

T.C
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP ANABİLİM DALINA
CEZA SORUMLULUĞU NEDENİYLE BAŞVURAN ERİŞKİN OLGULARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. VEYSEL YÜKSEL

ADLİ TIP ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ
2021

T.C
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP ANABİLİM DALINA
CEZA SORUMLULUĞU NEDENİYLE BAŞVURAN ERİŞKİN OLGULARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. VEYSEL YÜKSEL

ADLİ TIP ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. BAŞAR ÇOLAK

ETİK KURUL ONAY TARİHİ: 03.02.2021

KARAR NO: E.15412

PROJE NO: 2021/18

2021

I. İÇİNDEKİLER

I. İÇİNDEKİLER.....	I
II. TABLO DİZİNİ.....	III
III. GRAFİK DİZİNİ.....	V
IV. TEŞEKKÜR.....	VI
V. KISALTMALAR DİZELGESİ.....	VII
1 GİRİŞ VE AMAÇ.....	VIII
2 GENEL BİLGİLER.....	1
2.1 Suç ve Teorileri.....	1
2.1.1 Suç.....	1
2.1.2 Ceza.....	1
2.1.3 Suç Teorileri.....	2
2.1.3.1 Biyolojik Teoriler.....	2
2.1.3.2 Psikolojik teoriler.....	4
2.1.3.3 Sosyolojik teoriler.....	5
2.1.4 Cezaevi.....	6
2.1.4.1 Cezaevi Kavramı.....	6
2.1.4.2 Türk Ceza İnfaz Sistemi.....	6
2.1.5 Kusurluluk.....	8
2.1.5.1 Kusurluluğun Tanımı.....	8
2.1.5.2 Kusurluluğu Etkileyen Nedenler.....	10
2.2 Hukuki Açından Akıl Hastalığı.....	11
2.2.1 Akıl Hastalıklarının Ceza Sorumluluğuna Etkisi Bakımından Tarihi Gelişimi ...	11
2.2.2 Türkiye’de Ceza Kanunlarına Göre Akıl Hastalığı.....	13
2.2.3 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu.....	14
2.2.4 5275 Ceza Ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun.....	15
2.3 Ceza Sorumluluğunu Etkileyebilen Durumlar.....	15
2.3.1 Akıl Hastalığı ve Ruhsal Bozukluklar.....	15
2.3.2 Adli Psikiyatri Açısından Önem Arz Eden Bazı Durumlar.....	17
2.3.2.1 Psikotik Hastalıklar.....	17
2.3.2.1.1 Şizofreni.....	17
2.3.2.1.2 Sanrılı Bozukluklar (Paranoid Durumlar).....	21

2.3.2.1.3	Şizoaffektif Bozukluk	23
2.3.2.2	Duygudurum Bozuklukları.....	23
2.3.2.3	Kişilik Bozuklukları	29
2.3.2.4	Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları.....	34
2.3.2.5	Zihinsel Yetersizlikler	39
2.3.2.6	Demans (Bunama).....	43
2.3.2.7	Nevrozlar	44
2.3.2.8	Epilepsi.....	45
2.3.2.9	Dürtü Kontrol Bozuklukları	47
2.3.2.9.1	Kleptomani	48
2.3.2.9.2	Piromani	49
2.3.2.10	Temaruz.....	50
2.4	Adli Psikiyatrik Değerlendirme.....	51
3	GEREÇ VE YÖNTEM	54
3.1	Yöntem	54
3.2	Verilerin İstatistiksel Analizi.....	55
3.3	Kısıtlılıklar.....	55
4	BULGULAR	56
5	TARTIŞMA	92
6	SONUÇ	124
7	ÖZET.....	128
8	ABSTRACT	130
9	KAYNAKÇA	132

II. TABLO DİZİNİ

Tablo 1.	Olguların yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımı,	57
Tablo 2.	Olguların çocuk sahibi olma durumu ve çocuk sayısına göre dağılımı	58
Tablo 3.	Olguların eğitim durumlarına göre dağılımı	58
Tablo 4.	Olguların doğdukları illere göre dağılımı.....	59
Tablo 5.	Olguların nüfusa kayıtlı olduğu illere göre dağılımı	60
Tablo 6.	Olguların suç tarihinde yaşadıkları yerlere göre dağılımı	61
Tablo 7.	Olguların suçun işlendiği illere göre dağılımı.....	61
Tablo 8.	Olguların zekâ durumuna göre dağılımı.....	66
Tablo 9.	Olguların psikiyatrik/nörolojik bir hastalık varlığına göre dağılımı	67
Tablo 10.	Başvuru tarihi ile raporun tamamlanması arasında geçen süre	67
Tablo 11.	Olay tarihi ile başvuru tarihi arasında geçen süre	68
Tablo 12.	Olay tarihi ile rapor tarihi arasında geçen süre	68
Tablo 13.	İşlendiği iddia edilen suçların tiplerine göre dağılımı.....	70
Tablo 14.	Olgular için rapor talep eden makamların dağılımı	71
Tablo 15.	Olguların yaş gruplarına göre suç tiplerinin dağılımı	72
Tablo 16.	Olguların cinsiyete ve suç tiplerine göre dağılımı	73
Tablo 17.	Olguların medeni durumlarına göre suç tiplerinin dağılımı.....	74
Tablo 18.	Olguların çocuk sahibi olma durumuna göre suç tiplerinin dağılımı.....	74
Tablo 19.	Olguların eğitim durumuna göre suç tiplerinin dağılımı.....	75
Tablo 20.	Olguların çalışma durumuna göre suç tiplerinin dağılımı.....	76
Tablo 21.	Olguların göç eden aile bireyi olup olmamasına göre suç tiplerinin dağılımı ..	77
Tablo 22.	Olguların alkol kullanım durumuna göre suç tiplerinin dağılımı.....	77
Tablo 23.	Olguların uyuşturucu madde kullanım durumuna göre suç tiplerinin dağılımı	78
Tablo 24.	Olguların zekâ durumuna göre suç tiplerinin dağılımı.....	78
Tablo 25.	Olgulardaki psikiyatrik/nörolojik bir hastalık varlığına göre suç tiplerinin dağılımı	79

Tablo 26. Olguların işlemiş olduğu iddia edilen suçların tipine göre suç tekrarının dağılımı	80
Tablo 27. Olgularda psikiyatrik/nörolojik hastalık varlığına göre suç tekrarının sıklığının dağılımı	80
Tablo 28. Olguların alkol kullanımının suç tekrarına göre dağılımı	81
Tablo 29. Olguların uyuşturucu madde kullanımının suç tekrarına göre dağılımı.....	81
Tablo 30. Olgularda psikiyatrik/nörolojik hastalık durumuna göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı	83
Tablo 31. Cinsiyete göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı	83
Tablo 32. Olguların yaş grubuna göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı.....	84
Tablo 33. Olguların medeni durumlarına göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı...	84
Tablo 34. Olguların çocuk sahibi olmasına göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı	85
Tablo 35. Olguların eğitim durumuna göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı.....	85
Tablo 36. Olguların çalışma durumuna göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı.....	86
Tablo 37. Alkol kullanan olguların ceza sorumluluğu kararlarına göre dağılımı	86
Tablo 38. Uyuşturucu madde kullanan olguların ceza sorumluluğu kararlarına göre dağılımı	87
Tablo 39. Olguların suç tekrarına göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı.....	87
Tablo 40. Olguların zekâ durumuna göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı.....	88
Tablo 41. Bipolar bozukluk tanısı konulan olguların suçun işlendiği aya ve mevsime göre dağılımı	89
Tablo 42. Bipolar bozukluk tanısı konan olguların işlediği iddia edilen suçlara göre dağılımı	89
Tablo 43. Bipolar bozukluk tanılı olgulara yönelik verilen rapor sonuçlarının dağılımı ..	90
Tablo 44. Önceki tanı ile raporlarımızdaki tanı arasındaki farkların dağılımı	91
Tablo 45. Ceza Ehliyeti Raporlarının Verildiği Birimlere göre Dağılımı.....	93

III. GRAFİK DİZİNİ

Grafik 1. Olguların yıllara göre dağılımı.....	56
Grafik 2. Olguların medeni durumlarına göre dağılımı.....	57
Grafik 3. Olguların iş sahibi olma durumuna göre dağılımı.....	59
Grafik 4. Olguların nüfusa kayıtlı olduğu yerlerin coğrafi olarak bölgesel dağılımı,	60
Grafik 5. Olguların göç durumuna göre dağılımı	62
Grafik 6. Olguların alkol kullanım durumuna göre dağılımı.....	63
Grafik 7. Olguların uyuşturucu madde kullanım durumuna göre dağılımı	63
Grafik 8. Olguların tekrar suç işleme durumuna göre dağılımı.....	64
Grafik 9. İddia edilen suçların işlendiği aya göre olguların dağılımı	65
Grafik 10. İddia edilen suçun işlendiği mevsime göre olguların dağılımı.....	65
Grafik 11. Olgulara daha önceden rapor düzenleme sıklığı.....	69
Grafik 12. Olguların konsültasyon istenen bölümlerin sıklığına göre dağılımı.....	70
Grafik 13. Olgular hakkında müzekkere yazılma nedenlerinin dağılımı.....	71
Grafik 14. Olgularla ilgili verilen kararların ceza sorumluluğu açısından sıklığı	82
Grafik 15. Önceki tanı ile raporlarımızdaki tanı arasındaki fark dağılımı.....	90

IV. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca sabır ve özveri içinde bilgi ve tecrübeleriyle her zaman destek olan, yoğun çalışma temposuna rağmen çalışmamın gerek fikir aşamasında gerek hazırlanma sürecinde desteğini esirgemeyen, tez danışmanım Prof. Dr. Başar ÇOLAK'a,

Çalışma ve uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Prof. Dr. Rıza YILMAZ ve Doç. Dr. Ömer KURTAŞ'a,

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım, yardımlarını ve hoşgörülerini esirgemeyen değerli çalışma arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca fedakarlıktan kaçınmadan sevgi ve desteklerini esirgemeyen aileme, teşekkür ederim.

Dr. Veysel YÜKSEL

2021

V. KISALTMALAR DİZELGESİ

AD: Anabilim Dalı

AMATEM: Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICD: International Classification of Mental Disorders

TCK: Türk Ceza Kanunu

TDK: Türk Dil Kurumu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu



1 GİRİŞ VE AMAÇ

Suç insanlığın ilk zamanlarından beri var olan; toplumdan topluma, inanç sistemlerine ve değişen zamana göre farklılık gösteren bir fiildir. Suç ile ilgili olarak filozoflar, psikologlar, hukukçular, sosyologlar ve kriminologlar çalışmalarda bulunmuştur. Suç ağırlığıyla orantılı olarak bir takım ceza yaptırımlarının uygulanmasını gerekli kılmıştır.¹ İlk çağlarda işlenen suç için kişideki engeller göz ardı edilerek herkese aynı cezalar uygulanırken, insanlığın gelişimiyle birlikte bireye bağlı akli ve fiziki engeller nedeniyle failin aynı yaptırıma maruz kalmaması gerektiği benimsenmiştir.

Devlet gücünün en çarpıcı yönü olan “cezalendirme hakkı” ve bu doğrultudaki “ceza” kavramı; bunun sonucu olarak da toplumsal iradeye, yani yasal metinlerin emirlerine karşı işlenmiş suçlar nedeniyle ortaya çıkan cezayı yaptırım “cezai sorumluluk” kavramının da değerlendirilmesini gerekli kılmıştır. Cezada ölçü, suçlunun kasit ve kusur derecesi ile işlenen suçun ağırlığı ile ilişkilidir.² Kişi bir suç nedeniyle yapmış olduğu eylem ya da eylemsizlikten sorumlu tutulabilmesi için; suçu bilerek işlemiş olmalı, yaptığıının ne tür sonuçlara yol açacağını biliyor olmalı, karşılığında ceza göreceğini bilmesi ve dürtüleri denetim altında tutabilmelidir.

Hekimlerin mesleki uygulamaları içinde koruyucu ve tedavi edici hizmetler yanında adli rapor düzenlemek gibi sorumlulukları da bulunmaktadır. Kişilerin ceza sorumluluğu olup olmadığı konusunda tıbbın önemli görevi bulunmaktadır. Ceza sorumluluğu hakkında karar verebilmek için kişinin anlama, değerlendirme ve davranmasına yol açan bilişsel yetileri ile özgür iradesiyle eyleme geçmesini etkileyen veya ortadan kaldıran tıbbi bir durumun bulunup bulunmadığının bütüncül olarak araştırılması gerekmektedir.³ Tıbbi açıdan sağlıklı erişkin bir kişide herhangi bir davranışın düşünce süreçlerinden bağımsız olarak eyleme dönüşmeyeceği, yargılama ve gerçeği değerlendirme sürecini etkileyecek tıbbi bir durumun varlığında ise kişinin kusurlu sayılması ile davranışlarını kontrol altına alması ve kendisine verilecek cezadan ders çıkarmasının engelleneceği bilinmektedir. Ceza sorumluluğu herhangi bir suça karışan kişilerin alacağı cezanın belirlenmesinden önce kişilerin işlemiş olduğu iddia edilen suçu, bir hastalığın veya bir sağlık problemi etkisi

altında gerçekleştirip gerçekleştirmediğinin belirlenmesi gerekir.⁴ Bu nedenle kişiler herhangi bir tıbbi nedene dayalı suçu işledikleri konusunda şüphede veya iddia olduğunda haklarında değerlendirme yapılarak rapor dzenlenmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada; suç işledikleri iddia edilen ve ceza sorumlulukları olup olmadığı konusunda Anabilim Dalımıza başvuran kişilere ait arşivde ve hastane otomasyon sisteminde bulunabilen bilgiler retrospektif olarak incelenerek kişilerin sosyodemografik özellikleri, ceza sorumluluğunu etkileyebilecek hastalıkları olup olmadığı, işlendiği iddia edilen suçların özellikleri, psikiyatrik, nörolojik rahatsızlıklar ile zekâ durumu arasındaki işlendiği iddia edilen suç arasındaki ilişki ile raporlama sürecinde yaşanan sorunları tartışmak ve konu ile ilgili öneriler ortaya koymak amaçlanmıştır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Suç ve Teorileri

2.1.1 Suç

Türk Dil Kurumu, suçu iki farklı şekilde tanımlamaktadır. İlk tanımlamasında ahlaka ve törelere aykırı fiiller, ikinci tanımlamasında ise yasalara aykırı davranış (cürüm) olarak yer almaktadır.⁵ Türk Hukuk Kurumu, suçu yasaların cezalandırdığı fiil olarak tanımlamaktadır.⁶

Suç ve ceza kavramı devlet kurumunun kurulmasından çok önceki dönemlere kadar gitmektedir. Tarihteki toplumların tamamında suç ve ceza kavramı bulunmaktadır. Toplumdan topluma ve zaman içinde suç ve cezanın tanım ve uygulamaları değişmiştir. Suçun tanımı toplumların ekonomik, sosyal ve manevi şartlarına göre değişik şekiller almıştır.⁷ Başka bir tanımlamada suç; kamu yararına aykırı her hangi bir davranış, hukuk düzenini bozan ve yasaklanmış ve cezaya tabi eylem, hukuk ya da ahlak kurallarının ihlali ve son olarak sosyal bir grup tarafından doğru ve faydalı olarak kabul edilmiş adetlerin ve inançların ihlal edilmesi olarak belirtilmiştir.⁸

26.09.2004 tarih ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun birinci maddesinde Ceza Kanununun amacı "Kanun, kişi hak ve özgürlüklerini korumak, kamu düzen ve güvenliğini sağlamak, hukuk devletini, kamu sağlığını ve çevreyi, toplum barışını korumak için suç işlemlerini önlemek" olarak belirtilmiştir.⁹

2.1.2 Ceza

Ceza kelimesi TDK tarafından Güncel Türkçe Sözlükte iki farklı şekilde tanımlanmaktadır. Genel tanım uygun olmayan davranışlarda bulunanlara uygulanan acı, üzüntü ve sıkıntı verici işlem veya yaptırım olarak tanımlanmaktadır. Hukuk için yapılan tanım ise suç işleyen bir kişinin özgürlüğüne, mallarına, onuruna ve yaşantısına karşı kanunların öngördüğü yaptırım olarak sözlükte yer almaktadır.⁵ 1974 tarihli Ruhbilim

Terimleri Sözlüğünde uygun kabul edilmeyen davranışların ve tepkilerin önlenmesi için uygulanan acı veren ve olumsuz uygulamalar olarak yer almaktadır.¹⁰

Kanun koyucu tarafından kamu düzenini bozucu eylemlerin bir kısmı suç olarak tanımlanmaktadır. Suç olarak kabul edilen hukuka aykırı eylemler ceza yaptırımına tabi tutulmaktadır. Hukuki yaptırımlardan biri olan ceza, ceza mahkemeleri tarafından Türk Ceza Kanunu'nda ve bazı kanunlarda öngörülen para cezası ve hapis cezasını akla getirmektedir.¹¹

2.1.3 Suç Teorileri

Adli tıp, kriminoloji, hukuk, psikoloji ve sosyoloji gibi farklı bilim dallarının inceleme konusu içinde yer alan suç kavramı incelenirken farklı yöntemler uygulanmaktadır. Ceza hukuku açısından suç kendi içinde bir bütünlük taşımasına rağmen bilimsel yöntemlerle belirlenmiş unsurlara ayrıştırılarak incelenmektedir. Bu ayrıştırmadaki amaç, ceza yargılaması sırasında bir davranışın suç olup olmadığına, incelemelerden sonra karar verilirken, tartışma ve karar aşamalarının ön yargılardan, duygusallıktan ve keyfi müdahalelerden uzak bir şekilde gerçekleşmesini sağlamaktır.¹²

Suç genel teorisi, suçun bileşenlerini açıklamaya ve ortaya koymaya çalışan düşünce sistemlerinin genel adıdır. Suçu daha iyi inceleyebilmek, suç olan fiil ile olmayan fiili ayrıştırıp analiz etmek amacıyla yola çıkan suç genel teorisi (suç teorisi) suçun yapısal unsurlarını yapı ve içerik olarak farklı şekilde inceleyen çeşitli şekiller alabilmektedir. Suçun unsurlarını iki, üç ya da dört gruba ayırarak inceleyen çeşitli düşünce sistemleri bulunmaktadır.¹³ Birçok kaynak kitapta farklı tanımlar yapılmış ve sonucunda farklı suç teorileri geliştirilmiştir. Bunlardan en yaygın olarak kabul gören biyolojik, psikolojik ve sosyolojik teorilerdir.

2.1.3.1 Biyolojik Teoriler

Suç davranışının nedenine yönelik ilk olarak biyolojik kuram öne sürülmüştür. Bu teoriye göre suç teşkil eden davranışlar, esasen bireyin kontrolü dışında cereyan eden bir

takım biyolojik mekanizmalar sonucunda meydana gelen ve iradenin herhangi bir etkisinin olmadığı reflekssel davranışlar olarak tanımlanmıştır.¹⁴

İtalyan Kriminolog Cesare Lambroso, kafatası ve alın biçimi, çene büyüklüğü ve kol uzunluğu gibi suçluların görünüşleri ile fiziksel özelliklerini incelemiş ve bunların insan evriminin önceki aşamalarından kalan özellikler sergilediği sonucuna varmıştır.¹⁵ Lambroso suçlu kişilerin özelliklerini; basık ve dar alınlı, kafatası kemiklerinin kalınlığı, çene ve elmacık kemiklerinin gelişmiş olması, kafatası hacminin küçüklüğü, deri renginin koyuluğu, büyük kulaklar, farklı cinslerin birbirine benzemesi, daha az acı duyma, manevi duygusuzluk ve kendine özgü ahlak anlayışı olan kişiler olarak tanımlamıştır.¹⁶ Başka bir araştırmada ise hırsızlar genel olarak, çok hareketli yüz yapısına ve ellere sahip, küçük gözleri huzursuz ve genellikle şaşkınlı oldukları, kaşların birbiriyle birleşmiş, burunlarının eğri olarak gözlendiği, cinsel suçları işleyen suçluların ise genellikle parlayan gözler ile aynı şekilde ince bir yüz ve iri dudakları ile dikkati çektikleri, tipik katiller ise, sabit, buz gibi, dik bakışları, aynı şekilde ara sıra kanlı gözlere sahip, burunlarının sıklıkla bir kartal veya daha ziyade şahin burnu gibi büyük, kulakların uzun, dudakların ince, köpek dişlerini iri olarak tanımlanmıştır.¹⁷ Bu kuramda kişilerin anatomik ve fizyolojik özelliklerine göre sınıflama yoluna gidilmiştir. İlerleyen zamanlarda genetik biliminin gelişimi ile birlikte genetik teoriler ortaya atılmıştır. Genetik teoriler genel anlamda, kromozomlarda bulunan genler yoluyla tıpkı anne-babanın özelliklerinin ve bazı hastalıkların çocuklara geçtiği gibi biyo-psikolojik veya genetik yapıya dayanan suç davranışının nedenini de genetik özelliklerden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Yapılan bir araştırmada; genetik ve kromozom odaklı çalışmalarında, mahkumlarda XYY kromozomu bulunduğu, bu kişilerin daha saldırgan ve antisosyal kişiler olduklarını iddia etmişlerdir.¹⁸

Biyolojik teorileri esas alan diğer yaklaşımlarda araştırmacılar, suçluların yaş, cinsiyet gibi fizyolojik durumları, EEG'leri, hormon düzeyleri, beyin işlevlerindeki organik bozukluklar ile suç işleme arasında bağlantı kurmaya çalışmışlardır.¹⁹

Herhangi bir suçu açıklamaya çalışan biyolojik görüşler suçun çok çeşitli ve kompleks doğasını göz ardı edebilirler. Bu teoride yapılan çalışmaların çoğunun hükümlüler arasında yapılması nedeniyle yanlış genellemelere ve ön yargılara sebep olabilir. Benzer özellik

gösteren masum kişilerin suç potansiyeli bulunan kişiler gibi veya doğuştan suç işleyecek kişiler olarak algılanmalarına neden olabilir. Biyolojik özellikleri nedeni ile toplum içinde dışlanma olasılığını doğurabilir.

2.1.3.2 Psikolojik teoriler

Psikolojik suç teorisinde genel olarak suç fiilini bireyin iç dünyasında yaşadığı çatışmalar, sosyalleşme sürecinde karşılaşılan problemler, düşük zekâ ve ahlaki gelişim seviyesi ile ilişkilendirerek değerlendirdikleri görülmektedir.²⁰

Psikoanalitik kuramın öncüsü Freud'a göre suç olgusunu ortaya çıkaran nokta bireyin istekleri ve onu sınırlandıran kuralları içselleştirme mekanizmaları arasındaki yaşadığı dengesizliklerden oluşmaktadır. Bu yaklaşıma göre suçlu davranışın ortaya çıkışında etkili olan ilk etken zayıf bir süpergonun varlığı, bireyin uyması gereken temel kuralları ve nasıl davranması gerektiğine yönelik içsel bölümü oluşturan süper egonun zayıf olması cinsel suçlarla, birlikte cinayet ve saldırı gibi şiddet suçlarının da görülmesini beraberinde getirdiği ve süperegosu bütünüyle gelişmemiş bir bireyde psikopat ya da sosyopat eğilimlerin gözlemlenmesi görüldüğü belirtilmektedir.²¹

Çağdaş psikoloji, suç davranışını açıklamaya bütüncül olarak yaklaşırken, aynı zamanda farklı psikopatolojilerin de suç davranışına neden olabileceğini belirtir. Özellikle Antisosyal Kişilik Bozukluğu gibi bozuklukların suçla en ilişkili bozukluk olduğu belirtilmekle birlikte bu bireylerin diğer insanlara göre empatiden yoksun davranışlarının olduğu, eylemlerinin sonuçlarından dolayı pişman olmadıkları ve kolaylıkla suç işleyebildikleri belirtilmiştir.²²

Sutherland zekâ ve suçluluk arasındaki ilişki üzerine yaptığı çalışmalarda 175.000 suçluya uyguladığı testler sonucunda zekâ ve akıl seviyesinin alışkanlıklarda önemli bir rol oynadığını ve tutuklanmaya sebep olabileceğini söylemiştir. 1970'li yıllarda araştırmacılar tarafından IQ seviyesinin sosyal sınıf ve suçluluğa ait yaşamda önemli olduğu ve suçluluğu da doğrudan etkilediği bildirilmiştir.²³

Suçu ele alan psikolojik yaklaşımlarda, suçun nedenlerini anlamak için temel nokta “bireysel farklılıklar” olup yaşamdaki sosyal faktörlerin insan davranışlarını etkilediği düşüncesi hakimdir.²⁴ Suçluluk hakkındaki biyolojik ve psikolojik kuramlar sapkınlığın toplumda değil bireyde yanlış olan bir şeylerden kaynaklandığını ileri sürerler. Bu kuramcılara göre suçluluğun nedeni, insanın zihnindeki ya da bedenindeki etkenlerdir.¹⁸ Ancak, bu yöntemle suçun nedenlerini kesin ve net bir şekilde belirlemek şimdiye kadar mümkün olmamıştır. Psikolojik teorilerde de biyolojik teorilerde olduğu gibi kişilerin doğuştan suç işleme potansiyeli olduğu gibi yanlış bir yaklaşıma götürebilir.

2.1.3.3 Sosyolojik teoriler

Bazı kaynaklarda yapısal-işlevselci kuram olarak da adlandırılan sosyolojik suç teorileri; sosyal yapının değerlerini, kurallarını, kurumlarını, kültür farklılıklarını, değişimlerini, toplumun inanç ve siyasi ideolojilerini, ekonomik koşulları, nüfusun yapısını, dış faktörleri, coğrafi ve çevresel yapıları suçun nedenleri açısından incelemektedir.²⁵ Bu ekole göre iklim, topoğrafya, doğal kaynaklar ve yerleşim yeri suçlu davranış üzerinde etkili olduğu, örneğin Montesquieu ekvatora yaklaştıkça suçların, kutuplara yaklaştıkça sarhoşluğun artacağını iddia etmiştir.²⁶

Toplumsal, siyasal ve kültürel yapılardaki farklılıklar, sadece modern yaşamın çeşitliliğinin ve zenginliğinin bir göstergesi olarak değil, aynı zamanda çatışmanın ve suç olgusunun yüksek bir oranda gözlemlenmesinin de bir nedeni olarak değerlendirilebilmekte, bu bağlamda kentlerde gerek nüfus yoğunluğu gerekse bu nüfusun heterojen yapısı nedeniyle toplumsal kontrolün zayıfladığı bölgeler olarak suçun yoğun bir biçimde gözlemlendiği bölgeler olarak ifade edilmektedir.²⁷ Sosyolojik teoride birey ve birey ile ilgili faktörlerden ziyade suç toplum normlarına göre açıklanma yoluna gidildiği görülmektedir.

2.1.4 Cezaevi

2.1.4.1 Cezaevi Kavramı

Tarihi metinlerde zindan ve mahpushane cezaevi anlamında kullanılmaktaydı. Önceki dönemlerde “zindan”, “kale” ve “hücre” adıyla anılan cezaevleri günümüzde sosyal bir işlev gören ve zindancılık mantığını tamamen terk eden kurumlar haline gelmiştir.²⁸ İnfaz hukuku kapsamında cezaevleri, tutuklanmış ya da hürriyeti bağlayıcı cezaya mahkum edilmiş kişilerin barındırıldığı, dış ve iç emniyet açısından özel tedbirlerin alındığı, kendine özel personeli olan, hükümlü ve tutukluların topluma tekrar kazandırılmasına yönelik infazın gerçekleştiği kamu binaları olarak tanımlanmaktadır.²⁹

Tutuklu, suç işlemiş olduğu kuvvetle muhtemel olan kişinin mahkeme kararıyla kapatılma cezası alan kişidir. Henüz kesinleşmemiş hapis cezası alan kişiye hükmen tutuklu denmektedir. Hükümlü ise hürriyeti bağlayıcı ceza almış kişiyi tanımlamaktadır.³⁰

2.1.4.2 Türk Ceza İnfaz Sistemi

Anayasanın 104 maddesinde Cumhurbaşkanı'nın görev ve yetkileri arasında “*Sürekli hastalık, sakatlık ve kocama sebebi ile belirli kişilerin cezalarını hafifletmek veya kaldırmak*” ifadesi ile bazı özel koşullarda ceza alan kişilerin cezalarını hafifletmek ve kaldırmak yetkisine sahip olduğu belirtilmektedir.³¹

5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkındaki Kanunu'nun 2 ila 5'inci maddelerinden oluşan Temel İlkeler başlıklı ikinci kısmında infaz rejiminin genel ilkeleri ortaya konmuştur.³²

İnfazda temel ilke olarak; 2. Madde'de “(1) *Ceza ve güvenlik tedbirlerinin infazına ilişkin kurallar hükümlülerin ırk, dil, din, mezhep, milliyet, renk, cinsiyet, doğum, felsefi inanç, millî veya sosyal köken ve siyasî veya diğer fikir yahut düşünceleri ile ekonomik güçleri ve diğer toplumsal konumları yönünden ayırım yapılmaksızın ve hiçbir kimseye*

ayrıcalık tanınmaksızın uygulanır. (2) Ceza ve güvenlik tedbirlerinin infazında zalimane, insanlık dışı, aşağılayıcı ve onur kırıcı davranışlarda bulunulamaz.” şeklinde belirtilmiştir.

İnfazda temel amaç ise 3. maddede;“(1) Ceza ve güvenlik tedbirlerinin infazı ile ulaşılmak istenilen temel amaç, öncelikle genel ve özel önlemeyi sağlamak, bu maksatla hükümlünün yeniden suç işlemesini engelleyici etkenleri güçlendirmek, toplumu suça karşı korumak, hükümlünün; yeniden sosyalleşmesini teşvik etmek, üretken ve kanunlara, nizamla ve toplumsal kurallara saygılı, sorumluluk taşıyan bir yaşam biçimine uyumunu kolaylaştırmaktır.” şeklinde belirtilmiştir.

İnfazın koşulu olarak; 4. maddede“(1) Mahkûmiyet hükümleri kesinleşmedikçe infaz olunamaz.” Şeklinde belirtilirken, infazın dayanakları ve kimin tarafından izleneceği ise 5. maddede“(1) Mahkeme, kesinleşen ve yerine getirilmesini onayladığı cezaya ilişkin hükmü Cumhuriyet Başsavcılığına gönderir. Bu hükme göre cezanın infazı Cumhuriyet Savcısı tarafından izlenir ve denetlenir.” olarak belirtilmiştir.

5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkındaki Kanunu'nun “Ceza İnfaz Kurumlarının Türleri” başlıklı ikinci bölümünde infaz kurumlarının nitelikleri belirtilmiştir.

- **Madde 8** - Kapalı ceza infaz kurumları
- **Madde 9** -Yüksek güvenlikli kapalı ceza infaz kurumları
- **Madde 10** -Kadın kapalı ceza infaz kurumları
- **Madde 11** -Çocuk kapalı ceza infaz kurumları
- **Madde 12** - Gençlik kapalı ceza infaz kurumları
- **Madde 13** -Gözlem ve sınıflandırma merkezleri
- **Madde 14** -Açık ceza infaz kurumları
- **Madde 15** - Çocuk eğitimevleri

Kanunun üçüncü bölümünün 16. maddesinde hastalık nedeniyle hapis cezasının infazının ertelenmesi ile ilgili kurallar yer almaktadır. 17. maddede hükümlünün talebi üzerine infazın ertelenmesi, ek 17/A maddesinde de mahkeme tarafından infazın

durdurulması ve ertelenmesi hüküm altına almıştır. Kanunun 18. maddesi akıl hastalığı haricinde ruhsal bozuklukları olan hasta hükümlülerin cezalarının infazını düzenlemektedir. Bu maddeye göre “ruhsal durum bozukluğu yaşayan ve ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde tutulmasına gerek görülmeyen mahkumlar infaz kurumlarının bu işe tahsis edilmiş bölümlerinde tutulacağı” belirtilmiştir.³² Kanunun 81. maddesinde hükümlünün cezasının infazına engel olabilecek hastalığının kurum hekimi veya görevli hekim tarafından tespit edilmesi durumunda kurum yönetimine bildirilmesi gerektiğini hüküm altına almıştır.

Kanun’un 105/A maddesinde ceza infazının denetimli serbestlik tedbiri uygulanacak hükümlüler belirtilmiştir. Maddeye göre engellilik, kocama hali ve ağır hastalık hali Adli Tıp Kurumundan alınan veya tam teşekküllü hastaneden alınıp Adli Tıp Kurumunca onaylanmış sağlık raporu neticesine infazının bitimine üç yıl kalmış ve tek başına hayatını idame ettiremeyen hükümlüler de denetimli serbestlikten faydalanabilirler.

2.1.5 Kusurluluk

2.1.5.1 Kusurluluğun Tanımı

Kusur, TDK sözlüğünde “*eksiklik, noksan, nakisa, özür, elverişsiz durum, bilerek veya bilmeyerek bir işi gereği gibi yapmama*” olarak tanımlanmıştır.⁵ Hukuk sistemi açısından kusur, kişinin davranışları sırasındaki iradesini konu almaktadır. Kusur incelemesi yapılırken meydana gelen haksızlığa konu olan fiili yapan failin iradesinin oluşum şartlarını kapsamaktadır. Failin fiilinden dolayı kınanıp kınanmayacağını ortaya koyan yargı, kusurdur.³³

Suçun kanundaki tanımına uyan ve hukuka aykırılığı tespit edilmiş olan fiiller haksızlık teşkil ederler. Haksızlığa neden olan fiilinden dolayı failin cezalandırılması için failin aynı zamanda kusurlu olduğunun ortaya konması gerekmektedir. Bu aşamada incelenen fiil değil failin durumudur.³⁴ Kusurun incelendiği aşamada suçun varlığı kesinleşmiş ancak cezanın olup olmayacağı ya da cezanın ne olacağına karar verilmesi gerekmektedir.

Kusur yargısının temelini haksızlık oluşturmaktadır. Nitekim fiil olmadan haksızlık olmayacağı ve haksızlık olmadan kusur olmayacağı şeklinde iki ilke hukuk sistemimizde yer almaktadır. Somut olayın şartları değerlendirilerek kişinin kusur yeteneğinin bulup bulunmadığı tespit edilir. Kusur yeteneği, failin algılama yeteneğinin ve irade yeteneğinin varlığına bağlıdır.³³

Algılama Yeteneği: Algılama yeteneği kişinin içinde bulunduğu toplumda geçerli olan kuralları bilme ve hangi davranışların toplum tarafından onaylanıp onaylanmadığını anlama yeteneğini tanımlamaktadır. Kişinin yaptığı fiilin haksızlık olduğunu idrak etmesine rağmen bu fiili yapması onun kınanabilmesinin nedendir.³⁴ Kişinin ceza sorumluluğu değerlendirilirken, fiilin hukuki anlam sonuçlarını algılama yeteneğinin gelişip gelişmediği, fiilin gerçekleştiği anda algılama yeteneğini etkileyen bir durum olup olmadığının tıbbi olarak belirlenmesi gerekir.

İrade Yeteneği: Kişinin davranışlarını hukukun emrettiği kuralara göre yönlendirebilmesine irade yeteneği denmektedir. Failin fiilinden dolayı kusurlu sayılabilmesi için algılama yeteneği ile birlikte irade yeteneğinin de bulunması gerekmektedir. Normal şartlar altında yetişkin ve ruhen sağlıklı her insan davranışlarını hukukun gereklerine göre yönlendirme yeteneğine sahiptir.³³ İrade yeteneğinin de algılama yeteneğigibi değerlendirilmesi gerekir. Kişilerin bazen fiilinin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabilirken, davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişmemiş veya davranışlarını yönlendirme yeteneğini etkileyen bir tıbbi durum olabilir. Böyle bir durum olup olmadığının da tıbbi olarak belirlenmesi gerekir.

Kişinin algılama yeteneği derecelendirilmeden değerlendirilirken irade yeteneği derecelendirilmektedir. İrade yeteneğinin azalmış olması verilecek cezanın da azalmasını sağlamaktadır.³⁴ TCK, 31, 32,33 ve 34. maddelerinde algılama yeteneği ve irade yeteneğinin değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir.

TCK'nın 32. maddesinin 1. fıkrasında kişinin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamamaktan söz edilirken, bu fiil ile ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin *önemli* derecede azalmasından söz edilmektedir. Maddenin 2. fıkrasında ise

fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmasından söz edilmektedir. Maddenin 2. fıkrasında hukuki anlam ve sonuçlarının algılanamamasından söz edilmemekte, bu fıkroda kişinin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabildiği kabul edilmektedir.

TCK’unda cezai sorumluluk kavramının değerlendirilmesi; fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin değerlendirilmesi olarak yer almaktadır.

2.1.5.2 Kusurluluğu Etkileyen Nedenler

Fiilin meydana geldiği sırada algılama yeteneğini yok eden veya irade yeteneğini ortadan kaldıran (önemli derecede azaltan) ya da azaltan haller kusuru etkileyen nedenler olarak tanımlanmaktadır. TCK sistemindeki kusuru etkileyen haller aşağıda ilgili maddelerle birlikte sıralanmıştır.³³ Çalışmanın ana konusu akıl hastalığı bulunan erişkinlerin ceza sorumluluğu kavramı olduğu için ayrı başlık altında değerlendirilmiş kanundaki diğer maddelerin sadece başlığı çalışmada yer almıştır.

- Yaş küçüklüğü (madde 31),
- Akıl hastalığı (madde 32),
- Sağır ve dilsizlik (madde 33),
- Geçici nedenler, alkol veya uyuşturucu madde etkisinde olma (madde 34),
- Cebir ve tehdit dolayısıyla kişinin irade yeteneğinin etkilenmesi (madde 28),
- Zorunluluk hali dolayısıyla kişinin irade yeteneğinin etkilenmesi (madde 25, fıkra 2, madde 92, madde 99 fıkra 2, madde 143),
- Hukuka aykırı ve fakat bağlayıcı bir emrin yerine getirilmesi (madde 24, fıkra 2-4),
- Hukuka uygunluk sebeplerinde sınırın aşılması (madde 27),
- Haksız tahrik (madde 29),
- Kastı kaldıran ve kusurluluğu etkileyen hata halleri (madde 30, fıkra4)

Kusurluluğu kaldıran nedenlerin olması durumunda suç bulunmakta ancak cezasının infazı gerçekleştirilememektedir. Kusurluluğu azaltan nedenlerin bulunması durumunda

suç bulunmakta ceza ise indirilerek uygulanmaktadır. Hukuka uygunluk nedenlerinin var olması durumunda ise suç ve ceza bulunmamaktadır.³⁴

2.2 Hukuki Açıdan Akıl Hastalığı

2.2.1 Akıl Hastalıklarının Ceza Sorumluluğuna Etkisi Bakımından Tarihi Gelişimi

Akıl hastalarının cezalandırılmaması esasına, Asur, Babil, Eti, Mısır ve Sümer gibi eski uygarlıklarda rastlanmamaktadır. Kişilerin akıl sağlıklarında ortaya çıkan bozuklukları birtakım dini sebeplere dayandıran bu kavimlerde, akıl hastalarının ilahlar tarafından baskı altına alındığı, bunun etkisinden kurtulmak için de dualar okunması, efsunlar yapılması gerektiğine inanılmıştır.³⁷

Ceza hukuku tarihi açısından taksire ilişkin ilk gelişmeler, Hammurabi Kanunları'nda karşımıza çıkmaya başlamıştır. Hammurabi Kanunları'nda, ceza sorumluluğu açısından subjektif unsura önem verilmeye başlanmış ve taksirden doğan cezai sorumluluk en genel anlamıyla kabul edilmiştir. Hammurabi Kanunları'nın dikkate değer bir özelliği de, cezai sorumluluk bakımından, insan öldürmede kastın bulunmaması halinde, failin sadece para cezasına mahkûm edilmesidir.³⁸ Ayrıca yine bu dönemde, tesadüf sonucu meydana gelen olayların cezayı gerektirmediği kabul edilmiştir.³⁹

Roma hukuku açısından akıl hastaları ve küçükler bir tutulmuş, akıl hastası bir kişinin işlediği fiil nedeniyle kendisine suçlu muamelesi yapılmamıştır. Akıl hastalığının sorumsuzluğunun meydana getireceğine ilişkin en geniş düzenleme Lex Aquiliae'dir. Roma döneminde akıl hastalığı çok geniş bir alanı kapsamakta, örneğin ateşli hastalıklardan kaynaklanan hezeyanlar dahi bu kapsamda yer almaktadır.³⁷

Ortaçağ'da Avrupa'da akıl hastalarının cezai sorumluluğu olduğuna hükmedilmmişti. Akıl hastalarının cinler tarafından çarpıldığına veya içlerine şeytan girdiğine dair bir kanı mevcuttu. 1789 yılına kadar akıl hastaları işledikleri suçlar nedeniyle çok ağır muamelelerle karşılaşıyorlardı.³⁵

İslam hukukunda, akıl hastalarının cezai sorumluluğu kabul edilmez. Burada akıl hastalığı, devamlı ve geçici akıl hastalığı olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Geçici akıl hastalığı, sadece nöbetin geldiği anda kişiyi ehliyetsiz kılma açısından devamlı akıl hastalığının sonuçlarını doğurur. Akıl hastalığı, örneğin içki içme, zina gibi Allah'ın haklarına yönelik suçlar (had suçları) bakımından kusur yeteneğini ortadan kaldırır. Akıl hastaları kusurlu sayılmayacaklarından, kişi haklarına yönelik kısas suçlarında, kısas ile cezalandırılmazlarsa da, diyet denilen mali ceza ile cezalandırılırlar.⁴⁰

Modern hukuk açısından cezai sorumluluğun temeli 1843 tarihinde Birleşik Krallık'ta meydana gelen ve sonrasında McNaughton (M'Naghten) olayı ve sonrasına dayanmaktadır.¹³⁵ Daniel McNaughton (1813-1865), Cizvitlerin ve Muhafazakar Partililerin de desteğiyle Katolik rahipler tarafından peşine casuslar takıldığına ve casusların sürekli olarak kendisini izlediğine ve öldürmeye çalıştığına inanmaktadır. Davaya konu olacak suçu işlemeyen 18 ay önce Bowstreet Polis Karakoluna giderek bu sanrılarını anlatmıştır. Muhafazakar Partili Başbakan Sir Robert Peel tarafından öldürülmek istendiğine inanan McNaughton, Başbakanı öldürme amacıyla yola çıkmış ve 20 Haziran 1843 tarihinde Başbakanlık Konutundan çıkan ve Başbakan olarak sandığı Özel Sekreter Edward Drummond'u öldürmüştür. McNaughton sorgulanması ve yargılanması sırasında birçok doktor kendisini inceleme fırsatı bulmuş ve mahkemede tanık olarak bulunmuştur.⁴¹

1843 yılında Birleşik Krallık hukuk sistemine, 1851 yılında da Amerika Birleşik Devletleri hukuk sistemine giren McNaughton Kuralları; "Sanığın aklı başında olduğu ve suç eylemlerinden kendilerinin sorumlu olduğu varsayımı bulunmaktadır. Suçun meydana geldiği sırada sanık bir akıl hastalığından mustarip olmalıdır. Sanık suçun mahiyetini bilmeli ve yaptığının yanlış olduğunu bilmelidir." şeklinde belirtilmiştir.⁴² Günümüzde McNaughton kuralları ve varyasyonları İsveç Hukuk Sistemi hariç olmak üzere tüm ülkelerin hukuk düzenlemelerinde kullanılmıştır.⁴³

McNaughton Kuralları'nın hukuk dünyasında kabul edilmesine yakın tarihlerde, Osmanlı hukuk sisteminde de akıl hastalığı konusunda; padişahların yayınladıkları kanunnamelerdeki bazı değişik hükümler haricinde, çoğunlukla İslam Ceza Hukuku uygulanmıştır. İlk olarak 1858 tarihli Ceza Kanunnameyi Hümayun, bazı suçların taksirle

işlenebileceğini kabul ettiği halde, taksir konusunda genel bir hüküm içermediği, ancak bu Kanun ile birlikte batı tarzında hukuk eserlerinin yazılmaya başlanması, bu tip eserlerde taksirle ilgili bilimsel bilgilerin de yer almasını sağlamıştır.³⁸

Türkiye Cumhuriyeti'nde ceza sorumluluğu ile ilgili yasal düzenlemeler 1926 yılında yürürlüğe giren 765 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun ve 2004 yılında yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda akıl hastalığı başlığı altında ilgili düzenlemeler yapılmıştır.³⁵

2.2.2 Türkiye'de Ceza Kanunlarına Göre Akıl Hastalığı

Osmanlı İmparatorluğu döneminde miladi 1858, Rumi 1274 yılında yürürlüğe giren ceza kanununda akıl hastaları için düzenleme yapılmıştır. Kanunda akıl hastalığı tanımlaması olarak cinnet ifadesi kullanılmış ve bilimsel olarak dar bir tanım olması nedeniyle epilepsi ve uyurgezerlik gibi kusurluluğu etkileyen haller kanun kapsamı dışında kaldığı için çeşitli tereddütlere neden olmuştur. 01.03.1926 tarihinde kabul edilen 13.03.1926 tarih ve 320 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 765 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 46. maddesinde akıl hastalarıyla ilgili düzenleme yapılmıştır. 1933 yılında yapılan değişiklikle akli maluliyet terimi kullanılmaya başlanmıştır. 1955 yılında yapılan değişiklik ile akıl hastalığı terimi kullanılmıştır. 26.09.2004 tarihinde kabul edilen ve 12.10.2004 tarih ve 25611 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 32. maddesinde akıl hastalığı başlığı altında ilgili düzenlemeler yapılmıştır.³⁵

Kişilerin tutum ve davranışları kişiler ve kamu düzeni açısından olumsuz sonuçlar doğurması durumunda ilgili yasal düzenlemeler ile cezai yaptırım uygulanır. Cezai yaptırım adil uygulanması yanı sıra cezai yaptırım uygulanacak kişinin çocuk veya engelli bir kişi olması durumunda toplum vicdanında rahatsızlık oluşturabilir. Bu nedenlerle çocuklar ve engelliler için yasal düzenlemelerde farklılıklar bulunur. Engelli kişinin akıl hastası olması durumunda cezai sorumluluğu olup olmadığının sorgulanması gerekir.

2.2.3 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu

2004 yılında yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun "*Ceza Sorumluluğunu Kaldıran veya Azaltan Nedenler*" başlıklı ikinci bölümünde akıl hastalıkları için özel bir düzenleme yer almaktadır. TCK'nun "*Akıl hastalığı*" başlığı taşıyan 32. maddesinde akıl hastalığı bulunan ya da işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış kişiler hakkında hükümler bulunmaktadır. Kanunun "*Yaptırımlar*" başlıklı üçüncü kısmının "*Cezalara*" ayrılan birinci bölümündeki "*Akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri*" başlıklı 57. maddesinde uygulanacak güvenlik tedbirleri hüküm altına alınmıştır.⁸

32. maddenin birinci fıkrasında akıl hastalığı nedeniyle işlediği fiilin hukuki anlamını ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiil kapsamında davranışları önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmeyeceğini hüküm altına almıştır. Fıkranın devamında bu kişi hakkında güvenlik tedbirlerinin uygulanacağı yer almaktadır. İkinci fıkrada, önceki fıkrada belirtilen seviyede olmamakla birlikte davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış kişiye ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine 25 yıl, müebbet hapis cezası yerine 20 yıl hapis cezası verileceği hüküm altına alınmıştır. Diğer hallerde verilecek ceza altıda birden fazla olmamak kaydıyla indirilebilmektedir. Fıkranın son cümlesinde, sürenin aynı kalması şartıyla mahkum olunan cezanın tamamının ya da bir kısmının akıl hastaları için belirlenmiş olan güvenlik tedbirleri kapsamında infaz edilmesi hükme bağlanmıştır.⁸

Kanun'un 57. maddesinin ilk fıkrasında fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişi hakkında güvenlik tedbirlerine hükmedilmesi durumunda kişinin yüksek güvenliğini sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınacağına hükmedilmiştir. İkinci fıkrada mezkur kişinin yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca tanzim edilen raporda toplum için tehlikeliliğinin ortadan kalktığı veya önemli seviyede azaldığının belirtilmesi üzerine mahkeme veya hakim kararıyla serbest bırakılabileceği belirtilmiştir. Üçüncü ve dördüncü fıkralarda sağlık kurulu tarafından düzenlenen raporda kişinin tıbbi kontrol ve takibinin olup olmayacağı, süresi ve aralıkları belirtilerek cumhuriyet savcılarınca teknik donanımı ve yetkili uzmanı olan sağlık kuruluşlarında takibinin yapılması sağlanması gerektiği

belirtmiştir. Tıbbi kontrol ve takip aşamasında olan kişinin yeniden toplum açısından tekrar tehlike oluşturması durumunda yeniden koruma tedbirlerine başvurulur.⁸

Hastalığı nedeniyle davranışlarını yönlendirme yeteneği azalan kişi, sağlık kurulu raporu üzerine mahkum olunan hapis cezası değişmemek şartıyla kısmen veya tamamen mahkeme kararıyla akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirlerine başvurulabilir. Alkol, uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlısıyken suç işleyen kişilerin güvenlik tedbiri olarak belirtilen madde bağımlılarına özgü sağlık kuruluşlarında tedavi edilmesine karar verilir. Tedavi süreci bu kişilerin bağımlılıklarından kurtulmalarına kadar devam eder ve sağlık kurulu raporuna istinaden mahkeme veya hakim kararıyla serbest bırakılabilirler.⁸

2.2.4 5275 Ceza Ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun

5275 sayılı Ceza Ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun'un 16'ncı maddesinde akıl hastalığına tutulan hükümlünün iyileşinceye kadar TCK'nın 57. maddesinde belirtilen sağlık kurumunda koruma ve tedavi altına alınmasını ve bu sağlık kurumunda geçirilen süreler cezaevinde geçirilmiş sayılır ve cezanın infazı geriye bırakılır.

