok	0 <sup>a</sup>	0,0	54 <sup>a</sup>	16,4	20 <sup>a</sup>	35,1	74	16,7	105,9 <sup>a</sup>	<0,001
	Paranoid	33 <sup>b</sup>	56,9	205 <sup>a</sup>	62,3	33 <sup>b</sup>	57,9	271	61,0		
	Jaluzik	21 <sup>c</sup>	36,2	10 <sup>b</sup>	3,0	2 <sup>a,b</sup>	3,5	33	7,4		
	Diğer	4 <sup>a, b</sup>	6,9	60 <sup>c</sup>	18,2	2 <sup>b</sup>	3,5	66	14,9		
Birden Fazla Hezeyan Varlığı	Yok	31 <sup>a</sup>	53,4	86 <sup>b</sup>	26,1	36 <sup>a</sup>	63,2	153	34,5	40,12 <sup>a</sup>	<0,001
	Var	27 <sup>a</sup>	46,6	243 <sup>b</sup>	73,9	21 <sup>a</sup>	36,8	291	65,5		

%%: Sütun Yüzdesi

\*: Pearson Ki Kare Testi,

HB: Hezeyanlı Bozukluk

ŞSB: Şizofreni Spektrum Bozuklukları

Çalışmamıza dahil edilen tüm vakalarda suç tarihi öncesi tanı alma durumu varlığı %75,0, suç tarihi öncesi tedavi alıyor olma durumu varlığı %73,9, self mutilasyon varlığı %5,6, suisid girişimi varlığı %8,1 ve muayene sırasında simülasyon varlığı %3,4'tür. Vakaların ilaç uyumu %55,9 oranında kötü iken %44,1 oranında iyi olarak değerlendirilmiştir.

Suç tarihi öncesinde, HB tanıli vakalar %75,9, şizofreni tanıli vakalar %78,4, diğer ŞSB tanısı alan vakalar %54,4 oranında tanı almıştır. HB tanıli ve şizofreni tanıli vakalarda suç tarihi öncesi tanı alma durumu sıklığı diğer ŞSB tanısı alan vakalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $p<0,001$ ).

Suç tarihi öncesinde, HB tanıli vakalar %77,6, şizofreni tanıli vakalar %76,9, diğer ŞSB tanısı alan vakalar %52,6 oranında tedavi almıştır. HB tanıli ve şizofreni tanıli vakalarda suç tarihi öncesi tedavi alma durumu diğer ŞSB tanısı alan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır ( $p<0,001$ ).

İlaç uyumunun, HB tanıli vakalarda %55,2, şizofreni tanıli vakalarda %43,8 ve diğer ŞSB tanısı alan vakalarda %35,1 oranında iyi olduğu değerlendirilmiştir. Çalışmamızda oluşturulan tanı grupları arasında ilaç uyumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,092$ ).

Self mutilasyon varlığı, HB tanıli vakalarda %1,7, şizofreni tanıli vakalarda %6,4 ve diğer ŞSB tanıli vakalarda %5,3 oranındadır. Çalışmamızda tanı grupları arasında self mutilasyon varlığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,362$ ).

Daha önce intihar girişiminde bulunma öyküsü, HB tanıli vakalarda %5,2, şizofreni tanıli vakalarda %9,1 ve diğer ŞSB tanısı alan vakalarda %5,3'tür. Tanı grupları arasında intihar girişimi öyküsü bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,419$ ).

Muayene sırasında simülasyon tespit edilme oranı, HB tanıli vakalarda %1,7, şizofreni tanıli vakalarda %3,6 ve diğer ŞSB tanısı alan vakalarda %3,4 olup tüm vakaların dissimülasyon şeklinde olduğu değerlendirilmiştir. Çalışmamızda tanı grupları arasında simülasyon varlığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,755$ ).

Suç tarihi öncesi tanı ve tedavi, ilaç uyumu, self mutilasyon öyküsü, intihar girişimi öyküsü ve simülasyon varlığına ilişkin bulgulara Tablo 4.4'te yer verilmiştir.

**Tablo 4.4.** Tanı Gruplarına Göre Vakaların Klinik Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

		HB		Şizofreni		Diğer ŞSB		Toplam		$\chi^2$	p*
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Suç Tarihi Öncesi Tanı	Yok	14 <sup>a</sup>	24,1	71 <sup>a</sup>	21,6	26 <sup>b</sup>	45,6	111	25,0	14,99 <sup>a</sup>	<0,001
	Var	44 <sup>a</sup>	75,9	258 <sup>a</sup>	78,4	31 <sup>b</sup>	54,4	333	75,0		
Suç Tarihi Öncesi Tedavi	Yok	13 <sup>a</sup>	22,4	76 <sup>a</sup>	23,1	27 <sup>b</sup>	47,4	116	26,1	15,30 <sup>a</sup>	<0,001
	Var	45 <sup>a</sup>	77,6	253 <sup>a</sup>	76,9	30 <sup>b</sup>	52,6	328	73,9		
İlaç Uyumu	Kötü	26 <sup>a</sup>	44,8	185 <sup>a</sup>	56,2	37 <sup>a</sup>	64,9	248	55,9	4,77 <sup>a</sup>	0,092
	İyi	32 <sup>a</sup>	55,2	144 <sup>a</sup>	43,8	20 <sup>a</sup>	35,1	196	44,1		
Self Mutilasyon	Yok	57 <sup>a</sup>	98,3	308 <sup>a</sup>	93,6	54 <sup>a</sup>	94,7	419	94,4	2,03 <sup>a</sup>	0,362
	Var	1 <sup>a</sup>	1,7	21 <sup>a</sup>	6,4	3 <sup>a</sup>	5,3	25	5,6		
Suisid Girişimi	Yok	55 <sup>a</sup>	94,8	299 <sup>a</sup>	90,9	54 <sup>a</sup>	94,7	408	91,9	1,74 <sup>a</sup>	0,419
	Var	3 <sup>a</sup>	5,2	30 <sup>a</sup>	9,1	3 <sup>a</sup>	5,3	36	8,1		
Simülasyon	Yok	57 <sup>a</sup>	98,3	317 <sup>a</sup>	96,4	55 <sup>a</sup>	96,5	429	96,6	0,56 <sup>a</sup>	0,755
	Var	1 <sup>a</sup>	1,7	12 <sup>a</sup>	3,6	2 <sup>a</sup>	3,5	15	3,4		

%: Sütun Yüzdesi

\*: Pearson Ki Kare Testi,

HB: Hezeyanlı Bozukluk

ŞSB: Şizofreni Spektrum Bozuklukları

Çalışmamıza dahil edilen ceza sorumluluğu kaldırılan veya azaltılmış olan tüm vakalarda sigara, alkol ve madde kullanım durumlarının dağılımı ve değerlendirilmesi yapıldığında; sigara kullanımı varlığı %62,2, alkol kullanımı varlığı %20,7 ve madde kullanımı varlığı %9,2'dir.

Sigara kullanımı varlığı, HB tanılı vakalarda %44,8, şizofreni tanılı vakalarda %62,0 ve diğer ŞSB tanısı alan vakalarda %80,7'dir. Sigara kullanımı sıklığı diğer ŞSB tanısı alan vakalarda en yüksekken HB tanılı vakalarda en düşüktür (p<0,001).

Alkol kullanımı varlığı, HB tanılı vakalarda %3,4, şizofreni tanılı vakalarda %21,9 ve diğer ŞSB tanısı alan vakalarda %31,6'dır. Alkol kullanımı sıklığı, HB tanılı vakalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür (p<0,001).

Madde kullanımı varlığı, HB tanılı vakalarda %0,0, şizofreni tanılı vakalarda %9,7 ve diğer ŞSB tanısı alan vakalarda %15,8'dir. Madde kullanımı sıklığı, HB tanılı vakalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür (p<0,001).

HB, şizofreni ve diğer ŞSB tanılılarıyla ceza sorumluluğu ekilenmiş olan vakaların sigara, alkol ve madde kullanım durumlarına ilişkin bulgular Tablo 4.5'te verilmiştir.

**Tablo 4.5.** Tanı Gruplarına Göre Vakaların Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Durumlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

		HB		Şizofreni		Diğer ŞSB		Toplam		$\chi^2$	p*
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Sigara Kullanımı	Yok	32 <sup>a</sup>	55,2	125 <sup>b</sup>	38,0	11 <sup>c</sup>	19,3	168	37,8	15,74 <sup>a</sup>	<0,001
	Var	26 <sup>a</sup>	44,8	204 <sup>b</sup>	62,0	46 <sup>c</sup>	80,7	276	62,2		
Alkol Kullanımı	Yok	56 <sup>a</sup>	96,6	257 <sup>b</sup>	78,1	39 <sup>b</sup>	68,4	352	79,3	14,89 <sup>a</sup>	<0,001
	Var	2 <sup>a</sup>	3,4	72 <sup>b</sup>	21,9	18 <sup>b</sup>	31,6	92	20,7		
Madde Kullanımı	Yok	58 <sup>a</sup>	100,0	297 <sup>b</sup>	90,3	48 <sup>b</sup>	84,2	403	90,8	14,89 <sup>a</sup>	<0,001
	Var	0 <sup>a</sup>	0,0	32 <sup>b</sup>	9,7	9 <sup>b</sup>	15,8	41	9,2		

%; Sütun Yüzdesi

\*: Pearson Ki Kare Testi,

HB: Hezeyanlı Bozukluk

ŞSB: Şizofreni Spektrum Bozuklukları

Vakalar hakkında düzenlenen rapor ve mütalaa içeriklerinde HB ve diğer ŞSB tanı gruplarında, vakaların hiçbirinin AMATEM başvurusu bulunmadığı, şizofreni tanısı olan bireyler arasında ise başvuru oranının %1,2 olduğu saptanmıştır.

Suç tarihi öncesi TCK madde 32/1 veya 32/2 kararı varlığının tanı gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; daha önce kendisi hakkında ceza sorumluluğunu kaldırmaya veya azaltmaya yönelik karar olmayan vakaların oranı, HB tanı grubunda %84,5, şizofreni grubunda %86,9 ve diğer ŞSB grubunda %93,0 olarak tespit edilmiştir. Daha önce ceza sorumluluğunu azaltmaya veya kaldırmaya yönelik karar mevcut olan vakalar ise HB grubunda %15,5, şizofreni grubunda %13,1 ve diğer ŞSB grubunda %7,0'dır. Tanı grupları arasında bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunmamıştır (p=0,346).

Suç tarihi sonrasında incelenen rapor/mütalaa dışında ceza sorumluluğunu azaltmaya veya kaldırmaya yönelik karar varlığının dağılımı değerlendirildiğinde; HB grubunda %29,3, şizofreni grubunda %31,3 ve diğer ŞSB grubunda %36,8 oranında karar bulunmadığı; HB grubunda %70,7, şizofreni grubunda %68,7 ve diğer ŞSB

grubunda %63,2 oranında ise ceza sorumluluğunu azaltmaya veya kaldırmaya yönelik karar mevcut olduğu görülmüştür. Tanı grupları arasında bu değerler açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,647).

Suç tarihinden önce ve suç tarihi sonrasında 4.ATİK ve GİD raporları dışında ceza sorumluluğunu kaldırma veya azaltmaya yönelik karar varlığına ilişkin bulgulara Tablo 4.6'da yer verilmiştir.

**Tablo 4.6.** Tanı Gruplarına Göre Vakaların Suç Tarihi Öncesi ve Sonrası TCK madde 32/1 ve 32/2 Kararı Varlığı

		HB		Şizofreni		Diğer ŞSB		Toplam		$\chi^2$	p*
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Suç Tarihi Öncesi	Yok	49 <sup>a</sup>	84,5	286 <sup>a</sup>	86,9	53 <sup>a</sup>	93,0	388	87,4	2,12 <sup>a</sup>	0,346
	Karar Var	9 <sup>a</sup>	15,5	43 <sup>a</sup>	13,1	4 <sup>a</sup>	7,0	56	12,6		
Suç Tarihi Sonrası	Yok	17 <sup>a</sup>	29,3	103 <sup>a</sup>	31,3	21 <sup>a</sup>	36,8	141	31,8	0,87 <sup>a</sup>	0,647
	Karar Var	41 <sup>a</sup>	70,7	226 <sup>a</sup>	68,7	36 <sup>a</sup>	63,2	303	68,2		

#: Sütun Yüzdesi

\*: Pearson Ki Kare Testi,

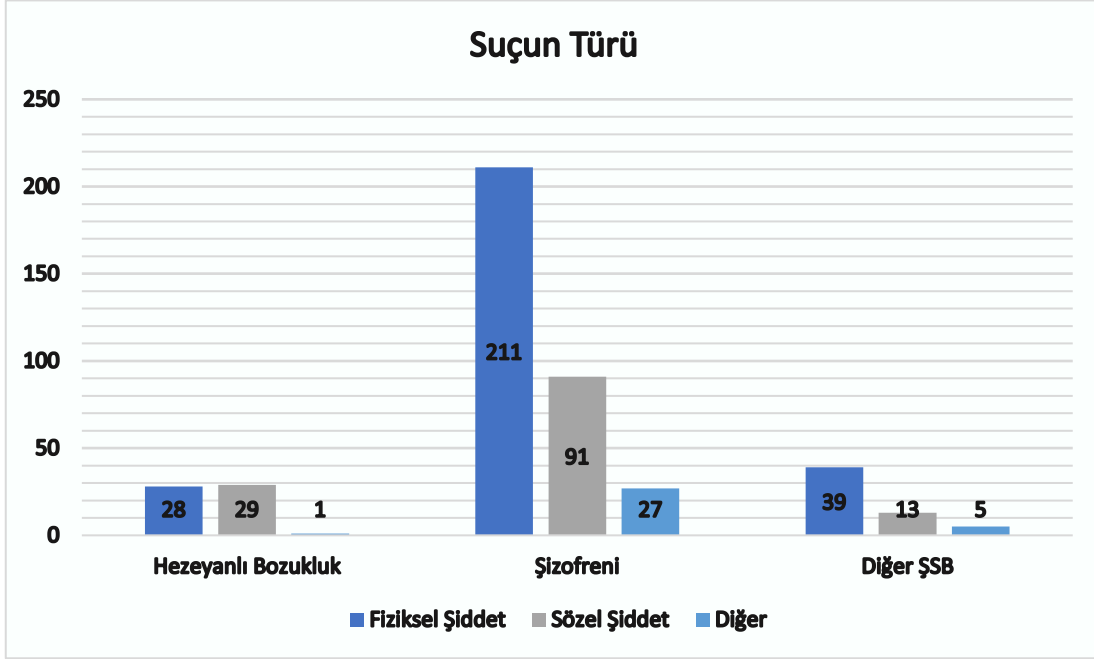
HB: Hezeyanlı Bozukluk

ŞSB: Şizofreni Spektrum Bozuklukları

Çalışmamıza dahil edilen tüm vakaların suç türü dağılımına bakıldığında; vakaların %56,8'inin fiziksel şiddet, %27,7'sinin sözel şiddet ve %15,5'inin diğer suç türü kategorisinde yer aldığı tespit edilmiştir. Tüm vakalardaki suç mağdurlarının %9,0'u eş, %57,2'si eş harici tanıdık ve %33,8'i tanımadık kişiler olarak saptanmıştır. Vakalarda suç teşkil eden eylem %77,5 oranında gündüz gerçekleşirken %22,5 oranında gece gerçekleşmiştir.

