T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Adli Tıp Anabilim Dalı

TÜRK CEZA KANUNUNUN 32. MADDESİ KAPSAMINDA ADLİ TIP ANABİLİM DALINDA DEĞERLENDİRİLMESİ YAPILAN OLGULARIN RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ

Emin YOĞURTÇUOĞLU

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Mustafa Talip ŞENER

ERZURUM -2021

ONAY

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 11.03.2021 tarih ve E2100075130 sayılı yazısı ile "Türk Ceza Kanununun 32. maddesi kapsamında Adli Tıp Anabilim Dalında değerlendirilmesi yapılan olguların retrospektif olarak incelenmesi" konulu tez konusunun araştırma görevlisi Dr. Emin YOĞURTÇUOĞLU tarafından çalışılması uygun görülmüştür. Seçilen konu incelenmek üzere 09.04.2021 tarih ve 04 sayılı oturumun 29 nolu kararlı dahili kurul ve Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı'nca görüşülmüş, 27.05.2021 tarih ve 04 sayılı oturumun 31 nolu kararınca çalışma etik kurallara uygun görülmüştür.

İÇİNDEKİLER

ONAY ..... **i**
İÇİNDEKİLER ..... **ii**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **iv**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **v**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **vi**
TEŞEKKÜR ..... **vii**
ÖZET ..... **viii**
ABSTRACT ..... **ix**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **10**
2. GENEL BİLGİLER **12**
2.1. Suçun Tanımı 12
2.2. Ceza Tanımı 12
2.3. Suçun Unsurları 13
2.4. Kusur Yeteneği 14
2.4.1. Kusur Yeteneğinin Esası 14
2.5. Akıl Hastalığı 15
2.6. Akıl Hastalarının Ceza Sorumluluğu 17
2.7. Akıl Hastalıklarının Sınıflandırılması 20
2.7.1. Genel Olarak Akıl Hastalıkları 20
2.7.2. Dünya Sağlık Örgütü'nün Akıl Hastalıkları Sınıflandırması 20
2.7.2.1. Organik Akıl Hastalıkları 21
2.7.2.2. Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Oluşan Akıl Hastalıkları 21
2.7.2.3. Şizofreni, Şizotipal ve Delüzyonel Akıl Hastalıkları 21
2.7.2.4. Duygulanım (Affektif) Akıl Hastalıkları 22
2.7.2.5. Nörotik, Stresle Bağlantılı ve Somatoform Akıl Hastalıkları 22
2.7.2.6. Psikolojik Sıkıntılar ve Fiziksel Faktörlerden Kaynaklanan Davranışsal Sendromlar 22
2.7.2.7. Kişilik ve Davranışlara İlişkin Hastalıklar 22
2.8. Ceza Sorumluluğu Açısından Önem Arz Eden Bazı Akıl Hastalıklarının Tanımlanması ve İncelenmesi 23

2.8.1. Şizofreni 23
2.8.2. Diğer Psikotik Bozukluklar 25
2.8.3. Bipolar Bozukluk 25
2.8.4. Demans, Delirium 25
2.8.5. Zekâ Geriliği (Mental Retardasyon) 26
2.8.6. Epilepsi 27
2.8.7. Kleptomani 28
2.8.8. Piromani 29
2.8.9. Antisosyal Kişilik Bozukluğu 29
3. GEREÇ-YÖNTEM 30
3.1. Etik Onay 30
3.2. Olguların Seçimi 30
3.3. Araştırma Kapsamı 30
3.4. İstatistiksel Analiz 31
4. BULGULAR 32
5. TARTIŞMA 47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 57
KAYNAKLAR 59
EKLER 69
EK 1. Etik Kurul Kararı 69

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Olguların yıllara göre dağılımı 32
Şekil 2. Olguların olay tarihinden sonra adli tıbbi değerlendirme için adli tıp anabilim dalına gönderilme süreleri 33
Şekil 3. Olguların ortalama raporlama süresi 33
Şekil 4. Olguların Psikiyatri konsültasyon istenme sıklığı 34
Şekil 5. Olguların cinsiyete göre dağılımı 34
Şekil 6. Olguların yaşa göre dağılımı 35
Şekil 7. Olguların eğitim durumuna göre dağılımı 36
Şekil 8. Olguların muayene edildiği dönemdeki yaşam ortamına göre dağılımı 36
Şekil 9. Olguların çalışma durumuna göre dağılımı 37
Şekil 10. Olguların bedensel hastalığa göre dağılımı 38
Şekil 11. Olguların psikopatolojik tanı dağılımları 39
Şekil 12. Olguların suç türüne göre dağılımı 40

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Adli tıbbi değerlendirme sonucu yeni tespit edilen psikiyatrik hastalıklar. 39
Tablo 2. Olguların suç türünün sosyodemografik bulgularla karşılaştırılması 42
Tablo 3. Ruhsal patolojilerin sosyodemografik verilerle karşılaştırması 44
Tablo 4. Adli tıbbi değerlendirme sonucunun sosyodemografik verilerle karşılaştırılması..... 46

KISALTMALAR DİZİNİ

DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	: Mental Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Kılavuzu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICD	: Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflama Sistemi
SPSS	: (Statictical Package for Social Sciences): İstatiksel Analiz
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimime çok büyük katkısı olan, tez çalışmamda her türlü yardımını esirgemeyen tez danışman hocam Prof. Dr. Mustafa Talip ŞENER'e

Asistanlık eğitimim süresince kendisinden çok şey öğrendiğim farklı bakış açısı, tecrübesi ve bilgisi ile her zaman yanımda olan sayın bölüm başkanımız hocam Prof. Dr. Ahmet Nezih KÖK'e

Sevgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, hayatımın her döneminde yol gösteren, eğitimin önemini sürekli hatırlatan rahmetli annem ve varlığıyla bana hep güç veren babama,

Her daim cesaretlendiren, benimle birlikte yorulan ve emek harcayan değerli eşim Burcu YOĞURTÇUOĞLU'na, her yeni güne şükür ile başlamamı sağlayan, en büyük neşe kaynağım çocuklarıma

Teşekkür Ederim...

Dr. Emin YOĞURTÇUOĞLU

ÖZET

Türk Ceza Kanununun 32. Maddesi Kapsamında Adli Tıp Anabilim Dalında Değerlendirilmesi Yapılan Olguların Retrospektif Olarak İncelenmesi

TCK 32. Maddesinde yer alan düzenlemeye göre bir suç davranışında ceza sorumluluğunun olabilmesi için, bireyin işlediği suçun hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabilme veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin de olması gerekmektedir.

Bu çalışmada 01 Ocak 2018 - 01 Ocak 2021 tarihleri arasında TCK 32. maddesi kapsamında adli rapor düzenlenen 206 olgu geriye dönük olarak çalışma kapsamında incelendi. Olguların %89.3'ünün (n:184) işlediği suç ile ilgili ilk kez rapor düzenlenmesi talebiyle tarafımıza başvurduğu, %10.7'inin (n:22) daha önce başka bir suç ile düzenlenmiş en az bir adet raporunun olduğu tespit edildi. Olgulara ait raporların %45'inin (n:92) 2018 yılında, %33'ünün (n:69) 2019 yılında, yine %22'sinin (n:45) 2020 yılında düzenlendiği belirlendi.

Olguların %90.3'ü (n:186) erkek, %9.7'si (n:20) ise kadın, 206 olgunun %42.7 (n:88) vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suç işlediği, bunu %19.4 (n:40) ile hırsızlık, dolandırıcılık suçunun izlediği, cinsel dokunulmazlığa karşı işlenen suçlar %18.4 (n:38) ile hırsızlık, dolandırıcılık suçuna yakın sıklıkta olduğu, mala zarar verme, tehdit ve hakaret suçlarını işleyenler %17.5 (n:36) olduğu, terör suçlarının %1.9 (n:4) ile son sırada olduğu saptandı.

Olguların bilinen ruhsal hastalıklarının dağılımına bakıldığında; %27.2'inin (n:56) zeka geriliği, %9.2'inin (n:19) duygudurum bozukluğu, %9.7'ının (n:20) kişilik bozukluğu, %1.5'inin (n:3) bilişsel bozukluk, %23.8'inin (n:49) psikotik bozukluk tanısının olduğu tespit edildi.

Çalışmamızda üç yıllık süreç içerisinde Anabilim Dalımızca TCK 32. madde kapsamında adli tıbbi değerlendirmesi yapılan tüm olguların önemli bir kısmını genç erişkin erkekler oluşturmaktadır. Değerlendirme için gönderilen suç konusunu sıklıkla vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlar oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Adli tıp, TCK 32.madde, akıl zayıflığı

ABSTRACT

Retrospective Analysis of the Cases Evaluated in the Department of Forensic Medicine within the scope of Article 32 of the Turkish Penal Code

According to the regulation in Article 32 of the TPC, in order to have criminal responsibility in a criminal behavior, the individual must also have the ability to perceive the legal meaning and consequences of the crime he has committed or to direct his behavior in relation to this act.

In this study, 206 cases whose forensic reports were prepared within the scope of Article 32 of the Turkish Penal Code between January 01, 2018 and January 01, 2021 were examined retrospectively within the scope of the study. It was determined that 89.3% (n:184) of the cases applied to us for the first time to prepare a report about the crime they had committed, and 10.7% (n:22) had at least one report prepared with another crime before. It was determined that 45% (n: 92) of the reports of the cases were issued in 2018, 33% (n: 69) in 2019, and 22% (n: 45) in 2020.

90.3% (n:186) of the cases were male, 9.7% (n:20) were female, 42.7% (n:88) of 206 cases committed a crime under bodily immunity, followed by theft with 19.4% (n:40). Followed by fraud, crimes against sexual immunity are 18.4% (n:38) with a frequency close to theft, fraud, damage to property, threats and insults are 17.5% (n:36), terrorist crimes are 1.9% (n:4) was found to be in the last place.

Considering the distribution of known mental illnesses of the cases; 27.2% (n:56) had mental retardation, 9.2% (n:19) had mood disorder, 9.7% (n:20) had personality disorder, 1.5% (n:3) had cognitive disorder, 23.8% ıt was determined that ten of them (n:49) had a diagnosis of psychotic disorder.

In our study, young adult males constitute a significant part of all the cases that were evaluated by our department for forensic medicine within the scope of Article 32 of the Turkish Penal Code within a three-year period. The subject of the crime sent for evaluation is mostly the crimes that fall under the immunity of the body.

Keywords: Forensic medicine, Turkish Penal Code Article 32, mental weakness

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Suç/ceza hukuksal kavramlardır. Suç, hukuk kurallarının yasakladığı ve yapılması ya da yapılmamasına cezai yaptırım bağladığı durum olarak belirtilmektedir. Ceza ise suç sayılan eylemleri gerçekleştirerek yasalara uymayan kişilere verilen yaptırımlardır (1). Ceza Hukukunda iradilik özelliği elzemdir. İrade ile yapılamayan bir fiil hukuka aykırı olsada suç sayılmayacaktır. Ceza sorumluluğunu azaltan veya kaldıran nedenlerle ilgili düzenlemeler Türk Ceza Kanunu (TCK) 24-34. maddelerinde düzenlenmiştir (2). Akıl hastalığı ile ilgili olarak, TCK 32. maddesinde yer alan düzenlemeye göre bir suç davranışında ceza sorumluluğunun olabilmesi için, bireyin işlediği suçun hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabilme veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin de olması gerekmektedir (3, 4).

Adli tıbbi yönden akıl hastalığı nedeni ile ceza sorumluluğunun değerlendirilmesinde, kişinin olay esnasında hastalık etkisiyle iradesini etkileyen durumların olup olmadığının incelenmesi değerlendirmenin temelini oluşturmaktadır. Bu değerlendirme genel olarak kişisel özelliklerinin sınıflandırılması, davranış eğilimlerinin amacı ile sosyodemografik özellikleri içerir. Suçlu bireyin yetiştirilme şekli, aldığı eğitimi ve kültürel yapısıyla bütün gelişimsel bozuklukları ve suçun işlenişinde bireyde halihazırdaki psikiyatrik bozuklukların saptanması, bu hastalığın suç davranışına etkisi şeklinde yapılmaktadır. Algılama yetisinin kaybıyla kişinin işlediği suçla akıl hastalığı arasında nedensellik bağı bulunmalıdır (4). Ayrıca ceza sorumluluğun adli tıbbi yönden belirlemesinde olgunun muayene edilmesi yanında, soruşturma aşamasındaki adli dosyalarda bulunan suç tarihi, suçun vasfını açıklayan belgeleri, mahkeme tarafından iddianame oluşturulan dosyalarda, sanığın veya şüphelinin sabıka kaydı, sanık, müşteki ve tanık ifadeleri, sanığa ait tüm tıbbi kayıtların, psikiyatrik tedavilerine ilişkin tüm tıbbi belgelerini, malulen emeklilik ya da özürlülük durumu mevcutsa buna ilişkin sağlık kurulu raporları, bulunuyorsa askerlik yaptığı zamandaki tıbbi kayıt ve raporları, trafik kazası kafa travması veya serebrovasküler hastalık öyküsü bulunuyorsa bu durumlara ilişkin tetkik ile tedavi kayıtları, eğer varsa mahkemenin şahıs ile ilgili aldığı diğer bilirkişi raporlarıyla birlikte değerlendirilmesi yapılmaktadır (5). Bu çalışmada Adli Tıp Anabilim Dalında TCK 32. Madde kapsamında adli tıbbi değerlendirilmesi yapılan olgular retrospektif

olarak araştırılarak, olgulara yönelik sosyodemografik, klinik, psikiyatrik ve suç davranışı ile ilgili bulguların incelenmesi, bu kapsamda bölgemize ait verilerin ortaya konularak, literatür bilgileri ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Suçun Tanımı

Suç, hukuk kurallarının yasakladığı ve yapılması ya da yapılmamasına cezai yaptırım bağladığı eylem olarak tanımlanmaktadır. Suç olgusu zamana ve toplumlara göre farklı anlamlandırılabilmektedir. Herhangi bir zamanda suç olarak tanımlanan bir davranış farklı zaman diliminde suç olarak tanımlanmamakta ya da bir toplumda suç olarak görülmeyen bir davranış farklı bir toplumda suç olarak kabul edilebilmektedir (6). Bir insan tarafından, başka insanın değerlerine karşı işlenebilir. Suç sabit bir olgu değildir. Bugün suç olarak tanımlanan durum gelecekte doğal olarak değerlendirilebilir (7). Bir davranışın suç olup olmadığı farklı toplumlarda farklı şekillerde algılanmaktadır (8). Genel manada suç kanısı toplumda bulunan normlara karşı çıkmak olarak tanımlanmaktadır. Yasalarla belirlenmemiş eylemler suç olarak kabul edilmemektedir (9). Yasaların suç saydığı cezai yaptırımlara bağladığı, hukuka aykırı davranış olarak nitelendirilen suç kavramı ve yaptırımları ancak yasalar tarafından konulur. Bu nedenle bir eylem yasalar tarafından suç olarak tanımlanmamışsa hukuka aykırı bir hareket olsa bile suç olarak kabul edilmemektedir (10). Modern toplumlarda suç nasıl tanımlandığından bağımsız toplumsal olarak cezalandırılması gereken bir fiil olup, Ceza Kanunları'nda suç olarak tanımlanmayan bir durumda cezalandırılma yoluna gidilmez (11).

2.2. Ceza Tanımı

Ceza, toplumun düzenini korumak için kural koyucunun, bireyleri uymaya zorunlu tuttuğu ve bu düzeni bozan davranışlarda bulunanlara uygulanan yaptırımlar olarak tanımlanmaktadır (12). Tarih boyunca, tüm topluluklar varlıklarını sürdürebilmek için kurallar koymuş ve bu kuralları çiğneyen eylemlerle karşılaştıklarında cezalandırmışlardır. Tarihte ilk çağlarda, ceza adaletini sağlayan merkezi bir yapı bulunmaması sebebiyle, suçlar aileye karşı işlenmiş olarak kabul edilirdi (13). Kabile tarzı toplumlarda sorunların çözümlenmesi mağdur ve akrabalarına düşen sorumluluk olarak değerlendirilirdi. Bu dönemde cezanın temeli, ailenin gücünün zayıflamasını engellemek üzerine kurulmuştur. Suçu işleyen bireyin

ailesi de işlediği suçtan sorumlu tutulmakta, aile işlenen suçun kefaretini ödemekle sorumlu olarak kabul edilirdi. Hamale, Hicaz-Arap toplumunun, İslâm öncesi dönemlere dayanan bir âdeti olup toplumda saygın bir kişinin, işlenen suçlar sebebiyle kişiler ve gruplar arasında boy gösteren tazminat-diyet ihtilâfını çözümlemek amacıyla üstlendiği arabuluculuk ve para toplama işi olarak tanımlanmaktaydı. İlerleyen çağlarda modern toplumlar kurularak, hukuk kurallarının belirlenmesine öncülük edilmiş; hukuk devleti anlayışından hareket ederek, toplum düzeni yasalar tarafından koruma altına alınmıştır (14). Günümüzde kanun koyucu tarafından, suçu işleyen kişinin topluma kazandırılma amacı güden ve insan haklarından ödün vermeden verilecek ceza anlayışını benimsemiştir. Bir kimsenin gerçekleştirdiği fiil nedeniyle, kanun koyucu tarafından bulunduğu toplumun tehdit altında kalması durumu suç olarak görülüyorsa, bu vaziyetin yasalaştırmış ve uygulayıcılar aracılığı ile o suç için öngördüğü cezanın uygulanmasını emretmiştir (15). İlgili kanunlarla cezalandırmanın süresi ve yöntemi belirtilmiştir. Ceza uygulamasının özündeki mantık toplumu suç işleyene karşı koruma, caydırıcılık ve ıslah etmedir (16). Cezanın belirlenmesindeki en önemli kıstaslardan biri, kişinin akıl sağlığının yerinde olup olmadığı ve mental olarak yeterince olgunlaşıp olgunlaşmadığının saptanmasıdır. Çünkü akıl hastalığı veya zayıflığı bulunan bir şahsın, hastalığı sebebiyle hürriyeti kısıtlayıcı cezadan yeterince anlam çıkararak ıslah olması beklenemez (17). Suçun nedenleri ve koşulları incelendiğinde; suçun, isnat yeteneğine sahip bir kişinin kusurlu iradesinin yarattığı icrai ve ihmali bir hareketin meydana getirdiği, kanunda yazılı tipe uygun, hukuka aykırı ve yaptırım olarak bir cezanın uygulanmasını gerektiren bir eylem olduğu görülmektedir (18).

2.3. Suçun Unsurları

a) Algılama Yeteneği: Kişinin çevresindeki olayları anlayabilme yeteneğidir. Kusurun varlığı saptanırken kişinin yaşadığı çevresi, beden – akıl gelişimi, yaş ve cinsiyeti de dikkate alınır. Kişi yükümlülüklere aykırı davrandığı durumda sorumluluklarının ve yaptırımlarının farkında olarak davranıyor ise bu şahsın algılama kabiliyetinin olduğunu söylenebilir. Fakat bu o bireyin gerçekleştirdiği eylemin kanunda tanımlanan bir suç olduğunu bilmesini gerektiği anlamına gelmez (4). Yaptığı

eylemin suç olduğunu bilmesede toplumsal ve hukuksal değerlere aykırı olduğunu bilmesi yeterlidir (19).

b) İrade Yeteneği: Ruh sağlığı yerinde olan bir yetişkin iyiyi kötüden ayırma yeteneğine sahiptir. İrade yeteneği; kişinin davranışlarını yönlendirebilmede özerk bir şekilde karar verebilmesidir. Ceza hukuku kapsamında kişinin gerçekleştirdiği fiilin iradi olması gerekmektedir (19).