Akıl hastalarına uygulanan güvenlik tedbirlerinin amacı koruma ve tedavinin sağlanmasıdır. Toplum ve akıl hastasının ailesi bu sayede akıl hastasına karşı korunmakta ve akıl hastasının tedavisi de sağlanmaktadır.¹²

2.3 Ceza Sorumluluğunu Etkileyebilen Durumlar

2.3.1 Akıl Hastalığı ve Ruhsal Bozukluklar

Türk Dil Kurumu akıl hastalığını “Düşünme, anlama, kavrama, karar verme, önlem alma gibi yeteneklerdeki eksiklik, ruh hastalığı” olarak tanımlanmaktadır.¹⁰

Akıl hastalıklarının tanımlanması ve sınıflandırılmasında dünya çapında kullanılan iki ana sistem bulunmaktadır. Bunlardan biri Amerikan Psikiyatri Birliği'nin çalışmalarıyla oluşturulmuş DSM(*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), bir diğeri de Dünya Sağlık Örgütü'nün çıkardığı ICD(*International Classification of Mental Disorders*) sınıflandırma sistemidir. DSM'den farklı olarak ICD'de tıptaki tüm hastalıklar sınıflandırılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü ICD ve Amerikan Psikiyatri Birliği ise DSM'de "mentaldisorders" sözcüğü ile uluslararası kullanımda akıl hastalığından ziyade "ruhsal bozukluklar" kalıbını yerleştirmiş görünmektedir.

ICD genel olarak tüm hastalıkların sınıflandırmasını içermektedir ve "*International Classification of Diseases*" başlıklı bu sistemde, akıl hastalığı olarak tabir ettiğimiz bozukluklar, "*Mental and Behavioral Disorders*" başlığı altında "disease" (hastalık) sözcüğü kullanılmayarak sınıflandırılmıştır. Bu nedenle "hastalık" terimi yerine literatürde çoğunlukla "bozukluk" terimi kullanılmaktadır.⁴⁴

Dünya Sağlık Örgütü akıl hastalıklarını; düşünce, duygu, davranış ve kişiler arası ilişkilerdeki anormalliklerle karakterize; farklı semptomlarla ortaya çıkan geniş bir problemler grubu olarak tarif etmektedir.⁴⁵ DSÖ'nün bu tanımı normal ve anormal düşünce, his ve davranış ayrımı üzerine kurulmuş, anormallikten ne anlaşılması gerektiği ise her bir hastalık için geliştirilen tanı ölçütleri ve belirtilerle ayrı ayrı ortaya konulmuştur.

DSM-5 mental bozuklukların tanısallık ve sayımsal el kitabı veya ruhsal bozuklukların tanısallık ve istatistiksel el kitabı olarak kullanılan tanı ölçütüdür. Ceza sorumluluğu, işgöremezlik ödeneği almaya hak kazanma ve yeterlilik gibi konularda yasal yargılarda bulunabilmek için DSM-5 tanı ölçütlerinden büyük ölçüde yararlanır.⁴⁶

DSM 5'e göre ruhsal bozukluk, ruhsal işlevselliğin altında yatan ruhsal, biyolojiyle ilgili ya da gelişimsel süreçlerde işlevsellikte bir bozulma olduğunu gösteren, kişinin biliş, duygu düzenlemesi ve davranışlarında klinik açıdan belirgin bir bozukluk olması olarak tanımlanan bir durumdur. Ruhsal bozukluklar genellikle belirgin bir sıkıntı ya da

toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında yetersizlik oluşturur.⁴⁶

Akıl hastalığı ile şiddet arasındaki belirsiz ilişki her dönem incelenmiştir. Yine de neden bazı akıl hastalarının şiddet davranışında buldukları, bazılarının ise bulunmadıkları net olarak anlaşılamamıştır.⁴⁷

2.3.2 Adli Psikiyatri Açısından Önem Arz Eden Bazı Durumlar

2.3.2.1 Psikotik Hastalıklar

Psikotik hastalıklar; Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Şizoaffektif Bozukluk, Hezeyanlı Bozukluk (Paranoya), Kısa Psikotik Bozukluk, Medikal bir Durumdan kaynaklanan Psikoz ve Madde ile Oluşmuş Psikotik Bozukluk olarak sayılabilir. Psikotik hastalıkların prototipi olan ve en sık görüleni şizofrenidir.⁴⁹

2.3.2.1.1 Şizofreni

Kişinin ruhsal hayatındaki yarılma olarak vurgulanan “*schizophrenia*”, yani zihin yarılması adı verilen şizofreni, genç yaşta başlayan, kişinin insan ilişkilerinden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine özgü bir içe-kapanım (otizm) dünyasında yaşadığı, düşünüş, duyuş ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü ağır bir ruhsal hastalıktır.⁵⁰

Bu hastalık, kişiyi toplum dışına iterek çevresiyle ciddi bir uyumsuzluk ve anlaşmazlık yaşamasına neden olabilmektedir.⁵¹ Şizofreni, öğrenme, kendine bakım, çalışma, diğer insanlarla kurulan ilişkiler ve yaşam becerileri gibi birçok işlev alanında yetersizliklere yol açarak, kişinin iş ve toplumsal yaşamında sorunlara yol açabilmektedir.⁴⁶ Hastaların çoğunda belirgin vurdumduymazlık, ilgisizlik, donukluk ve çekingenlik bulunmaktadır. En belirgin bozulmalar ise düşünce içeriği ve konuşmada meydana gelmektedir. Hastanın

konuşma ve konuşma içeriğinde yoksullaşma, mantıksızlık, yeni sözcükler uydurma, yineleme, konudan konuya atlama görülebilmektedir.⁵² Konuşmanın içeriğinde ve miktarında fakirleşme veya çok konuşma ya da hiç konuşmama (mutizm) olabilmektedir.^{50,53} Hastada tepkisizlik ile duygulanımda küntleşme ve içinde bulunduğu durum veya ortam ile uygunsuz duygu durumu belirgindir.⁵² Mimiksiz bir yüz, nedensiz gülmeler, kahkahalar ve saldırganlık şizofreninin belirgin semptomlarıdır.⁵⁴

Hastaların bir kısmında psikotik başlangıç ani ve açık bir şekilde görülebilmektedir. Ancak büyük bir kısmında belirgin psikotik belirtilerin bulunmadığı, yavaş gelişen, haftalar-yıllar boyunca sürebilen anksiyete, depresyon, obsesyon ve kompulsiyonlar, panik, somatik yakınmalar gibi özgül olmayan semptomların bulunduğu prodromal bir dönem gözlenir. Bu dönemi psikotik belirtilerin belirgin olarak bulunduğu aktif dönem izlerken; sonrasında gelişen kalıntı döneminde ise tabloya negatif belirtiler hakimdir.^{49,55} Bilinç açıktır; zaman, yer ve kişiye yönelim tamdır. Fakat bazı kişiler, düşüncede meydana gelen bozulmalar sebebiyle, yönelimlerinin test edilmesi amacıyla kendilerine sorulan sorulara garip yanıtlar verebilmektedir.⁵² Düşünce içeriği, sanrı ve varsanılarla doludur ve işitme halüsinasyonları en yaygın rastlanılan varsanılardır. Kişi davranışları hakkında konuşan, kendisine bir şey yapmasını söyleyen veya kendisini uyaran sesler duymaktadır.⁵⁶ Buradaki önemli nokta, hastanın halüsinasyon ve hezeyanlara rağmen çoğunlukla oryantasyonunun sağlam oluşu; nerede ve hangi zamanda olduğunu biliyor oluşudur.⁵⁷ Varsanılar dışında özellikle hezeyanlarının içeriğiyle uyumlu yanılsamalarda görülebilmektedir; hasta bu sebeple yanından geçenlerin konuşmalarını farklı algılayabilmekte, insanları başkalarına benzetelebilmektedir.⁵⁸

Ayrıca şizofreni hastalarında asimetri ve sağ-sol karışımı, kaslarda, reflekslerde anormallikler, göz seğirmesi ve göz kırpması gibi görmeyle ilgili problemler, nesnelere dokunarak tanıyamama gibi nörolojik belirtiler de görülebilmektedir.⁵⁴ Şizofreninin diğer hastalıklardan ayırt edilmesini sağlayıcı temel bir klinik belirtisi bulunmamakta; teşhiste DSM ile ICD tanı ölçütlerinden yararlanılmaktadır.⁵⁹

DSM 5'e göre Şizofreni Tanı Ölçütleri; "A. Karakteristik belirtiler: Bir aylık bir sürenin önemli bölümünde aşağıdakilerden 2 ya da daha çoğunun bulunması: 1. Sanrılar, 2. Varsanılar, 3. Dezorganize (dağınık-anlamsız) konuşma, 4. Belirgin dezorganize ya da katatonik davranış, 5. Negatif belirtiler: duygusal küntlük, düşünce içeriğinin yoksullaşması ya da istem yokluğu, B. Toplumsal/ mesleki işlev bozukluğu: İş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından birinde ya da daha çoğunda, hastalık öncesine göre belirgin bozulma, C. Süre: Belirtiler en az 6 aydır sürüyor olmalı." şeklinde belirtilmiştir.⁴⁶

Tüm ülkelerde görülme sıklığı aşağı yukarı benzerdir ve yaşam boyu prevalansı % 0.5 ile % 1 arasında değişmektedir. İnsidansı yılda 100.000 kişide 10-54 olarak bildirilmektedir.^{51,60} DSÖ verilerine göre dünyada 21 milyonun üzerinde insanı etkilemiş bir ruhsal bozukluktur.⁶¹ Türkiye'de 700.000'in üzerinde insana şizofreni ve diğer psikotik bozukluk (psikoz) tanısı konulmuştur.^{57,62} DSÖ tarafından 2010 yılında yapılan çalışmada şizofreninin, yetiyetimine yol açan ruhsal hastalık ve madde kullanım bozuklukları grubunda; yetiyitimi ağırlığı açısından ilk sırada olduğu tespit edilmiştir.^{63,64}

Görülme yaşı 30'lu yaşlara kadar kadın-erkek oranı erkek lehine fazla iken, 40 yaşından sonra bu oran kadınlar lehine iki kat artmaktadır. Erkeklerde en sık başlangıç yaşı 15-25, kadınlarda ise 25-30'dur. 10 yaşından önce ve 50 yaşından sonraki başlangıçlar çok nadirdir.^{51,60} Ancak ailesinde şizofreni hastalığı yoğun olarak bulunan kişilerde bu hastalığın başlangıç yaşı sözü geçen aralıkların dışına çıkabilmektedir.⁵⁹

Şizofreninin oluş nedenine bakıldığında, hastalığın, kardeşler arasında % 11-14 oranında, çift yumurta ikizlerinde % 14,7 oranında ve tek yumurta ikizlerinde % 85 oranında görülmesi sebebiyle katılımın bu hastalığın oluş nedeninde önemi bir sebep olduğu düşünülmektedir, ancak aile içi ilişki ve duygusal-davranışsal faktörlerin, şizofreninin oluş nedenleri arasında, katılımdan daha büyük bir rol oynadığı öne sürülmektedir.⁶⁵ Şizofreninin ortaya çıkış sebebi konusunda kesin bir sonuca varılamamıştır. Araştırmacılar, şizofreninin birçok etkenin birleşimi ile ortaya çıkan bir bozukluk olduğunu ve kişi şizofreni için genetik bir yatkınlık taşıya bile hastalığın

sosyoekonomik durum, stres verici yaşam olayları, medeni hal gibi başkaca etkenlerde eklenmediği müddetçe ortaya çıkmayacağını belirtmektedir.⁵²

Bir netlik bulunmamakla birlikte, kuzey yarım küredeki şizofreni hastalarının çoğunlukla ocak-nisan aylarında, güney yarımküredeki şizofreni hastalarının ise temmuz-eylül aylarında doğdukları söylenmektedir.⁶⁶ Bu veriden yola çıkarak, etiyojisi zaten belirsiz ve karmaşık olan bu hastalığın kaynağının ne olduğu daha da karmaşık hale gelmektedir.⁵⁹

Şizofrenin tedavisinde ilaç kullanımı zorunludur. Buna ek olarak hasta ve ailesine yönelik destekleyici psikoterapi ve eğitimin gerekli olduğu ve hastalığın bir yıl içinde nüksetme ve yeniden hastaneye yatma olasılığını ciddi bir oranda düşürdüğüne ilişkin çalışmalar bulunmaktadır.⁶⁷ Bütün ilerlemelere karşın mevcut imkanlarla hastaların yaklaşık %30'unda iyileşme sağlanamadığı unutulmamalıdır.⁵⁹

Şizofreni ve madde bağımlılığı yakından ilişkilidir. Erken dönemlerde kullanılan uyuşturucu maddenin, şizofreninin ilerlemesinde etkili olduğu düşünülmektedir.⁶⁸

Bazı araştırmalar şizofrenlerin, suç işleme hususunda yüksek olmamakla birlikte istatistiki açıdan anlamlı bulunan bir risk artışının olduğunu göstermektedir.⁶⁹ Hastanın; ailesiyle ilişkisi ve toplumla etkileşimi, mesleki faaliyet ve boş zaman faaliyetlerinin eksikliği gibi diğer faktörlerde bu kişilerin saldırgan davranışlar sergilemesini etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır.⁷⁰ Bu kişilerin saldırgan olduklarına ilişkin önyargılar nedeniyle toplum tarafından dışlanmalarının, bu tür davranışlar sergilemelerine etki etmektedir. Düzenli tedavi alan şizofrenlerin genel nüfusa oranla daha tehlikeli olmadıklarını ifade eden yayınlar da bulunmaktadır.⁵⁹

Yakın zamanda yapılmış çalışmalar şizofreni hastalığı olan bireylerde suç açısından belirgin olarak artmış bir risk saptamışlardır. Bu risk artışı orta derecede tespit edilmiş olsa

da istatistiksel açıdan önem taşıyan bir orandadır.^{69,71} Şizofreninin, şiddet davranışını erkeklerde altı ile on kat arasında, kadınlarda ise sekiz ile on kat arasında arttırdığı bildirilmiştir.⁴⁷ Şizofreni ve diğer psikozlardaki öldürme davranışı üzerinde aldıkları tedavi ve tedavi sırasındaki süreç etkili bulunmuştur.^{72,73}

Şizofreni ve şiddet arasındaki ilişkiye dair yapılan bazı araştırmalar ise, toplum içinde saldırgan davranışlar gösteren veya saldırı teşebbüsünde bulunan kişilerin %8'inin şizofren olduğunu bildirmiştir. Şiddet riskinin en yoğun olduğu dönem hastalığın ilk beş veya ilk on yılıdır.⁷⁵ Suç işleyen akıl hastalarının yaklaşık olarak 1,3'ünün şizofren olduğu, bu kimselerde en sık rastlanan türünün ise paranoid şizofreni olduğu bildirilmektedir.⁶⁶ Şizofrenide yaygın olarak görülen hezeyanlar kötülük görme ve kıskançlık sanrıları olduğundan en çok işlenen fiiller de bu ruh halinin etkisinde öldürme, yaralama, firar gibi eylemlerdir ve öldürme, yaralama gibi fiiller daha çok anne, baba, kardeş veya eş gibi aile efradına yönelmiştir ve kullanılan suç aleti daha çok balta, satır, bıçak gibi ev aletleri olup ateşli silahlar geri planda kalmaktadır.⁶⁶ Şizofreni hastalarının işledikleri suçların sebepleri genellikle açıklanamamakta, mağdur olarak niçin o şahsın seçildiği anlaşılamamaktadır. Fiilin işleniş şekliyse hunharca ve suçtan sonra failin pişmanlık duymadığı görülmektedir.⁷⁶

Suç işlediği sırada şizofreni belirtileri içinde olan kişinin ceza sorumluluğu yoktur, ancak remiyon dönemindeki şizofreni hastaları işledikleri suçtan mesul tutulurlar ve ceza sorumluluklarının tam olduğu kabul edilir.²

2.3.2.1.2 Sanrılı Bozukluklar (Paranoid Durumlar)

Sanrılı bozukluk bir psikotik bozukluktur.⁵⁹ Sanrılı bozukluklarda belirleyici olan, tuhaf olmayan ve sistematik, gerçek hayatta gerçekleşmesi mümkün, fakat hastanın doğruluğunu ispat etmeye çalışmasına karşın bir türlü kanıtlayamadığı sanrıların bulunmasıdır.^{77,78} Bu psikotik bozuklukta sanrılar dışında başka bir düşünce bozukluğuna rastlanmamaktadır.⁷⁸ Paranoya teriminin kötülük görme sanrılarını akla getirmesi sebebiyle bunun yerine sanrılı

(hezeyanlı) bozukluk terimi kullanılmaya başlanmıştır.⁷⁹ Paranoid sanrılar çok sayıda akıl hastalığında görülebilmektedir. Paranoid durumlar içinde başlı başına bir hastalık olarak tanımlanan tek durum ise direngen sanrılı bozukluk olarak ifade edilen paranoyadır.⁵⁹ Bu sanrılar çeşitlilik gösterebilmektedir; hakkının yenildiğine (dava paranoyası), bir şeyleri keşfettiğine (keşif paranoyası), bir hastalığı olduğuna veya ünlü ya da kendisinden üstün bir kişinin kendisine âşık olduğunu sanma (erotomi) gibi. Hasta tüm yaşamını sanrılarına göre düzenlemektedir. Hastada sanrılar dışında belirgin bir bozukluk olmaz. Şizofrenin aksine, düşüncede biçim bozukluğu görülmemektedir.⁵⁹ Sanrılı bozukluklarda hastanın davranışları sanrılar ile bağlantılı fiiller dışında hastalıktan etkilenmez. Hasta, sanrılarını ile uyumlu bir ruh hali içine girmekte, hisleri ve fiilleri bu yönde şekillenmektedir.⁷⁸ Paranoid bozuklukta hastaların içgörülerini bozuk olduğu için ikna edilerek veya zorla psikiyatrik muayeneye götürülmektedirler.⁷⁷

Sanrılı bozukluklarda koku ve dokunma varsanıları veya sanrının muhtevasına uygun olacak şekilde gelip geçici nitelikte işitme ve görme varsanılarıyla da karşılaşılabilir. Belirgin işitme ve görme halüsinasyonları sanrılı bozukluk tanısından uzaklaştırır. Bu durumlarda şizofreni tanısı üzerinde durulması gerektiği söylenmektedir.⁷⁸

Sanrılı bozuklukta hastaların çoğunlukla sanrılarına uygun olarak; şantaj, suikast, öldürme, yangın çıkarma gibi fiilleri işledikleri görülmektedir.⁷⁶ Kıskançlık sanrılarının görüldüğü durumlarda eşe karşı şiddet çok sık karşılaşılan bir durumdur ve vakaların bir kısmında bu şiddet ölümle sonuçlanmaktadır.⁷⁹ Persekütör sanrılar ise kişiyi çoğunlukla kızgın ve öfkeli hale getirmekte, kendisine zarar verdiğini veya vereceğini düşündüğü kişilere karşı şiddete başvurmasına neden olabilmektedir.⁷⁹ Erotomanik sanrılarının mevcut olduğu durumlarda şiddet ve öldürme riski bulunmaktadır.⁷⁷

2.3.2.1.3 Şizoaffektif Bozukluk

Şizoaffektif bozukluk, ağır duygulanım ve psikotiksendromların birlikte görüldüğü durumları ifade etmektedir.⁸⁰ Yetmiş yıldan uzun bir süredir kesin olarak tanımlanamamış olup mevcut olan tanı tanımları güvenilir bir hastalık değildir.⁸¹ DSM-5'te hastalığın tanısı; tek hastalık döneminin klinik özelliklerine göre değil, psikozun başlangıcından itibaren izlenen klinik tabloda duygudurum belirtilerinin bir duygudurum bozukluğu tanısı konulacak şiddette olması gerekmektedir.⁵⁹

Şizoaffektif bozukluğun toplumda yaygınlığı %0,2 ile %1,1 aralığındadır.⁸² Şizofreni kadar sık görülen bu hastalığın hem başlama yaşı hem aralığı şizofreni ve bipolar bozukluktakine benzemektedir.⁸³ Şizoaffektif bozukluğun tedavisi için genel kabul görmüş bir öneri bulunmamakla birlikte; hastaların iyileşme oranı, şizofrenlere kıyasla daha yüksektir.⁸⁰

Şizoafektif Bozukluk Tanı Ölçütleri; “Aralıksız süregiden bir hastalık dönemi sırasında şizofreni A tanı ölçütlerini (sanrı, varsanı, dezorganize düşünce ve davranış) karşılayan belirtilerle eşzamanlı olarak manik, depresif ya da mikst bir atağın bulunması; Hastalığın aynı dönemi sırasında, en az 2 hafta boyunca, belirgin duygudurum belirtilerinin eşlik etmediği, varsanların ve sanrıların bulunması; Hastalığın aktif ya da rezidüel dönemlerinin önemli bir bölümünde duygudurum bozukluklarının tanı ölçütleri bulunması.” şeklinde belirtilmiştir.⁴⁶

2.3.2.2 Duygudurum Bozuklukları

Duygudurum bozuklukları içerisinde yer alan psikotik özellikli depresyon ve bipolar hastalık adli psikiyatri açısından önemlidir.⁵¹ Major depresif bozukluk tek kutuplu bir yapı göstermektedir.⁸⁴ Bipolar hastalık üç farklı şekilde ortaya çıkabilmektedir. Aşırı neşe, hareketlilik ve büyüklük duygusunun egemen olduğu mani dönemi; hayattan zevk

alamama, çökkünlük, durgunluk ve sessizliğin hakim olduğu depresyon dönemi ve bu iki döneme ait belirtilerin karışık bir biçimde ortaya çıktığı karma dönem olmak üzere üç dönem görülmektedir. Bu dönemler periyodik olarak ortaya çıkmakta ve yineleyici özellik göstermektedir.⁸⁵

Bir diğer duygudurum bozukluğu olan siklotimide ise en az iki yıl süreyle süren duygudurum dalgalanmaları mevcuttur. Bu bozukluk hipomanik nöbetleri takiben hafif depresif nöbetlerin görülmesiyle tanınır. Günler ve hatta haftalarca sürebilen bu dönemler en fazla iki ay uzunluğunda olabilmektedir. Arada normal duygudurum dönemleri bulunmaktadır.⁸⁶

Duygu durum bozukluklarına biyolojik ve psikososyal etkenler birbirleri ile etkileşerek neden olmaktadır. Psikososyal etkenlere ailede görülen bir ölüm, işini kaybetmek, doğum veya taşınma gibi olaylar örnek verilebilmektedir.⁸⁷ Bununla birlikte hastalık ilerledikçe açık psikososyal etken olmaksızın da hastalık periyotları ortaya çıkabilmektedir. Manide ve yineleyici çökkünlüklerde biyolojik etkenlerin daha fazla rol oynadığı kabul edilmektedir.⁵⁹

Bipolar bozukluğun toplumdaki yaygınlığı %0,4-1,2 arasındadır. Başlama yaşı 20-30'lu yaşlar arasındadır. Atakların tekrarlama süresi değişkenlik gösterir. Kadın ve erkekte görülme sıklığı eşittir ve tüm sosyoekonomik gruplarda ortaya çıkmaktadır. Bipolar bozukluk medikal hastalık veya madde kötüye kullanımı ile de ortaya çıkabilmektedir. Hastalığa genetik yatkınlık olduğu da bilinmektedir. Birinci derece akrabalarda iki uçlu bozukluk 10 kat fazla görülür.^{51,55} DSÖ'nün verilerine göre dünya çapında 60 milyon iki uçlu bozukluk hastası mevcuttur.⁸⁸ Ülkemizde DSM-4 tanı ölçütlerine göre, bozukluğun yaygınlığına ilişkin yapılmış bir çalışmada, yaygınlık %0,92 olarak tespit edilmiştir.⁸⁹

İki uçlu bozukluk tanısının koyulabilmesi için DSM-5 dizgesinde tek bir mani dönemi yeterli görülmeyle ICD-10 dizgesine göre ise birinin mani olması koşuluyla en az iki duygudurum bozukluğu döneminin olması gerekmektedir.⁵⁹ Mani dönemi sıklıkla iki ay

içinde yatışmaktadır.⁹⁰ Tek bir mani dönemi ile hastalığı atlatan kişi sayısı azdır. İyileşme göstergeleri bile iki uçlu bozukluğu olan hastaların %37'sinin bir, %60'ının iki yıl içinde yeni bir çökkünlük veya mani dönemi geçirdikleri bildirilmiştir.⁵⁹

Mani, grandiyöz bir benlik saygısı oluşumu, uyku ihtiyacında azalma, normalden daha konuşkan olma, düşünce ve çağrışımlarda hızlanma, dikkat dağınıklığı, amaca yönelik aktivitelerde artış, dikkatsiz davranışlar, cinsel aktivitelerde artış, çok ve gereksiz yere para harcama gibi belirtilerle ortaya çıkan yükselmiş bir duygu durumu halidir.⁸⁹ Genel bir coşkunculuk ve taşkınlık görülmektedir. Bu dönemde hasta; canlı, çok hareketli, aşırı güvenli davranışları ve abartılı giyimi ile dikkat çekmektedir. Hastanın düşünce akışı hızlanır, konuşması yüksek seslidir. Düşünce üretimindeki hızlanma sebebiyle sık sık konu değiştirmekte ancak basınçlı konuştuğundan bu sırada araya girmek, yorum yapmak mümkün olmamaktadır. Coşkulu, aşırı neşeli sıklıkla da öfkeli görülmektedir. Çökkünlük döneminde olduğu gibi bilinç açık, yönelim, bellek ve algılama genellikle tamdır. Başlangıçta dikkat, algı ve bellek artsa da giderek dikkatin belli bir noktaya odaklanması güçleşmektedir. Hareketlerde artma ve hızlanma, uyku gereksiniminde azalma, cinsel istekte artış görülmektedir. DSM-5'e göre bu belirtilerin en az bir hafta sürmesi tanı için gereklidir.^{59,91} Patolojik kumar, halka açık alanlarda soyunma eğilimi dönemin belirtilerindedir. Dini, mali, politik ve cinsel konularla uğraşmaları hezeyanlara varacak derecede büyük olabilmektedir.⁶⁶ Manik dönemde hastalığın seyrine psikotik belirtilerin de yani hezeyan (sanrı) ve/veya halüsinasyon (varsanı) eklenmesiyle psikotik mani tanısı konmakta ve bu duruma örnek olarak kişinin kendisini başbakan, dünya kralı, peygamber olarak görmesi örnek gösterilmektedir. Yani bu halde megalomanik temada psikotik belirtiler görülmektedir; ancak kendisini birilerinin takip ettiği, kötülük yapacakları şeklinde psikotik, şizofrenik belirtiler görülmesi duygudurumla uyumsuz psikotikmanik dönem olarak adlandırılmaktadır. Benzer durum, majör depresyonda olduğunda, yani hastalığın seyrine hezeyan ve/veya halüsinasyonların eklenmesi halinde psikotik depresyon hali söz konusu olmaktadır.⁷⁷

Depresyon döneminin temel belirtisi her şeye karşı ilgi kaybıdır. Kendisini ümitsiz ve değersiz hisseden hasta, duyduğu sıkıntıyı öldürücü bir acı olarak nitelendirir. Böyle bir

ruh halinin içinde olmanın etkisiyle intihara yönelme oranı yüksektir.⁶⁶ Kişi sürekli bir üzüntü, isteksizlik, huzursuzluk, kaygı hali içindedir ve sorumluluklarını yerine getirmemektedir.⁵¹ Bunun yanı sıra yeme ve uyku alışkanlıklarında da değişimler olabilir. İştah artışı veya kaybı, buna bağlı olarak kilo alımı veya kaybı olabilir. Uykusuzluk veya aşırı uyuma hali görülebilmektedir.⁵² Ayrıca hastalarda yemek yeme ve uyuma ile ilgili değişiklikler sebebiyle şeker, tansiyon, kalp hastalığı gibi hastalıklar ortaya çıkabilmektedir.⁶⁶ Depresyon belirtilerinden kurtulmak için alkol veya ilaç kullanımına başvuran hastalar görülmektedir.⁵¹

Major depresyon hastanın fizyolojik işlevlerinde durgunlaşmanın görüldüğü ve hastada değersizlik ve isteksizliğin yoğun olarak bulunan bir hastalıktır.⁵⁹ Tüm dünyada en sık görülen psikiyatrik bozukluk olan çökkünlük orta yaşlarda daha yoğun olarak gözlemlenmektedir.⁹² Ülkemizdeki toplumda yaygınlığı %8-20 olarak tespit edilmiştir.⁵⁹

Mani döneminde; dikkat dağınıklığının olması, oto-kontrol ve toplumsal frenin bulunmaması ceza sorumluluğu bakımından önemlidir.⁹³ Suçluluk duygusu, çaresizlik ve acı hissinin bulunduğu, bu bakımdan intihar eğiliminin sıklıkla rastlandığı depresyon döneminde hastalığın derinliğine bakılmak suretiyle ceza sorumluluğu tayin edilmelidir.⁹⁴ İki uçlu bozukluk tanısı konan hastaların yaklaşık %10 ile %20'si intihar girişimi sonucunda ölmektedir. Bu sebeple erken tanı koymak ve tedaviye de eş zamanlı başlamak, tedavi yanıtına göre ilaç seçimi konusunda esnek olmak klinisyen için zorunluluktur.⁹⁵

Mani veya depresyona hezeyan veya halüsinasyon gibi psikotik bulguların bulunması halinde, hastalığın algılama ve irade yeteneği üzerindeki etkisinin daha büyük olacağını ve bu nedenle adli psikiyatri açısından özellikle önemli olacağını belirtmek gerekmektedir. Nitekim bu durumlar yargılama ve dürtü kontrolünü bozan bozukluklar olarak tanımlanmaktadır. Psikotik özellikli manik atak ve eğer işlenen suç afekt ile bağdaşıyorsa psikotik özellikli depresif atak halinde ceza sorumluluğunun olmadığı kabul edilmektedir.⁹⁶

Araştırmacılar duygu durumu bozuklukları ve şiddet eylemlerinde ikisi arasında ilişki olduğunu savunurlar. Quanbeck ve arkadaşlarının 2004'te yaptıkları çalışmada, tutuklanan bipolar bozuklu tanılı hastaların çoğunun suç sırasında psikotik semptomların eşlik ettiği ve manikepizodda oldukları belirtilmiştir.⁹⁷ Mani atağında adam öldürme fiilinin şizofreni hastalığında olduğu kadar sık olmamaktadır. Bunun nedeni rahatsız bile olsalar, bu kişilerde sosyal normlara karşı farkındalıkların daha fazla olması ve dürtü kontrollerinin diğerlerine göre daha fazla olmasından dolayı kaynaklandığı düşünölmektedir.⁹⁸

Bipolar bozuklukta mani döneminde işlenen suçlarda genellikle ceza sorumluluğunun bulunmayacağı, tek uçlu veya iki uçlu bozukluklarda depresyon döneminde işlenen suçlar ise intihar öncesi çocuğunu öldürme veya arabanın önüne atlayıp trafik kazasına yol açmak gibi çoğunlukla hastalığın bir yansıması olduğundan bu halde de ceza sorumluluğunun etkileneceği belirtilmektedir.⁹⁹ Depresyonun hafif türleri ve hipomani gibi hallerde ise ceza sorumluluğunun genellikle tam olduğu veya azaldığı kabul edilmektedir.⁹⁸ Kişilerin olaydan sonra psikiyatrik değerlendirmesi yapılmamış ise işlemiş olduğu suçu hangi dönemde işlediği konusunda karar vermek güç olmaktadır.

Önemli olan konu duygudurum bozukluklarının hangi evresinde daha çok ne tür suçların işlendiği değer, dönemler halinde ortaya çıkan bu bozukluklarda failin ceza sorumluluğunun nasıl tespit edilebileceğidir.⁹⁴ Suç eyleminin işlendiği zamanda failin mani veya depresyon nöbetinde olup olmadığı ve bu durumların algılama ile irade yeteneği üzerindeki etki derecesine göre bir değerlendirme yapılması gerekecektir. Nöbetler arasındaki rahatlama dönemlerinde işlenmiş olan suç eyleminden failin ceza sorumluluğunun tam olduğu söylenecek, nöbet döneminde işlenmiş suç bakımından ceza sorumluluğu araştırılırken ise rahatsızlığın yetileri üzerindeki etkisi incelenecektir.⁵⁹ Akıl hastalığının ceza sorumluluğuna etkisi tayin edilirken somut fiil ile hastalık arasında bir bağlantı kurulması, hastalığın somut olayda failin algılama ve irade yeteneği üzerindeki etki derecesine göre bir sonuca ulaşılması gerekmektedir.⁹⁹

Mani döneminde hasta, kavga, görevli memura hakaret, yaralama, evden kaçma, tehdit, cinsel saldırı, hırsızlık, dolandırıcılık, konut dokunulmazlığını ihlali gibi eylemleri

işleyebilmektedir. Öldürme gibi suçlara ise seyrek rastlanmaktadır. Majör depresyon ise adli psikiyatrik açıdan maniye oranla çok daha büyük bir önem arz etmekte ve risk barındırmaktadır. Ancak majör depresyonda hastalar öldürme, özellikle cinsel uzuvları kesme gibi fiilleri gerçekleştirebilmekte, içinde buldukları sıkıntılı ruh hallerinden kurtulmak için intihar etmektedirler. Öldürme eylemleri ise özellik arz etmektedir, çünkü bu kişiler genellikle, acı çektiğini düşündükleri sevdiklerini çektikleri acıdan kurtarmak için öldürmektedirler. Bazen, bu kişileri öldürdükten sonra kendileri de intihar etmektedirler.⁶⁶

DSM 5'e göre Majör Depresif Dönem için Tanı Ölçütleri; "A. Burada bulunan maddelerden en az beşinin en az iki hafta süre ile bulunması; a. Depresif mizaç b. Anhedoni, ilgi-istek azalması c. İştah azalması ya da artması d. Uyku azalması ya da artması e. , psikodevinsel kıskırma (ajitasyon) ya da yavaşlama, f. Enerji azalması, yorgunluk g. Suçluluk, değersizlik hissi h. Konsantrasyon güçlüğü i. İntihar eğilimi;B. İşlevsellik bozulmuş olmalıdır.C. Belirtiler bir madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı olmamalıdır." şeklinde belirtilmiştir.⁴⁶

DSM 5'e göre Manik dönem için tanı ölçütleri; "A. Kabarmış, taşkın ya da 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 (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre), neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması. B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişik olması;1.Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri. 2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar). 3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma. 4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı. 5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir. 6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da

cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik). 7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

C. Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri olması.D. Belirtiler bir madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı olmamalıdır.” şeklinde belirtilmiştir.⁴⁶

2.3.2.3 Kişilik Bozuklukları

Kişilik bozuklukları DSM ve ICD sınıflandırmalarında bulunmasının yanında hastalık olup olmadıkları tartışmalı durumlardır; ancak genel olarak, çok heterojen tablolar göstermeleri, bir hastalık döneminin, tetikleyici faktörün, spontan iyileşmenin görülmemesi, tablonun değişiklik göstermeden yıllarca sürmesi, hiçbir somatik tedaviden yararlanmanın söz konusu olmaması ve hiçbir biyolojik emarenin bulunmaması gibi nedenlerle hastalık olarak nitelendirilmeleri isabetsiz bulunmaktadır.⁵¹

DSM-5, kişilik bozukluklarını üç ana başlık altında toplamıştır:⁴⁶

- 1- Garip, olağan dışı özellikli olan kişilik bozukluklarının bulunduğu A kümesi: paranoid, şizoid, şizotipal kişilik bozuklukları.
- 2- Yaratıcı, coşkusal nitelikte olan kişilik bozukluklarını içeren B Kümesi: Antisosyal, sınırda (borderline), histrionik, narsisistik kişilik bozuklukları.
- 3- Bunaltı, korku özelliklerini barındıran kişilik bozukluklarını içeren C Kümesi: Kaçınan, bağımlı, obsesif-kompulsif kişilik bozuklukları.⁴⁶

Kişilik bozukluklarında; “ego-sintonik” durumdaki kişi kendisini hatalı görmez ve kendisinde düzeltilmesi gereken bir durum olmadığını, çevresinin ona uymadığını iddia etmektedir. “Ego-distonik” haldeki kişi ise sorunların kendinden kaynaklandığı bilir ancak davranışlarını düzeltmekte başarılı olamaz.¹⁰⁰

Bütün kişilik bozuklukları içerisinde sosyal problemlere ve şiddet ihtiva eden davranışlara yol açma açısından en önemli kişilik bozukluğu tipi antisosyal kişilik bozukluğudur. Bu rahatsızlığı tanımlamak için sosyopat, psikopat, disosyal gibi ifadeler de kullanılır. Antisosyal kişilik bozukluğu suç eylemine eğilimi olan bir kişilik yapısıdır.¹⁰⁰ Antisosyal kişilik bozukluğu bulunan kişi en az 18 yaşındadır, fakat 15 yaşından önce başlayan davranım bozukluğu vardır. 15 yaşından beri süregelen, kendisinden başkalarının haklarını saymama, başkalarının haklarına saldırma (tecavüz etme), tutuklanma için zemin hazırlayan tekrarlayıcı eylemlerde bulunma, yasalara uygun toplumsal davranış biçimine ayak uyduramama, sürekli yalan söyleme, takma isim kullanma, dürtüsellik (impulsivite), anında hazza eğilim, sinirlilik ve saldırganlık, kendisinin ve başkalarının güvenliği konusunda umursamazlık, bir işi sürekli götürememe, sürekli sorumsuzluk, başkalarına zarar vermiş olmasına karşı ilgisiz olma ya da yaptıklarına kendince mantıklı açıklamalar getirme ile belirli olmak üzere vicdan azabı çekmeme ve bunun gibi birçok özellik bulunur.⁶⁶

Psikopatik hareketleri inceleyen araştırmalarda aile hayatı ile ilgili değişkenlerin de önemi belirtilmiştir. Tutarsız ve disiplinsiz tutumların olduğu, alkolizma ve suça eğilimli, çok dayak atan ana-babanın bulunduğu düzensiz, dengesiz ve parçalanmış ailelerde yetişenlerde, yuvalarda, kimsesizler yurdunda yetişenlerde, ağır cinsel bozukluk gösterenlerde psikopatik davranışlar gelişebildiği gözlenmiştir.¹⁰¹ Erişkinlikteki kişilik bozukluklarının gelişimsel seyrine bakıldığında; genetik yatkınlık ve erken dönem olumsuz yaşam deneyimlerinin (çocukluk çağı ihmal ve istismarı, bağlanma bozuklukları) kompleks bir biçimde erken dönem akıl hastalıklarına sebebiyet verebileceği; bu durumun daha sonra kişilik bozukluklarına evrilebildiği söylenmektedir. Bahsedilen etkenler, erken yetişkinlikte nörolojik gelişime etki ederek yoğun duygusal düzensizlik, kendilik uyumunda bozulmalar, madde kötüye kullanımı, kendine zarar verme, tehlike algısında ve

yanıtlama biçiminde çarpıklıklar, sosyal yetkinlikte eksiklikler, iç görüde azalma ve diğer insanlar ile empati kurmada zorluk olarak ortaya çıkmaktadır. Antisosyal Kişilik Bozukluğu olan kişilerde yakın zamanda yapılan beyin görüntüleme çalışmaları, psikopatik kişilik özellikleri ve antisosyal davranış ile prefrontal (özellikle de orbitofrontal) işlev bozukluğunu ilişkilendirmektedir. Prefrontal bölgede lezyonu bulunan hastalar, fiillerinin sonuçlarına duyarsız gibi görünür ve avantajlı kararlar vermek için başarılı bir strateji oluşturamazlar. Buradaki kopukluk, hasta bireylerin deneyimlerinden çıkarımlarda bulunamamasının ve sürekli olarak ağır ve ciddi neticeleri olan davranışları baskılayamamalarının nedeni olabilir.¹⁰² Bu tipteki hastalar sıklıkla çocukluk çağı minimal beyin hasarını destekleyen anormal EEG bulguları ve silik nörolojik belirtiler göstermektedir.¹⁰³ Bunun dışında kişilik bozukluğu ile ilgili yapılan birçok çalışmada ciddi ataklık gösteren olgularda BOS 5- HIAA (5-Hidroksi Indol Asetik Asit) düzeyleri önceden tedavi almış şiddet tutumları olanlara oranla daha düşük bulunmuştur.¹⁰⁴ BOS 5- HIAA seviyesindeki azalmanın saldırgan dürtülerin kontrolünü zorlaştırdığı bilinmektedir.¹⁰⁵

Antisosyal kişilik yapısına sahip bireylerin saldırganlığından en çok zarar gören ailesidir. Bazı araştırmalar ise, antisosyal kişilik bozukluğu olanların, sıklıkla tanımadıkları erkeklere zarar verdiklerini söyler. Antisosyal kişilik bozukluğu olan kişiler adam öldürme suçu dahil her türlü suçu işleyebilirler.⁵¹ Antisosyal kişilik bozukluğunda madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımı çok sıktır. Özellikle alkol ve/veya madde kullanımı ile birleştiği zaman saldırganlık riski ve sıklığının anlamlı derecede arttığı bildirilmektedir.^{106,107}

Yapılan araştırmalar sonucunda suça karışmış kişilerin en başta “Antisosyal Kişilik Bozukluğu” ve Psikopati olmak üzere yüksek oranda kişilik bozukluğu tanısına sahip olduklarını göstermektedir. Bunun dışında Paranoid, Pasif-Agresif Kişilik Bozuklukları ile narsistik davranışların adölesanlarda ve genç yetişkinlerde şiddet içeren suçların işlenmesindeki riski yükselttiği bilinmektedir.¹⁰⁸

Borderline Kişilik Bozukluğunda yoğun öfke duyguları ve dürtüsel davranışlar belirgin olsada yoğun stres altında geçici paranoid düşünce ya da ağır dissosiyatif semptomların varlığı suça karışma riskini artırır özelliklerdir.¹⁰⁹

Çoğul Kişilik Bozukluğunun kişilerde seksüel işlev bozukluklarına sebep olduğu; seksüel dürtü kontrolünde kayıplara sebep olabileceği, hem homoseksüel hem heteroseksüellerde sado-mazoşizm, pedofili, zoofili, teşhircilik ve erotik asfiksinin görülebildiği söylenmektedir.¹¹⁰

Şizotipal Kişilik Bozukluğunda ise, şizofreninin bazı bulguları ve karakteristik özellikleri görülebilmektedir. Çeşitli aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları sonrasında ulaşılan neticelere göre Şizotipal Kişilik Bozukluğu, şizofreni ile genetik yönden ilişkili görülmektedir.¹¹¹

Obsesif kompulsif bozukluk; saplantı ve/veya zorlantıların görüldüğü, çoğunlukla uzun süreli bireyin günlük işlevlerini belirgin bir şekilde etkileyen bozukluktur. Saplantı, irade dışı gelen ve bilinçli bir çaba ile kovulamayan, kişiyi tedirgin eden, inatçı biçimde yineleyen düşünce, imge ya da dürtülerdir. Bunlar bireyin mantığına, görüşlerine, ahlak anlayışına ve inancına ters düşmektedir. Zorlantı ise genellikle saplantılı düşünceleri kovmak için yapılan irade dışı tekrarlayan hareketlerdir. İlk başlarda saplantılı düşünceleri kovmak için yapılan bu hareketler zamanla kontrol edilemeyen ve sıkıntı veren bir düzeye ulaşmaktadır. Bireyin, temiz olduğunu bildiği herhangi bir şeye dokunduğunda elinin kirlendiği düşünmesi bir saplantıdır, bu durumdan kurtulmak için kişinin birçok kez el yıkaması ise zorlantıya örnek verilebilmektedir. ICD-10'a göre bu hastalığın teşhisi için saplantı ve zorlantıların en az iki hafta devam etmesi gerekmektedir.⁶⁶

DSM ve ICD baz alınarak yapılan tanılama sürecinde göze çarpan başka husus ise bireylerin birden fazla kişilik bozukluğunun karakteristik özelliklerini taşımasıdır.¹¹² Bu sebeplerden ötürü kişilik bozukluklarının diğer psikiyatrik bozukluklar ile birlikte görüldüğü bildirilmektedir. Örnek olarak Antisosyal Kişilik Bozukluğu ve Borderline

Kişilik Bozukluğu tanısı konulan kişilerde madde kullanım bozuklukları da sıklıkla görülür.^{114,115,116,117} Borderline Kişilik Bozuklukları incelendiğinde psikotik hastalıklara ait özellikler ile nevrotik fonksiyonelliğin bir arada olduğu görülmektedir. Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan hasta grubunda en fazla rastlanılan bozukluk Borderline Kişilik Bozukluğu (%27.2).olduğu görülmektedir.¹¹⁸ DSM sistemi bazı hastalıkların oluşturduğu fonksiyonel işlev kayıpları ile ilgili olarak bilgi vermez bu nedenle buradaki ilgili tanılar hukuki anlamda adli sorunları çözemez.¹¹³ Budurumda adli psikiyatri konusunda deneyim sahibi kişiler tarafından hastanın çok detaylı değerlendirilmesi gerekir. Kişilik bozukluklarına genel olarak başka bir hastalık eklenmemiş ise ceza sorumluluğu var kabul edilir.

Antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerde suç işlemenin neredeyse kişinin bir karakter özelliği olması, bu bozukluğun bulunduğu kimselerin ceza sorumluluklarının tayini sorunlarını da önemli hale getirmektedir. Antisosyal kişilik bozukluğu sırasında ağırlıklı olarak ceza sorumluluğunun tam olduğu kabul edilmektedir.⁵¹

Hastalıklarla ilgili tanımlamalar klinisyenlerin, hastalarının tedavi planlarını ve olası sonuçlarını belirlemelerine yardımcı olmasını hedeflerken mevcut psikiyatrik bozuklukların cezai ehliyete etkisini sınıflamaya giden bir araştırma da bulunmamaktadır.⁴⁶ Rutin uygulamalarda kullanılan tanı güvenilirliği bu anlamda hem kullanışlı ve uygulanabilir hem de amaca yönelik değildir. Bu zorluğun giderilmesinde “tanı geçerliği” kavramının yol gösterici olduğu ifade edilebilir.¹¹⁹

DSM 5’e göre Antisosyal kişilik bozukluğu tanı ölçütleri; “A-Belirtilen bulgulardan aşağıdakilerden en az üçü ile belirli, 15 yaşından itibaren süregelen, başkalarının hakkını umursamayan ve çiğneyen yaygın bir örüntü;1-Tutuklanmasına yol açan eylemlerde bulunma, yasal sorumlulukları yerine getirmeme, 2-Sık yalan söyleme, takma ad kullanma, başkalarını dolandırma, 3-Dürtüsellik ya da geleceğini tasarlamama, 4-Sinirlilik, saldırganlık, başkalarının hakkına el uzatma, 5-Kendinin ve başkalarının güvenliğini önemsememe, 6-Sürekli bir işinin olmaması, parasal yükümlülüklerini yerine getirmeme, 7-Kötü davranışları sonucunda pişmanlık duymama. B-Kişi en az 18 yaşındadır.C-15 yaşından önce davranım bozukluğu olduğuna dair kanıtlar vardır.D-Toplum dışı davranışlar

yalnızca şizofreni ya da iki uçlu bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamış olması.” şeklinde belirtilmiştir.⁴⁶

2.3.2.4 Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları

Tarihin erken dönemlerinden beri ruhsal durumu değiştiren çok sayıda madde kullanılmıştır. Bunlara alkol, amfetamin ve benzer etkili ajanlar, kafein, doğal ve sentetik kannabinoidler, kokain, halusinojenler, inhalanlar, nikotin, opiyatlar, fensiklidin ve benzeri maddeler, sedatif, hipnotik, anksiyolitik etkili ilaçlar gibi çok sayıda örnek vermek mümkündür.⁶⁶ Alkol, uyutucu, uyarıcı ve uyuşturucu maddelerin kullanımı, kişilerin fiillilerinin hukuki anlam sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğini etkileyebilmesi nedeni ile adli psikiyatrik olarak değerlendirilmesi gerekir.

Alkol veya madde kullanımından sonra ortaya çıkan psikozlar da akıl hastalığı ile ilgili kabul gören rejime tabi tutulduğu için bunu da akıl hastalığı kapsamında değerlendiriyoruz.¹²⁰ Burada sözü edilen husus alkol veya madde kullanımının bir huy olması değil kronik bir hal almasıdır. Bunun anlamı kişi alkol ve madde kullanımını artık bir huy haline getirmişse bu maddeleri kullanmadığı zamanlarda normal kişiliğine bürünerek hayatını devam ettirebilir fakat kronik bir hale gelmesi alkol veya uyuşturucu madde kullanımından meydana gelen zehirlenme sonucunda patolojik bir hal alması ve kendisini akli bir bozukluk şeklinde göstermesidir. şöyle ki bu maddelerin kullanımının doğurduğu etki artık geçici olmaktan çıkmış ve bireyde bir kişilik bozukluğu ortaya çıkarılmıştır diyebiliriz. Bir huy halini alan sarhoşluktan farklı olarak birey bu maddeleri kullanmadığı zamanlarda dahi bu kronik zehirlenmenin bir sonucu olarak akli melekeleri ve iradi hareketleri konusunda sıkıntı yaşamaktadır.¹²¹

DSM-5'e göre alkol ve madde kullanım bozuklukları; madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı olmak üzere iki alt başlıktan oluşur.

