

İnsana Yönelik Ciddi Suç İşleyen Adli Psikiyatri Olgularının Hastalık Öyküleri, Sosyodemografik ve Suç Özellikleri



Sibel İNAN¹, Eren YILDIZHAN², Fatih ÖNCÜ³

ÖZET

Amaç: Bu çalışma ile insana yönelik ciddi (homisidal) suç işleyen, akıl hastalığı nedeniyle bu suça ilişkin ceza sorumluluğu bulunmadığına karar verilmiş olan olguların suç öncesi hastalık öyküsü, tedavi uyumu, suç öyküsü gibi etmenlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hastanemiz adli psikiyatri servisinde en az bir yıl zorunlu korruma ve tedavi uygulanan ve yargı kararı ile hastaneden çıkarılan 197 olgudan ulaşılabildiğimiz 160 olgu araştırmaya alınmıştır. Veri toplanmasında sosyodemografik, hastalık ve suça ait özellikleri belirlemek için hazırlanan bir genel bilgi formu ve suçların şiddetini belirlemek için şiddet derecelendirme ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: İnsana yönelik ciddi suç işleyen 48, hafif-orta suçlar işlemiş olan 112 kişi varsayımlar yönünden araştırılmıştır. İnsana yönelik ciddi suç işleyenlerin tümünün erkek olduğu, daha çok bekâr ya da boşanmış olduğu, şehir merkezlerinde yaşadığı, %29,2'sinin hiçbir işte çalışmadığı, %89,6'sının yasal temsilcisinin ve %93,8'inin sosyal güvencesinin olduğu, %83,3'ünün psikotik özellikli psikiyatrik bozukluğu olduğu, %29,2'sinin zorunlu tedavi uygulanmadan önce de suç işlediği, bu suçların daha çok kişiye yönelik ve ağır şiddette suçlar olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda insana yönelik ciddi suç işleyen grupta şizofreni veya diğer psikotik bozukluklar tanısının daha sık olduğu, eş tanının ise daha nadir olduğu görülmüştür. İşsizlik ve insan öldürme arasındaki ilişki mesleki rehabilitasyon çalışmalarının önemine işaret etmektedir. Ruhsal hastalığı olan kişilerde insana zarar verici davranış riskinin belirlenmesi ve önleyici etmenlerin saptanması hem hastayı hem toplumu korumak açısından önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Şiddet, Homisid, Zorunlu Tedavi, Ceza Sorumluluğu

SUMMARY

The Disease History, Sociodemographics, and Criminal Features of the Homicidal Forensic Psychiatric Patients

Objective: The aim of this study was to evaluate the disease history, treatment adherence, and the criminal history of individuals who committed a homicide offence, with no criminal responsibility due to their psychiatric illness

Methods: Of 197 who had been released from our forensic psychiatric clinic after one-year-mandatory inpatient treatment, we evaluated 160 patients whom we were able to contact. To determine the severity of the crimes, criminal violence rating scale was used. The sociodemographic characteristics and certain variables associated with the disease and the criminal acts of the individuals were documented.

Results: Out of 160 patients, 48 had committed serious homicidal crime while 112 had committed milder or moderate crimes. All homicidal offenders were male. Most were single or divorced, living in metropolitan areas. 29.2% were unemployed. Of the homicidal offenders, 89.6% had a legal guardian, 93.8% had social insurance, 83.3% had psychiatric disorder with psychotic features. 29.2% of homicide offenders had criminal history even prior to the mandatory treatment, most of which were severe violent criminal offenses targeting directly a victim's life.

Conclusions: Among homicidal offenders, diagnosis of schizophrenia and other psychotic disorders were more and psychiatric comorbidities were less prevalent. The correlation of homicide and unemployment points to the importance of occupational rehabilitation. Identifying preventive factors and determining the risk of the homicidal behavior in individuals with mental disorders are important for the protection of both the patient and the public.

Keywords: Violence, Homicide, Mandatory Treatment, Criminal Responsibility

Geliş Tarihi: 09.06.2017 - **Kabul Tarihi:** 05.02.2018

¹Uzm., Psikiyatri Bl., Şehitkamil Devlet Hastanesi, Gaziantep. ²Uzm., Psikiyatri Bl., Bakırköy Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ³Doç., Bakırköy Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Şİ: <https://orcid.org/0000-0003-3243-7007>, EY: <https://orcid.org/0000-0002-5348-5326>, FÖ: <https://orcid.org/0000-0002-6448-7992>

Dr. Eren Yıldızhan, e-posta: erenyildizhan@hotmail.com

<https://doi.org/10.5080/u22822>

GİRİŞ

Tarih boyunca şiddet davranışı ile psikiyatrik bozukluklar arasında ilişki olduğu ileri sürülmüştür. Psikiyatrik bozukluğu olanlarda şiddet davranışının sıklığını araştıran çalışmalarda 1945'e kadar psikiyatrik hastalığı olanların topluma oranla daha tehlikeli olmadığı ve daha az tutuklandığı belirtilmiş, 1959'dan sonraki 20 yılda ise hastaneden çıkarılan hastaların suç işleme oranlarının, toplumdaki suç işleme oranı ile eşit veya daha yüksek olduğu saptanmıştır (Marzuk 1996).

Son 20 yılda yapılan çalışmalarda psikiyatrik hastalığı olanlarda suç ve şiddet davranış sıklığının genel popülasyona göre daha yüksek olduğunu bildiren çalışmaların sayısı artmıştır. Şizofrenisi olan bireyler toplumun %1'ini oluşturmalarına karşın, bütün insana yönelik suçların %5'inde rol alırlar, buna karşın insana yönelik suç işlemiş bireylerin sadece %10'unda saldırı sırasında anormal bir ruhsal durum (mani ya da hipomani, depresyon, sanrı, varsanı ya da diğer psikotik belirtiler) tespit edilmiştir, %90'ı ise ruhsal açıdan normal kabul edilen bireyler tarafından gerçekleştirilmişlerdir (Eastman ve ark. 2012). Toplumdaki genel kanının aksine, psikiyatrik hastalığı olan birçok kişinin şiddet davranışı göstermediği bilinmektedir. Psikiyatrik hastalığı olanların genel popülasyondan daha tehlikeli olmadıkları, ancak bu grubun içinde tehlikeli bir alt grubun olduğu ve bu grubun geçmiş suç öyküsü, alkol-madde kullanımı veya tedaviye uyumsuzluk gibi belirleyici özellikleri oldukları bulunmuştur (Taylor ve Gunn 1999, Shaw 1999, Yee ve ark. 2011). İsveç'te 1988-2001 yılları arasında tüm öldürme ve öldürmeye teşebbüs suçu işleyen mahkumların incelendiği bir çalışmada, insana yönelik şiddet suçu işlemiş kişiler içinde kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları da dahil tüm psikiyatrik bozuklukların oranı %90 bulunurken, bu grupta psikotik bozukluklar %20 oranında saptanmıştır (Fazel ve Grann 2004). Psikiyatrik hastalığı olanların, olmayanlarla karşılaştırıldığı bir çalışmada şiddet davranışı sıklığı ciddi psikiyatrik hastalığı olanlarda (şizofreni, duygudurum bozukluğu) 5 kez daha yüksek bulunurken, bu oran alkol ve madde kullananlarda 12-16 kez daha yüksek saptanmıştır (Swanson ve ark. 1990, Brennan ve ark. 2000). Şizofreni tanısı almış 1410 hastanın son 6 aydaki şiddet davranışına bakıldığı bir çalışmada ise, şiddet davranışı gösterenlerin oranı %19,1, ciddi şiddet davranışı gösterenlerin oranı %3,6 bulunmuştur. Pozitif psikotik belirtilerin basit ve ciddi şiddeti arttırdığı, sosyal geri çekilme gibi negatif belirtilerin ise ciddi şiddeti azalttığı bulunmuştur. Basit şiddet davranışları; daha çok madde kötüye kullanımı, kişilerarası ve sosyal etmenlerle ilişkili bulunurken, ciddi şiddet davranışları; psikotik bulgular, depresif belirtiler, davranım bozuklukları ve travma ile ilişkili bulunmuştur (Swanson ve ark. 2006). Ciddi ruhsal hastalığı nedeniyle hastanede yatan kişilerde şiddet