2.4. Kusur Yeteneği

Kusur yeteneği, işlenen suçun kişiye isnat edilebilmesi için kişide bulunması gereken özellikler olarak tanımlanmaktadır. Türk Ceza hukukuna hâkim olan prensiplerden kusur ilkesi, faile işlediği fiil dolayısıyla ceza verilebilmesi için, onun kusur yeteneğine sahip bulunması ve fiilin meydana gelmesinde en azından taksir derecesinde bir kusura sahip bulunmasını ifade eder. Kusur yeteneği, kişinin meydana getirmiş olduğu eylemin suç olup olmadığını bilmesi veya en azından algılaması gerektiği anlamındadır. Bir başka anlatım ile, kusur yeteneği, kişinin ceza normlarını anlaması ve davranışlarını ona uygun olarak meydana getirmesidir. Kusur yeteneğinin var olup olmadığı hususunda, fiilin gerçekleştirildiği esnada failin göstermiş olduğu davranışlar esas alınır (20).

Türk Ceza Kanunu, kusur yeteneğini etkileyen halleri 31/34. maddelerinde belirtmiştir. Bu maddelere göre yaşın küçük olması, sağırlık ve dilsizlik, akıl hastalığı, ve geçici sebeplerden alkol veya uyuşturucu madde etkisinde olma durumları olarak açıklanmıştır. Kanunda, yalnızca kusur yeteneğini ortadan kaldıran ya da azaltan nedenlerin saptanması durumunda faile hiç ceza verilmeyeceği ya da verilecek cezada indirime gidileceğini ifade edilmiştir (2).

2.4.1. Kusur Yeteneğinin Esası

İnsanın kendi sebep olduğu durumdan sorumlu tutulabilmesi için, kişinin kusurlu ve kusurluluğa ehil olması gerekir. Kusurlu olmaya ehil olmak için de, algılama ve irade serbestliği gerekmektedir. Bu noktada, irade serbestliğinin nasıl değerlendirileceği hususu önem kazanmaktadır. Kişi, işlediği fiilin suç kapsamında

değerlendirilebileceğini algılayabiliyor fakat iradesini bu fiili işlemekten kaçınmaktan yana kullanmıyor ise irade serbestliğini kullandığından bahsedilir. Bu sebeple, kişinin fiil ile sonuç arasında manevi bir bağlantı bulunur. Kısaca irade serbestliği, "bir fiili gerçekleştirmek ya da gerçekleştirmemek hususunda serbestçe karar vermek; bir istekle bir diğer istek arasında seçim yapmak diye tanımlanabilir. Ceza ise bu kusurlu eylemleri gerçekleştirerek yasaları ihlal eden kişileri ıslah etme yolunda atılan bir adımdır (3).

2.5. Akıl Hastalığı

Kanunun açıkça suç olarak kabul ettiği bir fiilin gerçekleşmesi durumunda, Ceza Hukukuna göre fiili gerçekleştiren failin cezalandırılması esastır. Failin (suçlunun) cezalandırılabilmesinin koşulu olarak, cezalandırılabilme yeteneğine sahip olması gerekmektedir. Cezalandırılabilme yeteneği, belirli bir yaş olgunluğuna erişmiş bir kişinin suç teşkil eden eylemi gerçekleştirdiğinde herhangi bir akıl hastalığına sahip olmamasını gerektirir. Kişinin irade ve şuur serbestisini olumsuz yönde etkileyecek akıl hastalığına sahip olması hâlinde Türk Ceza Kanunu'nun 32. maddesi kapsamına göre ceza sorumluluğu ortadan kalkar ya da azalır (3).

5237 S.lı Türk Ceza Kanunu ''Madde 32

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

(2) Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi beş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hallerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkûm olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir. Kanun madde gerekçesine bakıldığında; kusur yeteneğini etkileyen bir neden olan akıl hastalığının varlığı durumunda, kişi işlemiş olduğu fiilin anlam ve sonuçlarını

algılayamamakta veya işlediği fiille ilgili olarak irade yeteneği önemli ölçüde etkilenmektedir. Kişi bu durumda kusurlu olamayacağından hakkında cezaya hükmedilemeyecektir. Ancak, fiil hukuka aykırı niteliğe sahip olduğundan, kişi hakkında akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirlerine başvurulacaktır.''

Sağlıklı bir erişkinde dikkat, duygulanım, hafıza, muhakeme, irade ve şuur yetilerinin yeterince gelişmiş olduğu kabul edilir. Söz konusu yetilerinin yeterince gelişmiş ve herhangi bir nedenle bu yetilerinde azalma olmayan ruhsal yönden sağlam kişi ceza ehliyetine sahiptir (21).

Kişinin akıl hastalığının belirlenmesi hiç kuşkusuz ki psikiyatrinin çalışma kapsamı içerisine girer. Ancak, ceza hukukumuz açısından bir kişinin akıl hastalığına sahip olması tek başına ceza sorumluluğunu ortadan kaldırmaz. Akıl hastalığının fiilin işlendiği esnada mevcut olması kuralı basit bir kronolojik kavram olarak kabul edilemez. Bu daha çok illiyet bağı olarak anlaşılmalıdır. Diğer bir ifade ile akıl hastalığının mevcudiyetinden ziyade akıl hastalığının suç teşkil eden eylemdeki rolüdür. Bu nedenle psikiyatri uzmanınca elde edilen verilerin adli tıp uzmanının katılımı ile yapılacak olan değerlendirmesi çok önemlidir (3). Bu işlem her zaman çok kolaylıkla yapılabilen bir işlem olmadığı gibi yargılama hukukumuz açısından da bazı usul şartlarına bağlanmıştır. Bununla ilgili en önemli düzenleme hiç kuşkusuz ki 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 74. maddesidir.

*5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 74. maddesi**,** failin akıl hastası olup olmadığını ve akıl hastalığının kişinin davranışları üzerindeki etkilerini gözlemlemek için resmi bir sağlık kurumunda hürriyeti kısıtlanarak gözlemlenmesidir*. Gözlem altına alma kararı hukuki açıdan da bir koruma tedbiridir.

Gözlem altına alınma kararı, kişi hürriyetinin kısıtlanması sonucununa yol açan bir düzenlemedir. Bu sebeple kanun koyucu tarafından uzman hekimin önerisiyle Cumhuriyet savcısının ve müdafiin dinlenmesi, soruşturma zamanında sulh ceza hâkimi, kovuşturma zamanında mahkemece karar verilir ve süre sınırına tabidir. Bu bağlamda, failin akıl hastası olup olmadığı ve bunun, kişinin davranışları üzerindeki etkileri gözlem altına alınmadan saptanmasının mümkün olmaması halinde gözlem altına alınma yoluna başvurulmaktadır. Ayrıca sanık veya şüphelinin isnad edilen suçu

işlediğine dair kuvvetli şüphe bulunmuyorsa gözlem altına alınma kararı verilemeyecektir (3).

5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu Madde 74

(1) Fiili işlediği yolunda kuvvetli şüpheler bulunan şüpheli veya sanığın akıl hastası olup olmadığını, akıl hastası ise ne zamandan beri hasta olduğunu ve bunun, kişinin davranışları üzerindeki etkilerini saptamak için; uzman hekimin önerisi üzerine, Cumhuriyet savcısının ve müdafiin dinlenmesinden sonra resmî bir sağlık kurumunda gözlem altına alınmasına, soruşturma evresinde sulh ceza hâkimi, kovuşturma evresinde mahkeme tarafından karar verilebilir.

(2) Şüpheli veya sanığın müdafii yoksa hâkim veya mahkemenin istemi üzerine, baro tarafından bir müdafi görevlendirilir.

(3) Gözlem süresi üç haftayı geçemez. Bu sürenin yetmeyeceği anlaşılırsa resmî sağlık kurumunun istemi üzerine, her seferinde üç haftayı geçmemek üzere ek süreler verilebilir; ancak sürelerin toplamı üç ayı geçemez.

(4) Gözlem altına alınma kararına karşı itiraz yoluna gidilebilir; itiraz, kararın yerine getirilmesini durdurur.

(5) Bu madde hükmü, 223 üncü maddenin sekizinci fıkrası gereğince yargılamanın durması kararı verilmesi gereken hâllerde de uygulanır.

2.6. Akıl Hastalarının Ceza Sorumluluğu

Tarihçe

Akıl hastalarının cezai yaptırımdan muaf olması gerektiği esası eski uygarlıklara dayanmaktadır. Roma Hukukunda, akıl hastalıkları sebebiyle ayırma yetisinden yoksun olanlar “furiosus” olarak anılmaktaydı. Bahsi geçen kimselerin hukuku işlemleri için kayyım atanması gerekliydi. İşledikleri suçlar sebebiyle sorumlu tutulmaması gerektiği benimsenmişti (22).

Orta çağ Avrupa'sındaysa, akıl hastalığı olan hastaların içlerine şeytan girdiği, cinlerin çarptığı düşünülüp bu kişilere kötü muamele yapılmaktaydı. Akıl hastalığı bulunan şahısların ceza yükümlülüklerinin olduğu kabul edilmekteydi (23).

İslam Hukuku'nda akıl hastalığı olan kişilerin ceza sorumluluğu oladığı kabul edilmekteydi. İslam Hukuku akıl hastalığı durumunu devamlı akıl hastalığı (cunun-i mutbik) ve geçici akıl hastalığı (cünun-i gayr-ı mutbık) olmak üzere ikiye bölmüştür. Geçici akıl hastalığı, kişinin yalnızca nöbet geçirdiği anda kişiyi ehliyetsiz kılma şeklinde değerlendirilmekteydi (24).

Çağdaş anlamda ceza sorumluluğunun tartışıldığı yargı sistemleri 18'inci yüzyılda şekillenmeye başlamıştır. Batıda, uzun bir dönem, akıl hastalarının, suç işlemeseler bile, cezai yaptırıma maruz kaldıkları karanlık çağdan sonra, reformlarla birlikte akıl hastalarının hakları da iade edilmeye başlanmıştır. 1800 yılında III. George'a silahlı saldırıda bulunan Handfiel davasında azalmış suç sorumluluğu devreye girmiştir (25).

Ceza sorumluluğu değerlendirilmesinde bir dönüm noktası oluşturan Mc Naughten kuralları, ismini, dönemin başbakanına saldırı düzenleyen sanıktan almıştır. 20 Ocak 1843'te İskoçya-Glasgow kentindeki, Daniel Mc Naughten adlı 29 yaşındaki bir ahşap işiyle uğraşan şahıs İngiltere başbakanını öldürmeye yeltenir. Dönemin Başbakan'ı Sir Robert Peel, aynı zamanda İngiltere'de muhafazakar parti olan ve kiliseye-krala bağlı olan Troy partisinin başkanıdır. Silahlı saldırı esnasında Mc Naughten, başbakanın yerine yanlışlıkla başbakanın özel sekreteri olan Edward Drummond'u vurur. Drummond, saldırı sonrası hafif yaralanır, fakat olaydan birkaç gün sonra yattığı hastanede komplikasyon nedeniyle hayatını kaybeder (26). Mc Naughten, öldürme nedeni olarak belirttiği açıklamasında şunları ifade eder: "Beni suikasti düzenlemem için şehrimdeki Troy'ler zorladı. Gittiğim her yerde beni izliyorlar, bana zulmediyorlar ve aklımın huzurunu yok ettiler. Fransa'da, İskoçya'da ve İngiltere'de takip ettiler. Beni her yerde takip ediyorlar. Onlar yüzünden dinlenemiyorum, uyku uyuyamıyorum. Hiçbir zaman eskiden olduğum Mc Naughten olamayacağım. Eskiden sağlığım ve gücüm iyiydi, ama artık sağlığım da gücüm de iyi değil" şeklinde ifade vermiştir. Mc Naughten perseküsyon hezeyanlarından muzdaripti

ve Mc Naughten'ın mahkemede yargılaması esnasında dokuz adet tıbbi bilirkişi "akıl hastası (insane)" veya "kısmi akıl hastası (partial insane)" olduğu yönündeki görüşlerini açıklayarak Mc Naughten'ın ceza almaması yönünde ifade vermiştir (27). Mahkeme jürisi hızlı bir biçimde "akıl hastalığı sebebiyle suçlu değil" kararına varmıştır. Mc Naughten bu karar sonucunda yirmi bir yıl süresince akıl hastanesinde yatılı olarak tedavi altına alınmıştır. Bu olay sonucunda İngiliz Lordlar Kamarası tarafından "Mc Naughten Kuralları" olarak belirlenmiştir (28). Mc Naughten kuralları şunlardır: Akıl hastalığı şeklinde müdafa etmek için, "şahsın olayı gerçekleştirdiği esnada böyle bir kıyaslama arazı altında olması, akıl hastalığının olmaması, bu sebeple gerçekleştirdiği fiilin doğasını ve niteliğini bilmemesi, şayet biliyorsa da gerçekleştirdiği olayın yanlış olduğunu bilmemesi" gerekmektedir (29). İngiltere'de akıl hastalığı olanlar için düzenlenen yasanın temel taşını Mc Naughten'ın kuralları oluşturmuştur. Burada uygulanan kurallar Birleşik Devletler tarafından da kısa bir zamanda benimsenmiştir. Mc Naughten kuralları, Amerikan mahkemelerinde 20. yüzyılın ilk yarısında bu kurallar hemen hemen hiç değişiklik yapılmaksızın kullanım alanı bulmuştur. 1998 yılında Columbia Bölgesi'nin ve yakındaki yirmi beş eyaletin akıl hastalığını değerlendirmek için Mc Naughten kurallarına benzer nitelikteki kanunları kullanmakta olduğu bilinmektedir (30, 31).

Ülkemizde ise Cumhuriyetle birlikte ilk düzenleme, 01.03.1926 tarihli ve 765 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun, tam akıl hastalığının düzenlendiği TCK 46. maddesinin ilk metni "Cürümünü işlediği zaman şuur ve harekâtının serbestisini kaybedecek surette ruhi zaafa müptela olan kimseye ceza verilemez" şeklinde düzenlenmiştir. Ruhi zaafın tanımı, "hiddet, korku'" gibi doğal bir grup psikolojik durumları da kapsayan alan kelime anlamına sahipti. Bu sebeple, 1933 yılında 2275 sayılı kanun ile, 46. maddede "ruhi zaaf" tanımlaması yerine, akli maluliyet terimine yer verildi. Bu durumun gerekçesi olarakta, "ruhi zaaf' tanımlamasının geniş bir yoruma açık olması "akli maluliyet" tanımlamasınınsa, daha dar bir anlam açıklaması olarak gösterildi. Son olarak günümüzde kullanılmakta olan Türk Ceza Kanunu 26.9.2004 tarihinde 237 sayı ile kabul edilip 01.04.2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir (23).

2.7. Akıl Hastalıklarının Sınıflandırılması

2.7.1. Genel Olarak Akıl Hastalıkları

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığın tanımını, şahsın bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması durumu olarak belirtmektedir (WHO 2001, s.1). Akıl sağlığı ise DSÖ tarafından, şahsın kendi yeteneklerinin farkına vardığı, yaşamın normal gerginlikleriyle başa çıkabildiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği ve içinde yaşadığı topluma katkıda bulunabildiği bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır (32). Akıl hastalığı sözcük tanımı olarak duygulanımda ve bilişsel işlevlerde nicelik ve nitelik bozuklukları meydana getiren psikolojik belirtiler bütünüdür. Bu bozukluklar, olağan dışı işlevlerin bir uzantısı olarak değerlendirilebilir (23).

Akıl hastalıklarında genel olarak, zihinsel işlevlerde algı (halüsinasyon) ve düşünce bozuklukları (hezeyan) hakimdir. Dünya Sağlık Örgütü'nce, akıl hastalıkları, çok sayıda ve çok çeşitte kendini gösterebilen hastalıklardır. Ancak genellikle akıl hastalıklarının ortak özelliği, anormal düşünceler, duygular ve davranışlardır (33).

Akıl hastalıklarının net bir biçimde sınıflandırılması olanaksızdır. Sınıflandırmada en yaygın kullanılan yaklaşımlar Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (DSM) yaklaşımı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (ICD) yaklaşımıdır.

Amerika Psikiyatri Birliği tarafından ilk defa 1952 yılında ortaya çıkarılan DSM-I' de (Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatiksel El Kitabı) ruhsal bozuklukları sınıflandırmıştır (34). Dünya Sağlık Örgütün'de 1968 yılında ICD-8, 1979 yılında ICD-9, 1992 yılında ICD-10 yayınları ile uluslararası bir tanı dizgesi oluşturmuştur. Son kez 2018 yılı güncellemesiyle ICD-11 yayınlanmıştır (35).

2.7.2. Dünya Sağlık Örgütü'nün Akıl Hastalıkları Sınıflandırması

DSÖ tarafından yapılan Hastalıkların ve İlgili Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırılması listesine göre, son güncelleştirilen halinde

kabul edilen hastalıklar: semptomatik olanlar dahil tüm organik akıl hastalıkları; (alzheimer, demans, amnezi, deliryum, beyin hasarı ve fiziksel hastalık kaynaklı oluşan diğer ruhsal bozukluklar ile davranış ve kişilik değişiklikleri); psikoaktif madde kullanımı nedeniyle oluşan ruhsal ve davranışsal bozukluklar; şizofreni, şizotipal kişilik bozukluğu ve sanrısal bozukluklar, duygudurum bozukluğu, nörotik, stresle ilgili ve somatoform bozuklukları, psikolojik sıkıntılar ve fiziksel faktörlerle ilişkili davranışsal sendromlar, yetişkin kişilik ve davranış bozuklukları, mental retardasyon (zeka geriliği); genellikle çocukluk ve ergenlik dönemlerinde ortaya çıkan davranışsal ve duygusal bozukluklar ile son olarak, belirsiz diğer akıl hastalıklarıdır (36).

2.7.2.1. Organik Akıl Hastalıkları

Bu grubun ortak özelliği beyinsel arızalardır. Beyin hasarı veya beyin disfonksiyonuna sebep olan bir sebep söz konusu olmaktadır. Örneğin alzheimer, demans, amnezi, deliryum, beyin hasarı ve fiziksel hastalık kaynaklı oluşan diğer ruhsal bozukluklar ile davranış ve kişilik değişiklikleri bu grupta değerlendirilir. Bu grupta genellikle, oryantasyon, idrak, hesaplama, öğrenme, hafıza, düşünme, dil ve muhakeme gibi birden fazla yüksek kortikal fonksiyonun bozukluğu bulunmaktadır (37, 38).

2.7.2.2. Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Oluşan Akıl Hastalıkları

Bu grupta bulunan hastalıklar, psikoaktif maddelerin kullanımına dayanır. Bu gruptaki hastalıklar santral sinir sistemine etki ederek, duygudurum, mental durum, davranış ve motor fonksiyonlarda bozukluklara neden olup bireylerin hayatında tehlikeli sonuçlara yol açabilmektedir (39).