Alkol ve madde kötüye kullanımı; 12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, bireyin alması beklenen başlıca sorumlulukları alamamasına neden olan, fiziksel olarak tehlike oluşturacak şekilde yineleyici bir biçimde alınan, yasal sorunlara neden olan, alkol veya maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği yineleyici kişiler arası sorunlara rağmen devam eden kullanımdır.⁶⁶

Alkol ve madde bağımlılığı; 12 aylık dönemde ortaya çıkan, tolerans gelişmesi nedeniyle kullanımda miktarın artışına neden olan, kişide yoksunluğa ve buna bağlı sürekli kompulsif kullanıma neden olan, tasarlanan kullanım miktarını aşan, kontrol altına alınamayan, kullanmak ya da etkisinden kurtulmak için çok zaman harcanan, önemli toplumsal ya da kişisel etkinlikleri azaltan ve tüm bu sorunlara rağmen devam eden alkol veya madde kullanımı olmasıdır.⁶⁶

Uyarıcı ve uyuşturucu maddelerden hangilerinin tek tek sayılarak psikoza sebebiyet verdiğine dair bir bilgiye ulaşmak zordur. Çünkü bu uyuşturucu ve uyarıcılar çok çeşitli olmakla birlikte her geçen gün bunlara bir yenisini daha eklenebilmekte ve bu maddeler kişilerde farklı etkilere sebep olabilmektedir. Şöyle ki, son zamanlarda bir takım tıbbi ilaçlar dahi amacının dışında kullanılarak bu uyuşturucu maddelerin alternatifini yerine geçebilmektedir. Bu durumda engel olunması gereken çok önemli bir problemi işaret etmektedir. Hangi maddelerin uyuşturucu madde kapsamında sayılacağına ilişkin Dünya Sağlık Örgütü'nün bir tanımı bulunmaktadır; "Bitkisel veya sentetik menşeli olup, merkezi sinir sistemini etkileyerek fizik ve/veya psikişik bağımlılık hallerine yol açan ve bazı hallerde tek konulu (kullanmanın devamı üzerine dozajı artırmak ihtiyacının duyulması) ve diğer bazı hallerde ise aynı kişinin değişik uyuşturucu kullanması gibi çift konulu tutku yaratan bütün maddeler uyuşturucu madde sayılırlar" şeklinde ifade edilmektedir.¹²²

Alkol kolay ulaşılabilirliği ve az maliyeti sebebiyle kullanımı yaygın olan bir madde olduğundan daha fazla kişiyi risk altına alabilmekte ve bu nedenle de sebep olduğu akıl hastalıkları, psikiyatri bilminde oldukça önemli bir alanı kapsamaktadır.⁶⁵ Alkol ve benzeri diğer maddelerin merkezi sinir sistemi üzerindeki etkisi, kişiden kişiye farklılık gösterir. Kullanılan doza, maddenin cinsine ve kullanım süresine bağlı olarak ortaya çıkan

klinik tablo büyük değişkenlik gösterir. Mesela alkol, düşük kan seviyelerinde beyin üzerinde uyarıcı etkiyle kendine güvenmede artış, konuşkanlık, iyimserliğe neden olur, daha ileri seviyelerde motor bozukluklar, beyin üzerinde depresan etkiyle zihinsel faaliyetlerde azalma, emosyonellabilite, otokontrolün zayıflamasıyla kavgacı, kinci tutum ve sonrasında konuşma, yürüme, görme bozukluğu olarak ortaya çıkar, çok ileri seviyelerdeki alkol düzeyi, konfüzyon ve amnezi yapar, kan basıncını düşürür, solunumu yüzeyselleştirir ve kişiyi komaya sokabilir.⁶⁶ Alkol kullanımı ve bağımlılığı sonucunda akut zehirlenme, alkol kesilme sendromu, deliryumtremens, alkol halüsinozu, Korsakov psikozu, alkole bağlı bunama ve başka bilişsel bozukluklar, alkol paranoyası, alkole bağlı nörolojik ve başkaca bedensel hastalıklar ortaya çıkabilmektedir.¹²³ En önemli sorunlarından biri, bağımlılığa bağlı olarak oluşan konfüzyon, halüsinasyonlar, illüzyonlar, korku ve panik halleri, titreme, terleme, ateş yükselmesi, kalp-damar iflası ile kendisini gösteren, ciddi bir tedavi yürütülmemesi halinde ise ölümle sonuçlanabilen deliryum tremenstir.⁶⁵

Alkol bağımlılığı tanısının konulabilmesi için bireyde tolerans ve kesilme belirtilerinin bulunması şarttır. Alkolde tolerans terimi, gittikçe artan oranda alkol kullanımını ifade etmektedir, bu durumda istenen etkiyi oluşturmak amacıyla giderek artan oranlarda alkol miktarına ihtiyaç duyulması veya aynı oranda alkol kullanımına rağmen alkolün etkisinin belirgin seviyede azalması söz konusudur. Yoksunluk ise uzun süre yoğun alkol kullanımından sonra, alınan alkol miktarının azaltılması veya alkol alımının kesilmesi halinde kişide fizyolojik ve bilişsel belirtiler ile davranış bozukluklarının baş göstermesidir. Bu durumda kişi yoksunluk belirtilerini kaldırmak veya hafifletmek amacıyla tekrar alkol almaya başlamaktadır.⁶⁶ Tolerans ve yoksunluk belirtilerinin yanında bireyde içmeyi durduramamak, özdenetimin bulunmaması, sosyal ve ailevi yaşamı sürdüremeyecek raddede içki tüketimine devam etmek, alkol kullanımı dışında başkaca ilgi odağının bulunmaması, sağlığa zararlı olduğunu ve yaşamını olumsuz yönde etkileyeceğini biliyor olmaya rağmen içmekten vazgeçmemek ve bir süre bırakmanın ardından tekrar başlama halinde bağımlılık belirtilerinin hızlanması bulgularının genellikle birçoğuna birlikte rastlanmaktadır.¹²³ Alkol bağımlılığından farklı olarak alkolün zararlı kullanımda, tolerans, yoksunluk ve kompülsif kullanım belirtileri bulunmamaktadır. Yineleyen ve önemli olumsuz neticelerine rağmen tekrar tekrar alkol kullanımına devam edilmektedir.⁶⁶

Alkolün bu şekilde kullanımı fiziksel problemler ortaya çıkabileceği gibi yüksek miktarda alkol tüketimine bağlı depresif bozukluklara da yol açabilmektedir.¹²⁴

Madde kullananların aktif suç eylemine karışma dönemleri, özellikle maddenin kötüye kullanımının görüldüğü ama bireyde henüz tam bir yıkıma neden olmadığı ilk dönemlerdir.¹²⁵ Colins ve Messerschmidt'in 1993'te yaptıkları çalışmada cinayet suçlularının önemli bir oranının (%50) olay sırasında alkollü olduğu, Kellennan ve arkadaşlarının çalışmasında ise cinayetin meydana geldiği evlerdeki alkol tüketiminin (%73) cinayetin meydana gelmediği evdekilerden (%53) daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Uyuşturucu madde bağımlısı kişilerde geniş ölçüde suça bulaşırlar. Bu tarz kişilere İngiltere'de "Junkies" denilir. Bağımlı kişiler parayı sık ve çabuk bulmak zorunda olduklarından Junkies'lerin cinayet gibi ağır suçları işleyebildikleri görülmektedir.^{126,127} Uyarıcıların intoksikasyonunda erken dönemde irritabilite, ajitasyon, öfori ve şiddet davranışları görülebilir. Yoğun kokain kullanımına bağlı olarak mani benzeri tablo oluşabilir. Kokain içme isteği de kişide şiddet davranışına yol açabilir. Uzun süreli amfetamin kullananlarda paranoid hezeyanlar sebebiyle şiddet davranışı görülebilir.¹²⁸ Doğal kanabis olarak bilinen ve hint keneviri bitkisinden elde edilen esrarın kullanımına bağlı olarak bireyde gevşeme, zaman algısında öznel yavaşlama, depresyon, paranooid düşünceler ve anksiyete gibi akut etkiler meydana gelmektedir.⁷⁷ Türkiye'de Bonzai, Jamaika olarak adlandırılan maddeler ise sentetik kannabinoidlerdir ve bu gibi sentetik kannabinoidlerin kullanan kişilerin üzerinde meydana getirdiği etkiler konvülsiyonlar, anksiyete atakları, yönelim bozukluğu, halüsinasyonlar, paranoya, intihar düşüncesi olarak özetlenebilir.¹²⁹ Araştırmalara göre opioid bağımlılığı başladıktan sonra suç işleme eylemlerinde artış olur. Maddeyle bağlantılı olmayan tutuklanma oranları, maddeye bağımlılık başladıktan sonra %150- 300 oranında artmakta ve özellikle maddeyi temin etmek için işlenen suçlarda artış görülmektedir.¹³⁰ Alkolün özellikle majör mental hastalığı olanlarda prefrontal korteksi etkileyerek agresif ve impulsif davranış inhibisyonunu azalttığı düşünülmektedir.¹³¹ Suç eylemine karışan akıl hastalarında alkol madde kullanım bozukluğunun daha fazla olduğu, ayrıca bu hastalarda saptanan alkol veya madde kullanımının suç davranışında önemli bir belirleyici olduğu belirtilmektedir. Şizofreni hastalığı olanlarda şiddet davranışı riskini yedi kattan fazla arttırırken,

şizofreniye alkolizmin eşlik etmesi durumunda ise risk on yedi kattan fazla artmaktadır.^{132,133}

Alkol ve madde bağımlısı bireylerde sıklıkla dürtü kontrol bozuklukları ve bunun beraberinde getirdiği cinsel sapıklıklar, anti-sosyal kişilik bozuklukları, bellek çöküntüleri, ahlak ve sorumluluk algısında bozulmalar ortaya çıkabilmektedir. Bu tarz bağımlıların tehlikeli olduğunu gösteren bir başka noktada yoksunluğunu hissettikleri anda bu maddelere tekrar ulaşabilmek için suç işleyebilecek bir hale gelmeleridir.¹³⁴

Alkol veya uyuşturucu madde kullanımında ceza sorumluluğunun nelere göre belirleneceği hususu soruludur. Kişilerdeki bağımlılık ve zararlı kullanım ayrımının önemi burada açıkça ortaya çıkmaktadır. Bağımlılık halinde ortaya çıkan belirtiler de dikkate alındığında bireyin algılama ve irade yeteneğinin önemli derecede etkilendiği, kronik alkol veya uyuşturucu madde zehirlenmesinin bir çeşit akıl hastalığı olduğu, bu nedenle bu kişiler hakkında akıl hastalarına özgü sorumluluk rejiminin geçerli olması gerektiği belirtilmektedir.^{135,136} Nitekim TCK'da alkol ve uyuşturucu madde bağımlıları hakkında ceza yerine güvenlik tedbiri öngörülmüş olması da mevcut kanunun bu durumu geçici nedenler kapsamında değil de akıl hastalığı kapsamında gördüğünü göstermektedir.¹³⁷ Bu yargıya göre; suç işlemiş alkol veya uyuşturucu madde bağımlılarının, bu kimselere özgü sağlık kuruluşunda tedavi altına alınmasına karar verilecektir. Alkol kötüye kullanımı veya zararlı kullanım olarak ifade edilen itiyat halinde tolerans, yoksunluk ve kompulsif kullanım belirtilerinin bulunmadığı göz önünde bulundurulursa alkol bağımlılığı ve kullanımından kaynaklanan kronik alkolizm, dipsomania gibi hastalıklar ile akut zehirlenme hallerinde akıl hastalarına özgü sorumluluk rejiminin uygulanacağını, zararlı kullanım halinin ise kural olarak ceza sorumluluğuna etki etmeyeceğini kabul etmek gerekmektedir. Fakat ceza sorumluluğu belirlenirken her olay bireydeki alkol kullanımına bağlı bozukluğun türü, etkileri ve işlenen suç ile alakası dikkate alınarak değerlendirilmelidir.⁹³ Bu bağlamda, birey suç eylemini gerçekleştirdiğinde; maddeyi kendi iradesi ile mi aldığı, iradesi ile almamış ise işlediği iddia edilen suçun maddenin etkisine ile gerçekleşip gerçekleşmediği araştırılması gerekir. Madde bağımlısı olduğu kabul edilen kişilerin madde etkisi olmadan gerçekleşen suçlarda

da bağımlılığın suçun işlenmesinde etkisi olup olmadığı, kişinin suç öncesi, suç sırasında ve suç sonrası tutum ve davranışları, tıbbi ve kriminal öyküsü ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gerekir.

2.3.2.5 Zihinsel Yetersizlikler

Zekâ, belirli bir sosyo-kültürel yapının içinde, kişinin mantıklı düşünebilme, sorunlara çözüm sunabilme, soyut düşünme, karmaşık fikirleri kavrama ve deneyimlerden öğrenme gibi kabiliyetlerini içeren genel zihinsel kapasitesidir.¹³⁸ Zekâ geriliğinin genel nüfusa oranının %1 civarında olduğu düşünülmektedir. Normal olarak zekâ doğumdan itibaren 15-25 yaşlarına kadar artar ve sonrasında genellikle değişim göstermez. Zekâ geriliği mevcut ortalamanın altında entelektüel işlevsellik ve uyum becerilerinde yetersizlikle beraber ortaya çıkar.⁶⁶

Günümüz bilgileri ışığında zekâ geriliğinin oluşmasında genetik, biyolojik, çevresel ve psiko-sosyal etkenlerin birleşik etkisinin olduğu yönündedir.⁶⁶ Zekâ geriliği doğuştan olabileceği gibi ilk çocukluk yıllarında da ortaya çıkabilir. Zekâ gerilikleri doğum sürecinden kaynaklanabileceği gibi kalıtsal nedenlerle de olabilir. Anne karnında iken maruz kalınan travma, yoğun radyasyon, enfeksiyon, tansiyon yüksekliği gibi hastalıkların etkileri nedeniyle veya doğum sırasında ve sonrasında çocuğun yaşadığı hipoksi ve kafa travmaları, sonrasında yaşanan kızamık, menenjit gibi hastalıklar nedeniyle de ortaya çıkabilir.¹³⁹ Zekâ geriliği olan kişilerde bunun yanında genellikle depresyon, mani, anksiyete bozukluğu, fobiler, obsesif kompulsif bozukluk, konversiyon bozuklukları ve psikotik bozukluklar da görülmektedir.¹⁴⁰

Zekâ geriliği tanısı konulurken kişinin özgeçmişi ve aile öyküsü, standart zekâ değerlendirmesi, nörolojik muayene, laboratuvar testleri ve uyum işlevinin değerlendirilmesi ile ortaya konulur.⁶⁶ Günümüzde Türkiye’de Stanford-Binet ve çocuklar için gözden geçirilmiş Welshler zekâ Değerlendirme Testi (WISC-R, WISC-3) en yaygın kullanılan zekâ testleridir. Genel entelektüel işlevsellik, uygulanan zekâ testlerinin

değerlendirilmesi neticesinde elde edilen zekâ bölümü (IQ ya da IQ eşdeğeri) ile tanımlanır.⁶⁶

Yapılan araştırmalarda zekâ geriliği olan bireylerde şiddet davranışı riskinin, normal bireylerden fazla olduğu ortaya konmuştur. Bu eylemler sıklıkla homisit ve cinsel suçlardır. Düşük IQ seviyesinin kişilerde, özellikle küçük yaşlarda şiddet eylemlerine bulaşma olasılığını arttırdığı görülmüştür. Zekâ düzeyinin yüksek olması ise çoğu zaman şiddet eyleminden koruyan bir faktördür.⁹⁸

Hafif zekâ geriliği: Zekâ geriliği bulunan kişilerin %89'u bu geriliği hafif düzeyde yaşamaktadır, IQ'ları 55-69 olan kişilerin bu durumu okul çağına kadar anlaşılabilir. ^{66,143} Görünüşte herhangi bir ruhsal bozukluğa rastlanmasa da detaylı bir inceleme ile düşünce yapılarının künt olduğu, muhakeme, hayal etme gibi yetilerinin fakir olduğu görülen bu kişiler, iyi bir eğitimle orta öğretime kadar gelebilmekte; karmaşık olmayan işlerde çalışabilmekte ve sosyal, ekonomik ve evlilik hayatlarını destek almak suretiyle sürdürebilmektedirler.¹⁴⁴ Hafif derecede zekâ geriliği olan kişilerden bazıları itaatkar, uysal, iyi kalpli, telkine müsait ve cömert karakter özellikleri gösterirken bir kısmı ise sosyal açıdan uyumsuz kişilik yapısındadırlar.²⁷ Hafif zekâ geriliği olan kişilerin zekâ yaşı 9-12 yaşındaki bir çocuğun zekâ seviyesini geçmemektedir. Ego potansiyellerinin zayıf olması nedeniyle rahatlıkla psikoza girebilen, çok kısa süreli de olsa eksitasyon ve polimorf sanrı atakları geçirebilen bu kimseler, daha çok cinsel saldırı, çocukça hırsızlıklar, yalan, iftira, yağma ve yaralama eylemlerini gerçekleştirmektedir. Hafif derecede zekâ geriliği bulunan kişilerde telkine yatkınlık çoğunlukla bir karakter özelliği olduğundan ve muhakeme yetenekleri kusurlu olduğundan suça teşvik edilmek suretiyle suç yoluna girmeleri de mümkündür.⁶⁶

Orta Derecede Zekâ Geriliği: Zekâ gerilikleri arasında %10'luk kısmını oluşturan ve 40-54 IQ seviyesine sahip orta derecede zekâ geriliğine sahip hastaların durumları ise okul öncesi dönemde fark edilmektedir. Eğitim dönemlerinde 2. sınıf düzeyine geçmeleri beklenmese de bu kimseler, daha önce bildikleri yerde dolaşabilmekte ve bir takım destekleyici koşullarla mesleki konularda becerikli hale gelebilmektedirler.⁶⁶ Fakat tüm

faaliyetlerinde ömür boyu denetim altında tutulmaları gerekebilmektedir.¹⁴⁰ Orta zekâ geriliğinin görüldüğü bireylerin arzu ve hiddet dürtülerini denetleyememektedir.⁶⁵ Bu bireyler, her türlü kötülüğü basit sebeplerle gerçekleştirebilmektedirler.⁶⁶

Ağır Zekâ Geriliği: Zekâ düzeyi 20-34 IQ arasında olanları kapsar. Bu durum bütün zekâ gerilikleri içinde %3-4'lük dilimi oluşturmaktadır.⁶⁶ Bu kişilerin dil yetileri çok yavaş ve geç gelişmekte, motor fonksiyonlarda belirgin gerilik görülmektedir.¹⁴⁰ Motor gerilik ve dil yetilerindeki eksiklikler nedeniyle okul öncesi dönemde tanı koyulabilmektedir.⁶⁶ Okul döneminde konuşmayı öğrenebilir, eğitimle temel düzeyde de olsa öz bakımlarını gerçekleştirebilecek düzeye gelebilir ve zekâ geriliği ile birlikte başka bir sorun yoksa aile içinde toplum hayatını uyumlu bir şekilde sürdürebilirler. Ancak erken çocukluk yıllarında duyu-motor işlevlerinde önemli derecede eksiklikleri bulunan ileri derecede zekâ geriliğine sahip kişilerin, çok özel bir çevrede yaşamaları ve devamlı bireysel yardım almaları gerekmektedir.¹⁴⁶

İleri Derecede Ağır Zekâ Geriliği: Zekâ düzeyi 20 IQ'nın altında olan kişilerin yaşamları genellikle uzun sürmemekte; çoğu ağır motor gerilik ve maluliyet sebebiyle hareketsiz kalmaktadır. Beyin zedelenmesine genel olarak rastlanmakta, epilepsi, hareket, görme ve işitme bozuklukları da görülebilmektedir.¹⁴⁰ Bu bireylerde kendine bakım becerileri yetişkinlikte gelişmekte; fakat basit bakım becerilerini kazanabilen bu kişilerin yine de bakıma ihtiyacı olmaktadır.⁶⁶ Her olayda bireydeki zekâ geriliğinin işlediği eylemle ilgili olarak algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğine etkisinin ayrıca incelenip bir sonuca varılması gerekmektedir.¹⁴⁷

Bu kısma kadar yapılan tanımlamalar DSM 4'e göre yapılmış olup Zihinsel yetersizliklerin derecelendirmesinde DSM 5'e göre ağır olmayan, orta, ağır ve çok ağır anlksal yetersizlikler olarak tarif edilmiştir. Zekâ testlerinden ziyade kavramsal, toplumsal, kılışsal (uygulamalı) alanlardaki becerilerine göre kategorize edilmiştir. Ağır olmayan zihinsel yetersizliklerde kavramsal alanda; okuma yazma becerileri, sayısal beceriler, soyut düşünme gibi konularda yetersizlikler olduğu, toplumsal alanda; duygularını ve davranışlarını yaşına uygun biçimde düzenlemekte güçlükler çeker;

yaşadığı bu güçlükler, toplumsal durumlarda yaşitlarınca da anlaşılır, toplumsal yargılaması yaşitlarına göre zayıf olduğundan başkalarınınca kullanılma olasılıkları olduğu, kılıgısal uygulamalı alanda; ev alışverişini yapma, ulaşım, eve ve çocuğa bakma, besin değeri olan yemekler hazırlama ve banka işlerini yapma ve parayı yönetme, sağlıkla ilgili ve yasal kararlarında, ayrıca belirli bir iş becerisi kazanmak, çocuk büyütme gibi alanlarda desteğe ihtiyaçları olduğu kabul edilmiştir. Orta derecedeki yetersizliklerde kavramsal alanda; kavramsal becerileri yaşitlarından belirgin olarak geride kaldığı, erişkinlikte okul becerileri gelişimi ilköğretim düzeyinde, işyerinde ve kişisel yaşamında bütün bu becerilerin kullanımı sırasında desteğe ihtiyaçları olduğu, günlük yaşamın kavramsal işlerini tamamlayabilmek için devamlı bir yardıma gerek olduğu ve kişinin bu sorumluluklarını başkaları tarafından üstlenebileceği, toplumsal alanda; ailesi ve arkadaşlarıyla bağ kurma, yaşamı boyunca arkadaşlıklarının olması ve erişkinlikte kimi zaman sevgili ilişkilerinin olmasıyla belirli olmak üzere ilişki kurma yeterliği vardır ancak bu kişiler toplumsal dışı vurumları tam doğru olarak algılayamaya ya da yorumlayamadıkları, toplumsal yargılama ve karar verme yetileri sınırlı olduğundan bakım verenleri yaşamsal kararlarında yardımcı olmak zorunda olduğu, uygulamalı alanda; bir erişkin olarak, yemek yeme, giyinme, dışkılama ve kişisel bakım gibi kişisel gereksinmelerini karşılayabilir, ancak bu alanlarda kişinin bağımsızlık kazanabilmesi için çok uzun bir süre eğitim verilmesi ve çok zaman harcanması gerektiği ve anımsatıcılara ihtiyacı olduğu, sınırlı kavramsal ve iletişimsel beceriler gerektiren işlerde bağımsız olarak çalışabildiği ancak toplumsal beklentileri, iş karmaşalarını ve tasarlama, ulaşım, sağlık hakları ve para yönetimi gibi yan sorumluluklarını yönetmek için iş arkadaşlarından, denetmenlerinden ve başkalarından önemli ölçüde desteğe ihtiyaçları olduğu kabul edilmiştir. Ağır derecedeki yetersizliklerde kavramsal alanda; kişi yazılı dili ya da sayılar, nicelik, zaman ve para gibi kavramları genelde çok az anladığı, sorun çözmelerine, yaşamları boyunca bakıma ihtiyaçları olduğu, toplumsal alanda; Sözcük dağarcığı ve dilbilgisi açısından konuşma dili oldukça sınırlı olduğu, bu kişilerin yalın konuşmayı ve el-kol devinimleriyle iletişimi sağladığı, aile bireyleriyle ve tanıdık başkalarıyla ilişkilerden zevk aldıkları ve yardım gördükleri, uygulamalı alanda; kişi, yemek yeme, giyinme, banyo yapma ve dışkılama gibi bütün günlük etkinlikler için desteğe ihtiyaçları olduğu, bu nedenle her zaman denetim altında olmaları gerektiği kabul edilmiştir. Çok ağır derecedeki yetersizliklerde kavramsal alanda; kişi, kendine bakım, iş ve eğlenme, dinlenme için

amacına yönelik olarak nesnelere kullanabildiği ancak eşzamanlı devinsel ve duyuşsal bozukluklar, nesnelere işlevsel kullanımını engelleyebildiği, toplumsal alanda; kendi isteklerini ve duygularını, büyük ölçüde, sözel olmayan, simgesel olmayan iletişimle dışa vurdukları, tanıdığı aile bireyleriyle, bakım verenlerle ve tanıdık başkalarıyla ilişkilerinden zevk alır ve el-kol devinimleriyle ve duygusal dışavurumlarla toplumsal etkileşimleri başlatır ve yanıtladıkları, uygulamalı alanda; kişi, günlük bakım, sağlık ve güvenlik gibi alanlarda, bu etkinliklerin bir bölümüne kendisi de katılabiliyor olsa da, bütün yönleriyle başkalarına bağımlıdır. ⁴⁶

2.3.2.6 Demans (Bunama)

Demans (bunama); bilişsel, davranışsal ve işlevsel gerilemesi ile bağlantılı olarak mesleki ve sosyal alanlarda kişinin kayba uğramasına yol açan süregelen bir bozukluktur ve ilerleyici bir mahiyet arz etmesi, belirgin kayba yol açması nedeniyle yaşlılığa bağılı olarak gelişen bilişsel zayıflamalardan daha fazlasını ifade etmektedir. ⁵¹ Bunun dışında bu iki durum demansın bir hastalık olmasına karşın, yaşlılığa bağılı değişikliklerin doğal fizyolojik olaylar olması yönünden de farklıdır. ⁶⁵ Demans tanılı bireylerin, beyinde bulunan sinir hücreleri ve/veya sinir hücreleri arasındaki bağlantılar giderek azalır ve yok olması nedeniyle beyin işlevlerini görememeye başlamaktadır. ¹⁴⁸ Hafızadaki kayıp en yakın olaylardan başlarken, eski anılar uzun süre korunmakta; bu tabloya ilerleyen kademelerde zekâ yıkımı ve dikkatsizlikler eklenmekte, anılar da unutulmaya başlanmakta ve hatta hafızadaki kayıp bireyin mesleğini, aile fertlerini ve bazen adını unutmasına kadar varabilmektedir. ^{65,66,145} Beyindeki bozukluklardan kaynaklı kişi kendine bakamaz ve bakım için yavaş yavaş tamamen başka kişilere bağımlı olmaya başlar. Yaşlılık nedeniyle görülme oranı artar ancak bunamanın, yaşlılığın doğal bir sonucu olduğu algısı doğru değildir; çok farklı nedenlere bağılı olarak ortaya çıkabilmektedir. Bütün demans vakalarının yalnızca % 10-15'i tedavi edilebilmektedir. ¹⁴⁸ Bunama, sebebine bağılı olarak yavaş veya hızlı seyredebilirken hastalığın yavaş ilerlediği insanlarda uzun yıllar normal bir hayat sürdürebilirler. Demans tanılı kişilerin ev ve aile ortamında tedavi edilmeleri önerilmektedir. ⁵⁰

Teşhis için hastada öncelikle hafıza kaybı olması gerekir. Deliryum sırasında olan benzer semptomları demansla karıştırmamak için deliryumun geçmesi beklenerek semptomların devam edip etmediğine bakılır. Demans hastalığına genellikle anksiyete, depresyon, uyku bozukluğu veya deliryumun eşlik ettiği görülmektedir. Demans sıklıkla ileri yaşlarda ortaya çıkar. Genel toplumda prevalansı %3'tür.⁶⁶ Demansın en sık karşılaşılan nedeni Alzheimer hastalığıdır.²⁷ Demans hastalarının yüzde 70'i Alzheimer hastalığına sahiptir.¹⁴⁹ Ülkemizde yapılan bir araştırmada, 70 yaş üstü için bunama yaygınlığı %20, olası Alzheimer yaygınlığı %11 olarak belirlenmiştir.¹⁵⁰ Bunları vasküler hastalığa bağlı demans, pick hastalığı, travmatik beyin hasarı, tümörler, enfeksiyon hastalıkları, endokrin hastalıklar, Parkinson, Huntington hastalığı gibi beyni etkileyen birçok hastalık seyreder. Alzheimer tipi demansın başlangıç safhası yavaştır, hastalık süresince sürekli bilişsel düşme olur. En sık karşılaşılan özelliklerine göre, deliryumla giden, hezeyanla giden, depresyonla giden ve komplikasyonsuz çeşitleri vardır. Bulguların başlamasından ortalama 8-10 yıl sonra ölüm gerçekleşir.⁶⁶ Demansta muhakeme ve iç görü eksikliği sık görülür. Demans tanısı olan kişiler kabiliyetlerinin ötesinde gerçekçi olmayan etkinlikler ve değerlendirmeler yapabilir. Özellikle de perseküsyon tarzında olmak üzere hezeyanlar ve çoğu görme şeklindeki halüsinasyonlar ortaya çıkabilir. Aynı anda psikotik bozukluk ya da major depresyonu olan ağır demans olgularında adam öldürme gibi ağır suçlar görülebilmektedir. Bu kişiler suçu anlamsız yere, tasarlamadan, durumun farkında olmadan, uygunsuz şekilde işlerler. Demans, TCK'nun 32. maddesi kapsamında kusur yeteneğine etki edebilen bir akıl hastalığıdır.¹⁵¹ Oturmuş bir demans tablosu halinde işlenen bir suçta ceza sorumluluğu ortadan kalkabileceği için TCK'nun 32. maddesi gereği kişi ceza almayabilir.¹⁵² Kişilerdeki demansın hangi aşamada olduğunun ve klinik durumunun değerlendirilmesi gerekir.

2.3.2.7 Nevrozlar

Nevrozlarda, hasta olan kişinin iradesinde bozukluklar çıkmakta, düşüncelerinde bir takım bozulmalar ortaya çıkmakta fakat akli melekelerinde bozukluklar ve dalgalanmalar ortaya çıkmamaktadır. Psikozlara göre daha hafif vakıalardır.¹⁵³ Nevrotik bozukluklarda bireylerin sıklıkla işledikleri eylemler; ihtiraslara dayalı öldürme, büyük mağazalarda veya

sergilerde hırsızlık, iftira gibi eylemlerdir.¹⁵⁴ Nevrotik bozukluklar açısından önemli olan konu, genel olarak ceza sorumluluğuna etkisinin kabul edilmiyor oluşudur. Bunlara gerekçe olarak bilinç bozukluğuna neden olmamaları gösterilmektedir.⁹⁴ Nitekim nevrozlar ile psikozlar arasındaki en belirgin farkın gerçeklerle olan ilişkide ortaya çıktığı, nevrozlarda gerçeklerle olan ilişki kopmazken psikozlarda bu ilişkinin zayıfladığı veya bütünüyle kesildiği ifade edilmektedir.¹⁵⁵ Nevrotik bozukluk türleri irade hastalıkları başlığı altında incelenmektedir.¹⁵⁶ Nevrotik hastalığı bulunan kişinin farkındalığının bulunması nedeniyle kendisi istemediği zamanlarda hastalığını gizleyebilme yetisinin mevcut olmasını sağlamaktadır. Bu da bazı zamanlarda özellikle hastayı tanımayan kişiler bakımından tehlikeli bir hal alabilir Nevroz için aslında bireyin sebebini tam olarak bilmediği iç dünyasındaki çatışmaları ile bunları bertaraf ederek toplumsal hayata uyum sağlayabilmek için çaba sarf etmesi sonucunda kendisini gösteren bir davranış bozukluğudur diyebiliriz.¹⁵⁷

Bununla beraber histeri krizlerinde bilinç alanının daralması gibi durumlarda, ileri derecelere ulaşmış nevrozlar açısından suçun niteliği de dikkate alınarak ceza sorumluluğunda indirim yapılması gerektiği yönünde bir yaklaşım da ileri sürülmektedir.⁹⁴ Ayrıca panik nöbet esnasında yaşanan dissosiyasyon veya obsesif kompulsif bozuklukta saplantı-zorlantı yap-bozu esnasında sebep olunan zararlar nedeniyle ceza sorumluluğunun azaldığı veya tamamen ortadan kalktığı durumların olabileceği ifade edilmektedir.⁹⁹ Her somut olayda faildeki bozukluğun türü ve eylemine etkisi özel olarak değerlendirilmelidir. Bu açıdan genel olarak, algılama ve irade yeteneği üzerinde yıkıcı bir boyuta varmamış olan bozukluklar bakımından ceza sorumluluğunun tam olduğuna şüphe yoktur.¹⁵⁴

2.3.2.8 Epilepsi

Epilepsi, kortikal nöronlardaki anormal ve aşırı elektriksel deşarj sonucu meydana gelen, ani, tekrarlayıcı, tanımlanabilen bir olayla tetiklenmemiş epilepsi nöbetleri ile karakterize bir durumdur. Geçici iskemik atak, uyku bozuklukları, panik atak, migren, akut konfüzyonel durumlar ve metabolik bozukluklar, epilepsi hastalığının ayırıcı tanıları arasında bulunmaktadır.¹⁵⁸

Epileptiklerde sık olarak davranış ve kişilik bozuklukları ile psikiyatrik bozukluklar görülmektedir. Nitekim nöbet geçiren hastalarda, özellikle dirençli epilepsi hastalarında toplumdaki genel nüfusa kıyasla psikiyatrik bozuklukların bulunma oranı daha yüksektir. Mesela bu hastaların %30'unda depresyon, %10-25'inde anksiyete bozuklukları ve %2-7'sinde psikoz görülmektedir.¹⁵⁹ Epilepsi tanılı kişilerde görülen psikiyatrik bozukluklar nöbet anındaki bozukluklar, postiktal dönemdeki bozukluklar ve interiktal dönemdeki bozukluklar olmak üzere üç başlık altında incelenmektedir. Nöbet anındaki bozukluklar üç dönemde görülebilmekte, bu açıdan, nöbet başlamadan birkaç saat hatta birkaç gün önce görülebilmektedir. Postiktal bozukluklar sıklıkla jeneralize nöbetlerin sonunda bilinç sislenmesi biçiminde görülmekte ve bir iki hafta sürebilmektedir. İnteriktal bozukluklar ise geçirilen nöbetten bağımsız olarak, herhangi bir süre sonra meydana gelen bozukluklardır.¹⁶⁰

Epilepsi tanılı hastaların en belirgin özellikleri çok kolay öfkelenebilmeleridir ve bu nedenle şiddete başvurmaları, bu etkinin altında suça yönelmeleri olasıdır.⁵⁶ Epilepsi hastalarının işledikleri suçlar birtakım özellikler göstermektedir. Suçta anormal şiddet izlerine rastlanmaktadır. Tasarlama bulunmamaktadır, genelde bir anlık öfke ile ani olarak işlenen suçlardır. Hastada şuur sislenmesi, çevrede olup bitenlerin farkında olmama, uygunsuz hareketler, şaşkınlık gibi durumlar gözlenmekte ve hasta suç esnasında yaşananları hatırlamamaktadır.⁶⁶

Geçirilen nöbet türüne göre hastanın kusur yeteneğinin durumu ve doğal olarak da ceza sorumluluğu değişmektedir, çünkü nöbetlerin her birinin farklı neden ve sonuçları vardır. Elbette ki tüm epileptiklerin suç işlediği veya işleyeceği söylenemez fakat suç işleyenler arasında göz ardı edilemeyecek bir epileptik oranı mevcuttur.¹⁶¹ İlk defa Lombroso tarafından ortaya koyulan epilepsi ile suç arasındaki ilişkiyi incelerken geçirilen nöbet durumları göz önünde bulundurulmuş ve bu nöbet halleri sebebiyle suç işledikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bunun dışında epileptiklerin özellikle öldürme, yaralama, yangın çıkarma, hakaret, tehdit, ordudan firar, teşhircilik suçlarını işledikleri görülmüştür.¹⁶² Epilepsi hastalarının nöbet durumu son bulduktan sonra gerçekleştirmiş oldukları fiillerden ötürü derin elem ve vicdan azabı duydukları bunun keder neticesinde de intihar etmeye

kalkıştıkları görülmüştür ve bu durum bize nöbet esnasında şuurlu hareket edemediklerini gösteren bir diğer durumdur.¹⁵⁷

Epilepsi tanılı kişilerin işledikleri suçlar ile ilgili olarak ceza sorumluluklarının hangi kriterlere göre tespit edileceği meselesi önemlidir. Bu nedenle ceza sorumluluğunun tespitinde suçun nöbet esnasında işlenmesi, epileptik kişilik değişikliklerinin bulunması ve psikozun oluşmuş olması önem arz etmektedir.⁶⁶ Sadece epilepsisi bulunan kişilerin karıştığı suçlarda; ceza sorumluluğu olmadığı konusunda istisnai durum olmadıkça karar verilmemektedir. Bu durumda epilepsi nöbetleri ve klinik belirtileri ile bunların suçun işlendiği anda var olup olmadığı dikkate alınarak, hastalığın işlenen eylem yönünden algılama ve irade yeteneği üzerindeki etki derecesine bağlı olarak bir kanaate ulaşılabilecektir. Bu bağlamda genel olarak kabul edildiği üzere, epileptik karakter özelliği taşımayan, herhangi bir epilepsi psikozu veya demansı göstermeyen epileptiklerin nöbet dışında gerçekleştirdikleri eylemleri yönünden ceza sorumlulukları kural olarak tam olarak belirtilmektedir.⁶⁵ Buna karşı günümüzde rapor süreçlerinde epileptik karakterin ceza sorumluluğuna etkisi kabul edilmemektedir. Nöbet esnasında veya nöbet öncesi ya da sonrasında konfüzyon halinde işlenen suç eylemleri açısından kural olarak ceza sorumlulukları bulunmayacaktır.⁶⁶ Kişilerin nöbet sırasında işlenmiş olan eylemler bakımından bir ayırım yapılması gerekir. Tıpkı uyurgezerlerin uyku esnasında gerçekleştirdikleri davranışlarda olduğu gibi epilepsi nöbeti esnasındaki eylemler bakımından kişinin şuurunun ve ceza hukuku anlamında bir fiilinin bulunup bulunmadığı hususu ayrıca değerlendirilmelidir. Epilepsi psikozu veya demansında hastalığın devamı süresince işlenen eylemler bakımından ceza sorumluluğu kalkacaktır.¹²⁵

2.3.2.9 Dürtü Kontrol Bozuklukları

Dürtü, “fizyolojik ya da ruhsal dengenin değişmesi sonucu ortaya çıkan ve canlıyı türlü tepkilere sürükleyebilen içsel bir gerilim” anlamına gelmektedir.¹⁶³ Bireyin kendisine veya başkasına zarar verecek bir davranışta bulunmaya yönelik dürtü, güdü veya isteğe karşı koymaktaki başarısızlığı dürtü kontrol bozukluklarının ve en baştaki özelliğidir.⁶⁶ Dolayısıyla TCK’nun 32’nci maddesinde ceza sorumluluğunun tespitinde kullanılan bir

kriter olan “davranışlarını yönlendirme yeteneğindeki azalma” genellikle dürtü denetleme yetisini ve dürtü kontrol bozukluklarını akla getirmektedir.⁹⁹

2.3.2.9.1 Kleptomani

Kleptomani, dürtüsel olarak bir kişinin kendisine ait olmayan bir şeyi çalması eylemidir.⁹⁹ Kleptomani hastası, dürtüsellüğün getirmiş olduğu sırasıyla birçok heyecan yaşar, ilk önce gördüğü ve sahip olmak istediği nesnenin heyecanını yaşar arkasından nesneyi alırken görülme veya yakalanma korkusunun getirdiği heyecan bu süreci takip eder. Çalmak istediği nesneyi edindikten sonra yaşadığı büyük hazzı, gevşeme ve rahatlama izler.⁴⁶ Çalınan şeylerin maddi değeri genellikle düşüktür ve hasta bunları kullanmak yerine tekrar yerine koymayı, atmayı ya da biriktirmeyi tercih eder.¹⁶⁴ Ancak eylemi sonlandırdıktan sonra kleptoman birey suçluluk ve pişmanlık duygularını yaşar yine de bu dürtüsel davranışın önüne geçemez. Kleptomani tanılı kişiler cinsiyetler bakımından değerlendirildiğinde ise büyük oranda kadınlarda daha fazla görülmektedir.⁹⁹

Kleptomani tanılı kişi, o esnada dürtülerinin yöneldiği şeyi değerine dikkat etmeden çalar, yani onun için çaldığı objenin fiyatı, değeri önemli değildir sadece sonrasında yaşayacağı haz ve rahatlama önemlidir. Hasta için o an da elinde tutmak istediği şeye sahip olmak önemli olduğu için genellikle çalınan objeler küçük ve taşınabilir olmaktadır. Bu hastalık nasihat ya da öğütlerle önüne geçilebilecek tek sefere mahsus bir çalma dürtüsü barındıran bir hastalık değildir. Devamlılık arz ettiği için mutlaka tedavi edilmesi gerekmektedir. Kleptomani tanılı kişinin yaptığı hırsızlık eylemi ile ceza sorumluluğu değerlendirilirken de tüm bunlar göz önünde bulundurulur. Bunun dışında gerçekleştirmiş olduğu hırsızlık eylemi ile akıl hastalığının etkisinin olup olmadığı ceza sorumluluğunu belirleyen en önemli faktörlerdendir. Meydana gelen olayın özellikleri, zaman ve illiyet bağı konularına göre kleptoman kişinin kusur yeteneği farklılıklar göstererek ceza sorumluluğunu etkileyecektir.^{165,166} Bu bağlamda bireyin TCK 32. maddesi kapsamında ceza sorumluluğunun kabul edilmemesi de söz konusu olabilir.¹⁶⁷

Diğer dürtü kontrol bozukluklarından farklı olarak kleptomanide bu tanıyı kendisine koyarak doktora başvurularla karşılaşmaktadır ve genellikle bireyin başvurusundan sonra bir hırsızlık suçunun şüphelisi veya sanığı olduğu ve akli durumunu tespit için bilirkişi incelemesine başvurulduğu görülmektedir. Bu durum, soruşturma veya kovuşturma başlaması halinde ceza sorumluluğundan kurtulmak için dosyaya hastalık kaydı sunabilmek adına başvuru bir yoldur.⁹⁹ Bu nedenle, hırsızlıktan ayırt edilmesi ve her somut olayda kişinin olay öncesi, olay sırası ve sonrasındaki tutum ve davranışları ile çalınan eşyaların çeşitleri, kişinin maddi alım gücü içinde olup olmadıkları, bunlara ihtiyacının olup olmadığı ve işledikleri suç sonrasında bunları ne yaptığı gibi konuların değerlendirilerek bir sonuca varılması gerekmektedir.¹⁶⁸

2.3.2.9.2 Piromani

Piromani için de dürtüsel bir bozukluk olduğunu söyleyebiliriz. Birey küçük yaşlardan itibaren getirip geliştirdiği ve önüne geçemediği bir dürtü ile yangın çıkarma isteği duyar. Bunu yapmak için herhangi bir sebebi veya amacı yoktur. Kişi için önemli olan eylem öncesinde yaşadığı gerginliğin eylemi işlendikten sonra yerine bir haz ve rahatlamaya bırakmasıdır. Çıkan yangın sonrasında onu izlemek kişiye haz verir.⁹³ Önemli olan konulardan biri, yangının parasal bir kazanç sağlamak veya politik bir tutum ile yahut bir suçu gizlemek, duyulan öfkeyi göstermek, intikam almak için çıkarılmamış olması ve yangın çıkarmada demans, zekâ geriliği gibi bir muhakeme bozukluğunun, hezeyanlar ve halüsinasyonların etkisinin olmamasıdır.⁶⁶ Fakat DSM-V ile getirilen bu tanı kriterlerine uygun olgulara nadiren rastlandığı söylenmektedir.⁹³ Kleptomaniye benzer biçimde kişi burada da benzer heyecanlar yaşamaktadır. Ancak kleptomani de herhangi bir hazırlık aşaması yoktur bir anda gelen dürtüsel bir istekle eylemi gerçekleştirir. Piromani de ise birey eylemi gerçekleştirebilmek için az da olsa hazırlık yaparak yangını gerçekleştirmektedir. Bir başka farkları ise kleptomani hırsızlık fiilinden sonra pişman olurken, piromani hastası kişi çıkardığı yangından dolayı meydana gelen kayıplar dolayısıyla herhangi bir rahatsızlık yaşamamasıdır.⁹³

2.3.2.10 Temaruz

Kelime anlamı olarak, yalandan hasta olma, sahte hastalık gösterme olarak bilinmekte, tıp camiasında simulasyon terimi kullanılmaktadır. Temaruz belirlenebilen bir hedefe ulaşmak için istemli olarak oluşturulan hastalık belirti ve bulgulardır.¹⁶⁹

DSM 5'e göre sayrımsama olarak adlandırılan temaruzun başlıca özelliği, askerlik görevinden kaçma, işten kaçma, parasal borç alma, suç kovuşturmasından kaçma ya da ilaç elde etme gibi amaçlarla, istemli olarak, doğru olmayan ya da aşırı abartılı bedensel ya da ruhsal belirtiler çıkarmadır. 1- Adli tıp bağlamında bir görünüm(Örnek: Kişinin yargıç tarafından muayeneye gönderilmiş olması ya da kişiye dava açılacak ya da bir suç yüklenecek gibi olduğunda kendisinin başvurması). 2- Kişinin yaşadığı gerginlik ve yeti yitimiyle, nesnel bulgular ve gözlemler arasında belirgin bir çelişki olması, 3- Tanısal değerlendirme sırasında ve reçete edilen ilaçların kullanımını konusunda işbirliği yapmama, 4- Toplum dışı (Antisosyal) kişilik bozukluğunun olması gibi tanı kriterlerinden herhangi birinin olması temaruzu düşündürür.⁴⁶

Dünyada genel anlamda temaruz psikiyatrik tanı olarak kabul görmemesinden dolayı temaruzun sıklığı tam olarak bilinmemektedir. Klinik pratikte sivil toplumda %1 oranında temaruz insidansının olduğu, askeri topluluklarda ise bunun %5'e kadar yükseldiği tahmin edilmekte, ortada adli bir sorun varsa temaruz oranı %10-20'ye kadar arttığı ileri sürülmektedir.¹⁶⁹

Temaruz, belirtilerin dış kaynaklı olmasından dolayı yapay bozukluktan ayrılmaktadır. Bulguların istemli oluşturulmasıyla ve çıkarların çok açık olmasıyla dönüştürme (konversiyon) bozukluğundan ve bedensel belirtilerle ilişkili ruhsal bozukluklardan ayırt edilir.⁴⁶

2.4 Adli Psikiyatrik Değerlendirme

Adli psikiyatrik değerlendirmede; kişiler ayaktan, yatarak veya gözlem altına alınarak değerlendirme yapılabilir. Değerlendirme yapılırken tedavi hizmeti alamaya gelen hasta grubundan daha farklı bir süreç izlenmeli, mümkün olduğunca açık uçlu sorularla görüşme gerçekleştirilmeli, yönlendirici sorulardan kaçınılmalıdır. Adli olgularda hastaların temaruz yapabileceği unutulmamalıdır.

Hakkında karar verilmesi istenen olgularda, olayı oldukça geniş spektrumda, objektif, ön yargısız, bilimsel, tıbbi ve hukuki platforma uygun biçimde değerlendirmek gerekmektedir. Değerlendirmede adli psikiyatriyi ilgilendiren hukuksal boyutu yanında, olayın yasalar dışında var olan tıbbi boyutu da hiçbir zaman gözden kaçırılmamalıdır.¹⁷⁰ Bu durum İstanbul Protokolü'nde *“kişinin yararını gözetmek gibi temel bir ödevin yanı sıra topluma karşı adaletin yerine getirilmesi ve insan hakları ihlallerinin engellenmesini sağlamak”* olarak belirtilmiştir.¹⁷¹

Ceza sorumluluğunu belirlemek amacıyla yapılan adli psikiyatrik değerlendirmede incelemeye başlarken; olay ayrıntılı olarak tanımlanmalı, olayın gerçekleşme zamanı, koşulları, olayın gerçekleşmesine giden süreç ve gerçekleşme şekli incelenmeli; kişinin olay öncesi, sırası ve sonrası algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğini etkileyecek herhangi tıbbi tablonun bulunup bulunmadığı araştırılmalı, kişinin olayla ilgili açıklama ve değerlendirmeleri ile varsa farklı dönemlerdeki açıklama ve değerlendirmelerinin karşılaştırılması yapılmalıdır.³ Bu amaçla kişilere ait adli tahkikat dosyasının incelenmesine de ihtiyaç duyulur.

Suçla ilgili bilgilerin yanı sıra kişinin tıbbi ve kriminal geçmişiyle ilgili ayrıntılara ulaşmak için de adli incelemelerden ve adli dosyadan yararlanırken ceza sorumluluğu konusunda gerek duyduğu hallerde üçüncü kişilerden de bilgi alınmasına ihtiyaç duyulabilir. Fakat bu süreçte incelemenin amacının kişinin ruhsal durumunu, olayı nasıl

algıladığı veya yorumladığını değerlendirmek olduğundan, sorgu anlamına gelecek bir süreçten de kaçınılması gerekir.³

Yapılacak muayene öncesi hekim kendini, yapacağı değerlendirme ve incelemelerin amacını açıklamak ve hastalarının bu gerçeği anlamasını sağlayıp, kişi sağlıklı değerlendirme yapabiliyorsa kendisinden yoksa yasal temsilcilerinden onam alınmalıdır. Muayeneyi gerçekteştiren hekimler çifte yükümlölüklerini hastalarına açıklayarak, değerlendirmenin yasal organlara sunulacağını, muayene sırasında elde edilen bilgileri ve düzenleyecekleri raporları açık ve objektif olarak yasal organlarla paylaşacaklarını bildirmelidir.²

Adli psikiyatrik değerlendirme ağırlıklı olarak psikiyatrik görüşme ilkeleri ve muayeneye dayanmaktadır.² Yapılan ruhsal durum muayenesinde; fiziksel görünüm ve dışa vuran davranışları, motor işlevleri, duygu durumu ve duygulanımı, konuşma ve dil özellikleri, sosyal ilişkilerinin tanımlanması hususlarında ayrıntılı bir değerlendirme yapılmalıdır.³ Görüşmede hekimin sözel ve sözel olmayan iletişime dikkat etmesi, rahat ve kendiliğinden anlatıma izin vererek başlaması, yüksüz, yansız, yargısız sorular seçmesi, genel anlatımların netleştirilmesi ve örneklerle anlaşılır hale getirilmesine çalışması, hastayla rahat ilişki kurulacak, açık ve anlaşılır bir dil kullanması gerekmektedir.² Kişinin ruhsal durumu hakkında muayene ile karara varılamaması durumunda gerekirse konsültasyon, psikometrik incelemeler istenmeli veya kişi gözlem altına alınarak değerlendirilmelidir.³ Gözlem altına almak, kişilerin özgürlüklerinin kısıtlanması anlamına gelmesi ve gözlem altında iken kişilerin tedavilerine genelde ara verilmesi nedeni ile son çare olarak düşünölmelidir.