davranışının araştırıldığı bir çalışmada, 205 yatan hastada 6 ay içinde erkeklerin %49, kadınların %39'unun şiddet davranışında bulunduğu, erkeklerin %47, kadınların %17'sinin en az bir şiddet suçu işlediği gösterilmiştir (Hodgins ve ark. 2007).

İngiltere, Galler ve İskoçya'da özel evlerde yaşayan 16-74 yaş arası 8886 kişide son 5 yıl içindeki şiddet davranışlarının sorgulandığı bir çalışmada, 8397 kişinin %12'sinin son 5 yıl içinde şiddet davranışı gösterdiği, bu grubun %66'sında psikiyatrik bozukluk saptandığı bulunmuştur. Tanılar içinde en çok duygudurum bozukluğu, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları saptanmıştır, bu kişiler içinde, psikotik bozukluklar ve şiddet arasında istatistiksel anlamlı bağlantı bulunmamıştır. Alkol-madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları, duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozuklukları şiddetle bağlantılı bulunmuştur. Eş tanı durumunun riski arttırdığı saptanmıştır (Coid ve ark. 2006). Psikiyatrik bozukluğu olanlarda; erkek olma, genç yaş, alkol-madde kullanımının olması, etkin belirtilerin olması, tedaviye uyumsuzluk, içgörü eksikliği önemli şiddet ön belirleyicileri olarak belirtilmiştir (Öncü 2002).

Ülkemizde ruhsal hastalığı nedeniyle işlediği iddia edilen suça yönelik ceza sorumluluğu bulunmayan kişiler, toplum güvenliği için yargı kararıyla zorunlu klinik tedavi amacıyla hastaneye gönderilirler. Zorunlu klinik tedavi sürecinin sona ermesi için kişinin psikiyatrik hastalığı nedeniyle toplum için tehlikeliliğinin önemli ölçüde azalmış olması ya da ortadan kalkması gerekmektedir. İşlediği iddia edilen suça yönelik ceza sorumluluğu bulunmayan bireyler, zorunlu klinik tedavileri bittiğinde mahkeme kararı ile ayaktan kontrollere gelme şartı ile toplum içine gönderilirler. Hastaların ayaktan kontrol programları mahkemenin denetimi altındadır. Tedaviye uyumsuzluk ya da hastalığın gidişinin kötüleşmesi halinde hastalar yeniden hastaneye gönderilirler.

Bu çalışmada insana yönelik ciddi derecede suç işlemiş ve psikiyatrik hastalığı nedeniyle ceza sorumluluğu olmayan kişilerin, suç öncesi hastalık öyküsü ve suç öyküsünün incelenmesi planlanmıştır.

Araştırmamızda, insana yönelik ciddi derecede suç işleyen grupta, koruma ve tedavi gerekçesi olan suç öncesinde; suç öyküsünün ve suçun şiddet derecesinin daha fazla olduğu hipotezleri ile bu kişilerde hastalık seyrinin daha kötü olduğu hipotezini test etmeyi amaçladık.

YÖNTEM

Bu araştırmada; 2006 yılında Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma

Hastanesi, Adli Psikiyatri Kliniğinden Zorunlu Klinik Tedavi (ZKT:TCK-57. Madde uyarınca koruma ve tedavi) bittikten sonra yargı kararı sonucu hastaneden çıkışı yapılmış olan 197 olgudan kendisi ya da yakınına ulaşılabilen 160 olgunun verileri ele alınmıştır. Olguların geçmiş tıbbi dosyaları Sosyodemografik Veri Formu ve Suç Şiddeti Derecelendirme Ölçeği kullanılarak incelenmiştir ve ulaşılabilenlerle kendileri ve-veya yakınları ile telefonla görüşülmüştür. Bilgiler tıbbi kayıtlardaki ve telefon görüşmelerinden elde edilmiş olan veriler birleştirilerek elde edilmiştir.

Çalışmaya Alınma Kriterleri

1. Ceza sorumluluğunu ortadan kaldıran bir psikiyatrik bozukluğunun olması
2. Mahkemece ceza sorumluluğu bulunmadığından zorunlu tedaviye (koruma ve tedavi) karar verilmiş olması
3. Zorunlu klinik tedavisinin bitmesi

2011 yılında dosyalar geriye yönelik incelenmiş ve olgu ya da yakınlarına ulaşılmaya çalışılmıştır. 197 kişiden 27'sinin kendisi ya da yakını ile iletişim kurulamamış, bilgi edinilememiştir. Dokuz kişinin öldüğü (biri intihar, sekizi tıbbi neden), birinin de kayıp olduğu öğrenilmiştir. İntihar eden ve kayıp olan kişilerin tanılarının şizofreni-paranoid tip olduğu görülmüştür. Bu 37 kişi değerlendirme dışı bırakılmış olup, geri kalan 160 kişinin tamamı, insana yönelik ciddi derecede suç olup olmadığına göre iki gruba ayrılarak analiz edilmiştir:

1. İnsana Yönelik Ciddi Derecede Suç işleyenler (CDS): Adam öldürme, öldürmeye teşebbüs, ciddi yaralama ve hayati tehlikeye neden olacak şekilde mala zarar verme suçunu işlemiş olanlar bu grupta değerlendirilmiştir. Tamamı erkek 48 olgudan oluşmuştur.
2. Hafif-orta derecede suç işleyenler(HODS): 12'si kadın, 100'ü erkek olmak üzere 112 olgudan oluşmuştur.

Çalışma için 01.11.2011 tarihinde 138 protokol numarası ile Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde etik kurul onayı alınmıştır.

Araçlar

Genel bilgi formu: Olguların, sosyodemografik, hastalık ve suça ait özelliklerinin belirlenmesi için yazarlar tarafından oluşturulan genel bilgi veri formu kullanılmıştır.