HB tanılı vakalar; %48,3 fiziksel şiddet, %50,0 sözel şiddet ve %1,7 diğer türlerde suçlar işlemiştir. Şizofreni tanılı vakalar %64,1 fiziksel şiddet türü, %27,7 sözel şiddet türü ve %8,2 diğer türlerde suç işlemiştir. Diğer ŞSB tanısı alan vakalarda suç türü ise %68,4 fiziksel şiddet, %22,8 sözel şiddet ve %8,8 diğer türdedir (Şekil 4.7). Tanı grupları arasında suçun türü bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup bu fark HB tanılı vakaların sözel şiddet türü görülme sıklığının şizofreni grubundan ve diğer ŞSB grubundan daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (p=0,006).

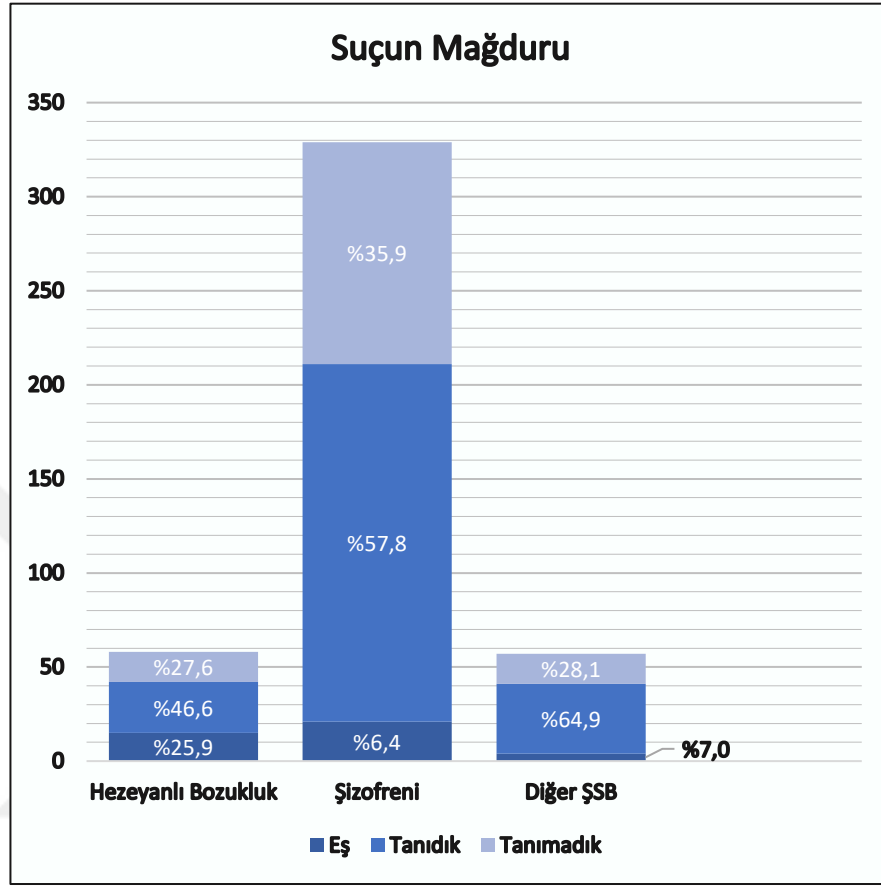
**Şekil 4.7.** Tanı Gruplarına Göre Vakaların Suç Türünün Dağılımı



ŞSB: Şizofreni Spektrum Bozuklukları

HB tanılı vakaların işledikleri suçlarda %25,9 eş, %46,6 tanıdık kişiler ve %27,6 tanımadık kişiler suçun mağdurlarıdır. Şizofreni tanılı vakalarda suçun mağduru %6,4 oranında eş, %57,8 oranında tanıdık kişiler ve %35,9 oranında tanımadık kişilerken diğer ŞSB tanısı alan vakalarda ise %7,0 eş, %64,9 tanıdık kişiler ve %28,1 tanımadık kişilerdir. HB tanılı vakalarda eşe karşı işlenen suçlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $p < 0,001$ ) (Şekil 4.8).

Şekil 4.8. Tanı Gruplarına Göre Suçun Mağdurlarının Sınıflandırılması



%%: Sütun Yüzdesi

ŞSB: Şizofreni Spektrum Bozuklukları

Suçun işlendiği zaman dilimi gündüz ve gece olarak değerlendirildiğinde; HB tanılı vakalarda %77,6, şizofreni tanılı vakalarda %78,7 ve diğer ŞSB tanısı alan vakalarda %70,2 oranında gündüzdür. Suçun işlendiği zaman dilimi bakımından tanı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,362$ ).

Tablo 4.7’de tanı gruplarına göre vakalarda suçun türü, suçun mağduru ve suçun işlendiği zaman dilimi gibi suça dair özelliklerin dağılımı ve karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

**Tablo 4.7.** Tanı Gruplarına Göre Vakaların Kriminal Özelliklerin Dağılımı ve Karşılaştırılması

		HB		Şizofreni		Diğer ŞSB		Toplam		$\chi^2$	p*
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Suçun Türü	Fiziksel Şiddet	28 <sup>a</sup>	48,3	211 <sup>a</sup>	64,1	39 <sup>a</sup>	68,4	278	56,8	14,60 <sup>a</sup>	0,006
	Sözel Şiddet	29 <sup>b</sup>	50,0	91 <sup>a</sup>	27,7	13 <sup>a</sup>	22,8	133	27,7		
	Diğer	1 <sup>a</sup>	1,7	27 <sup>a</sup>	8,2	5 <sup>a</sup>	8,8	33	15,5		
Suçun Mağduru	Eş	15 <sup>a</sup>	25,9	21 <sup>b</sup>	6,4	4 <sup>b</sup>	7,0	40	9,0	24,44 <sup>a</sup>	<0,001
	Tanıdık	27 <sup>a</sup>	46,6	190 <sup>a</sup>	57,8	37 <sup>a</sup>	64,9	254	57,2		
	Tanımadık	16 <sup>a</sup>	27,6	118 <sup>a</sup>	35,9	16 <sup>a</sup>	28,1	150	33,8		
Suçun İşlendiği Zaman Dilimi	Gündüz	45 <sup>a</sup>	77,6	259 <sup>a</sup>	78,7	40 <sup>a</sup>	70,2	344	77,5	2,03 <sup>a</sup>	0,362
	Gece	13 <sup>a</sup>	22,4	70 <sup>a</sup>	21,3	17 <sup>a</sup>	29,8	100	22,5		

#: Sütun Yüzdesi

\*: Pearson Ki Kare Testi,

HB: Hezeyanlı Bozukluk

ŞSB: Şizofreni Spektrum Bozuklukları

Çalışmamıza dahil edilen tüm vakaların tanı gruplarına göre daha önce bir suçta karışıp karışmadığı, geçmişte hakkında zorunlu yatış kararı verilip verilmediği, suçun işleniş şeklinin planlı mı yoksa dürtüsel mi olduğu, suçu işlediğini kabul edip etmediğinin dağılımı incelenmiş ve karşılaştırılmıştır. Buna göre çalışmamızdaki tüm vakaların %69,6'sı daha önce başka bir suçta karışmamışken, %30,4'ünün sabıkası vardır. Tüm vakaların %66,2'sinde geçmişte zorunlu yatış kararı mevcut değilken, %33,8'i hakkında daha önce zorunlu yatış kararı verilmiştir. Vakaların %35,1'i suçu planlı şekilde gerçekleştirmiş, %64,9'u ise dürtüsel şekilde gerçekleştirmiştir. Vakaların %23,0'ı suçu reddederken, %77,0'ı kabul etmektedir.

Sabıka durumu varlığı HB tanılı vakalarda %43,1, şizofreni tanılı vakalarda %29,2, diğer ŞSB tanılı vakalarda %24,6'dır ve tanı grupları arasında suç öyküsü bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,062).

Geçmişte zorunlu yatış kararı varlığı HB tanılı vakalarda %36,2, şizofreni tanılı vakalarda %35,0 ve diğer ŞSB tanısı alan vakalarda %24,6 olup tanı grupları arasında

vakaların geçmişte zorunlu yatış kararı varlığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,284).

Suç unsuru eylem, HB tanılı vakalarda %48,3, şizofreni tanılı vakalarda %32,5 ve diğer ŞSB tanısı alan vakalarda %36,8 planlı olarak gerçekleştirilmiştir. Tanı grupları arasında suçun planlı mı yoksa dürtüsel şekilde mi işlendiği bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır (p=0,065).

HB tanılı vakalar %65,5, şizofreni tanılı vakalar %77,8 ve diğer ŞSB tanısı alan vakalar %84,2 oranında suçu işlediğini kabul etmektedir. HB vakalarında suç reddetme sıklığı hem şizofreni hem de diğer ŞSB gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p=0,047).

Çalışmamıza dahil edilen tüm vakaların tanı gruplarına göre daha önce bir suça karışıp karışmadığı, geçmişte hakkında zorunlu yatış kararı verilip verilmediği, suçun işleniş şeklinin planlı mı yoksa dürtüsel mi olduğu ve suçu işlediğini kabul edip etmediğine yönelik bulgular ve karşılaştırmalara Tablo 4.8’de verilmiştir.

**Tablo 4.8.** Tanı Gruplarına Göre Vakaların Sabıka Durumu, Geçmişte Zorunlu Yatış Kararı, Suçun İşleniş Şekli, Suçun Kabulünün Dağılımı ve Değerlendirilmesi

		HB		Şizofreni		Diğer ŞSB		Toplam		$\chi^2$	p*
		N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Sabıka Durumu</b>	<b>Yok</b>	33 <sup>a</sup>	56,9	233 <sup>a</sup>	70,8	43 <sup>a</sup>	75,4	309	69,6	5,57 <sup>a</sup>	0,062
	<b>Var</b>	25 <sup>a</sup>	43,1	96 <sup>a</sup>	29,2	14 <sup>a</sup>	24,6	135	30,4		
<b>Geçmişte Zorunlu Yatış Kararı</b>	<b>Yok</b>	37 <sup>a</sup>	63,8	214 <sup>a</sup>	65,0	43 <sup>a</sup>	75,4	294	66,2	2,52 <sup>a</sup>	0,284
	<b>Var</b>	21 <sup>a</sup>	36,2	115 <sup>a</sup>	35,0	14 <sup>a</sup>	24,6	150	33,8		
<b>Suçun İşleniş Şekli</b>	<b>Planlı</b>	28 <sup>a</sup>	48,3	107 <sup>a</sup>	32,5	21 <sup>a</sup>	36,8	156	35,1	5,45 <sup>a</sup>	0,065
	<b>Dürtüsel</b>	30 <sup>a</sup>	51,7	222 <sup>a</sup>	67,5	36 <sup>a</sup>	63,2	288	64,9		
<b>Suçun Kabulü</b>	<b>Yok</b>	20 <sup>a</sup>	34,5	73 <sup>a</sup>	22,2	9 <sup>a</sup>	15,8	102	23,0	6,11 <sup>a</sup>	<b>0,047</b>
	<b>Var</b>	38 <sup>a</sup>	65,5	256 <sup>a</sup>	77,8	48 <sup>a</sup>	84,2	342	77,0		

%%: Sütun Yüzdesi

\*: Pearson Ki Kare Testi,

HB: Hezeyanlı Bozukluk

ŞSB: Şizofreni Spektrum Bozuklukları

Çalışmamıza dahil edilen vakalarda rapor veren birim, karar ve muhalefet şerhi varlığının dağılımı ve karşılaştırması yapıldığında; DSM-5 ŞSB içinde yer alan herhangi bir tanıyla ceza sorumluluğu etkilenme kararı, %33,8 4. ATİK, %66,2 GİD tarafından verilmiştir. Karar %99,5 oranında TCK madde 32/1, %0,5 oranında TCK 32/2 kapsamında olmuştur. Muhalefet şerhi mütalaa ve raporların %89,2'sinde mevcut değilken, %10,8'inde vardır.

HB'de %39,7 4. ATİK, %60,3 GİD rapor veren birimdir. Şizofreni'de %35,6 4. ATİK, %64,4 GİD rapor veren birimdir. Diğer ŞSB'de %17,5 4. ATİK, %82,5 GİD rapor veren birimdir. Tanı grupları arasında rapor veren birimler bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,18).