Değerlendirmede kişinin farkında olma, ayırt etme, bilme-değerlendirme ve seçmeye ilişkin yetilerinin incelenmesi, ceza sorumluluğu açısından, suç işlemiş bir kişinin kendi davranışından, eylemi gerçekteştirdiği çevreden ve sonuçlarından haberdar olup olmadığının, yaptığı davranışın yanlış olduğunu bilip bilmediğinin ortaya çıkartılması, hukuki sorumluluk açısından da; bilinç, yönelim, bellek, dikkat ve yoğunlaşma, algı, düşünce, duygu ve davranış özelliklerinin ortaya konması gerekmektedir.¹⁷⁰

Ceza sorumluluğunun belirlenmesi için düzenlenen adli raporlarda işlendiği iddia edilen eylemin tarihi, türü, eylemi gerçekleştiren kişinin kimlik bilgileri mutlaka yer almalı; olayın öyküsü, muayene bulguları, tartışma ve değerlendirme ile sonuç bölümleri yer almalı; sonuç bölümü sorulan sorulara yönelik bilimsel değerlendirmeyi içermeli, adli mercilerin sorularının değerlendirilmesi ve önerilen tedbirlerin açık, anlaşılır bir dille yazılması, olanaklar ölçüsünde tıbbi terimler kullanmaktan kaçınılması, tıbbi terimlerin kullanıldığı durumlarda tıp dışı çevrelerin anlayacağı bir açıklamada bulunulması gerekmektedir.³



3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Yöntem

Çalışmamızda; 18 yaşını tamamlamış, bir suç nedeniyle hakkında ceza sorumluluğu olup olmadığı/fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama veya fiil ile ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azalıp azalmadığı hususunda rapor düzenlenmesi istenen 257 olgu hakkında 01.01.2016-31.12.2020 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nda rapor düzenlenen 214 olgu çalışma kapsamına alınmıştır. Hakkında çeşitli nedenlerle rapor düzenlenemeyen 43 olgu ise çalışma kapsamı dışında tutulmuştur. Kişilere ait Anabilim Dalımız arşivinde bulunan raporlar, adli ve tıbbi dosyaları ile hastane otomasyon sistemine kayıtlı bilgiler retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Olgulara ait Adli Tıp Anabilim Dalı ve diğer Anabilim Dalları tarafından düzenlenen muayene notları, psikometrik test sonuçları ve diğer tetkikler ile dava dosyasında yer alan olaya ait iddianame, suç işlediği iddia edilen kişinin, davacının ve tanıkların ifadeleri, suç işlediği iddia edilen kişiye ait daha önce düzenlenen tıbbi belgeler incelemeye dahil edilmiştir. Hakkında adli rapor düzenlenen 214 olgunun; Anabilim Dalımıza müracaat tarihi, raporun düzenlendiği tarih, işlendiği iddia edilen suçun işlenme yılı ve ayı, suçun işlendiği il, raporun düzenlenme süresi, gerçekleştiği iddia edilen suç tarihindeki yaş aralığı, cinsiyeti, doğum yeri, medeni durumu, boşanma durumu olup olmadığı, var ise çocuk sayısı, eğitim durumu, bakım amacı ile yurttan kalma geçmişinin olup olmadığı, çalışma durumu, aile yapısı, alkol-madde kullanım durumu, yaşamını sürdüğü yer ve kişiler, nüfusa kayıtlı olduğu yer, göç durumu, iddia edilen suçun türü ve tarihi, tekrarlayan suçu olup olmadığı, tekrarlanan suçların özelliğinde farklılık olup olmadığı, Anabilim Dalımıza başvuru tarihi, düzenlenen raporun tarihi, ceza sorumluluğu olup olmadığı, ifadelerine itibar edilip edilemeyeceği, hastaneye yatışının gerekip gerekmediği, gözlem altına alınıp alınmamasının gerekip gerekmediği, daha önce hakkında kaç rapor düzenlendiği, daha önceki tanısı, farklı tanıları olup olmadığı, tanı sayısı, olgunun raporumuzdaki tanısı, zekâ düzeyi, daha önceki tanısı ile hastanemizde konulan tanı arasında fark olup olmadığı, rapordaki kararlara ait sonuçlar, raporun hangi kurum tarafından istendiği, evrakın istenen kurumdan gönderilme tarihi, bölümümüzdeki

ilk muayene tarihi, konsültasyon istenip istenilmediği, hangi bölümlerden konsültasyon istendiği, konsültasyonların sonuçlanma tarihi, adli makamlara müzekkere yazılıp yazılmadığı, müzekkere yazılmış sayısı ve yazılış nedenlerine yönelik değerlendirme yapılmıştır.

3.2 Verilerin İstatistiksel Analizi

214 rapordan elde edilen veriler IBM SPSS 22.0 programında oluşturulan veri tabanına yüklenerek istatistik analizleri yapılmıştır. Sayısal sonuçlar aritmetik ortalama ve standart sapma, kategorik sonuçlar ise yüzde (frekans) olarak değerlendirilmiştir. Kategorik verilere aynı zamanda tanımlayıcı istatistik (*discriptive statistics*) yöntemleri uygulanmıştır. Tanımlayıcı istatistik kapsamında oluşturulan çapraz tablolar (*crosstables*) Pearson Ki-Kare (*Pearson Chi-Square*), Olabilirlik Oranı (*Likelihood Ratio*), Fisher Kesin Ki-Kare (*Fisher's Exact Test*), Doğrusal Çakışma (*Linear-by-Linear Association*) istatistik metotları ile incelenmiştir. Bu metotlara ek olarak tek yönlü ve çift yönlü Monte Carlo Simülasyonları yapılmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda suç üzerinde etkili olan değişkenler çalışmaya alınmıştır. İki yönlü hipotez testi yapılırken $p < 0.05$ istatistik değeri anlamlı kabul edilmiştir.

3.3 Kısıtlılıklar

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı arşivine ve otomasyon sistemine ait kayıtlarda çalışma kapsamında kalan ancak muayeneye gelmeyen, konsültasyonlarını tamamlanmayan, adli makamlardan rapor düzenlenebilmesi için gerekli adli ve tıbbi belgeleri temin edilemeyen olgulara rapor düzenlenememesi nedeni ile 43 olgu çalışmanın kısıtlılığı olarak kabul edilmiştir. Ayrıca çalışma retrospektif bir çalışma olması nedeni ile çalışmada değerlendirilen bazı olguların arşivden ulaşılamaması da çalışmanın kısıtlılığı olarak kabul edilmiştir.

4 BULGULAR

Adli Tıp Anabilim Dalımıza beş yıllık süreçte toplam 257 olgu gönderilirken, olgulardan 43'ünde değerlendirme süreçleri tamamlanamadığı için, 214 olgu çalışma kapsamına alınmıştır.

Olguların yıllara göre dağılımı değerlendirildiğinde; olgu sayılarında farklılıklar görülmekle birlikte olgu sayısında 2017 yılında ciddi düşüş görülürken, 2020 yılında ise olgu sayısında önceki yıllara göre ciddi artış (n:71, %33) olduğu görülmüştür (Grafik 1).



Grafik 1. Olguların yıllara göre dağılımı

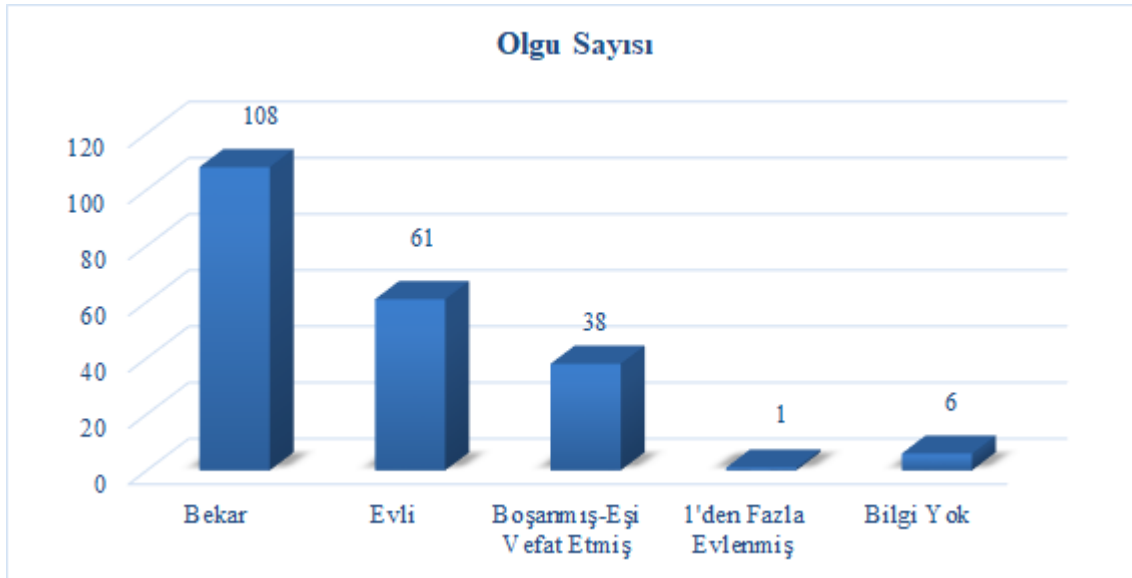
Olguların yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; olguların en fazla 65 (%30,4) olgu ile 18-25 yaş grubunda olduğu, ikinci sırada ise 61 (%28,5) olgu ile 36-45 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). 214 olgunun 189'u erkek, 25 olgunun ise kadın olduğu belirlenmiştir. Erkek olguların %30,7'sinin (n:58) 18-25 yaş grubunda bulunduğu, %28'inin (n:53) 36-45 yaş grubunda, %24,3'lük (n:46) kısmının ise 26-35 yaş grubunda bulunduğu saptanmıştır. Olguların yaklaşık %12'si kadın iken %88'inin erkek olduğu belirlenmiştir. Erkek olguların yaş grubuna göre dağılımı incelendiğinde olguların

en sık(%30,7) 18-25 yaş grubunda olduğu, olgularda 45 yaşından sonra belirgin bir azalış olduğu, kadın olguların ise en çok 36-45 yaş grubunda (n:8, %32) olduğu, 56 yaş ve üzeri yaş gruplarında hiç olgu bulunmadığı görülmüştür.

Tablo 1. Olguların yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımı,

Cinsiyet	Kadın		Erkek		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Yaş Aralığı						
18-25 Yaş	7	28,0	58	30,7	65	30,4
26-35 Yaş	7	28,0	46	24,3	53	24,8
36-45 Yaş	8	32,0	53	28,0	61	28,5
46-55 Yaş	3	12,0	18	9,5	21	9,8
56-65 Yaş	0	0,0	5	2,6	5	2,3
66 Yaş ve Üzeri	0	0,0	9	4,8	9	4,2
Toplam	25	100	189	100	214	100

Olguların medeni durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; %52'sinin (n:108) bekar, olguların %29'u (n:61) ise evli olduğu saptanmıştır. Olguların %18'i (n:38) boşanmış veya eşi vefat etmiş olduğu, sadece 1 olgunun birden fazla evlilik yaptığı belirlenmiştir (Grafik 2).



Grafik 2. Olguların medeni durumlarına göre dağılımı

Olguların çocuk sahibi olma durumu ve çocuk sayısına göre dağılımı incelendiğinde; 94 olgunun (%43,9) hiç çocuk sahibi olmadığı, 22 olgunun (%10,3) tek çocuk sahibi olduğu, %28 (n: 59)'inin 2 ve daha fazla çocuk sahibi olduğu görülmüştür. 39 olguda çocuk sahibi olma durumu ile ilgili bilgi kişiye ait evrakta yer almadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Olguların çocuk sahibi olma durumu ve çocuk sayısına göre dağılımı

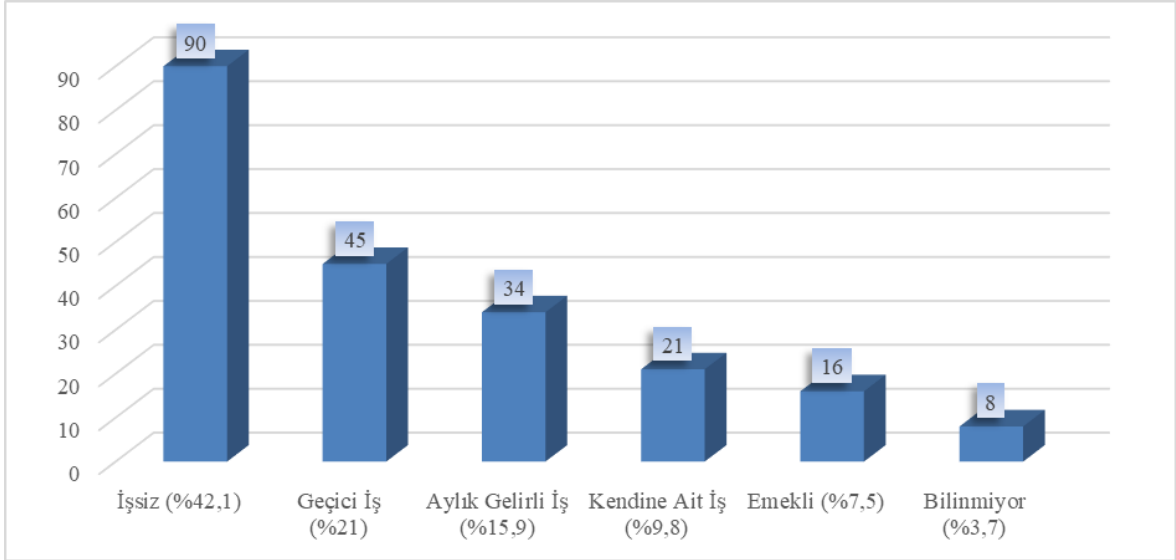
Çocuk Sayısı	N	%
0	94	43,9
1	22	10,3
2	41	19,2
3	10	4,7
4	4	1,9
5	3	1,4
6	1	0,5
Bilinmiyor	39	18,2
Toplam	214	100,0

Olguların eğitim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; olguların %31,3'ü ilkokul mezunu veya ortaokul terk olduğu, %28,1'i ise ortaokul mezunu veya lise terk olduğu görülmüştür. Olguların sadece %6,1'i üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.(Tablo 3).

Tablo 3. Olguların eğitim durumlarına göre dağılımı

Eğitim Durumu	N	%
Okuma Yazma Yok	13	6,1
Okur Yazar	1	0,5
İlkokul Terk	17	7,9
İlkokul Mezunu	39	18,2
Ortaokul Terk	28	13,1
Ortaokul Mezunu	32	15,0
Lise Terk	28	13,1
Lise Mezunu	37	17,3
Üniversite Mezunu	13	6,1
Bilinmiyor	6	2,8
Toplam	214	100,0

Olguların çalışma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; dikkat çeken hususların başında işsizlerin belirgin bir şekilde yüksek olduğu (n:90, %42,1) görülmüştür. İkinci sırada geçici işte (n:45) çalışanların %21 oran ile yer aldığı belirlenmiştir. (Grafik 3).



Grafik 3. Olguların iş sahibi olma durumuna göre dağılımı

214 olgunun doğdukları illere göre dağılımın incelendiğinde; olguların en sık Kocaeli ili doğumlu %43,9 (n:94) olduğu görülmektedir. İkinci sırada Sakarya doğumlular %9,3 (n:20), Ağrı ili doğumlular %6,1'lik (n:13) oran ile üçüncü sırada yer aldığı belirlenmiştir. Diğer illerde doğan toplam 87 olgunun 39 farklı ilde doğduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Olguların doğdukları illere göre dağılımı

İl	N	%
Kocaeli	94	43,9
Sakarya	20	9,3
Ağrı	13	6,1
Diğer İller	87	40,7
Toplam	214	100,0

Olguların nüfusa kayıtlı olduğu illere göre dağılımı incelendiğinde en çok olan 86 (%40,2) olgu ile Anabilim Dalımızın da bulunduğu Kocaeli ili gelmektedir. Sakarya ili 21

(%9,8) olgu ile ikinci sırada, Ağrı ili ise 13 olgu (%6,1) üçüncü sırada bulunmaktadır. Bu üç il dışındaki illerde olgu sayılarının birbirine yakın olduğu gözlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Olguların nüfusa kayıtlı olduğu illere göre dağılımı

Bölge	N	%
Kocaeli	86	40,2
Sakarya	21	9,8
Ağrı	13	6,1
Van	6	2,8
Sivas	6	2,8
Trabzon	5	2,3
Diğer	77	36,0
Toplam	214	100,0

Olguların nüfusa kayıtlı olduğu yerlerin coğrafi olarak bölgesel dağılımı incelendiğinde; Kocaeli ilinin de bulunduğu Marmara Bölgesi 119 (%55,8) olgu ile ilk sırada geldiği görülmektedir. Karadeniz Bölgesi ve Doğu Anadolu Bölgesi 31'er (%14,5) olgu ile ikinci sırada yer alırken, Ege Bölgesi 3 (%1,4) olgu ile son sırada gelmektedir. 6 olgunun ise nüfusa kayıtlı olduğu il tespit edilememiştir (Grafik 4).



Grafik 4. Olguların nüfusa kayıtlı olduğu yerlerin coğrafi olarak bölgesel dağılımı,

Olguların suç tarihinde yaşadıkları yerlere göre dağılımı incelendiğinde Kocaeli ili %86 (n:184) gibi bir oranda ilk sırada olduğu görülmektedir. İkinci sırada % 7 ile Sakarya ili gelmektedir (Tablo 6).

Tablo 6. Olguların suç tarihinde yaşadıkları yerlere göre dağılımı

İl	N	%
Kocaeli	184	86,0
Sakarya	15	7,0
Yalova	4	1,9
İstanbul	2	0,9
Diğer İller	9	4,2
Toplam	214	100,0

Olguların suçun işlendiği illere göre dağılımı incelendiğinde Kocaeli ili % 81,3 (n:174) gibi bir oranla ilk sırada bulunmaktadır. Kocaeli’ni sırasıyla 14 olguyla Sakarya ve diğer illerin takip ettiği görülmüştür (Tablo 7).

Tablo 7. Olguların suçun işlendiği illere göre dağılımı

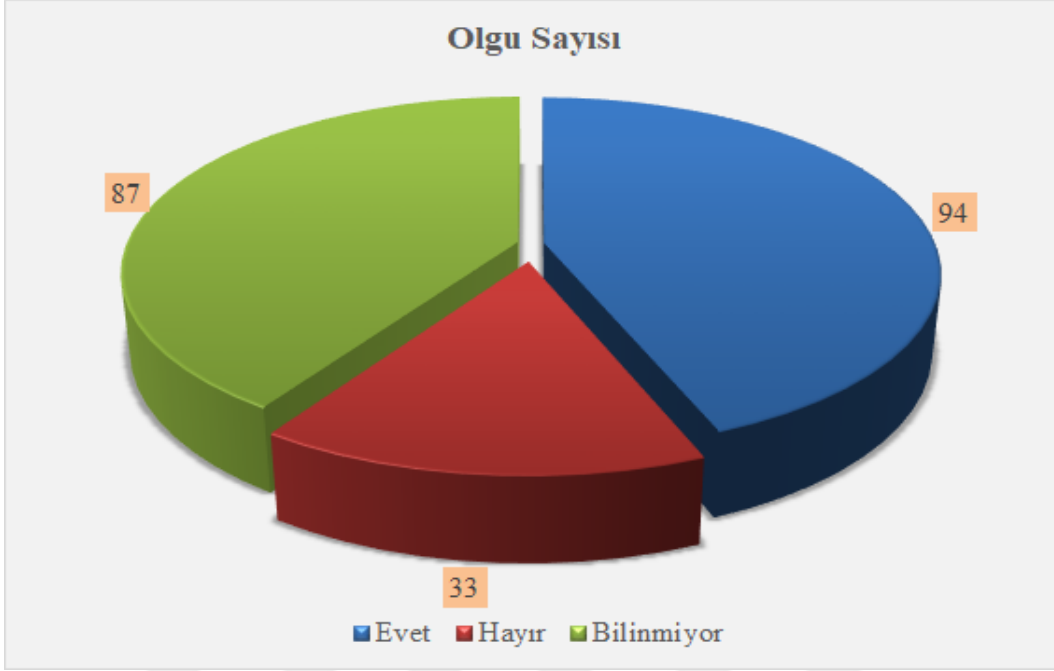
İl	N	%
Kocaeli	174	81,3
Sakarya	14	6,5
İstanbul	4	1,9
Diğer İller	22	10,3
Toplam	214	100,0

Olguların göç durumuna göre dağılımları incelendiğinde göç etmiş ailelerle (n:104,%48,6) Kocaeli ilindeki yerleşik aileler (n:107,%50) arasında önemli bir sayısal fark olmadığı, sayıların birbirine yakın olduğu görülmüştür. 3 olgu hakkında göç durumu ile ilgili bir bilgi arşiv kayıtlarında bulunamamıştır (Grafik 5).



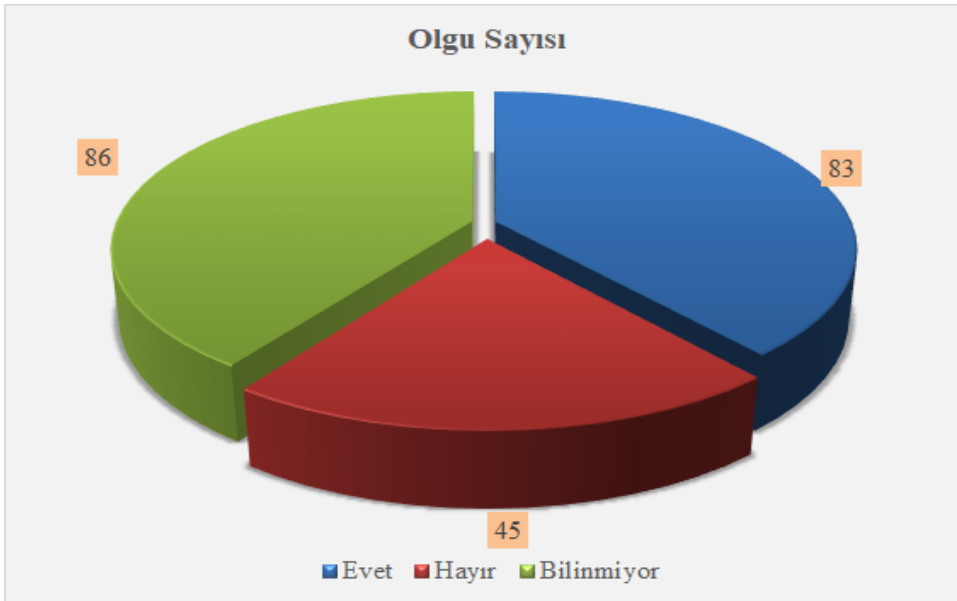
Grafik 5. Olguların göç durumuna göre dağılımı

Olguların alkol kullanıp kullanmadığına göre dağılımı incelendiğinde alkol kullananların %44 (n:94) oran ile ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Alkol kullandığını ifade eden olgular incelendiğinde alkol kullananların, kullanmayanlara oranının yaklaşık 3 katı civarında olduğu görülmektedir. Olguların 33'ünde arşivde alkol kullanımına ait bilgi bulunamamıştır (Grafik 6).



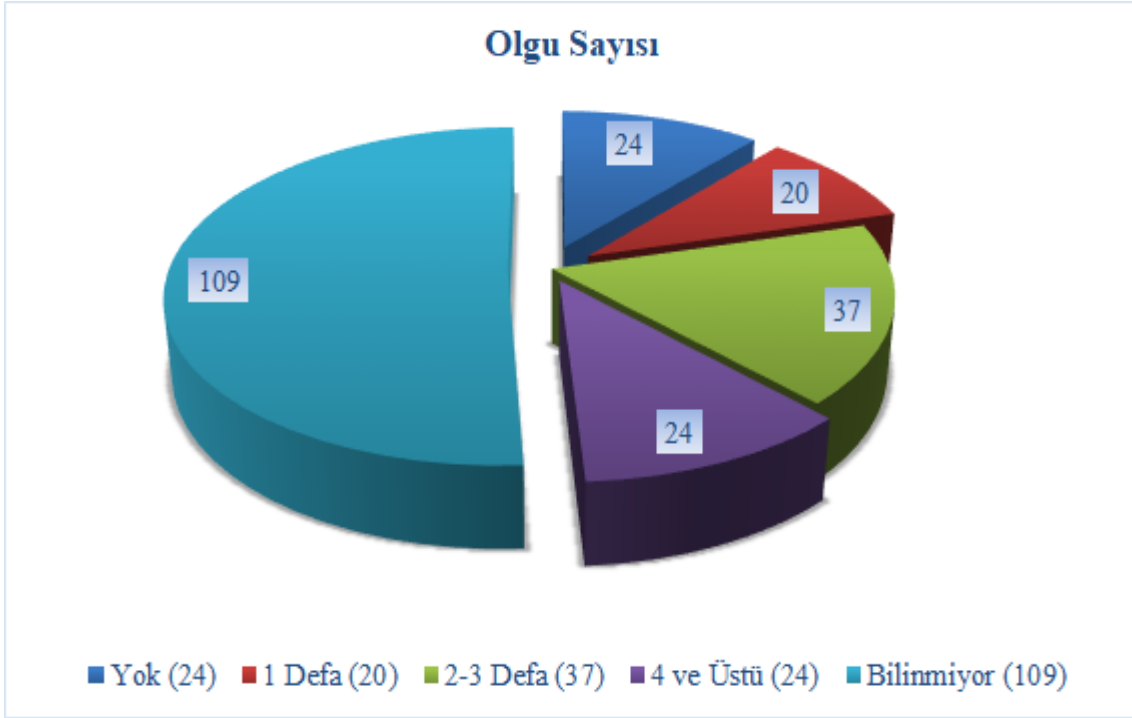
Grafik 6. Olguların alkol kullanım durumuna göre dağılımı

Olguların uyuşturucu madde kullanımı durumuna göre dağılımı incelendiğinde 214 olgunun 83'ünün uyuşturucu madde kullandığı ve %39'luk orana sahip olduğu görülmektedir. Madde kullanmayan olgular ise %21'lik (n:45) orana sahip olduğu belirlenmiştir. Madde kullanan olguların kullanmayan olgulara oranı incelendiğinde 2 kata yakın olduğu görülmüştür. Olguların 45'inde arşivde uyuşturucu madde kullanımına ait bilgi bulunamamıştır (Grafik 7).



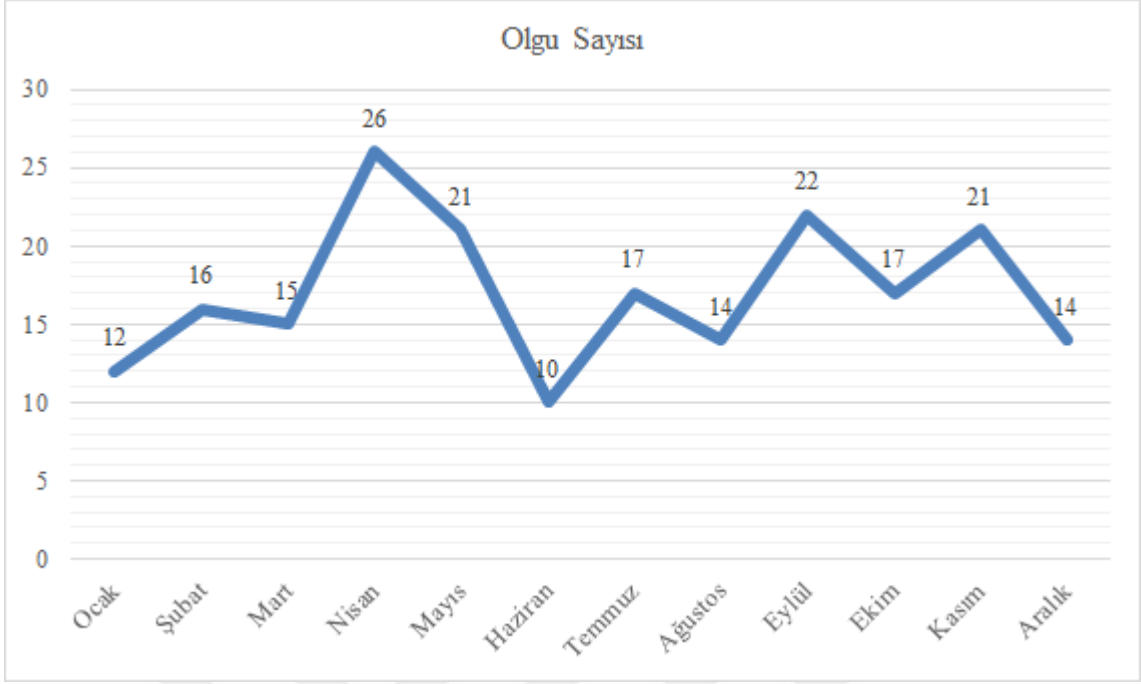
Grafik 7. Olguların uyuşturucu madde kullanım durumuna göre dağılımı

Olguların tekrar suç işleme sıklığı incelendiğinde, olguların %51 (n:109) gibi bir oranında tekrar suça karışıp karışmadıklarının belirlenemediği, ancak bilinen 105 olgunun %77'sinin (n:81) tekrar suça karıştığı görülmektedir. 105 olgunun 24'ü (%22,9) tek suça karışmış, 20'si (%19) 1 defa, 37'si (%35,2) 2-3 defa ve 24'ü (%22,9) 4 ve üstü sayıda suça karışmıştır (Grafik 8).



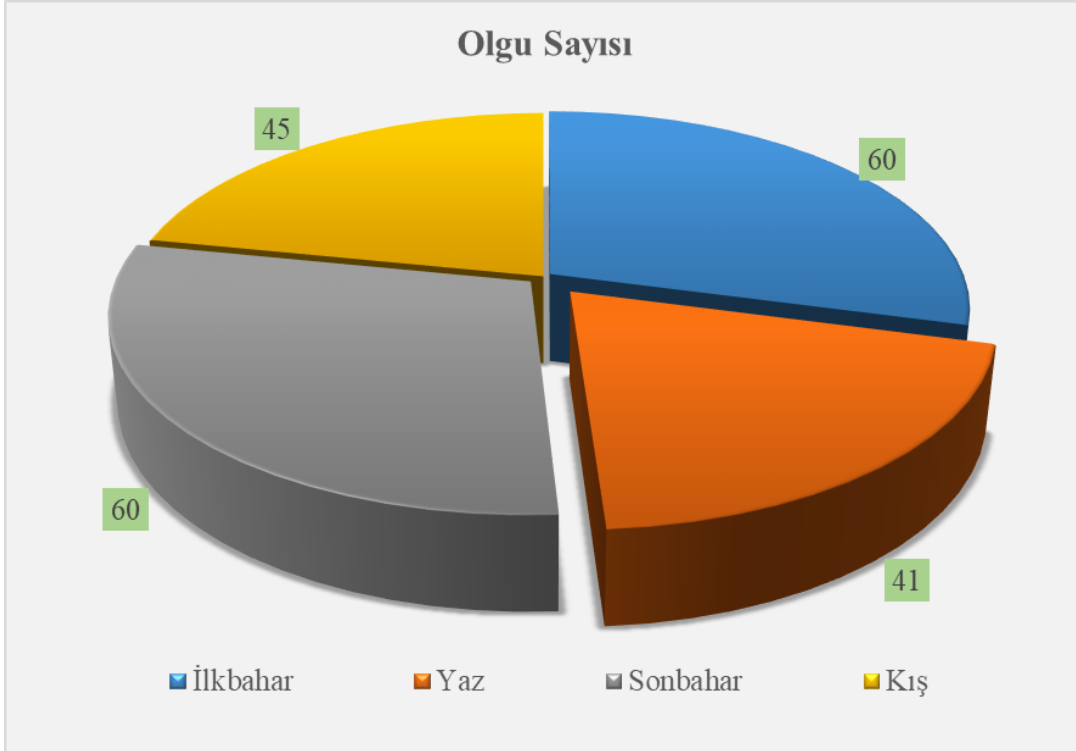
Grafik 8. Olguların tekrar suç işleme durumuna göre dağılımı

Olguların suçun işlendiği aylara göre dağılımını incelendiğinde; en fazla suç işlenen ay 26 (%12,1) olayla nisan ayı olduğu, sırasıyla 22 (%10,3) olay ile eylül ve kasım ayları, 21 (%9,8) olay ile mayıs ayı geldiği görülmüştür. En az suçun haziran ayında (n:10, %4,7) meydana geldiği belirlenmiştir. 214 olgu içinde 9 (%4,2) olgunun suç tarihi raporlarda yer almamaktadır. Suç tarihi bildirilmeyen olguların mevcut klinik durumuna göre ceza sorumluluğu hakkında rapor düzenlendiği suç tarihi bildirildiği takdirde tekrar değerlendirme yapılacağı şeklinde rapor düzenlendiği saptanmıştır.(Grafik 9).



Grafik 9. İddia edilen suçların işlendiği aya göre olguların dağılımı

Olguların mevsimlere göre dağılımı incelendiğinde en çok 60'ar (%28,0) olgu ile ilkbahar ve sonbahar aylarında suçun işlendiği görülmüştür (Grafik 10).



Grafik 10. İddia edilen suçun işlendiği mevsime göre olguların dağılımı

Olguların zekâ durumuna göre dağılımı incelendiğinde % 76,2 (n:163) ile normal ve üstü zekâyâ sahip kişilerin olduğu, en az %1,9 (n:4)'luk oran ile orta derecede zekâ geriliğine sahip kişilerin olduğu belirlenmiştir. Olgulardan 31'inin zekâsı ile ilgili bir bilgi olmadığı, ancak bu olguların zeka testine ve zeka sorgulanmasına ihtiyaç duyulmayan olgular olduğu düşünülmüştür (Tablo 8).

Tablo 8. Olguların zekâ durumuna göre dağılımı

Zeka Durumu:	N	%
Normal ve üstü	163	76,2
Donuk	7	3,3
Sınır	19	8,9
Hafif zeka geriliği	21	9,8
Ağır, orta zeka geriliği	4	1,9
Toplam	214	100,0

Olguların üniversitemizde yapılan değerlendirmesinde ceza sorumluluğunu etkileyen bir hastalığı olup olmamasına göre yapılan incelemede; olguların % 37,9'unda (n:81) tanı konulmasını gerektirecek kapsam ve derecede herhangi bir hastalığının bulunmadığı, tanısı konulan olgular arasında %22,0 (n:47) ile antisosyal kişilik bozukluğu tanısının en sık konulduğu, zeka geriliklerinin de %11,7 (n:25) oran ile ikinci sıklıkta olduğu belirlenmiştir. Tabloda diğer olarak belirtilen grupta anksiyete bozukluğu, temaruz, uyum bozukluğu, epilepsiye ait kişilik değişikliği, şizotipal kişilik bozukluğu rahatsızlıkları yer almaktadır (Tablo 9).

Tablo 9. Olguların psikiyatrik/nörolojik bir hastalık varlığına göre dağılımı

Psikiyatrik/Nörolojik Hastalıkları	N	%
Antisosyal kişilik bozukluğu	47	22,0
Zekâ geriliği	25	11,7
Bipolar bozukluk	12	5,6
Şizofreni	9	4,2
Sınır zekâ	9	4,2
Demans	8	3,7
Psikotik bozukluk	7	3,3
Alkol-madde kötüye kullanımı	6	2,8
Yıkıcı davranış ve dürtü denetim bozuklukları	2	0,9
Yok	81	37,9
Diğer	8	3,7
Toplam	214	100

Olguların başvuru tarihi ile raporun tamamlanması arasında geçen süre incelendiğinde; raporların ortalama hazırlanma süresinin 83 gün olduğu (standart sapma 86 gün) bulunmuştur. İşlendiği iddia edilen suç ile ilgili en erken başvurunun aynı gün olduğu, en geç başvurunun ise suç tarihinden 720 gün sonraya kadar uzadığı görülmüştür. Raporların %36'sı (n:77) ilk bir ay içerisinde raporları hazırlanırken, %35'i (n:75) bir ila üç ay içinde rapor tanzim edildiği belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Başvuru tarihi ile raporun tamamlanması arasında geçen süre

Süre Aralığı	N	%
Aynı gün	17	7,9
1-10 gün	16	7,5
11-30 gün	44	20,6
31-90 gün	75	35,0
91-180 gün	35	16,4
181-360 gün	20	9,3
361-720 gün	7	3,3
Toplam	214	100

Olay tarihi ile başvuru tarihi arasında geçen süre incelendiğinde; en sık 6-12 ay arasında (n:53) müracaatların olduğu, en geç başvuruların (n:31) 4 yıl ve aşkın sürede olduğu ve

ortalama başvuru süresinin 776 gün olduğu tespit edilmiştir. Olguların, olay tarihinden sonra %12,2'sinin (n:26) 0-6 ay arasında, %24,8'inin (n:53) 6-12 ay arasında, %22'sinin (n:47) 1-2 yıl arasında, %14,5'inin (n:31) 4 yıl ve üzeri sürede rapor düzenlemek amacıyla başvurduğu görülmüştür (Tablo 11).

Tablo 11. Olay tarihi ile başvuru tarihi arasında geçen süre

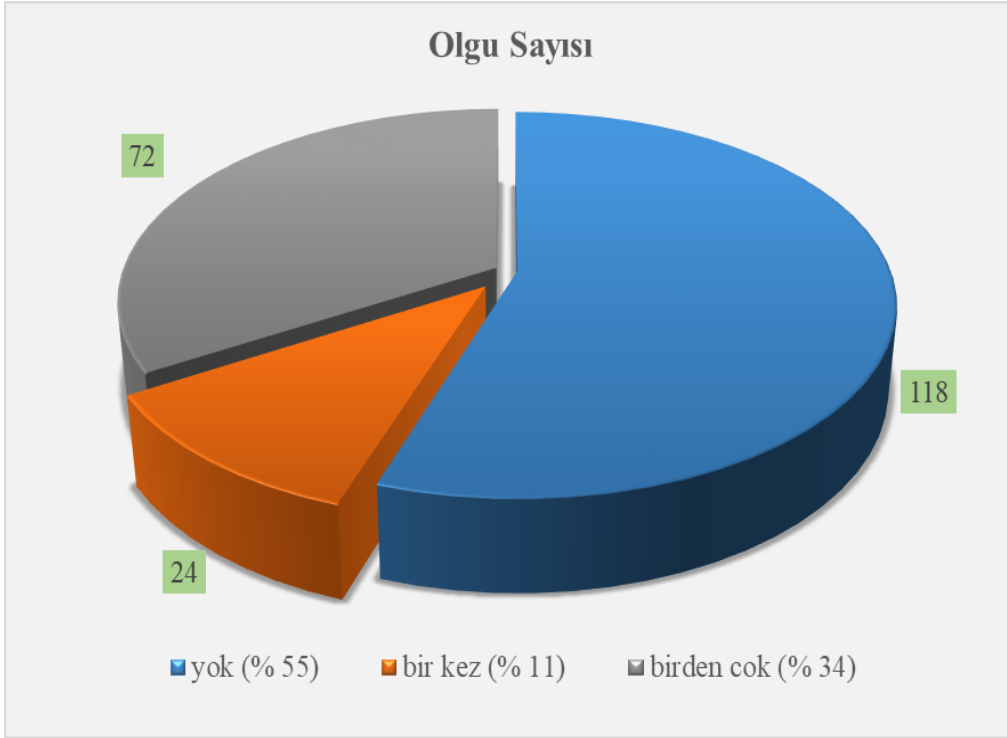
Süre:	N	%
1-10 gün	1	0,5
11-30 gün	0	0,0
31-90 gün	9	4,2
91-180 gün	16	7,5
181-360 gün	53	24,8
361-720	47	22,0
721-1440	49	22,9
1441+	31	14,5
Bilinmeyen	8	3,7
Toplam	214	100,0

Olgular, olay tarihi ile rapor tarihi arasında geçen süre açısından incelendiğinde; raporların olaydan ortalama 783 gün sonra düzenlendiği görülmüştür. Raporlama sürecinin olaydan sonra en erken 31. günde, en geç 4641 günde bittiği görülmüştür. Olay tarihinden sonra raporların %5,2'sinin (n:11) 0-6 ay arasında, % 18,7'sinin (n:40) 6-12 ay arasında, %29'unun (n:62) 1-2 yıl arasında, % 43,5'inin (n:93) 2 yıl ve üzeri sürede sonuçlandığı saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 12. Olay tarihi ile rapor tarihi arasında geçen süre

Süre:	N	%
1-10 gün	0	0,0
11-30 gün	0	0,0
31-90 gün	1	0,5
91-180 gün	10	4,7
181-360 gün	40	18,7
361-720	62	29,0
721-1440	61	28,5
1441+	32	15,0
Bilinmeyen	8	3,7
Toplam	214	100

Olguların haklarında daha önceden rapor düzenlemiş olma sıklığı incelendiğinde %55'ine (n:118) daha önceden hiç rapor düzenlenmediği, 24 olguya (%11) ise sadece bir kez rapor düzenlendiği görülmüştür (Grafik 11).



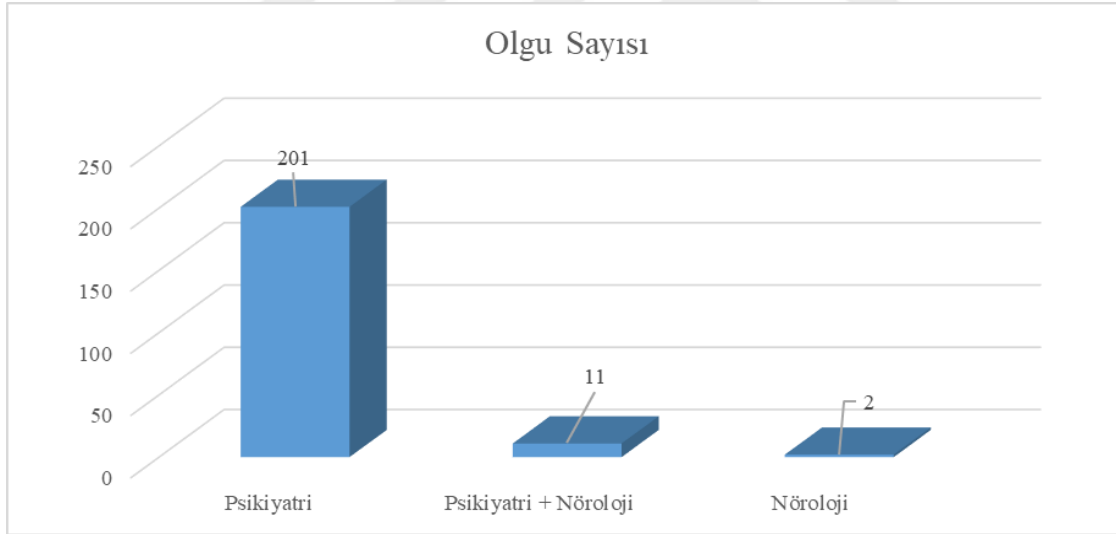
Grafik 11. Olgulara daha önceden rapor düzenleme sıklığı

İşlendiği iddia edilen suçların tipleri incelendiğinde; en çok %26,6 (n:57) ile hırsızlık suçunun işlendiği, bunu sırasıyla kasten yaralama %15,4 (n:33) ve cinsel suçların %12,6 (n:27) izlediği saptanmıştır. Cinayet suçunun %1,4 (n:3)'lük bir oranda olduğu görülmüştür. Diğer şeklinde ile belirtilen grupta gasp, yağma, dolandırıcılık, Askeri Ceza Kanunu'na muhalefet ve rüşvet suçları yer almaktadır (Tablo 13).

Tablo 13. İşlendiği iddia edilen suçların tiplerine göre dağılımı

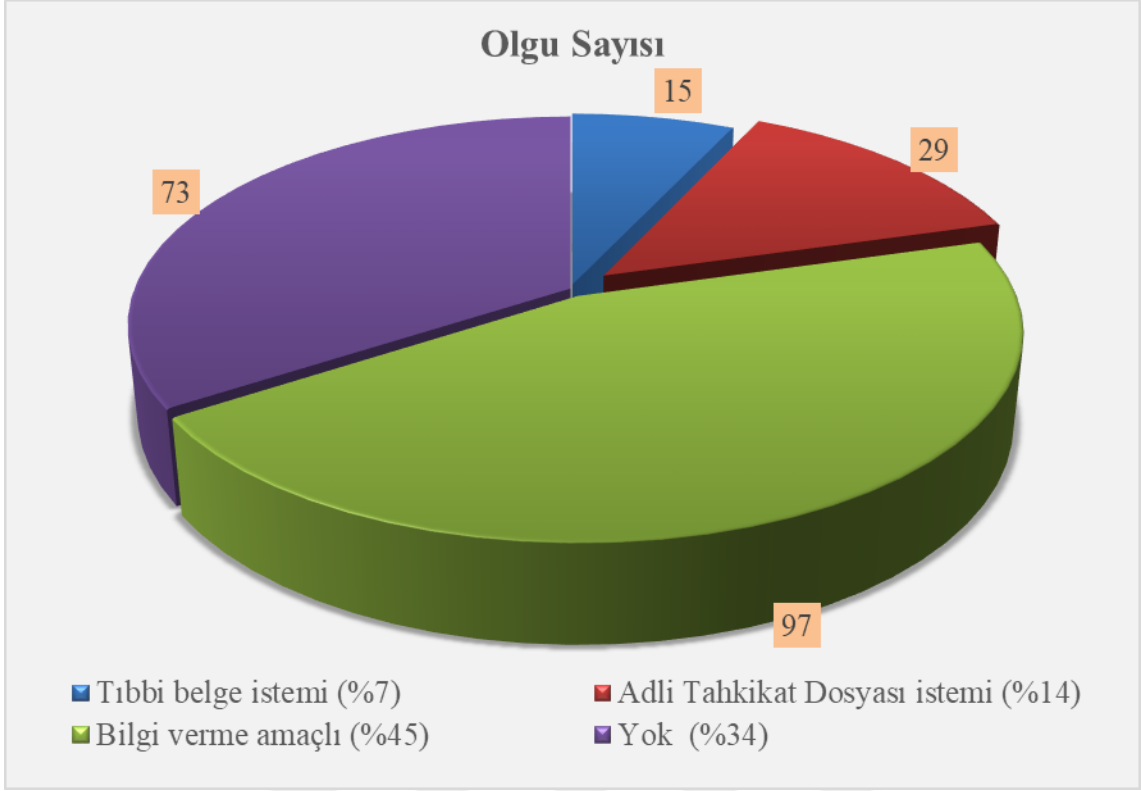
	N	%
Hırsızlık	57	26,6
Kasten Yaralama	33	15,4
Cinsel Suçlar	27	12,6
Tehdit	25	11,7
Hakaret	23	10,7
Kamu Malına Zarar Verme / Mala Zarar Verme	9	4,2
Firar	7	3,3
Uyuşturucu Ticareti	6	2,8
Belgede Sahtecilik	6	2,8
Cinayet	3	1,4
Diğer	13	6,1
Bilinmeyen	5	2,3
Toplam	214	100

Olgulardan istenen konsültasyonların anabilim dallarına göre dağılımına bakıldığında %94 (n:201) oranı ile tamamına yakını psikiyatri bölümü olduğu görülmüştür (Grafik 12).



Grafik 12. Olguların konsültasyon istenen bölümlerin sıklığına göre dağılımı

Olgularla ilgili rapor öncesi müzekkere yazılma durumunun yapılan incelenmesinde; 10 gün içinde raporu çıkmayan olgulardan 141 olgu ile ilgili adli makamlara müzekkere yazıldığı, müzekkere yazılma nedeni en sık ilgili makama raporun gecikeceği konusunda bilgi verilmesi (n:97, %45,3), 29 olguyla ilgili ise (%13,6) adli tahkikat dosyasının eksikliğinden dolayı olduğu görülmüştür (Grafik 13).



Grafik 13. Olgular hakkında müzekkere yazılma nedenlerinin dağılımı

Olgular için rapor talep eden makamlar incelendiğinde; en fazla talebin Asliye Ceza Mahkemelerinden (n:94) geldiği görülmüştür. Diğer taraftan cezaevinde tutuklu ya da hükümlü olan kişiler için cezaevi müdürlükleri tarafından talep edilen rapor (n:69) sayısının ikinci sırada yer aldığı görülmektedir (Tablo 14). Cezaevi Müdürlüklerinin belli bir mahkeme veya savcılık adına bu isteklerde bulunduğu düşünülmüştür.

Tablo 14. Olgular için rapor talep eden makamların dağılımı

Makam	N	%
Asliye Ceza Mahkemesi	94	43,9
Cezaevi Müdürlüğü	69	32,2
Polis Karakolu	25	11,7
Cumhuriyet Savcılığı	9	4,2
Ağır Ceza Mahkemesi	8	3,7
Çocuk Mahkemesi	6	2,8
Jandarma Karakolu	2	0,9
Kişisel Başvuru	1	0,5
Toplam	214	100

Olguların yaş gruplarına göre işlendiği iddia edilen suç tiplerinin dağılımı incelendiğinde, 18-25 yaş aralığının (n:65, %31) en fazla suça karışılan yaş grubu olduğu, görülmektedir. Hırsızlık suçunun işlendiği iddiasının en sık 18-25 yaş grubunda en fazla(n:39) olduğu, suç tiplerinde cinsel suçlar ile tehdit, hakaret, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma ve kamu malına zarar vermek suçlarının 36-45 yaş grubunda en fazla olduğu belirlenmiştir.(Tablo 15). Olguların yaş grupları ile suç tipleri arasında (tabloların %61'i test istatistiğini sağlamadığı için) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki kurulamamıştır. Ancak olguların yoğun olduğu üç suç grubu(1-hırsızlık, 2-cinsel suç, 3-hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma) arasında istatistik analiz yapıldığında; olguların yaş gruplarına göre en fazla işlendiği iddia edilen suç tipleri arasında istatistiksel olarak ($\chi^2 = 47,976$, $p=0,00<0,05$) anlamlı ilişki bulunmuştur. Yaş ilerledikçe suç tipinde farklılaşma olduğu ve suç sayısında azalma olduğu görülmüştür. Tablo incelendiğinde 18-25 yaş arasındaki olgularda hırsızlık suçunun daha yoğun olduğu, 26-45 yaş grubundaki olgularda hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma suçlarının daha yoğun olduğu anlaşılmaktadır. 45 yaş üstü olguların tüm suçlar açısından daha az suça karıştığı anlaşılmaktadır. Diğer başlıklı grupta gasp, yağma, dolandırıcılık, Askeri Ceza Kanunu'na muhalefet ve rüşvet suçları yer almaktadır.

Tablo 15. Olguların yaş gruplarına göre suç tiplerinin dağılımı

Yaş Grupları Suç Tipi	18- 25 Yaş	26- 35 Yaş	36- 45 Yaş	46- 55 Yaş	56- 65 Yaş	66 Yaş ve ↑	Toplam
Hakaret, Tehdit, Yaralama, Cinayet, Kişiyi hürriyetinden yoksun kılma	12	20	35	12	3	2	84
Hırsızlık	39	9	5	4	0	0	57
Cinsel suçlar	5	8	9	1	0	4	27
Kamu malına zarar verme	0	3	5	1	0	0	9
Firar	1	3	2	1			7
Belgede sahtecilik	1	2	1	1		1	6
Uyuşturucu ticareti	5	0	0	0	0	1	6
Diğer	2	7	1		2	1	13
Bilinmeyen	0	1	3	1	0	0	5
Toplam	65	53	61	21	5	9	214

Olguların cinsiyete göre işlendiği iddia edilen suç tiplerinin dağılımı incelendiğinde; erkeklerin (n: 189; % 88,3) bütün suç tiplerinde daha yüksek oranda suça karıştığı görülmüştür. Hem erkeklerde hem de kadınlarda en sık tehdit, hakaret, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma (n:84, %40) suçlarının en fazla oranda işlendiğinin iddia edildiği görülmüştür.(Tablo 16). Cinsiyet ile suç tipleri arasında istatistiksel olarak ($\chi^2 = 6,727$, $p=0,242>0,05$) anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Gasp, yağma, dolandırıcılık, Askeri Ceza Kanunu'na muhalefet ve rüşvet suçları diğer başlıklı grupta yer almaktadır.