Şiddet Derecelendirme Ölçeği: Şiddet davranışının derecelendirilmesinde, Taylor'un (1985) geliştirdiği ölçek kullanılmıştır. Ölçek dört maddeden oluşmaktadır:

0. Tamamen şiddet dışı

1. Minimal şiddet

- a) Sözlü saldırganlık
- b) Kullanmadan silah taşıma
- c) Kazaen olmak kaydıyla mala minimal zarar

2. Orta derecede şiddet

- a) Hafif bedensel zarara neden olan müessir fiil
- b) Zor altında seksüel suç
- c) Yaralanmaya neden olmadan suç sayılan alet kullanma
- d) Mala amaçlı zarar verme

3. Orta derecede ciddi şiddet

- a) Ağır bedensel hasara neden olan müessir fiil
- b) Mala geniş çaplı ve hayati tehlikeye neden olacak şekilde zarar verme

4. Ciddi derecede şiddet

- a) Kurban ya da kurbanların ölümü
- b) Kurbanda gerçek hayati tehlike ve 24 saatten fazla hastanede kalma

0-1-2 HODS işleyen olarak değerlendirilirken, 3 ve 4 insana yönelik CDS işleyen olarak değerlendirilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için "SPSS 16 for Windows" kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Ortalama, Standart sapma, frekans) kullanıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırılmasında Student's t test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi, beklenen frekansların karşılanmaması durumunda Fisher Exact testi kullanıldı. İnsana Yönelik Suç işlemeye etki edebilecek etmenlerin belirlenmesinde tek ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi, suç şiddetine etki edebilecek etmenlerin belirlenmesinde de sıralı lojistik regresyon analizi yöntemi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Sosyodemografik Özellikler

Olguların %92,5'inin (148) erkek olduğu ve erkek/kadın oranının 10/0,8 düzeyinde olduğu saptanmıştır. Cinsiyet değişkeni olarak CDS ve HODS işleyen gruplar anlamlı derecede farklılaşmaktadır ($p < 0,05$). Olguların tümü

değerlendirildiğinde, %53,8'inin meslek sahibi olmadığı, %21,3'ünün esnaf, %15'inin çiftçi veya işçi olduğu, %10'unun kamu veya özel sektörde çalışanı olduğu bulunmuştur. Gruplar arasında meslek değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık saptanmıştır. ($p<0,05$). CDS işleyenlerin meslek sahibi olmama oranı, HODS işleyenlerden düşük bulunmuştur. Olguların, suç öncesi iş olup olmadığı değerlendirildiğinde, suç öncesinde 85 (%53,1) olgunun işi olduğu bulunmuştur. Olgular suç öncesi iş düzeni açısından değerlendirildiğinde suç öncesinde 75 olgunun çalışmadığı saptanmıştır. Suç öncesi iş değişkeni açısından ($p<0,01$) ve suç öncesi iş düzeni değişkeni açısından ($p<0,05$) gruplar istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktadır. CDS işleyenlerin çalışmama oranları HODS işleyen gruba göre düşük bulunmuştur. Tüm olgular değerlendirildiğinde, %78,8'inin yasal temsilcisi (vasisi) olduğu, CDS işleyen grubun(%89,6) HODS işleyen gruba (%74,1) göre daha yüksek oranda yasal temsilcisi olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,05$). Olguların aile durumları, sağlık güvencesi, mesleki işlevsellikleri ve yasal temsilcisi varlığı ve diğer sosyodemografik bilgileri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Bütün olgular değerlendirildiğinde %42,5 ile şizofreni tanısının en yüksek oranda görüldüğü, bunu %19,4 ile duygudurum bozukluğu ve %13,1 ile atipik psikoz tanılarının izlediği tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki dağılım itemler birleştirilerek incelendiğinde istatistikî olarak anlamlı fark ($p<0,05$) saptanmıştır. Psikotik bozukluk görülme oranı CDS işleyenlerde, HODS işleyenlerden yüksek bulunmuştur. 68 şizofreni olgusunun 50'sinin paranoid tipte şizofreni olduğu saptanmıştır. İnsana yönelik ciddi suç işleyen ve HODS işleyen grupların şizofreni tipi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Mahkemece iddia edilen suçla ilgili ceza sorumluluğu bulunmadığına karar verilmiş olsa da klinikte saptanmış ceza sorumluluğunu etkileyecek bir hastalığı bulunmayan toplam 5 kişi saptanmış olup, bu kişiler Tablo 1'de diğer tanılar grubu içinde yer almaktadırlar, bu kişilerin kişilik bozukluğu ve alkol kötüye kullanımı tanıları mevcuttur. Zorunlu klinik tedavi sırasındaki tanıya eşlik eden başka bir bozukluk olup olmadığına göre değerlendirildiğinde, yaklaşık %13,1'inde eş tanıli bir durumun söz konusu olduğu, %5 ile en yüksek oranda alkol-madde kullanımı bozukluklarının olduğu bulunmuştur. CDS işleyen 2 olgudan 1'inin eksen I tanısına zeka geriliği, diğerine kişilik bozukluğu tanısının eşlik ettiği saptanmıştır. Gruplar eş tanının eşlik edip etmediğine göre değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). CDS işleyenlerin zorunlu klinik tedavi sırasındaki tanıya eş tanıli başka bir bozukluk olma oranı HODS işleyenlerden düşüktür. Tanı dağılımlarının ilişkisi ile ilgili bilgiler Tablo 1'de

gösterilmiştir. Olguların %68,8'inin soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü saptanmamıştır. HODS işleyen grupta anne, baba, kardeş ve çocuk gibi 1. derecede akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü %25 olarak bulunurken bu oran insana yönelik ciddi suç işleyen grupta bu oranın %14,6'ya indiği görülmüş, ancak aradaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Psikiyatrik bozukluğun başlama yaşı, psikiyatrik bozukluğun toplam süresi, ilk kez hastaneye yatış yaşı hastaneye yatış sayısı ile ilgili olarak gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir($p>0,05$). Ortalama yatış süresinin toplamda, CDS işleyenlerde 22,02 ($\pm 22,55$) ay (bu grupta belirgin olarak yüksek), HODS işleyenlerde 13,21 ($\pm 16,80$) ay olarak saptanmıştır. Aradaki fark istatistiki olarak çok ileri derecede ($p<0,001$) anlamlıdır. Hastalık seyri ve adli özgeçmiş ile ilgili bilgiler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Suç öncesi iş durumu, eş tanıli psikiyatrik bozukluk, ZKT sırasında tedavi uyumunun değişken olarak kullanıldığı çoklu lojistik regresyon analizinde diğer değişkenler sabit kaldığında suç öncesinde çalışmıyor olmanın CDS işleme olasılığını 2,8 kat arttırdığı bulunmuştur, bu sonuçlar Tablo 3'te gösterilmiştir.

Zorunlu Klinik Tedavi Öncesi Adli Özgeçmiş

Olguların bütünü ele alındığında %2,5 oranında hastalık öncesi suç işlendiği, CDS işleyen gruptan 1 olgunun, HODS işleyen grupta 3 olgunun hastalık öncesi suç işlediği saptanmıştır. Bütün olguların değerlendirilmesinde ilk suç işleme yaşının ortalaması 34,04 ($\pm 10,95$) olarak bulunmuştur. Olguların tümü ele alındığında psikiyatrik bozukluğun başlangıcından sonra ortalama suç sayısı 1,88 ($\pm 1,71$) olarak bulunmuştur. Bu değerlendirmeye hastalık öncesi ve zorunlu klinik tedavi sırasında söz konusu olan suç alınmamıştır. Toplam 54 (%33,8) olgunun önceden suç işlediği saptanmıştır. Bu suç sayısına hastalık öncesi işlenen suçlar ve zorunlu klinik tedavideki söz konusu olan suç dahil edilmemiştir. ZKT öncesi ortalama suç sayısı CDS işleyen grupta 0,42 ($\pm 0,73$) olarak, HODS işleyen grupta 0,77 ($\pm 1,67$) bulunmuştur. Bu özellikler ile ilgili gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,478$).