HB'de %100,0 32/1 kararı verilmiştir. Şizofreni'de %99,4 32/1 kararı, %0,6 32/2 kararı verilmiştir. Diğer ŞSB'de %100,0 32/1 kararı verilmiştir. Tanı grupları arasında karar maddesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,704).

HB tanı vakalar %91,4, şizofrenide %89,4 ve diğer ŞSB'de %86,0 oranında muhalefet şerhi mevcut değildir. Tanı grupları arasında muhalefet şerhi varlığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,633).

Raporun verildiği birim, ceza sorumluluğunu kaldırma veya azaltma kararı ve raporda muhalefet şerhi varlığı bulguları Tablo 4.9'da verilmiştir.

**Tablo 4.9.** Tanı Gruplarına Göre Vakalara Verilen Raporların Dağılımı ve Karşılaştırılması

		HB		Şizofreni		Diğer ŞSB		Toplam		$\chi^2$	p*
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Rapor Veren Birim	4. ATİK	23 <sup>a</sup>	39,7	117 <sup>a</sup>	35,6	10 <sup>b</sup>	17,5	150	33,8	8,07 <sup>a</sup>	0,18
	GİD	35 <sup>a</sup>	60,3	212 <sup>a</sup>	64,4	47 <sup>b</sup>	82,5	294	66,2		
Karar	32/1	58 <sup>a</sup>	100,0	327 <sup>a</sup>	99,4	57 <sup>a</sup>	100,0	442	99,5	0,70 <sup>a</sup>	0,704
	32/2	0 <sup>a</sup>	0,0	2 <sup>a</sup>	0,6	0 <sup>a</sup>	0,0	2	0,5		
Muhalefet Şerhi	Yok	53 <sup>a</sup>	91,4	294 <sup>a</sup>	89,4	49 <sup>a</sup>	86,0	396	89,2	0,91 <sup>a</sup>	0,633
	Var	5 <sup>a</sup>	8,6	35 <sup>a</sup>	10,6	8 <sup>a</sup>	14,0	48	10,8		

#: Sütun Yüzdesi

\*: Pearson Ki Kare Testi,

HB: Hezeyanlı Bozukluk

ŞSB: Şizofreni Spektrum Bozuklukları

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda ceza sorumluluğunun etkilendiği karara varılan HB tanılı grup ile şizofreni tanılı gruplar karşılaştırıldığında; HB'li grubun şizofreni tanılı gruptan sosyodemografik, klinik ve kriminolojik özellikleri açısından belirgin bir şekilde ayrıştığı gözlenmiştir. HB tanılı grupta yaş, evli olma durumu, çocuk sayısı ve bir işte çalışıyor olma oranı anlamlı şekilde yüksek; varsanı durumu, birden fazla hezeyan varlığı, yatış sayısı, ilk tanı aldığından itibaren geçen süre, suç tarihi öncesinde tanı ve tedavi alma durumu anlamlı derecede düşük; kıskançlık türünde hezeyan varlığı daha yüksek ve ilk tanı alma yaşı daha ileri, olay tarihindeki fail yaşının, sözel şiddet suçlarının, eşe karşı işlenen suçların ve suçu reddetme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda; vakaların %74,1'inde şizofreni, %13,1'inde ise HB tanısı ile ceza sorumluluğunun azaldığı veya olmadığı yönünde karar verilmiştir. HB'nin hayat boyu görülme sıklığı DSM-5'e göre %0,02 iken şizofreninin ömür boyu görülme sıklığı %0,48 ile %1 arasında değişkenlik göstermekte olup bu da HB'nin şizofreni ve BDB gibi tanılardan oldukça nadir görüldüğü anlamına gelmektedir (120, 121). Şizofreni ile HB arasındaki farkları ortaya koymak için yapılan bir çalışmaya göre her iki tanı arasında hayat boyu görülme sıklığı 2,5 ila 35 kat arasında değişmektedir (13). Çalışma örneklemelerinin ve araştırmanın yapıldığı yerlerin özelliklerindeki farklılıklar hayat boyu görülme sıklığında bu değişkenliğe neden olarak gösterilmiştir (122). Çalışmamızda yer alan tanı grupları arasındaki fark bu epidemiyolojik veriler ile uyumlu bulunmuştur. Her iki tanı grubunun toplumda görülme sıklığı ile ceza sorumluluğuna etki etme oranlarının paralellik göstermesi, bu hastalıkların ceza sorumluluğuna etkisi bakımından benzerlik gösterdiğini düşündürmektedir.

Raporlamaların yapıldığı esnadaki vakaların yaşları karşılaştırıldığında; aralarında anlamlı derecede fark olmak üzere, HB tanılı vakaların yaş ortalaması şizofreni tanılı vakalardan yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde, HB tanısı alma yaşının şizofreniden ileri olduğu kabul görmektedir (123, 124). Ülkemizde yapılan bir çalışmada suç öyküsü olan HB vakalarının yaşları, suç öyküsü olmayanlardan

istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek ve bu grubun yaş ortalaması çalışmamızdaki bulgularımıza yakın değerlerde ( $57.41 \pm 12.21$ ) bulunmuştur (125). Suça karışan şizofreni tanılı vakaların, şizofrenin görüldüğü genel yaş ortalamasından yüksek oluşu ülkemizde yapılmış daha önceki çalışmalarda belirtilmiştir (126, 127). Hem ülkemizdeki hem de diğer ülkelerdeki çalışmalarda suç işleyen şizofreni tanılı vakaların yaş ortalaması bizim verilerimize yakın değerlerde bulunmuştur (128-130). Çalışmamızda ortaya konulan HB'de yaş ortalamasının şizofreniden ileri olması literatürle uyumludur. Raporlama esnasındaki yaş ortalamaları ülkemizde yapılan daha önceki çalışmalarla uyumlu şekilde çıkmış, ancak yurtdışı verilerinden daha düşük bulunmuştur. Bu durumun nedeni ise ülkemizde psikotik hastalığı olanların takip ve tedavi süreçlerine dolayısıyla da tıbbi bakıma yeterince başvurmaması ve bu sebeple daha ileri yaştaki vakalarla ilgili verilerimizde eksiklik olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda hem HB tanılı vakaların hem de şizofreni tanılı vakaların cinsiyet dağılımları %69,0 erkek, %31,0 kadın şeklinde bulunmuştur. Hemen hemen literatürdeki tüm çalışmalarda erkeklerin şiddet suçu işleme sıklığının kadınlardan fazla olduğu ortaya konmuştur. Bununla birlikte, literatürde toplumda HB görülme sıklığının kadınlarda daha sık veya erkeklere benzer oranlarda görüldüğü de yer almaktadır (131, 132). Ülkemizde yapılan bir çalışmada adli psikiyatri kliniklerinde HB tanısı ile yatanların cinsiyet dağılımının neredeyse 1'e 10 oranında erkek cinsiyet lehine bulunması ve Türkiye'de kadın hükümlü sayısının %5'in altında olması genel toplumdaki HB'nin cinsiyet dağılımı ile adli süreç içerisindeki dağılım arasındaki farkı açıklamaktadır (133, 134). Şiddet suçu işlemiş şizofreni tanılı 34.251 vaka üzerinden yapılan bir çalışmada erkek/kadın oranının 1.4:1 olduğu belirtilmiştir (135). Ayrıca şizofreninin erkeklerde ve kadınlarda şiddet davranışı işleme riskini arttırdığı ortaya konmuştur (135, 136). Çalışmamızla aynı merkezde yapılmış bir çalışmada ise ceza sorumluluğu etkilenmiş şizofreni tanılı vakaların %78,9'u erkek, %21,1'i kadın olarak bulunmuştur (107). Çalışmamız daha önceki literatür ile uyumlu şekilde suç işleyen şizofreni vakalarında erkek cinsiyet baskınlığını güçlü şekilde ortaya koymaktadır.

Çalışmamızdaki vakaların medeni durumu, evli ve bekar, dul veya boşanmış olarak iki grupta incelenmiş; HB tanılı vakaların %36,2'si, şizofreni tanılı vakaların ise %20,7'si evli olarak saptanmıştır. HB'nin evli olma oranı, şizofreniye göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. HB tanılı vakaların kendi

içerisinde suç işlemiş olma durumuna göre karşılaştırmalı incelendiği bir çalışmada; suç işlemeyen grubun evli olma oranı %71,8 iken suç işleyen grupta bu oranın %44,2'ye düştüğü görülmüştür (125). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise; şizofreni ve benzeri psikotik bozukluk tanılarıyla ceza sorumluluğu kaldırılmış vakaların yalnızca %11,8'inin evli olduğu, ceza sorumluluğu kaldırılmamış kontrol grubunda ise bu oranın %26,9'ya yükseldiği saptanmıştır (137). Bu çalışmalar, suç işleyen psikotik hastalarda evli olma ihtimalinin düştüğünü bize göstermektedir. Çalışmamızdan farklı olarak yapılan bir çalışmada HB ile şizofreni arasında medeni durum bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır (138). Çalışmamızın yapıldığı örneklemin özelliklerine bağlı olarak literatüre göre bazı farklılıklar içermesine rağmen HB'nin şizofreniye göre evli olma oranının yüksek oluşu daha önce yapılmış çalışmaların geneliyle uyumludur (123, 139, 140). Bunun en olası nedeni HB'nin işlevsellikte şizofreniye göre daha az etkilenmeye yol açması ile HB'de belirtilerin şizofreniye göre ileri yaşta başlaması ve kişilerin hastalık belirtileri başlamadan evvel evlenmiş olmasıyla açıklanabilir. Şizofrenideyse sıklıkla hastalar evlenme yaşlarında hastalıktan işlevselliklerinin her alanı etkilenecek düzeyde muzdariptirler ve evliliği gerçekleştiremezler.

Çalışmamızda, HB'de evli olma oranını şizofreniye göre daha yüksek olmasına rağmen vakaların kiminle yaşadığına bakıldığında tanı grupları arasında yalnız yaşama ihtimali açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bir çalışmada suç işleyen HB'lerde başkasıyla yaşama olasılığının suç işlemeyen HB'lere göre belirgin şekilde daha az olduğu bildirilmiştir (125). Benzer şekilde hem şizofreni hem de HB'yi içerisine alan tanıların adli veya adli değil şeklinde karşılaştırması yapılan bir çalışmada suç işlemiş vaka grubunda kimseden destek almama ihtimali daha yüksek saptanmış, fakat aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır (141). HB ile şizofreni arasında karşılaştırma yapılan bir başka çalışmada ise iki tanı grubu arasında, yalnız yaşama açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (142). HB tanılı vakaların evli olma ihtimali şizofreniye göre belirgin yüksek saptanmışken bu istatistiğin başkasıyla birlikte yaşama durumuna yansımaması, ceza sorumluluğu değerlendirilen vakaların işledikleri suçlarda mağdurların çoğunlukla eş ve tanıdıklar olması sebebiyle birlikte yaşadığı kişiler için bu durumu çekilmez kılmasının bir sonucu olabilir. Şizofreni tanılı vakalarda yalnız yaşama ihtimalinin daha düşük olmasında ise bakımevi ve benzeri

kurumlarda HB'ye göre daha sıklıkla yaşamaları ve bu grubun çalışmamızda başkasıyla birlikte yaşama grubuna dahil edilmesinin etkisinin olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda HB tanılı vakaların şizofreni tanılı vakalara göre eğitimsiz ya da ilköğretim mezunu olma oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Bazı çalışmalarda bu iki tanı grubu arasında eğitim durumu arasında belirgin bir fark saptanmamış olsa da (124, 142, 143), bizim çalışmamızla uyumlu şekilde HB grubunun daha düşük eğitim seviyesine sahip olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (123, 144). Bununla birlikte, hastalık üzerinde yaş faktörünün etkisini azaltmayı amaçlayan kapsamlı bir çalışmada eğitim düzeyleri arasında belirgin bir fark saptanmamış, bu da eğitim düzeyi açısından HB ve şizofrenide yaşın etkisi olabileceğini, yaş faktörünün etkisi kaldırıldıktan sonra değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur (139). Literatürde çalışmamızı destekleyen veriler mevcut ise de yaş düzeltmesi yapıldıktan sonra HB ve ŞSB arasındaki eğitim düzeyi karşılaştırılması tarafımızca değerlendirilememiştir.

HB tanılı vakaların, şizofreni tanılı vakalara göre aktif olarak bir işte çalışma durumunun sıklığı çalışmamızda belirgin şekilde daha yüksek saptanmıştır. Genel topluma kıyasla, psikiyatrik hastalığı olan kişilerin işsiz kalma ihtimalinin daha yüksek olduğu kabul edilmektedir. Bununla birlikte, psikotik hastalarda işsizlik ve suç işleme arasında da ilişki kurulmuş, ancak hastalığının ilerlemesi ile hastanın işsiz kalması arasındaki ilişki aydınlatılmamıştır (126). Literatürde şizofreniye kıyasla HB, daha yüksek tam zamanlı çalışma ihtimali ile daha düşük erken emeklilik ve malul olma durumuyla ilişkilendirilmiştir (123, 140, 142, 145). Çalışmamızla aynı merkezde yapılan bir çalışmada; vasi ya da yasal danışman ihtiyacı olduğu kararı verilen şizofreni ve HB grupları arasında yapılan karşılaştırmada HB grubunun şizofreni grubuna göre bir işte çalışma ihtimalinin belirgin şekilde yüksek olduğu ortaya konulmuştur (146). Çalışmamız kapsamında elde edilen bulgular, literatürle ve HB'nin şizofreniye göre daha iyi mesleki ve sosyal işlevsellik göstermesi kuramıyla uyumluluk göstermektedir.