Tablo 16. Olguların cinsiyete ve suç tiplerine göre dağılımı

Suç Tipi	Cinsiyet		Toplam
	Erkek	Kadın	
Hakaret, Tehdit, Yaralama, Cinayet, Kişiyi hürriyetinden yoksun kılma	72	12	84
Hırsızlık	52	5	57
Cinsel suçlar	23	4	27
Kamu malına zarar verme	7	2	9
Firar	7	0	7
Belgede sahtecilik	6	0	6
Uyuşturucu ticareti	6	0	6
Diğer	13	0	13
Bilinmeyen	3	2	5
Toplam	189	25	214

Olguların medeni durumlarına göre suç tiplerinin dağılımı incelendiğinde; evli olmayanların mevcut suçlar göz önüne alındığında (n:146; %68,2) evlilerden daha fazla suç işledikleri iddia edildiği görülmüştür. Olgular içinde evli olanların %28,9 (n:62) oranında olduğu saptanmıştır. Bekarların en sık (n:40; %24,4) hırsızlık suçuna karışmış olduğu belirlenirken, evli olanların en sık (n:27; %16,5) hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma gibi suçlara karıştığı belirlenmiştir (Tablo 17). Medeni durum ile suç tipi arasında yapılan istatistiksel analizde (hücrelerin %44,4'ü yeterli data sağlamadığı için) anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Ancak olguların yoğun olduğu üç suç grubu(1-hırsızlık, 2-cinsel suç, 3-hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma) arasında istatistik analiz yapıldığında; olguların medeni durumlarına göre en fazla işlendiği iddia edilen suç tipleri arasında istatistiksel olarak ($\chi^2 = 17,101$, $p=0,002<0,05$) anlamlı ilişki bulunmuştur. Bekarların, hırsızlık ve cinsel suça daha fazla

karıştığı, evli olguların cinsel suça daha az karıştığı görülmektedir. Hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma suçları açısından ise gruplar arasında belirgin bir ayrışma görülmemiştir.

Tablo 17. Olguların medeni durumlarına göre suç tiplerinin dağılımı

Medeni Durum Suç Tipi	Bekar	Boşanmış - eşi ölmüş	Evli	Bilinmeyen	Toplam
Hakaret, Tehdit, Yaralama, Cinayet, Kişiyi hürriyetinden yoksun kılma	35	20	27	2	84
Hırsızlık	40	1	14	2	57
Cinsel suçlar	14	6	7	0	27
Kamu malına zarar verme	1	3	4	1	9
Uyuşturucu ticareti	5	1	0	0	6
Diğer	12	5	8	1	26
Bilinmeyen	1	2	2	0	5
Toplam	108	38	62	6	214

Olguların çocuk sahibi olma durumuna göre suç tiplerinin dağılımı incelendiğinde; çocuk sahibi olmayanların daha fazla suça karıştığı (n: 94; % 43,9) ve bu grup içinde hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma suçlarının işlendiği iddiasının bulunduğu görülmektedir. Çocuk sahibi olanlar (n:81, %37,8) arasında da yine tehdit, hakaret, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma suçlarının en fazla olduğu görülmüştür (Tablo 18). Olguların çocuk sahibi olma durumu ile suç tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($\chi^2 = 5,67$, $p=0,059>0,05$) tespit edilememiştir.

Tablo 18. Olguların çocuk sahibi olma durumuna göre suç tiplerinin dağılımı

Suç Tipi	Çocuk	Var	Yok	Bilinmeyen	Toplam
Hakaret, Tehdit, Yaralama, Cinayet, Kişiyi hürriyetinden yoksun kılma		39	35	10	84
Hırsızlık		13	30	14	57
Cinsel suçlar		9	13	5	27
Kamu malına zarar verme		5	0	4	9
Uyuşturucu ticareti		0	5	1	6
Diğer		12	10	4	26
Bilinmeyen		3	1	1	5
Toplam		81	94	39	214

Olguların eğitim durumuna göre suç tiplerinin dağılımı incelendiğinde, lise mezunlarının (n:65, %32,3) daha fazla suça karıştığı iddia edildiği ve yine lise mezunları arasından en fazla işlenen suç iddiasının hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma (n:33, %50,8) fiillerinin olduğu görülmüştür. Üniversite mezunları ile okuma yazma bilmeyenlerin oluşturduğu grup 13'er olgu (%6) ile suça en az karışan gruplar olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 19). Eğitim durumu ile suç tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki (hücrelerin %45,8'i yeterli data sağlamadığı için) tespit edilememiştir.

Tablo 19. Olguların eğitim durumuna göre suç tiplerinin dağılımı

Eğitim Durumu \ Suç Tipi	Okuma yazma yok	İlkokul	Orta okul	Lise	Üniversite	Bilinmeyen	Toplam
Hakaret, Tehdit, Yaralama, Cinayet, Kişiyi hürriyetinden yoksun kılma	3	18	20	33	8	2	84
Hırsızlık	4	15	27	10	1	0	57
Cinsel suçlar	1	8	4	10	2	2	27
Diğer	3	6	5	10	1	1	26
Kamu malına zarar verme	0	6	2	0	0	1	9
Uyuşturucu ticareti	1	1	2	2	0	0	6
Bilinmeyen	1	3		0	1	0	5
Toplam	13	57	60	65	13	6	214

Olguların çalışma durumuna göre suç tiplerinin dağılımı incelendiğinde, en fazla suç işlenen grubun 90 (%42) olgu ile işsizlerin oluşturduğu, bu grupta da en sık (n:33) işlendiği iddia edilen suçun hırsızlık suçunun olduğu görülmüştür. Suç tipleri içinde en sık hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma suçlarının geldiği (n: 84; %39,2) ve bu suç grubunda da en çok işsizlerin 27 (%32,5) olgu ile bu suça karıştıkları görülmüştür (Tablo 20). Çalışma durumu ile suç tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki (hücrelerin %63,9'u yeterli data sağlamadığı için) tespit edilememiştir.

Tablo 20. Olguların çalışma durumuna göre suç tiplerinin dağılımı

Çalışma Durumu \ Suç Tipi	İşsiz	Geçici iş	Kendine ait iş	Maaşlı iş	Emekli	Bilinmeyen	Toplam
Hakaret, Tehdit, Yaralama, Cinayet, Kişiyi hürriyetinden yoksun kılma	27	20	9	19	8	1	84
Hırsızlık	33	14	4	6	0	0	57
Cinsel suçlar	9	2	3	7	4	2	27
Diğer	14	2	5	0	4	1	26
Kamu malına zarar verme	3	1	0	1	0	4	9
Uyuşturucu ticareti	2	4	0	0	0	0	6
Bilinmeyen	2	2	0	1	0	0	5
Genel Toplam	90	45	21	34	16	8	214

Olguların göç eden aile bireyi olup olmadığına göre suç tiplerinin dağılımı incelendiğinde; göç etmiş aile bireyleri (n:104, %48,6) ile Kocaeli ilinde yerleşik yaşayan aile bireyleri (n:107, %50) arasında suç tiplerine göre olgu sayılarının birbirine yakın olduğu ve her iki araştırma grubu için de işlendiği iddia edilen suçlar arasında en fazla (n:84, %39,3) hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma suçlarının bulunduğu görülmüştür (Tablo 21). Göç durumu ile suç tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki (hücrelerin %66,7'si yeterli data sağlamadığı için) tespit edilmemiştir.

Tablo 21. Olguların göç eden aile bireyi olup olmamasına göre suç tiplerinin dağılımı

Suç Tipi	Göç Eden Aile	Var	Yok	Bilinmeyen	Toplam
Hakaret, Tehdit, Yaralama, Cinayet, Kişiyi hürriyetinden yoksun kılma		37	46	1	84
Hırsızlık		29	27	1	57
Cinsel suçlar		14	13	0	27
Diğer		14	11	1	26
Kamu malına zarar verme		6	3	0	9
Uyuşturucu ticareti		0	6	0	6
Bilinmeyen		4	1	0	5
Toplam		104	107	3	214

Olguların alkol kullanım durumuna göre suç tiplerinin dağılımı incelendiğinde, suça karışanlar arasında alkol kullananların (n: 94, %43,9), alkol kullanmayanlara (n:33, %15,4) göre daha fazla olduğu ve bu suçlar arasında da 84 (%39,3) olgu ile en çok hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma suçlarının bulunduğu görülmüştür (Tablo 22). Alkol kullanım durumu ile suç tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($\chi^2 = 4,199$, $p=0,122>0,05$) tespit edilmemiştir.

Tablo 22. Olguların alkol kullanım durumuna göre suç tiplerinin dağılımı

Suç Tipi	Alkol Kullanımı	Evet	Hayır	Bilinmeyen	Toplam
Hakaret, Tehdit, Yaralama, Cinayet, Kişiyi hürriyetinden yoksun kılma		38	14	32	84
Hırsızlık		32	9	16	57
Cinsel suçlar		4	5	18	27
Kamu malına zarar verme		6	0	3	9
Uyuşturucu ticareti		5	1	0	6
Diğer		8	3	15	26
Bilinmeyen		1	1	3	5
Toplam		94	33	87	214

Olguların uyuşturucu madde kullanım durumuna göre suç tiplerinin dağılımı incelendiğinde; 83 (%38,7) olgunun uyuşturucu madde kullandığı, uyuşturucu kullananların en çok hırsızlık (n:32, %31,4) suçuna karıştıkları görülmüştür. Uyuşturucu madde kullananların sadece % 7,2'sine (n:6) uyuşturucu ticareti suçundan rapor düzenlendiği belirlenmiştir (Tablo 23). Olguların uyuşturucu madde kullanım durumu ile

suç tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($\chi^2 = 2,494$, $p = 0,777 > 0,05$) tespit edilmemiştir.

Tablo 23. Olguların uyuşturucu madde kullanım durumuna göre suç tiplerinin dağılımı

Uyuşturucu Kullanımı Suç Tipi	Evet	Hayır	Bilinmeyen	Toplam
Hakaret, Tehdit, Yaralama, Cinayet, Kişiyi hürriyetinden yoksun kılma	27	22	35	84
Hırsızlık	32	13	12	57
Cinsel suçlar	4	4	19	27
Kamu malına zarar verme	5	1	3	9
Uyuşturucu ticareti	6	0	0	6
Diğer	9	3	14	26
Bilinmeyen	0	2	3	5
Toplam	83	45	86	214

Olguların zekâ durumuna göre suç tiplerinin dağılımı incelendiğinde 163 olgunun (%76,1) normal ve üstü zekâyâ sahip oldukları, zeka düzeyinde düşüklük olan gruplar arasında 21 olguyla (%9,8) en fazla hafif zeka geriliği olanlarla ilgili suç işlediği iddiası bulunduğu; bunlarında en fazla hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma suçlarına (n:8, %44,4) karıştıkları iddiası bulunduğu görülmüştür. (Tablo 24). Olguların zeka durumu ile suç tipi arasında istatistiksel olarak ($\chi^2 = 8,341$, $p = 0,138 > 0,05$) anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Tablo 24. Olguların zekâ durumuna göre suç tiplerinin dağılımı

Suç Tipi Zeka Durumu	Normal ve üstü	Donuk	Sımr	Hafif	Ağır, orta	Toplam
Hakaret, Tehdit, Yaralama, Cinayet, Kişiyi hürriyetinden yoksun kılma	68	1	6	8	1	84
Hırsızlık	43	2	6	6	0	57
Cinsel suçlar	16	1	5	4	1	27
Kamu malına zarar verme	7	1	0	1	0	9
Uyuşturucu ticareti	3	1	1	1	0	6
Diğer	21	1	1	1	2	26
Bilinmeyen	5	0	0	0	0	5
Toplam	163	7	19	21	4	214

Olguların psikiyatrik/nörolojik bir hastalık varlığına göre suç tiplerinin dağılımı incelendiğinde antisosyal kişilik bozukluğunun (n:47, %21,9) en fazla görüldüğü ve bu grubunda en fazla hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma suçlarını işledikleri (n: 22, %27,8) görülmüştür. Cinsel suçlarda ise en çok zeka geriliği (n: 8, %10,1) olan olgulardan oluşmaktadır (Tablo 25). Olguların psikiyatrik hastalığı ile suç tipi arasında (hücrelerin %33,3'ü yeterli data sağlamadığı için) için istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Tablo 25. Olgulardaki psikiyatrik/nörolojik bir hastalık varlığına göre suç tiplerinin dağılımı

Suç Tipi Hastalık Türü	Hakaret, Tehdit, Yaralama, Cinayet, Kişiyi hürriyetinden yoksun kılma	Kamu malına zarar verme	Cinsel suçlar	Hırsızlık	Uyuşturucu ticareti	Diğer	Bilinmeyen	Toplam
Antisosyal kişilik bozukluğu	22	3	3	15	0	4	0	47
Normal altı zeka düzeyi	8	1	8	5	2	4	0	28
Psikotik bozukluk, şizofreni, başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk	15	1	2	1	1	2	1	23
Bipolar bozukluk	6	1		4	0		1	12
Demans	1		4		0	3	0	8
Alkol, madde kötü kullanımı	4		0	1	0	1	0	6
Diğer	28	3	10	31	3	12	3	90
Toplam	84	9	27	57	6	26	5	214

Olguların işlemiş olduğu iddia edilen suçların tipine göre suç tekrarının dağılımı incelendiğinde 109 olguda tekrarlayan suç olduğu, olgulardan 37 (%17,3) 'sinin aynı suçu 2-3 kez işlediği ve bu grubun en sık hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden

yoksun kılma suçlarını (n:19) gerçekleştirdiği görülmüştür (Tablo 26). Suç tipi ile suç tekrarı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki (hücrelerin %33,3'ü yeterli data sağlamadığı için) tespit edilmemiştir.

Tablo 26. Olguların işlemiş olduğu iddia edilen suçların tipine göre suç tekrarının dağılımı

Suç Tekrarı \ Suç Tipi	1	2-3 kez	Daha fazla	Yok	Bilinmeyen	Toplam
Hakaret, Tehdit, Yaralama, Cinayet, Kişiyi hürriyetinden yoksun kılma	8	19	1	12	44	84
Hırsızlık	7	4	23	3	20	57
Cinsel suçlar	3	6	0	4	14	27
Kamu malına zarar verme	0	3	0	2	4	9
Uyuşturucu ticareti	0	1	0	0	5	6
Diğer	2	4	0	3	17	26
Bilinmeyen	0	0	0	0	5	5
Toplam	20	37	24	24	109	214

Olgularda psikiyatrik/nörolojik hastalık durumuna göre tekrar suç sıklığı belirlenemeyen 109 olgu hariç tutularak yapılan incelemede; en sık antisosyal kişilik bozukluğu tanısı olan olguların (n:32, %54,5) 1 ve daha fazla tekrar suça karıştıkları tespit edilmiştir. Psikotik bozuklukları olan olguların oranı %9,5 (n:10)'dir. Psikiyatrik/nörolojik hastalık durumu ile suç tekrarı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki (hücrelerin %55,6'sı yeterli data sağlamadığı için) tespit edilmemiştir (Tablo 27).

Tablo 27. Olgularda psikiyatrik/nörolojik hastalık varlığına göre suç tekrarının sıklığının dağılımı

Suç Tekrarı \ Hastalık Türü	1	2-3 kez	Daha fazla	Yok	Toplam
Antisosyal kişilik bozukluğu	1	15	14	2	32
Normalin altı zeka düzeyi	4	5	2	2	13
Psikotik boz, Şizofreni, başka türlü adlandırılmayan psi boz	4	4	0	2	10
Bipolar bozukluk		1		5	6
Demans		3		3	6
Diğer	11	9	8	10	38
Toplam	20	37	24	24	105

Olguların alkol kullanımının suç tekrarına göre dağılımı, hakkında bilgi bulunamayan 156 olgu hariç tutularak incelendiğinde, alkol kullananların (n:45, %77,6) alkol kullanmayanlara (n:4, %6,9) göre daha fazla suç tekrarında buldukları görülmüştür (Tablo 28). Olguların alkol kullanımı ile yeniden suça karışma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($\chi^2 = 1,620$, $p=0,203 >0,05$) tespit edilmemiştir.

Tablo 28. Olguların alkol kullanımının suç tekrarına göre dağılımı

Alkol Kullanımı \ Suç Tekrarı	Yok	Var	Toplam
Yok	2 (%3,4)	7 (%12,1)	9 (%15,5)
Var	4 (%6,9)	45 (%77,6)	49 (%84,5)
Toplam	6 (%10,3)	52 (%89,7)	58 (%100,0)

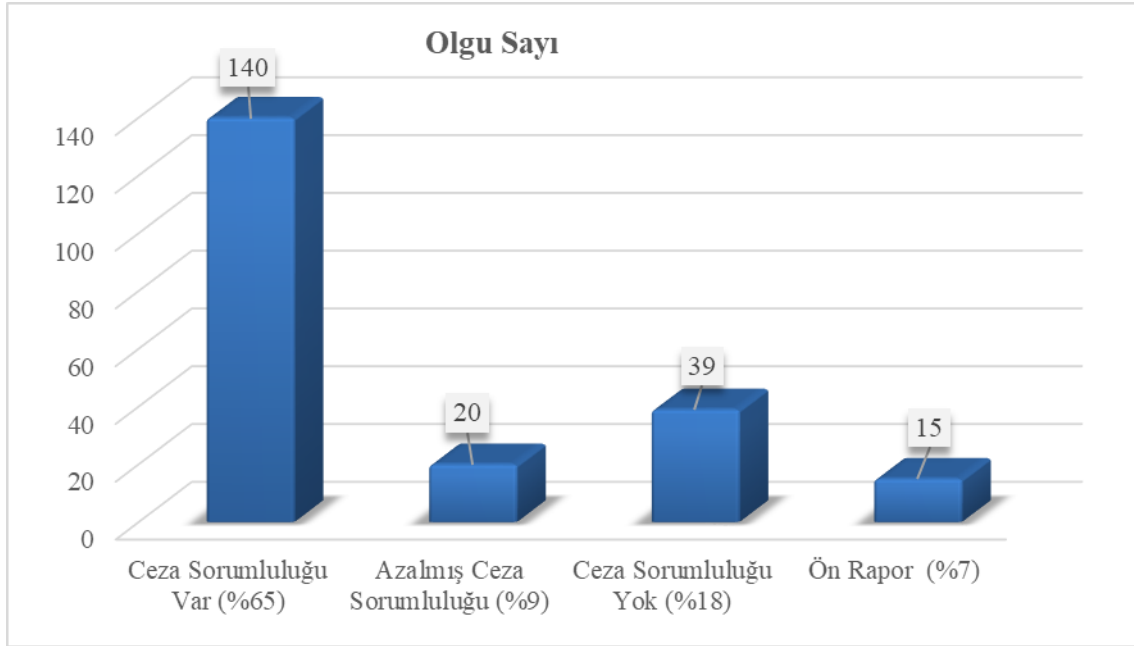
Olguların uyuşturucu madde kullanımının suç tekrarına göre dağılımı, hakkında bilgi bulunamayan 153 olgu hariç tutularak incelendiğinde; 46 olgunun uyuşturucu madde kullandığı görülmüştür. Uyuşturucu madde kullanan ve suç tekrarı olan olguların 43 (%70,5) uyuşturucu madde kullanmayanlara (n:4, %6,6) göre bir ve/veya daha fazla kez suç tekrarı olduğu görülmüştür (Tablo 29). Olguların uyuşturucu kullanımı ile suç tekrarı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki ($\chi^2 = 4,519$, $p=0,036 < 0,05$) olduğu görülmüştür. Uyuşturucu kullananlarda suç tekrarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 29. Olguların uyuşturucu madde kullanımının suç tekrarına göre dağılımı

Uyuşturucu Kullanımı \ Suç Tekrarı	Yok	Var	Toplam
Yok	4 (%6,6)	3 (%4,9)	7 (%11,5)
Var	11 (%18,0)	43 (%70,5)	54 (%88,5)
Toplam	15 (%24,6)	46 (%75,4)	61 (%100,0)

Olgularla ilgili verilen kararların ceza sorumluluğu açısından sıklığı incelendiğinde 140 olgunun (%65) ceza sorumluluğunun tam olduğu, 39 olguda (%16) azalmış ceza sorumluluğunun olduğu, 20 olguda (%10) ceza sorumluluğunun olmadığına karar verilmiştir. 15 olguda (%7) ise yataklı adli psikiyatri servisi bulunmaması ve hasta ile ilgili

yeterli tıbbi bilgi ve belge eksikliği nedeniyle bir karara varılamadığı saptanmıştır (Grafik 14).



Grafik 14. Olgularla ilgili verilen kararların ceza sorumluluğu açısından sıklığı

Olgularda psikiyatrik/nörolojik hastalık durumuna göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı incelendiğinde 39 olgunun (%18,2) ceza sorumluluğunun olmadığına karar verildiği, bu kararın en çok 21 (%53,8) olguyla psikotik bozukluk, şizofreni, başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk olan olgulara uygulandığı görülmüştür. Tanısı konulup da ceza sorumluluğunun tam olduğuna karar verilen olgularda en sık antisosyal kişilik bozukluğu (n:43, % 43,9) olanlardan olduğu görülmüştür (Tablo 30). Psikiyatrik/nörolojik hastalık durumu ile ceza sorumluluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki (hücrelerin %41,7'si yeterli data sağlamadığı için) tespit edilmemiştir.

Tablo 30. Olgularda psikiyatrik/nörolojik hastalık durumuna göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı

Ceza Sorumluluğu \ Hastalık Durumu	Ceza sorumluluğu var	Azalmış ceza sorumluluğu	Ceza sorumluluğu yok	Karar verilemediği veya yataklı servis	Toplam
Antisosyal kişilik bozukluğu	43	0	0	4	47
Zekâ geriliği, sınır zekâ	12	10	6	0	28
Psikotik bozukluk, şizofreni, başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk	0	2	21	0	23
Bipolar bozukluk	2	1	7	2	12
Demans	2	0	5	1	8
Alkol, madde kötü kullanımı	4	1	0	1	6
Diğer	78	5	0	7	90
Toplam	141	19	39	15	214

Cinsiyete göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı incelendiğinde ceza sorumluluğunun olmadığına karar verilenlerden 31 olgunun erkek (%14,5), 8 olgunun kadın (%3,7) olduğu görülmüştür. Ceza sorumluluğunun tam olduğuna karar verilen olguların 131 (%61,2)'inin erkek, 10'unun (%4,7) kadın olduğu görülmüştür. Olguların cinsiyeti ile ceza sorumluluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki (hücrelerin %37,5'si yeterli data sağlamadığı için) tespit edilmemiştir (Tablo 31).

Tablo 31. Cinsiyete göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı

Cinsiyet \ Ceza Sorumluluğu	Kadın	Erkek	Toplam
Ceza sorumluluğu var	10 (%4,7)	131 (%61,2)	141 (%65,9)
Ceza sorumluluğu yok	8 (%3,7)	31 (%14,5)	39 (%18,2)
Ceza sorumluluğu azalmış	6 (%2,8)	13 (%6,1)	19 (%8,9)
Kararsız	1 (%0,5)	14 (%6,5)	15 (%7,0)
Toplam	25 (%11,7)	189 (%88,3)	214 (%100,0)

Yaş gruplarına göre ceza sorumluluğu kararı değerlendirildiğinde; ceza sorumluluğunun olmadığına karar verilen olguların en sık (n:28, %13,1) 26-45 yaş grubunda olduğu, ceza sorumluluğunun tam olduğuna karar verilen olgulara arasında yine

en fazla (n:71, %33,2) olgunun 26-45 yaş arası grubunda bulunduğu görülmüştür. Olguların yaş grubu ile ceza sorumluluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki (hücrelerin %54,2'si yeterli data sağlamadığı için) tespit edilmemiştir (Tablo 32).

Tablo 32. Olguların yaş grubuna göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı

Yaş Grubu	18-25	26-45	45+	Toplam
Ceza Sorumluluğu				
Ceza sorumluluğu var	52 (%24,3)	71 (%33,2)	18 (%8,4)	141 (%65,9)
Ceza sorumluluğu yok	3 (%1,4)	28 (%13,1)	8 (%3,7)	39 (%18,2)
Ceza sorumluluğu azalmış	8 (%3,7)	10 (%4,7)	1 (%0,5)	19 (%8,9)
Kararsız	2 (%0,9)	5 (%2,3)	8 (%3,7)	15 (%7,0)
Toplam	65 (%30,4)	114 (%53,3)	35 (%16,4)	214 (%100,0)

Olguların medeni durumlarına göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı, medeni durumu hakkında bilgi bulunamayan 7 olgu hariç tutularak yapılan incelemesinde; bekarların % 36,2 (n:75) ile evlilerden daha fazla olarak ceza sorumluluğunun tam olduğuna karar verildiği görülmüştür. Ceza sorumluluğunun olmadığı raporlanan olguların bekarlarda %7,7 (n:16), evlilerde %7,2 (n:15) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 33). Olguların medeni durumları ile ceza sorumluluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki (hücrelerin %25'i yeterli data sağlamadığı için) tespit edilmemiştir.

Tablo 33. Olguların medeni durumlarına göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı

Medeni Durum	Bekar	Evli	Boşanmış - Eşi ölmüş	Toplam
Ceza Sorumluluğu				
Ceza sorumluluğu var	75 (%36,2)	37 (%17,9)	26 (%12,6)	138 (%66,7)
Ceza sorumluluğu yok	16 (%7,7)	15 (%7,2)	7 (%3,4)	38 (%18,4)
Ceza sorumluluğu azalmış	14 (%6,8)	4 (%1,9)	0 (%0,0)	18 (%8,7)
Kararsız	3 (%1,4)	5 (%2,4)	5 (%2,4)	13 (%6,3)
Toplam	108 (%52,2)	61 (%29,5)	38 (%18,4)	207 (%100,0)

Olguların çocuk sahibi olmasına göre ceza sorumluluğu kararlarının, çocuk sahibi olup olmadığı konusunda bilgi bulunamayan 40 olgu hariç tutularak yapılan incelemesinde, çocuk sahibi olan 81 (%46,6) olgunun 51 (%29,3)'inde ceza sorumluluğunun tam olduğu,

17 (%9,8)'sinde ceza sorumluluğunun olmadığı ve yine çocuk sahibi olmayan 93 (%53,4) olgunun 61 (%35,1)'inde ceza sorumluluğunun tam olduğu, 19 (%10,9)'unda ceza sorumluluğunun olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 34). Olguların çocuk sahibi olma durumu ile ceza sorumluluğu arasında ($\chi^2 = 5,775$, $p = 0,123 > 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Tablo 34. Olguların çocuk sahibi olmasına göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı

Çocuk Sahipliği \ Ceza Sorumluluğu	Yok	Var	Toplam
Ceza sorumluluğu var	61 (%35,1)	51 (%29,3)	112 (%64,4)
Ceza sorumluluğu yok	19 (%10,9)	17 (%9,8)	36 (%20,7)
Ceza sorumluluğu azalmış	10 (%5,7)	4 (%2,3)	14 (%8,0)
Kararsız	3 (%1,7)	9 (%5,2)	12 (%6,9)
Toplam	93 (%53,4)	81 (%46,6)	174 (%100,0)

Olguların eğitim durumuna göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı, eğitim durumu konusunda bilgi bulunamayan 7 olgu hariç tutularak yapılan incelemesinde, 37 (%17,9) olguda ceza sorumluluğunun olmadığına karar verildiği ve bu grupta en fazla 13 olguyla (%6,3) lise mezunlarının olduğu, okuma yazması olmayan ve ortaokul mezunlarının 2'ser (%1,0) olguyla en az görüldüğü gözlemlenmiştir. Ceza sorumluluğunun tam olduğuna karar verilen 140 (%67,6) olgunun büyük çoğunluğunun (n:49, %23,7) ortaokul mezunu olduğu görülmüştür (Tablo 35). Olguların eğitim durumu ile ceza sorumluluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki (hücrelerin %55'i yeterli data sağlamadığı için) tespit edilmemiştir.

Tablo 35. Olguların eğitim durumuna göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı

Ceza Sorumluluğu \ Eğitim Durumu	Var	Yok	Azalmış	Karar verilemedi	Toplam
Okuma yazma yok	5 (%2,4)	4 (%1,9)	2 (%1,0)	2 (%1,0)	13 (%6,3)
İlkokul	37 (%17,9)	12 (%5,8)	4 (%1,9)	4 (%1,9)	57 (%27,5)
Ortaokul	49 (%23,7)	4 (%1,9)	5 (%2,4)	2 (%1,0)	60 (%29,0)
Lise	43 (%20,8)	13 (%6,3)	6 (%2,9)	3 (%1,4)	65 (%31,4)
Üniversite	6 (%2,9)	4 (%1,9)	0 (%0,0)	2 (%1,0)	12 (%5,8)
Toplam	140 (%67,6)	37 (%17,9)	17 (%8,2)	13 (%6,3)	207 (%100,0)

Olguların çalışma durumuna göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı, çalışma durumu konusunda hakkında bilgi bulunamayan 9 olgu hariç tutularak yapılan incelemesinde, 134 (%65,4) olgu ile ceza sorumluluğunun tam olduğuna karar verilen olgularda; en fazla olarak 54 (%26,3) olguyla herhangi bir işte çalışmayan grubun yer aldığı, en az olarak da 8 (%9) olguyla emeklilerin olduğu görülmektedir. Ceza sorumluluğunun olmadığına karar verilen 38 (%18,5) olgunun büyük çoğunluğunun yine işsizlerden (n:17, %8,3) gruptan oluştuğu, bunu 8 (%3,9) olgu ile maaşlı işi olanların takip ettiği görülmektedir (Tablo 36). Olguların çalışma durumu ile ceza sorumluluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($\chi^2 = 19,397$, $p = 0,079 > 0,05$) tespit edilmemiştir.

Tablo 36. Olguların çalışma durumuna göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı

Ceza Sorumluluğu \ Çalışma Durumu	Var	Yok	Azalmış	Karar verilemedi	Toplam
İşsiz	54 (%26,3)	17 (%8,3)	13 (%6,3)	6 (%2,9)	90 (%43,9)
Geçici iş	33 (%16,1)	6 (%2,9)	3 (%1,5)	2 (%1,0)	44 (%21,5)
Maaşlı iş	20 (%9,8)	8 (%3,9)	2 (%1,0)	4 (%2,0)	34 (%16,6)
Kendine ait iş	19 (%9,3)	1 (%0,5)	0 (%0,0)	1 (%0,5)	21 (%10,2)
Emekli	8 (%3,9)	6 (%2,9)	0 (%0,0)	2 (%1,0)	16 (%7,8)
Toplam	134 (%65,4)	38 (%18,5)	18 (%8,8)	15 (%7,3)	205 (%100,0)

Alkol kullanan olguların ceza sorumluluğu kararlarına göre dağılımı hakkında bilgi bulunamayan 88 olgu hariç tutularak incelendiğinde; alkol kullanan 93 olgunun 80 (%63,5)'inin ceza sorumluluğunun tam olduğu, 7 olguda (%5,6) ceza sorumluluğunun olmadığına karar verildiği görülmüştür. Ceza sorumluluğunun olmadığına karar verilen olgulardan 4 (%3,2)'ünün alkol kullanmayanlardan oluştuğu görülmüştür (Tablo 37). Olguların alkol kullanımını ile ceza sorumluluğu arasında istatistiksel bir ilişki (hücrelerin %37,5'si yeterli data sağlamadığı için) tespit edilmemiştir.

Tablo 37. Alkol kullanan olguların ceza sorumluluğu kararlarına göre dağılımı

Ceza Sorumluluğu \ Alkol Kullanımı	Var	Yok	Toplam
Ceza sorumluluğu var	80 (%63,5)	21 (%16,7)	101 (%80,2)
Ceza sorumluluğu yok	7 (%5,6)	4 (%3,2)	11 (%8,7)
Ceza sorumluluğu azalmış	2 (%1,6)	5 (%4,0)	7 (%5,6)
Karar verilemedi	4 (%3,2)	3 (%2,4)	7 (%5,6)
Toplam	93 (%73,8)	33 (%26,2)	126 (%100,0)

Uyuşturucu madde kullanan olguların ceza sorumluluğu kararlarına göre dağılımı, hakkında bilgi bulunamayan 87 olgu hariç tutularak incelendiğinde; uyuşturucu madde kullanan 82 olgunun 72'sinin (%56,7) ceza sorumluluğunun tam olduğu, 4 olguda (%3,1) ceza sorumluluğunun olmadığına karar verildiği görülmüştür. Ceza sorumluluğunun olmadığına karar verilenlerden 7 olgunun uyuşturucu madde kullanmayanlardan oluştuğu saptanmıştır(Tablo 38). Uyuşturucu kullananlarda ceza sorumluluğu kararları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki (hücrelerin %50'si yeterli data sağlamadığı için) tespit edilmemiştir.

Tablo 38. Uyuşturucu madde kullanan olguların ceza sorumluluğu kararlarına göre dağılımı

Uyuşturucu Kullanımı	Var	Yok	Toplam
Ceza Sorumluluğu			
Ceza sorumluluğu var	72 (%56,7)	30 (%23,6)	102 (%80,3)
Ceza sorumluluğu yok	4 (%3,1)	7 (%5,5)	11 (%8,7)
Ceza sorumluluğu azalmış	2 (%1,6)	6 (%4,7)	8 (%6,3)
Karar verilemedi	4 (%3,1)	2 (%1,6)	6 (%4,7)
Toplam	82 (%64,6)	45 (%35,4)	127 (%100,0)

Olguların suç tekrarına göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı, hakkında bilgi bulunamayan 109 olgu hariç tutularak incelendiğinde, ceza sorumluluğu tam olan 73 olgunun 59'unun (% 80,8) 1 ve/veya daha fazla kez suç işlediği görülmüştür. Ceza sorumluluğunun olmadığına karar verilen 22 olgunun 8'inin tekrar suça karışmadığı görülmüştür (Tablo 39). Olguların suç tekrarı ile ceza sorumluluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki (hücrelerin %56,3'ü yeterli data sağlamadığı için) tespit edilmemiştir.

Tablo 39. Olguların suç tekrarına göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı

Ceza Sorumluluğu	Var	Yok	Azalmış	Karar verilemedi	Toplam
Suç Tekrarı					
Yok	14 (%6,8)	9 (%4,3)	0 (%0,0)	1 (%0,5)	24 (%11,6)
1	11 (%5,3)	5 (%2,4)	4 (%1,9)	0 (%0,0)	20 (%9,7)
2-3 kez	25 (%12,1)	8 (%3,9)	2 (%1,0)	2 (%1,0)	37 (%17,9)
Daha fazla	23 (%11,1)	0 (%0,0)	1 (%0,5)	0 (%0,0)	24 (%11,6)
Toplam	73 (%35,3)	22 (%10,6)	7 (%3,4)	3 (%1,4)	105 (%50,7)

Olguların zekâ durumuna göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı incelendiğinde, orta ve/veya ağır derecede zekâ geriliği tanısı konulan 4 olgu tespit edildiği ve bu 4 olgunun tamamına ceza sorumluluğu olmadığı kararının verildiği görülmüştür. Hafif derecede zekâ geriliği tanısı konulan 21 olgunun 10 (%47,6) tanesinde azalmış ceza sorumluluğunun olduğuna, 4 olguda (%19) ceza sorumluluğunun olmadığına, 5 olguda (%33,4) ise ceza sorumluluğunun tam olduğuna, 2 olguda (%1) ise yataklı servisi bulunan bir merkezde takibinden sonra karar verilmesi gerektiği şeklinde rapor düzenlendiği görülmüştür (Tablo 40). Olguların suç tekrarı ile ceza sorumluluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki (hücrelerin %62,5'i yeterli data sağlamadığı için) tespit edilmemiştir. Donuk, sınır, normal ve üstü zekaya sahip olgulardan 31 tanesine ceza sorumluluğunun olmadığına, 9 olguya ise azalmış ceza ehliyeti olduğuna dair rapor düzenlenmiştir. Bu olgularda ceza sorumluluğuna etki eden 20 olguda psikotik bozukluk, 7 olguda bipolar bozukluk, 4 olguda demans rahatsızlıklarının olduğu belirlenmiştir. Azalmış ceza sorumluluğu raporu düzenlenen 2 sınır zeka olgusunun epilepsi ve psikotik tanısı olduğu, normal ve üstü zekaya sahip olgulardan 1 olguda bipolar bozukluk, 2 olguda şizofreni, 1 olguda alkol-madde kötüye kullanımı tanılarının bulunduğu, 3 olguda ise herhangi bir tanı konulamamasına karşın suçun işlendiği tarihte yaş küçüklüğü olduğu görülmüştür.

Tablo 40. Olguların zekâ durumuna göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı

Ceza Sorumluluğu \ Zeka Durumu	Var	Yok	Azalmış	Karar verilemedi	Toplam
Ağır, Orta	0 (%0,0)	4 (%1,9)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	4 (%1,9)
Hafif	5 (%2,4)	4 (%1,9)	10 (%4,8)	2 (%1,0)	21 (%10,1)
Donuk+Sınır	20 (%9,7)	2 (%1,0)	2 (%1,0)	2 (%1,0)	26 (%12,6)
Normal ve üstü	116 (%56,0)	29 (%14,0)	7 (%3,4)	11 (%5,3)	163 (%78,7)
Toplam	141 (%68,1)	39 (%18,8)	19 (%9,2)	15 (%7,2)	214 (%103,4)

Bipolar bozukluk tanısı konulan olguların suçun işlendiği aya ve mevsime göre dağılımı incelendiğinde, 12 olguya bipolar bozukluk tanısı konulduğu, 1 olguda suçun işlendiği ayın mevcut belgelerde bulunmadığı, Şubat ve Ağustos aylarının 3 olgu (%27) ile en fazla suç işlenen aylar olduğu tespit edilmiştir. Bipolar bozukluk tanısı olanlardan sonbahar mevsiminde hiçbir olgunun olmadığı görülmüştür (Tablo 41). Çalışmada bipolar bozukluk

olgu sayısı çok düşük sayıda olduğu için mevsimsel ve aylık bazda istatistiksel analiz yapacak sayıda veri olmadığından istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Tablo 41. Bipolar bozukluk tanısı konulan olguların suçun işlendiği aya ve mevsime göre dağılımı

Mevsimler	N	%	Aylar:	N:	%
Kış	4	%36	Aralık	0	0
			Ocak	1	9
			Şubat	3	27
İlkbahar	3	%27	Mart	2	18
			Nisan	0	0
			Mayıs	1	9
Yaz	4	%36	Haziran	0	0
			Temmuz	1	9
			Ağustos	3	27
Sonbahar	0	%0	Eylül	0	0
			Ekim	0	0
			Kasım	0	0
Toplam	11	%100		11	100

Bipolar bozukluk tanısı konan olguların işlediği iddia edilen suçlara göre dağılımı incelendiğinde, en fazla hırsızlık (n:4, %33,3) ikinci sırada tehdit (n:3, %25,0) suçlarını işledikleri görülmüştür (Tablo 42).

Tablo 42. Bipolar bozukluk tanısı konan olguların işlediği iddia edilen suçlara göre dağılımı

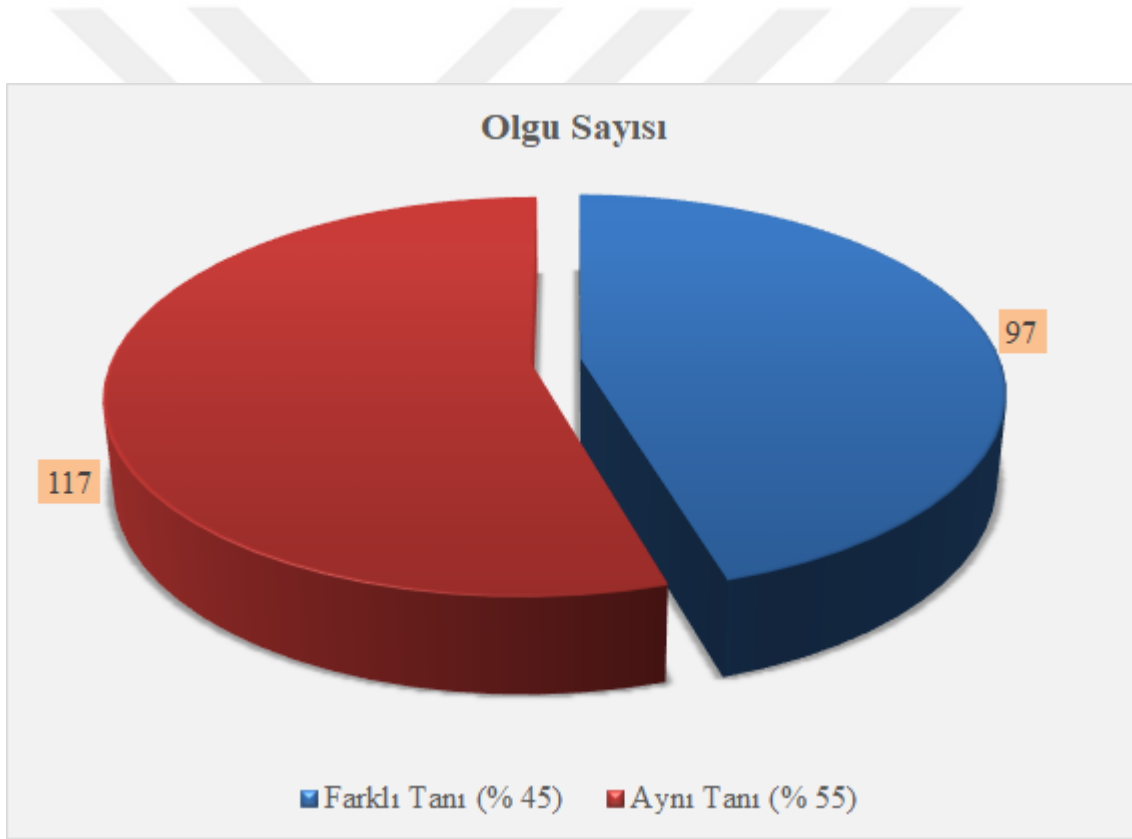
Suç Tipi	N	%
Hırsızlık	4	33,3
Tehdit	3	25,0
Hakaret	2	16,7
Kasten yaralama	1	8,3
Kamu malına zarar verme	1	8,3
Bilinmiyor	1	8,3
Toplam	12	100,0

Bipolar bozukluk tanılı olgulara yönelik verilen rapor sonuçlarının dağılımı incelendiğinde, 12 olgunun 5'inin (%42) ceza sorumluluğunun olmadığı, 2 olguda (%17) ceza sorumluluğunun tam olduğu yönünde rapor düzenlenmiştir (Tablo 43).

Tablo 43. Bipolar bozukluk tanılı olgulara yönelik verilen rapor sonuçlarının dağılımı

Rapor Sonucu	N	%
Ceza sorumluluğu yok	5	42
Karar verilemediği veya yataklı servis	2	17
Azalmış ceza sorumluluğu	3	25
Ceza sorumluluğu var	2	17
Toplam	12	100

Hakkında rapor düzenlenen 214 olgunun daha önceki konulan tanıları ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde konulan tanıları arasındaki farklar incelendiğinde; 117 olguda (%55) olgulara dış merkez ile aynı tanıların konulduğu, 97 olguda ise farklı tanıların konulduğu görülmüştür (Grafik 15).



Grafik 15. Önceki tanı ile raporlarımızdaki tanı arasındaki fark dağılımı

Önceki tanı ile raporlarımızdaki tanı arasındaki farkların incelendiğinde; dikkat çeken en önemli farkın hastanemizde 45 antisosyal kişilik bozukluğu tanısı konulan olgulara dış merkezde 13'sine herhangi bir tanı konulmazken, 13 olguya dış merkezde hafif mental retardasyon, 7 olguya bipolar bozukluk, 5 olguya anksiyete bozukluğu, 4 olguya psikotik

bozukluk, 2 olguya madde kötüye kullanım bozukluğu, 1 olguya şizofreni tanısı konmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Antisosyal kişilik bozukluğu bulunan olgulardan sadece 2'si için aynı teşhis konulurken 45 olgu için önceki tanı değişerek antisosyal kişilik bozukluğu teşhisi konmuştur. 19 olgu için zeka geriliği tanısı konulmuştur. 19 olgunun 13'ünde tanı değişmezken, 6 olgu için zeka geriliği tanısı konulmuştur. Bipolar bozukluk (n:12), demans (n:8), yıkıcı davranış ve dürtü denetim bozuklukları (n:2), anksiyete bozukluğu (n:1) ve uyum bozuklukları (n:1) tanıları önceki sağlık kuruluşu ve Anabilim dalımız arasında bir fark olmadığı görülmüştür. Sınır zeka (n:9), başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk (n:1) ve temaruz tanıları olgulara ilk kez hastanemizde tanısı konan hastalıklar olduğu saptanmıştır. Anabilim Dalımıza sevk edilen 81 olgu için önceki sağlık kuruluşunda hastalık olmadığına dair tanı konulurken 59 olgu için Anabilim dalımızca da hastalık olmadığı yönünde tanı konulmuş ancak 22 olgu için yeni tanı konulmuştur (Tablo 44).

Tablo 44. Önceki tanı ile raporlarımızdaki tanı arasındaki farkların dağılımı

Tanı Adı	Aynı Tanı Sayısı	Değişen Tanı Sayısı	Toplam
Antisosyal kişilik bozukluğu	2	45	47
Zeka geriliği	13	6	19
Şizofreni	9	3	12
Bipolar bozukluk	12	0	12
Psikotik bozukluk	6	4	10
Sınır zeka	0	9	9
Demans	8	0	8
Alkol-madde kötüye kullanımı	3	3	6
Yıkıcı davranış ve dürtü denetim bozuklukları	2	0	2
Anksiyete bozukluğu	1	0	1
Başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk	0	1	1
Temaruz	0	1	1
Uyum bozuklukları	1	0	1
Diğer	1	3	4
Yok	59	22	81
Toplam	117	97	214

5 TARTIŞMA

Ülkemizde ve dünyada her geçen gün suç oranları artan bir seyir göstermektedir. Bu artışla birlikte bilinçsiz olarak suç işleyen kişilerin ceza sorumluluklarının irdelenip cezanın adalet ölçüsünde uygulanması gerekmektedir. Toplumsal düzeni sağlamak adına devletin yaptırım gücü olan “cezalandırma hakkı” ve bu doğrultudaki “ceza” kavramı; bunun sonucu olarak da toplumsal iradeye, yani yasal metinlerin emirlerine karşı işlenmiş suçlar nedeniyle ortaya çıkan “cezai sorumluluk” ilkesi üzerinde ortak bir uygulama arayışına sevk etmiştir.¹⁹¹ Cezada ölçü, failin kasıt ve kusur derecesi ile işlenen suçun ağırlığıdır. Hukuken bir kişinin işlemiş olduğu suç ile ilgili ceza verilebilmesi için tam bir akıl sağlığı içinde, eylemi bilerek, isteyerek ve sonuçlarını öngörerek gerçekleştirmiş olmalıdır. Kişinin davranışlarını engelleyemediği ve denetleyemediği durumlarda işledikleri eylemlerden dolayı sorumlu tutulamayacağı ve kendisine ceza verilemeyeceği kanunlarımızda yer almaktadır. Adli tıp ve psikiyatrinin ceza hukukuna yardımcı olduğu nokta ise suçun manevi ögesinin gerçekleşip gerçekleşmediğinin belirlenmesi noktasındadır.¹⁸⁹

Çalışmamızdaki olguların yıllara göre dağılımında; 2016 yılında (n:37) ve 2017 yılında (n:17) olgularda sayısal bir azalış olurken, sonraki yıllarda düzenli bir şekilde artış olduğu görülmektedir. 2020 yılında olgu sayısı (n:71) 2017 yılının 4 katından fazla olmuştur (Grafik 1). TÜİK verilerine göre Ülkemizde 2015-2019 yılları arasındaki suç oranlarında düzenli bir artış olduğu görülmektedir.²²¹ Çalışmamızda 5 yıllık süre içinde Anabilim Dalımıza yansıyan olgu sayısının toplam 257 olgu olmasının, Adalet istatistiklerinde aynı süre içinde; Kocaeli Adli Tıp Şube Müdürlüğüne yansıyan olgu sayısının toplam 1324 olduğu (Tablo 45) düşünüldüğünde (2020;269, 2019: 358, 2018;227,2017: 233, 2016: 237) ceza ehliyeti gibi büyük bir öneme sahip raporların büyük bir çoğunluğunun Adli Tıp Şube Müdürlüğünde değerlendirildiği, multidisipliner bir değerlendirme yapılmadığı görülmektedir. Anabilim Dalımıza Sakarya ilinden de olgu geldiği düşünüldüğünde Anabilim dalımıza gelen olgu sayısının çok daha düşük olduğu anlaşılmaktadır. Çalışmamızda 2017 yılındaki olgularda düşüş 2016-2017 yıllarında çok sayıda yargı mensubunun görevlerinden ihraç edilmiş olması, çok sayıda yargı mensubunun başka illere ve mahkemelere atanması nedeniyle yargılama sürecinin yavaşlaması sonucu

tarafımıza gönderilen dosyaların azalmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Bu dönemde hakim ve savcıların farklı merkezlerden rapor talep etmiş olabileceği ve 2017 yılındaki olgu sayımızın düşmesinde etki yaratmış olabilir. Ancak adalet istatistiklerinde Adli Tıp Şube Müdürlüğünden rapor sayısının yıllara göre dağılımı incelendiğinde anlamlı bir fark görülmemesi, Anabilim Dalımıza gelen olgu sayısındaki düşüklüğün bu dönemdeki hakim ve savcıların rapor isteminde buldukları merkezlerle ilgili tercihlerinin etkili olduğu söylenebilir.