Olguların tümü ele alındığında geçmişte cezaevinde kalış süresi ortalama 6,07 ($\pm 13,96$) ay olarak bulunmuştur. Bu süre HODS işleyen grupta ortalama 4,04 ($\pm 14,14$) ay iken CDS işleyen grupta 10,81 ($\pm 12,44$) aya yükselmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). ZKT öncesi adli özgeçmiş ile ilgili veriler Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 1. Olguların Sosyodemografik ve Tanısal Özellikleri.

		İnsana Yönelik Ciddi Suç (-) (N=112)	İnsana Yönelik Ciddi Suç (+) (N=48)		
		N (%)	N (%)	X ²	p
Cinsiyet	Kadın	12(%10,7)	-	5,560	0,019*
	Erkek	100(%89,3)	48(%100)		
Medeni Durum	Bekar	57(%50,9)	20(%41,7)	1,309	0,520
	Evli	30(%26,8)	14(%29,2)		
	Boşanmış/Dul	25(%22,3)	14(%29,2)		
Doğum Yeri	Köy	38(%33,9)	19(%39,6)	3,527	0,317
	İlçe	46(%41,1)	13(%27,1)		
	İl	18(%16,1)	12(%25)		
	Metropol	10(%8,9)	4(%8,3)		
Yaşadığı Yer	Köy	18(%16,1)	10(%20,8)	1,417	0,702
	İlçe	32(%28,6)	10(%20,8)		
	İl	26(%23,2)	13(%27,1)		
	Metropol	36(%32,1)	15(%31,3)		
Göç	Yok	105(%93,8)	44(%91,7)	0,228	0,735
	Var	7(%6,3)	4(%8,3)		
Sosyal Güvencesi	Yok	10(%8,9)	3(%6,3)	0,323	0,756
	Var	102(%91,1)	45(%93,8)		
Meslek	Mesleği Yok	67(%59,8)	19(%39,6)	9,617	0,022*
	Çiftçi-işçi	13(%11,6)	11(%22,9)		
	Kamu-özel	13(%11,6)	3(%6,3)		
	Esnaf	19(%17)	15(%31,3)		
Suç Öncesi İş	Yok	61(%54,5)	14(%29,2)	8,635	0,003**
	Var	51(%45,5)	34(%70,8)		
Suç Öncesi İş Düzeni	Çalışmıyor	61(%54,5)	14(%29,2)	8,635	0,013*
	Düzensiz	33(%29,5)	22(%45,8)		
	Düzenli	18(%16,1)	12(%25)		
	Var	52(%46,4)	26(%54,2)		
Yasal Temsilcisi	Yok	29(%25,9)	5(%10,4)	4,809	0,028*
	Var	83(%74,1)	43(%89,6)		
Tanı	Zeka geriliği ve diğer tanılar	22(%19,6)	1(%2,1)	11,040	0,004**
	Psikotik boz.	66(%58,9)	40(%83,3)		
	Duygudurum boz.	24(%21,4)	7(%14,6)		
Eş tanı varlığı	Yok	93(%83)	46(%95,8)	4,826	0,028*
	Var	19(%17)	2(%4,2)		
		Ort±SS	Ort±SS	t	p
Yaşı		43,68±11,19	44,63±10,21	-0,503	0,616
Öğrenim süresi		6,88±3,51	6,90±3,21	-0,023	0,082
Çocuk Sayısı		1,06±1,42	1,44±1,86	-0,862	0,389

*p<0,05,**p<0,01

Tablo 2. Hastalık Seyri ve Adli Özgeçmiş.

	İnsana Yönelik Ciddi Suç (-) (N=112)	İnsana Yönelik Ciddi Suç (+) (N=48)		
	Ort±SS	Ort±SS	Z ¹	p
Hastalık başlama yaşı	25,62±11,20	27,50±10,53	-0,425	0,671
Hastalık süresi (yıl)	18,24±11,03	17,40±8,18	-0,147	0,883
İlk hastane yatış yaşı	32,64±11,30	33,19±10,96	-0,447	0,655
Toplam hastane yatış sayısı	5,26±4,69	4,25±4,26	-1,659	0,097
Toplam hastane yatış süresi (ay)	13,21±16,80	22,02±22,55	-4,131	0,001***
Hastalık Sonrası Suç Sayısı	1,99±1,93	1,60±0,96	-0,881	0,417
ZKT Öncesi Suç sayısı	0,77±1,67	0,42±0,73	-0,823	0,410
Geçmiş Cezaevi Süresi	4,04±14,14	10,81±12,44	-5,860	0,001***
			t ²	p
İlk Suç İşleme Yaşı	33,89±11,40	34,38±9,93	-0,254	0,799

1-Mann-Whitney U, 2- student's t testi, ***p<0,001

CDS işleyen grupta ZKT öncesi suç işleyen 14 olgudan 7'si (%50) ağır derecede suç işlerken, HODS işleyen grupta 40 olgudan 3'ü (%7,5) ağır derecede suç işlemiştir. CDS işleyenlerin ZKT öncesi ağır şiddette suç işleyenlerin oranı HODS işleyenlerden yüksektir. ZKT öncesi en ağır suçun şiddet derecesi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunmuştur (p<0,01). ZKT öncesi suç işleyen ve suçun niteliği hakkında bilgi edinilen 40 olgudan 17'si (%31,5) yaralama suçu işlemiştir. İkinci sırada hırsızlık gelmektedir. HODS işleyen grupta kişiye yönelik suç oranı %52,5, CDS işleyen grupta %64,3 saptanmıştır ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>0,05). 54 olgunun, 26'sı (%48,2) aile üyesi ve akraba dışındaki tanıdıklarına karşı suç işlemişlerdir. CDS işleyen ve HODS işleyen grupların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>0,05).

Zorunlu Klinik Tedaviye Yol Açan Suçun Özellikleri

Zorunlu klinik tedavide söz konusu olan suçun kişi tarafından kaç yaşında işlendiği değerlendirildiğinde ortalama değerin, 35,93 (±10,65) olduğu ve grupların ZKT suç yaşı

ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmediği saptanmıştır (p>0,05). Olguların tümü ele alındığında, %71,2'sinin kişiye yönelik suç işlediği, en sık kişiye yönelik suçun yaralama (%25) olduğu, 2. sırada ise tehdit (%13,1) suçunun bulunduğu saptanmıştır. Cinayet %10,6; mala zarar verme %8,1; öldürmeye teşebbüs %7,5; yangın çıkarma %7,5 oranında saptanmıştır. CDS işleyenlerde kişiye yönelik suç işleyenlerin oranı (%91,7) HODS işleyenlere (%54,4) göre daha yüksektir. Gruplar arasında suç türü dağılımları açısından istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı farklılık gözlenmiştir (p<0,001). Olguların tümü ele alındığında 160 olgunun 64'ünün (%56,2) aile bireyleri ve akraba dışındaki tanıdıkları hedef aldığı bulunmuştur. HODS işleyen grupta mala karşı işlenen suçlar %28,6 iken CDS işleyen grupta bu oran %6,2 olarak bulunmuştur. CDS işleyenlerde kişiye yönelik suç işleyenlerin oranı HODS işleyenlere göre daha yüksektir. CDS işleyenlerde suç hedefinin aile bireyleri olanların oranı HODS işleyenlerden daha yüksektir. Gruplar birbirleriyle karşılaştırıldığında aralarındaki fark çok ileri derecede anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Zorunlu klinik tedaviye yol açan suç ile ilgili karşılaştırmalar Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 3. İnsana Yönelik Ciddi Suç İşlemeyi Etkileyen Etmenlerin Çoklu Lojistik Regresyon Analiziyle Değerlendirilmesi.