Çalışmamızda HB tanılı vakaların çocuk sayısı ortalaması şizofreniden belirgin derecede yüksek saptanmıştır. Çalışmamızla aynı merkezde yürütülen bir çalışmada yine aynı tanıları üzerinden vasi veya yasal danışman atanan vakalarda her ne kadar HB grubunda çocuk sayısı ortalaması daha yüksek bulunmuş olsa da bu yükseklik

istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (146). Tamamına yakını şizofreni, ŞAB ve HB tanılı olmak üzere şizofreni spektrumu içerisinde yer alan tanılar üzerinde adli sürece girmiş olan veya olmayan şeklinde karşılaştırmalı incelenen bir çalışmada; adli grupta çocuk sahibi olma ihtimali anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuş, ancak HB ve şizofreni arasında karşılaştırmaya bu çalışmada yer verilmemiştir (141). Literatürde, adli hastaların çoğunun adli servislerde yatmadan önce çocuk sahibi olduğu tespit edilmiştir (147, 148). HB'nin; daha iyi işlevselliği, daha geç hastalık başlangıç yaşı ve daha yüksek evli olma ihtimali olduğu bilindiğinden çocuk sayısı ortalamasının da şizofreniden yüksek olması, literatüre ve çalışmamızın bütününe uyumlu olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda vakaların ilk tanı aldığı yaş ortalaması, aralarında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olacak şekilde HB'de şizofreniye göre daha yüksek saptanmıştır. Literatürde birçok çalışmada HB'nin başlangıç yaşı şizofreniye göre daha yüksek tespit edilmiştir (13, 123, 145). Buna bağlı olarak, ilk tanı yaşının ceza sorumluluğu etkilenen vakalarda da bu verilerle örtüşmesi ve literatür ile uyumlu şekilde HB'de daha yüksek bulunması beklenmektedir. Ancak literatürde toplumdaki genel şizofreni ve HB hastaları için ayrı ayrı ilk tanı alma yaşı ortalamaları çalışmamıza göre rakamsal olarak daha düşük bulunmuştur (132, 149, 150). Bu farkı açıklayabilecek bir çalışmada; her iki tanı grubumuzu kapsayan şizofreni spektrumu içerisinde yer alan tanılarla adli süreç içerisindeki vakalarda hastalığın başlangıç yaşı, adli sürece dahil olmamış vakalara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (141). Öte yandan HB açısından aynı şekilde karşılaştırma uygulanan başka bir çalışmadaysa iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (125). Çalışmamızda ceza sorumluluğu etkilendiği kararı verilmiş şizofreni vakaları için ilk tanı yaşının, HB'den düşük ve genel toplumdaki şizofreniden yüksek olması literatür ile uyumludur. Çalışmamızda HB'nin ilk tanı yaşının literatürden yüksek bulunmasının sebebi yalnız adli vakaların çalışmamıza dahil edilmesi olabilir çünkü daha erken başlayan ve muhtemelen daha fazla tedavi alan grubun adli olaylara dahil olması daha az olası görünmektedir. Çalışmamızda HB'de ilk tanı yaşının literatürden yüksek bulunmasının diğer bir nedenin ise vakalardaki kıskançlık tipinde hezeyan varlığı ile suçun partnere karşı işlenmiş olması gibi durumlar sebebiyle hastalara tanı konulmasında yaşanan gecikmelerle ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, şizofreni tanılı vakaların ilk tanıdan raporun düzenlendiği yıla kadar geçen yıl ortalaması, HB tanılı vakalardan belirgin bir biçimde daha yüksek saptanmıştır. Literatürde hastalık süreleri açısından tanı grupları arasında fark olmadığını gösteren çalışmalar olsa da (123), ülkemizde yapılan bir çalışmada HB vakalarının hastalık sürelerine bakıldığında; gerek adli vaka olsun gerekse adli vaka olmasın çalışmamızla çok yakın değerlerde bulunmuştur (125). Avrupa’da yapılan bir çalışmada ise hem HB hem şizofreni açısından adli sürece dahil olup olmama arasında hastalık süresi açısından anlamlı bir fark saptanmamış, ortalama hastalık süresi ise çalışmamızda bulunan değerden daha yüksek saptanmıştır (141). Çalışmamızda HB vakalarının ilk tanı almaları ile rapor için değerlendirildiği zaman arasında geçen sürenin Avrupa merkezli hastalık süresi çalışmalarından daha kısa olmasının nedeni verilerimizin tüm hastalık süresini değil yalnız adli psikiyatrik değerlendirmeye kadar olan süreyi içermesi olabilir. Öte yandan adli bir sürecin olmadığı HB gibi psikiyatrik bozukluklarda hastalık süreci içinde uzun süre tıbbi başvuru olmayabilir ve belirtilerin başlaması ile kişinin tıbbi başvurusuna kadar geçen zamanın hastalık süresini uzatması mümkünken çalışmamızda olduğu gibi adli ortam verilerini içeren çalışmalarda kişilerin tıbbi başvurusu adli merciler vasıtasıyla istemsiz sağlandığından daha kısa hastalık süresinin ortaya çıkması mümkündür.

Yatış sayısı açısından bakıldığında; şizofreni tanılı vakaların yatış sayısı ortalaması, HB tanılı vakalardan belirgin şekilde daha yüksek saptanmıştır. Literatürde adli olan ve olmayan şeklinde ayırım yapılmadan yürütülen çalışmalarda; şizofreninin yatış sayısı açısından HB’den çok daha yüksek bir ortalama ulaşığı gösterilmiştir (123, 142, 151). Ayrıca yaşın her iki grup için hastane yatışı üzerindeki etkisinin düzeltilmesi yapıldıktan sonra da yine aynı sonuca ulaşılması başka bir çalışmada vurgulanmıştır (139). Hastane yatış sayısının adli süreçlere dahil olmuş HB hastalarında, dahil olmamış gruba göre anlamlı derecede yükseldiği gösterilmiş ancak yine de bulgularımıza göre daha düşük hastane yatışı ortalaması saptanmıştır (125). Literatürde güçlü şekilde vurgulanmış olan şizofrenide HB’ye göre daha yüksek yatış sayısı saptanması ile bulgularımız uyumlu olsa da adli yönden incelenen vakalarda hastane yatış sayısının görece yüksek olması ve Kurumumuzun Türkiye pratiğinde kronolojik anlamda genellikle hastaları ilerleyen aşamalarda görmesi sebebiyle;

hastane yatış sayılarının alandaki diğer araştırmalardan daha fazla olduğu düşünölmüştür.

Olay sırasında varsanı varlığı HB tanılı vakalarda %1,7 ile oldukça nadirken, şizofreni tanılı vakalarda %39,5 oranında olup bu da şizofrenide istatistiksel olarak anlamlı bir yüksekliğe tekaböl etmektedir. Literatüre bakıldığında bulgularımızla örtöşecek şekilde HB’de şizofreniye göre çok daha az varsanı göröldüğu ortaya konmuştur (123, 142, 145). Önceleri HB, varsanı eşlik etmeyen ve bizar olmayan sanrılar ile karakterize olarak tanımlanırken (152), daha sonra ise varsanı olabileceği, ancak belirgin ve başkaları tarafından tuhaf karşılanmayacak şekilde ortaya çıkabileceği kabul edilmiştir (12). Varsanı varlığının, örnek olarak somatik hezeyanlara sahip bir hastada koku duyma gibi varsanılar şeklinde HB’de mümkün olduğu kadar kısıtlı tutulması gerektiği düşünölmektedir (153). Her ne kadar bulgularımız literatür ile uyumlu olsa da muayene esnasında olayın üzerinden zaman geçmiş olması ve geçmiş belgeler üzerinden yorum yapılması nedeniyle, HB’de görölen varsanı tanımına uygun şekildeki varsanıların tespitinde eksik kalınabileceği, bu yüzden de varsanı oranlarının değişebileceğini akılda tutmak gerektiğini düşünmekteyiz.

Hezeyan varlığı HB tanılı tüm vakalarda görölürken, şizofreni tanılı vakalarda %83,6 oranında bulunmuş, bu oranlar arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. Literatürde de mevcut olan daha önceki çalışmalarla HB’de şizofreniye göre daha sık hezeyan göröldüğu ortaya konmuştur (123, 139, 142). Çalışmamız, hezeyan varlığı açısından literatür ile örtöşmektedir. Ancak çalışmamızda HB tanısı koyarken DSM-5’ten yararlandığımız ve DSM-5 HB tanı kriterlerine göre tanı için hezeyan varlığı temel şart kabul edildiğinden elde ettiğimiz HB tanılı vakaların tamamında hezeyan varlığı saptanması beklenmekteydi (12).

Çalışmamızda birden fazla hezeyan varlığı ise şizofrenide HB’ye göre belirgin şekilde yüksek saptanmıştır. Literatüre bakıldığında, HB’nin daha az sayıda fakat daha ciddi/şiddetli hezeyanlara sahip olduğu gösterilmiştir (123). Yapılan bir çalışmada HB’nin şizofreniye göre istatistiksel olarak anlamlı olmayacak şekilde daha fazla pozitif semptom gösterdiği mevcut olsa da (151), literatürde genel olarak şizofreninin daha fazla pozitif semptomla ilişkili olduğu vurgulanmıştır (138, 140, 144, 145). Bizim bulgularımız da çoklu hezeyan sayısı açısından şizofreninin daha zengin olduğu

literatür ile uyumlu olup ceza sorumluluğu etkilenen vakalarda da çoklu hezeyan varlığı açısından HB'nin şizofreniden ayrı özellikler gösterdiği söylenebilir.

Çalışmamıza göre HB tanılı vakalarda %56,9 paranoid, %36,2 jaluzik ve %6,9 diğer türlerde hezeyan görülmekteyken; şizofreni tanılı vakalarda %62,3 paranoid, %3,0 jaluzik ve %18,2 diğer türde hezeyanlar görülmüştür. Jaluzik hezeyan görülme sıklığı HB'de şizofreniye göre belirgin ve anlamlı biçimde yüksek saptanmıştır. Literatürde gerek HB gerekse şizofreni için en yaygın hezeyan türü perseküsyon hezeyanı olarak kabul edilmektedir (154, 155). HB'de bunu sırayla jaluzik, somatik ve erotomanik tip takip etmektedir (155-157). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, suç işleyen HB tanılı vakalarda hezeyan türleri karşılaştırılmış ve çalışmamızla örtüşen sonuçlar bulunmuştur (125). (146). Çalışmamızla uyumlu şekilde, HB'de jaluzik türde hezeyanların şizofreniye göre belirgin şekilde daha sık görüldüğünü gösteren çalışmalar da mevcuttur (123, 146). Cinsiyetlere göre değerlendirildiğinde erotomanik tip kadınlarda daha sıkken, perseküsyon ve kıskançlık tipinin ise erkeklerde sık olduğu ortaya konulmuştur (121). Çalışma örneğimizde erkek dominasyonunun olması bizim sonuçlarımızda perseküsyon ve kıskançlık türünde hezeyanların daha sık görülmesini açıklamaktadır. Dolayısıyla, hezeyan türleri ve bunların tanı grupları arasında karşılaştırılması genel anlamda literatür ile uyumlu bulunmuştur. Adli vaka olsun veya olmasın HB'de kıskançlık türündeki hezeyanların şizofreniye göre belirgin şekilde yüksek olduğu ortaya konulmuş, bu bulgu özellikle kişinin işlevselliği şizofreniye göre kısmen daha iyi olsa da başkasıyla birlikte yaşama oranlarının sağlıklı kişilerden düşük olmasını ve eşe karşı işlenen suçların daha yüksek olmasını açıklayabilir.

Çalışmamızda gerek suç tarihi öncesinde tanı alması gerekse tedavi alması açısından HB ve şizofreni tanıları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Daha önce yapılan çalışmalarda; ceza sorumluluğu olmayan psikotik hastalık tanılı suçluların suç tarihinden önce hastane başvurusunun, benzer suç işleyen tanısı bulunmayan gruba göre belirgin bir şekilde daha fazla olduğu ortaya konulmuştur (75, 127, 128). Genel olarak akıl hastalığına sahip suçlularda da daha önce psikiyatrik tedavi durumu hastalığı olmayan gruptan belirgin şekilde yüksek bulunmuştur (158). Daha önce belirtildiği gibi şizofrenide daha yüksek hastane yatış sayıları olduğu çalışmamızda ve literatürde gösterilmiş olsa da (123), suç tarihi öncesi tanı ve tedavi almış olma ihtimali

tanılar arasında farklılık göstermemiştir. Ceza sorumluluğu değerlendirilirken, kişinin olay öncesinde tanı ve tedavi almış olması sorumluluğun kaldırılması yönünde etki etmesi nedeniyle ve bu açıdan iki tanı grubunun da ceza sorumluluğu etkilenmiş olgulardan oluşması nedeniyle tanı grupları arasında olay öncesi tanı ve tedavi alma açısından farklılık görülmediği düşünülmüştür.