Tablo 45. Ceza Ehliyeti Raporlarının Verildiği Birimlere göre Dağılımı

Birim Yıllar	Kocaeli Adli Tıp Şube Müd.	Sakarya Adli Tıp Şube Müd.	KOÜ Adli Tıp Anabilim Dalı	Türkiye Geneli
2020	269	97	71	4.684
2019	358	78	50	5.657
2018	227	37	39	4.517
2017	233	47	17	3.562
2016	237	16	37	2.585
Toplam	1.324	275	214	21.005

Olgularımızın %85,6'sının erkek olduğu, Adalet İstatistiklerinde de Ceza mahkemelerinde yargılan kişilerin benzer oranda olduğu görülmüştür.²²¹ Bu durumun erkek bireylerin dış ortamda daha fazla zaman geçirmesinin suça karışma potansiyelini artmasına neden olmakla birlikte; erkek cinsiyetteki bireylerin, suç işlemeye daha yatkın olduğu genel kabul gören bir durumdur. Benzer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur.^{220,148} Türkcan ve arkadaşlarının 1831 adli olgunun tanı dağılımı ve tanı suç bağlantısının değerlendirilmesi konulu yaptığı çalışmada olguların %7,5'i (n=138) kadın, %92,5'ini (n=1693) ise erkek olarak bulmuştur.²²⁰ Duman Y. İ tarafından yapılan adam öldürme suçu sebebiyle ceza ehliyeti sorulmak üzere Gözlem İhtisas Dairesine gönderilen sanıkların sosyodemografik, kriminolojik ve psikiyatrik değerlendirilmesi çalışmasında 2013-2015 yıllarına ilişkin 508 olgu üzerinde yaptığı inceleme neticesinde olgularının %88,8'inin (n:451) erkek, %11,2'sinin (n:57) kadın olduğunu bulmuştur.¹⁴⁸ Çalışmamızda erkeklerin kadın olgulara göre 6 kat daha fazla olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda erkek olguların yaş grubuna göre dağılımı incelendiğinde olguların en sık(%30,7) 18-25 yaş grubunda olduğu, olgularda 45 yaşından sonra belirgin bir azalış olduğu, kadın olguların en çok 36-45 yaş grubunda (n: 8, %32) olduğu, 56 yaş ve üzeri yaş

gruplarında hiç olgu bulunmadığı görülmüştür.(Tablo 1). TÜİK verilerine göre 2015-2019 yılları arasında ceza infaz kurumuna giren hükümlü ve tutukluların kuruma girdikleri dönemdeki yaşlar incelendiğinde; 18-24 arası %14,4, 25-34 arası %35,5, 35-44 arası %28,3, 45-54 arası %15,1, 55-64 arası %5,4 ve 65 yaş ve üstü %1,3 olduğu görülmüştür.²²¹ Ersolak C, bir üniversite hastanesi adli psikiyatri polikliniğine yönlendirilen olguların retrospektif değerlendirildiği çalışmada olguların %7,4'ünün (n=12) 18-20 yaş grubunda, %28,2'sinin (n=46) 20-29 yaş grubunda, %35,6'sının (n=58) 30-39 yaş grubunda, %11,7'sinin (n=19) 40-49 yaş grubunda, %11,7'sinin (n=19) 50-59 yaş grubunda ve %5,5'inin (n=9) 60 yaş üstünde olduğunu tespit etmiştir.¹⁸⁵ Çalışmamız yaş grupları ve cinsiyet ile ilgili yapılan çalışmalarla benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Yaşın ilerlemesi ile birlikte fiziksel, bilişsel, sosyal, duygusal ve ekonomik alanlarda meydana gelen değişikliklerle birlikte suç oranının yaşla orantılı olarak azaldığı düşünülmüştür.

Olguların medeni durumları incelendiğinde yarısından fazlasının (%52, n:108) bekar olduğu, evlilerin %29 (n:61) oranında olduğu, boşanmış, eşi vefat etmiş olanların %18 (n:38) oranında olduğu bulunmuştur. Olguların çocuk sahibi olma durumu ve çocuk sayısına göre dağılımı incelendiğinde çocuğu olmayanların %44 (n:94) ile ilk sırayı aldığı görülmektedir. (Grafik 2, Tablo 2) Duman yaptığı çalışmada olguların %45,4'ünün (n:217) bekar, %47,1'inin (n:225) evli ve geri kalan %7,5'inin (n:36) dul olduğunu bulmuştur.¹⁴⁸ Yıldız ve arkadaşları hükümlülerde tehlikelilik ve tekrar suç işlemeye etki eden faktörlerin araştırıldığı çalışmada olguların %20,3'ünün eşinden ayrı yaşadığı, olgulardan %4,9'unun yalnızca eşi ile, %23,1'inin eşi ve çocuğu ile, %7,1'inin yalnızca çocuğu ile, %35,2'sinin anne ve/veya babası ile, %29,7'sinin yalnız başına yaşadığını belirtmiştir.²²⁵ Evlilik ve çocuk sahibi olmakla birlikte kişiye yüklenen sorumluluklar ve beraberinde gelen yaşam değişikliğinin suça daha az oranda karışılmasında etkili olduğu düşünülmüştür. Ayrıca evli kişilerin bekar kişilere göre daha büyük yaşlarda olması da evli ve çocuk sahibi kişilerin daha az suça karışmasında etkili olmuş olabilir.

Olguların eğitim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde ilkokul mezunlarının (%18,2; n:39) ilk sırayı almakta olduğu ve ardından lise mezunlarının (%17,3; n:37) geldiği görülmüştür. Üniversite mezunları %6,1'lik pay (n:13) almışlardır (Tablo 3).

Eğitim almamış veya sadece okur-yazar olan olgular değerlendirildiğinde çalışmamızda bu oranın %14,5 olduğu (n:30), Duman tarafından %20,9 (n:106), Yıldız ve arkadaşları tarafından %8,8 (n:16) olduğu görülmüştür. İlköğretim mezunları açısından çalışmamızda %61,4 (n:127) olarak belirlenen oran, Duman'ın çalışmasında %56,1 (n:285) ve Yıldız ve arkadaşlarının çalışmasında %61,5 (n:112) olarak bulunmuştur. Lise mezunu olgular değerlendirildiğinde çalışmamızda %17,9 (n:37), Duman'ın çalışmasında %14,6 (n:74) ve Yıldız ve arkadaşlarının çalışmasında %24,7 (n:45) olarak bulunmuştur. Son olarak niversite mezunları açısından olguların oranları çalışmamızda %6,1 (n:13), Duman'ın çalışmasında %8,5 (n:43), Yıldız ve arkadaşlarının çalışmasında %4,9 (n:9) olarak bulunmuştur.^{148,225}  çalışma karşılaştırıldığında; yüzdelik oranları farklılaşma olmakla birlikte benzer oranlar bulunduğu ve sıralamanın benzer şekilde olduğu anlaşılmaktadır. En yüksek oran ilköğretim mezunları tarafından oluşturulurken, en düşük oran niversite mezunlarına ait olduğu belirlenmiştir. Eğitim seviyesinin yükselmesi ile suçluluk arasında ters yönlü bir ilişki olduğu savunulabilir.

Çalışmamızda olguların iş sahibi olma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; dikkat çeken hususların başında işsizlerin belirgin bir şekilde sayısal olarak (n:90, %42,1) diğer gruplardan ayrıştığı görülmüştür. İkinci sırada geçici işte (n:45) alışanların %21 payla yer aldığı belirlenmiştir (Grafik 3). Ersolak C, yaptığı çalışmada, olguların %44,2'sinin (n=72) alıştığını, %52,8'inin (n=86) alışmadığını ve %3'ünün (n=5) emekli olduğunu tespit etmiştir.¹⁸⁵ Yıldız ve arkadaşları yaptığı çalışmada gelir faktörünü mesleki durum var (%21,4, n:39) ve mesleki durum yok (%78,6, n:143) sınıflandırmış ve olguların yaklaşık 3/4'ünün mesleki durumu olmayanlardan oluştuğu görülmektedir.²²⁵ Literatür araştırmalarından elde edilen bilgiler ile çalışmamız karşılaştırıldığında işsiz olguların belirgin bir şekilde suça eğiliminin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Ayrıca olgular arasında hırsızlık suçunun yüksek olması da düşünüldüğünde; gelir getiren düzenli işleri olmayan kişilerin doğal olarak hırsızlığa eğilim göstereceği kaçınılmazdır. Eğitim düzeyinin düşük olması durumunda meslek sahibi olma olasılığında azalma ya da düşük gelir grubuna dahil olmaya bağlı ekonomik kaygıların artması suç davranışı üzerinde etkili olduğu düşünülmüştür. Eğitimin, mesleki becerilerin geliştirilmesinin yanı sıra, kişinin gelecekteki sorumluluk duygusunu, vatandaşlığı ve sosyal katılımı arttırdığını düşündürmektedir. Toplumun eğitim seviyesinin arttırılması suçların azaltılmasında etkili olabilecektir.

214 olgunun doğdukları illere göre dağılımı incelendiğinde; en yüksek oranın (%43,9) Kocaeli doğumlularda olduğu görülmektedir. İkinci sırada Sakarya doğumlular %9,3 (n:20), Ağrı ili doğumlular %6,1'lik (n:13) oran ile üçüncü sırada yer aldığı belirlenmiştir. Diğer illerde doğan toplam 87 olgunun 39 farklı ilde doğduğu saptanmıştır (Tablo 4). Olguların nüfusa kayıtlı olduğu illere göre dağılımı incelendiğinde en fazla başvuru sayısı 86 (%40,2) olgu ile Anabilim Dalımızın da bulunduğu Kocaeli ilidir. Sakarya ili 21 (%9,8) olgu ile ikinci sırada, Ağrı ili ise 13 olgu ile (%6,1) üçüncü sırada bulunmaktadır. Bu üç il dışındaki illerde olgu sayılarının birbirine yakın olduğu gözlenmiştir (Tablo 5). Olguların nüfusa kayıtlı olduğu yerlerin coğrafi olarak bölgesel dağılımı incelendiğinde; Kocaeli ilinin de bulunduğu Marmara Bölgesi 119 (%55,8) olgu ile ilk sırada gelmektedir. Karadeniz Bölgesi ve Doğu Anadolu Bölgesi 31'er olgu (%14,5) ile ikinci sırada yer alırken, Ege Bölgesi 3 (%1,4) olgu ile son sırada gelmektedir (Grafik 4). Kocaeli ilinin yoğun göç alan bir il olması, suç oranının artmasında da etkili olduğu söylenebilir. Göç eden ailelerin düzenli iş kuramamaları bu kişilerin suça eğilimleri üzerinde etkili olmuş olduğu düşünülmüştür. Olguların suç tarihinde yaşadıkları yerlere göre dağılımı incelendiğinde Kocaeli ili %86 (n:184) gibi bir oranda ilk sırada yer almaktadır. İkinci sırada % 7 ile Sakarya ili gelmektedir (Tablo 6). Olguların suçun işlendiği illere göre dağılımı incelendiğinde Kocaeli ili % 81,3 (n:174) gibi bir oranla ilk sırada bulunmaktadır. Kocaeli'ni sırasıyla 14 olguyla Sakarya ve diğer illerin takip ettiği görülmüştür (Tablo 7). Olgularımızın genellikle Kocaeli ve Sakarya illerinden gelmesi gerek Anabilim Dalımızın Kocaeli'de bulunması, gerekse Sakarya'nın komşu il olması, Sakarya Üniversitesinde multidisipliner rapor düzenlenmemesinden kaynaklanmaktadır. Sakarya ve Kocaeli illerinin göç alan iller olması nedeni ile de diğer bölge nüfusuna kayıtlı olgu sayısı da azımsanmayacak oranda bulunmuştur.²²¹ Mevcut verilerle suç sıklığı ile coğrafi bölge ve il konusunda yorum yapmak için yeterli olmadığı düşünülmüştür.

Olguların göç durumları incelendiğinde %50'sinin (n:107) göç hikayesi olmadığı, %48,6'sının (n:104) göç hikayesi olduğu görülmüştür (Grafik 5). Çalışmanın önceki kısımlarında belirtildiği üzere olguların %40,2'sinin (n:86) Kocaeli ilinde nüfus kaydının olduğu ve olguların suçun işlendiği illere göre dağılımında %86,0'sının (n:184) Kocaeli ilinde meydana geldiği görülmüştür. TÜİK verilerine göre çalışmaya konu olan 2016-2020 yılları arasında ortalama nüfus 1.903.911 ve Kocaeli nüfus kaydına sahip nüfus

550.513'tür.²²¹ Diğer bir bakış açısıyla Kocaeli ilinin %71,09'unun nüfus kütüğü başka bir ilde kayıtlı bulunmaktadır. Kızmaz ve arkadaşlarının göç ve suç arasındaki ilişkiye dair yaptığı çalışmada göçün suçluluk oranı üzerinde net bir etkisi olduğunun iddia edilemeyeceğini, göçün suç üzerindeki etkisinin karmaşık olduğunu ifade etmiştir.¹⁹⁷ Kocaeli ilinin gerek yaşam koşulları gerekse de iş imkanları açısından fazlaca göç aldığı, bu nedenle çalışmamızı oluşturan olguların neredeyse yarısının göç eden ailelerden oluştuğu görülmüştür.

Olguların alkol kullanıp kullanmadığına göre dağılımı incelendiğinde alkol kullananların (n:94) %44 payla ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Alkol kullandığını ifade eden olgular incelendiğinde alkol kullananların, kullanmayanlara oranının yaklaşık 3 katı olduğu görülmektedir (Grafik 6). Ögel ve arkadaşlarının Türkiye'de 15 ilde sigara, alkol ve madde kullanımının yaygınlığının araştırıldığı ankete dayalı yaptıkları çalışmada genelde son 30 günde alkol kullandığını bildirenlerin oranı %17,3 bulunmuştur. Son 30 gün içinde alkol kullanımının en sık olduğu ili İzmir olarak tespit etmişlerdir. Bu ili sırasıyla Muğla, Antalya ve Kocaeli izlemektedir. Kocaeli ilinde bu oranı %21,9 olarak bulmuştur.²⁰⁹ Alkolün suç üstünde bir etkisi olup olmadığı veriler üzerinden yorumlanamadığı, ancak alkol kullanımının suç üstünde etkisi olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Bu etkinin özellikle bağımlılık düzeyindeki kişilerde çok daha fazladır. Alkol kullanımında da suç işleme oranı normal popülasyona göre yüksek olduğu, alkol bağımlılarında suç işleme oranı %68 iken, alkol bağımlısı olmayanlarda bu oran %37 bulunmuştur.²²⁸

Olguların uyuşturucu madde kullanımına göre dağılımı incelendiğinde olguların %38,8'inin (n:83) uyuşturucu kullandığı, %21,0'inin (n:45) kullanmadığı görülmüştür (Grafik 7). Emniyet Genel Müdürlüğünün yaptığı Türkiye hane halkının tütün, alkol ve madde kullanımının araştırılmasını amaçlayan çalışma neticesinde katılan vatandaşların hayatlarında %3,1'inin en az bir kez uyuşturucu kullandığı belirtilmiştir.²⁰⁵ Çöpoğlu ve arkadaşları yaptığı çalışmada incelenen 412 olgunun 205'inin (%49,8) madde kullandığını ve madde kullananların da 77'sinin (%37,5) madde bağımlısı olduğunu tespit etmiş ve suç işlemiş olan 285 olgunun %62,8'inin madde kullandığını, suç işlememiş 127 olgunun %17,2'sinin uyuşturucu kullandığını tespit etmişlerdir.¹⁷⁹ Çakır YE, 4.Adli Tıp İhtisas

Kurulu'nce ceza sorumluluğu için değerlendirilen homisid sanıklarının adli psikiyatrik ve psikometrik değerlendirilmesi çalışmasında olguların, 20 (%40)'sinde madde kullanım öyküsü olduğunu, 30 (%60)'unun madde kullanım öyküsü olmadığını saptamıştır.¹⁸⁴ Yapılan çalışmalarda ortaya çıkan en önemli sonuç; uyuşturucu kullanan kişilerin suç işleme oranının daha yüksek olduğu, hatta suç işlemediği halde hakkında soruşturma açılan kişilerde dahi bu oranın genel ortalamadan 6 katına yakın olduğudur. Alkol ve madde kullanımının suç eylemini gerçekleştirmede kişiyi normalin dışında cesaretlendirdiğini, doğrudan ve ani olarak etkilediğini ve kişide öz kontrol eksikliğine neden olarak pek çok suç davranışı üzerinde etkili olduğunu düşünebiliriz. Toplumda madde ve alkol kötüye kullanımını önleyerek bireylerde sağlıklı davranışların gelişimini sağlamak ve bu yolla hem bireysel hem de toplumsal problemleri en aza indirmek amaçlanmalıdır.

Çalışmamızda olguların tekrar suç işleme durumuna dağılımı incelendiğinde %11,2'sinin (n:24) ilk kez suç işlediği, %37,9'unun (n:81) tekrar suça karıştığı görülmüştür (Grafik 8). Suç işlediği bilinen olgular değerlendirildiğinde olguların %77,1'inin (n:81) yeniden suça karıştıkları ortaya çıkmaktadır. Bilgiç yaptığı çalışmada mahkumların %38,1'inin yeniden suç işlediği için cezaevinde bulunduğunu tespit etmiştir.¹⁷⁴ Yıldız ve arkadaşları yaptığı çalışmada olguların %44,5'inin suç tekrarına karıştığını bulmuştur.²²⁵ Çalışmamızda; yapılan araştırmalarla benzer sonuçlar bulunmuştur. Tekrar suç işleyen kişilerin psikiyatrik değerlendirmeleri dikkatli yapıp; uygun tedavi, izlem ve rehabilitasyon uygulamalarının tekrar suç işleme sıklığını azaltabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda olguların suçun işlendiği aya göre dağılımında en fazla suçun nisan ayında (n:26) olduğu, sırasıyla 22 olay ile eylül ve kasım ayları, 21 olay ile mayıs ayının geldiği görülmüştür. Mevsime göre dağılımı incelendiğinde en çok 60'ar (%28) olgu ile ilkbahar ve sonbahar aylarında suçun işlendiği görülmüştür (Grafik 9-10). Hazırlanan adli raporlarda ceza sorumlulukları, suç tarihlerine göre yazılması gerekmekte olmasına karşın 9 raporla ilgili suç tarih tespit edilememesinin sebebi savcılıkların ve mahkemelerin suç tarihlerini bildirmemesinden kaynaklanmaktadır. Suç tarihi bildirilmeyen olguların raporun gecikmemesi için mevcut klinik durumuna göre ceza sorumluluğu hakkında rapor

düzenlendiği, suç tarihi bildirildiği takdirde tekrar değerlendirme yapılabileceği belirtilmiştir. Olguların aylara ve mevsimlere göre farklılık göstermesinin sebebi olarak; psikotik bozukluklar ve bipolar bozukluklardaki bahar aylarında duygudurumda dalgalanmaya bağlı olarak gelişen artmış suç oranını olduğu söylenebilir. Bazı çalışmalarda suç tiplerine göre mevsimsel farklılıklar olduğu belirtilmiştir. Aksak P, çalışmasında bahar aylarında hırsızlık olaylarının arttığını, nisan ayında (%18,2) en çok olayın meydana geldiğini tespit etmiş ancak suç türleri ile aylar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptayamamıştır.²¹³ Karakaş yaptığı çalışmada 158 (%15) olgu ile en fazla suçun temmuz ayında işlendiğini, sırasıyla Ağustos ve Eylül aylarının takip ettiğini bulmuştur.¹⁹⁴ Çalışmaların farklı sonuçlara ulaşılmasında incelemeye konu olan bölgesel farklılığının, iklim ve mevsimsel göçün etkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda zeka geriliği tanısı konulan 25 olgunun 21 (%84,4) tanesinin hafif düzeyde zeka geriliği, 4 (%15,6) olguda orta derecede zekâ geriliği olduğu tespit edilmiştir (Tablo 8). Akcan M. yaptığı çalışmada olgularının %73,3'ünde (n=44) hafif şiddetli, %16,7'sinde (n=10) orta şiddetli ve %10'unda (n=6) ağır şiddetli zeka gerilikleri olduğunu bulmuştur.¹⁷³ Yaluğ ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise olguların % 94'ünün hafif derecede zeka geriliği olduğu bildirilmiştir.²²⁶ Çalışmamız da literatürle benzer şekilde suç işleyen ve zeka geriliği olan kişilerin çoğunda hafif düzeyde zeka geriliği olduğu saptanmıştır. Hafif derecede zeka geriliği olan olgular hayata ve günlük yaşama adaptasyonda birisinin mutlak yardımına ihtiyaç duymadan yaşamlarını idame ettirebilmektedirler. Daha ağır mental retarde kişilere göre hafif mental retarde kişilerin suç işlemeye yönelik becerilerinin de daha iyi olduğu bilinmektedir. Orta ve ağır derecedeki zeka geriliklerinde ise günlük işlevsellikleri ve bakım ihtiyaçları açısından mutlak bakıma ihtiyaç duymalarından dolayı topluma daha az karışır ve daha izole bir yaşam sürerler. Bu nedenle hafif zeka geriliği olan kişilerin toplumun olağan akışında bulunabilmesi ve yönlendirmeye açık olmaları sebebiyle daha fazla suça karıştıkları düşünülmüştür.

Çalışmamızda olguların % 37,9'unda (n:81) tanı konulmasını gerektirecek kapsam ve derecede herhangi bir hastalığın bulunmadığı, tanısı konulan olgular arasında %22,0 (n:47) ile antisosyal kişilik bozukluğu tanısının en sık konulduğu, zeka geriliklerinin de %11,7

(n:25) oran ile ikinci sıklıkta olduğu görülmektedir (Tablo 9). Ersolak C, yaptığı çalışmada başvuruların %25'inde hastalık tespit etmemiştir.¹⁸⁵ Kalenderoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise tüm olguların %20'sinde ruhsal bozukluk saptamamıştır.¹⁹² Literatürle ve diğer çalışmalarla benzer olarak müracaatlarda olguların önemli bir oranında ceza sorumluluğunu etkileyecek hastalık olmadığı belirlenmiştir. Çalışmamızda başvurularda en sık (%22,0) antisosyal kişilik bozukluğu tanısı konduğu tespit edilmiştir. Ersolak C, çalışmasında bu oran %12,9, Çöpoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise %10,8 bulmuşlardır.¹⁷⁹ Kalenderoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında antisosyal kişilik bozukluğundan bahsedilmemiştir.¹⁹² Denis ve arkadaşlarının Şili'de yaptıkları çalışmada, ceza hukuku kapsamında değerlendirilen tüm olguların %37,1'inde ruhsal bozukluk saptamamışlar, sıklık sırasına göre, değerlendirilen tüm olgularda, bizim çalışmamızla korele olarak kişilik bozukluğu %38 ile ikinci sıklıkta tespit etmişlerdir.¹⁸⁰ Fazel ve arkadaşlarının İsveç'te adli psikiyatri birimine başvuran tüm hastaları değerlendirdikleri çalışmada kişilik bozukluğunu %32,4 olarak bulmuşlardır.¹⁸⁶ Çalışmamız yurtdışında yapılan çalışmalarla benzer olarak tespit edilmiştir. Antisosyal kişilik bozukluğu ceza sorumluluğunun değerlendirilmesinde ceza sorumluluğunu azaltan veya ortadan kaldırmayan bir durum olarak kabul edilmektedir. Buna karşın antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerde hasta olduklarını iddia ederek ceza sorumlulukları olmadığını iddia edebilmektedir. Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda psikiyatrik tanı oranlarına göre tüm suç işlediği iddia edilen kişilerde çok daha düşük oranda olduğu söylenebilir. Psikiyatrik değerlendirme istenen olgular, genellikle haklarında hasta olduğunu düşündüren tutum ve davranışları olan ya da hasta olduğu yönünde iddia bulunan veya bu yönde savunma yapan kişiler olup, diğer kişiler herhangi bir tıbbi değerlendirmeye gönderilmemektedirler. Bu nedenle çalışmalarda olguların büyük bir kısmında psikiyatrik veya nörolojik bir tanı konduğu belirtilmektedir. Ayrıca hastanemize başvuru yapılmadan önce diğer sağlık kuruluşlarında karar verilemeyen olguların da tarafımıza gönderilmesi olgular arasında hastalık tanısı alan olgu sayısının artmasında etken olduğu söylenebilir.

Olguların %35'inde (n:75) rapor düzenleme süresi 31-90 gün aralığı olarak tespit edilmiş olup ortalama 83 gündür (Tablo 10). Rapor düzenleme süresi için belirtilen zaman aralığı uzun bir süre olarak değerlendirilmiştir. Olguların muayene süreci Adli Tıp Anabilim Dalında aynı gün tamamlanmaktadır. Az sayıdaki olgu ise olguların kuruldaki

değerlendirmesinde tekrar muayene edilmesine karar verilmektedir. Hastanemiz 3. basamak sağlık kuruluşu olması ve prensip olarak adli tıp anabilim dalına gelen olguların ilgili bölümlerle birlikte değerlendirilmesi nedeni ile olgular multidisipliner olarak değerlendirilmektedir. Psikiyatri ve Nöroloji Anabilim Dallarından konsültasyon istendiğinde; olgulara önce poliklinikte randevu verilmekte, randevu günü poliklinikte değerlendirmeleri yapılmakta, gerek görülen psikolojik, nöropsikolojik ve nörolojik testlere ayrıca randevu verilmekte, diğer tetkikleri tamamlanmakta, değerlendirme süreci tamamlandıktan sonra ise olgular ilgili bölüm kurulunda değerlendirilerek konsültasyonlar cevaplandırılmaktadır. Ayrıca olguların ilgili bölümlerdeki randevularına gelmemeleri de raporlama sürecini uzatan hasta kaynaklı bir durumdur. En önemli nedenlerden birisi ise ruhsal değerlendirmenin bir parçası olan testlerin psikologlar tarafından birebir yapılması ve yapılması zaman alan testler olması, hastanemizdeki psikolog sayısının yeterli sayıda olmaması, ayrıca normal poliklinik hastalarına da hizmet vermeleri nedeni ile randevuların geç verilmesidir. Gecikmedeki bir başka önemli neden adli tahkikat evrakının tarafımıza gönderilmemesi, gönderilmiş ise de içerisinde tıbbi belge bulunmaması ve adli tahkikat bilgilerinin eksik olmasıdır. Bu nedenle ilgili makamlardan evrak istendiği, yapılan yazışmaların raporlama sürecini uzatmakta ve sürüncemeye sokmaktadır.

Olguların olay tarihinden sonra ortalama 776 gün sonra gönderilmesi, diğer taraftan olayın üzerinden 4 yıl ve daha fazla süre geçmesine rağmen gönderilen 8 olgunun bulunması, olayın üstünden uzun bir süre geçmesine rağmen geçmişe yönelik rapor düzenlenmesinin istenmesi, değerlendirmeyi zorlaştırmakta ve rapor düzenlenme süresini de dolayısıyla uzatmaktadır (Tablo 11). Ayrıca aradan geçen sürenin olay sırasında bazı ruhsal hastalıkların alevlenme veya remisyona geçmesi gibi ceza sorumluluğuna etkisi açısından en önemli tıbbi kanıt niteliğindeki verilerin kaybına neden olması, değerlendirme açısından zorlaştırıcı bir etkidir. Dolayısıyla olay tarihi sonrası ortalama 783 gün sonra rapor düzenlenmesi ile biten sürecin gecikmesi, tarafımızca değiştirilemeyen faktörlerden olan kişilerin rapor düzenlenmeye geç gönderilmesi gibi faktörlerde düşünüldüğünde; Olguların hastanemizdeki değerlendirme sürecinin çok daha kısa olduğu görülmektedir. Hastanemizdeki gecikmelerin anlamlı gerekçeleri varken hastaların bu kadar uzun süre sonra tarafımıza gönderilmesinin anlamlı bir gerekçesi olmasa gerekir. Adli makamların tarafımıza olguları göndermeden önce adli tıbbi değerlendirmede gereken belgeleri temin

etmesi ve bilirkişiye ulaştırması durumunda adli makamlardan kaynaklanan gecikmenin kısılabileceği bilinmektedir.

Olguların haklarında daha önceden rapor düzenlemiş olma sıklığı incelendiğinde %55'ine (n:118) daha önceden hiç rapor düzenlenmediği veya düzenlendiğine dair bir bilgi bulunmadığı, 24 olguya (%11) ise sadece bir kez rapor düzenlendiği görülmüştür (Grafik 11). Raporlama sürecinin tek merkezde ve multidisipliner olarak yapılmasının adli tıbbi raporların daha kısa sürede sonuçlanmasında etkili olacağı düşüncesindeyiz. Olgulara adli tıp uzmanları tarafından düzenlenen raporlara taraflar psikiyatri veya nöroloji uzmanı olmaması nedeni ile itiraz edebilirken, psikiyatri uzmanının düzenlemiş olduğu raporların da genel olarak muayene tarihine ait bir kararı kapsaması, işlendiği iddia edilen suçun özelliği, işleniş şekli, suç öncesi, suç sırası ve suç sonrası kişinin tutum ve davranışları, suç sonrası kendisini savunma mantığı dikkate alınmayabilmektedir. Kişilerin olay tarihinde hasta olabileceği sorgulanmayabiliyor. Kişilere ait mahkeme dosyaları yeterince incelenmiyor veya incelenmeye ihtiyaç duyulmuyor, kişiye ait geçmişteki tıbbi dosyalarının temini yoluna gidilmiyor. Bir başka sorun ise yoğun iş temposunda çalışan psikiyatri ve nöroloji uzmanlarının konuya yeterince zaman ayıramaması, adli psikiyatri raporu hazırlama konusunda deneyimli olmamalarıdır. Tarafımızca bazı kişilere birden çok rapor düzenlenmesi farklı tarihlerde farklı suçları nedeni ile tarafımıza yönlendirilmesinden kaynaklanmaktadır.

İşlendiği iddia edilen suçların tipleri incelendiğinde; en çok %26,6 (n:57) ile hırsızlık suçunun işlendiği, bunu sırasıyla kasten yaralama %15,4 (n:33) ve cinsel suçların (n:27, %12,6) izlediği saptanmıştır. Cinayet suçunun %1,4'lük (n:3) bir oranda olduğu görülmüştür. (Tablo 13). Yıldız ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada olguların %45,6'sının yaralama, %22'sinin hakaret ve tehdit, %3,8'inin mala zarar verme, %4,9'unun cinsel suçlar, %1,1'inin öldürme suçları olmak üzere toplamda %77,5'inin şiddet içerikli suç işleme iddiası ile gönderildiği, %10,4'ünün hırsızlık, %2,7'sinin iftira, %9,3'ünün ise trafik suçları, sahtecilik, dolandırıcılık, uyuşturucu madde bulundurma, ticaretini yapma gibi diğer suçları işleme iddiası olduklarını bulmuşlardır.²²⁵ Ersolak C, çalışmasında olguların en sık %26,4 (n=43) oranında yaralama, %14,7 (n=24) hırsızlık/dolandırıcılık, %11,7

(n=19) cinsel saldırı/istismar olduğunu saptamıştır.¹⁸⁵ Çöpoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında değerlendirilen tüm olguların işledikleri suçların sıklık sırasına göre %37,7 darp ve yaralama, %20,8 hırsızlık olduğu belirtilmiştir.¹⁷⁹ Nüfusun yoğunlaştığı metropoller, sanayinin gelişmiş olduğu bölgeler ile yoğun iç ve dış nüfus hareketliliği yaşanan yerlerde, ekonomi ve ticaretin varlığı, hem şehirleşmeyi hem de gelir dağılımında eşitsizliği beraberinde getirdiğinden hırsızlığı tetikleyen en önemli faktörlerdir.²³⁵ Hırsızlık suçuna etki eden faktörlerin Kocaeli ili içinde geçerli olması bu sonucun çıkmasında etkili olduğu düşünülmüştür.

Olgulardan istenen konsültasyonların %94 (n:201)'ü psikiyatri bölümünden, %5 (n:11) i psikiyatri ve nöroloji bölümlerinden, %1 (n:2)'inden nöroloji bölümünden istendiği görülmüştür (Grafik 12). Soruşturmaya konu olan kişilerin TCK 32. maddesinin ana konusu akıl hastalıkları açısından araştırılmasının istenmesi ve olguların beyanlarında ruhsal bir hastalığa sahip olduklarını iddia etmelerinden dolayı psikiyatri bölümünden konsültasyonlar daha ağırlıklı olarak istenmiştir.

İlgili makamlara düzenlenen müzakerelerin büyük çoğunluğu (n:97, %45,3), istenilen konsültasyonlardan dolayı gecikme yaşanabileceği konusunda bilgi yazısı kapsamındadır (Grafik 13). 73 olgu için müzekkere yazılmamışken, 97 olgu için 1, 27 olgu için 2, 8 olgu için 3 ve 6 olgu için 5 defa müzekkere yazılmıştır. İlgili makamlar tarafından rapor düzenlenmesi istenen konularda daha hızlı ve objektif sonuçlara ulaşabilmek için gönderilen üst yazıyla birlikte kişinin ceza sorumluluğuna etki edecek tıbbi özgeçmişi var ise buna ait tıbbi belgelerin ve adli tahkikat dosyasının da gönderilmesi raporlama sürecindeki zaman kaybının önüne geçecektir.

Olgular için rapor talep eden makamlar arasında; en fazla talebin Asliye Ceza Mahkemelerinden (n:94) geldiği görülmüştür. Diğer taraftan cezaevinde tutuklu ya da hükümlü olan kişiler için cezaevi müdürlükleri tarafından talep edilen rapor sayısının (n:69) ikinci sırada yer aldığı görülmektedir (Tablo 14). Cezaevi Müdürlüklerinin belli bir mahkemeye veya savcılık adına bu isteklerde bulunduğu görülmüştür. Hırsızlık suçlarının

Asliye ceza Mahkemelerinde yargılanmaları bu mahkemelerden gelen olgu sayılarının fazla olmasında etkili olmuştur.

Olguların yaş gruplarına göre suç tipleri incelendiğinde; 26-45 yaş aralığının (n:86, %51,2) en fazla suça karışan yaş grubu olduğu; 26-45 yaş grubunda da 55 olgu (%64,0) ile tehdit, hakaret, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma suçlarının (n: 84, %50) en sık olduğu görülmektedir. 57 olgu (%33,9) ile hırsızlık suçu ikinci sırada gelmekte ve hırsızlık suçunun en sık 18-25 yaş aralığında (n: 39, %68,4) olduğu görülmüştür. (Tablo 15). TUİK istatistiklerine göre 2016-2020 yılları arasında ceza infaz kurumlarına girenler arasında en fazla suç işlenen yaş grubunun 25-34 yaşları arasında olduğu; tehdit, hakaret, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma suçları grup olarak ele alındığında en fazla bu suçların işlendiği görülmüştür. TUİK verilerine göre 2016-2020 yılları arasında cezaevine giren hükümlülerin %16,7'si hırsızlık suçu işlediği, 25-34 yaş grubunda 2020'de 11010, 2019' da 12079, 2018'de 12578, 2017'de 10221, 2016'da 9162 kişinin hırsızlık suçundan hüküm giymiştir.²²¹ Çalışmamızda 114 (%53,3) olgunun 26-45 yaşları arasında olduğu bulunmuş olup, TUİK verileriyle örtüştüğü görülmektedir. Ersolak yaptığı çalışmasında sıklık sırasıyla, %35,6'sının (n=58) 30-39 yaş grubunda, %28,2'sinin (n=46) 20-29 yaş grubunda, %11,7'sinin (n=19) 40-49, %11,7'sinin (n=19) 50-59, %7,4'ünün (n=12) 18-20, %5,5'inin (n=9) 60 yaş üstünde olduğunu bulmuştur.¹⁸⁵ Alhumaud ve arkadaşları, olguların %69'unun 20-39 yaş grubunda olduğunu, Denis ve arkadaşları da olguların %54,6'sının 20-39 yaş grubunda olduğunu belirlemişlerdir.^{180,198} Yıldız ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada olguların %45,6'sının yaralama, %22'sinin hakaret ve tehdit, %3,8'inin mala zarar verme, %4,9'unun cinsel suçlar, %1,1'inin öldürme, hırsızlık, %2,7'sinin iftira, %9,3'ünün ise trafik suçları, sahtecilik, dolandırıcılık, uyuşturucu madde bulundurma, ticaretini yapma gibi diğer suçları işleme iddiası ile gönderildiğini saptamıştır.²²⁵ Çalışmalarda genel olarak 20-39 yaş grubu en fazla suça karışan yaş grubu olarak belirlenmiştir. Suç türleri arasında da çalışmamızda tehdit, hakaret, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma birinci grup, hırsızlık ikinci grup, cinsel suçlar üçüncü grup, kamu malına zarar verme dördüncü grup, uyuşturucu ticareti ve diğerleri şeklinde gruplandırılmış olup en fazla tehdit, hakaret, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma suçlarının olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızın genel literatürle uyumlu olduğu bulunmuştur. Suç türü ile

yaş grubu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Genç yaş grubunun (18-25) daha çok hırsızlık suçu işlediği, orta yaş (26-45) grubunun ise tehdit, hakaret, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma suçlarını işledikleri görülmüştür. Ülkemizde gençlerdeki işsizlik oranının toplum genelinden yüksek olması ve bunun sonucunda ortaya çıkan maddi yokluklar nedeniyle gençlerdeki hırsızlık oranının yüksek olduğu, ayrıca genç yaş grubunun bütçeleri ile uyumsuz daha lüks bir yaşama özenmeleri de hırsızlık suçunun gençlerde yüksek çıkmasına neden olduğu söylenebilir. Yaş ilerledikçe cinsel suçlar dışındaki tüm suç tiplerindeki azalış dikkati çekmektedir. Çalışmamızda ve literatürde suç tiplerinde ilk sırayı tehdit, hakaret, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma suçları oluşturmaktadır.

Çalışmamızda 84 olgu ile en çok tehdit, hakaret, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma gibi şiddet içeren suçlarının olduğu ve bu suç grubunda erkek cinsiyetin (n: 72; %85,7) baskın olduğu tespit edilmiştir (Tablo 16). Cinsiyet faktörünün suç tipleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir. Suça karıştığı iddia edilen olgular arasında Denis ve arkadaşları adli psikiyatri tarafından değerlendirilen tüm olguların %90'ının, Alhumoud ve arkadaşları ise %86'sının erkek olduğunu saptamışlardır.^{198, 180} Çalışmamızda literatürle benzer şekilde tüm suç türlerinde erkeklerin fazla çıkmasının sebebi erkek cinsiyetin, çalışma ve sosyal hayata daha fazla dahil olmalarına bağlı olarak daha yüksek çıktığı düşünülmüştür.

Olguların medeni durumlarına göre suç tiplerinin dağılımı incelendiğinde; bekarların sırasıyla hırsızlık (n: 40, %37), hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma (n: 35, %32,4), cinsel suçlar (n:14, %12,9) olduğu, evli olguların sırası ile hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma (n:27, % 43,5), hırsızlık (n:14, % 22,5), cinsel suçlar (n:7, % 11,2) işledikleri görülmüştür. Medeni durum ile suç tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($\chi^2 = 17,101, p=0,002<0,05$) bulunmakta olup, bekarların en sık (n:40; %24,4) hırsızlık suçuna karışmış olduğu belirlenirken, evli olanların en sık (n:27; % 16,5) hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma" gibi suçlara karıştığı belirlenmiştir (Tablo 17). Türkcan ve arkadaşları yaptığı çalışmada adli psikiyatri tarafından değerlendirilen failerin %50,6'sının

bekar, %31'inin evli olduğunu tespit etmiştir.²²⁰ Crocker ve arkadaşları, ceza sorumluluğu olmayan faillerin %83,6'sının bekar olduğunu, benzer biçimde Lim ve arkadaşları da suç işleyen ruhsal bozukluğu olan faillerin %75,6'sının bekar olduğunu saptamışlardır.^{178,200} Yurtdışında yapılan çalışmalara ve ülkemizde yapılan çalışmalara göre olguların daha yüksek oranda bekar olduğu görülmektedir. Ülkemizdeki yüksek evlilik oranlarının sebebi bireylerin toplumumuzda evliliğe özendirilmesi, erken yaşta evlilik gibi sosyokültürel özelliklerle ilişkili olabilir. Literatürde medeni durumla suç oranları arasındaki çalışmalarda bekarların daha çok suça karıştığını belirleyen çalışmalar mevcuttur. Bekar kişilerin suç işleme eğilimi daha fazla olduğu ve daha sıklıkla hırsızlık ve cinsel suça daha fazla karıştığı dikkat çekmektedir. Evli olguların en az sayıda karıştığı suçun, cinsel suç olduğu görülmektedir. Hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma gibi şiddet içeren suçlar arasında ise gruplar arasında belirgin bir ayrışma bulunmamıştır. Evli kişilerin bekar kişilere göre daha düzenli bir yaşam şekli bulunmakta olup, eşi ve çocuklarına sorumlulukları bulunmaktadır. Düzenli yaşamın ve sorumluluk sahibi olmanın hırsızlık ve cinsel suçları azalttığı, buna karşın şiddet içeren suçlar üzerinde bir etki yapmadığı söylenebilir. Buna karşın bu hususta daha sağlıklı sonuçlara varabilmek için sosyolojik çalışmalar yapılması gerekir.

Olguların çocuk sahibi olma durumuna göre suç tiplerinin dağılımı incelendiğinde; çocuk sahibi olmayanların daha fazla suça karıştığı (n:78) ve bu grup içinde de tehdit, hakaret, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma suçlarının işlendiği iddiasının bulunduğu görülmektedir. Çocuk sahibi olanlar (n:61) arasında da yine tehdit, hakaret, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma suçlarının en fazla işlenen suçlar olduğu görülmüştür (Tablo 18). Çakır Y E, 4. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nca ceza sorumluluğu için değerlendirilen homisid sanıklarının adli psikiyatrik ve psikometrik değerlendirmesinde olguların çocuk sahibi olma durumunu değerlendirmiş, 27 (%54) olgunun çocuk sahibi olduğunu, 23 (%46) kişinin çocuk sahibi olmadığını tespit etmiştir.¹⁸⁴ Çalışmamızda çocuk sahibi olanların suç işleme oranı daha düşük bulunmuş, ancak suç tipleri ile çocuk sahibi olma arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çocuk sahibi olmayan bireylerde sorumluluk alanları daha kısıtlı olmakta, hareket ve eylemlerinde daha sorumsuz davranışlar gösterebilmektedirler. Literatürde sınırlı kaynaklara ulaşılmış olup, konuyla ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Olguların eğitim durumuna göre suç tiplerinin dağılımı incelendiğinde, lise mezunlarının (n:65, % 30,3) daha fazla suça karıştığı ve yine lise mezunları arasından en fazla suç iddiasının hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma (n: 33, % 62,3) fiillerinin olduğu görülmüştür. Üniversite mezunları (n:13, %6,0) ile okuma yazma bilmeyenlerin (n:13, %6,0) oluşturduğu grupların suça en az karışan gruplar olduğu gözlemlenmiştir Üniversite mezunlarında (n: 8; %61,5) hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma fiillerinin ilk sırada olduğu görülmüştür. Hırsızlık suçunun en fazla ortaokul mezunları (n:27, % 47,3) tarafından işlenmiştir(Tablo 19). Yıldız Z.'nin yaptığı eğitim düzeyi ve suç türü arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasında suç isleyen 23.460 hükümlüden %70,8'i ilkokul, %11,1'i ortaokul ve dengi meslek okulu, %9,0'u lise ve dengi meslek okulu, %1,6'sı fakülte ve yüksekokul düzeyinde olduğu, %4,0'ı okur-yazar olmadığı ve %3,5'i okur-yazar olduğu, bu olgulardan da en sık %23,3'ünün dolandırıcılık suçunu işlediği, en az oranda %2,8'inin para ve mal kaçakçılığı suçlarının olduğunu tespit etmiştir.²³² Kızmaz Z, öğrenim düzeyi ve suç üzerine yaptığı çalışmada öğrenim kategorileri içinde suç oranının en çok ilkokul seviyesinde yoğunlaştığını, genel olarak suçluların %78'inin lise düzeyinden düşük eğitim seviyesine sahip olduklarını, en çok işlenen suçun yaklaşık %50 oranında adam öldürme suçu olduğunu belirtmiştir.²³³ TUIK verilerine dayanılarak yapılan Kocaeli ilindeki eğitim düzeyi analizinde 416.286 lise, 374.374 ilkokul, 324.407 ortaokul, 258.934 üniversite mezunu olduğu, 31.364 kişinin okur-yazar olmadığı, il genelinde ilkokul, ortaokul, lise mezunlarının oranının %72 olduğu, %16'sının üniversite mezunu olduğunu belirtmiştir.²³⁴ Çalışmamız ilimizin sosyodemografik yapısıyla uyumlu çıkararak en fazla lise mezunlarının suça karıştığı görülmüştür. Ülkemizde ve ilimizde okuryazar olmayanların okuryazarlara oranla sayısındaki düşüklük, suça karışanlar arasındaki oranın düşük çıkmasında etkili olduğu değerlendirilmiştir.

Olguların çalışma durumuna göre suç tiplerinin dağılımı incelendiğinde, en fazla 69 (%41,8) suça karışanların işsizlerin olduğu, işsizler arasında en sık işlendiği iddia edilen suçun 33 olgu ile (%20,0) hırsızlık suçu olduğu görülmüştür. Suç tipleri içinde en sık hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma suçlarının geldiği (n: 83, %50,3), ve bu suç grubunda da en çok işsizlerin 27 (%16,4) olgu ile bu suça karıştıkları görülmüştür (Tablo 20). Japonya'da ceza ehliyeti olmayan hastaların %45'inin işsiz olduğu

tespit edilmiştir.²⁰⁰ Nicholson ve arkadaşları, ceza ehliyeti olmayan 61 olguyu 5 yıl süre ile izlemiş, % 86'sının hiç çalışmadığını saptamıştır.²⁰⁴ Yapılan bazı çalışmalarda işsizliğin ruhsal bozukluk olgularına özgü olmadan şiddet suçu riskini artırdığı, ancak ruhsal bozukluğu olan kişilerde işsiz kalma gibi faktörlere daha sık rastlandığı bildirilmiştir.¹⁸³ Ata A. Y, 27 Avrupa Birliği ülkesi için 2008 yıllarına ait gelir seviyesi, işsizlik ve suç oranlarına ilişkin yaptığı çalışmada işsizlik ve suç oranı arasında, %5 anlamlılık düzeyinde, anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu ve işsizlik oranındaki %1'lik artışın suç miktarında 3,7244 artışa neden olduğu, diğer taraftan aynı çalışmada, gelir seviyesi arttıkça suçluluk oranının azaldığı görülmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamamıştır.²²⁹ Ayhan F ve arkadaşları 28 Avrupa Birliği ülkesindeki suç oranları ve işsizlik oranları arasındaki incelemeler neticesinde işsizlik ve suç arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve işsizlik oranında meydana gelen %1'lik artışın suç işleme oranında %1,53'lük artışa neden olduğu tespit edilmiştir.²³⁰ Dursun ve arkadaşları TÜİK verilerinden üzerinden yaptıkları Türkiye'deki işsizlik ve suç işleme arasındaki ilişkiyi araştırmışlar Türkiye'deki işsizlik-suç arasında yüksek bir korelasyon (0,967) olduğunu bulmuşlardır.²³¹ Ekonomik kaygıların artması ile kişilerin stres yükünün artması ve yaşanan buhranların ruhsal açıdan etkilediği, başta hırsızlık olmak üzere birçok suç için etken olabileceği düşünülmüştür.

Olguların göç eden aileler olup olmadığına göre suç tiplerinin dağılımı incelendiğinde; göç durumu ile suç tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($\chi^2 = 0,869$, $p=0,648>0,05$) tespit edilememiştir (Tablo 21). Akcan mental retardeler üzerine yaptığı çalışmada olguların %58,3'ünün ($n=70$) göç etmediği, %2,5'inin ($n=3$) köyden şehire, %0,8'inin ($n=1$) şehirden köye, %35,8'inin ($n=43$) şehirden şehire, %2,5'inin ($n=3$) ise yurt dışına, toplamda ise 50 olgunun (%41,7) göç ettiği saptamıştır.¹⁴⁶ Akcan'ın yapmış olduğu diğer bir çalışmada da göç ve suç arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. Göçün psikiyatrik hastalıklar üzerindeki etkisi bilinmekle beraber şizofreni, şizoaffektif bozukluk, atipik psikoz tanıları göç eden kişilere daha yüksek oranda konulmaktadır.¹⁷³ Bu bilgiler ışığında göç eden bireyler ile yerleşik toplum arasındaki kültürel farklılıklar, göç edilen muhitin bölgesel sorunları, yeni yerleşim bölgelerindeki olumsuz sosyoekonomik yapı ve istihdama ilişkin sorunlar göç eden kişilerin suça yönelmesinde etkili olduğu düşünülebilir.

Olguların alkol ve uyuşturucu madde kullanımı ile suç arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki kurulamamıştır (Tablo 22, 23). Matejkowski ve arkadaşlarının homisid suçu işlemiş ruhsal bozukluğu olan failleri inceledikleri çalışmada, olguların %23'ünün suç öncesi alkol aldığı, %57'sinin alkol alıp almadığının bilinmediği, %21'inin suç öncesi madde kullandığı, %54'ünün kullanıp kullanmadığının bilinmediğini bildirilmiştir.²⁰² Colins ve Messerschmidt'in 1993'te yaptıkları çalışmada cinayet suçlularının önemli bir oranının (%50) olay esnasında alkollü olduğu, Kellennan ve arkadaşlarının çalışmasında ise cinayetin meydana geldiği evlerdeki alkol tüketiminin (%73) öldürme olayının meydana gelmediği evdekilerden (%53) fazla olduğu tespit etmiştir. Uyuşturucu madde bağımlıları da geniş ölçüde suça bulaşırlar. Bağımlı kişiler parayı sık ve çabuk bulmak zorunda olduklarından adam öldürme gibi ağır suçları işleyebildikleri görülmektedir.¹⁸¹ Araştırmalara göre uyuşturucu bağımlılığı başladıktan sonra suç işleme oranlarında maddeyle bağlantılı olmayan tutuklanma oranları, bağımlılık başladıktan sonra %150- 300 oranında artmaktadır. Özellikle de maddeyi temin etmek için işlenen suçlarda artış olmaktadır.²²⁴ Çalışmamızda suç ile madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki kurulamamasının verilerimizin azlığından olmuş olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda alkol kullanan olgular suç işleme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki çıkmamakla beraber; incelediğimiz grupta da en sık görülen suç olan hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma suçları birinci sırada yer almaktadır. Yine istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte madde kullanımında en sık işlenen suçun hırsızlık olduğu görülmüştür. Bunun sebebi olarak maddeye kolay ulaşmak adına hırsızlık suçunun işlendiği söylenebilir.