Değişken	B	S.E	Wald	df	Sig	Exp(B)	Güven Aralığı %95	
							Alt	Üst
Sabit	-1,164	0,440	3,212	1	0,008**	0,312		
Eş tanı (yok/var)	-1,515	0,782	3,751	1	0,053	0,220	0,047	1,018
Suç Öncesi İş Durumu (yok/var)	1,047	0,379	7,615	1	0,006**	2,848	1,354	5,991
ZKT Tedavi Uyumu (yok/var)	-1,013	0,565	3,212	1	0,073	0,363	0,120	1,099

**p<0,01

Tablo 4. Zorunlu Klinik Tedavi (ZKT) Öncesinde ve ZKT’de Söz Konusu Olan Suç Özellikleri.

		İnsana Yönelik Ciddi Suç (-) (N=112)	İnsana Yönelik Ciddi Suç (+) (N=48)	X ²	p
		N (%)	N (%)		
Hastalık Öncesi Suç	Yok	109(%97,3)	47(%97,9)	0,049	1,000
	Var	3(%2,7)	1(%2,1)		
ZKT Öncesi Suç	Yok	72(%64,3)	34(%70,8)	0,644	0,422
	Var	40(%35,7)	14(%29,2)		
ZKT’ de Söz Konusu Olan Suç Hedefi	Aile bireyleri	28(%25)	21(%43,8)	19,189	0,001***
	2. derece akraba	12(%10,7)	4(%8,3)		
	Tanıdığı kişiler	23(%20,5)	18(%37,5)		
	Tanımadığı kişiler/diğer	17(%15,2)	2(%4,2)		
	Mala karşı	32(%28,6)	3(%6,2)		
Suçtan Önce Alkol Madde Kullanımı	Yok	87(%77,7)	42(%87,5)	2,075	0,150
	Var	25(%22,3)	6(%12,5)		

***p<0,001

TARTIŞMA

Çalışmamıza alınan, toplam 197 olgunun, 9’unun (%4,5) öldüğü, 1’inin kayıp olduğu görülmüştür. Öncü’nün 2002 yılındaki araştırmasında, zorunlu klinik tedavi sonrası 4-7 yıllık süreçte, 337 olgunun 17’sinin (%5) öldüğü, 3’ünün (%0,9) kayıp olduğu, 49 (%14,5) olgunun ise hiçbir şekilde yeniden hastaneye başvurmazlığı bildirmiştir. Diğer bir çalışmada ise zorunlu klinik tedavi sonrası 4 yıllık süreçte 162 olgunun 6’sının (%3,7) öldüğü, 1’inin kayıp olduğu saptanmıştır (Özbay 2010). Çalışmamızda 197 olgunun 27’sinin (%13,7) bilgileri gerek kayıtlardan gerekse kendilerine veya yakınlarına ulaşamaması nedeniyle tamamlanamamıştır. Soliman ve Reza (2001) Almanya’da yürüttükleri çalışmalarında şartlı çıkarılan olguların %11’ine ulaşamadığını belirtmişlerdir.

Ölen, kayıp ve ulaşamayan (9+1+27) olgular dışındaki 160 olgu istatistiki değerlendirmeye alınarak, CDS işleyen 48 (%30) ve HODS işleyen 112 (%70) olgu karşılaştırılmıştır. Ölen 9 olgudan, 1’inin intihar sonucu öldüğü saptanmıştır. Adli psikiyatri hastalarının bildirilen mortalite oranları, cezaevi popülasyonundan daha yüksektir (Zlodre ve Fazel 2012), ayrıca bu yüksek oranlar, şizofreni açılımı kapsamındaki psikiyatrik bozukluk tanısı alan hastaların mortalite oranları ile benzerdir (Dutta ve ark. 2012). Bu yüksek mortalite nedeninin adli öyküden bağımsız olarak; ruhsal hastalık ile ilişkili sağlıksız yaşam biçimleri, fiziksel aktivite eksikliği, yüksek oranda tütün ve diğer maddelerin kullanımı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Fazel ve ark. 2016).

Öncü’nün (2002) yaptığı çalışmada koruma ve tedavi amacıyla hastaneye yatırılan 268 olgunun %29,1’inin öldürme ve öldürmeye teşebbüs suçu işlediği saptanmıştır. Özbay’ın

(2010) yaptığı çalışmada koruma ve tedavi amacıyla hastaneye yatırılan 115 adli olgunun %20,8’inin öldürme, öldürmeye teşebbüs suçu işlediği bildirilmiştir (Öncü 2002, Özbay 2010).

Olguların, sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, E/K oranının 12/1 olduğu saptanmıştır. İnsana yönelik suç işleyen grupta erkek cinsiyet oranı daha yüksek bulunmuştur. Hemen tüm çalışmalarda, erkeklerin kadınlardan daha fazla şiddet suçu işledikleri belirtilmiştir (Ong ve ark. 2009, Öncü 2002, McGrath ve Oyeboode 2005, Quanbeck ve ark. 2005, Graz ve ark. 2009, Asnis ve ark. 1997, Özbay 2010, Koh ve ark. 2006).

Yaş ortalaması 43,96+10,89 olarak saptanırken, gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yaş ortalamasını Coid ve ark. (2007) 32; Pera ve ark. (2005) 32,2 Lee ve ark. (2003) 36,5; Kravitz ve Kelly (1999) 45,4; Öncü (2002) 41,7; Özbay (2010) 41,7 olarak belirtmişlerdir.

Öğrenim sürelerinin ortalama 6,18 (±3,42) yıl olduğu belirlenmiş ve ülkemizde yapılan çalışmalarla benzer olduğu saptanmıştır, bildirilen öğrenim sürelerinin ABD’de ve İngiltere’deki çalışmalarda daha yüksek olduğu görülmektedir, bu farklılık ülkelerdeki gelişmişlikle birlikte öğrenim düzeyinin de yüksek oluşuna bağlı olabilir (Özdemir 1992, Öncü 2002, Kravitz ve Kelly 1999, Özbay 2010, Monson ve ark. 2001, Kayatekin ve ark. 1991, Şeker 1996). Çalışmamızdaki CDS işleyen ve HODS işleyen grup arasında öğrenim süresi açısından farklılık bulunmaması öğrenim süresinin suç işlemede etkili olduğunu ancak suç şiddetini etkilemediğini düşündürmektedir.

Olguların medeni durumu incelendiğinde, %48,1’inin bekar olduğu, bu değerin eşlerinden ayrılanlar ve dullarla birlikte

%72,5'e çıktığı saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu sonuçlar diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir, yazında bekarların evlilerden daha fazla suç işledikleri gösterilmiştir (Marzuk 1996, Özdemir 1992, Belli ve ark. 2010, Öncü 2002, Graz ve ark. 2009, Özbay 2010, Koh ve ark. 2006, Kayatekin ve ark. 1991).

Meslek açısından değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. HODS işleyen grubun %59,8'inin mesleği yokken bu oran CDS işleyen grupta %39,6 olarak bulunmuştur. Ülkemizde insana yönelik suç işlemiş hastalarla yapılan diğer çalışmalarda meslek sahibi olmama oranı %34,4-39 olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki sonuçlar bu açıdan benzerlik göstermektedir ancak bu çalışmalarda çalışan hastaların daha çok işçi veya çiftçi olarak çalıştıkları bulunmuştur (Özdemir, 1992, Kayatekin ve ark. 1991). İnsana yönelik suç işleyenlerde meslek sahibi olma oranının daha fazla olması bu grupta hezeyanlı bozukluk olgularının daha fazla olmasına ve bu hastalığın daha geç başlangıç, işlevsellikte daha az kayıp gibi özelliklerine ve diğer grupta zeka geriliği olgularının daha fazla bulunmasına bağlı olabileceği ile açıklanabilir.