İlaç uyumunun, HB tanılı vakalarda %55,2 ve şizofreni tanılı vakalarda %43,8 oranında iyi olduğu saptanmış olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir. Kronik psikotik hastalığı olanlarda; hastanın cinsiyeti, yaşı, hastalık süresi, komorbiditeler, eşzamanlı reçete edilen ilaç sayısı, ilaç rejiminin sadeliği ve terapötik ilişki kalitesi ilaç uyumunu etkileyen değişkenler olarak saptanmış, ancak tanı daha geniş tutulmuş ve kronik psikotik hastalıkların kendi içerisindeki farklılıklar ile ilgili bir inceleme yapılmamıştır (159). Literatürde, bulgularımızdan farklı olarak HB, şizofreni ile karşılaştırıldığında; HB’de şizofreniye göre belirgin şekilde içgörü eksikliği olduğu saptanmıştır (123, 140). Ancak, bu çalışmalarda suç işlemiş veya işlememiş olarak ayırma gidilmemiştir. Yapılan kapsamlı bir çalışmaya göre, psikotik hastalıklarda hem içgörü eksikliğiyle hem de ilaç uyumsuzluğuyla şiddet davranışının ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (160). Ayrıca, yapılan çalışmalar sonucunda HB’de içgörü eksikliğinin kendisinin de ilaç uyumunu kötü etkilediği ortaya konulmuştur (121, 161). Bu bilgiler ışığında, çalışma grubumuzdaki HB’lerde, şizofreni grubundan ve de genel HB popülasyonundan hem içgörü hem de ilaç uyumu açısından beklenenden daha iyi sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçların çalışmamızın retrospektif doğası gereği ilaç uyumu için ideal bir değerlendirilme yapılamamış olmasıyla yani ilaç uyumu verilerimizin dosya üzerinden ve öz bildirime dayalı kesitsel muayene bilgilerinden elde edilmesiyle ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, her ne kadar şizofrenide daha yüksek oranlarda görülse de kendine zarar verici davranış gösterme öyküsü açısından tanı grupları arasında belirgin bir fark saptanmamıştır. Yapılan kapsamlı bir çalışmada, intihar niyeti gözetilmeksizin kendine zarar verme davranışının yaşam boyu görülme sıklığı, şizofreni spektrum bozukluğu içerisindeki tanılara sahip olan bireylerde %31,0 oranında görüldüğü ve en sık karşılaşılan yöntemin düşük ölüm riski taşıyan kesiler olduğu belirlenmiştir (162). Ancak, HB ile spektrum içerisindeki diğer tanılar arasında bir ayırma gidilmemiştir. Çalışmamızda kendine zarar verici davranışta bulunma oranları bu çalışmaya göre

oldukça düşük saptanmıştır. Bizim çalışma grubumuzu ceza sorumluluğu etkilenmiş vakalar oluşturmakta, ceza sorumluluğu değerlendirilirken de kişilik bozukluğunun mevcut olması ceza sorumluluğunun etkilendiği kanaatinden uzaklaştırmaktadır. Nitekim güncel bir çalışmaya göre adli süreçlere dahil olmuş psikotik hastalıklarda eşlik eden kişilik bozuklukları varlığı genel psikotik hasta popülasyonundan belirgin şekilde yüksek bulunmuştur (141). Literatürde, kendine zarar verici davranışların kişilik bozukluklarıyla ilişkili olduğu genel kabul görmekte olduğundan çalışma grubumuzda görülen kendine zarar verici davranış oranının daha düşük çıkmasının bundan kaynaklı olabileceğini düşünmekteyiz. Öte yandan bu bilgiler HB ile şizofreni arasında kendine zarar verici davranış farklarını ortaya koyacak daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda; oransal olarak daha yüksek olsa da şizofreni grubu ile HB grubu arasında intihar girişimi öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde; HB açısından hastaların beşte birinde yaşam boyu intihar girişimi ihtimali gösterilmişken (156), kapsamlı bir çalışmada da şizofreni açısından benzer bir oranının olduğu saptanmıştır (163). Ancak, bahsedilen çalışmada; ŞAB tanısı ayrıca değerlendirilmiş ve çarpıcı şekilde hastaların yarısına yakınında intihar girişimi varlığı ile HB'lerde çok daha az oranlarda intihar girişimi varlığı saptanmıştır (163). Başka bir çalışmada; şizofrenide intihar girişimi oranları benzer bulunmuşken, örneklemdeki HB hastalarının hiçbiri intihar girişimi öyküsüne sahip olmadığından diğer psikotik bozukluklardan intihar girişiminin düşük olmasıyla ayrıştığı gösterilmiştir (164). Bu çalışmalar için dikkat edilmesi gereken bir başka husus da ŞAB ve HB gruplarının şizofreniye kıyasla çok küçük bir grubu temsil etmesidir. Çalışmamızda tüm tanı gruplarında literatürden daha düşük oranlarda intihar girişimi oranları saptanmıştır. Bunun sebebi olarak da gerek intihar sebepli hayatını kaybeden suçluların çalışmamızda yer almaması gerekse bazı suçluların intihar açısından daha korunaklı olan hapisane ve devlet kurumu gibi ortamlarda yaşamasının etkili olduğu düşünülmüştür.

Muayene sırasında simülasyon yapma durumlarına bakıldığında; simülasyon, vakalar arasında oldukça seyrek saptanmış ve simülasyon yapma ihtimali açısından tanı grupları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Burada daha önce belirtildiği üzere tespit ettiğimiz simülasyon türünün dissimülasyon şeklinde olduğu

unutulmamalıdır. Bunlar, hastanın kendisini olduğundan iyi göstermeye çalıştığı durumlardır. Zira tespit ettiğimiz, kişinin gerçeği gizleme eğiliminde olduğu ancak yanlış bilgi sunmadığı bir aldatma türüdür (165). Rapor düzenlenirken, pürsimülasyon varlığının ceza sorumluluğu etkilenmiş olarak değerlendirilen vakalarda görülmesi beklenmemektedir.

Çalışmamızda; HB tanılı vakaların sigara, alkol ve madde kullanımı şizofreni tanılı vakalardan anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Literatürde, madde ve alkol kullanımının şiddet eylemlerine yol açtığı güçlü şekilde vurgulanmıştır (166). Madde kullanımının psikotik bozukluklarda şiddet riskini daha çok arttırdığı birçok çalışma ile saptanmıştır (135, 160, 167). Ayrıca genel toplumdaki HB ile şizofreni arasında madde kullanımı açısından belirgin fark olmadığı gösterilmiştir (123). Literatürde, şizofreni spektrumu içerisinde yer alan tanılar almış vakaların madde ve alkol kullanımı açısından adli süreçlere dahil olup olmaması, şiddet suçu işleyip işlememesi açısından yapılan muayenede anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (141, 168). Aynı şekilde, yalnızca HB tanılı vakaların değerlendirildiği bir çalışmada da belirgin bir fark saptanmamıştır (169). Yapılan bir diğer çalışmada; vasi veya yasal danışman atanan HB ve şizofreni vakaları karşılaştırmalı incelenmiş, bulgularımızla örtüşecek şekilde hem alkol hem de madde kullanımının HB’de anlamlı şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur (146). Bulgularımızdaki madde kullanım oranlarının düşüklüğü, özellikle madde kullanımının şiddet eylemlerini arttırdığı düşünüldüğünde literatür ile çelişki oluşturduğu düşünülebilir. Ancak, ceza sorumluluğu etkilendiği kararı verilirken iradeyle alınan alkol ve maddenin ceza sorumluluğunu etkilememesi veya maddeye bağlı psikoz gibi tanıların klinisyenleri ceza sorumluluğunun etkilendiği kararından uzaklaştırmasının çalışmamız kapsamında elde edilen bulgular üzerinde etkisinin olabileceği kanaatindeyiz.

Çalışmamızda, -rapor düzenlendiği zamandaki yaş ortalaması ve ilk tanı alma yaşında olduğu gibi- suç tarihindeki yaş ortalaması da HB tanılı vakalarda şizofreniye göre belirgin şekilde daha yüksek saptanmıştır. Bulunan değerler ise ilk tanı aldığı yaş ortalaması ile rapor aşamasındaki yaş arasında olup tutarlılık göstermiştir. HB’de daha ileri suç yaşını gösteren ve daha önce hastalık başlangıç yaşı için ortaya konulmuş olan literatür verileri (170), suç tarihinde de HB grubunun daha yüksek yaş ortalamasına sahip olmasını açıklamaktadır.

Çalışmamızda suç türlerinin fiziksel şiddet, sözel şiddet ve diğer türde suçlar şeklinde sınıflandırılması sonucunda; HB grubunda sözel şiddet, şizofreni grubundan anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Bunun dışında şizofreni grubunda fiziksel şiddet en büyük şiddet kategorisini oluştururken HB’de fiziksel şiddet kategorisi ikinci sırada yer almıştır. Yatan hastalar üzerinde, örneklemin çoğunluğunu şizofreni tanılı hastaların oluşturduğu yakın zamanda yapılan bir çalışmada en sık şiddet türünün fiziksel şiddet olduğu, ikinci sırada ise şiddet suçu işlemeye teşebbüs kategorisinin bulunduğu gösterilmiştir (171). Bu iki suç grubu da çalışmamızda fiziksel şiddet suç grubuna dahil edilmiştir. Ancak, yalnızca yatan hastalar değil tüm şizofreni vakalarını içeren kapsamlı bir çalışmaya göre, tüm şizofreni vakalarında %33,3 oranında saldırganlık eylemi görüldüğü ortaya konulmuş ve %42,6 ile en büyük grubu sözel saldırganlık grubunun oluşturduğu saptanmıştır (172). Çalışmamızda, bu çalışmada farklı olarak sözel şiddet eylemi daha az çıkmıştır. Bunun sebebi olarak; şizofreni vakalarının genellikle yakınlarına karşı saldırganlık davranışları sergiledikleri ve bunların büyük çoğunluğunun adli mercilere taşınmadığı, ancak fiziksel şiddet vakalarının daha yüksek sıklıkla adli mercilere taşındığı düşünülmüştür. Nitekim, ülkemizde adli süreçlere dahil olmuş şizofreni hastaları için yapılan bir çalışmada sözlü saldırıda bulunma oranı çok daha düşük çıkmıştır (128). Dolayısıyla, çalışmamızda yalnızca ceza sorumluluğunun etkilendiği kararı verilen vakaların bulunması, adli mercilere intikal etmeyen eylemlerin çalışmamızda yer almamasının sözel şiddet türünün çalışmamızda daha az sıklıkta görülmesinde etkili olduğu kanaatindeyiz.

HB vakaları ile yapılan bir çalışmada hezeyan türlerine göre suç grupları karşılaştırılmış; kıskançlıkta homisid, perseküsyonda sözel şiddet artmış olarak bulunmuştur ve bu çalışma verilerine göre sayısal olarak en büyük grubu bizim sınıflamamıza göre fiziksel şiddet grubu oluştururken onu sözel şiddet takip etmektedir (125). HB’de her ne kadar genel işlevsellik şizofreniye göre daha iyi olsa da paranoid sanrılarının ve kıskançlık sanrılarının yaşla birlikte yoğunlaşarak ajitasyon ve saldırganlıkla sonuçlanabileceği ifade edilmiştir (81). Kıskançlık hezeyanı için literatürde ayrıca yer ayrılarak sözlü ve fiziksel şiddet riskini arttıran bir durum olduğu, demans ve ileri yaşla bu riskin daha fazla arttığı ortaya konulmuştur (173). Literatürde, HB hastalarının hezeyanları doğrultusunda saldırgan davranışlarda bulunduğu ve

suçlar işlediği ortaya konulmuştur. Ancak, şizofrenide olduğu gibi hezeyan tipi ile suç türü arasında karşılaştırmaya yönelik detaylı çalışmalara tarafımızca ihtiyaç olduğu görülmüştür. HB’de hakaret ve iftira gibi sözel suçların daha yüksek oluşu çalışma örneklemimizin sosyal ve klinik özelliklerine bağlı gelişmiş olabilir. Buradan hareketle, HB tanılı suçluların işledikleri suç türlerine ilişkin detaylı çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda HB tanılı vakalarda şizofreni vakalarına göre eşe karşı işlenen suçlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseklik saptanmıştır. Ayrıca, her iki tanı grubunda da suçun mağdurları çoğunlukla (eşler dahil olmak üzere) tanıdıkları olduğu görülmüştür ki bu da literatür ile uyumludur (66, 130, 174-176). Genel olarak akıl hastalıklarında, özel olarak ise psikotik hastalıklarda hasta ile ilgilenen ve bakımını üstlenenin genelde bir kadın olduğu ve hastanın şiddetine maruz kalma riskiyle karşı karşıya olduğu kabul edilmektedir (127, 177-179). İlâveten HB’de daha yüksek evlilik oranlarının olması, şizofreniye göre eşe karşı işlenen suçların belirgin şekilde yüksekliğini açıklamayı mümkün kılmaktadır.

Çalışmamızda, her iki tanı grubunda da birbirine yakın oranlarla suçun genellikle gündüz işlendiği tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada, şiddet ve hırsızlık suçlarının genellikle gece vakti işlendiği saptanmıştır (180). Bunun aksine, şizofreni hastası suçluların ise hastalığı olmayan suçlulara göre belirgin bir farkla suçu gündüz vakti işlediği ortaya konulmuştur (128, 174). Benzer şekilde, her iki tanı grubumuzu da kapsayan bir çalışmada; psikotik hastalığı olan homisid suçlularının, hastalığı olmayan homisid suçlularından suç zamanının daha yüksek oranda gündüz vakti olmasıyla ayrıştığı gösterilmiştir (75). Literatürle uyumlu şekilde psikotik hastalığı olan suçluların daha yüksek oranda gündüz suç işlediği saptanmış olsa da tanı grupları için ayrı ayrı suç paternlerini inceleyen ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda tanı grupları arasında adli sicil kaydı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Güncel bir çalışmaya göre adli birimlere başvuran şizofreni tanılı suçlularda sabıka durumu verilerimize göre oldukça düşük saptanmışken (130), ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre ŞSB açısından daha önce suç işlemiş olma durumu verilerimize oldukça benzer saptanmıştır (128). Yapılan çalışmalarda, psikotik hastalıklardaki daha önce suç işlemiş olma ve gözaltına alınma öyküsüne sahip olmanın yeni suç işlemeyi öngörmede önemli bir belirteç olduğu ortaya

konulmuştur (160, 181). Ülkemizdeki çalışmalar ile yurtdışı çalışmalarındaki farklılığın ülkemizdeki ceza sorumluluğu etkilenmiş psikotik hastalar için koruma tedavi uygulamasının yeterince yerleşmemiş olması veya bu hizmeti sunan birimlerin tüm ülkeye yeterli hizmet verememesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızdaki şizofreni ve HB tanılı suçlular için adli sicil durumlarının incelendiği bir çalışmaya tarafımızca rastlanılmamış olması bu alanda çalışma yapılması ihtiyacını göstermiştir.