2.7.2.3. Şizofreni, Şizotipal ve Delüzyonel Akıl Hastalıkları

Bu grupta bulunan hastalıkların en önemlisi, şizofrenidir. Şizofreni pozitif, negatif belirtiler, dezorganizasyon, bilişsel bozulma ve benzeri boyutların kesişimi sebebiyle değişik durumlarla karşımıza çıkan hastalıktır. Buna ek olarak grupta, şizotipal bozukluklar, sürekli devam eden delüzyonel bozukluklar ve kendi içinde daha

kapsamlı bir grup teşkil eden psikotik bozukluklar bulunmaktadır. Şizoaffektif hastalıklar da, bu grup içerisinde sınıflandırılmıştır. Özellikle şizotipal kişilik bozukluğunun ilerlemeyen şizofrenik bir bozukluk olduğu, kişilik bozukluğu grubundan uzak olduğu daha ön planda düşünülmektedir. Şizofreni ile şizotipal kişilik bozukluğu kişilik bozuklukları arasında en çok genetik benzerliği olan gruptur.

2.7.2.4. Duygulanım (Affektif) Akıl Hastalıkları

Bu grupta, duygulanımda ani değişiklikler ön plandadır. Burada, bir anksiyete ile beraber depresyon hali veya manik belirtiler mevcuttur. Duygulanım değişikliğine sıklıkla, kişinin bulunduğu aktivitelerde bir düşüş durumuda mevcuttur. Diğer belirtilerin çoğu, olaylara karşı duygulanımdaki ve aktivitelerdeki değişiklikler ile mevzubahistir.

2.7.2.5. Nörotik, Stresle Bağlantılı ve Somatoform Akıl Hastalıkları

Bu grupta bulunan hastalıklar, endişe ve kaygı bozukluklarından meydana gelir.

2.7.2.6. Psikolojik Sıkıntılar ve Fiziksel Faktörlerden Kaynaklanan Davranışsal Sendromlar

Bu grup içerisinde, yeme, uyku ve cinsel bozukluklar bulunmaktadır (40).

2.7.2.7. Kişilik ve Davranışlara İlişkin Hastalıklar

Bu gruptaki hastalık grubunun temelinde, her kişide farklı şekillerde bulunabilecek kişilik özelliklerinin, kişilik bozukluğu şeklinde ifade edilebilmesi için, bu şahışların esneklikten yoksun ve uyum bozucu olması, işlevsellikte belirgin bir bozulmaya veya bireysel sıkıntıya sebep olması gerekmektedir (41).

2.8. Ceza Sorumluluğu Açısından Önem Arz Eden Bazı Akıl Hastalıklarının Tanımlanması ve İncelenmesi

Yukarıda Dünya Sağlık Örgütü tarafından ICD-11 listesinde tanımlanan ve kısaca açıklanan hastalık grupları içerisinde olan akıl hastalıklarından, adli tıp açısından önemli bazı hastalıkların detaylandırılması yapılmıştır.

2.8.1. Şizofreni

Şizofreni; düşünce, algı ve bilişsel bozukluklar, motor anomaliler, kısıtlanmış duygu ve iletişimde güçlük şeklinde klinik belirtiler gösteren bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Hastalık genel olarak sanrı, halüsinasyon, konuşmada bozukluk, toplumsal geri çekilme, davranış problemleri, duygusal tepkilerde azalma içermektedir. Şizofreni klasik olarak alevlenme ve remisyonlarla seyretmektedir. Şizofreni, sıklıkla 20'li yaşlarda başlayıp, cinsiyet, ırk, din, milliyet ya da ülke ayrımı yapmaz. Genel olarak dünyanın hemen her yerinde toplumda yaklaşık %1 sıklığında görülür. Nedeni tam olarak bilinmemekle beraber kalıtsal ve çevresel faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünya genelinde 21 milyon bireyi etkilemektedir.

Beş tip şizofreni vardır:

Paranoid şizofreni:

Paranoid şizofreni hastaları zulüm gördükleri ya da birileri tarafından cezalandırıldıkları ile ilgili yanlış inançlara (sanrılar) sahiptirler. Fakat düşünceleri, konuşmaları, duyguları oldukça normaldir.

Hebefrenik Şizofreni:

Hebefrenik şizofreni olanların aklı karışıktır ve tutarsızdırlar, konuşmaları karma karışıktır. Dışarıdan gözlemlenildiğinde davranışları duygusuz ya da yüzeysel ya da uygunsuz, hatta şapşalca ve çocuksu görülebilir. Sıklıkla günlük işleri (banyo

yapmak, yemek hazırlamak gibi) yapma yeteneklerine engel olan düzensiz davranışları bulunmaktadır.

Katatonik Şizofreni:

Bu sınıfın en dikkat çekici bulguları fizikseldir. Katatonik şizofreni hastaları çoğunlukla hareketsizdir ve çevrelerindeki dünyaya karşı tepki vermezler. Çoğunlukla çok katı ve sert olurlar ve hareket etmek istemezler. Zaman zaman yüzlerini buruşturmak ya da biçimsiz duruşlar yapmak gibi tuhaf hareketlerde bulunurlar. Bir başka kişinin kurduğu bir kelimeyi veya cümleyi tekrarlayabilirler. Beslenmede azalma, bitkinlik ve kendilerini yaralama ihtimalleri çok yüksektir.

Ayrışmamış Şizofreni:

Bireyin semptomları yukarıda bulunan üç tipten birine tam olarak uymadığında ayrışmamış şizofreni tanısı konur.

Kalıntı (Rezidüel) Şizofreni:

Bu sınıfta şizofreni belirtilerinin şiddeti azalmıştır. Halüsinasyonlar, delüzyonlar ya da diğer bulgular hala bulunmaktadır, ancak şizofreni tanısı konduğu andaki gibi şiddetli ve fazla değildir (42).

Şizofreni tedavisinde medikal tedavi ve psikososyal terapiye başvurulur. Medikal tedavide antipsikotik ilaçlar kullanılır. Bu ilaçlar şizofreni hastalarının halüsinasyonlar ve düşünce problemleri gibi semptomları hafifletmeye katkı sağlar. Gerektiğinde, elektroşok tedavisi de uygulanmaktadır. Psikososyal terapide, açıklayıcı, yapıcı, destekleyici, yol gösterici tedavi yöntemlerine başvurulur. Şizofreni tedavisi yıllarca sürebilir. Şizofreninin TCK 32. madde kapsamında önemli olmasının sebebi, işlenen fiilin, genellikle saldırgan hareketler olması ve sebepsiz yere işlenmesidir. Eylemin oluşumu anlamsız ve fail, işlediği suçtan ötürü pişmanlık duymaz. Suç işleyen akıl hastalarının yaklaşık 1/3'ü şizofrendir. Suç işleyen ve ceza

ehliyeti olmayan akıl hastaları arasında, şizofreni, en sık görülen akıl hastalığıdır. Paranoid tip ise en sık görülen alt tipidir (43-45).

2.8.2. Diğer Psikotik Bozukluklar

Şizofreni en sık görülen psikotik bozukluktur. Şizofreniform bozukluk, şizoaffektif bozukluk ve kısa psikotik bozukluk gibi şizofreni teşhis kriterlerini karşılamayan daha pek çok psikotik bozukluk bulunmaktadır. Şizofreniform bozukluğun belirtileri, en aşağı bir ay, en çok altı ay devam etmesinin yanı sıra, şizofreni semptomları ile benzerdir. Bu hastalar, iyilik dönemlerinde işlevsellik seviyelerine geri dönerler. Şizoaffektif bozukluk, hem şizofrenik hem de manik bozukluk ve depresif bozukluğun semptomlarını içeren bir psikotik bozukluktur. Kısa psikotik bozukluk, primer olarak, şizofrenik semptomların kısa süreli (bir aydan kısa süre ama en az bir) varlığı ve bir duygu-durum bozukluğuna, madde kullanımına veya genel tıbbi bir hadiseyle ilintili olmayan bir hastalıktır (44).

2.8.3. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk, depresif ve manik dönemleri içeren, dönemler arası zamanlarda tamamen normal veya minimal belirti düzeyleri ile birlikte olduğu düşünülen, yüksek mortalite, morbidite ve işlev kaybına neden olduğu bilinen ciddi bir ruhsal bozukluktur (44). Bipolar bozukluğun yaşam boyu sıklığı %2 ile %5 arasında olduğu tahmin edilmektedir (46). Bipolar bozuklukta cinsiyetler arasında anlamlı olarak bir fark bulunmamaktadır. Başlangıç yaşı ortalama 17- 25 yaş arasıdır (47, 48).

2.8.4. Demans, Delirium

Demans, hafıza kusurlarıyla başlayıp, bilişsel özelliklerin buna eşlik etmesiyle kendini gösteren bir hastalıktır (49). Genel olarak demans, ilerleyici gidişat gösterir; afazi, apraksi, agnozi, davranış bozukluğu, kişilik değişiklikleri görülebilir. Hastalığın ilerleyici özellik göstermerir. Hastalık semptomlarının geri dönüşü yoktur (50-52).

Delirium da ise, yönelim kaybı, halüsinasyon, huzursuzluk, saldırganlık gibi ruhsal bozukluklar görülür. Deliryum genellikle saatler veya günler içinde gelişir. Tipik olarak semptomlar dalgalı bir seyir gösterir. Deliryumu, demanstan ayırt etmede kullanılan önemli özelliklerden birisi de, hastalık öncesi işlevsellikte hızlı ve şiddetli bir düşüş görülmesidir. Algılama bozukluğu yaygındır ve halüsinasyonlar içerir. Görsel halüsinasyonlar karakteristiktir ve deliryumu kuvvetle düşündürür (52, 53).

2.8.5. Zekâ Geriliği (Mental Retardasyon)

Mental Retardasyon, genel entelektüel fonksiyonların ortalamanın altında olması ile karakterizedir. Bu kişilerin iletişim, kişisel bakım, ev hayatı, toplumsal beceriler, kendi kendini yönetip yönlendirme, fonksiyonel beceriler konusunda eksiklikleri vardır. Zeka Geriliğinin seviyesi hafif, orta, ağır, çok ağır olmak üzere beş gruba ayrılmıştır (54, 55).

Sınırda Mental Kapasite-Donuk Zekâ

Normal yaşıtlarından 1-3 zekâ yaşı geride olan ve bu yetersizlik nedeniyle normal öğretim programında oransal bir başarısızlık gösteren kişilere sınırda mental kapasiteli (donuk zekâlı) denir. Kapasite eksikliklerini çok çalışarak telafi etmeye çalışırlar.

Hafif Zekâ Geriliği-Ahmaklık

Bu grup bütün mental retardasyon olgularının %85'ni oluşturur. Hafif zekâ geriliği okul öncesinde fark edilemeyebilir. Okul döneminde ve yetişkinlik zamanında beklenen akademik statüyü karşılayamamaktadırlar. Sosyal etkileşimleri eksiktir. Yargılaması zayıftır ve kolay kanar. Mesleki becerileri öğrenmede başkalarının desteğine gereksinim duyarlar.

Orta Zekâ Geriliği-Embesillik

Bütün mental retardasyonların %10'unu kapsar. Orta derecede zekâ geriliklerinin iletişim kabiliyetleri daha yavaştır. Erişkinlikte akademik becerileri ilkokul seviyesindedir. Günlük kavramsal alanlarda devamlı desteğe gereksinim duyarlar. Zekâ geriliklerini yüz ifadelerinden anlamak mümkündür. Kişisel bakım becerileri kazanabilir, ancak yoğun eğitim ve hatırlatma gerektirir.

Ağır Zekâ Geriliği-Aptallık

Olgularının %3'ünü oluştururlar. Hemen hemen zekâdan tamamıyla yoksun kimselerdir. Konuşma bilmezler, verilen emirleri anlamazlar. Tüm günlük yaşam becerilerini gerçekleştirmede dışarıdan desteğe ihtiyaç duyar. Sürekli gözetim altında olması gerekirler. Yazı dili, sayılar, miktar, zaman ve para kavramı gibi şeyleri çok az anlarlar.

Çok Ağır Derecede Zekâ Geriliği

Konuşma ve beden dilini çok kısıtlı düzeyde anlarlar. Bazı basit yönergeleri anlayabilirler, istek ve duygularını sözel olmayan ve sembolik olmayan iletişimle anlatırlar. Sürekli bakım gerektirirler (56).

2.8.6. Epilepsi

Epilepsi; kortikal nöronlardaki anormal ve aşırı elektriksel deşarj sonucu oluşan, ani, tekrarlayıcı, tanımlanabilen bir olayla tetiklenmemiş nöbetler ile seyreden bir hastalıktır. Epilepsi toplumun genelinde çok sık olarak görülmektedir. Epilepsi, çocukluk ve ergenlik zamanında en fazla, erişkinlerde ise beyin damar hastalıklarından sonra ikinci sıklıkta görülen nörolojik hastalıktır. Epilepsi hastalarının %30-50'si hastalıkların seyri sırasında bazı psikiyatrik sorunlara sahiptir. En yaygın davranış semptomu kişilik değişikliğidir. Bunun yanında daha nadir görülmekle birlikte psikoz, şiddet ve depresyon gibi semptomlar da mevcuttur. Klinik ve laboratuvar tetkikleriyle temporal lop epilepsisini şizofreniden ayırmak mümkündür (57, 58).

Tüm epilepsi hastalarının suç işlediği söylenemez fakat suç işleyenlerin içinde epileptik nöbet sırasında olanlar da göz ardı edilemez (23, 59). Epileptiklerin, yukarıda bahsedilen kişilik yapıları veya geçirmekte oldukları nöbetlerdeki "konfüzyon" durumları nedeniyle suç işledikleri görülmüştür (60, 61).

Epileptiklerde irade dışında empülsiyonlar çok görülür. Bunlar intihar, adam öldürme, yaralama, firar, hırsızlık, ırza tecavüz, mesken masuniyetidir.

Suç işleyen epilepsili hastanın özellikleri aşağıdadır;

1. Suç son derecede şiddetli ve vahşice işlenmiştir.
2. Önceden tasarlama yoktur.
3. Amnezi ile birliktedir.
4. Suçu ani, kısa süreli, durumla uygunsuz, anormal şiddet davranışı ile karakterizedir. Şuur bulanıklığı, çevrede olup bitenlerin farkında olmama, uygunsuz hareketler, amaçsız dolaşma, şaşkın bakışlar gibi durumların göz önüne alınması gerekir.

Şuur kaybı ile birlikte olan epilepsi nöbetleri esnasında işlenen suçlarda kişinin ceza sorumluluğu yoktur. Fakat, epileptiklerin nöbet sırasında işledikleri suçlar oldukça azdır (23).

2.8.7. Kleptomani

Kleptomani, psikolojik sebeplerle ilintili olarak, kişinin içinden gelen ani bir dürtü ile ve kullanma ve kazanma amacı olmaksızın, kişinin kendisine ait olmayan şeyleri çalması durumudur. Kleptomani birey, ilk başta gördüğü ve sahip olmak istediği nesnenin büyük heyecanını yaşar. Bu duyguyu, başkaları tarafından görülme ve yakalanma korkusunun neden olduğu heyecan izler. İstediği nesneyi alıp ortamdan uzaklaşınca aniden terleme, gevşeme, rahatlama hisseder. Hırsızlık, hezeyan veya halüsinasyonların etkisi ile yapılmamıştır. Kişi, tipik olarak, almaya gücünün yetebileceği ve sıklıkla dağıttığı veya çöp içine attığı nesneleri, değersiz olma veya

işine yaramaması durumuna rağmen çalar. Kleptomani, kadınlarda daha sık görülür (62-65).

2.8.8. Piromani

Kişinin sebepsiz ve amaçsız olarak, dürtüsü sonucu bulunduğu yerde yangına neden olması şeklinde gelişir. Diğer dürtüsel durumlardaki gibi bunda da, eylemden önce şahısta bir gerginlik meydana gelir,ardından ise rahatlama ve gevşeme olur. Yangın sonrası birey alevleri izler. Yangın esnasında meydana gelebilecek can ya da mal kaybı, eyleme neden olan şahsı rahatsız etmez. Zamanlarını yakınlarındaki itfaiyede harcayabilirler. Bu kişiler itfaiyeye yakın olmak isterler. Bu dürtüleri nedeniyle itfayeci olabilirler. Kleptomaniden farkı, öncesinde hazırlık yapıp olayı tasarlarlar (66, 67).

2.8.9. Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Bu kişilerde kavgaya yatkınlık, saldırganlık, dürtüsellik, sahtecilik, hırsızlık, yalancılık, toplumsal yaşamda ve aile yaşamında sorumsuzluk, acımasızlık gibi özellikler mevcuttur. Antisosyaller, devamlı ve tutarlı ilişki kurmakta sorun yaşamaktadırlar (67). Zeki ve yetenekli kişiler olsalarda yaptıkları işi uzun süre devam ettiremezler. Gençlik dönemlerinde hayatları hızlıdır. Orta yaşlara geldiklerinde hayatları biraz daha sakinleşir ancak bencil ve sorumsuzlukları azalmaz, devam eder. Bir akıl hastalığı olarak kabul görmemektedir. Tedavisinin olmadığı iddia edilir (68, 69).

3. GEREÇ-YÖNTEM

3.1. Etik Onay

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından düzenlenen 27.05.2021 tarihli ve B.30.2.ATA.0.01.00/273 sayılı raporunda "Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.05.2021 tarih ve 31 karar nolu toplantısında, hazırlamış olduğumuz *Türk Ceza Kanununun 32. maddesi kapsamında Adli Tıp Anabilim Dalında değerlendirilmesi yapılan olguların retrospektif olarak incelenmesi* isimli bilimsel tez çalışması protokolü ve ekli belgeleri gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemler ile ilgili metni dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın Etik Kurallara uygun olduğuna mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir." şeklinde kayıtlıdır.

3.2. Olguların Seçimi

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında 01 Ocak 2018 - 1 Ocak 2021 tarihleri arasında düzenlenen adli arşiv kayıtlarına ulaşıldı. Arşiv kayıtlarında TCK 32. Madde kapsamında adli tıbbi değerlendirmesi yapılan olgular araştırıldı. TCK 32. madde kapsamında adli tıbbi değerlendirme, kanun gereğince 15 yaşından büyük olguları içermektedir. Bu nedenle çalışma kapsamında 15 yaşını doldurmuş olgulardan oluşmuş olup çalışma kapsamında toplam 206 olgu tespit edildi.

3.3. Araştırma Kapsamı

Bu tez çalışması arşiv kayıtlarının incelenmesi şeklinde retrospektif bir araştırma olarak yapıldı. Olguların arşiv kayıtlarından çalışma kapsamında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek gibi sosyodemografik veriler, psikiyatrik bulgular, suç davranışına ilişkin veriler, adli tıbbi değerlendirme sonuçlarına ait veriler araştırıldı.