Suç öncesinde iş sahibi olma ve iş düzeni açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Özdemir'in 1992 yılında yaptığı çalışmada CDS işleyenlerin 47,8'inin suç öncesinde çalıştığı bulunmuştur. Çalışmamızdaki farklılık yıllar içerisinde psikiyatrik hastalığı olanların tedavi edilme ve iş bulma olanaklarında artma ve CDS grubunda diğer psikotik bozukluklar göre işlevsellikleri daha iyi olan hezeyanlı bozukluk olgularının %25 gibi yüksek oranda olması ile açıklanabilir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada insana yönelik suç işlemiş hastaların %75,5'inin çalışmadığı, diğerlerinin büyük oranda çiftçi olduğu bulunmuştur ancak bu çalışma sadece şizofreni hastalarıyla ve iş bulma olanığının daha düşük olduğu bölgede yapılmıştır (Belli ve ark. 2010). Psikiyatrik bozukluğu olanlarda genel topluma göre daha yüksek oranda işsizlik olduğu ancak hasta olanlar arasında suç işlemişlerle işlememişler arasında işi sürdürme ve meslek açısından farklılık olmadığı, uzmanlık gerektiren meslekleri sürdüremedikleri belirtilmiştir. Çalışmamızla uyumlu olarak, insana yönelik suç işlemişlerle yapılan bir çalışmada çalışanların beceri gerektirmeyen bir işte çalışma oranının yüksek olduğu bulunmuştur (Özdemir 1992, Belli ve ark. 2010, Koh ve ark. 2006). Buna ek olarak iş sahibi olma ve sürdürebilme, hastaneden taburculuğa karar verirken yapılan risk değerlendirmesinde de dikkate alınması önerilen rehabilitasyon ve iyileşme ile ilgili faktörlerden biridir (Davoren ve ark. 2013).

Gruplar yasal temsilci (vasi) varlığına göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. HODS işleyen grubun %74,1'inin yasal temsilcisi olduğu saptanırken, CDS işleyen grupta bu oran %89,6 ya yükselmiştir.

Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda %57,4-58,2 olarak bildirilmiştir (Öncü 2002, Özbay 2010). Çalışmamızda bu oranın yüksek bulunması klinisyenlerin hastaların sosyal desteğini arttırmak amacıyla daha duyarlı davranmış olabileceklerini düşündürmüştür. CDS işleyenlerin daha yüksek oranda yasal temsilcisi olmaları bu hastaların hastalıklarının daha yüksek oranda psikotik bozukluk olması ve buna bağlı olarak suç öncesinde de daha fazla oranda yasal temsilci tayin edilmesine bağlı olabilir.

Tanı açısından incelendiğinde; %56,5'inin şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç hemen yazındaki verilerle benzerdir (Özdemir 1992, Ong ve ark. 2009, Ilter 2010, Fazel ve Grann 2004, McGrath ve Oyebody 2005, Taylor ve Gunn 1999, Swinson ve ark. 2011). Bütün olgular değerlendirildiğinde, %31,3 ile şizofreni tanısının en yüksek olduğu ve duygudurum bozukluğu (tüm tipleri) tanısının % 19,4 oranında görüldüğü belirlenmiştir. Kanada adli psikiyatri sistemini inceleyen Crocker ve ark. (2015) araştırmalarında, duygudurum bozukluğu tanısı almış olmanın adli servisten koşullu ya da koşulsuz olarak salıverilmeyi kolaylaştıran faktörlerden biri olduğunu, şizofreni spektrumu bozukluklarından bir tanı almış olmanın ise tıpkı geçmişteki suç sayısının fazla olması gibi hastaneden çıkarılmayı zorlaştıran bir faktör olduğunu göstermişlerdir. Çalışmamızda %3,1 olguda, T.C.K 32/1. madde kapsamında değerlendirilebilecek bir bozukluk olmadığı saptanmıştır, bu durum Öncü (2002) ve Özbay (2010) tarafından yapılan çalışmalarla benzerdir.

Olguların %13,1'inde eş tanı olarak diğer bir psikiyatrik bozukluk saptanırken, bunların % 62'sinin kişilik bozukluğu veya alkol-madde kötüye kullanım bozukluğu olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda % 15,7-25'inde eş tanı olduğu, bunların % 75-78'inde kişilik bozukluğu ve/veya alkol-madde kullanım bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Öncü 2002, Özbay 2010). Yurtdışında yapılan çalışmalarda eş tanı daha yüksek orandadır, bu farklılığın batı ülkelerinde alkol-madde kullanım oranının ülkemize göre daha fazla olmasına ve bazı ülkelerde kişilik bozuklukları gibi ceza sorumluluğu azaltılmış olgulara da zorunlu ayaktan tedavi uygulanmasına bağlı olabilir. Çalışmamızda insana yönelik suç işleyenlerde eş tanı olma oranı % 4,2; HODS işleyenlerde ise %17 saptanmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Yurtdışında yapılan çalışmalarda eş tanı olması durumunun (özellikle alkol-madde kullanımı ve kişilik bozukluğu) şiddet davranış riskini arttırdığı belirtilmiştir (Palijan ve ark. 2010, Coid ve ark. 2007, Palijan ve ark. 2010, Asnis ve ark. 1997, Soliman ve Reza 2001, Monson ve ark. 2001). Bu farklılık çalışmamızın retrospektif olması nedeniyle I. ve II. eksen tanılarının yeteri kadar iyi değerlendirilememiş olabileceğini, II. eksen tanısının göz ardı edilmiş olabileceğini düşündürmüştür.

Olguların tümü ele alındığında ortalama hastaneye yatış sayısı 4,96; ilk hastaneye yatış yaşı 32,81; toplam hastanede yatış

süresi ortalaması 15,85 ay olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlar Öncü (2002) ve Özbay (2010) tarafından yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Gruplar arasında toplam hastaneye yatış sayısı ve ilk hastaneye yatış yaşı açısından istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ancak CDS işleyen grupta toplam hastaneye yatış süresi daha yüksektir. Bunun nedeni CDS işleyen hastaların tanılarının daha çok psikotik bozukluk olması ve işlenen insana yönelik suçun gelecekteki olası şiddet davranışı riskini arttıran en önemli faktör olması nedeniyle bu kişilerin daha uzun süre hastanede tutulmaları olabilir.

Olguların tümü değerlendirildiğinde 4 olgunun (%2,5) hastalık öncesi suç işlemiş olduğu, 54 (%33,8) olgunun ise ZKT'de söz konusu olan suç öncesi de suç işlemiş olduğu saptanmıştır. Bu oran ülkemizde yapılan çalışmalarla benzer ancak ABD ve İngiltere'deki çalışmalardan daha düşüktür, bu durumun batıda genel toplumdaki suç oranının daha yüksek olmasıyla ya da suç işlemeye risk faktörü olan alkol-madde kullanımının daha fazla olmasıyla ilgili olabilir (Lee 2003, Coid ve ark. 2007, Öncü 2002, Parker 2004, Özbay 2010, Ekinci ve Ekinci 2013, Lee, 2003, Monson ve ark. 2001). Hastalık öncesi suç ve ZKT' de söz konusu olan suç öncesi suç varlığı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Bütün olguların değerlendirilmesinde ilk suç işleme yaşının ortalaması 34 olarak bulunmuştur. Gruplar karşılaştırıldığında ilk suç işleme yaşı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Öncü (2002) ve Özbay (2010) tarafından yapılan çalışmalarda ilk suç işleme yaşının ortalaması sırasıyla 32,2 ve 32,7 bulunmuştur, bizim çalışmamız ile benzerdir.