Geçmişte zorunlu yatış kararı varlığı HB ve şizofrenide birbirine yakın oranlarda bulunmuştur. Zorunlu yatış sayısının şiddet eylemi sergileme ile ilişkili olduğu literatürde gösterilmiştir (181). Bir çalışmada, çoğunluğunu kişilik bozukluğunun oluşturduğu adli psikiyatri başvuru suçlularda zorunlu yatış oranı çalışmamıza göre düşük oranlarda bulunmuştur (75). Şizofreni ve HB'nin zorunlu yatışta, kişilik bozuklukları ve depresyonun ise gönüllü yatışta anlamlı şekilde yüksek olarak bulunduğu düşünüldüğünde (182); çalışmamızdaki zorunlu yatış oranının yüksekliği şeklinde açıklanabilir. Bu vakalarda zorunlu yatış öyküsünün artmış olmasının bir diğer sebebi de bu bozukluklarının içgörü eksikliği ile seyretmesinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda suç unsuru eylemin, HB tanılı vakalarda %48,3 ve şizofreni tanılı vakalarda %32,5 oranında planlı olarak gerçekleştirildiği ancak aralarında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Psikotik hastalar tarafından suçun genellikle dürtüsel şekilde işlendiği ve dürtüsellik seviyesi ile suç işleme durumu arasında ilişki olduğu vurgulanmıştır (66, 75, 176, 183). Çalışmamızda da literatürle uyumlu şekilde suçun daha düşük oranlarda planlı şekilde işlenmiş olduğu saptanmıştır. Şizofreninin daha yüksek dürtüsellğe, muhakeme bozukluğuna ve dezorganize davranışa sahip olduğu düşünüldüğünde (124), anlamlı bir farktan söz edilmese de HB'de daha yüksek planlı suç işleme oranları görülmesi beklenmektedir.

HB tanılı vakalar %65,5, şizofreni tanılı vakalar ise %77,8 oranında suçu işlediğini kabul etmektedir. Ancak, tanı grupları arasında suçun kabulü açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Akıl hastalıklarında suçu reddetme davranışı, hastalığın doğası gereği gerçeklik algısının bozulması/yitirilmesi veya hastada mevcut olan hezeyanlar neticesinde gerçekten suçu işlemediği düşüncesiyle ortaya çıkabilmektedir (55). Bununla birlikte, suç işleyenlerde sekonder kazanç sağlamak

adına simülasyon görülme sıklığının arttığı da dikkate alınmalıdır (184). Gerçekten ceza sorumluluğu olmadığı düşünülse dahi bazı hastaların özellikle cezalandırılma korkusuyla suçu reddetme davranışında bulunabileceğine de dikkat edilmelidir.

Çalışmamızda beklendiği üzere her iki tanı grubu için vakaların çoğunda ceza sorumluluğunun tam olarak kaldırıldığı saptanmıştır. Ceza sorumluluğu azaltılan vakaların bu kadar az olması gerek kurumumuzda gerekse ülkemizdeki diğer kurumlarda psikotik hastalıklarda ceza sorumluluğunun kaldırılması yönünde genel bir yaklaşım olmasının doğal bir sonucu olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda rapor veren birimler açısından da tanı grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu da aynı yıllar içerisinde 4. ATİK ve GİD'e gönderilen vakaların tanılara göre dağılımının benzer şekilde olduğunu göstermektedir.

## 5.1. Kısıtlılıklar

Çalışmamız sırasında verilere 4. ATİK ve GİD tarafından düzenlenen mütalaa ve raporlara retrospektif olarak UYAP sistemi üzerinden erişilmiştir. Veriler, dijital ortamda kayıtlı bulunan dosyaların içerisindeki adli ve tıbbi belgeler üzerinden elde edilmiştir. Gerek 4. ATİK mütalaaları, gerekse GİD raporları içerisinde yalnızca adli mercilerce gönderilen dava veya tahkikat dosyası içerisindeki adli ve tıbbi belgeler kullanılmış, bu da vakalara ait daha fazla veri elde edilmesini olanaksız kılmıştır.

İncelenen vakalara ait sosyodemografik, klinik ve kriminal verilere erişim kimi zaman dosya içerisinde bulunan diğer sağlık kurum/kuruluşlarının, 4. ATİK'in ve GİD'in muayenelerindeki standardizasyon eksikliği, kimi zaman da dijital ortamdaki belge eksikliği nedeniyle kısıtlı kalmıştır.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Tarih boyunca genel olarak akıl hastalarının, özel olaraksa psikotik bozukluğu olan hastaların, işledikleri suça karşı sorumlu tutulup tutulamayacakları süregelen bir tartışmadır. Bu tarihsel sürecin günümüzde geldiği nokta ise; yaptığı eylemin hukuki sonuçlarını algılamaya ve davranışlarını yönlendirme yeteneğine engel olan hastalığa sahip olan kişinin işlediği suça karşı ceza sorumluluğunun aranmaması gerektiğidir. Ancak, bu genel yargının her akıl hastalığında olaya özgü ve olay tarihindeki tıbbi antesedanına göre değerlendirme yapılmalıdır. Çalışmamız, ceza ehliyeti etkilendiği kararına varılan HB tanılı vakalar ile, şizofreni spektrumu içerisindeki diğer tanılı vakaların sosyodemografik, klinik ve kriminal özellikler bakımından farklılaştığını ortaya koymaktadır.

HB ve şizofreni her ne kadar DSM-5'te ŞSB başlığı altında yer alıp bazı ortak klinik özellikler taşısa da literatürde sosyodemografik ve klinik yönden belirli özelliklerinin birbirinden oldukça ayrıştığı gösterilmiştir. Bu bulgularla örtüşecek, destekleyecek ve yer yer katkıda bulunacak şekilde çalışmamızda da bu tanılarla ceza sorumluluğu etkilendiği kabul edilen hastaların sosyodemografik, klinik ve adli yönlerden ayrıştığı saptanmıştır.

Hastalık başlangıç yaşı ile şizofreniden ayrıştığı birçok çalışmada vurgulanan HB, raporlama esnasındaki yaş ortalaması ve suç tarihindeki yaş ortalaması yüksekliği çalışmamızda ortaya konulmuştur. HB'nin karşılaştığımız üç yönden de daha ileri yaş ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.

HB; daha yüksek evli olma oranı, daha yüksek bir işte çalışma oranı ve daha yüksek çocuk sayısı ortalamasına sahip olmakla sosyodemografik özellikler açısından ayrışmıştır. Bu sonuçlarımız, literatürü destekler şekilde şizofreniye göre HB'de genel işlevselliğin ve sosyal hayata katılımın daha yüksek olduğunu bize göstermiştir.

Tanı grupları arasında evli olma oranı açısından farklılıklar saptanmış olmasına rağmen, yalnız yaşama oranı açısından belirgin fark saptanmaması ve HB'de eşe karşı işlenen suçların belirgin şekilde yüksek olması; HB tanılı hastalarla birlikte hayatı idame ettirmenin zor olduğunu düşündürmüştür.

Tanı grupları, klinik olarak hastalık başlangıç yaşında olduğu gibi, hastalığın süresi ve hastane yatışı sayısında da ayrılmış; şizofreni klinik olarak daha uzun ve daha yoğun bir şekilde hastane teması ile ilişkili bulunmuştur.

HB’de şizofreniye göre daha yüksek hezeyan varlığı oranı saptanırken, hezeyanların türlerine bakıldığında ise kıskançlık hezeyanının şizofreniye göre daha yüksek oranlarda oluşu dikkati çekmiştir. Psikotik hastaların hezeyanı doğrultusunda suç işlediği düşünüldüğünde eşe karşı işlenen suçlardaki artış bununla açıklanabilir. Psikotik hastalıklarda, hastanın bakımını yapan kişinin artmış bir saldırganlık ve şiddet ile karşılaşma ihtimaline binaen; HB tanısı alan ve özellikle kıskançlık türünde hezeyanı mevcut olan hastaların yakınlarına bilgi ve destek verme ihtiyacının mevcut olduğu görülmüştür.

Ceza sorumluluğu için değerlendirilen HB’de alkol ve madde kullanımının daha düşük oranlarda görüldüğü saptanmıştır.

Tanı grupları arasında ilaç uyumu, kendine zarar verici davranış, intihar girişimi ve dissimülasyon varlığı gibi klinik özellikler arasında belirgin farklılık saptanmamıştır. Bu durum ceza sorumluluğu değerlendirilen grupta HB ve şizofreniyi tamamen ayırtırmayı güçleştirmektedir.

Adli yönden bakıldığında; sözel şiddet suçlarının HB’de belirgin yüksek olduğu ve eşe karşı daha yüksek suç işleme oranı olduğu saptanmıştır. Kıskançlık hezeyanlarının belirgin yüksekliği eşe karşı suçlardaki artışı açıklasa da HB’de neden daha yüksek sözel şiddet oranları olduğu yeterince açık değildir. Bu nedenle HB’de özellikle suç özelliklerine yönelik detaylı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu sonucuna varılmıştır.

Suçun gün içinde işlenme zamanı, hastaların kriminal öyküsü, geçmişte zorunlu yatışı olması, suçun daha ziyade dürtüsel şekilde işlenmesi ve suçu reddetme durumu açısından hasta grupları arasında belirgin bir farklılık sergilenmediği saptanmıştır. Bu da ceza sorumluluğu etkilenen HB ve şizofreni vakalarının kriminal yönden bazı benzerlikleri olduğunu göstermiştir. Ancak, HB ve şizofreninin kriminal özelliklerini inceleyen daha detaylı çalışmalar yapılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Sonuç olarak çalışmamız kapsamında her iki tanı grubunda benzeyen ve farklılaşan hususlara bütüncül olarak bakıldığında;

- 1) Daha yüksek hasta sayıları ve özellikle kriminal yönden daha detaylı parametrelerle prospektif çalışmalar yapılması,
- 2) Bu tür çalışma çıktılarının ilgili mercilerce takip edilerek adli süreçlerde etkin ve verimli şekilde yararlanılması,
- 3) Her iki tanı grubu için elde edilen veriler ışığında suç eğilimleri, risk faktörleri ve potansiyel tehlikeler belirlenerek bilinçlendirici, önleyici ve koruyucu politikaların gözden geçirilmesi gerektiği kanaatindeyiz.



## KAYNAKLAR

1. Dönmezer S. Kriminoloji: Beta Basımevi; 1994.
2. Guttmacher MS. Psychiatry and the law. New York: Grune&Stratton; 1955.
3. Sokulu F. Kriminolojide Suç Nedenlerine İlişkin Teoriler. İstanbul: Beta Basımevi; 1989.
4. Soyaslan D. Kriminoloji. Ankara: Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları; 1996.
5. Şahin E. Ceza Yargılamasının Tarihçesi. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi. 2014;349-85.
6. Artuk ME, Gökçen A, Yenidünya C. Ceza Hukuku Genel Hükümler. Ankara: Adalet Yayınları; 2017.
7. Toroslu N, Toroslu H. Ceza Hukuku Genel Kısım. Ankara: Savaş Yayınları; 2018.
8. Öncü F. Ceza Hukukunda Adli Psikiyatri. In: Sercan M, editor. Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği; 2007. p. 33-50.
9. Göktürk N, Özgenç İ, Üzülmez İ. Ceza Hukukuna Giriş. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi; 2012.
10. Biçer Ü, Tırtıl L, Ö. K. Adli Psikiyatri Birinci Basamakta Adli Tıp. İstanbul: Golden Print; 2012.
11. Sosyal H, Yeşilbursa D. Adli Psikiyatri. In: Kulaksızoğlu I, Tükel R, Üçok A, Yargıç İ, Yazıcı O, editors. Psikiyatri. 1. Baskı ed. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi; 2009.
12. Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.
13. González-Rodríguez A, Seeman MV. Differences between delusional disorder and schizophrenia: A mini narrative review. World J Psychiatry. 2022;12(5):683-92.
14. <https://www.nisanyansozluk.com/>. Nişanyan Sözlük Çağdaş Türkçenin Etimolojisi Erişim Tarihi: 20.11.2024
15. <https://www.oed.com/dictionary/>. Oxford English Dictionary. Erişim Tarihi: 20.11.2024.
16. Nêgrier-Dormunt L. Criminologie. Paris1982.
17. Dönmezer S, Erman S. Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku. İstanbul: Der Yayınevi; 2016.
18. Lombroso C. Suçlu İnsan: Albaraka Yayınları; 2022.
19. Demirbaş T. Kriminoloji. 6. baskı ed. Ankara: Seçkin Yayınevi; 2016.
20. Garofalo R. Kriminoloji: Suç, Suçlu ve Ceza. İstanbul: Albaraka Yayınları; 2022.
21. Taylor PJ. Motives for Offending among Violent and Psychotic Men. British Journal of Psychiatry. 1985;147(5):491-8.
22. Özsan M. Çocuk Suçlarında Aile ve Anne-Baba İlişkilerinin Rolü. Aile Yazıları Birey, Kişilik ve Toplum. 1990;3:37.
23. <https://sozluk.gov.tr/>. Türk Dil Kurumu Sözlüğü Erişim Tarihi: 18.11.2024
24. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5237.pdf>. Türk Ceza Kanunu: Resmî Gazete, Tarih: 12.10.2004 Sayı: 25611; Erişim Tarihi: 18.11.2024
25. [updated 18.10.2024. Available from: <https://sozluk.gov.tr/>.
26. Uzun E, Atalay H, Akkaya T. Hukukun Temel Kavramları. Eskişehir: Anadolu