Olguların zekâ durumuna göre suç tiplerinin dağılımı incelendiğinde 148 olgunun (%88,1) normal ve üstü zekâyâ sahip oldukları, zeka düzeyinde düşüklük olan gruplar arasında 18 olguyla (%10,7) en fazla hafif mental retardasyonu olanlarla ilgili suç işlediği iddiası bulunduğu; en fazla hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma suçlarına (n:8, %44,4) karıştıkları iddiası bulunduğu görülmüştür. (Tablo 24). Cantürk ve arkadaşlarının 182 zeka geriliği olan olguyla yaptıkları çalışmada, olguların %3,6'sının hırsızlık ve gasp, %25,1'inin cinsel suçlar, % 12,8'inin yaralama ve darp,

%10,6'sının öldürme veya öldürmeye teşebbüs suçu işlediğini saptamıştır.¹⁷⁷ Doğan'ın çalışmasında ise olguların %27'sinin cinsel suçlar, %22' sinin adam öldürme, %15'inin hırsızlık suçlarını işlediği bildirmiştir.¹⁸² Saygılı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise cinsel suçlar toplamda % 24,9 oranında görülürken, adam öldürme/öldürmeye teşebbüs %19,5, müessir fiil %22,2 ve hırsızlık/yağma %19,5 bulmuştur.²¹⁴ Çeşitli çalışmalarda zeka geriliği olan olguların erken yaşta suç işlemeye başladığı, birden fazla kez suça karıştığı ve bu popülasyonda kundaklama ve cinsel suçların yoğun olarak görüldüğü belirtilmiştir.¹⁷² Zeka geriliği olan kişilerin dürtü denetim bozukluğunun olması ve yönlendirmeye açık olmaları sebebiyle hırsızlık, yaralama, cinsel suçlar gibi olaylara karıştıkları düşünülmüştür.

Olguların psikiyatrik bir hastalık varlığına göre suç tiplerinin dağılımı incelendiğinde 90 olguda (%42) tanı koymayı gerektirecek kapsam ve derecede bir rahatsızlık saptanmadığı, tanısı konulabilen olgular içinde antisosyal kişilik bozukluğunun (n:47) en fazla görüldüğü, en az bipolar bozukluk (n:12) tanısının konulduğu görülmüştür (Tablo 25). Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Şubat ve Aralık 1990 tarihleri arasında yapılan araştırmada 50 hastanın işlediği toplam suç sayısı 66 olarak tespit edilmiştir. En çok işlenen suçlar arasında ilk sırada %43'lük eşit oranlarla öldürme ve yaralama suçları, bunların ardından ise tehdit, cinsel suçlar ve yaralamaya varmayan saldırı, yangın çıkarma ve hırsızlık olaylarının olduğunu tespit etmişlerdir.¹⁹⁰ Benzer bir çalışma 2006 yılı Mart-Nisan-Mayıs ayları içinde Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin Adli Psikiyatri Birimi'nde şizofreni teşhisi konulmuş 100 hasta üzerinde yapılan araştırmada suç işlemiş şizofreni hastalarının %80,7'sinin paranoid şizofreni tanısı aldığı, suçun işlenme şekli yönünden yarıya yakınının elle saldırı şeklinde işlendiği ve peşinden keskin veya künt cisim kullanımının geldiği, ateşli silah kullanımının ise en son sırada olduğu ve işlenen fiillerin 29'u öldürme iken 20'si yaralama olduğunu saptamışlardır.²²² Paranoid (sanrılı) bozuklukta hastaların çoğunlukla sanrılara uygun biçimde, şantaj, suikast, öldürme, yangın çıkarma gibi fiilleri işledikleri görülmektedir. Kıskançlık sanrılarının görüldüğü durumlarda eşe karşı şiddet çok sık karşılaşılan bir tablodur ve vakaların bir kısmında bu şiddet ölümle sonuçlanmaktadır. Persekütör sanrılar ise kişiyi çoğunlukla kızgın ve öfkeli hale getirmekte olduğundan hasta bu sanrılarının etkisi altında kendisine zarar verdiğini veya vereceğini düşündüğü kişilere karşı şiddete

başvurabilmektedir.²¹⁶ Erotomanik sanrıların mevcut olduğu hallerde şiddet ve öldürme riski bulunmaktadır.¹⁷⁵ Çalışmamızda hakaret, tehdit, yaralama suçlarının en fazla antisosyaller tarafından işlendiği görülmüş olup; antisosyallerin tutarsız ve disiplinsiz tutumları, dürtü kontrollerinin zayıf olması, alkol ve madde kullanımının fazla olması ve psikopatik davranışlarından dolayı suça daha fazla eğilimli oldukları söylenebilir.

Olguların işlenmiş olduğu iddia edilen suçların tipine göre suç tekrarının dağılımı incelendiğinde 71 olguda tekrarlayan suç olduğu, olgulardan 29 (%32,2)'sinin aynı suçu 2-3 kez işlediği ve bu grubun en sık hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma suçlarını (n:19) gerçekleştirdiği görülmüştür (Tablo 26). Yıldız'ın hükümlüler üzerinde yaptığı çalışmada suç tiplerine göre Öldürme/Yaralama 25 olgu (% 35,7), Cinsel suç 18 olgu (% 25,7), Hırsızlık 27 olgu (% 38,6) olguda suç tekrarı olduğunu saptamıştır.²²⁵ Sonuçlar doğrultusunda "tekrar suç işleme" durumu değerlendirildiğinde öldürme/yaralama ve hırsızlık suçu gruplarında tekrar suç işleme oranının cinsel suç grubuna göre daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Yapılan çalışmalarda suç tiplerine göre en sık tekrar işlenen suçun hırsızlık olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda suç gruplarından bağımsız olarak ele alındığında literatürle uyumlu olarak en fazla tekrar eden suçun hırsızlık olduğu bulunmuştur.

Olgularda psikiyatrik/nörolojik hastalık durumuna göre tekrar suç sıklığı incelendiğinde, en sık antisosyal kişilik bozukluğu tanısı olan olguların (n:30%54,5) 1 ve daha fazla tekrar suça karıştıkları tespit edilmiştir. Psikotik bozuklukları olan olguların oranı %14,6 (n:8)'dir. Psikiyatrik/nörolojik hastalık durumu ile suç tekrarı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (Tablo 27). Öncü F. yaptığı zorunlu tedavi sonrası tekrar suç işleyen olgular üzerinde yaptığı çalışmada; olguların % 57'sinin psikoz olduğunu belirlemiştir. Bu sonuç hemen tüm çalışmalarla benzerlik göstermekte, % 3.7 olguda ise TCK 32. madde kapsamında değerlendirilebilecek bir bozukluk olmadığı, bunların kişilik bozukluğu olduğu belirtmiştir. Yurt dışında da % 3.4 oranında yapay bozukluk sonucu ceza ehliyeti olmadığına dair rapor düzenlendiği belirtilmiştir.^{187,200} Bu açıdan benzerlik saptanmıştır. Ancak bizim çalışmamız Öncü F ve arkadaşlarının zorunlu klinik tedavi sonrası yineleyici suç işleyen adli psikiyatri olgularının tanı ve suç niteliği

açısından değerlendirilmesi çalışmasıyla benzerlik göstermemektedir. Çalışmamızda antisosyal kişilik bozukluklarını %54.5 oranında yüksek tespit edilmiştir. Bunun sebebi Öncü F ve arkadaşlarının çalışmasının klinik yataklı psikiyatri servislerinde yapılmış olmasıdır.

Olguların alkol kullanım öyküsüne göre suç tekrarı dağılımı incelendiğinde, alkol kullananların (n:45) alkol kullanmayanlara (n:4) göre daha fazla suç tekrarında buldukları görülmüştür (Tablo 28). Olguların alkol kullanımı ile yeniden suça karışma arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Olguların uyuşturucu madde kullanım öyküsüne göre suç tekrarı dağılımı incelendiğinde; 46 olgunun uyuşturucu madde kullandığı görülmüştür. Uyuşturucu madde kullanan ve suç tekrarı olan olguların 43 (%70,5) uyuşturucu madde kullanmayanlara (n:4) göre bir ve/veya daha fazla kez suç tekrarı olduğu görülmüştür (Tablo 29). Olguların uyuşturucu kullanımı ile suç tekrarı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki ($\chi^2 = 4,519$, $p=0,036 < 0,05$) olduğu görülmüştür. Uyuşturucu kullananlarda suç tekrarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya konu olan 214 olgu içinden suç tekrarı ve alkol kullanım durumu bilinen 58 olgu kullanılarak alkol kullanımının suç tekrarı üzerinde etkisi olup olmadığı araştırılmış ve yapılan istatistiksel çalışma sonucunda bir ilişki tespit edilememiştir. Ancak şunu belirtmek gerekir ki alkol kullanımı ve suç tekrarı olan 45 olguya (%77,6) karşılık alkol kullanımı ve suç tekrarı olmayan sadece 2 (%3,4) olgu bulunmaktadır.

Tekrar suç işleyenlerde madde bağımlısı olma oranı ve dolayısı ile madde kullanma sıklığı daha yüksektir. Adli bir durumu olan grup için de bu veriler geçerli olmakla birlikte, alkol kullanım sıklığı da daha yüksek bulunmuştur. Alkol-madde kullanımı, bir problemle başa çıkma noktasında son adım olabileceği gibi problemin kendisi bu maddelerin kullanımından kaynak alabilmektedir. Çevreye uyumun bozulması açısından tek ve tekrar suç işleyenler arasında belirgin farklılık madde bağımlılığı noktasında görülmüştür ve tekrar suç işleyenler bu konuda çok daha fazla problem yaşamaktadır. Tekrar suç işleyenlerin düzenli alkol kullanma ve çok daha fazla içme, yasadışı ilaç kullanma ve kullanma sıklıkları da fazladır.²²⁷ Alkolün suç davranışındaki rolü çok uzun zamandır araştırma konusudur. Suçlularla yapılan çalışmalar bu kişilerin suç işlememiş olanlara göre

daha ağır içiciler olduklarını göstermektedir. Alkol dikkati, soyutlama becerisini, mantık yürütmeyi, problem çözme, kendini düzenleme becerilerini bozarak suç işleme riskini arttırmaktadır.²⁰¹ Madde kullanımı, kişilerin suç işlemeye erken yaşta başlaması, kronik ve hayat boyu daha ciddi suçlar işleyen gruba aidiyetlerini oluşturmadaki en önemli etkenlerden biridir.²²³ Uyuşturucu maddelerin doğrudan beyin yapısına yaptığı biyolojik etki veya madde kullanıcısının kognitif bozukluğuna veya duygusal kontrol kaybına sebebiyet vermesi sebebiyle suç işleme riskini artırdığı söylenebilir. Kızmaz yaptığı araştırma neticesinde cezaevine daha sık giren suçluların, ilk kez giren suçlulara kıyasla uyuşturucu ve alkol gibi bağımlılığa neden olan maddeleri daha yüksek oranda kullandığını bulmuştur. Kızmaz yaptığı görüşmeler sırasında alkol ve uyuşturucu kullanımının suç işleyen kişiler arasında yaşam tarzının bir parçası olduğunu belirtmiştir.¹⁹⁶ Tekrar suç işlemeye ilgili çalışmalarda belirlenen ortak özellikler kişilerin bekar, erkek olması, kişilik bozukluğu olması, sosyal desteklerinin yetersiz olması, daha önce suç işlemiş olması, alkol ve madde kullanımlarıdır.¹⁸⁷

Olgularla ilgili verilen kararların ceza sorumluluğu açısından sıklığı incelendiğinde 141 olgunun (%65,9) ceza sorumluluğunun tam olduğu, 35 olguda (% 16,4) azalmış ceza sorumluluğunun olduğu, 23 olguda (%10,7) ceza sorumluluğunun olmadığına karar verilmiştir. 15 olguda (%7) ise yataklı adli psikiyatri servisi bulunmaması ve hasta ile ilgili yeterli tıbbi bilgi ve belge eksikliği nedeniyle bir karara varılamadığı saptanmıştır (Grafik 14). Çöpoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında, adli psikiyatrik değerlendirme yapılan tüm olguların %53,8'inin ceza sorumluluğunun olmadığı, %13'ünün ceza sorumluluğunun azaldığı, %33,1'inin ise ceza sorumluluğunun tam olduğu bildirilmiştir.¹⁷⁹ Türkcan ve arkadaşlarının çalışmasında adli psikiyatrik değerlendirme yapılan tüm olgularda, olguların %48,9'unun ceza sorumluluğunun olmadığı, %6,7'sinin azalmış ceza sorumluluğu bulunduğu, %43,5'inin ise ceza sorumluluğunun tam olduğu sonucuna varılmıştır.²²⁰ Çalışmamızda ceza ehliyetinin tam olan olguların yurtdışı literatürle benzer şekilde yüksek olmasının sebebi, antisosyal kişilik bozukluğunun yurtdışı çalışmalarla benzer şekilde tanı olarak ele alınmış olmasıdır. Türkiye'de yapılan araştırmalarda çalışmamıza oranla ceza ehliyeti olmayanların daha yüksek oranda olma sebebi ise, antisosyal kişilik bozukluğunun bir psikiyatrik tanı olarak hesaplamaya dahil edilmemiş olması olabilir. Bu bağlamda psikiyatrik bozuklukların mutlaka tam ceza ehliyetiyle sonuçlanmayacağı ve hastalık aktif

döneminin değerlendirilmesi gerektiği sonucunu çıkarıyoruz. Hastalığın takip ve tedavi sürecinde daha disiplinli olunması durumunda psikiyatrik hastalardaki suç oranının düşeceği öngörülebilir.

Olgularda psikiyatrik/nörolojik hastalık durumuna göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı incelendiğinde 27 olgunun (%27,6) ceza sorumluluğunun olmadığına karar verildiği, bu kararın en çok 21 (%21,4) olguyla psikotik bozukluk, şizofreni, başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk olan olgulardan oluştuğu görülmüştür. Tanısı konulup da ceza sorumluluğunun tam olduğuna karar verilen olgularda en sık antisosyal kişilik bozukluğu (n:43, % 43,9) olanlardan oluştuğu görülmüştür (Tablo 30).

Psikiyatrik/nörolojik hastalık durumu ile ceza sorumluluğu arasında istatistiksel bir ilişki (yeterli data sağlamadığı için) tespit edilememiştir. Fazel ve arkadaşlarının ceza hukuku kapsamında gönderilen tüm olguları değerlendirdikleri çalışmasında; tüm yaş gruplarında ceza ehliyeti olmayan hasta gurubu dağılımı, şizofreni hariç diğer psikotik bozukluklar %42,1, şizofreni %21,9, kişilik bozukluğu %13,7, madde kullanım bozukluğu %3,4, depresif ve anksiyete bozuklukları %3, nörobilişsel bozukluk %0,6 olarak belirlenmiştir.¹⁸⁶ Türkcan ve arkadaşlarının çalışmasında ceza ehliyeti olmayan olguların %32,8'inde şizofreni, %26,4'ünde mizaç bozuklukları, %14,3'ünde sanrısız bozukluk, %9,9'unda başka türlü adlandırılmayan psikoz, %2,5'unda madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk tanısı konulmuştur.²²⁰ Çalışmamız literatürle uyumlu olup; psikotik hastalıklarda kişinin yer, kişi, zaman oryantasyonunun bozulduğu, bilişsel anlama ve algılama yetilerinin etkilenmesi sebebiyle işlediği fiili ve sonuçlarını anlama ve kavramada sağlıklı değerlendirme yapamaması sebebiyle bu sonuca varıldığı düşünülebilir. Bu bakımdan bu tür hastaların topluma kazandırılması, tanı ve tedavi takiplerinin sektöre uğramadan yapılması gerekmektedir.

Olguların cinsiyete göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı incelendiğinde ceza sorumluluğunun olmadığına karar verilenlerden 31 olgunun erkek (%14,5), 8 olgunun kadın (%3,7) olduğu görülmüştür. Ceza sorumluluğunun tam olduğuna karar verilen olguların 131 (%61,2) tanesinin erkek, 10 tanesinin de (%4,7) kadın olduğu görülmüştür. Olguların cinsiyeti ile ceza sorumluluğu arasında istatistiksel bir ilişki (hücrelerin %37,5'si

yeterli data sağlamadığı için) tespit edilememiştir (Tablo 31). Denis ve arkadaşları; adli psikiyatrik değerlendirme yaptıkları tüm olgularda erkeklerin %85,6'sının, kadınların %74,1'inin ceza ehliyetinin tam olduğunu, erkeklerin %3,6'sının ve kadınların %10,8'inin ceza sorumluluğunun olmadığını saptamışlardır. Bu çalışmada, erkeklerin %61,9'unda ve kadınların %67,5'inde ruhsal bozukluk tespit edilmiştir.¹⁸⁰ Çalışmamız literatürle benzer olup cinsiyetin ceza sorumluluğunu etkileyen bir risk faktörü olmadığı görülmektedir.

Olguların yaş gruplarına göre ceza sorumluluğu kararı değerlendirildiğinde; ceza sorumluluğunun olmadığına karar verilen olguların en sık (n:28, %13,1) 26-45 yaş grubunda olduğu, ceza sorumluluğunun tam olduğuna karar verilen olgular arasında yine en fazla (n:71, %33,2) olgunun 26-45 yaş arası grubunda bulunduğu görülmüştür. Olguların yaş grubu ile ceza sorumluluğu arasında istatistiksel bir ilişki (hücrelerin %54,2'si yeterli data sağlamadığı için) tespit edilememiştir (Tablo 32). Olguların medeni durumlarına göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı incelendiğinde, bekarların % 36,2(n:75) ile evlilerden daha fazla olarak ceza sorumluluğunun tam olduğuna karar verildiği görülmüştür. Ceza sorumluluğunun olmadığı raporlanan olguların bekarlarda %7,7 (n:16), evlilerde %7,2 (n:15) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 33). Olguların medeni durumları ile ceza sorumluluğu arasında istatistiksel bir ilişki (hücrelerin %25'i yeterli data sağlamadığı için) tespit edilememiştir. Olguların çocuk sahibi olmasına göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı incelendiğinde, çocuk sahibi olan 81 (%46,6) olgunun 51 (%29,3) tanesinde ceza sorumluluğunun tam olduğu, 17 (%9,8) tanesinde ceza sorumluluğunun olmadığı ve yine çocuk sahibi olmayan 93 (%53,4) olgunun 61 (%35,1) tanesinde ceza sorumluluğunun tam olduğu, 19 (%10,9) tanesinde ceza sorumluluğunun olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 34). Olguların çocuk sahibi olma ile ceza sorumluluğu arasında istatistiksel bir ilişki tespit edilememiştir. Fazel ve arkadaşlarının ceza hukuku kapsamında gönderilen tüm olguları değerlendirdikleri çalışmasında, 60 yaş üzerindeki olguların %62,6'sının, 60 yaş altındaki olgularınsa %50,5'inin ceza sorumluluğu olmadığını belirtmiştir.¹⁸⁶ Nicholson ve arkadaşları (1991) ceza ehliyeti olmayan 61 olguyu 5 yıl süre ile izlemiş ve ortalama yaşın $33,8\pm 9,3$ olduğunu tespit etmişlerdir.²⁰⁴ Lymburner ve arkadaşları Japonya'da ceza ehliyeti olmayan hastaların, % 57'sinin bekar olduğunu bildirmişlerdir.²⁰⁰ Kravitz ve Kelly'nin (1999) yaptıkları; şartlı olarak çıkarılan, ceza ehliyeti olmayan 43 adli olgunun geriye dönük kayıtlarının incelendiği çalışmada, yaş ortalamasının 45,4, suç

sirasındaki yaş ortalamasının 32,7 olduğu ve % 51'inin bekar olduğu saptanmıştır.¹⁹⁵ Singapur'da Lim ve arkadaşlarının yaptığı, suç işlemiş 86 adli olgunun 5 yıllık ayaktan izlem çalışmasında; %76'sının bekar olduğunu, % 74'ünün 39 yaşın altında olduğunu saptamışlardır.¹⁹⁹ Şeker'in yaptığı çalışmada olguların büyük çoğunluğunun eş veya çocuklarıyla yaşadığı belirlenmiştir.²¹⁸ Çalışmamızda olguların büyük çoğunluğunun 45 yaş ve altı olan yaş grubundan oluştuğu, bekarların ağırlıkta olduğu, çocuk sahibi olmayanların çoğunlukta olduğu bulunmuştur. Çalışmamız literatürle benzer sonuçlara ulaşmış olup istatistiksel olarak medeni durum, yaş grubu ve çocuk sahibi olma durumunun ceza sorumluluğunu etkileyen risk faktörleri olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bunun sebebi çalışmamızdaki olguların büyük çoğunluğunun antisosyal kişilik bozukluğu olanlar ile psikiyatrik hastalığı olanlardan oluşmasıdır. Bu çalışmanın ruhsal açıdan sağlıklı bireylerde ve daha geniş popülasyonlarda yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlara varılabileceği düşünülmüştür.

Olguların eğitim durumuna göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı incelendiğinde, 37 (%17,9) olguda ceza sorumluluğunun olmadığına karar verildiği ve bu grupta en fazla 13 olguyla (%6,3) lise mezunlarının olduğu, okuma yazması olmayan ve ortaokul mezunlarının 2'ser (%1,0) olguyla en az görüldüğü gözlemlenmiştir. Ceza sorumluluğunun tam olduğuna karar verilen 140 (%67,6) olgunun büyük çoğunluğunun (n:49, %23,7) ortaokul mezunu olduğu görülmüştür (Tablo 35). Olguların eğitim durumu ile ceza sorumluluğu arasında istatistiksel bir ilişki (hücrelerin %55'i yeterli data sağlamadığı için) tespit edilememiştir. Lim ve arkadaşlarının yaptığı suç işlemiş 86 adli olgunun 5 yıllık ayaktan izlem çalışmasında % 59'unun düşük eğitim seviyesinde olduğu belirtilmiştir.¹⁹⁹ Bizim çalışmamızda literatürle benzer biçimde ceza sorumluluğu olmayanların %58'inin düşük eğitim seviyesinde olduğunu göstermiştir. Bunun sebebi ruhsal bozukluğu olanlarda topluma uyum ve eğitim-öğretim sürecinde yaşanan zorluklar olduğu söylenebilir.

Olguların çalışma durumuna göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı incelendiğinde, 134 (%65,4) olgu ile ceza sorumluluğunun tam olduğuna karar verilen raporlarda en fazla 54 (%26,3) olguyla herhangi bir işte çalışmayan grubun oluşturduğu, en az olarak da 8 (%9) olguyla emeklilerin olduğu görülmektedir. Ceza sorumluluğunun

olmadığına karar verilen 38 (%18,5) olgunun büyük çoğunluğunun yine işsizlerden (n:17, %8,3) oluştuğu, bunu 8 (%3,9) olgu ile maaşlı işi olanların takip ettiği görülmektedir (Tablo 36). Olguların çalışma durumu ile ceza sorumluluğu arasında istatistiksel bir ilişki ($\chi^2 = 19,397, p=0,079 > 0,05$) tespit edilememiştir. Lymburner ve arkadaşları Japonya'da ceza ehliyeti olmayan hastaların, % 45'inin işsiz olduğunu bildirmişlerdir.²⁰⁰ Nicholson ve arkadaşları, ceza ehliyeti olmayan 61 olguyu 5 yıl süre ile izlemiş ve %86'sının hiç çalışmadığını belirtmiştir.²⁰⁴ Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda; %32-56'sının çalışmadığı, %22-34'ünün ise mesleği olmadığı, %22-45'inin düzenli çalıştığı belirtilmiştir. Bu çalışmalar ya sadece erkeklerle yapılmış ya da hem ceza ehliyeti olmayanlar hem azaltılmış sorumluluğu olanlar birlikte değerlendirilmiştir.²¹⁰ Psikiyatrik bozukluğu olanlarda genel topluma göre daha yüksek oranda işsizlik olduğu, ancak hasta olanlar arasında suç işlemişlerle işlememişler arasında işi sürdürme ve meslek açısından farklılık olmadığı, bağımsız, uzmanlık gerektiren meslekleri sürdüremedikleri belirtilmiştir.²¹⁰

Alkol kullanan olguların ceza sorumluluğu kararlarına göre dağılımı incelendiğinde; alkol kullanan 93 olgunun 80 (%63,5)'inin ceza sorumluluğunun tam olduğu, 7 olguda (%5,6) ceza sorumluluğunun olmadığına karar verildiği görülmüştür. Ceza sorumluluğunun olmadığına karar verilenlerden 4 (%3,2)'ünün alkol kullanmayanlardan oluştuğu görülmüştür (Tablo 37). Olguların alkol kullanımı ile ceza sorumluluğu arasında istatistiksel bir ilişki (hücrelerin %37,5'si yeterli data sağlamadığı için) tespit edilememiştir. Uyuşturucu kullanımı ile ceza sorumluluğu olup olmadığı konusunda verilerimizin yetersizliğine bağlı istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 38). Madde kötüye kullanımının ceza sorumluluğu üzerine bir etkisi olabilmesi için kullanımın bağımlılık düzeyinde olması ve işlemiş olduğu suçun madde kötüye kullanım bozukluğu ile ilişkilendirilebilecek bir suç olması gerekmektedir. Kravitz ve arkadaşlarının ruhsal bozukluğu olan suçlular için yaptıkları çalışmada, ceza ehliyeti olmayan 43 adli olgunun geriye dönük kayıtlarının incelendiği çalışmada % 77'sinin madde kullandığı, % 58 alkol-madde kullanım bozukluğu olduğu belirtilmiştir.¹⁹⁵ Swanson ve arkadaşlarının yaptığı, psikiyatrik hastaların, hasta olmayan bireylerle karşılaştırıldığı çalışmada, şiddet davranışı sıklığı ciddi psikiyatrik hastalığı olanlarda (şizofreni, duygudurum bozukluğu) 5 kez daha yüksek bulunmasına rağmen bu oran alkol ve madde kullananlarda 12-16 kez daha yüksek saptanmıştır.²¹⁷ Başlı başına alkol ve madde kötüye kullanımının suç işleme oranlarını

arttırdığı bilinmekle beraber ruhsal bozukluğu olanlarda suç işleme oranını daha fazla arttırmaktadır. Bu sebeple AMATEM gibi kuruluşlarla alkol madde kötüye kullanım bozukluğu olan kişilerin tedavi ve rehabilite edilmesi ile topluma kazandırılması amaçlanmalıdır. Toplum içinde alkol ve madde kötüye kullanımın azaltılmasının suç oranlarının da azalmasına neden olabileceği düşünülmüştür.

Olguların suç tekrarı ile ceza sorumluluğu arasında yeterli veri olmaması nedeni ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 39). Lymburner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ceza ehliyeti olmayan olguların, şartlı çıkarılma sonrası tutuklanma oranının % 2-16 arasında değiştiği, uzun süreli takiplerde bu oranın % 42-56'ya yükseldiği belirtilmiştir. Kanada'da yapılan bir çalışmada bu olguların ilk 3 yıl içerisinde % 37,8'inin tekrar bir suç işlediği saptanmıştır.²⁰⁰ Kravitz ve arkadaşlarının ceza ehliyeti olmayan 43 adli olguyu inceledikleri çalışmada, yineleyici suç işleme ya da tutuklanma oranının % 19 olduğu ve bir hastanın 3 kez tutuklandığı ve bunların sosyal işlevselliğinin belirgin derecede düşük olduğu belirtilmiştir.¹⁹⁵ Petch ve arkadaşlarının şartlı olarak çıkarılan 183 adli olguya yaptığı çalışmada, 5 yıl içerisinde % 5, 6-7 yılda % 6,5 oranında yeniden suç işledikleri saptanmıştır.²¹² Yapılan başka bir çalışmada tekrar suç işleme oranı, zorunlu ayaktan kontrollere hiç gelmeyenlerde (% 13), düzenli kontrollere gelenlere (% 1,5) göre belirgin olarak daha yüksek bulunmuş, şartlı olarak çıkarılan adli olguların, ayaktan kontrollere gelen grubunda daha az tekrar suç işlediği belirtilmiştir.²⁰³ Ülkemizdeki yasalara göre hakkında zorunlu tedavi alması gereken kişinin ayaktan kontrollere gelişleri bölge savcılıklarının yaptırması ve kontrol etmesi gerekmektedir. Bu durumun ailelerin ya da bireyin kendisinin inisiyatifinde olması sebebiyle kontrollerinin aksatıldığı bu nedenle tekrar suç oranlarında bir düzelme olmadığını göstermektedir. Bu olgularda önceki suç, kişilik bozukluğu ve/veya alkol-madde kullanım bozukluklarının eşlik etmesi gibi risk faktörlerinin daha iyi belirlenmesi, ayaktan kontrollere gelişlerini sağlayacak işlevselliği daha yüksek yapılanmalara gidilmesi, adli sistem ile sağlık sisteminin eşgüdümlü çalışmasının sağlanması gerekmektedir. Ayrıca hastalığı bulunmayan kişilerin de tekrar suça karışmalarının önüne geçebilmek için cezaların caydırıcı olması ve bu kişilere yönelik rehabilitasyon programları oluşturulması gerekir.

Saygılı ve arkadaşları tarafından yapılan suç işleyen mental retardasyonlu olguların retrospektif incelemesinde ceza sorumlulukları değerlendirilmesi amacıyla yatırılan 1198 olgu arasından, farklı düzeylerde zeka geriliği bulunan 72 olgunun değerlendirilmesi sonucunda, erkek olgular arasında en fazla işlenen suç %27,4 oranla “cinsel suçlar”, kadın olgularda ise %66,6 oranla “adam öldürme veya adam öldürmeye teşebbüs” şeklinde bulunmuştur. Olguların % 47,2 sinin ceza sorumluluğu tam, % 47,2 sinin kısmi ceza sorumluluğu olduğu, % 5,6 sinin ceza sorumluluğu olmadığı tespit edilmiştir.²¹⁴

Çalışmamızda olguların zekâ durumuna göre ceza sorumluluğu kararlarının dağılımı incelendiğinde, orta ve/veya ağır derecede zekâ geriliği tanısı konulan 4 olgu tespit edildiği ve bu 4 olgunun tamamına ceza sorumluluğu olmadığı kararının verildiği görülmüştür. Hafif derecede zekâ geriliği tanısı konulan 21 olgunun 10 (%47,6) tanesinde azalmış ceza sorumluluğunun olduğuna, 4 olguda (%19) ceza sorumluluğunun olmadığına, 5 olguda (% 33,4) ise ceza sorumluluğunun tam olduğuna, 2 olguda (%1) ise yataklı servisi bulunan bir merkezde takibinden sonra karar verilmesi gerektiği sonuçlarının ortaya çıktığı görülmüştür (Tablo 40). 3 olguda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı konulup azalmış ceza sorumluluğu raporu, 7 olguda ek tanısı olmayıp azalmış ceza raporu, 3 olguda ek tanısı olmayıp ceza sorumluluğunun tam olduğu, 1 olguda ek tanısı olmayıp ceza sorumluluğunun olmadığı, 2 olguda antisosyal kişilik bozukluğu tanısı konulup ceza sorumluluğunun tam olduğu, 2 olguda ek tanısı olmayıp adli psikiyatrik koşu olan bir merkezde takip edilmesi gerektiği, 3 olguda psikotik bozukluk tanısı konulup ceza sorumluluğunun olmadığına dair rapor düzenlenmiştir. Hafif derecede zeka geriliği olan olgularda ek bir hastalık bulunması ceza sorumluluğunu etkileyen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Zeka geriliğine sahip kişilerin %89’u bu geriliği hafif düzeyde yaşamaktadır. Bu kişiler iyi bir eğitimle orta öğretim düzeyine kadar gelebilmekte; karmaşık olmayan işlerde çalışabilmekte ve sosyal, ekonomik ve evlilik hayatlarını destek almak suretiyle sürdürebilmektedirler.²¹¹ Bu nedenle hafif derecede zihinsel yetersizlikleri bulunan kişilerin işlediği iddia edilen suçun özelliği, işleniş şekli, suç öncesi, suç sırası ve suç sonrası tutum ve davranışları, suçu savunma mantığı gibi durumlar dikkate alınıp ceza sorumluluğunun bu doğrultuda değerlendirilmesi gerekir. Ayrıca zeka düzeyinin orta derecede zeka düzeyine veya normal zeka düzeyine daha yakın olup olmadığının da dikkate alınması gerekir. Hafif derecede zeka gerilikleri olan kişilere uygulamada ceza sorumluluğu açısından en zor karar verilen olgular olduğu bilinmektedir.

Bipolar bozukluk tanısı konulan olguların suçun işlendiği aya ve mevsime göre dağılımı incelendiğinde, 12 olguya bipolar bozukluk tanısı konulduğu, 1 olguda suç işlenen ayın raporlanmadığı, Şubat ve Ağustos aylarının 3 olgu (%27) ile en fazla suç işlenen aylar olduğu tespit edilmiştir. Bipolar bozukluk tanısı olanlardan sonbahar mevsiminde hiçbir olgunun olmadığı görülmüştür (Tablo 41). Çalışmada katılan bipolar bozukluk olgu sayısı çok düşük sayıda olması nedeni ile istatistiksel analiz yapılamamıştır. Oral T'nin yaptığı çalışmada tüm olgularda olayların aylara göre dağılımında en yüksek oran %11,4 ile Mayıs ayında gerçekleştiğini, Haziran ve Temmuz ayları %10,3 ile ikinci sırayı aldığını tespit etmiştir. Olguların %9,8'i Mart ayında, %9,2'si Ağustos ayında, %8,7'si Nisan ayında, %8,2'si Şubat, Ekim ve Aralık aylarında, %6'sı Ocak'ta, %5,4'u Kasım ayında gerçekleştiğini bildirmistir.²⁰⁶ Çalışmamızda olgu sayısının az olmasından dolayı bipolar bozukluğun aylara ve mevsimlere göre etkisi hakkında yorum yapılamamıştır.

Bipolar bozukluk tanısı konan olguların işlediği iddia edilen suçlara göre dağılımı incelendiğinde, en fazla hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma suçlarını (n:6, %55) işledikleri, ikinci olarak da hırsızlık (n:4 %33,3) suçunu işledikleri görülmüştür (Tablo 42). Graz bipolar bozukluğu olanlarda yapılan çalışmasında geniş bir suç yelpazesi içinde sıklık sırasıyla zimmete para geçirme (%11,7), hırsızlık (%7,8), dolandırıcılık (%6,5), hakaret (%5,1) suçlarının işlendiğini saptamıştır. Şiddet içeren suçların toplamını da %46,3 gibi yüksek bir oranda bulmuştur (65 kişi içinde 27). Bunlardan ikisi tecavüz, biri de manik bir hasta tarafından işlenmiş bir cinayettir.¹⁸⁸ Sullivan çalışmasında bipolar bozukluğu olan kişilerin kriminal eğilimini manik ve depresif fazları ayrı ayrı inceleyerek değerlendirmiştir. Bu değerlendirmeye göre manik fazda ağır suçlar nadir görülmekte ve daha çok hırsızlık, dolandırıcılık, ciddi bir şekilde yaralayıcı olmayan saldırılar gibi daha hafif suçlara rastlanmaktadır. Hafif eksite vakalarda sarkıntılık ve cinsel taciz olasıdır. Ancak cinayet çok nadirdir.²¹⁵ Oral T'nin yaptığı çalışmada Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulunda bipolar bozukluk tanısı konmuş ve ceza sorumluluğu tam olan kişiler incelenmiş, %28 ile cinayet dışındaki fiziksel şiddet suçlarının başta geldiği, bunu %18 ile hırsızlık, %13 ile dolandırıcılık suçlarının izlediği, cinayet, sözel şiddet ve diğer suçların aynı oranda olduğu (%11), mala yönelik şiddet suçlarının (mala zarar verme) %5, cinsel suçların %2 oranında olduğunu bulmuştur. Kurulda bipolar bozukluk tanısı onaylanıp ceza sorumluluğu olmadığına karar verilenlerde

de %49 ile cinayet dışı fiziksel suçların diğer suçlardan belirgin şekilde fazla olduğunu bulmuştur.²⁰⁶ Çalışmamızda literatürle benzer sonuçlara ulaşılmış olup, duygudurumdaki coşkunculuk ve özbenlikteki yükselmeden dolayı genellikle hakaret, tehdit, yaralama suçlarının sıklıkla işlendiği görülmüştür.

Bipolar bozukluk tanılı olgulara yönelik verilen rapor sonuçlarının dağılımı incelendiğinde, 12 olgunun 5 tanesinde (%42) ceza sorumluluğunun olmadığı, 2 olguda (%17) ceza sorumluluğunun tam olduğu yönünde rapor düzenlenmiştir (Tablo 43). Oral T'nin yaptığı çalışmada Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulunda 2007-2009 yılları arasındaki 3 yıllık dönem içinde 184 bipolar bozukluk tanısı konmuş vakalar incelendiğinde 122 tanesinde (%66) ceza sorumluluğunun olmadığı, 61 olguda (%33) ceza sorumluluğunun tam olduğu yönünde rapor düzenlendiği, 1 tanesinin (%1) ceza sorumluluğunun azaldığı yönünde rapor düzenlendiği belirtilmiştir.²⁰⁶ Özdeş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; askerlik ortamında işlenen suçlar nedeniyle adli gözlem altına alınan olgularda depresif bozukluk %6 oranında, duygulanım bozukluğu %2,9 oranında saptanmıştır. Bunlardan TCK'nın 32. maddesi birinci fıkrasına göre ceza ehliyeti olmayan olguların %13'ünde bipolar bozukluk, %3,3'ünde depresif bozukluk saptanmıştır.¹⁷⁴ Ateşli silah ile suç işleyen kişilerden %4'ü bipolar duygudurum, %2'si unipolar duygudurum bozukluğu tanısı alan ceza ehliyeti olmayan, %2'si azaltılmış ceza ehliyeti olan hipomani tanısı alan kişilerdir.²⁰⁸ Önemli olan husus dönemler halinde seyreden bu bozukluklarda failin ceza sorumluluğunun nasıl tespit edileceğidir. Suçun işlendiği zamanda failin mani veya depresyon nöbetinde olup olmadığı ve bunların algılama ile irade yeteneği üzerindeki etki derecesine göre bir değerlendirme yapılması gerekeceğidir. Nöbetler arasındaki rahatlama dönemlerinde işlenmiş olan bir suç bakımından failin ceza sorumluluğunun tam olduğu söylenecek, nöbet döneminde işlenmiş bir suç bakımından ceza sorumluluğu araştırılırken ise hastalığın yetileri üzerindeki etkisi değerlendirilmesi gerekecektir. Bipolar bozukluğu bulunan olguların hangi dönemde suç işledikleri çok büyük önem arz eder. Bu nedenle kişilerin suç öncesine ve suç sonrasına yakın dönemdeki muayenelerine ait tıbbi belgelerin temin edilerek incelenmesi, ayrıca adli tahkikat dosyasının da değerlendirmesi gerekir. Kişilerin suç tarihindeki durumu bilinmediğinde bu olgularla ilgili sağlıklı karar vermek mümkün olmayacaktır.

Hakkında rapor düzenlenen 214 olgunun daha önceki konulan tanıları ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde konulan tanıları arasındaki fark incelendiğinde; 117 olguda (%55) vakalara dış merkez ile aynı tanıların konulduğu, 97 olguda ise farklı tanıların bulunduğu görülmüştür (Grafik 15). Önceki tanı ile Üniversitemiz tanısı arasındaki farkların tanıya göre dağılımı incelendiğinde; dikkat çeken en önemli tanıların başında antisosyal kişilik bozukluğu gelmektedir. Anabilim dalımıza sevk edilen olgulardan 2'si için aynı teşhis konulurken 45 olgu için önceki tanı değişerek antisosyal kişilik bozukluğu teşhisi konmuştur. 19 olgu için zeka geriliği teşhisi konulmuş, 13 olguda önceki teşhis değişmezken 6 olgu için bu teşhis konulmuştur. Bipolar (n:12), demans (n:8), yıkıcı davranış ve dürtü denetim bozuklukları (n:2), anksiyete bozukluğu (n:1) ve uyum bozuklukları (n:1) tanıları önceki sağlık kuruluşu ve Anabilim dalımız arasında bir fark olmadığı görülmüştür. Sınır zeka (n:9), başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk (n:1) ve temaruz (n:1) tanıları ilk kez hastanemizde teşhisi yapılan hastalıklar olarak tabloda yer almaktadır. Anabilim dalımıza sevk edilen 81 olgu için önceki sağlık kuruluşunda hastalık olmadığına dair teşhis konulurken 59 olgu için Anabilim dalımızca da hastalık olmadığı yönünde teşhis konulmuş ancak 22 olgu için yeni tanı konulmuştur (Tablo 44). Bazen hastalara yazılacak ilaçların Sağlık Bakanlığı'nın endikasyon listelerine uymaması nedeni ile hastalara ilaç yazabilmek için farklı tanıları girildiği bilinmektedir. Bu yaklaşım hukuksal olarak sorun yaratabilecek bir durumdur. Bu kişiler bir suçta karıştıklarında daha önceki tanıları ile adli psikiyatrik değerlendirme sonucu ortaya çıkan tanıları arasında çelişkiler ortaya çıkabilmektedir.

Ruhsal bozukluklar olarak nitelenen durumların sınıflamasında yer alan klinik değerlendirmeler, hukuki ve cezai ehliyet veya maluliyet derecesi tespiti gibi adli yargıyı ilgilendiren konularla bütünüyle örtüşmeyebilir. Ruhsal hastalıkların sınıflamasında tüm diğer tıp alanlarından farklı olarak hastalıkların nedenleri konusunda kesin bir bilgi elde edilememesi bazen değerlendirmelerde de sorunlar yaratabilmektedir. . Bozuklukların şimdiki, geçmişteki ve gelecekteki görünümünün farklılık gösterebilmesi sebebiyle mevcut değerlendirme yetersiz kalabilir. Adli konular söz konusu olduğunda aynı bozukluğun farklı derecelerde ve farklı periyotlarda olması kararların da farklı çıkmasına

neden olabilir. Yeni araştırmalar eşliğinde ileride kimi bozuklukların mevcut sınıflama sisteminden kaldırılıp yeni bozuklukların bu sınıflamaya dâhil edilebileceği belirtilmektedir.¹⁹³



6 SONUÇ

Akıl sağlığı ve suç arasındaki ilişki geçmişten günümüze kadar tartışılan ve tartışılmaya devam eden, tıp ve hukuk bilimlerinin kesiştiği noktalardan biridir. Çalışmamızda TCK 32. maddesinde hüküm altına alındığı üzere suç işlendiği anda akıl hastalığı nedeniyle yaptığı fiilin sonuçlarını algılayamayan veya davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli ölçüde azalan kişilere ceza verilememekte ancak güvenlik tedbiri uygulanabilmektedir. Maddenin devam eden fıkrasında, birinci fıkrasındaki kadar çok olmamakla birlikte davranışlarını yönlendirme yeteneğini etkilenen kişiye kanunda yazılı cezalardan daha az ceza uygulanmaktadır. Bu nedenle kişinin işlemiş olduğu iddia edilen suç tarihinde ceza almasını engelleyebilecek veya daha az ceza almasını sağlayabilecek bir hastalık tablosu olup olmadığı hekimler tarafından değerlendirilmekte ve nihai olarak mahkeme heyetince karar verilmektedir. Adli tıbbi değerlendirme sonucu doğru karar vermek adaletin tecelli etmesi ve adalet duygusunun zarar görmemesi açısından büyük bir önem arz eder. Ayrıca cezaevinde kalması uygun olmayan hasta kişilerin tedavilerin sağlanması ve dava ile ilgili kişilerin duygu durumlarında rahatsızlık ortaya çıkmaması için sağlıklı değerlendirmeler yapılması, raporların düzenlenme aşamasında kararımıza etki edebilecek tüm verilerin özenle değerlendirilmesi gerekir. Çalışmamızda rapor talep edilen olguların %88,3'ünün (n:189) erkek, %11,7'si (n:25) kadın olduğu görülmüştür. Suç işlediği iddia edilen olguların sosyodemografik özelliklerinin yanında uyuşturucu madde ve alkol kullanım durumları, nörolojik ve psikiyatrik hastalıkları, tekrar suça karışıp karışmadıkları ve ceza sorumlulukları açısından incelenmiştir. Suçluluğu arttıran faktörlerin bir kısmı istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar üretirken bir kısmında yetersiz veri nedeniyle istatistiksel analizleri yapılamamıştır. İstatistiksel olarak hırsızlık suçuna genç yaş grubundakilerin daha fazla karıştıkları, hakaret, tehdit, yaralama, cinayet, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma suçlarına ise orta yaş grubundakilerin karıştıkları, uyuşturucu kullanan olguların suç tekrarını daha fazla işledikleri görülmüştür.

Suçta karışan olguların genel ortak özelliklerinin bekar, genç, eğitimsiz, kötü alışkanlıkları olan kişiler olması dikkat çekmektedir. Hatta bu özelliklerin suç riskini çok yükselten faktörler olduğu gözlemlenmiştir.

Raporların tamamlanma süresinin incelenmesi neticesinde rapor düzenleme süresininin uzun olduğu belirlenmiştir. Bu durumun üç boyutu bulunmaktadır. Adli makamlar boyutunda rapor talep edilirken kişinin daha önceki dönemlerindeki tıbbi belgelerin ve adli tahkikat dosyalarının genellikle gönderilmemesi, değerlendirmesi yapılacak kişiler boyutunda; kişilerden konsültasyon istenmesi durumunda takip ve kontrollerine düzenli gidilmemesi, değerlendirme yapılan merkez boyutunda ise psikiyatri bölümünde psikometrik testleri yapan yeterince psikolog bulunmaması gibi faktörlerden kaynakladığı düşünülmüştür. Anabilim Dalımızın iş yükü çok fazla olmaması nedeni gecikmemelerde Anabilim dalımızdaki aksaklıkların etkisi çok düşük olduğu söylenebilir.

Ceza sorumluluğuna ilişkin yapılan çalışmamızda 214 olgunun %11'i (n:23) hakkında ceza sorumluluğunun olmadığı, %16'sının (n:35) azalmış ceza sorumluluğu olduğu tespit edilmiştir. Olguların sadece dörtte biri hakkında ceza sorumluluğunu ortadan kaldıran ya da azaltan hastalık tablosunun bulunduğu görülmüştür. Antisosyal kişilik bozukluğunun psikiyatri açısından tanı değeri taşıdığı ancak ceza sorumluluğunu etkileyen ruhsal bir bozukluk olarak değerlendirilmemesi psikiyatrik bozukluk saptanan olgu sayısı ile ceza sorumluluğu bulunmayan veya azalmış ceza sorumluluğu bulunan olgu sayısındaki farklılıktaki en önemli faktör olduğu belirlenmiştir.

Tekrar suç işleme oranının çalışmamızda ve diğer çalışmalarda yüksek olduğu görülmüştür. Yeniden suç işleme oranının bu kadar yüksek olmasının cezaevlerinin ıslah edici etkisinin ve cezaların caydırıcı etkisinin düşük olduğunu düşündürmektedir. Yeniden suç işleme oranlarının düşürülmesi hukuk, tıp, suçbilim gibi birçok bilim dalının alanına giren bir konu olmaktadır. Bu nedenle bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalı ve bu doğrultuda önlemler alınması gerekliliğini ortaya çıkmaktadır.

Olguların alkol ve madde kullanımı ile suç arasında yakın bir ilişki olduğu görülmüştür. Suça karışan olguların alkol ve madde kullanım oranı halkın genel ortalamasından kat kat fazladır. Nitekim madde kullanımı ile suç tekrarı arasında anlamlı bir istatistiksel sonuç olduğu tespit edilmiştir. Maddeyi temin etmek amacıyla ve maddenin etkisinden kaynaklı olarak tekrar suçların işlendiği düşünülmüştür. AMATEM gibi kuruluşların sayısı

arttırılarak bağımlıların tanı, tedavi ve takiplerinin düzenli yapılarak bu kişilerin topluma kazandırılması sağlanmalıdır.

Çalışmamızda; eğitim durumu arttıkça, suç işleme oranının düştüğü görülmektedir. Gerek mesleki eğitim gerekse sağlık sorunlarından kaynaklanan özel eğitimlerin verilmesi, bu kişilerde sosyal bilginin oluşması dolayısıyla suça karışma oranlarını düşürebilecektir.

Olguların önceki tanıları ile Anabilim dalımızca yazılan raporlar karşılaştırıldığında önceki raporlarda yer alan hastalık teşhislerinin yaklaşık yarısı değerlendirme yapılan kurul tarafından değiştirilmiştir. Fiili durumda, teşhisle ilgili karar aşamasında önceki sağlık kurumlarının işleyiş yapısının da incelenmesi gerektiği değerlendirilmiştir. İlaç yazabilmek için farklı tanı konulmasının hukuksal da bir sorun yaratabileceği göz ardı edilmektedir.

214 olgunun incelenmesi neticesinde eğitim düzeyinin düşüklüğü, erkek cinsiyet, daha önceden suç işlemiş olma ve madde kötüye kullanımının olması kişinin suç işleme olasılığını yükselttiği görülmüştür. Ayrıca ruhsal bozukluk olduğunu iddia eden olguların büyük bir kısmının ceza sorumluluğunun tam olduğu görülmüş ve bu durumun adaletin tesis edilmesini geciktirdiği sonucuna varılmıştır. Kişilerin suçtan kurtulmak için de hastalık öyküsü iddia edebildikleri bilinmelidir.

Sonuç olarak; değerlendirmelerin adli psikiyatrik deneyimi bulunan psikiyatri ve adli tıp uzmanları tarafından mümkün olduğunca da birlikte yapmaları gerekmektedir. Adli psikiyatrik değerlendirmeler klinik değerlendirmelerden farklı olduğu, adli olguların menfaatleri doğrultusunda yanıltıcı cevaplar verebileceği, temaruz eğilimi gösterebileceği unutulmamalıdır. Ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi istenen olgularla ilgili daha geniş kapsamlı çalışmaların yapılması, suça yönelik risk faktörlerinin iyi belirlenmesi, bu hususta rehabilitasyon programları oluşturulması, hastalık tablosu içindeki kişilerin sağlık tedbiri kararları ile düzenli takiplerinin yapılması, cezaların caydırıcı hale getirilmesi, adli dosyaların raporlanma sürecinde gecikmenin önlenmesi için gerekli düzenlemelerin

yapılması, iş gücünün ayarlanması, yargı çalışanlarına dosyaların tam teşekküllü halde gönderilmesi için eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.

Klinik değerlendirmelerde hastaların tedavilerinin düzenlenmesi için sorulara daha doğru cevaplar verirler. Bu nedenle adli olguların değerlendirmesinde yönlendirici sorularla muayene yapılmasından kaçınılması gerekir.