Zorunlu klinik tedavide suç özellikleri incelendiğinde ise, olguların büyük bir kısmının (%78,1) kişiye yönelik suç işlediği belirlenmiştir, bu sonuç benzer çalışmalarla uyumluluk göstermektedir (Özdemir 1992, Öncü 2002, Coid ve ark. 2007, Kravitz ve Kelly 1999, Monson ve ark. 2001). HODS işleyenlerin %60,7'sinin kişiye yönelik suç işlediği, bunların %40,5'inin aile bireyi ve tanıdık olduğu saptanırken, CDS işleyenlerin %93,8'inin kişiye yönelik suç işlediği bunların %81,3'ünün aile bireyi ve tanıdık olduğu saptanmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Akıl hastalığı ve kişiye yönelik şiddet suçları ile ilgili yapılan hemen tüm çalışmalarda akıl hastalığı olanlarda olmayanlara göre mağdurun sıklıkla aile üyesi veya tanıdık birey olduğu bulunmuştur (McGrath ve Oyebody 2005, Meehan ve ark. 2006, Shaw ve ark. 2004, Shaw ve ark. 2006, Nielssen ve ark. 2007, Richard-Devantory ve ark. 2009, Ural ve ark. 2013). Akıl hastalığı ile ilişkili insana yönelik suçların önlenmesine yönelik önlemlerde, bu suçların aile ve tanıdıkları içeren ve kamusal alanda değil, genelde ev ortamında işlenen suçlar olduğu verisi dikkate alınmalıdır, örneğin İskoçya'da kamusal alanda bıçak taşımak ile ilgili yasaklardan sonra adam öldürme suçlarında düşüş

yaşanmasına karşın, bu düşüşün çoğunlukla aile içi suçlar olan akıl hastalığı ile ilgili suçlara da yansımadağı saptanmış, evlerde kullanılan bıçakların dizaynında değişiklikler yapmak ile ilgili öneriler getirilmiştir (Hern ve ark. 2005, Crichton 2017).

Olguların tümü değerlendirildiğinde en sık suçun yaralama (%25) olduğu, 2. sırada tehdit (%13,1) suçu olduğu görülmüş; cinayet %10,6; mala zarar verme %8,1; öldürmeye teşebbüs %7,5; yangın çıkarma %7,5 saptanmıştır. 2011 yılında Vinkers ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada akıl hastalığı ile en fazla ilişkili olan suçlar; yaralama, insan öldürme girişimi ve yangın çıkarma olarak belirtilmiştir. Bulgular bu çalışmayla uyumludur.

Zorunlu klinik tedavide söz konusu olan suçun şiddet derecesi değerlendirildiğinde en çok orta derecede şiddet suçu işlendiği görülmüştür, bu sonuç ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla benzer niteliktedir (Öncü 2002, Özbay, 2010).

Bütün olguların %19,4' ünün, suçun işlenmesi sırasında veya öncesinde alkol veya psikoaktif madde kullanımının olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda bu oran %14-25 arasındadır (Özdemir 1992, Öncü 2002, Özbay 2010, Belli ve ark. 2010). Batıda yapılan çalışmalarda ise bu oran %45-80 olarak belirtilmiştir (Palijan ve ark. 2010, Schanda ve ark. 2004, Golenkov ve ark. 2011, Joyal ve ark. 2004). Bu farkın batı ülkelerinde alkol-madde kullanımının daha yüksek olmasına ve çalışmalara kişilik bozukluğu olgularının da dahil edilmesine bağlı olabilir. Alkol-madde kullanımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Alkol-madde kullanımının şiddet davranış riskini arttırdığı ancak şiddet derecesini etkilemediği düşünülmüştür.

Çalışmamızın tıbbi verilerin taranmasına dayanan geriye dönük çalışma yapısı bir kısıtlılık olup, elde ettiğimiz verilerin yapılandırılmış ölçeklerin kullanıldığı, ileriye dönük takip çalışmaları ile desteklenmesine gereksinim vardır. Tek merkezde toplanan verilerden yola çıkılarak çalışmanın hipotezini test etmek bir kısıtlılıktır, fakat çalışmayı yürüttüğümüz sağlık kurumu, Türkiye'de bu çalışmanın yapılabileceği adli psikiyatri kliniğini bünyesinde barındıran 5 hastaneden en büyüğü olduğundan, örneklemimizin büyüklüğü, ülkemiz adli psikiyatri örneklemleri ile ilgili bir izlenim verebilir.

SONUÇ

Çalışmamızda gruplar arasında meslek sahibi olma, suç öncesinde iş durumu, ZKT de söz konusu olan suç öncesindeki suç şiddetinin derecesi, tanısal özellikler açısından anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Her iki grupta da ZKT öncesinde büyük oranda şiddet/suç davranış öyküsünün olması ve CDS işleyen grubun ZKT öncesinde işlediği suçun diğer gruba göre daha ciddi suçlar olmasının, geçmiş şiddet/suç öyküsünün bu

konuda en önemli şiddet davranışı için yordayıcı olduğunu desteklemesi açısından önemlidir.

CDS işleyenlerin daha yüksek oranda şizofreni veya diğer psikotik bozukluklar tanısının olması ciddi şiddet davranışının daha çok ciddi ruhsal hastalıklar ile ilişkili olduğunu gösterirken, ciddi ruhsal hastalığı olanların tamamının değil geçmişte suç öyküsü olan bir alt grubun şiddet davranışı gösterdiği unutulmamalıdır. Klinisyenlerin hastalarda şiddet riskini değerlendirirken geçmiş şiddet/suç öyküsünün varlığına, kendisinin ve yakınlarının hastalık ve suç ile ilgili bilgisine ve hastaya tedavi ve ayaktan kontroller konusunda destek olup olmadığına dikkat etmesi hem hastanın hem de toplumun korunması açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