3.4. İstatistiksel Analiz

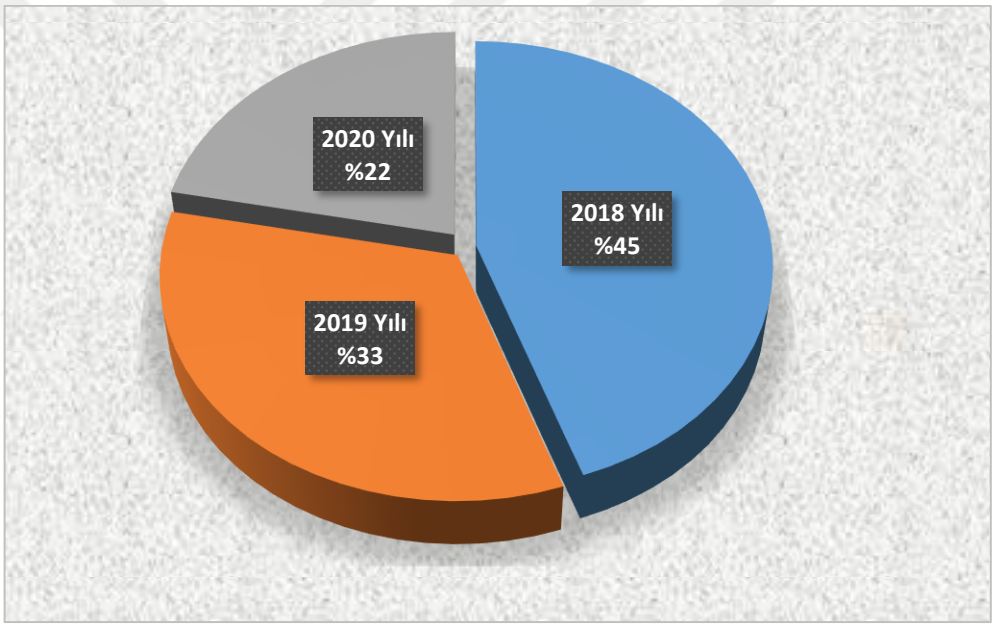
Çalışma kapsamında elde edilen veriler Atatürk Üniversitesinin lisanslı programı olan Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 programı yardımıyla analiz edildi. İstatistiksel analiz yöntemi kullanmadan önce verilerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov Simirnov testi ile değerlendirildi. Niceliksel verilerin gösteriminde ortalama, standart sapma (SS) niteliksel veriler gösteriminde ise olgu sayısı (n) ve yüzdelik dilim (%) kullanıldı. Verilerin normal dağılım göstermesi nedeni ile analizinde ki-kare testi kullanıldı, $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışma kapsamında 206 olguya ait bulgular, aşağıda belirtilen alt başlıklar halinde sunuldu.

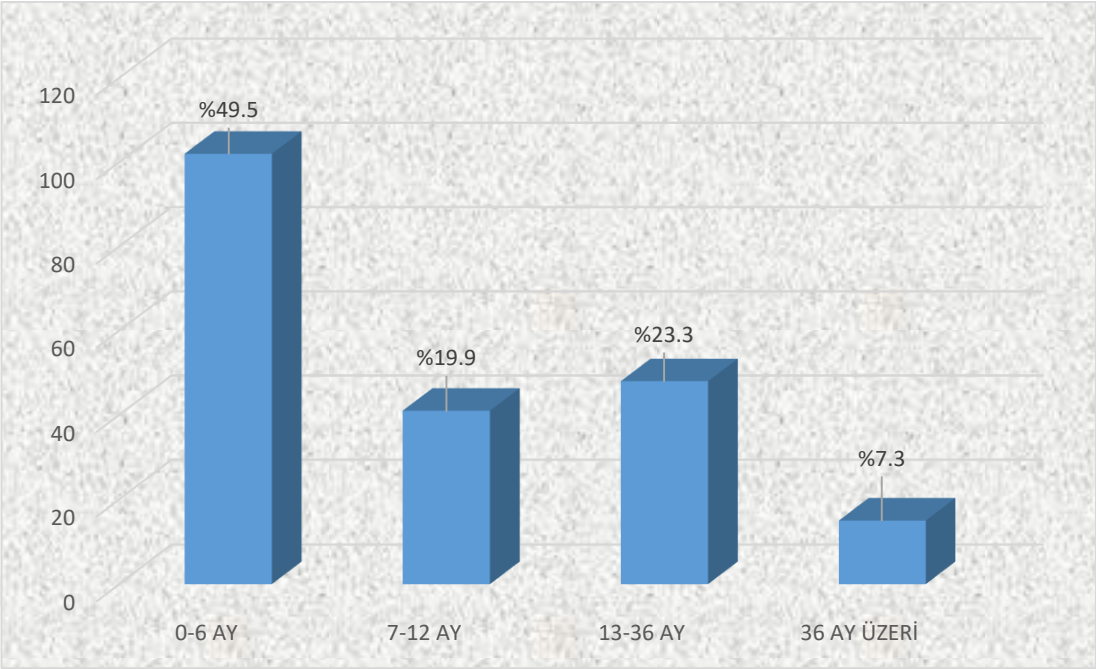
1.Olguların yıllara göre dağılımı hakkında veriler

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı tarafından 01.01.2018-01.01.2021 tarihleri arasında TCK 32. Madde kapsamında hakkında rapor düzenlenen 206 olguya ait raporların %45'inin (n:92) 2018 yılında, %33'ünün (n:69) 2019 yılında, yine %22'sinin (n:45) 2020 yılında düzenlendiği belirlendi (Şekil 1).



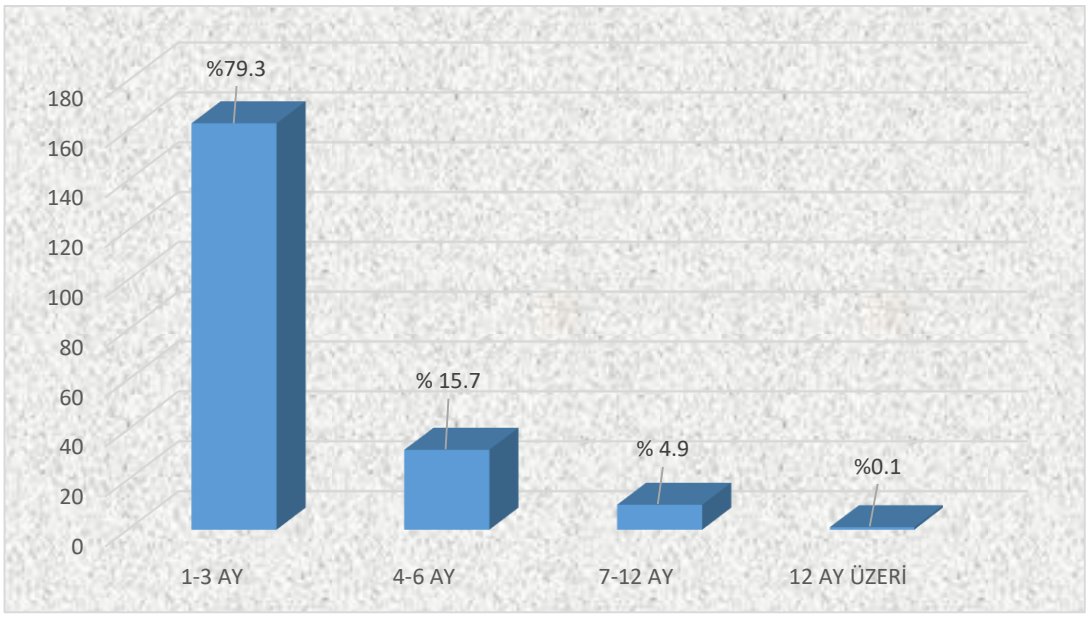
Şekil 1. Olguların yıllara göre dağılımı

Olguların olay tarihinden, adli tıp anabilim dalına başvuru tarihi arasında geçen süreler incelendiğinde; ortalama 14.4 (min: <1 ay, maks:108) ay olarak bulundu. Olguların %49.5'inin (n:102) 0-6 ay arasında adli tıbbi değerlendirme için adli tıp anabilim dalına gönderildiği belirlendi. Olguların olay sonrasında aylara göre müracaat zamanları Şekil 2'de gösterildi.



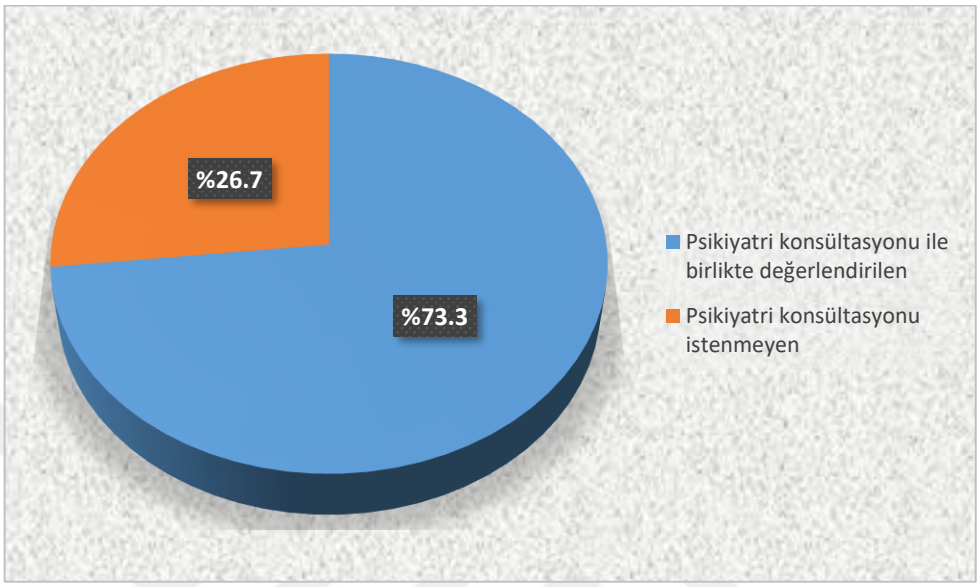
Şekil 2. Olguların olay tarihinden sonra adli tıbbi değerlendirme için adli tıp anabilim dalına gönderilme süreleri

Olguların başvuru tarihi ile rapor düzenlenme tarihi arasında geçen süreler incelendiğinde; raporların ortalama 2,4 ayda düzenlendiği tespit edildi. Olguların aylara göre rapor düzenleme süreleri Şekil 3'de gösterildi.



Şekil 3. Olguların ortalama raporlama süresi

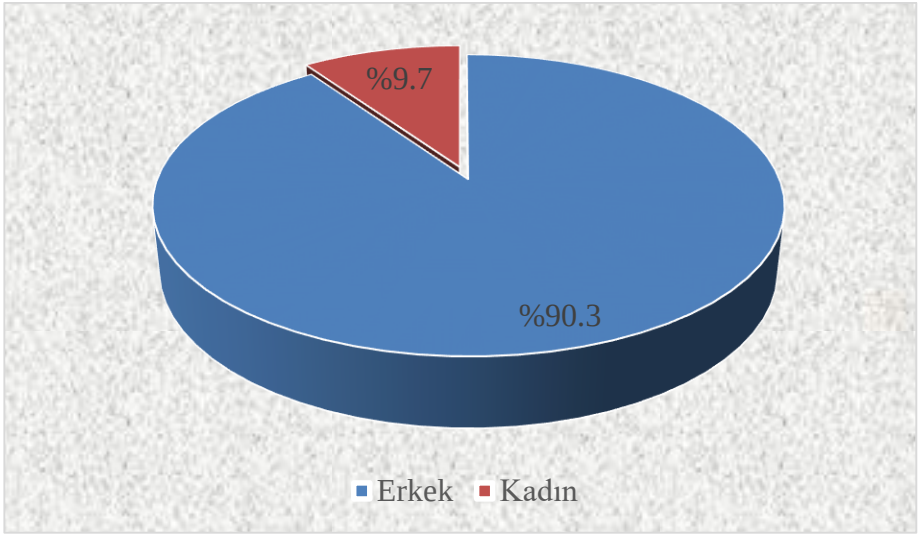
Psikiyatri konsültasyonu ile birlikte değerlendirilen olguların ortalama 2.7 ayda, diğerlerinin ortalama 1.5 ayda raporlandığı belirlendi. Olguların Psikiyatri konsültasyon istenme sıklığı Şekil 4'de gösterildi.



Şekil 4. Olguların Psikiyatri konsültasyon istenme sıklığı

3.Olguların cinsiyete göre dağılımı

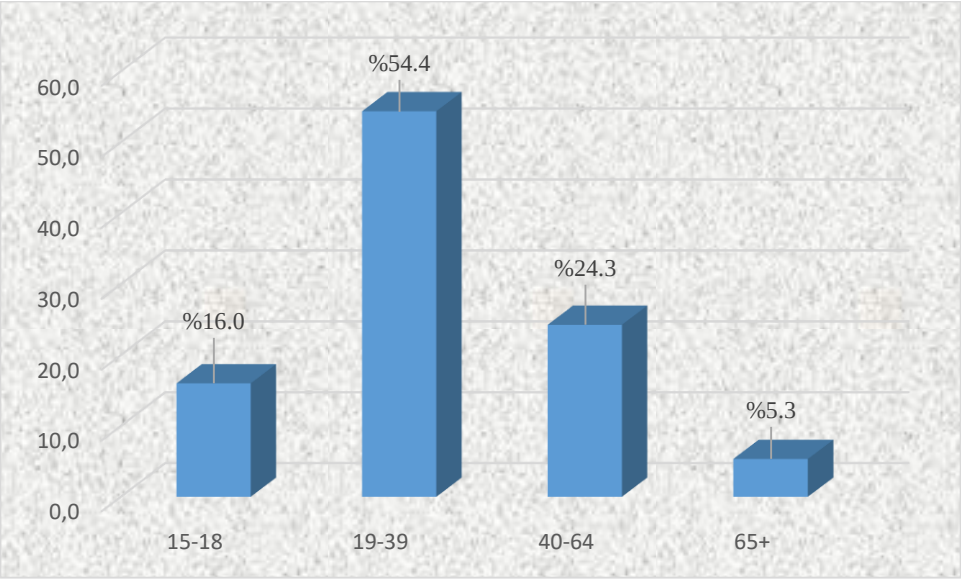
Çalışmada olguların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde %90.3'ünün (n:186) erkek, %9.7'inin (n:20) ise kadın olduğu belirlendi (Şekil 5).



Şekil 5. Olguların cinsiyete göre dağılımı

4. Olguların yaşa göre dağılımı

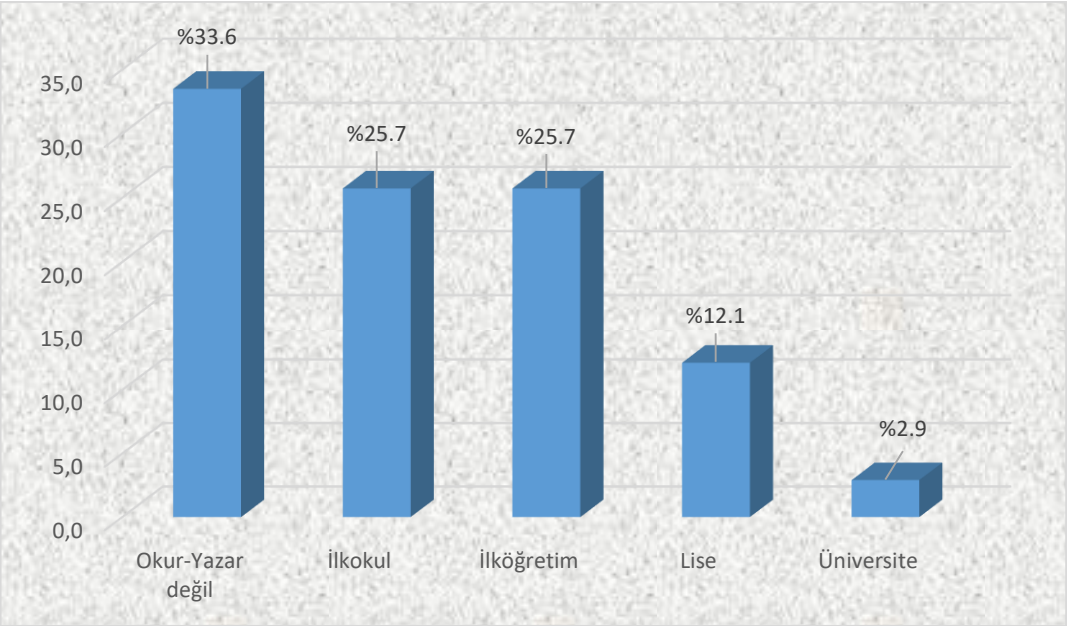
TCK 32. madde kapsamında 15 yaşını doldurmuş olgular incelenmekte olup olguların ortalama yaşı 33.5 (min:16, maks:80) olduğu belirlendi. Olgular yaş gruplarına göre sınıflandırıldığında; 16-18 yaş grubu olguların %16.0'ını (n:33) oluşturduğu belirlendi. Olguların %54.4'ü (n:112) 19-39 yaş grubunda olduğu, %24.3'ünün (n:50) 40-64 yaş arasında olduğu belirlendi. Çalışmamıza 65 yaş ve üzeri yaş grubu %5.3 (n:11) olarak bulundu (Şekil 6).



Şekil 6. Olguların yaşa göre dağılımı

5. Olguların eğitim düzeyi

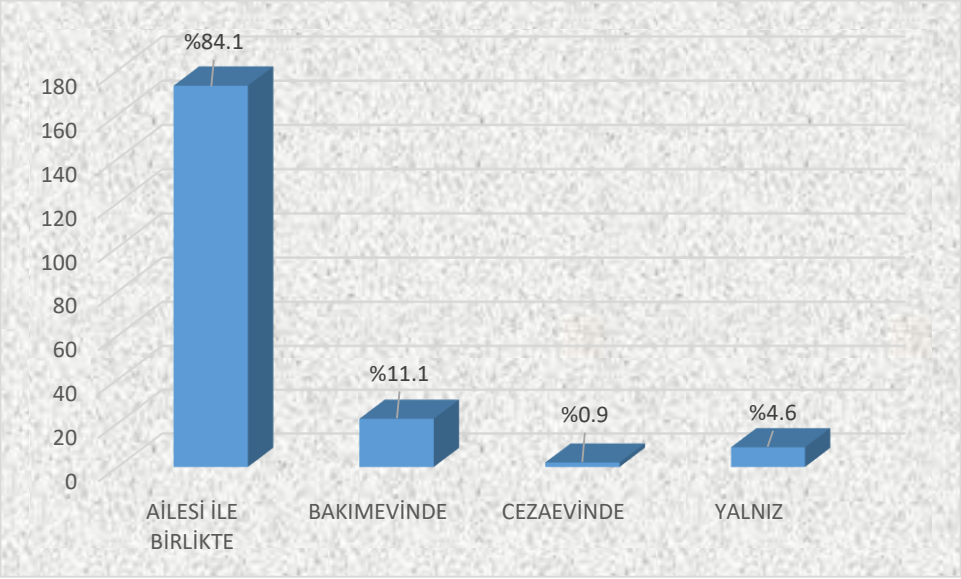
Olguların %33.5'inin (n:69) okula hiç gitmediği, %25.7'inin (n:53) ilkokul mezunu, %25.7'inin (n:53) ilköğretim mezunu, %12.1'inin (n:25) lise mezunu, %2.9'unun (n:6) üniversite mezunu olduğu saptandı. Eğitim ile ilgili bilgiler Şekil 7'de gösterildi.