- Üniversitesi Yayınları; 2012.
27. Öncü F, Sercan M. Ceza Hukukunda Adli Psikiyatri. In: Uygur N, editor. Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2014.
  28. Koyuncu E. Türk Ceza Hukukunda Akıl Hastalarının Ceza Sorumluluğu. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2016.
  29. İçel K. Türk Ceza Hukukunda Taksirden Doğan Sübjektif Sorumluluk. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları; 1967.
  30. Gökcan HT, Kaymaz S. 5237 sayılı Türk Ceza Kanununda Taksirle Adam Öldürme ve Yaralama Suçları. Ankara: Seçkin Yayınları; 2006.
  31. Şensoy N. Cezai Mesuliyeti Tamamen veya Kısmen Kaldıran Akli Maluliyet. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları; 1950.
  32. Aydın MA. Türk Hukuk Tarihi. İstanbul: Beta Yayınları; 2023.
  33. Kuyu C. Adli Psikiyatri. Ankara: Seçkin Yayınları; 1998.
  34. Ulutürk GH. Türk Ceza Hukukunda akıl hastalığı ve kusur yeteneğine etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Bahçeşehir Üniversitesi; 2009.
  35. Schreiber HL. Hukuksal ve Psikiyatrik Kategoriler Arasında Adli Rapor. In: Ünver çY, editor. Tıp ve Ceza Hukuku. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2004. p. 11-25.
  36. Eşsizoglu A. Adli Psikiyatri ve Psikiyatride Etik. Kaplan&Sadock Psikiyatri, Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. 11. Baskı ed. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016. p. 1381-92.
  37. Asokan TV. Daniel McNaughton (1813-1865). Indian J Psychiatry. 2007;49(3):223-4.
  38. Soysal H. Adli Psikiyatri. İstanbul: Özgür Yayınları; 2012.
  39. Oral G. Adli Tıp ve Ruhsal Bozukluklar, Adli Psikiyatri. In: Çetin G, editor. Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları; 2011. p. 551-95.
  40. Ersoy MA, Zeyfeoglu Y, Hancı İH, Coşkunol H. Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde 1999 yılı içinde verilen adli raporların incelenmesi. The Bulletin of Legal Medicine. 1999;4(2):60-4.
  41. Özçelik Z, Biçer Ü. Türk Ceza Kanunu Hekimler ve Sağlık Ortamına ilişkin Maddeleri Yorum Öneri ve Eleştiriler. 1. Baskı, Ankara, Türk Tabipler Birliği Yayınları. 2005.
  42. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. baskı ed. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015.
  43. Gündüz N. Adli psikiyatri bağlamında zorunlu yatış ve erişkinlerde ceza ehliyetleri, yasal kısıtlamalar ve fiil ehliyeti. In: Saka NE, editor. Adli Tıp ve Adli Bilimlerde Klinik Uygulamalara Bakış. İstanbul: Akademisyen Kitabevi; 2019. p. 265-82.
  44. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5271.pdf>. Ceza Muhakemesi Kanunu: Resmî Gazete, Tarih: 17.12.2004 Sayı: 25673; Erişim Tarihi: 18.11.2024
  45. Tırtıl L, Biçer Ü, Oral G. Adli Psikiyatri. In: Dokgöz H, editor. Adli Tıp ve Adli Bilimler. 1. Baskı ed. Ankara: Özyurt Matbaacılık; 2019. p. 541-80.
  46. Artuk ME, Yılmaz E. Teorik açıdan güvenlik tedbirleri. İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2020.
  47. Mosotho NL, Bantobetse ML, Joubert G, le Roux HE. Demographic, clinical and forensic characteristics of alleged offenders referred to West End Specialised Hospital, Kimberley, South Africa. Psychiatr Psychol Law. 2020;27(6):925-38.
  48. Polat S, Hocaoglu C. Bir eğitim ve araştırma hastanesi psikiyatri polikliniğine yönlendirilen adli olguların değerlendirilmesi. Ortadoğu Tıp Dergisi.12(2):290-4.

49. Türkcan S, İncesu C, Canbek Ö, Can Y, Sercan M, Uygur N. 1831 adli olgunun tanı dağılımı ve tanı-suç bağlantısının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*. 2000;13(3):132-7.
50. Bolu A, Toygar M, Pan E, Erdem M, Ünlü G, Balıkçı A. Bir eğitim hastanesi psikiyatri kliniğinde adli olguların değerlendirilmesi; beş yıllık inceleme. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2014;56:1-4.
51. Nasrallah H, Smeltzer D. *Şizofreni Güncel Tanı ve Tedavi Kitabı*. 1st ed: Astrazeneca; 2005.
52. Şahin D. Adli Psikiyatri. In: Kulaksızoğlu I, Tükel R, Üçok A, Yargıç İ, Yazıcı O, editors. *Psikiyatri*. 1. Baskı ed. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi; 2009.
53. Karakuş G, Kocal Y, Sert D. Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2017;26(2):251-67.
54. Kırılı U, Binbay T. Psikoz ve Şizofreni Epidemiyolojisi. In: Ayşen Esen-Danacı ÖB, Meram Can Saka, Almıla Erol, Semra Ulusoy Kaymak, editor. *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar*. Ankara: Tük Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018. p. 29-50.
55. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry, 4e: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer bu; 2017.
56. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. [The psychosis epidemiology in Turkey: A systematic review on prevalence estimates and admission rates.]. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(1):40-52.
57. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*. 2005;2(5):e141.
58. Andreasen NC, Carpenter WT, Jr., Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*. 2005;162(3):441-9.
59. Junginger J. Psychosis and violence: the case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophrenia bulletin*. 1996;22(1):91-103.
60. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of general psychiatry*. 1996;53(6):497-501.
61. Sariaslan A, Arseneault L, Larsson H, Lichtenstein P, Fazel S. Risk of Subjection to Violence and Perpetration of Violence in Persons With Psychiatric Disorders in Sweden. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(4):359-67.
62. Mete L. *Şizofreni En Uzak Ülke*. İstanbul: İletişim Yayınları; 2006.
63. Nielssen OB, Westmore BD, Large MM, Hayes RA. Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002. *Med J Aust*. 2007;186(6):301-4.
64. Özden SY. *Adli Psikiyatri*. 3. baskı ed. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2022.
65. Maner F, Abay E, Kayatekin Z, Saygılı S. Ruh Hastalarında Homisidal Saldırganlık. *Düşünen Adam*. 1991;4(1).
66. Joyal C, Côté G, Meloche J, Hodgins S. Severe Mental Illness and Aggressive Behavior: On the Importance of Considering Subgroups. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2011;10(2):107-17.
67. Shaw J, Hunt IM, Flynn S, Meehan J, Robinson J, Bickley H, et al. Rates of mental disorder in people convicted of homicide: National clinical survey. *British Journal of Psychiatry*. 2006;188(2):143-7.

68. Golenkov A, Large M, Nielssen O, Tsymbalova A. Characteristics of homicide offenders with Schizophrenia from the Russian Federation. *Schizophrenia Research*. 2011;133(1):232-7.
69. Kooyman I, Dean K, Harvey S, Walsh E. Outcomes of public concern in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 2007;191(S50):s29-s36.
70. Hodgins S. Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2008;363(1503):2505-18.
71. Wallace C, Mullen PE, Burgess P, Palmer S, Ruschena D, Browne C. Serious criminal offending and mental disorder: Case linkage study. *British Journal of Psychiatry*. 1998;172(6):477-84.
72. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*. 2009;6(8):e1000120.
73. Steury EH, Choinski M. "Normal" crimes and mental disorder: A two-group comparison of deadly and dangerous felonies. *International Journal of Law and Psychiatry*. 1995;18(2):183-207.
74. Taylor PJ. When symptoms of psychosis drive serious violence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33 Suppl 1:S47-54.
75. Carabellese F, Mandarelli G, Felthous AR, Catanesi R. Forensic psychiatric evaluation of 187 homicidal assailants with and without a schizophrenia spectrum disorder: Clinical, criminological and behavioral characteristics. *Behavioral Sciences & the Law*. 2021;39(2):190-204.
76. Joyal CC, Putkonen A, Paavola P, Tiihonen J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological medicine*. 2004;34(3):433-42.
77. Deniz D. Kişilik bozukluklarında tanı güvenilirliği ve cezai sorumluluk. p-ISSN 1300-865X e-ISSN 2149-4533. 2017:124.
78. Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
79. Çakır S. *Adli Psikiyatri*. In: Kulaksızoğlu I, Tükel R, Üçok A, Yargıç İ, Yazıcı O, editors. *Psikiyatri*. 1. Baskı ed. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi; 2009.
80. Hsiao MC, Liu CY, Yang YY, Yeh EK. Delusional disorder: retrospective analysis of 86 Chinese outpatients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 1999;53(6):673-6.
81. González-Rodríguez A, Seeman MV, Román E, Natividad M, Pagés C, Ghigliazza C, et al. Critical Issues in the Management of Agitation, Aggression, and End-of-Life in Delusional Disorder: A Mini-Review. *Healthcare*. 2023;11(4):458.
82. Savrun BM. Hezeyanlı bozukluk. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*. 2008;62:111-6.
83. Padhy S, Hedge A. Şizoafektif Bozukluk: Kavramın Ortaya Çıkışı ve Güncel Durumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, Sa. 2015;26(2).
84. Köroğlu E. *Boylam Klinik Uygulamada Psikiyatri: Tanı ve Tedavi Kılavuzları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2009.
85. Procci WR. Schizo-affective psychosis: Fact or fiction?: A survey of the literature. *Archives of General Psychiatry*. 1976;33(10):1167-78.

86. Esen-Danacı A, Balıkçı K, Aydın O. Şizoafektif Bozukluk. In: Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka M, Erol A, Ulusoy Kaymak S, editors. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 2. ed. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018. p. 220-39.
87. Yazıcı O, Çakır S. Duygudurum Bozuklukları. In: Kulaksızoğlu I, Tükel R, Üçok A, Yargıç İ, Yazıcı O, editors. Psikiyatri. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi; 2009. p. 106-28.
88. Marwaha S, Durrani A, Singh S. Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2013;128(3):179-93.
89. Özel MD. Şizofreni ve bipolar bozuklukta genom bağlantı analizi ile ilişkili genlerin araştırılması. [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. In press 2015.
90. Binbay T, Alptekin K, Elbi H, Zağlı N, Drukker M, Tanık F, et al. İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Derg*. 2012;23:149-60.
91. Şüküroğlu S. Suç işleyen ve işlemeyen bipolar i bozukluğu olan hastalarda dürtüsellik ve suç işlemeye etkisi. Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul. 2010.
92. Quanbeck CD, Stone DC, Scott CL, McDermott BE, Altshuler LL, Frye MA. Clinical and legal correlates of inmates with bipolar disorder at time of criminal arrest. *Journal of clinical psychiatry*. 2004;65(2):198-203.
93. İçmeli C, Özçetin A, Ataoğlu B, Ankaralı H. Zekâ geriliği olan çocuk ve ergenlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun özellikleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2015;5(2):12-8.
94. Işıldar Y, Büber A. Zihinsel Yetersizlik. In: Boland R, Verduin ML, Ruiz P, editors. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. 11. ed: Güneş Tıp Kitabevi; 2016. p. 1118-37.
95. Aslan M. Adli Tıp Kurumunda Değerlendirilen Kadın ve Erkek Suçluların Retrospektif Karşılaştırılması. İstanbul: Adli Tıp Kurumu Başkanlığı; 2011.
96. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018;392(10161):2299-312.
97. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*. 2013;34(1):119-38.
98. Kendall K, Van Assche E, Andlauer T, Choi K, Luykx J, Schulte E, et al. The genetic basis of major depression. *Psychological Medicine*. 2021;51(13):2217-30.
99. Chiriță AL, Gheorman V, Bondari D, Rogoveanu I. Current understanding of the neurobiology of major depressive disorder. *Rom J Morphol Embryol*. 2015;56(2 Suppl):651-8.
100. Dubovsky SL, Ghosh BM, Serotte JC, Cranwell V. Psychotic depression: diagnosis, differential diagnosis, and treatment. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2021;90(3):160-77.
101. Anderson DM, Cesur R, Tekin E. YOUTH DEPRESSION AND FUTURE CRIMINAL BEHAVIOR. *Economic Inquiry*. 2015;53(1):294-317.
102. Fazel S, Wolf A, Chang Z, Larsson H, Goodwin GM, Lichtenstein P. Depression and violence: a Swedish population study. *The Lancet Psychiatry*. 2015;2(3):224-32.
103. Dinçmen K. Psikiyatri/Psikosomatik Tıp. İstanbul: Pan Yayıncılık; 2005.
104. Aladağ Karakulak E. Demans Hastalarının Ayırıcı Tanısında Kullanılan Tanısal Testlerin Karşılaştırılması. 2016.
105. Karasu MA. Türkiye’de kentleşme dinamiklerinin suça etkisi. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 2008;57(4):255-81.