- Asnis G, Kaplan M, Hundorfean G ve ark. (1997) Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am* 20:405-25.
- Belli H, Özçetin A, Ertem U ve ark. (2010) Perpetrators of homicide with schizophrenia:sociodemographic characteristics and clinical factors in the eastern region of Turkey. *Compr Psychiatry* 51:135-41.
- Brennan P, Mednick S, Hodgins S (2000) Major mental disorder and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arc Gen Psychiatry* 57:494-500.
- Crichton JHM (2017) Falls in Scottish homicide: lessons for homicide reduction in mental health patients. *BJPsych Bulletin* 41:185-6.
- Crocker AG, Charette Y, Seto MC ve ark. (2015) The national trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 3: trajectories and outcomes through the forensic system. *Can J Psychiatry* 60:117-26.
- Coid J, Hickey N, Yang M (2007) Comparison of outcomes following after-care from forensic and general adult psychiatric services. *Br J Psychiatry* 190:509-14.
- Coid J, Yang M, Roberts A ve ark. (2006) Violence and psychiatric morbidity in a national household population-a report from the British household survey. *N Am J Epidemiol* 164:1199-208.
- Davoren M, Abidin Z, Naughton L ve ark. (2013) Prospective study of factors influencing conditional discharge from a forensic hospital: the DUNDRUM-3 programme completion and DUNDRUM-4 recovery structured professional judgement instruments and risk. *BMC Psychiatry* 13:185.
- Dutta R, Murray RM, Allardyce J ve ark. (2012) Mortality in first-contact psychosis patients in the UK: a cohort study. *Psychol Med* 42:1649-61.
- Eastman N, Adshead G, Fox S ve ark. (2012) *Forensic Psychiatry*. New York, Oxford University Press, s35.
- Ekinci O, Ekinci A (2013) Association between insight, cognitive insight, positive symptoms and violence in patients with schizophrenia. *Nord J Psychiatry* 67:116-23.
- Estroff S, Zimmer C, Lachicotte W ve ark. (1994) The influence of social networks and social support on violence by persons with serious mental illness. *Hosp Community Psychiatry* 45:669-79.
- Fazel S, Grann M (2004) Psychiatric Morbidity Among Homicide Offenders: A Swedish Population Study. *Am J Psychiatry* 161:2129-31.
- Fazel S, Fiminska Z, Cocks C ve ark. (2016) Patient outcomes following discharge from secure psychiatric hospitals: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 208:17-25.
- Golenkov A, Large M, Nielssen O ve ark. (2011) Characteristics of homicide offenders with Schizophrenia from the Russian Federation. *Schizophr Res* 133:232-7.
- Graz C, Etschel E, Schoech H ve ark. (2009) Criminal behaviour and violent crimes in former inpatients with affective disorder. *J Affect Disord* 117:98-103.
- Hern E, Glazebrook W, Baskett M (2005) Reducing knife crime: we need to ban sale of long pointed kitchen knives. *BMJ* 330:1221-2
- Hodgins S, Alderton J, Cree A ve ark. (2007) Aggressive behaviour, victimisation and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation. *Br J Psychiatry* 191:343-50.
- İlter M (2010) Anne babaya yönelik homisidal davranışları olan adli psikiyatri olgularında suç işlemeyi etkileyen etmenler. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Joyal C, Putkonen A, Paavola P ve ark. (2004) Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med* 34:433-42.
- Kayatekin Z, Maner F, Abay E (1991) Ruh hastalarında homisidal saldırganlık. *Düşünen Adam* 4:22-7.
- Koh K, Gwee K, Chan Y (2006) Psychiatric aspects of homicide in Singapore: a five-year review. *Singapore Med J* 47:297-304.
- Kravitz H, Kelly J (1999) Special section on mentally ill offenders an outpatient psychiatry program for offenders with mental disorders found not guilty by reason of insanity. *Psychiatr Serv* 50:1597-605.
- Lee D (2003) Community-treated and discharged forensic patients: an 11-year follow-up. *Int J Law Psychiatry* 26:289-300.
- Marzuk P (1996) Violence, crime and mental illness- How strong a link? *Arc Gen Psychiatry* 53:481-6.
- McGrath M, Oyeboode F (2005) Characteristics of perpetrators of homicide in independent inquiries. *Med Sci Law* 45:233-43.
- Meehan J, Flynn S, Hunt I ve ark. (2006) Perpetrators of homicide with schizophrenia: A national clinical survey in England and Wales. *Psychiatr Serv* 57:1648-51.
- Monson C, Gunnin D, Fogel M ve ark. (2001) Stopping (or slowing) the revolving door: factors related to NGRI acquittees' maintenance of a conditional release. *Law Hum Behav* 25:257-67.
- Nielssen O, Westmore B, Large M ve ark. (2007) Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002. *Med J Aust* 186:301-04.
- Öncü F (2002) Psikiyatrik bozukluğu olan suçluların zorunlu klinik tedavi sonrası hastalık ve suçluluk seyirleri. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Ong K, Carroll A, Reid S ve ark. (2009) Community outcomes of mentally disordered homicide offenders in Victoria. *Aust N Z J Psychiatry* 43:775-80.
- Özbay Y (2010) Ceza sorumluluğu kaldırılan olgulara zorunlu klinik tedavi sonrası zorunlu ayaktan tedaviye uyumu etkileyen etmenler. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Özdemir F (1992) Psikiyatrik açıdan homisidal davranışlar. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Palijan T, Radeljak S, Kovac M ve ark. (2010) Relationship between comorbidity and violence risk assessment in forensic psychiatry-the implication of neuroimaging studies. *Psychiatr Danub* 22:253-6.
- Parker G (2004) Outcomes of assertive community treatment in an NGRI conditional release program. *J Am Acad Psychiatry Law* 32:291-303.
- Pera S, Dailliet A (2005) Homicide by mentally ill: clinical and criminological analysis. *Encephale* 31:539-49.
- Quanbeck C, Stone D, Mc Dermott B ve ark. (2005) Relationship between criminal arrest and community treatment history among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 56:847-52.
- Quanbeck C, Stone D, Scott C ve ark. (2004) Clinical and legal correlates of inmates with bipolar disorder at time of criminal arrest. *J Clin Psychiatry* 65:198-203.
- Richard-Devantory S, Chocard A, Bourdel M ve ark. (2009) Homicide and major mental disorder: what are the social, clinical and forensic differences between murderers with a major mental disorder and murderers without any mental disorder? *Encephale* 35:304-14.
- Schanda H, Knecht G, Schreiner D ve ark. (2004) Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta Psychiatr Scand* 110:98-107.

- Shaw J (1999) Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: National clinical survey. *Br J Psychiatry* 318.
- Shaw J, Amos T, Hunt I ve ark. (2004) Mental illness in people who kill strangers: longitudinal study and national clinical survey. *BMJ* 328:734-7.
- Shaw J, Hunt I, Flynn S ve ark. (2006) Rates of mental disorder in people convicted of homicide. National clinical survey. *Br J Psychiatry* 188:143-7.
- Soliman A, Reza H (2001) Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 52:75-80.
- Swanson J, Holzer C, Ganju V (1990) Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 41:7761-70.
- Swanson J, Swartz M, Van Dorn R ve ark. (2006) A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arc Gen Psychiatry* 63:490-9.
- Swinson N, Flynn S, While D ve ark. (2011) Trends in rates of mental illness in homicide perpetrators. *Br J Psychiatry* 198:485-9.
- Şeker N (1996) Psikotik bozukluklarda yineleyici suç davranışı. Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Hastanesi, İstanbul.
- Taylor PJ (1985) Motives for Offending Among Violent and Psychotic Men. *Br J Psychiatry* 147:491-8.
- Taylor PJ, Gunn J (1999) Homicides by people with mental illness: myth and reality. *Br J Psychiatry* 174:9-14.
- Ural C, Öncü F, Belli H ve ark. (2013) Adli psikiyatrik süreç içindeki şizofreni hastalarının şiddet davranışı değişkenleri: Bir olgu kontrol çalışması. *Türk Psikiyatr Derg* 24:17-24.
- Vinkers D, de Beurs E, Barendregt M ve ark. (2011) The relationship between mental disorders and differens types of crime. *Crim Behav Ment Health* 21:307-20.
- Yee N, Large M, Kemp R ve ark. (2011) Severe non-lethal violence during psychotic illness. *Aust N Z J Psychiatry* 45:466-72.
- Zlodre J, Fazel S (2012) All-cause and external mortality in released prisoners: systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health* 102:67-75.