Şekil 7. Olguların eğitim durumuna göre dağılımı

6. Olguların muayene edildiği dönemdeki yaşama ortamı

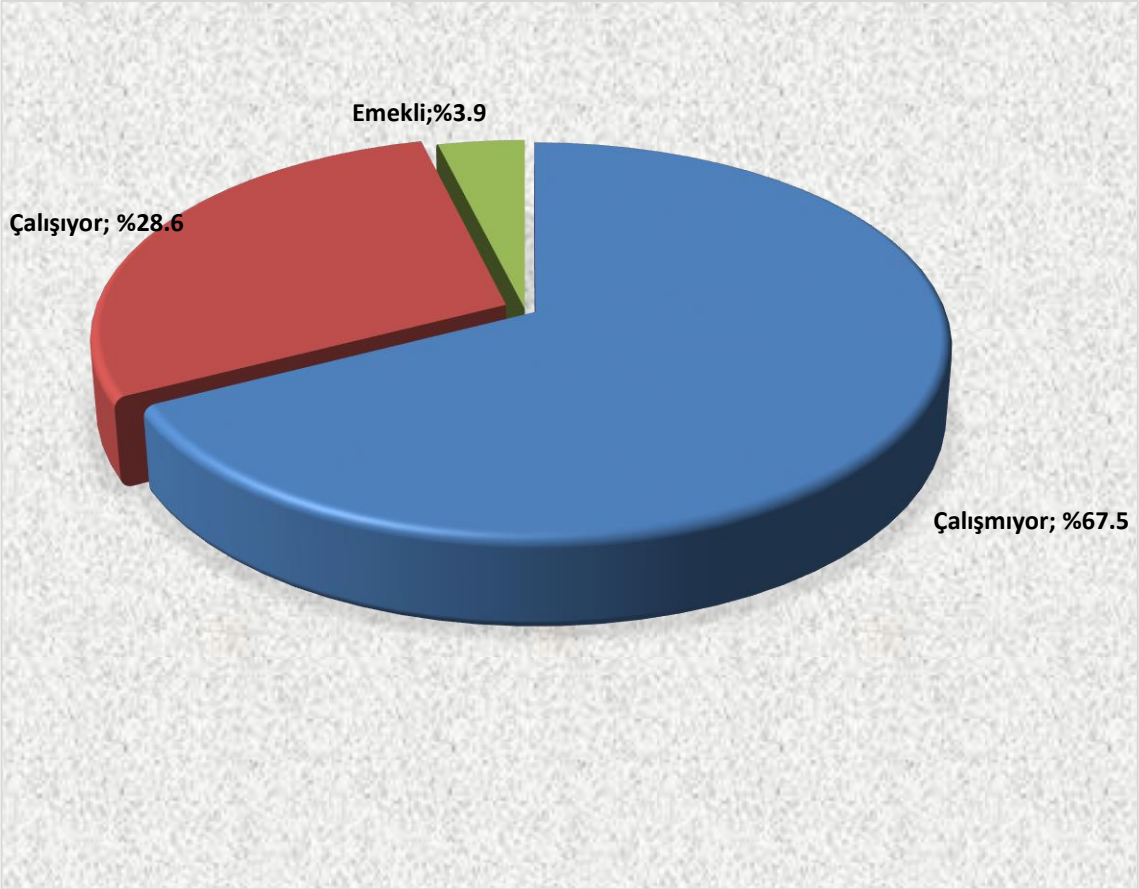
Olguların anabilim dalımıza müracaat ettiği dönemde, yaşama ortamına göre dağılımlarına bakıldığında %84.1'i (n:173) ailesiyle beraber, %11.1'inin (n:22) bakımevinde, %4.6'ının (n:9) yalnız yaşadığı, %0.2'inin (n:2) cezaevinde olduğu tespit edildi (Şekil 8).



Şekil 8. Olguların muayene edildiği dönemdeki yaşam ortamına göre dağılımı

7. Olguların çalışma durumu

Rapor düzenlenmek üzere tarafımıza gönderilen olguların rapor süreci esnasında herhangi bir işte çalışıp çalışmadığı yönünde yapılan incelemede; %67.5'inin (n:139) herhangi bir işte çalışmadığı, %28.6'ının (n:59) ise bir işte çalıştığı, %3.9'unun (n:8) emekli olduğu belirlendi (Şekil 9).

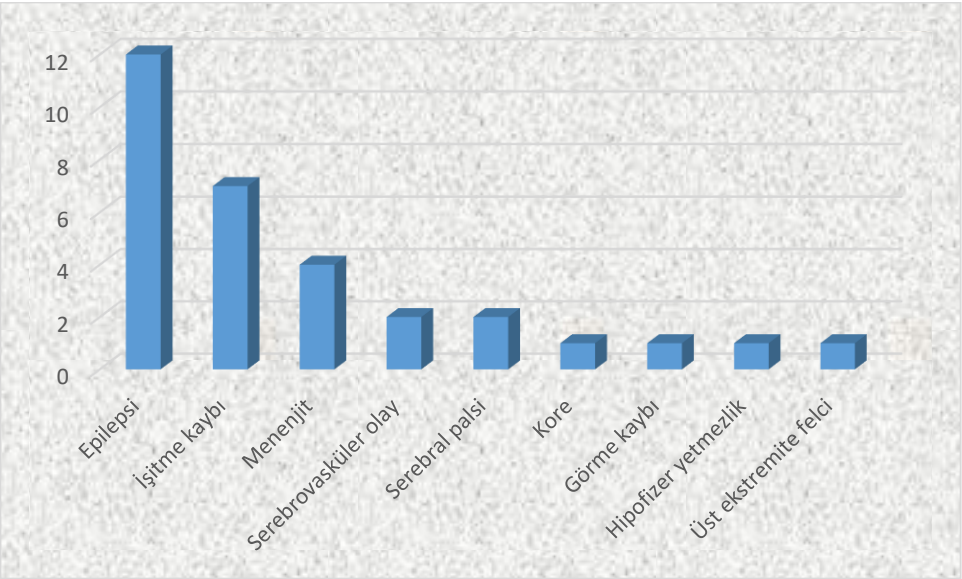


Şekil 9. Olguların çalışma durumuna göre dağılımı

8. Olgularda mevcut bedensel hastalıklar

Olguların bilinen bedensel hastalıkları olup olmadığı yönünde yapılan incelemede; %84.0'ının (n:173) herhangi bir bedensel rahatsızlığı bulunmazken, %16.0'ının (n:33) en az bir bedensel hastalığının olduğu belirlendi. Bedensel hastalıkların değerlendirilmesinde epilepsi hastalığı (n:12), işitme kaybı (n:7),

menenjit (n:4), serebrovasküler olay (n:4), serebral palsi (n:2), kore (n:1), görme kaybı (n:1), hipofizer yetmezlik (n:1), ekstremite felci (n:1) şeklinde tespit edildi (Şekil 10).

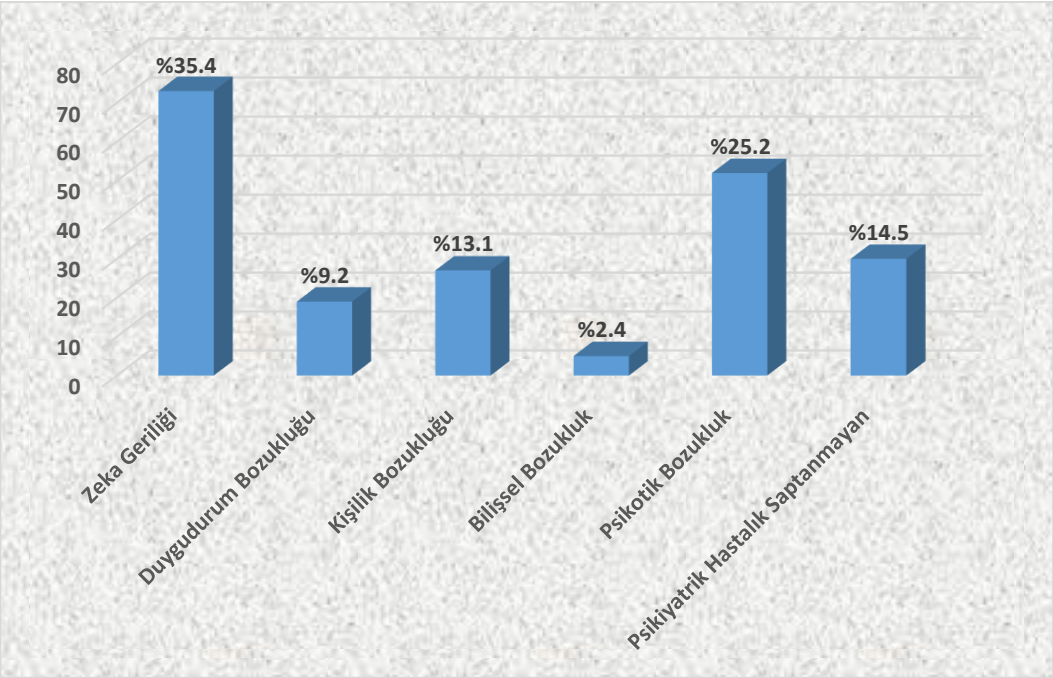


Şekil 10. Olguların bedensel hastalığa göre dağılımı

8. Olgularda mevcut psikopatolojiler

Olguların bilinen ruhsal patolojileri olup olmadığı yönünde yapılan incelemede; %71.4'ünün (n:147) tıbbi özgeçmişinde mevcut bilinen bir psikopatolojisinin olduğu, %28.6'inin (n:59) ise herhangi bir bilinen ruhsal rahatsızlığının bulunmadığı anlaşılmıştır. Yapılan adli tıbbi değerlendirmeler sonucunda bu 59 olgunun %49.2'sinde (n:29) psikopatoloji saptanmıştır. Bunlardan %58.6'sında (n:17) zekâ geriliği, %20.7'sinde (n:6) kişilik bozukluğu, %6.9'unda (n:2) bilişsel bozukluk, %10.3'ünde (n:3) psikotik bozukluk, %3.5'inde (n:1) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olduğu belirlendi. Bu olguların yaşa göre tanılarının dağılımı tablo 1'de gösterildi.

Çalışma kapsamında değerlendirilen toplam 206 olgunun %14.5'inde (n:30) olguda herhangi bir psikopatoloji saptanmadı. Olguların %35.4'ünde (n:74) zekâ geriliği, %25.2'sinde (n:53) psikotik bozukluk, %13.1'inde (n:25) kişilik bozukluğu, %9.2'sinde (n:19) duygudurum bozukluğu, %2.4'üne (n:5) ise bilişsel bozukluk bulunduğu tespit edildi (Şekil 11).



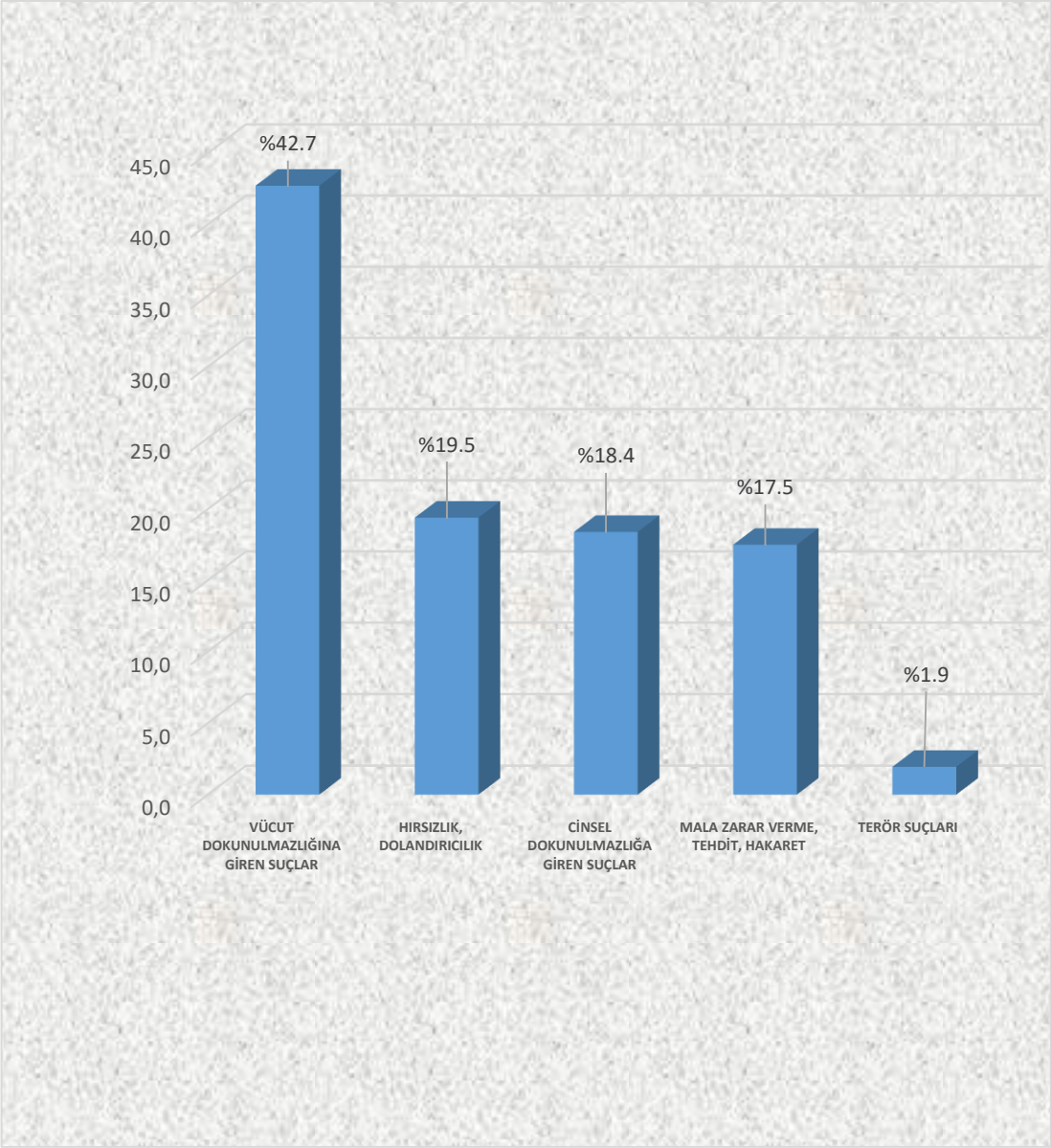
Şekil 11. Olguların psikopatolojik tanı dağılımları

Tablo 1. Adli tıbbi değerlendirme sonucu yeni tespit edilen psikiyatrik hastalıklar

		Tespit edilen psikopatolojiler									
		Zekâ Geriliği		Psikotik Bozukluk		Bilişsel Bozukluk		DEHB		Kişilik Bozukluğu	
		n Satır	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş Aralığı	16-18	4	50.0	0	0.0	0	0.0	1	12.5	3	37.5
	19-39	11	73.4	2	13.3	0	0.0	0	0.0	2	13.3
	40-64	1	20.0	1	20.0	2	40.0	0	0.0	1	20.0
	65+	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

9. Olguların suç türleri

Olguların suç türleri incelendiğinde; %42.7'sinin (n:88) vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlar, %19.5'inin (n:40) hırsızlık, dolandırıcılık, %18.4'ünün (n:38) cinsel dokunulmazlığa karşı işlenen suçlar olduğu belirlendi. Şekil 12'de olguların suç dağılımları gösterildi.



Şekil 12. Olguların suç türüne göre dağılımı

Olgularda cinsiyet ile suç türleri dağılımı incelendiğinde; vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlarda olguların %85.4'ünün (n:76) erkek, mala zarar verme, tehdit, hakaret suçlarının %91.7'sinin (n:33), cinsel dokunulmazlığa karşı işlenen suçların ise tümünün (n:37) erkek olduğu tespit edildi. Olguların cinsiyete göre suç türü dağılımı Tablo 2'de verildi.

Olguların yaş grupları ile suç türleri dağılımı incelendiğinde; vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçların %56.8'inin (n:50), cinsel dokunulmazlığa karşı işlenen suçların %44.7'sinin (n:17) 19-39 yaş grubundaki olgular olduğu, mala zarar verme, tehdit, hakaret suçların %50.0'sinin (n:18), hırsızlık, dolandırıcılık suçlarının %57.5'inin (n:23) 19-39 yaş arasındaki olgular olduğu belirlendi. Olguların yaşları ile suç dağılımı arasındaki dağılım Tablo 2'de gösterildi.

Olguların eğitim durumunun suç türleri dağılımı incelendiğinde; vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlarda %40.9 (n:36) ile hiç eğitim görmemiş olgular, cinsel dokunulmazlığa karşı işlenen suçlarda %34.2 (n:13), hırsızlık, dolandırıcılık suçlarında %37.5 (n:15) ile ilköğretim mezunlarının olduğu, mala zarar verme, tehdit, hakaret suçlarında %33.3 (n:12) ile ilkokul mezunlarının olduğu belirlendi (Tablo 2).

Olguların psikopatolojik tanılarının, suç türüne etkisi açısından yapılan incelemede; vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlarda %41.4 (n:34) ile psikotik bozukluk ve zekâ geriliği olgularının eşit olduğu, cinsel dokunulmazlığa karşı işlenen suçların %61.5 (n:16) ile zekâ geriliği olan olgular, mala zarar verme, tehdit, hakaret suçlarının %31.3'i (n:10) ile psikotik bozukluk tanılı olgular, hırsızlık suçunda %45.5 (n:15) ile zekâ geriliği tanılı olgular olduğu tespit edildi (Tablo 2).

Tablo 2. Olguların suç türünün sosyodemografik bulgularla karşılaştırılması

		SUÇ TÜRÜ									
		VÜCUT DOKUNULMAZLIĞINA KARŞI İŞLENEN SUÇLAR		CİNSEL DOKUNULMAZLIĞA KARŞI İŞLENEN SUÇLAR		MALA ZARAR VERME, TEHDİT, HAKARET		HIRSIZLIK, DOLANDIRICILIK		TERÖR SUÇLARI	
		(n)	Sütun (%)	(n)	Sütun (%)	(n)	Sütun (%)	(n)	Sütun (%)	(n)	Sütun (%)
Cinsiyet	Erkek	75	85.4	38	100.0	33	91.7	36	90.0	4	100.0
	Kadın	13	14.6	0	0.0	3	8.3	4	10.0	0	0.0
Yaş	16-18	9	10.2	13	34.3	2	5.6	9	22.5	0	0.0
	19-39	50	56.8	17	44.7	18	50.0	23	57.5	4	100.0
	40-64	25	28.4	7	18.4	11	30.5	7	17.5	0	0.0
	65+	4	4.6	1	2.6	5	13.9	1	2.5	0	0.0
Eğitim	Okur-Yazar Değil	36	40.9	11	28.9	9	25.0	12	30.0	1	25.0
	İlkokul	22	25,00	9	23.6	12	33.3	8	20.0	2	50.0
	İlköğretim	15	17,00	13	34.2	9	25.0	15	37.5	1	25.0
	Lise	13	14.8	5	13.1	3	8.3	4	10.0	0	0.0
	Üniversite	2	2.3	0	0.0	3	8.3	1	2.5	0	0.0
Medeni Durum	Bekâr	57	64.8	30	78.9	23	63.9	29	72.5	2	50.0
	Evli	31	35.2	8	21.1	13	36.1	11	27.5	2	50.0
Psikopatolojik tanı	Zekâ Geriliği	34	41.4	16	61.5	8	25.0	15	45.5	1	33.3
	Duygudurum Bozukluğu	9	11.1	4	15.4	6	18.8	0	0.0	0	0.0
	Kişilik Bozukluğu	4	4.9	4	15.4	6	18.7	10	30.3	1	33.3
	Bilişsel Bozukluk	1	1.2	1	3.8	2	6.2	1	3.0	0	0.0
	Psikotik Bozukluk	34	41.4	1	3.8	10	31.3	7	21.2	1	33.3

23.Olguların psikiyatrik tanılarına göre sosyodemografik bulguların karşılaştırılması

Olguların psikiyatrik tanıları ile yaş grupları dağılımı incelendiğinde; zekâ geriliği tanılı olguların %51.5'inin (n:17) 16-18 yaş grubunda, %37.5'inin ise (n:42) 19-39 yaş grubunda, 40-64 yaş grubunda psikotik bozukluk %34 (n:17) ve 65 yaş üzeri olgularda %27.3 (n:3) psikotik bozukluk tanısı konulduğu belirlendi (Tablo 3).