7 ÖZET

Giriş ve Amaç: Akıl sağlığı ve suçluluk arasındaki ilişki geçmişten günümüze kadar tartışılan ve tartışılmaya devam eden, tıp ve hukuk bilimlerinin kesiştiği noktalardan biridir. Türk Ceza Kanunu'nun "Akıl Hastalığı" başlıklı 32. maddesinde hüküm altına alındığı üzere suç işlendiği anda akıl hastalığı nedeniyle yaptığı fiilin sonuçlarını algılayamayan veya davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli ölçüde azalan kişilere ceza verilememekte ancak güvenlik tedbiri uygulanabilmekte ya da cezası azaltılmaktadır. Olguların sosyodemografik özellikleri, ceza sorumluluğunu etkileyen hastalıklar, suçların özellikleri ve zekâ seviyeleri ile işlendiği iddia edilen suç arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Son olarak, Adli Tıp Raporu hazırlama sürecinde yaşanan sorunları tartışmak ve öneriler ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 01/01/2016-31/12/2020 tarihleri arasında hakkında rapor düzenlenmiş ve suç tarihinde 18 yaşını doldurmuş 214 olguya ait muayene notları, psikometrik test sonuçları, olaya ait iddianame, tanık-mağdur ifadeleri, olguya ait daha önce düzenlenen tıbbi belgeler retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda raporların %88.3'ünü erkekler, %11.7'sini kadınlar oluşturmaktadır. Erkek cinsiyetin daha fazla suça karıştığı, eğitimsizliğin ve genç olmanın, işsizliğin suç işleme üzerinde arttırıcı etkisi olduğu görülmüştür. Olguların büyük bir kısmının kötü alışkanlıklara (alkol ve madde kötüye kullanımı) sahip olduğu tespit edilmiştir. Genç, bekar, işsiz ve eğitimsiz olmanın hırsızlık başta olmak üzere tüm suç türlerinde etkisi olduğu anlaşılmıştır. Suç türleri üzerinde yaşın ve medeni durumun, tekrar suçlarda da madde kötüye kullanımının istatistiksel olarak anlamlı etkisi ortaya konulmuştur. Raporların ceza sorumluluğu açısından incelendiğinde olguların %11'inin ceza sorumluluğunun bulunmadığı, %16'sının azalmış ceza sorumluluğu olduğu ve %66'sının ceza sorumluluğunun tam olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Raporların hazırlanma süresi açısından göreceli olarak raporların geç tamamlanabildiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu gecikmenin ana nedenin rapor talep eden merciinin eksik evrak göndermesinden kaynakladığı, ayrıca psikiyatri bölümünde olgulara testlerin yapılması, yeterince psikolog

kadrosu bulunmaması raporların gecikmesinde etkili olmaktadır. Olgulara gereksiz yere hastalık etkisinde suç işlediği iddialarında bulunulması sonucu, iş yükünün artmasına ve rapor süreçlerinin uzamasına neden olmaktadır.

Sonuç: Ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi istenen olguların konunun uzmanları tarafından bütüncül yaklaşımla irdelenip, geniş kapsamlı çalışmaların yapılması, suça yönelik risk faktörlerinin iyi belirlenmesi, rehabilitasyon programları oluşturulması, hastaların düzenli takip edilmesi, cezaların caydırıcı hale getirilmesi, adli dosyaların raporlanma sürecinde gecikmenin önlenmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması, iş gücünün ayarlanması, yargı çalışanlarına dosyaların tam teşekküllü halde gönderilmesi için eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Adli psikiyatri, erişkinlerde ceza sorumluluğu, cezai ehliyet.

8 ABSTRACT

Introduction and Objective: The relationship between mental health and guiltiness is one of the intersection points of medicine and legal sciences, which has been discussed from past to present. Article 32 of the Turkish Penal Code which is titled "Mental Disease" decrees that people who cannot perceive the consequences of their acts due to mental disease at the time of the crime or whose ability to direct their behaviour is significantly reduced cannot be punished, but a special security measure can be applied or their punishment can be reduced. Inspecting the problems occurring during the preparation of Forensic Medicine Reports and offering suggestions is final objective.

Materials and Methods: In the study, 214 cases that prepared between 01.01.2016-12.31.2020 and belong to older than 18 year old people, are examined for examination notes, psychometric test results, indictment of the incident, witness-victim statements, previously issued medical documents retrospectively.

Results: In the study, the cases consist of %88.3 males and %11.7 females. It has been understood that males involve in crime and being young, single, unemployed and uneducated has an increasing effect on theft and sexual crimes. It was determined that most of the cases had bad habits (smoking, alcohol and drug abuse The cases have a high recidivism rate and there is a statistically significant relation between recidivism and drug abuse. When the reports were analysed in terms of criminal liability, it was concluded that 11% of the cases did not have criminal responsibility, 16% of the cases had reduced criminal responsibility, and 66% of the cases had criminal responsibility. It has been concluded that the reports can be completed relatively delayed in terms of the preparation time of the reports. The main reason for this delay is that the authority requesting the report sends incomplete documents, moreover psychological tests are made in psychiatry department and there is the lack of sufficient psychologist staff.

Conclusion: It is required that criminal responsibility cases should be examined by experts with a holistic approach, carrying out comprehensive studies, well determining the risk factors of crime, establishing rehabilitation programs, regular following-up of patients, making the punishments deterrent, training members of the judiciary in order to send the files in full-fledged form.

Keywords: Forensic psychiatry, criminal responsibility of adults, criminal liability.



9 KAYNAKÇA

- 1- Soyaslan D, (1996) Kriminoloji, Ankara: Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları
- 2- Deniz D, Kişilik Bozukluklarında Tanı Güvenirliği ve Cezai Sorumluluk, Adli tıp bülteni, 2017; 22(2)
- 3- Biçer Ü, Tırtıl L, Kurtuş Ö. ve ark., Adli Psikiyatri Birinci Basamakta Adli Tıp, İstanbul. Golden Print, 2. Baskı, 2012.
- 4- Ed: Dokgöz H; Adli Tıp ve Adli Bilimler; Adli Psikiyatri.
- 5- Güncel Sözlük, <http://www.tdk.gov.tr/index>, (Erişim Tarihi: 15.12.2020)
- 6- Türk Hukuk Kurumu, Türk Hukuk Lügatı, Ankara, 1993, 3
- 7- Bilgiç Ş, Mahkumların Suç Algısı . Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 2014 (3) , 8-17
- 8- Kulaksızoğlu A, Ergenlik Psikolojisi, Remzi Kitabevi, 2.Baskı İstanbul 1999
- 9- 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu, Resmî Gazete Tarihi: 12.10.2004 Sayısı: 25611 Kabul Tarihi: 26.09.2004
- 10- Büyük Türkçe Sözlük, www.sozluk.gov.tr (Erişim Tarihi: 11.02.2021)
- 11- Uzun E, Atalay H, Akkaya T. ve ark. Hukukun Temel Kavramları, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No:2655, Ağustos 2012,
- 12- Sözüer A, Ceza Hukuku Genel Hükümler, İstanbul Üniversitesi Açık Ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, 7-256, http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/adalet_ao/cezahgh.pdf (Erişim Tarihi:05.11.2020)
- 13- Karakehya, H, Usluadam A, In Turkish Criminal Law Doctrine, in the Context of Moral Element of Crime, Views on the General Theory of Crime .Journal of Penal Law and Criminology , 3 (2) , 1-24
- 14- Dolu O, (2012), Suç Teorileri: Teori Araştırma ve Uygulamada Kriminoloji. Ankara: Seçkin Yay.

- 15- Anthony G, Sosyoloji, Hazırlayan: Cemal Güzel, Ankara,2006, s.205.
- 16- Muş E, (ed.). (2016). Kriminoloji Suç Teorileri ve Uygulamalar. Karınca Yayınevi, Ankara.
- 17- Demirbaş T. Kriminoloji. 3rd ed. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2010.
- 18- İçli, T. (2007). Kriminoloji.Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- 19- Polat, O. Kriminoloji Ve Kriminalistik Üzerine Notlar. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2009.
- 20- Sözer, M. A. (2012). Kriminolojinin Dünü, Bugünü Ve Geleceği: Kriminoloji Bilimine Giriş. A. Dolu İçinde, Kriminoloji (S. 2-18). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları
- 21- Schmallegger 2003:104-105). Schmallegger, F. (2003). Criminal Justice Today,(7th ed). Pearson Custom Publishing .
- 22- Peker, N. (2008). Hükümlü ve tutuklularda madde kullanımı ile suç türü ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2.
- 23- Bohm R, Vogel B. A Primer On Crime And Delinquency Theory. 2nd ed. U.S.A: Wadsworth Series; 2001.
- 24- Beşe, E. (2013). İnsan Niçin Suç İşler? Suçun Nedenselliğine İlişkin Temel Yaklaşımlar. E. Beşe, A. Geleri, & F. Tepecik (Düzenleyen) içinde, Suç Önleme Modelleri (S. 2-34). Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını.
- 25- Sokullu-Akıncı F. Kriminoloji. 4th ed. İstanbul: Beta Basım; 2004.
- 26- Dönmezer, Sulhi, Kriminoloji, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1984
- 27- Karasu, M. A. (2008), “Türkiye’de Kentleşme Dinamiklerinin Suça Etkisi”, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 57(4): 255-281.
- 28- Mavi S, Cezaevinde Annesiyle Kalan Çocukların Gelişim Sürecine Cezaevi Koşullarının Etkisi Ve Sosyal Hizmet Yaklaşımları, Yüksek Lisans Tezi, Ekim 2019, 5.
- 29- Kulak S, Adana Kadın Kapalı Cezaevindeki Hüküm GiymişKadınlarasıİlişkiler, Doktora Tezi, Mayıs, 2017

- 30- Gürtuna O, Cezaevinde Kadın Olmak Ve Cezaevinin Kadın Bakış Açısıyla Sosyolojik Değerlendirmesi: Ankara Sincan Kadın Kapalı Cezaevi Örneği, T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Ankara 2009, 32-70
- 31- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 31
- 32- 5275 Sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkındaki Kanun, Resmî Gazete Tarihi:29.12.2004, Sayısı: 25685 Kabul Tarihi: 13.12.2004
- 33- Göktürk N, Özgenç İ, Üzülmüş İ, Ceza Hukukuna Giriş, Eskişehir, Mayıs-2012, 2-67
- 34- Malbeği E, Selçuk E, Ceza Hukuku, İstanbul Üniversitesi Açık Ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, <http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/kok/cezahukukau203.pdf>, 79-190, (Erişim Tarihi:11.11.2020)
- 35- Ulutürk GH, Türk Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı Ve Kusur Yeteneğine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009
- 36- Alacakaptan U, Suçun Unsurları, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları No. 372, Sevinç Matbaası, Ankara-1975, 95-162
- 37- Şensoy, Naci, “Cezai Mesuliyeti Tamamen veya Kısmen Kaldıran Akli Maluliyet”, İÜHFİM, C:XVI, İstanbul 1950, 118.
- 38- İçel K. Türk Ceza Hukukunda Taksirden Doğan Sübjektif Sorumluluk, İstanbul, 1967
- 39- KAYMAZ, Seydi, GÖKCAN Hasan Tahsin : 5237 sayılı Türk Ceza Kanununda Taksirle Adam Öldürme ve Yaralama Suçları, Ankara, 2006.
- 40- AYDIN, M. Akif, “Türk Hukuk Tarihi”, İstanbul 2005.
- 41- Asokan TV, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2902100/> (Erişim Tarihi:29.10.2020)
- 42- <https://historyforensicpsych.umwblogs.org/the-insanity-defense-outline-by-andrew-garofolo/the-mcnaughton-rules/> (Erişim Tarihi:29.10.2020)
- 43- Radovic S, Meynen G, Bennet T. Introducing a standard of legal insanity: The case of Sweden compared to The Netherlands. Int J Law Psychiatry. 2015;40: 43–49

- 44- Bozkurt Ö, Türk Ceza Kanunu'nda Akıl Hastalıklarına İlişkin Sorumluluk Rejimi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Anabilim Dalı, İstanbul, 1996.
- 45- World Health Organization (WHO), "Mental disorders", http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/, (Erişim Tarihi: 19.01.2021)
- 46- Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, çev. Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Yayınlar Birliği, Ankara, 2014.
- 47- Richard-Devantoy S, Olie JP, Gourevitch R, Risk of Homicide And Majör Mental disorders: A Critical Review. *Encephale*, 2009; 35(6):521-30.
- 48- Elbogen EB, Johnson SC, The intricate Link Between Violence And Mental disorder: Results From The National Epidemiologic Survey On Alcohol And Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 2009; 66(2):152-61.
- 49- Nasrallah H, Smeltzer D, Şizofreni güncel tanı ve tedavi kitabı. 1st ed. AstraZeneca; 2005.
- 50- Öztürk MO, Uluşahin A, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Nobel Kitabevleri, 14. Baskı, Ankara, 2016.
- 51- Soli S., "Kişilik Bozuklukları", Temel Psikiyatri Kitabı, Ed.: Ertuğrul Köroğlu, Cengiz Güleç, Ankara, 2. bsk., HYB Basım Yayın, 2007, Köroğlu E, Güleç C, Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı, HYB Yay., Ankara, 2007.
- 52- Kültür S, "Şizofreni", Psikiyatri Temel Kitabı, Ed.: Ertuğrul Köroğlu, Cengiz Güleç, 2. Baskı, Ankara, HYB Basım Yayın, 2007, 184-204.
- 53- Dönmezer S, Erman S, Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku, Genel Hükümler, Cilt II, Beta Yayınları, İstanbul, 1999: 173-86.
- 54- Bourgeois M.-L. Şizofreni, çev.: İsmail Yerguz, Ankara, Dost Kitabevi, 2008.
- 55- Sadock B, Sadock V. Klinik Psikiyatri. 2nd ed. Aydın H, Bozkurt A, editors. Ankara: Güneş Kitabevi; 2005.
- 56- National Institute of Mental Health, "Schizophrenia", 2, <http://www.nimh.nih.gov/>, (Erişim Tarihi: 08.03.2021)
- 57- <https://www.healthline.com/health/psychosis>, (Erişim Tarihi:08.03.2021)

- 58- Üçok A, “Şizofreni ve Benzeri Psikozlar”, Psikiyatri, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, 2009, s. 130-147, <http://istanbultip.istanbul.edu.tr/>, (Erişim Tarihi: 22.01.2021)
- 59- Öztürk MO, Uluşahin A, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, C. I, 12. basım., 210 Ankara, y.y., 2014.
- 60- Erdal I. Güncel Şizofreni. 1st ed. Ankara: Format Matbaacılık; 2006.
- 61- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>, (Erişim Tarihi: 18.02.2021)
- 62- Karayazgan S, Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Aktivite, Aktivite Performansı Ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013, 5
- 63- www.psikolojisozlugu.com/disability-yeti-yitimi, (Erişim Tarihi:08.02.2021)
- 64- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J ve ark., “Global Burden of DiseaseAttributabletoMentalandSubstanceUseDisorders: FindingsFromThe Global Burden of DiseaseStudy 2010”, Lancet, Vol.382, 2013, 1582.
- 65- Dinçmen K, Psikiyatri / Psikosomatik Tıp, Pan Yayıncılık, İstanbul, 2005, s.53.
- 66- Özden SY, Adli Psikiyatri, 2. bs., Ankara, Nobel, 2015.
- 67- Mueser KT, “PsychosocialTreatmentsforSchizophrenia”, AnnuRevClinPsychol, 2013, 487.
- 68- Burns JK., “PathwaysfromCannabistoPsychosis: A Review of TheEvidence”, Front Psychiatry, 2013.
- 69- Yan G, Zeqing H, “MoreAttentionShould Be PaidtoSchizophrenicPatientswith Risk of ViolentOffences”, PsychiatryClinNeurosci, 2009, Vol.63, 592, 593.
- 70- Kabahasanoğlu KÖ, Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Başa Çıkma Stratejileri ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının; Bakım Veren Yükü, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleriyle İlişkisi, Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2014, s.34.

- 71- Schanda H, Stompe T, Ortwein-Swoboda G ve ark. Increasing criminality in patients with schizophrenia: Fiction, logical consequence or avoidable side effect of the mental health reforms? *Neuropsychiatr*, 2010; 24(3):170-81.
- 72- Fazel S, Buxrud P, Ruchkin V ve ark. Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: A national case-control study. *Schizophr Res*, 2010; 123(2-3):263-9.
- 73- Lamb HR, Weinberger LE, Gross BH, Community treatment of severely mentally ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system: A review. *Psychiatric Services*, 1999; 50:7 907-13.
- 74- Large MM, Ryan CJ, Singh SP ve ark. (2011) The predictive value of risk categorization in schizophrenia. *Harv Rev Psychiatry*, 19(1):25-33.
- 75- Mete L, Şizofreni En Uzak Ülke, İstanbul, İletişim, 2006.
- 76- Dönmezer S, Cebiroğlu R, Gürelli N ve ark. “Akıl Hastalığı ve Suç”, Akıl Hastalarına Karşı Cemiyetin Müdafası (Raporlar), İstanbul, İstanbul Üniversitesi Ceza Hukuku ve Kriminoloji Enstitüsü, Sulhi Garan Matbaası, 1958, s. 84.
- 77- Çakır S, “Hezeyanlı (Sanrısız) Bozukluk”, *Psikiyatri*, Ed.: Kulaksızoğlu IB, Tükel R, Üçok A ve ark., İstanbul, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, 2009,
- 78- Yıldız M, : “Sanrılı (Paranoid) Bozukluk”, *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ed.: Köroğlu E, Güleç C, 2. baskı., Ankara, HYB Basım Yayın, 2007, s. 227-232.
- 79- Savrun, BM, “Hezeyanlı Bozukluk”, *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, No:62, Mart 2008, s. 111-116.
- 80- Padhy S, Hedge A, “Şizoaffektif Bozukluk: Kavramın Ortaya Çıkışı ve Güncel Durum”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, Sa. 26 (2), 2015, 131-132.
- 81- Maier W, “Do Schizoaffective Disorders Exist At All?”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol.113, 2006, s.369-371.
- 82- Scully PJ, Owens JM, Kinsella A ve ark. “Schizophrenia, Schizoaffective and Bipolar Disorder within an Epidemiologically Complete, Homogeneous Population in Rural Ireland: Small Area Variation in Rate”, *Schizophr Res*, Vol.67, 2004, s.147, 148.

- 83- Abrams DJ,Rojas DC, Arciniegas DB, “Is SchizoaffectiveDisorder A DistinctCategoricalDiagnosis? A Critical Review of TheLiterature”, NeuropsychiatrDisTreat, Treat 4, Aralık 2008, s.1093.
- 84- Uğur M, “Duygudurum Bozuklukları”, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, No: 62, Mart 2008,
- 85- Yazıcı O, Çakır S, “Duygudurum Bozuklukları”, Psikiyatri, Ed.: Işın B. Kulaksızoğlu, Raşit Tükel, Alp Üçok, İlhan Yargıç, Olcay Yazıcı, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, 2009, s. 106,
- 86- Kuloğlu M, Çayköylü A, Albayrak Y,“Siklotimik Bozukluk”, Klinik Psikiyatri, S. 10, 2007, s. 217, <http://klinikpsikiyatri.org/>, (Erişim Tarihi: 27.01.2021)
- 87- <http://www.psikiyatri.org.tr/bipolar-bozukluk-ikiuclu-bozukluk-manik-depresif-hastalik>, (Erişim Tarihi: 02.01.2021)
- 88- Özel MD, Şizofreni ve Bipolar Bozuklukta Genom Bağlantı Analizi ile İlişkili Genlerin Araştırılması, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Doktora Tezi, 2015
- 89- Binbay T, Alptekin K, Elbi H ve ark., “İzmir Kent Merkezinde Şizofreni ve Psikotik Belirtili Bozuklukların Yaşamboyu Yaygınlığı ve İlişkili Oldukları Sosyodemografik Özellikler”, Türk Psikiyatri Dergisi, 2012, Sa.23, s.152.
- 90- Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J ve ark., “Lifetimeand 12-Month Prevalence of BipolarSpectrumDisorder in TheNationalComorbiditySurvey Replication”, Arch Gen Psychiatry, 2007, s.547
- 91- Turhan N, Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, s.12.
- 92- Helvacı Ç, Hocoğlu FÇ, “Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme”, Çağdaş Tıp Dergisi, 2016, C.6, Sa.1.
- 93- Kuyu C, “Akıl Hastalıkları ve Cezai Ehliyet”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1996.
- 94- Akgün N, Adli Psikiyatri, Ankara, y.y., 1987.

- 95- Yeloğlu H, Hocaoğlu , “Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozuk”, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi, 2017, C.8, S.30, s.50.
- 96- Soysal H, “Dürtü Kontrol Bozukluklarının Adli Psikiyatrik Yönleri”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, No: 7 (1), 2015, s. 16-29.
- 97- Quanbeck CD, Stone DC, Scott CL ve ark. Clinical and legal correlates of inmates with bipolar disorder at time of criminal arrest. J Clin Psychiatry. United States; 2004 Feb; 65(2):198–203.
- 98- Aslan MC, Adli Tıp Kurumunda Değerlendirilen Kadın ve Erkek Suçlarının Retrospektif Karşılaştırılması. Adli Tıp Kurumu Başkanlığı; 2011.
- 99- Soysal H, Adli Psikiyatri, İstanbul, Özgür Yayınları, Güncellenmiş Basım, 2012.
- 100- Ziyalar A, Erişkin Psikopatolojisi. İstanbul: Yüce Reklam Yayım Dağıtım; 2006.
- 101- Vahip I. Evdeki Şiddet ve Gelişimsel Boyutu: Farklı Bir Açıdan Bakış. Türk Psikiyatri Dergisi, 2002;13(4):312–9.
- 102- Yılmaz O, Psikopati Düzeyi Yüksek Antisosyal Kişilik Bozukluğu Tanılı Olgularda Ventromedyal Prefrontal Korteksin Difüzyon Tensor Manyetik Rezonans Görüntülenmesi ve Saldırganlık Düzeyi ile İlişkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi], GATA, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; 2012. 5-17 p.
- 103- Ak İ, Sayar K, Antisosyal Kişilik Bozukluklarında Sosyobiyolojik Etkenler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2002;12:155-158.
- 104- Kısa C, Yıldırım SG, Göka E, Ataklık ve Ruhsal Bozukluklar. Türk Psikiyatri Dergisi, 2005; 16(1):46-54.
- 105- Baykız AF, Antisosyal ve Borderline Kişilik Bozukluğu Olan Bireylerde Saldırganlık Davranışının Psikiyatrik Testlerle Değerlendirilmesi ve Biyolojik Değerşkenlerle İlişkisinin Araştırılması: Kontrollü Bir Çalışma (Tıpta Uzmanlık Tezi) GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 2003.44-56 p.
- 106- Nazlıdır M, Kasten Adam Öldürme ve Teşebbüs Sularında Psikososyal Özelliklerin İncelenmesi: Suç Analizi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.

- 107- Rice ME, Harris GT, Psychopathy, schizophrenia, alcohol abuse, and violent recidivism. *Int J Law Psychiatry*. Netherlands; 1995;18(3):333–342.
- 108- Mohino S, Pujol A, Idiaquez I, Personality disorders and criminal responsibility in the Spanish Supreme Court. *J Forensic Sci*, 2010;56 (1):150-154.
- 109- Gardner DL, Lucas PB, Cowdry RW, CSF Metabolites in borderline personality disorder compared with normal controls. *Biol Psychiatry*, 1990;28(3):247-254.
- 110- Brenner I, The characterological basis of multiple personality. *Am J Psychoter*, 1996; 50:154–166..
- 111- Stelton S, Ferraro FR, The effect of anxiety on the cognitive functioning in non-clinical schizotypal individuals. *Curr Psychol*, 2008; 27: 16-28.
- 112- Cloninger CR, Svrakic DM, Personality Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
- 113- Kinscherff R, Proposition: A personality disorder may nullify responsibility for a criminal act. *J Law Med Ethics*, 2010; 38(4):745-759.
- 114- Kröber HL, Lau S, Bador mad? Personality disorders and legal responsibility- the German situation. *Behav Sci Law*, 2000; 18(5):679-90
- 115- Frances AJ, Foreword. In J.Z. Sadler, O.P. Wiggins & M.A. Schwartz (Eds.), *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1994.
- 116- Regier DA, Farmer ME, Rae DS ve ark. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from ECA Study. *JAMA*, 1990, 264:2511-2518.
- 117- Trull, TJ, Sher KJ, Minks-Brown C ve ark. Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 2000; 20:235- 253.

- 118- Yaluğ İ, Kocabaşoğlu N, Aydoğan G ve ark. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozuklukta Depresyon ve Kişilik Bozukluğu Komorbiditesi. *Düşünen Adam Dergisi*, 2003;16 (1):28-34.
- 119- Konuk N, Kökrek Z, Karadeniz H, Adli Psikiyatrik Uygulamalarda Tanı Geçerliği Kavramı. *Türkiye Klinikleri Dergisi, Psychiatry- Special Topics*, 2011;4(1):52-59.
- 120- Malkoç İ, Yeni Türk Ceza Kanunu, Malkoç Kitabevi, İstanbul, 2008: 261-2.
- 121- Dönmezer S, Erman S, Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku, Genel Hükümler, Cilt II, Beta Yayınları, İstanbul, 1999: 173-86.
- 122- Tezcan D, Erdem MR, Önok RM, Teorik ve Pratik Ceza Özel Hukuku, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2008.
- 123- Öztürk MO, Uluşahin A, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, C. II, 12. bsk., Ankara, y.y., 2014.
- 124- World HealthOrganization (WHO) : International Statistical Classification of DiseasesandRelatedHealthProblems 10th Revision: ICD-10, Version: 2016, <http://apps.who.int/>, (Erişim Tarihi:20.02.2021)
- 125- Kuyu C, Adli Psikiyatri. Ankara: Seçkin Yayınevi; 1998.
- 126- Dönmezer S, Kriminoloji. İstanbul: Beta Basım Yayın; 1994.
- 127- Polat O, Kriminoloji Ve Kriminalistik Üzerine Notlar. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2009.
- 128- Tardiff K, Adultantisocialbehaviorandcriminality. 7th ed. Saddock B, Saddock V, editors. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2000. 1908-1916 p.
- 129- Evren C, “Sentetik Kannabinoidler”, Adli Tıp Kurumu, Yeni Nesil Psiko-Aktif Maddeler Sempozyumu, 26 Kasım 2013, s. 11, 12, <http://www.atk.gov.tr/>, (Erişim Tarihi: 13.01.2021)
- 130- Yavuz Y. Uyuşturucu Madde Nedeniyle Türkiye Cezaevlerinde Bulunan Mahkumların Profili. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler ABD, Yüksek Lisans Tezi; 2003.
- 131- Marinkovic K, Rickenbacher E, Azma S. Acutealcoholintoxicationimpairstopdownregulation of Stroopincongruity as

revealedbybloodoxygenleveldependentfunctional magnetic resonance imaging. Hum Brain Mapp. 2012;33:319–33.

132- Ertürk S, Adli Psikiyatri Bölümüne Yatan Homisid Suçu İşlemiş Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile İşledikleri Homisid Suçunun Hedef Kitle Profiline Karşılaştırılması. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi; 2015.

133- Fazel S, Gulati G, Linsell L ve ark. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. PLoS Med. United States; 2009 Aug;6(8):e1000120.

134- Apaçık R, Akıl Hastalığının Kusur Yeteneğine Etkisi, Adli Tıp Enstitüsü, Adli Tıp Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1994.

135- Schreiber HL, “Hukuksal ve Psikiyatrik Kategoriler Arasında Adli Rapor”, çev.: Yener Ünver, Tıp ve Ceza Hukuku, Ankara, Seçkin, 2004, s. 11-25.

136- Kayıhan İ, Özgenç İ, Sözüer A, İçel Suç Teorisi (Suç Kavramına İlişkin Genel Bilgiler- Suçun Yapısal Unsurları-Suçun Özel Oluşum Biçimleri), C. II, 3. Baskı, İstanbul, Beta, 2004, s. 228, 229;

137- Koca M, Üzülmez İ, Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler, 8. bsk., Ankara, Seçkin, 2015.

138- İçmeli C, Ataoğlu BB, Ankaralı H ve ark., Zekâ Geriliği Olan Çocuk ve Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Özellikleri, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, C.5 S.2, 2015.

139- Babaoğlu NA, 50 Soruda Psikiyatri. 7 Renk Basım Yayın ve Filmcilik, İstanbul, 2011: 29.

140- Uluşahin A, Öztürk M, Kerimoğlu E ve ark., “Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar”, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, C. II, 12. bsk., Ankara, y.y., 2014, s. 793.

141- Erman S, Akıl Hastalarına Karşı Cemiyetin Müdafası. İstanbul Üniversitesi Ceza Hukuku ve Kriminoloji Enstitüsü Yayınları, İstanbul, 1958: 25-9.

142- Doğan O, Akçakın M, Bazı Önemli Psikiyatrik Sorunlar Sempozyumu Kitabı. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Yayın, Sivas, 1988: 151-2.

143- Yargıtay 18. Ceza Dairesi'nin, E. 2015/33090, K. 2017/6973 ve T. 01.06.2017: "Eğitim ve Araştırma Hastanesinin raporuna göre, suça sürüklenen çocuğa "IQ 64 hafif mentalretardasyon" tanısı konulduğunun anlaşılması karşısında, suç tarihi itibariyle TCK'nın 32. maddesi uyarınca "akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin önemli derecede azalmış olup olmadığı" konusunda CMK'nın 74. maddesine göre gözlem altında tutulup usulünce sağlık kurulu raporu alınarak, sonucuna göre suça sürüklenen çocuğun hukuki durumunun belirlenmesi gerektiği.

144- Yolcu S, Canbek Ö, İncesu C ve ark., "Epilepsi, Suç ve Ceza Ehliyeti", Düşünen Adam Dergisi, No: 12 (4), 1999, s. 35, <http://www.dusunenadamdergisi.org/>, (Erişim Tarihi: 15.08.2015)

145- Aksel, İŞ: "Akıl Hastalıkları Hakkında Umumi Bilgiler", Akıl Hastalarına Karşı Cemiyetin Müdafaası (Raporlar), İstanbul, İstanbul Üniversitesi Ceza Hukuku ve Kriminoloji Enstitüsü, Sulhi Garan Matbaası, 1958, 3-74.

146- Akcan M, Suç İşlemiş zekâ Geriliği Olgularının Sosyodemografik, Klinik ve Suç Nitelikleri Açısından İncelenmesi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2014, s.9.

147- "Hükümden sonra Devlet Hastanesi Baştabipliğince düzenlenen raporda, sanıkta hafif derecede zekâ geriliğinin mevcut olduğunun belirlenmiş olması karşısında, sanığın Adli Tıp Kurumu İlgili İhtisas Dairesine sevk edilerek olay tarihinde işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı veya varsa bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğindeki azalmanın önemli derecede olup olmadığı konusunda rapor aldırılıp sonucuna göre hukuki durumunun tayin ve tespiti gerekir." Y.5.CD. 2008/667 E., 2008/2121 K, 18.3.2008 T., <http://www.kazanci.com/>, (Erişim Tarihi: 31.08.2015)

148- Aladağ Karakulak E, Demans Hastalarının Ayırıcı Tanısında Kullanılan Tanısal Testlerin Karşılaştırılması, Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2016, s.6.

149- <http://www.videnscenterfordemens.dk>; <https://www.alzheimer-nederland.nl>, (Erişim Tarihi: 11.02.2021).

- 150- Gürvit H, Emre M, Tinaz S ve ark., “The Prevalence of Dementia in an Urban Turkish Population”, Am J Alzheimers Dis Other Demen, Mart 2008, C.23 Sa. 1, s.70.
- 151- Yargıtay 4. Ceza Dairesi E. 2014/28683, K. 2018/17876 ve T. 22.10.2018: “Sanık müdafinin duruşmada, sanığın alzheimer hastası olduğunu, cezai ehliyetine etki edecek durumunun olup olmadığının araştırılmasını talep etmesi ve sunduğu temyiz dilekçesi ekinde yer alan, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü'nce düzenlenmiş 13.03.2012 tarihli ilaç raporunda, sanığın alzheimer ve depresif epizodlar tanılı rahatsızlıklarının bulunduğu belirtilmesi karşısında, suç tarihi itibarıyla, sanık hakkında, TCK'nın 32. maddesi uyarınca “akıl hastalığı veya zayıflığı nedeniyle, işlediği fiillerin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azalmış veya önemli derecede azalmış olup olmadığı” konusunda usulünce sağlık kurulu raporu alınarak, sonucuna göre sanığın hukuki durumunun belirlenmesi gerektiğinin gözetilmemesi...”
- 152- Duman Yİ, T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Adam Öldürme Suçu Sebebiyle Ceza Ehliyeti Sorulmak Üzere Gözlem İhtisas Dairesine Gönderilen Sanıkların Sosyodemografik, Kriminolojik Ve Psikiyatrik Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul-2017
- 153- Özen C, Sözen H, Adli Tıp ve Toksikoloji. Sermet Matbaası, İstanbul, 1971: 317-96.
- 154- Şensoy N, “Akli Maluliyetin İlmî Cepheden Tetkiki”, AÜHFD, C. 7, S. 1-2, 1950, s. 168- <http://auhf.ankara.edu.tr/>, (Erişim Tarihi: 27.01.2021)
- 155- Demirbaş T, “Suçun Nedenleri -Suç Etolojisi”, <http://www.kriminoloji.com/>, Erişim: (Erişim Tarihi: 18.01.2021)
- 156- Şensoy N, “Cezai Mesuliyeti Tamamen veya Kısmen Kaldıran Akli Maluliyet”, İÜHFM, C. 16, S. 1-2, 1950, s. 110-156, www.journals.istanbul.edu.tr/, (Erişim Tarihi: 27.01.2021)
- 157- Dinçmen K, Adli Psikiyatri. İstanbul: Fatih Gençlik Vakfı Matbaa İşletmesi, İstanbul, 1984: 13-130
- 158- Akdağ G, Algın D, Erdinç O ve ark., “Epilepsi”, Osmangazi Tıp Dergisi, Sa.38 (Özel Sayı 1), 2016, s.36 (35-40).

- 159- Yolcu S, Canbek Ö, İncesu C ve ark., “Epilepsi, Suç ve Ceza Ehliyeti”, Düşünen Adam Dergisi, No: 12 (4), 1999, s. 35, <http://www.dusunenadamdergisi.org/>, (Erişim Tarihi: 15.08.2015)
- 160- Ceylan ME, “Epilepsi ve Psikoz”, Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Şizofreni-I, C. I, Ed.: M. Emin Ceylan, Mesut Çetin, İstanbul, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık, 2005, s. 306-309.
- 161- Cansunar FN, Balcıoğlu İ, Epilepsinin Ceza Ehliyeti Açısından Değerlendirilmesi http://www.yenisymposium.net/fulltext/1996/75_.pdf, (Erişim Tarihi: 05.01.2021).
- 162- Kamay BT, Adli Tıp, Cilt: 2. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Ankara, 1951: 795-811.
- 163- Ruhbilim Terimleri Sözlüğü, <http://www.tdk.gov.tr/index>, (Erişim Tarihi 16.02.2021)
- 164- Lorrin MK, Obsessive-compulsiveandrelateddisorders in adults: A comprehensiveclinicalguide, United Kingdom, Cambridge, Cambridge UniversityPress, 2001, s. 221.
- 165- Erem F, Adalet Psikolojisi, Sevinç Matbaası, İstanbul, 1988: 91.
- 166- Ünver Y, Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Ceza Sorumluluğuna Etkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Hukuku Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1989.
- 167- Yargıtay 17. Ceza Dairesi E. 2018/547 K. 2018/4782 ve T. 09.04.2018: “Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin 26/03/2010 tarihli raporu ile kleptomani teşhisiyle sanığın “Hırsızlık suçuna dair olarak akıl hastalığı sebebiyle işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını tam olarak algılayamadığı, bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin önemli derecede azaldığı, durumunun TCK'nın 32/1. maddesi kapsamında olduğu”nun belirtildiği, adli sicil kaydının incelenmesinde de sanık hakkında 5237 Sayılı TCK'nın 32. maddesinin uygulandığı, dosyada bu olay için alınan Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nin 23/09/2014 tarihli raporunda ise remisyonda depresyon teşhisiyle “hırsızlık suçuna karşı işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabileceği ve davranışlarını yönlendirme yeteneğini azaltacak veya kaldıracak düzeyde bir akıl hastalığı bulunmadığı, cezai ehliyetinin tam olduğu”nun belirtildiği, bu şekilde dosya

kapsamındaki raporlar ve sanık hakkındaki uygulamalarda çelişki olması karşısında; sanığın inceleme konusu 15.09.2014 tarihli suç için; 5237 Sayılı TCK'nın akıl hastalığını düzenleyen 32. maddesinde öngörülen kriterlere göre "Sanığın suç tarihinde işlediği eylemin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinde tamamen ya da önemli derecede azalma olup olmadığı" araştırılıp, "işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin önemli derecede azalıp-azalmadığı" hususunda yöntemince raporla saptanması amacıyla sanığın önceki rapor ve tedavi evrakları ile birlikte Adli Tıp Kurumuna sevk edilerek, 5271 Sayılı CMK'nın 74. maddesi uyarınca Gözlem İhtisas Dairesinde gözlem altına alınması, buradan alınan raporla birlikte Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kuruluna gönderilerek sonucuna göre hukuki durumunun belirlenmesi gerektiği gözetilmeden, eksik kovuşturma yazılı şekilde hüküm kurulması..." <http://www.kazanci.com>, (Erişim Tarihi:12.01.2021)

168- Kandemir F, Büken B, Büken E ve ark., Kleptomani (Çalma Deliliği)'ye Yol Açan Faktörler ve Ceza Sorumluluğu'nun Belirlenmesi, Olgu Sunumu/Case Report, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, C. 4, S. 2 , 2014, s. 23, <http://www.sbedergi.duzce.edu.tr/>, (Erişim Tarihi: 21.01.2021)

169- Cantürk G; Temaruz; <https://acikders.ankara.edu.tr> (Erişim Tarihi: 15.06.2021)

170- Cansunar FN, Yavuz MS, Birinci Basamakta Adli Psikiyatrik Muayenelerde Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar ,Türkiye Klinikleri Cerrahi Bilimler Acil Tıp dergisinin 2. Cilt. 50. Sayısı

171- United Nations, İstanbul Protocol, Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. United Nations, 2001.

172- Tamer H, Açıksarı Ö, Keten A, Karanfil R, Avşar A, Kahramanmaraş İlinde Suça Sürüklenen Çocukların Sosyodemografik Özellikleri, Adli Tıp Dergisi, 2014

173- Akcan M, Suç İşlemiş Zeka Geriliği Olgularının Sosyodemografik, Klinik Ve Suç Nitelikleri Açısından İncelenmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2014.

174- Bilgiç Ş, Mahkumların Suç Algısı, KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 16 (Özel Sayı I): 8-17, 2014.

- 175- Bolu A, Toygar, M, Pan E, Erdem M, Ünlü G, Balıkcı A, Bir Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Adli Olguların Değerlendirilmesi, Beş Yıllık İnceleme, Gülhane Tıp Dergisi, 2014
- 176- Çakır S, Hezeyanlı (Sanrısız) Bozukluk, Psikiyatri, Ed.: Kulaksızoğlu IB, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, 2009
- 177- Cantürk G, Yorulmaz C, Yavuz E, Cantürk N, Akgül E, 1997- 1999 Yıllarında Mental Retardasyon Tanısı Konulan Olguların Ceza Ehliyeti Yönünden Değerlendirilmesi, Klinik Adli Tıp, 2002
- 178- Crocker AG, Nicholls TL, Seto MC, Charette Y, Côté G, Caulet M, The National Trajectory Project of Individuals Found Not Criminally Responsible On Account Of Mental Disorder in Canada. Part 2: The People Behind The Label, The Canadian Journal of Psychiatry, 2015.
- 179- Çöpoğlu ÜS, Bülbül F, Kokaçya MH, Alıcı D, Taştan MF, Ünal A, Adli Psikiyatri Polikliniğinde Değerlendirilen Olguların Psikiyatrik Tanıları, Madde Kullanım Durumları, Sosyo-Demografik Ve Klinik Özellikleri, New/Yeni Symposium Journal, 2014.
- 180- Denis EES, Sepúlveda E, Téllez C, Arboleda-Flórez J, Stuart H, Lam M. Forensic psychiatry in Chile, International Journal Of Law And Psychiatry, 2012.
- 181- Dönmezer S, Kriminoloji. İstanbul: Beta Basım Yayın; 1994, Kriminoloji Ve Kriminalistik Üzerine Notlar, Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2009.
- 182- Doğan M, Zeka Geriliğinin Suça Etkisi 'Uzmanlık Tezi' Adli Tıp Kurumu, İstanbul, 1986
- 183- Elbogen EB, Johnson SC, The Intricate Link Between Violence And Mental Disorder: Results From The National Epidemiologic Survey On Alcohol And Related Conditions, Archives of general Psychiatry. 2009.
- 184- Çakır YE, T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 4.Adli Tıp İhtisas Kurulu'nca Ceza Sorumluluğu İçin Değerlendirilen Homisid Sanıklarının Adli Psikiyatrik Ve Psikometrik Değerlendirilme Verileri İle Maktullerin Otopsi Bulgularının Kriminolojik Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2020.

- 185- Ersolak C, Bir Üniversite Hastanesi Adli Psikiyatri Polikliniğine Yönlendirilen Olguların Retrospektif Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, 2020.
- 186- Fazel S, Grann M, Older Criminals: A Descriptive Study Of Psychiatrically Examined Offenders in Sweden, Int J Geriatr Psychiatry. 2002.
- 187- Öncü F, SOYSAL H, Uygur N, Özdemir F, Türkcan S, Yeşilbursa D, Alataş G, Zorunlu Klinik Tedavi Sonrası Yineleyici Suç İşleyen Adli Psikiyatri Olgularının Tanı ve Suç Niteliği Açısından Değerlendirilmesi, Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2002.
- 188- Graz C, Etschel E, Schoech H, Soyka M, Criminal Behaviour and Violent Crimes in Former Inpatients With Affective Disorder, Journal of Affective Disorders, 2009.
- 189- Öncü F, Sercan M, Ceza Hukukunda Adli Psikiyatri, Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu, Türkiye Psikiyatri Derneği, Ankara, 2007.
- 190- İçel K, Sokullu-Akıncı F, Özgenç İ, Sözüer A, Mahmutoğlu FS, Ünver Y, Suç Teorisi, Cilt II, 3. baskı, İstanbul, Beta, 2004.
- 191- Kocar Y, İsnat Yeteneği, İsnat Yeteneğini Kaldıran Veya Azaltan Nedenler (Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Hukuku (Ceza ve Ceza Usul Hukuku) Anabilim Dalı, 2007.
- 192- Kalenderoğlu A, Özen ME, Örüm H, Hocaoğlu Ç, Sanrılı Bozukluğu Olan Hastaların Klinik ve Demografik Özellikleri: Retrospektif Bir Çalışma, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi, 2019
- 193- Konuk N, Kökrek Z, Karadeniz H, Adli Psikiyatrik Uygulamalarda Tanı Geçerliliği Kavramı, Türkiye Klinikleri Dergisi, Psychiatry- Special Topics, 2011.
- 194- Karakaş E, Elazığ şehrinde suçların dağılımı ve özellikler, Doğu Coğrafya Dergisi Sayı:15, 2006.
- 195- Kravitz HM, Kelly J, Special Section On Mentally Ill Offenders An Outpatient Psychiatry Program For Offenders With Mental Disorders Found Not Guilty By Reason Of Insanity, Psychiatric Services, 1999.

- 196- Kızmaz Z, Cezaevine Girme Sıklıklarına Göre Suçlular: Karşılaştırmalı Bir Araştırma, e-Journal of New World Sciences Academy, Volume:5, Number:4, Article Number: 4C0063, 2010.
- 197- Kızmaz Z, Göç ve Suç Arasında Bir İlişki Var Mı?: Bütüncül Bir Bakış, Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi ·Cilt: 7·Sayı:2, Aralık, 2018.
- 198- Alhumoud A, Zahid M, Ibrahim S, Syed T, Naguy A. Forensic Psychiatry in Kuwait, Int J Law Psychiatry, 2018.
- 199- Lim L, Pathy P, Lim C, Puteh O. A follow up study of patients discharged from the criminal procedure code, 1993.
- 200- Lymburner JA, Roesch R, The insanity defense: five years of research (1993–1997), International Journal of Law and Psychiatry, 1999.
- 201- McMurrin M, Alcohol and crime, Alcohol Research Forum Papers, September, 2003.
- 202- Matejkowski JC, Solomon PL, Cullen SW, Characteristics Of Persons With Severe Mental İllness Who Have Been Incarcerated For Murder, J Am Acad Psychiatry Law, 2008.
- 203- Müller-Isberner JR, Forensic psychiatry aftercare following hospital order treatment, International Journal of Law and Psychiatry, 1996.
- 204- Nicholson RA, Norwood S, Enyart C, Research Report Characteristics And Outcomes Of Insanity Acquittes in Oklahoma, Behavioral Sciences & the Law, 1991.
- 205- T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Dairesi Başkanlığı, Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması Raporu, <http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/Duyurular/TÜRKİYE'DE%20GENEL%20NÜFUSTA%20TÜTÜN%20ALKOL%20VE%20MADDE%20KULLANIMINA%20YÖNELİK%20TUTUM%20VE%20DAVRANIŞ%20ARAŞTIRMASI.pdf>, Ankara, 2018.

- 206- Oral TÇ, İki Uçlu Duygulanım Bozukluklarında Şiddet Davranışı ve Cezai Sorumluluk, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi), İstanbul, 2010.
- 207- Öter A, Çocuk Suçluluğunun Toplumsal Nedenlerine Sosyolojik Bir Bakış (Antalya Örneği), 21. Yüzyılda Eğitim Ve Toplum, 2018.
- 208- Özdeş T, Oral G, Cantürk N, Kumral B, Erkol Z, Ateşli Silah Kullanarak Suç İşleyen Sanıkların Sosyodemografik Özellikleri Ve Psikiyatrik Profilleri, Anadolu Psikiyatri Dergisi-15, 2014.
- 209- Ögel K, Tamar D, Evren C, Türkiye’de 15 İilde Sigara, Alkol Ve Madde Kullanımının Yaygınlığı, Türk Psikiyatri Dergisi, 2001.
- 210- Özdemir F, Psikiyatrik Açıdan Homisidal Davranışlar, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 1992.
- 211- Özden SY, Adli Psikiyatri, Nobel Akademik Yayıncılık, 2014.
- 212- 212 Peth E, The Supervision Of Restricted Patients in The Community, Home Office And Statistics Department Research Findings No: 19, The Journal of Forensic Psychiatry, 1996.
- 213- Aksak P, Çalışkan V, Çanakkale Kentinde Mala Karşı İşlenen Suçların Coğrafi Dağılışı Özelliklerinin İncelenmesi (2007); Marmara Coğrafya Dergisi Sayı: 22, Temmuz – 2010.
- 214- Saygılı S, Aliustaoğlu FS, Suç İşleyen Mental Retardasyonlu Olguların İrdelenmesi.Vakıf Gureba Eğitim Araştırma Hastanesi Dergisi, Cilt:6, 2008.
- 215- Sullivan WC, Crime and Insanity, Edward Arnald and Co., Clinical Forensic Psychiatry, Vol.15.n3, 1992.
- 216- Savrun BM, “Hezeyanlı Bozukluk”, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, No:62, Mart 2008.
- 217- Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Violence And Psyciatric Disorder in The Community: Evidence From The Epidemiologic Cathiment Area Surveys, Hospital Community Psychiatry, 1999.

- 218- Şeker N, Psikotik Bozukluklarda Yineleyici Suç Davranışı, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 1996.
- 219- World Population Review, <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/smoking-rates-by-country>25.95% male 39.50% female 12.40%, (Erişim Tarihi: 05.03.2021).
- 220- Türkcan S, İncesu C, Canbek O ve ark., 1831 Adli Olgunun Tanı Dağılımı Ve Tanı Suç Bağlantısının Değerlendirilmesi, Düşünen Adam 2000;13, 2020.
- 221- www.tuik.gov.tr, (Erişim Tarihi:03.03.2021)
- 222- Ural C, Öncü F, Belli H, Soysal H, Adli Psikiyatrik Süreç İçindeki Şizofreni Hastalarının Şiddet Davranışı Değişkenleri: Bir Olgu Kontrol Çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi, 2012.
- 223- Yessine AK, Bonta, J, Pathways to Serious Offending, Public Safety Canada, 2008
- 224- Yavuz Y, Uyuşturucu Madde Nedeniyle Türkiye Cezaevlerinde Bulunan Mahkumların Profili, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; 2003.
- 225- Yıldız S, Hükümlülerde Tehlikelilik Ve Tekrar Suç İşlemeye Etki Eden Faktörler, Doktora Tezi, İstanbul, 2009.
- 226- Yaluğ İ, Tufan AE, Gökbakan M, Akbaş B, Erişkin Mental Retarde Psikiyatri Hastalarında Yatış Süresini Etkileyen Faktörler Yeni Symposium, 2006.
- 227- Zamble E, Quinsey VL, The Criminal Recidivism Process, Cambridge University Press, 1997.
- 228- www.ogelk.net/makale/suc_madde_yayin.pdf; (Erişim Tarihi: 04.11.2021)
- 229- Ata AY, Ücretler, İşsizlik Ve Suç Arasındaki İlişki: Yatay-Kesit Analizi, Çalışma ve Toplum Ekonomi ve Hukuk Dergisi, Sayı:31, 2011/4.
- 230- Ayhan F, Bursa N, Unemployment and Crime Nexus in European Union Countries: A Panel Data Analysis, Yönetim Bilimleri Dergisi , 17 (34) , 2019.
- 231- Dursun S, Aytaç S, Topbaş F, The Effects of Unemployment and income on Crime: a Panel Data Analysis on Turkey, Annales de la Faculté de Droit d Istanbul, Sayı:60, 2011.

- 232- Yıldız Z, Eğitim Düzeyi ile Suç Türü arasındaki ilişkinin araştırılması, Kuram ve Uygulamada Eğitim Yöntemi, Sayı: 28 –ss: 278-291; 2004.
- 233- Kızmaz Z, Öğrenim Düzeyi Ve Suç: Suç Okul İlişkisi Üzerine Sosyolojik Bir Araştırma, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, cilt: 14, Sayı: 2; 2004
- 234- www.endeksa.com.tr/analiz/kocaeli/demografi, (Erişim Tarihi: 04.11.2021)
- 235- Polat C. ve Arkadaşları, Hırsızlık Suçunu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi ve Geleceğe Yönelik Yaklaşımlar Güvenlik Bilimleri Dergisi, Mayıs 2013, 2(1), 1-33.)