106. Gurvit H, Emre M, Tinaz S, Bilgic B, Hanagasi H, Sahin H, et al. The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®. 2008;23(1):67-76.
107. Duman Yİ. Adam Öldürme Suçu Sebebiyle Ceza Ehliyeti Sorulmak Üzere Gözlem İhtisas Dairesine Gönderilen Sanıkların Sosyodemografik, Kriminolojik ve Psikiyatrik Değerlendirilmesi. İstanbul: T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 2017.
108. Akdağ G, Algın D, Erdinç O. Epilepsi/epilepsy. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2016;38(1).
109. Yolcu S, CANBEK Ö, İNCESU C, UYGUR N. Epilepsi, Suç ve Ceza Ehliyeti. *Düşünen Adam Dergisi*. 1999;4(12):34-40.
110. Ceylan M. Epilepsi ve Psikoz. In: ME. C, Cetin M, editors. *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri*. 1. 4. ed. İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık; 2005. p. 306-9.
111. F. İ. Yıkıcı, Dürtü-Kontrol Ve Davranım Bozuklukları. In: Boland R, Verduin ML, Ruiz P, editors. *Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri*. 11. ed: Güneş Tıp Kitabevi; 2016. p. 608-16.
112. Kuyu C. Akıl Hastalıkları ve Cezai Ehliyet. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 1996.
113. Yeşilbursa D. Bilirkişilik ve Adli Psikiyatrik Değerlendirme. In: Uygur N, editor. *Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018.
114. Sercan M. Adli Psikiyatri: Hukuk ve Tıp Dili Arasında Çeviri. In: Uygur N, editor. *Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018.
115. Cansunar FN, Yavuz MS. Birinci basamakta adli psikiyatrik muayenelerde dikkat edilmesi gereken hususlar. *Turkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences*. 2006;2(50):63-7.
116. Reale KS, Lee J, Sea J. Variants of psychopathic personality in Korean and UK incarcerated offenders: Using latent profile analysis and discriminant analysis. *Journal of forensic sciences*. 2022;67(2):630-41.
117. Freestone M, Bull D, Brown R, Boast N, Blazey F, Gilluley P. Triage, decision-making and follow-up of patients referred to a UK forensic service: validation of the DUNDRUM toolkit. *BMC psychiatry*. 2015;15:1-11.
118. Larrabee GJ. Assessment of malingering. 2012.
119. Soysal H, Sercan M. Hekimi Yanıltıcı Davranış. *Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu*. 2007;1:128-46.
120. Simeone JC, Ward AJ, Rotella P, Collins J, Windisch R. An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990–2013: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):193.
121. Joseph SM, Siddiqui W. Delusional Disorder. *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing  
Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC.; 2024.
122. González-Rodríguez A, Esteve M, Álvarez A, Guardia A, Monreal JA, Palao D, et al. What We Know and Still Need to Know about Gender Aspects of Delusional Disorder: A Narrative Review of Recent Work. *Journal of Psychiatry and Brain Science*. 2019;4(3):e190009.

123. Peralta V, Cuesta MJ. Delusional disorder and schizophrenia: a comparative study across multiple domains. *Psychological Medicine*. 2016;46(13):2829-39.
124. Muñoz-Negro JE, Lozano V, Ibanez-Casas I, de la Cruz BG, Soler A, Alcalá JA, et al. Negative symptoms across psychotic spectrum disorders. *The European Journal of Psychiatry*. 2017;31(1):37-41.
125. Gümüş T, Cesur E, Keyvan A, Türkcan A. Comparison of the sociodemographic, clinical and offense-related data of delusional disorder patients with and without a criminal history. *Psychiatry, psychology and law*. 2022;29(4):631-43.
126. Öncü F, Sercan M, Ger C, Bilici R, Ural C, Uygur N. Sosyoekonomik etmenlerin ve sosyodemografik özelliklerin psikotik olguların suç işleminde etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(1):4-12.
127. Belli H, Ozcetin A, Ertem U, Tuyluoğlu E, Namli M, Bayik Y, et al. Perpetrators of homicide with schizophrenia: sociodemographic characteristics and clinical factors in the eastern region of Turkey. *Comprehensive Psychiatry*. 2010;51(2):135-41.
128. Ural C, Öncü F, Belli H, Soysal H. Adli psikiyatrik süreç içindeki şizofreni hastalarının şiddet davranışı değişkenleri: bir olgu kontrol çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*. 2013;24:17-24.
129. Tsimploulis G, Niveau G, Eytan A, Giannakopoulos P, Sentissi O. Schizophrenia and Criminal Responsibility: A Systematic Review. *J Nerv Ment Dis*. 2018;206(5):370-7.
130. He Y, Gu Y, Yu M, Li Y, Li G, Hu Z. Research on interpersonal violence in schizophrenia: based on different victim types. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):172.
131. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(1):19-28.
132. González-Rodríguez A, Molina-Andreu O, Navarro V, Gastó C, Penadés R, Catalán R. Delusional disorder: no gender differences in age at onset, suicidal ideation, or suicidal behavior. *Braz J Psychiatry*. 2014;36(2):119-24.
133. Öncü F, Soysal H, Uygur N, Özdemir F, Türkcan S, Yeşilbursa D, et al. Zorunlu klinik tedavi sonrası yineleyici suç işleyen adli psikiyatri olgularının tanı ve suç niteliği açısından değerlendirilmesi.
134. İlbars Z. Suç antropolojisi: Kadın ve suç. *Antropoloji*. 2007(22):1-13.
135. Whiting D, Gulati G, Geddes JR, Fazel S. Association of Schizophrenia Spectrum Disorders and Violence Perpetration in Adults and Adolescents From 15 Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2022;79(2):120-32.
136. Short T, Thomas S, Mullen P, Ogloff JR. Comparing violence in schizophrenia patients with and without comorbid substance-use disorders to community controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2013;128(4):306-13.
137. Batmaz M, Oncu F. Clinical and offense-related characteristics of male patients with schizophrenia and schizophrenia-like psychotic disorders found not criminally responsible: A sample from Türkiye. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*. 2023;36(1).
138. Yassa R, Suranyi-Cadotte B. Clinical characteristics of late-onset schizophrenia and delusional disorder. *Schizophrenia Bulletin*. 1993;19(4):701-7.
139. Hui CLM, Chiu TC, Chan EWT, Hui PWM, Tao TJ, Suen YN, et al. Age-matched versus non-age-matched comparison of clinical and functional differences

- between delusional disorder and schizophrenia: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2023;14:1272833.
140. Muñoz-Negro JE, Ibáñez-Casas I, de Portugal E, Lozano-Gutiérrez V, Martínez-Leal R, Cervilla JA. A Psychopathological Comparison between Delusional Disorder and Schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2018;63(1):12-9.
141. de Girolamo G, Iozzino L, Ferrari C, Gosek P, Heitzman J, Salize HJ, et al. A multinational case-control study comparing forensic and non-forensic patients with schizophrenia spectrum disorders: the EU-VIORMED project. *Psychol Med*. 2023;53(5):1814-24.
142. Hui CL, Lee EH, Chang WC, Chan SK, Lin J, Xu JQ, et al. Delusional disorder and schizophrenia: a comparison of the neurocognitive and clinical characteristics in first-episode patients. *Psychol Med*. 2015;45(14):3085-95.
143. Harris MJ, Cullum CM, Jeste DV. Clinical presentation of late-onset schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 1988;49(9):356-60.
144. Muñoz-Negro JE, Ibanez-Casas I, de Portugal E, Ochoa S, Dolz M, Haro JM, et al. A dimensional comparison between delusional disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research*. 2015;169(1):248-54.
145. Marneros A, Pillmann F, Wustmann T. Delusional disorders--are they simply paranoid schizophrenia? *Schizophr Bull*. 2012;38(3):561-8.
146. Taşdemir İ, Boylu ME, Merzifonlu Z, Özcanlı T, Turan Ş. Comparative Analysis of Guardianship Recommendations in Schizophrenia and Delusional Disorder: Insights from Psychiatric and Legal Perspectives. *Adli Tıp Dergisi*. 2024;38(2):124-34.
147. Chao O, Kuti G. Supporting children of forensic in-patients: whose role is it? *Psychiatric Bulletin*. 2009;33(2):55-7.
148. Gow R, Choo M, Darjee R, Gould S, Steele J. A demographic study of the Orchard Clinic: Scotland's first medium secure unit. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2010;21:139-55.
149. Häfner H, Maurer K, Löffler W, Fätkenheuer B, an der Heiden W, Riecher-Rössler A, et al. The epidemiology of early schizophrenia. Influence of age and gender on onset and early course. *Br J Psychiatry Suppl*. 1994(23):29-38.
150. Gogtay N, Vyas NS, Testa R, Wood SJ, Pantelis C. Age of onset of schizophrenia: perspectives from structural neuroimaging studies. *Schizophr Bull*. 2011;37(3):504-13.
151. Evans JD, Paulsen JS, Harris MJ, Heaton RK, Jeste DV. A clinical and neuropsychological comparison of delusional disorder and schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1996;8(3):281-6.
152. Winokur G. Delusional disorder (paranoia). *Comprehensive Psychiatry*. 1977;18(6):511-21.
153. Peralta V, Cuesta MJ. An empirical study of five sets of diagnostic criteria for delusional disorder. *Schizophrenia Research*. 2019;209:164-70.
154. Lemonde AC, Joobar R, Malla A, Iyer SN, Lepage M, Boksa P, et al. Delusional content at initial presentation to a catchment-based early intervention service for psychosis. *Br J Psychiatry*. 2021;218(4):217-23.
155. Nagendra J, Snowden J. An Australian study of delusional disorder in late life. *International Psychogeriatrics*. 2020;32(4):453-62.

156. de Portugal E, González N, Miriam V, Haro JM, Usall J, Cervilla JA. Gender differences in delusional disorder: Evidence from an outpatient sample. *Psychiatry Res.* 2010;177(1-2):235-9.
157. González-Rodríguez A, Molina-Andreu O, Penadés R, Garriga M, Pons A, Catalán R, et al. Delusional Disorder over the Reproductive Life Span: The Potential Influence of Menopause on the Clinical Course. *Schizophr Res Treatment.* 2015;2015:979605.
158. Richard-Devantoy S, Chocard AS, Bourdel MC, Gohier B, DufLOT JP, Lhuillier JP, et al. [Homicide and major mental disorder: what are the social, clinical, and forensic differences between murderers with a major mental disorder and murderers without any mental disorder?]. *Encephale.* 2009;35(4):304-14.
159. Sajatovic M, Mbwambo J, Lema I, Blixen C, Aebi ME, Wilson B, et al. Correlates of poor medication adherence in chronic psychotic disorders. *BJPsych Open.* 2021;7(1):e23.
160. Witt K, Van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PloS one.* 2013;8(2):e55942.
161. Kulkarni KR, Arasappa R, Prasad KM, Zutshi A, Chand PK, Muralidharan K, et al. Clinical Presentation and Course of Persistent Delusional Disorder: Data From a Tertiary Care Center in India. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2016;18(1).
162. Lorentzen EA, Mors O, Kjær JN. The Prevalence of Self-injurious Behavior in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin Open.* 2022;3(1).
163. Álvarez A, Guàrdia A, González-Rodríguez A, Betriu M, Palao D, Monreal JA, et al. A systematic review and meta-analysis of suicidality in psychotic disorders: Stratified analyses by psychotic subtypes, clinical setting and geographical region. *Neurosci Biobehav Rev.* 2022;143:104964.
164. Suokas JT, Perälä J, Suominen K, Saarni S, Lönnqvist J, Suvisaari JM. Epidemiology of suicide attempts among persons with psychotic disorder in the general population. *Schizophr Res.* 2010;124(1-3):22-8.
165. Goerigk S, Hilbert S, Jobst A, Falkai P, Bühner M, Stachl C, et al. Predicting instructed simulation and dissimulation when screening for depressive symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2020;270(2):153-68.
166. Duke A, Smith K, Oberleitner L, Westphal A, McKee S. Alcohol, Drugs, and Violence: A Meta-Meta-Analysis. *Psychology of Violence.* 2017;8.
167. Stevens H, Laursen TM, Mortensen PB, Agerbo E, Dean K. Post-illness-onset risk of offending across the full spectrum of psychiatric disorders. *Psychological Medicine.* 2015;45(11):2447-57.
168. Korkmaz S, Turhan L, İzci F, Sağlam S, Atmaca M. Sociodemographic and clinical characteristics of patients with violence attempts with psychotic disorders. *European Journal of General Medicine.* 2017;14(4).
169. Teixeira EH, Dalgalarroondo P. Violent crime and dimensions of delusion: a comparative study of criminal and noncriminal delusional patients. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2009;37(2):225-31.
170. Pera SB, Dailliet A. [Homicide by mentally ill: clinical and criminological analysis]. *Encephale.* 2005;31(5 Pt 1):539-49.
171. Li W, Tian Y, Chen C, Li H, Chen H, Liu J, et al. Mapping Violent Behaviors and Psychiatric Symptoms Among Male Psychiatric Inpatients from a Network Perspective. *Psychiatric Quarterly.* 2023;94(4):705-19.

172. Li W, Yang Y, Hong L, An F-R, Ungvari GS, Ng CH, et al. Prevalence of aggression in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020;47:101846.
173. Cipriani G, Vedovello M, Nuti A, Di Fiorino A. Dangerous passion: Othello syndrome and dementia. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2012;66(6):467-73.
174. Nordström A, Kullgren G. Victim relations and victim gender in violent crimes committed by offenders with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2003;38(6):326-30.
175. Hughes NS, Macaulay AM, Crichton JHM. Kitchen knives and homicide by mentally disordered offenders: a systematic analysis of homicide inquiries in England 1994–2010. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2012;23(5-6):559-70.
176. Minero VA, Barker E, Bedford R. Method of homicide and severe mental illness: A systematic review. *Aggression and violent behavior*. 2017;37:52-62.
177. Smith LM, Onwumere J, Craig T, Kuipers E. Role of poor sleep in determining distress in caregivers of individuals with early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. 2019;13(3):613-8.
178. Wildman EK, MacManus D, Harvey J, Kuipers E, Onwumere J. Prevalence of violence by people living with severe mental illness against their relatives and its associated impacts: A systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2023;147(2):155-74.
179. Onwumere J, Grice S, Garety P, Bebbington P, Dunn G, Freeman D, et al. Caregiver Reports of Patient-Initiated Violence in Psychosis. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2014;59(7):376-84.
180. Herrmann C. The dynamics of robbery and violence hot spots. *Crime Science*. 2015;4.
181. Large MM, Niessen O. Violence in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2011;125(2):209-20.
182. Draghetti S, Alberti S, Borgiani G, Panariello F, De Ronchi D, Atti AR. Compulsory and voluntary admissions in comparison: A 9-year long observational study. *Int J Soc Psychiatry*. 2022;68(8):1716-26.
183. Felthous AR. Schizophrenia and impulsive aggression: a heuristic inquiry with forensic and clinical implications. *Behav Sci Law*. 2008;26(6):735-58.
184. Bellman V, Chinthalapally A, Johnston E, Russell N, Bruce J, Saleem S. Malingering of psychotic symptoms in psychiatric settings: theoretical aspects and clinical considerations. *Psychiatry Journal*. 2022;2022(1):3884317.