Olguların psikiyatrik tanıları ile cinsiyet dağılımı incelendiğinde; erkek olguların %36.6'sında (n:68) zekâ geriliği, %23.1'inde (n:43) psikotik bozukluk, %13.4'ünde (n:25) kişilik bozukluğu, %9.7'sinde (n:18) duygudurum bozukluğu olduğu, kadın olguların %40'ına (n:9) psikotik bozukluk, %25'ine (n:5) zekâ geriliği, %10'una (n:2) kişilik bozukluğu, %5'inde (n:1) duygudurum bozukluğu tespit edildi. Sınırda mental kapasiteye sahip olgular zekâ geriliği kapsamında değerlendirmeye alındı. Olguların psikiyatrik tanıları ile cinsiyet dağılımı Tablo 3'de gösterildi.

Olguların psikiyatrik tanılarının, çalışma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; çalışmayan olguların %40.8'i (n:60) zekâ geriliği, %30.6'sının (n:45) psikotik bozukluğu olduğu, çalışan olgularda %22'sinin (n:13) zekâ geriliği, %18.6'sı (n:11) kişilik bozukluğu, %13.6'sı (n:8) duygudurum bozukluğu olduğu anlaşıldı (Tablo 3).

Olguların psikiyatrik tanılarının, eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde; hiç eğitim almayan olguların %65.2'sinde (n:45) zekâ geriliği, ilkokul mezunlarının %32.1'inde (n:17) psikotik bozukluk, ilköğretim mezunu olguların %26.5'inde (n:14) zekâ geriliği, lise mezunlarının %40'ında (n:10) psikotik bozukluk, üniversite mezunlarının da %83.3'ünde (n:5) psikotik bozukluk tanısının olduğu anlaşıldı (Tablo 3).

Tablo 3. Ruhsal patolojilerin sosyodemografik verilerle karşılaştırması

		RUHSAL PATOLOJİ SINIFLANDIRMASI											
		Zekâ Geriliği		Duygudurum Bozukluğu		Kişilik Bozukluğu		Bilişsel Bozukluk		Psikotik Bozukluk		Ruhsal Patolojisi Olmayan	
		(n)	Satır (%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%))	(n)	(%)	(n)	(%)
Yaş	16-18	17	51.5	4	12.1	6	18.2	0	0.0	1	3.0	5	15.2
	19-39	42	37.5	8	7.1	17	15.2	0	0.0	31	27.7	14	12.5
	40-64	12	24.0	6	12.0	4	8.0	2	4.0	17	34.0	9	18.0
	65+	2	18.2	1	9.0	0	0.0	3	27.3	3	27.3	2	18.2
Cinsiyet	Erkek	68	36.6	18	9.7	25	13.4	5	2.7	43	23.1	27	14.4
	Kadın	5	25.0	1	5.0	2	10.0	0	0.0	9	45.0	3	15.0
Meslek	Çalışmıyor	60	40.8	11	7.5	16	10.9	4	2.7	45	30.6	11	7.5
	Çalışıyor	13	22.0	8	13.6	11	18.6	1	1.7	7	11.9	19	32.2
Eğitim	Eğitim almamış	45	65.2	4	5.8	3	4.3	1	1.4	12	17.5	4	5.8
	İlkokul	10	18.9	6	11.2	7	13.2	3	5.7	17	32.1	10	18.9
	İlköğretim	14	26.5	5	9.4	13	24.5	1	1.9	8	15.1	12	22.6
	Lise	4	16.0	3	12.0	4	16.0	0	0.0	10	40.0	4	16.0
	Üniversite	0	0.0	1	16.7	0	0.0	0	0.0	5	83.3	0	0.0

14. Olguların Adli Tıp Anabilim Dalında verilen kanaate göre dağılımı

Olguların cinsiyetlerine göre ceza sorumluluğu kararları incelendiğinde; erkek olguların (%69.9;n:130)'unun ceza sorumluluğu bulunmadığı, kadın olguların ise (%80;n:16)'inin ceza sorumluluğu bulunmadığı anlaşıldı. Olguların adli tıbbi değerlendirme sonucu ile cinsiyet dağılımı Tablo 4'de gösterildi.

Olguların yaş gruplarına göre ceza sorumluluğu kararları incelendiğinde; 15 yaşını doldurmuş 18 yaşını doldurmamış suça sürüklenen olguların (%78.8;n:26)'inin, 19-39 yaş grubundaki olguların (%68.8;n:77)'inin, 40-64 yaş arasındaki olguların (%68;n:34)'inin, 65 yaş ve üzeri yaştaki olguların ise (%81.8;n:9)'inin ceza sorumluluğu bulunmadığı kanaatine varıldığı tespit edildi (Tablo 4). Çocuk (16-18) ve yaşlı (65+) yaş grubundakilerin, işlediği fiille ilgili ceza sorumluluğunun tam olarak değerlendirilme sıklığı, daha az sıklıkta görülmüş olup istatiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Ki-kare: p=0.777).

Olguların medeni durumlarına göre ceza sorumluluğu kararları incelendiğinde; bekar olguların %73'ünün (n:103), evli olguların ise yapılan değerlendirmesinde %66.2'sinin (n:43) ceza sorumluluğunun bulunmadığı kanaatine varıldığı tespit edildi (Tablo 4).

Olguların eğitim durumuna göre ceza sorumluluğu değerlendirmesinde; okur yazar olmayan olguların %88.4'üne (n:61), üniversite mezunlarının %100'üne (n:6), lise mezunlarının ise %76'sına (n:19) ceza sorumluluğu olmadığı şeklinde değerlendirme yapıldığı anlaşıldı (Tablo 4).

Olguların psikiyatrik tanılarının, Adli Tıp Anabilim Dalında verilen kanaat kararlarına göre dağılımı incelendiğinde; zeka geriliği tanılı olguların %97.3'üne (n:72), duygudurum bozukluk tanılı olguların %78.9'una (n:15), kişilik bozukluğu tanılı olguların %22.3'üne (n:6), bilişsel bozukluğu olan olguların %60'ine (n:3), psikotik bozukluk saptanan olgulardan %94.2'sine (n:50) ceza sorumluluğu olmadığı şeklinde kanaat verildiği anlaşıldı (Tablo 4).

Zekâ geriliği tanısı bulunan 74 olgudan 2'sine ceza sorumluluğu olduğu yönünde kanaat verilmiştir. Bu olgular incelendiğinde; olgunun birinin kasten yaralama, diğerinin hırsızlık nedeni ile değerlendirildiği ve her iki olgunun sınırda mental kapasite tanısının bulunduğu belirlendi.

Duygudurum bozukluğu tanılı 19 olgunun 4'üne adli tıbbi değerlendirme sonucunda ceza sorumluluğu bulunduğu yönünde değerlendirildiği, bu dört olgunun ikisine depresif bozukluk, ikisine de anksiyete bozukluğu tanısı konulmuştur. Bu olguların suç türleri incelendiğinde ikisinin tehdit, birinin cinsel taciz, diğerinin kasten yaralama olduğu anlaşıldı.

Psikotik bozukluk tanılı 53 olgunun adli tıbbi değerlendirilmesinde 3'üne ceza sorumluluğun olduğu yönünde kanaat belirtildiği; bunların remisyonda olduğu, suç türlerinde ikisinin hırsızlık, birinin vücut dokunulmazlığı karşı işlenen suç olduğu anlaşıldı.

Tablo 4. Adli tıbbi değerlendirme sonucunun sosyodemografik verilerle karşılaştırılması

		Ceza Sorumluluğu Olanlar		Ceza Sorumluluğu Olmayanlar	
		(n)	satır(%)	(n)	satır(%)
Cinsiyet	Erkek	56	30.1	130	69.9
	Kadın	4	20.0	16	80.0
Yaş	16-18	7	21.2	26	78.8
	19-39	35	31.2	77	68.8
	40-64	16	32.0	34	68.0
	65+	2	18.2	9	81.8
Medeni Durum	Bekâr	38	27.0	103	73.0
	Evli	22	33.8	43	66.2
Eğitim Durumu	Okur-yazar Değil	8	11.6	61	88.4
	İlkokul	18	34.0	35	66.0
	İlköğretim	28	52.8	25	47.2
	Lise	6	24.0	19	76.0
	Üniversite	0	0.0	6	100.0
Psikopatolojik tanı	Zekâ Geriliği	2	2.7	72	97.3
	Duygudurum Bozukluğu	4	21.1	15	78.9
	Kişilik Bozukluğu	19	77.7	6	22.3
	Bilişsel Bozukluk	2	40	3	60
	Psikotik Bozukluk	3	5.6	50	94.4

(p değeri> 0.05)

5. TARTIŞMA

Belirli bir yaş olgunluğuna erişmiş ve suç teşkil eden eylemi gerçekleştirdiği anda herhangi bir akıl hastalığının etkisinde olmayan bireyler cezalandırılabilme yeteneğine sahiptirler. Kişinin irade ve şuur serbestisini olumsuz yönde etkileyecek akıl hastalığına sahip olması hâlinde Türk Ceza Kanunu'nun 32. maddesi kapsamına göre ceza sorumluluğu ortadan kalkar ya da azalır. Bu değerlendirmelerde kural koyucunun yasakladığı davranışı ortaya çıkaran istek ve fantazilerin varlığı ve nedenleri objektif olarak ortaya konmalıdır. Suç eyleminin seçilmeksizin ve tasarlanmadan, istek ve irade dışı geliştiği saptanmalıdır. Şahsın suç davranışı aktif psikopatolojisi ve tıbbi özgeçmişiyle ilişkilendirilmelidir. Şahsın zekâ düzeyi objektif zekâ testleriyle tespit edildikten sonra bir değerlendirme yapılmalıdır. Yapılan tüm tıbbi değerlendirmeye rağmen bir kanaate varılamadığı durumlarda CMK 74. madde gereği ilgili uzman hekim önerisiyle, şahıs resmî bir sağlık kurumunda gözlem altına alınıp takip edilebilmektedir. Biz de çalışmamızda, üç yıllık süre içinde TCK 32. maddesi kapsamında adli tıbbi değerlendirmesi yapılan 206 olgunun adli raporlarını geriye dönük olarak inceledik.

Olguların olay tarihinden, tarafımıza başvuru tarihi arasında geçen süreler incelendiğinde; ortalama 14.4 ay bulunmuş ise de, olguların yaklaşık yarısının olaydan sonraki ilk 6 ayda adli tıbbi değerlendirmeye gönderildiği görüldü. Ortalamayı yükselten özellikle olguların %7,3'ünü kapsayan 36 ay ve üzeri olguların olduğu belirlendi. Genel olarak ortalama süre göz önüne alındığında olay sonrası başvuru sürelerinin geç olduğu düşünüldü. Geç gönderilme ve buna bağlı olarak geç değerlendirme, olayın üzerinden geçen zaman sebebiyle karar verme sürecinde zorlukların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Olgularda süreğen psikopatolojiler olabileceği gibi (örn: kişilik bozukluğu), akut alevlenmeler veya remisyon dönemi olan psikopatolojilerde (örn: şizofreni) olabilmektedir. Olay anındaki tıbbi durumunu en iyi şekilde değerlendirmek için olaya en yakın zamanda muayenenin önemi tartışılmazdır. Bu nedenle suç olgusu işlendikten sonraki en yakın zamanda adli tıbbi değerlendirme yapılması gerekmektedir.

Olguların Adli Tıp Anabilim Dalına başvuruları ile rapor düzenlenme süreleri incelendiğinde; ortalama olarak raporlar 2,4 ayda düzenlenmiştir. Adli psikiyatrik değerlendirmelerin, özelliği itibari ile bir süreci kapsaması ve bu nedenle diğer adli olgulara göre rapor sürecinin uzun olması beklenebilir. Ancak, olgularda rapor sürelerini uzatan en önemli nedenlerden biri psikiyatri konsültasyonu ile birlikte değerlendirilen olgular oluşturmuştur. Psikiyatrik muayene yanında, bazı olgularda sosyal inceleme raporunun hazırlanması gerekliliği, adli tahkikat evrakının incelenme ihtiyacı, tıbbi özgeçmişi gösteren tıbbi evrakın teminine yönelik yazışmalar, olgu hakkında bilgi verecek yakının bulunmaması, randevu verilmesi ve randevu tarihlerinde olgunun müracaat etmemesi gibi birçok faktör de rapor sürecini uzatan durumlar içinde olabilmektedir. Tanıya ulaşma bakımından Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 74. maddesine göre resmî bir sağlık kurumunda gözlem altına alınması gerekliliği olması durumunu içeren olgularda doğal olarak rapor sürecine etki edebilmektedir. Adli makamların değerlendirilmesi gereken belgeleri adli rapor istenmeden önce temin ederek bilirkişiye ulaştırması durumunda adli makamlardan kaynaklanan gecikmenin önüne geçilebilir.

Çalışmamızdaki olguların çok büyük bir kısmı erkektir. Yapılan birçok çalışmada, çalışmamıza benzer sonuçlar ortaya konulmuş ve literatürde ceza sorumluluğu kapsamında değerlendirilen erkeklerin, kadınlara göre çok daha yüksek oranlarda suç olgusu içinde olduğu gösterilmiştir (69-74). Normal popülasyondaki verilere bakıldığında, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 31.12.2019 tarihindeki ceza infaz kurumunda bulunanların %96,1'ini erkeklerin oluşturduğu açıklanmıştır. Yine 1989-1991 yılları arasında 2934 hükümlü ile yapılan kapsamlı çalışma sonucunda, ülkemizdeki hükümlülerin %7'sinin kadın olduğu görülmüştür (75). Adli değerlendirmesi yapılan olgular cinsiyet bakımından incelendiğinde; ceza sorumluluğu kapsamında değerlendirilen ve bir psikopatolojisi bulunan olgular ile diğer adli olgular arasında benzerlik olduğu görülmektedir.

Olguların psikiyatrik tanıları ile cinsiyet dağılımı kapsamında yapılan çalışmada, erkek olguların üçte birinden fazlasını zekâ geriliği, kadın olguların ise yarısına yakınını psikotik bozukluk tanısı oluşturmuştur. Her ne kadar çalışmamızla benzer sonuçlar gösteren kaynaklar olsa da ceza sorumluluğu kapsamında

değerlendirilen erkek olgularda en sık görülen akıl hastalığının psikotik bozukluk olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (76, 77).

Ceza sorumluluğu kapsamında değerlendirilen adli vakaların en fazla 2. ve 3. dekatta görüldüğü bilinmektedir (73, 78). Çalışmamızda da literatür bilgilerine benzer şekilde 19-39 yaş grubunda olan genç erişkin grubun, tüm olguların yaklaşık yarısını oluşturduğu belirlendi. Türkiye İstatistik Kurumunun 2019 yılı verilerinde hükümlülerin dörtte üçünün 18-44 yaş grubunda olduğu açıklanmıştır (79). TUİK verileri kapsamında hükümlülerin yaş ortalaması ile ceza sorumluluğu kapsamında değerlendirilen olguların yaş ortalamasının benzer olduğu tespit edildi. Bu yaş grubundaki olguların sosyal hayatta en aktif yaş grubunda olması ve biyolojik özelliklerinin suç işlemesinde önemli bir faktör olabilir. Yaş bakımından incelendiğinde; cinsiyete benzer şekilde ceza sorumluluğu kapsamında değerlendirilen ve bir psikopatolojisi bulunan olgular ile diğer adli olgular arasında benzerlik olduğu söylenebilir.

Olguların psikiyatrik tanıları ile yaş grupları dağılımı incelendiğinde; 16-39 yaş grubundaki ceza sorumluluğu kapsamında değerlendirilen olgularda en sık zekâ geriliği tespit edildi. 40 yaş ve üzeri yaş grubundaki olgularda ise psikotik bozukluk tanısının olduğu belirlendi. Çalışmamızdaki verilerin literatür taramalarındaki yapılan çalışmalarla benzer sonuçlarda olduğu anlaşılmıştır (80, 81).

Çalışma kapsamındaki olguların yaklaşık üçte biri okur-yazar değildir. Olguların eğitim düzeyin düşük olması, literatürdeki diğer çalışmalarla benzer bulundu (4, 5, 71, 82). Türkiye İstatistik Kurumunun 2020 yılı verilerine göre altı yaş üzeri nüfusta eğitim görmeyen şahısların, tüm altı yaş üzeri nüfusa oranının yaklaşık dokuzda biri olduğu belirlenmiştir (83). Çalışmamızdaki olguların, normal popülasyona kıyasla eğitim düzeyi düşüktür. Hiç şüphesiz ki özellikle zekâ geriliği olan bireylerin eğitimlerini devam ettirebilmelerindeki güçlükler, olguların eğitim seviyelerinde düşüklüğün en önemli nedeni olarak değerlendirilebilir. Çalışma kapsamındaki olgulardan hiç eğitim almayanların yarısından fazlasını zekâ geriliği tanılı olgular oluşturmaktadır. Gelişmiş ülkelere göre ülkemizde zekâ geriliği prevalansı değerleri daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun sebebi olarak, gelişmiş

ülkelerde IQ puanının yanı sıra uyumsal işlevselliğin de ölçülerek tanı koyulması, eğitim ve maddi olanakların kısıtlılığı gibi birçok nedeni olabilir (56). Olguların eğitim durumu ile suç türleri kıyaslandığında, ceza sorumluluğu kapsamında değerlendirilen olguların, bütün suç türlerinde eğitimsiz veya düşük eğitim seviyesinde olduğu tespit edildi ancak eğitim ve öğrenim durumuyla suç türü arasında bir ilişki olup olmadığı hususunda, olgu sayısının az olması sebebiyle tespit yapılamadı.

Çalışmamızda olguların adli tıbbi değerlendirmesinin yapıldığı dönemdeki yaşama ortamına göre dağılımı incelendiğinde; önemli bir kısmının ailesiyle birlikte yaşadığı, adli tıbbi değerlendirmesi yapılan olguların ikisinin cezaevinde olduğu anlaşıldı. Cezaevindeki olguların her ikisinin tıbbi özgeçmişinde antisosyal kişilik bozukluğu tanısı mevcuttu. Ceza sorumluluğu olmayan olgularımızdan tutuklu yargılanan yoktu. Literatür taramasında Nicholson ve arkadaşları ceza sorumluluğu olmayan 61 olguyu 5 yıl süre ile izlemiş ve % 16.4'ünün cezaevine girdiğini belirlemişlerdir. Yine başka bir çalışmada ceza sorumluluğu olmayan olgulardan %1.5'inin cezaevinde olduğu anlaşılmıştır (84).

Olguların medeni durumlarına göre ceza sorumluluğu kararları incelendiğinde; her iki medeni durumun büyük bir çoğunluğunun ceza sorumluluğunun bulunmadığı kanaatine varıldığı, bununla birlikte bekâr olguların oransal olarak evlilerden daha yüksek olduğu anlaşıldı. Crocker ve arkadaşları, ceza sorumluluğu olmayan olguların %83.6'sının bekâr olduğunu saptamışlardır (85). Türkcan ve arkadaşlarına göre, ceza sorumluluğu kapsamında değerlendirilen tüm olguların %50.6'sının bekâr, %31'inin evli, Alhumaud ve arkadaşlarının çalışmasında, tüm olguların %50'sinin bekâr, %30'unun evli olduğu belirlenmiştir (72, 73). Yapılan çalışmalardaki sonuçlar çalışmamızla benzer olduğu anlaşılmıştır.

Rapor düzenlenmek üzere tarafımıza gönderilen olguların rapor süreci esnasında herhangi bir işte çalışıp çalışmadığı yönünde yapılan incelemede, üçte ikisinin herhangi bir işte çalışmadığı belirlendi. Türkiye'de Türkcan ve arkadaşları ceza sorumluluğu açısından değerlendirilen tüm olguların yarısının herhangi bir işte çalışmadığını saptamıştır (72). Maner'in çalışmasında da benzer bir şekilde, olguların yaklaşık yarısının işsiz olduğu açıklanmıştır (86). Çalışmamızdaki olgularda literatür

ile uyumlu şekilde genel olarak işsizlik oranının yüksek olduğunu göstermektedir (87, 88). Genel olarak psikopatolojilerde sosyal işlevsellik azalması ve yeti kaybı sebebiyle iş sürdürmede sıkıntılar meydana geldiği, bu sebeple olgulardaki işsizlik oranının yüksek olduğu şeklinde açıklanabilir.

Olguların psikiyatrik tanıları ile çalışma durumu karşılaştırıldığında; çalışmayan olguların yarısına yakınını zekâ geriliği, üçte birini ise psikotik bozukluk tanısına sahip olguların oluşturduğu anlaşıldı. Psikotik bozukluk ve zekâ geriliği tanıları, gençlik yıllarından başlayarak, işlevselliği bozar ve çevreyle önemli uyumsuzluk yaratır (89, 90). Böylece çalışma durumu ve işi sürdürebilmelerinde büyük zorluklarla yaşamaktadırlar. Psikopatolojisi olan olguların bellek, öğrenme, dikkat eksikliği, düşünce ve sosyal uyum bozuklukları sebebiyle çalışma oranlarının düşük olduğu belirtilmektedir (56, 91).

Çalışma kapsamındaki olguların bilinen ruhsal patolojileri olup olmadığı yönünde yapılan incelemede; dörtte üçünün tıbbi özgeçmişinde bilinen bir ruhsal hastalığı mevcuttu. Yapılan adli tıbbi değerlendirmeler sonucunda özgeçmişinde ruhsal patoloji olmayan olguların yaklaşık yarısında ilk defa adli tıbbi değerlendirme ile bir psikopatoloji tespit edilmiştir. Bu olgular incelendiğinde beşte üçü zeka geriliği, beşte biri kişilik bozukluğu, beşte biri psikotik, bilişsel bozukluk ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almıştır. İlk kez adli tıbbi değerlendirme sürecinde tanı konulan olgulardan zekâ geriliği tespit edilenlerin yarısından fazlası sınırda mental kapasitededir. Sınır entellektüel kapasitedekilerin daha önce tanı almamasının en önemli nedeni olgunun yaşadığı sosyokültürel çevre ile doğrudan ilişkilidir. Bu olgulara adli tıbbi değerlendirme ile tanı konulmuştur.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna (DEHB) sahip bir olgunun ilk kez adli tıbbi değerlendirmede tanı alması da dikkat çekici olmuştur. DEHB olgularının büyük kısmına okul çağında tanı konulmaktadır. Tedavi edilmemiş erişkinlerde davranış, duygudurum ve anksiyete bozuklukları, antisosyal özellikler ve madde kullanımı, aile çatışmaları, bilişsel ve psikososyal ve akademik işlevlerde bozukluk daha sık görülür (92). DEHB, okul öncesi dönemde belirti vermeye başladığı, tanı konulup tedaviye başlanmasının genellikle okul yıllarında olduğu belirtilmektedir.

Tanı almadığı için tedavi görmeyen DEHB olan çocukların ileri yaşlarda sosyalleşme sorunları ve antisosyal davranışlar geliştirerek riskli davranışlar yaptıkları bilinmektedir (93, 94). Bulgularımıza göre suça sürüklenen çocukların adli psikiyatrik değerlendirmelerinde daha önce tanı almamış; DEHB olan çocukların olabileceği düşünülmeli, tanı için gerekli psikiyatrik muayeneler yapılmalı ve tedavi süreci başlatılmalıdır. Ayrıca DEHB tanısına yönelik tarama programları da yapılmalıdır. Böylece çocukların erken tedavileri yapılarak, suç davranışına sürüklenmesinin engellenebilir. Adli makamların, suça sürüklenen çocuklarda böyle olguların olabileceğini akla gelmeli ve adli psikiyatrik muayeneyi ihmal etmemesinin önemli olduğu farkındalığı oluşturulmalıdır.

Çalışma kapsamındaki olguların yarısından fazlasını zekâ geriliği ve psikotik bozukluk tanılı olguların oluşturduğu tespit edildi. Zekâ geriliğinin araştırma kapsamındaki tüm olguların üçte birini oluşturması dikkat çekmektedir. Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarda da ceza sorumluluğu kapsamında değerlendirilen olgularda yüksek oranlarda zekâ geriliği tanısı konulmuştur (5, 95). Zekâ geriliği kapsamındaki insanların % 85'inin sınır ve hafif, % 10'unun orta, % 4'ünün ağır, % 1 ile 2'si de çok ağır zekâ geriliği düzeyinde olduğu bildirilmektedir (96). Hafif zekâ geriliği tanılı olguların heyecanlarının değişken olması ve telkine aşırı yatkınlıklarından dolayı, gençlik ve yetişkinlik zamanlarında kolayca suça yönelmelerinde bir etken olabilmektedir (97).

Çalışmada değerlendirilen ikinci sıklıkta olgu grubunu psikotik bozukluk tanılı olgular oluşturmuştur. Şiddet eyleminin psikotik belirtilerle yakın ilişkili olduğu belirtilmiştir. Çoğunlukla dezorganize veya ajite davranışın bir parçası olarak veya sanrı sistemi ile varsanıların doğasından kaynaklanmaktadır. Kötülük görme şeklinde sanrılar ve varsanılar hastanın diğer kişiler tarafından zarar göreceğini, kendisine kötülük yapılacağını ya da tehditleri içerir (98, 99). Hastanın duygulanımı da etkilenir; böylece kızgın, öfkeli ve sıkıntılı olan hasta, bu tekrarlayan tehditlere karşı bir reaksiyon olarak şiddet eylemine başvurabilmektedir (100, 101).

Çalışmamızdaki olguların suç türünün yaklaşık yarısının vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlar olduğu bulunmuştur. Literatürde de çalışmamızla benzer biçimde, ceza sorumluluğu kapsamında değerlendirilen olguların suç türünde en sık vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlar olduğu belirtilmektedir (5, 102).

Çalışmada suç türü bakımından incelendiğinde vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçların hem erkek, hem de kadınlarda en sık suç türü olduğu belirlendi. Literatürde ceza sorumluluğu kapsamında değerlendirilen olguların suç türü bakımından çalışmamızla benzer sonuçlarda olduğu görülmektedir (5, 103). Kocaeli bölgesinde yapılan bir çalışmada 2009-2013 yılları arasında hükümlü verileri incelendiğinde yıllar içinde sayılarda büyük değişiklikler olsa da suç türü olarak kadınlarda hırsızlık suçunun ilk sırada olduğu, erkeklerde ise vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlar ve hırsızlık suçlarının birbirlerine yakın sayıda olduğu görülmektedir (104). 1989-1991 yılları arasında 2934 hükümlü ile yapılan bir başka çalışmada, ülkemizdeki hükümlülerin %7'sinin kadın olduğu, hükümlü kadınların en sık işledikleri suç türünün adam öldürme, ikinci sırada dolandırıcılık, üçüncü sırada ise hırsızlık suçu olduğu belirtilmektedir. Ceza sorumluluğu kapsamında değerlendirilmeyen popülasyondaki yapılan çalışmalarda kadın olgularda hırsızlık suçunun ilk sırada olduğu belirtilmiş olup çalışmamızda -ceza sorumluluğu kapsamında- değerlendirdiğimiz kadın olgularda suç türünün en sık vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlar olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçların, her iki cinsiyette de en sık görülen suç türü olması bir bakıma öngörülebilen bir durum olduğu da söylenebilir. Çünkü ceza sorumluluğu değerlendirilen olguların psikotik bozukluk ve zekâ geriliği gibi tanılarının ilk sıralarda yer alması, psikotik bozukluklar içinde en sık görülen alt grubu olan şizofrenlerin sıklıkla karıştığı suç türünün yaralama olduğu ve bu suçu işlemelerindeki en büyük sebebin hezeyanlar olduğu bilgileri (23, 105), zekâ geriliğine sahip bireylerin müsait çevrede yönlendirmeye açık olmaları ve muhakeme kusuru sebebiyle vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçların daha sık görülmesine neden olabilmektedir (23, 106).

Çalışmamızda cinsel dokunulmazlığa karşı işlenen suç olgularının tümünün erkek olduğu bulunmuştur. Bu kapsamda yapılan birçok çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (86, 106).

Literatürde ceza sorumluluğu kapsamında değerlendirilmeyen olgular arasında da yapılan çalışmalarda erkeklerin, kadınlardan çok daha sık cinsel dokunulmazlığa karşı suç işlediği belirtilmektedir (107-109).

Değerlendirme kapsamındaki olguların yaşlarının suç türleri ile yapılan kıyaslamasında, bütün suç türlerinin yaklaşık yarısının failinin 19-39 yaş arasındaki olgular olduğu belirlendi. Suç türü ile yaş grubu dağılımı arasında literatürde, çalışmamıza benzer biçimde 19-39 yaş grubundaki olguların tüm suç türlerinde fail olarak tespit edildiği saptanmıştır. TUİK' in 2015-2019 verileri incelendiğinde yaş gruplarının suç oranları yıldan yıla pek fazla değişiklik göstermediği, aynı yaş grubunda suç oranlarının yıllar içinde benzer olduğu görülmektedir. Tüm suçluluğun yıllar itibariyle yaklaşık %34.6 - %36.1'i 25-34 yaş grubunda gerçekleşmektedir (110). Denis, olguların %54'ünün 18-39 yaş grubunda olduğunu belirlemiştir (111). Ceza sorumluluğu kapsamında suçun failinin yaşı için olguların sosyal anlamda en verimli çağlarında olduğunu ifade eden çalışmalar mevcut olup bizim çalışmamızda da tüm suç türlerinde 19-39 yaş grubundaki olguların ortalaması en sık düzeyde olduğu görülmüştür (4).

Çalışmamızdaki olguların psikopatolojik tanılarının, suç türüne etkisi açısından yapılan değerlendirmede; vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçların failinin beşte dördü psikotik bozukluk ve zekâ geriliği tanılı olgular olduğu anlaşılmıştır. Literatürde, çalışmamıza benzer biçimde psikotik bozukluk ve zekâ geriliği tanılı olguların vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçları işlemeye meyilli oldukları saptanmıştır (99, 112, 113). Coid, psikotik hastalık tanısı konulan 458 hastayı ileriye dönük olarak inceledikleri çalışmada, %38'inde şiddet davranışı saptamışlardır (114). On beş yıl boyunca polis kayıtlarından takip edilen 644 şizofreni tanılı hasta, genel popülasyona oranla dört kat daha fazla şiddet davranışı sergilemiştir (115). Sınırda mental kapasiteye sahip olanlar ile hafif zekâ geriliği olanlar muhakeme kusuru göstermeleri ve aşağılık duygusuna sahip olmaları sebebiyle müsait çevrede

yaralama suçları sık görülmektedir (23). Lopez-Leon ve arkadaşlarının çalışmasında suç işleyen 27 ergenin zekâ puanı düzeyleri, genel popülasyonun zekâ puan ortalamasına göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur (116).

Çalışma kapsamında cinsel dokunulmazlığa karşı işlenen suçların yarısından fazlasında fail olarak zekâ geriliği tanılı olguların olduğu tespit edildi. Literatürdeki benzer çalışmalarda da zekâ geriliğinin, cinsel dokunulmazlığa karşı işlenen suçlarda yüksek oranda olduğu görüldü (117-119). Zekâ geriliğine sahip olgularda cinsel dokunulmazlığa karşı işlenen suçların sık görülmesinin sebebi, olguların dürtülerini kontrol etmeyi kolay öğrenemedikleri gibi başkalarının telkinlerine de açık olmaları ve kötü bir çevrede suç işlemeye kolaylıkla sürüklenebilmeleri söylenebilir (23, 120).

Çalışmamızda hırsızlık ve dolandırıcılık suçlarında da en sık zekâ geriliği tanılı olgular olup bu tip suçlarda genellikle yardakçılık, erketecilik görevleriyle, kolayca suça yönelebilecekleri bildirilmektedir (97). Bunun sebebi olarak, muhakeme kusurlarının olması ve müsait çevrede suça yönlenmelerinin kolaylığı olduğu şeklinde açıklanmaktadır (23, 121). Zekâ geriliği ile suç arasındaki en yakın ilişkinin hırsızlık ve cinsel suçlarda olduğu bildirilmiştir (118).

Adli tıbbi değerlendirme sonuçlarına göre olgular incelendiğinde; zekâ geriliği tanılı olguların %2.7'sinin ceza sorumluluğu olduğu yönünde değerlendirildiği anlaşılmıştır. Bu olguların suç kapsamında ceza sorumluluğu olmadığı veya azaltılmış ceza verilmesi gerektiği şeklinde değerlendirilmesinde, olguların muhakeme, irade zayıflıkları nedeniyle telkine müsait olmaları ve hezeyanlarının büyük etkisi bulunmaktadır (23).

Duygudurum bozukluk tanılı olguların dörtte üçünden fazlasına ceza sorumluluğu olmadığı yönünde değerlendirme yapıldığı tespit edilmiştir. Bu kapsamda değerlendirilen olguların manik veya majör depresyon semptomları yaşadıkları zamanlarda suç olgusu içinde yer almaları sebebiyle ceza sorumluluğu olmadığı yönünde değerlendirilmiştir. Bu olguların semptomatik dönemlerinde bilişsel fonksiyonlarının büyük ölçüde etkilenmesinin, ceza sorumluluğu olmadığı yönünde yapılan değerlendirmelerde önemli etkisi bulunmaktadır (23, 122).

Psikotik bozukluk tespit ettiğimiz olguların tamamına yakınına, tarafımızca ceza sorumluluğu olmadığı şeklinde kanaat verilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada psikotik bozukluk saptanan olguların %83'ünün, duygudurum bozukluğu saptanan hastaların %63'ünün ceza sorumluluğu olmadığı belirlenmiştir (73). Psikotik bozukluğu tespit edilip, ceza sorumluluğu olduğu yönünde değerlendirilen üç olgunun olduğu anlaşılmış olup bu olguların adli tıbbi değerlendirme sonucunda remisyonda olduğu ve suç fiilinin mevcut psikopatolojisine bağlı olmadığı şeklinde değerlendirilmiştir. Ceza sorumluluğu olmadığı yönünde değerlendirilen olgularda, suç olgusunun meydana gelmesindeki en önemli nedenin hezeyanlar olduğu bilinmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

2018-2020 yılları arasında anabilim dalımıza TCK 32. madde kapsamında belirlediğimiz olgular kapsamlı olarak değerlendirildi.

1. Bulgularımıza göre TCK 32. madde kapsamında değerlendirmeye alınan olguların %93'ünün erkeklerden oluşmaktadır. 19-39 yaş aralığındaki grubun bütün olguların %54.4'ünü kapsamaktadır. Olguların %85'inin en fazla ilköğretim seviyesinde bir okulu bitirmiş olup lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olgular ise %15 seviyesinde bulunmuştur.

2. Ceza sorumluluğu değerlendirilen olguların %90.3'ü erkek, %9.7'si kadın olup ortalama yaş 33.5 (min:16, maks:80) olarak bulunmuştur. İşlenen suç türlerinin %42.7'si vücut dokunulmazlığına karşı, %19.5'i hırsızlık, dolandırıcılık, %18.4'ü cinsel dokunulmazlığa karşı, %17.5'i mala zarar verme, tehdit, hakaret, %1.9'u terör suçudur. Olguların %35.4'ünde zekâ geriliği, %25.2'sinde psikotik bozukluk, %13.1'inde kişilik bozukluğu, %9.2'sinde duygudurum bozukluğu, %2.4'ünde ise bilişsel bozukluk olup %14.6'sında ise psikopatoloji saptanmamıştır. Tüm olgular içinde %70.9'unun ceza sorumluluğunun olmadığı kanaatine varıldığı belirlenmiştir.

3. Ceza sorumluluğu değerlendirilen olguların %71.4'ünün daha önceden bilinen bir psikopatolojisinin olduğu bulunmuştur. %14.1 olguya ise adli tıbbi değerlendirme sürecinde psikopatoloji tanısı konulmuştur. Adli tıbbi değerlendirmeyle ilk kez tanısı konulan olgular olması dikkate değer bir durumdur. Bu konuda ilgili makamların sadece tıbbi özgeçmişinde psikopatoloji olan olguları değil, akıl hastalığı açısından şüphe ettiği tüm olgulara vakit kaybetmeden adli psikiyatrik değerlendirme yaptırması gerekir. Bu şekilde olgunun bilinmeyen bir psikopatoloji varsa ve suç ile ilişkiliyse bu ortaya çıkarılabilir.

4. Olguların yaklaşık yarısının olayın sonrasındaki ilk altı ay içinde adli tıbbi değerlendirmesinin yapılmak üzere gönderildiği belirlendi. Diğer yarısının yedi aydan dokuz yıla kadar uzayan bir süreçte adli tıbbi değerlendirmeye gönderildiği, bu durumun olguların aktif psikopatolojisi olup olmadığı, aktif semptomların değişkenliği

ve akıl hastalığının suç ile ilişkisi hususunda mevcut son durumu sebebiyle adli tıbbi değerlendirmeyi güçleştirmektedir. İlgili makamların zaman kaybetmeden olguları, adli tıp, psikiyatri, çocuk psikiyatrisi uzmanlarının bulunduğu sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi ile adli sürecin kısalmasına ve kamuya olan ekonomik maliyetlerin de azaltılmasına yardımcı olabilir.

5. Adli tıbbi değerlendirme sürecinde adli psikiyatri alanındaki raporlar ortalama 2,4 ayda düzenlenmiştir. Bu süre raporun niteliği de göz önüne alındığında makul karşılanabilir. Ancak bazı olgularda adli tahkikat evrakında eksik belge- tıbbi belge olması nedeni ile tekrarlı yazışmalara neden olabilmekte, bu durumda rapor sürecini uzatabilmektedir. Bu nedenle adli tıp uzmanına, olguya ait adli tahkikat evrakı varsa kişiye ait tıbbi belgeler ve sosyal inceleme raporlarının da temin edilerek ilk değerlendirmede gönderilmesi ile bu aksaklıkları önemli ölçüde giderilebilir.

KAYNAKLAR

1. Aslan Y. Türk hukukunda tüzel kişilerin ceza sorumluluğu. Ankara Barosu Dergisi. 2010(2).
2. Koparan MR. TCK Genel Hükümler Ceza Sorumluluğunu Kaldıran ve Azaltan Sebepler. 2006.
3. Kök AN. Türk Ceza Adalet Sisteminde Adli Tıp Uygulamaları. Seçkin Yayıncılık, Ankara. 2014(s 55-56).
4. Polat S, Hocaoglu C. Bir eğitim ve araştırma hastanesi psikiyatri polikliniğine yönlendirilen adli olguların değerlendirilmesi. Ortadoğu Tıp Dergisi. 2020;12(2):290-4.
5. Çöpoğlu ÜS, Bülbül F, Kokaçya MH, Alıcı D, Taştan MF, Ünal A, et al., editors. Adli psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen olguların psikiyatrik tanıları, madde kullanım durumları, sosyo-demografik ve klinik özellikleri. New. New/Yeni Symposium Journal; 2014.
6. Burkay S. Teorik çerçevede suç. ETHOS: Felsefe ve Toplumsal Bilimlerde Diyaloglar. 2008(2):4.
7. Yamak N, Gürel F, Koçak S. Hırsızlık Suçunun Sosyo-Ekonomik ve Demografik Belirleyicileri: Panel Veri Analizi. TISK Academy/TISK Akademi. 2016;11(21).
8. BAL, H. (2003) Hukuk-Hukuk Sosyolojisi, Süleyman Demirel Üniversitesi Yayın No: 32, Isparta.
9. Akpınar İ. Suç olgusu, suç teorileri ve kadın suçluluğu: kayseri örneği: Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018.
10. Anayurt Ö.(2001) Hukuka Giriş ve Hukukun Temel Kavramları, Ankara: Seçkin Yayınları.
11. Güllü İ. Suç olgusuna teorik ve eleştirel bir yaklaşım. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi. 2014;2014(3):104-7.
12. Yücel T. Yücel, Suç ve Ceza Anatomisi, Ankara: Yarı Açık Cezaevi Matbaası, 1973, s. 11.
13. ÇALIK E. İlkel topluluktan modern topluma geçiş sürecinde ceza-adalet ilişkisi. İnönü University International Journal of Social Sciences (INIJOSS). 2016;5(1):111-30.

14. Mustafa A. Suç Mağdurlarına Tazminat Ödenmesi Anlayışının Tarihi Gelişimi. Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2016;24(1):7-36.
15. Gökduman Ö. Ceza infaz kurumlarında eğitimin önemi: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2011.
16. vedat Dilberoğlu A. Cezalar ve güvenlik tedbirlerinin amacı ve niteliği. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2016;65(4):1517-44.
17. Artuk ME. Güvenlik tedbirleri. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2008;12(1):461-92.
18. Deniz D. Kişilik bozukluklarında tanı güvenirliği ve cezai sorumluluk. Adli Tıp Bülteni. 2017;22(2):124-9.
19. Alacakaptan U. Suçun unsurları: Ankara: Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi; 1975.
20. Ulutürk GH. Türk ceza hukukunda akıl hastalığı ve kusur yeteneğine etkisi: Bahçeşehir Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü; 2009.
21. Centel, Nur/Zafer, Hamide/Çakmut, Özlem, "Türk Ceza Hukukuna Giriş", Beta Yay., İstanbul 2008, s350
22. Erkan VU, Yücer İ. Ayirt Etme Gücü. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2011;60(3):485-522.
23. Özden SY. Adli psikiyatri: Nobel Akademik Yayıncılık; 2015.
24. Uzunpostalcı M. İslam hukukunda ehliyeti daraltan veya ortadan kaldıran sebepler. İslam Hukuku Araştırmaları Dergisi. 2007;9:67-100.
25. Ceza Hukukunda Adli Psikiyatri, Adli Psikiyatri Uygulama Klavuzu, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 1. Baskı, İstanbul.
26. Forensic psychology: A very short introduction. New York: Oxford University Press. Carter, D. (2010).
27. Brigham JC. What is forensic psychology, anyway? Law and Human Behavior. 1999;23(3):273-98.
28. Brigham, J. C. (1999). What is forensic psychology, anyway Law and Human Behavior.
29. Dali Sba, Akduman Upi. Türkiye'de 1999-2004 Yillari Arasinda Tck'nin 46. Maddesinden Faydalanan Kişilerin Şiddet Davranişinin Analizi Ve Tekrarlama Risk Faktörleri.

30. Oral, G. (2001). İsnat Kabiliyeti-Cezai Sorumluluk ve Mac Naughten Davası. Klinik Adli Tıp, 1. .
31. Blackburn, R. (2005). The Psychology of Criminal Conduct: Theory, Research and Practice. John Wiley and Sons Ltd, England.
32. Aktan, C. ve Işık, K.A. (2012). "Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış". .
33. http://www.who.int/topics/mental_disorders/en, 12.07. 2009.
34. Association AP, Nomenclature Co, Statistics. Diagnostic and statistical manual: mental disorders: American Psychiatric Association; 1952.
35. Organization WH. International Classification of Diseases-ICD. 2009.
36. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, (ICD-11).
37. Dinçmen K. Psikiyatri Konuya İlgi Duyan Herkese. Arıon Yayınevi, İstanbul, 2004.
38. Akgün N. Adli Psikiyatri, Nadir Kitap, İstanbul, 1987: syf 148.
39. Çöpür M, Eryılmaz A, Çakmak D. Alkol, madde kullanımı ve yasal sorunlar. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2014;30:84-8.
40. https://icd.who.int/en icd 11.
41. Taymur İ, Türkçapar MH. Kişilik: tanımı, sınıflaması ve değerlendirmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012;4(2):154-77.
42. Summakoğlu D, Ertuğrul B. Şizofreni ve Tedavisi. Lectio Scientific. 2018;2(1):43-61.
43. Karakuş G, Kocal Y, Damla S. Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2017;26(2):251-67.
44. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. 1. Baskı Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2007;500.
45. Çetin M. Şizofreni Tedavisi: Geçmişi, Bugünü ve Geleceği. Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2015;25(2):95-9.
46. Mantere O, Suominen K, Valtonen HM, Arvilommi P, Leppämäki S, Melartin T et al. Differences in outcome of DSM-IV bipolar I and II disorders. Bipolar Disord 2008; 10:413-425. .

47. Almeida OP, Fenner S. Bipolar disorder: similarities and differences between patients with illness onset before and after 65 years of age. Int Psychogeriatr 2002; 14:311-322.
48. Kesebir S, Şayakçı S, Süner Ö. Geç başlangıçlı olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının karşılaştırılması. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2012; 25:244-251.
49. Özmen HA, İnanç L, Altıntaş M. Çok geç başlangıçlı şizofreni benzeri psikoz olgusu. Klinik psikofarmakoloji bülteni. 2012; 22:190-3.
50. Aydemir Ç, Kısa C. Konsültasyon liyezon psikiyatrisinde demans. Klinik psikiyatri. 2001; 4: 203-11.
51. Erkol G. Kognitif bozukluklar ve demans. Sempozyum dizisi. 2005; 42; 237-48.
52. Dönmez MC, Gündoğar D, Demirci S. Deliryum: nedenleri ve klinik yaklaşım. Turkiye Klinikleri J Med Sci. 2007;27:718-24.
53. Öztürk MO. Organik ruhsal bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 9. Baskı. Ankara: Feryal Matbaası; 2002. p.490-6. .
54. Shevell I.M, Swaiman F.K. Global developmental delay and mental retardation. In Swaiman F K, Ashwal S ed. Pediatric Neurology. Third edition. Philadelphia: Mosby 1999: 551-60.
55. Evans BO. Mental Retardation. In: Evans BO Ed. Manual of Child Neurology. Edinburg, 1987; 149-57.
56. Görmez A. Erişkin Zihinsel Yetersizliği ve Psikiyatri: Türkiye ve Dünyada Güncel Durum.
57. Karaca A, Durna Z. Epilepsili Hastalarda Psikososyal Destek. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7(1):218-25.
58. Bambal G. Epilepsi Oluşum Mekanizmaları. Konuralp Medical Journal. 2011;3(3):42-5.
59. Ünal A, Saygı S. Epilepsi Hastalarında Görülen Psikiyatrik Bozukluklar Turkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1(40):40-45.
60. Yolcu S, Canbek Ö, Incesu C, Uygur N. Epilepsi, suç ve ceza ehliyeti. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 1999;12:34-40.
61. Kökrek Z, Cansunar FN, Ortaköylü L, Balcıoğlu İ. Epilepsi ve suç. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 1996;3(4).

62. Tamam L, Özpoyraz N, Ünal M. Kleptomani: Bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi. 1997;8(1):36-44.
63. Kandemir F, Büken B, Büken E, Erkol Z. Kleptomani (Çalma Deliliği)'ye Yol Açan Faktörler ve Ceza Sorumluluğu'nun Değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2014;1(2):21-4.
64. Hocaoğlu Ç. Az bilinen bir konu 'Kleptomani': Bir Olgu Sunumu. Klinik Tıp Bilimleri. 2018;6(1):31-5.
65. Çalıyurt O. Kleptomani. Turkiye Klinikleri J Psychia¬try-Special Topics 2009.
66. Dr. Lut TAMAM. Piromani Türkiye Klinikleri J Psikiyatri-Özel Konular. 2009;2(1):20-8.
67. Uysal E, Solmaz M. Yangın çıkarma, piromani ve adli psikiyatrik yönleri. Journal Of Forensic Medicine. 2020;34:2.
68. Sardoğan ME, Kaygusuz C. Antisosyal Kişilik Bozukluğu Tanisi Almış ve Almamiş Olan Bireylerin Duygusal Zeka Düzeyleri Açisindan İncelenmesi. Ege Eğitim Dergisi. 2006;7(1):85-102.
69. Kök A, Öztürk S, Tunalı İ. Yatarak tedavi gören 959 adli vakanın retrospektif değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi. 1992;8(1-4):93-8.
70. Altun G, Azmak AD, Yılmaz A, Yılmaz G. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisine başvuran adli olguların özellikleri. Adli Tıp Bülteni. 1997;2(2):62-6.
71. Kalenderoğlu A, Yumru M, Selek S, Savaş HA. Gaziantep Üniversitesi tip fakültesi adli psikiyatri birimine gönderilen olgularin incelenmesi. Nöropsikiyatri Arşivi. 2007.
72. Türkcan S, Incesu C, Canbek Ö, Can Y, Sercan M, Uygur N. 1831 Adli Olgunun Tanı Dağılımı ve Tanı-Suç Bağlantısının Değerlendirilmesi.
73. Alhumoud A, Zahid M, Ibrahim S, Syed T, Naguy A. Forensic psychiatry in Kuwait-characterization of forensic psychiatry patients evaluated over year duration in the only available forensic psychiatry unit. International journal of law and psychiatry. 2018;60:12-6.
74. LaGrange RL, Ferraro KF. Assessing age and gender differences in perceived risk and fear of crime. Criminology. 1989;27(4):697-720.
75. İlbars Z. Suç antropolojisi: Kadın ve suç. 2007.

76. Demirbaş H. Suçlularda Psikopatoloji. Nobel Akademik Yayıncılık, Https://Www Researchgate Net/Publication/329239464_Suc_Ve_Psikopatoloji_İliskisi, Erişim Tarihi. 2017;28:2020.
77. İnan S, Yıldızhan E, Öncü F. İnsana Yönelik Ciddi Suç İşleyen Adli Psikiyatri Olgularının Hastalık Öyküleri, Sosyodemografik ve Suç Özellikleri. Turk Psikiyatri Derg. 2018;29(4).
78. Garnick DW, Horgan CM, Acevedo A, Lee MT, Panas L, Ritter GA, et al. Criminal justice outcomes after engagement in outpatient substance abuse treatment. Journal of substance abuse treatment. 2014;46(3):295-305.
79. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Prison-Statistics-2019-33625.
80. Cavlak M, Odabaşi Balseven A, Akcan R, Yildirim MŞ, Lale A, Heybet ER, et al. Assessment OF Legal Capacity IN THE Geriatric Population: A Retrospective Study. Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi. 2014;17(4).
81. Aydoğdu Hİ, Askay M, Kırcı GS, Özer E. 18-65 yaş aralığındaki kişilerde hukuki ehliyetin değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni 2017. 2018;22.
82. Kayatekin Z, Maner F, Abay E, Saygılı S, Şener A. Ruh hastalarında homisidal saldırganlık. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 1991;4:22-7.
83. https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=e%C4%9Fitim&dil=1.
84. Öncü F, Soysal H, Uygur N, Özdemir F, Türkcan S, Yeşilbursa D, et al. Zorunlu klinik tedavi sonrası yineleyici suç işleyen adli psikiyatri olgularının tanı ve suç niteliği açısından değerlendirilmesi. Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2002;15(3):132-48.
85. 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;60(3):106-16.
86. Maner F, Kayatekin Z, Abay E, Saygili S, Sener A. Psikiyatrik hastaliklar ve suç. Düsünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 1991;4:6-13.

87. Kendi İÖ, Bilge Y, Aksoy Ym, Tunalı İ. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalına Gönderilen Konvülsiv Bozukluğu Olan Vakalarla Cezai Sorumluluğu Etkileyen Diğer Vakalar Üzerine İstatistiksel Olarak Karşılaştırmalı Bir Araştırma. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi.46(1).
88. Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2013;14(2).
89. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
90. Gottfredson LS. Why g matters: The complexity of everyday life. Intelligence. 1997;24(1):79-132.
91. Çelikbaş Z, Ergün S. Şizofrenide nörobilişsel bozukluklar ve işlevsellikle ilişkisi. Medicine. 2018;8(1).
92. Öner P, Öner Ö, Aysev A. Dikkat eksikliği hiperaktive bozukluğu. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 2003;12:97-9.
93. Karakaş S, Erdoğan Bakar E, IŞIK TANER Y. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olgularındaki zeka puanında dikkatin rolü. Türk Psikoloji Dergisi. 2013;28(72):62-85.
94. Tuğlu C, Şahin ÖÖ. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. Psikiyatride güncel yaklaşımlar. 2010;2(1):75-116.
95. Bolu A, Toygar M, Pan E, Erdem M, Ünlü G, Balikci A. Bir eğitim hastanesi psikiyatri kliniğinde adli olgularin değerlendirilmesi; beş yillik inceleme. Gulhane Medical Journal. 2014;56(1).
96. Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması elkitabı. Köroğlu E (Çeviri Editörü). 4üncü Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2001. .
97. Cantürk G, Cantürk N. Suçlu profili. Adli Tıp Dergisi. 2004;18(2):27-37.

98. Lapierre D, Braun CM, Hodgins S, Toupin J, Léveillée S, Constantineau C. Neuropsychological correlates of violence in schizophrenia. Schizophrenia bulletin. 1995;21(2):253-62.
99. Soysal H. Uygur N. Psikotik hastaların öldürme davranışında hedef kitle Nöropsikiyatri Arşivi. 1993;30(2):342-6.
100. Ural C, Öncü F, Belli H, Soysal H. Adli psikiyatrik süreç içindeki şizofreni hastalarının şiddet davranışı değişkenleri: bir olgu kontrol çalışması. Turk Psikiyatri Derg. 2013;24:17-24.
101. Aliyev V, Baskak B. Perseküsyon sanrılarını açıklamaya yönelik bilişsel modeller. Kriz Dergisi.25(1).
102. Fazel S, Grann M. Older criminals: a descriptive study of psychiatrically examined offenders in Sweden. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2002;17(10):907-13.
103. Torrey EF. Violent behavior by individuals with serious mental illness. Psychiatric services. 1994;45(7):653-62.
104. Yıllar İtibarıyla Suç Türleri ve Cinsiyete Göre Ceza İnfaz Kurumuna Giren Hükümlülerin Dağılımı [updated 18.08.2021. Available from: https://www.kocaeli.bel.tr/webfiles/userfiles/files/Y%C4%B1llar%20%C4%B0tibar%C4%B1yla%20Su%C3%A7%20T%C3%BCrleri%20ve%20Cinsiyete%20G%C3%B6re%20Ceza%20%C4%B0nfaz%20Kurumuna%20Giren%20H%C3%BCk%C3%BCml%C3%BClerin%20Da%C4%9F%C4%B1l%C4%B1m%C4%B1.pdf.
105. Erb J. Assesment and managment of the violent patient. Psychiatric Secrets; Jacobson JL, Jacobson AM (Edts). Hanley & Belfus Inc. Philadelphia; 2001.
106. Deniz D. Suç davranışına etki eden psikopatolojik süreçler. Aydın İnsan ve Toplum Dergisi. 2017;3(2):1-8.
107. Green A. Child sexual abuse and incest. Child and Adolescent Psychiatry. 1996:1041-8.
108. Hall RC, Hall RC, editors. A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. Mayo Clinic Proceedings; 2007: Elsevier.

109. İnan M. 2005-2009 yıllarında Kocaeli Adliyesi'nde görülen cinsel istismar konulu davalarda sanık ve mağdur çocukların sosyo demografik özellikleri ve suçun niteliği: Kocaeli Universitesi, Saglik Bilimleri Enstitusu; 2010.
110. Ceza İnfaz Kurumu İstatistikleri, 2019 [18.08.2021]. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Prison-Statistics-2019-33625.
111. Denis EES, Sepúlveda E, Téllez C, Arboleda-Flórez J, Stuart H, Lam M. Forensic psychiatry in Chile. International journal of law and psychiatry. 2012;35(5-6):496-503.
112. Erkıran M, Erkıran Kartal G, Evren C, Şahinler İH. İlaç kullanmayan şizofreni hastalarında saldırganlık ve serum kolesterol düzeyi: kontrollü bir çalışma. Turk Psikiyatri Derg. 2001;12:261-72.
113. Junginger J, McGuire L. The paradox of command hallucinations. Psychiatric Services. 2001;52(3):385-.
114. Coid JW, Ullrich S, Kallis C, Keers R, Barker D, Cowden F, et al. The relationship between delusions and violence: findings from the East London first episode psychosis study. JAMA psychiatry. 2013;70(5):465-71.
115. Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime. The British Journal of Psychiatry. 1990;157(3):345-50.
116. Lopez-Leon M, Rosner R. Intellectual quotient of juveniles evaluated in a forensic psychiatry clinic after committing a violent crime. Journal of forensic sciences. 2010;55(1):229-31.
117. Boykins AD, Mynatt S. Assault history and follow-up contact of women survivors of recent sexual assault. Issues in mental health nursing. 2007;28(8):867-81.
118. 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;2(1):1-6.
119. Cantürk N, Koç S. Adli Tıp Kurumunda değerlendirilen cinsel suç sanıklarının sosyo-demografik özellikleri ve psikiyatrik profilleri. 2010.
120. Boyacioğlu NE, Karaçam ZD, Özcan NK. Engellere rağmen cinsellik: zihinsel yetersizliğe sahip çocuklarda cinsellik. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2018;5(2):275-80.

121. Cramer CE. Madness, deinstitutionalization & murder. Engage. 2012;13(1):37-43.
122. Alataş G, Kurt E, Alataş ET, Bilgiç V, Karatepe HT. Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. Düşünen Adam. 2007;20(4):196-205.

EKLER

EK 1. Etik Kurul Kararı

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/293
Konu : Etik Kurul Kararı

27.05.2021

Sayın: Arş.Gör.Dr.Emin YOĞURTÇUOĞLU
Adli Tıp Anabilim Dalı
Araştırma Görevlisi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz **"Türk Ceza Kanununun 32. Maddesi Kapsamında Adli Tıp Anabilim Dalında Değerlendirilmesi Yapılan Olguların Retrospektif Olarak İncelenmesi"** isimli bilimsel **tez** çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Mustafa GÜL
Etik Kurul Başkanı

Eki :
1 Adet Etik Kurul Kararı

Sorumlu Araştırmacı :
1. Prof.Dr.Mustafa Talip ŞENER
2.

Yardımcı Araştırmacı :
1. Arş.Gör.Dr.Emin YOĞURTÇUOĞLU

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		**Prof.Dr.Mustafa Talip ŞENER**
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		**Türk Ceza Kanununun 32. Maddesi Kapsamında Adli Tıp Anabilim Dalında Değerlendirilmesi Yapılan Olguların Retrospektif Olarak İncelenmesi**
KARAR BİLGİLERİ	**Toplantı Sayısı: 04 Karar No: 31**	**Tarih:**27.05.2021
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin **Kendisi tarafından** karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. **Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.** Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	