

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**SAMSUN AĞIR ve ASLİYE CEZA MAHKEMELERİNCE
MUHAFAZA ve TEDAVİ KARARI VERİLEN
OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ
(1997 – 2005)**

DR. MEHMET KOCAKAYA

UZMANLIK TEZİ

SAMSUN - 2008

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**SAMSUN AĞIR ve ASLİYE CEZA MAHKEMELERİNCE
MUHAFAZA ve TEDAVİ KARARI VERİLEN
OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ
(1997 – 2005)**

THE EVALUATION OF THE FACTS WHICH ARE DECIDED TO BE PRESERVED
AND TREATED UPON THE DECISION OF THE SAMSUN HIGH CRİMİNAL
COURT AND CRİMİNAL COURT OF FİRST INSTANCE (1997 – 2005)

DR. MEHMET KOCAKAYA

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. BERNA AYDIN

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, Adli Tıp Anabilim Dalının değerli öğretim üyeleri; tez danışmanım *Yrd.Doç.Dr. Berna AYDIN* ve Anabilim Dalı Başkanı *Yrd.Doç.Dr. Ahmet TURLA*'ya,

Başta *Prof.Dr. Yıldız PEKŞEN* olmak üzere Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın tüm öğretim üyeleri ve uzmanlık öğrencilerine, rotasyonum süresince değerli bilgilerini benimle paylaşan Patoloji Anabilim Dalının öğretim üyeleri ve uzmanlık öğrencilerine,

Yeni kurulan bölümde asistan olmanın zorluklarını birlikte paylaştığım, her zaman yardım, destek ve dostluğunu gördüğüm *Uz.Dr.Bekir KARAARSLAN*'a,

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam sırasında destek ve katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen Adli Tıp Anabilim Dalı'ndan; *Dr. Çağlar ÖZKANLI*, *Dr. Neva DANIŞKAN SATALOĞLU*, *Dr. Esmeray MUTLU YILMAZ*, *Dr.Cenk SÜER*, *Atiye DEMİL* ve *Mehmet YILDIRIM*'a,

Veri toplamam sırasında; çalışmalarımı kolaylaştıran, Mahkeme Başkanlarına ve çalışanlarına, Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimisi ve personeline,

Benim bugünlere gelmemde en önemli kişi olan, yakın zamanda kaybettiğim rahmetli *Annem*'e,

Sevgili oğullarım *Onat ve Uras*'a,

Ve asistanlığı kazanmamda, sürdürmemde ve yaşamımın her anında bana yardımcı olan sevgili eşim *Havva KOCAKAYA*'ya,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mehmet KOCAKAYA

19.12.2007

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Kısaltmalar	2
Özet	3
Summary	4
Giriş ve Amaç	5
Genel Bilgiler	
A. Suç Nedir?	7
B. Suç ve Suçluluğun Tarihi Süreci	8
C. Sosyolojik ve Sosyopsikolojik Suç Teorileri	
I. Sosyolojik Teoriler	10
II. Öğrenme Teorileri	12
III. Tamamlayıcı Açıklama Denemeleri	12
D. Ceza Sorumluluğu ve Psikiyatrik Hastalıklar	13
E. Ceza Sorumluluğunda Yasal Boyut	18
• 765 Sayılı Türk Ceza Kanunu	18
• 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu	19
• 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu	21
• 4271 Sayılı Türk Medeni Kanunu	22
F. Ülkemizdeki Uygulamalar	24
G. Dünya Uygulamaları	26
Gereç ve Yöntem	30
Bulgular	32
Tartışma	41
Sonuç ve Öneriler	47
Kaynaklar	49

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ATK	Adli Tıp Kurumu
Blm	Bölüm
BRSH	Bölge Ruh Sağlığı Hastanesi
BTA	Başka türlü adlandırılmayan
CMK	Ceza Muhakemesi Kanunu
CTYO	Ceza Tedbirine Yer Olmadığı
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
Md	Madde
MÖ	Milattan önce
MS	Milattan sonra
SPSS	Statistical Package for Social Science
TCK	Türk Ceza Kanunu
TDK	Türk Dil Kurumu
TMK	Türk Medeni Kanunu
YKSK	Yüksek Korunmalı Sağlık Kurumları

ÖZET

Giriş ve Amaç: İşlediği suç nedeniyle kişiye ceza ya da güvenlik tedbiri uygulanabilmesi için kişinin ceza ehliyetinin bulunması gereklidir. Ruh hastalığı, kişide anlama ve isteme yeteneğini ortadan kaldıran ya da önemli ölçüde azaltan bir nedendir. Toplumun koruma amacıyla ruh hastalığı tespit edilen kişi, kanunun öngördüğü tıbbi şartlar içinde, tehlikeliliği ortadan kalkana kadar zorunlu tedavi görmelidir.

Bu çalışmada; suç işleyen ve ceza ehliyetini etkileyecek psikiyatrik bozukluğu olan hastaların bazı demografik özellikleri, suç türü ve kimlere karşı suç işledikleri ile suçu sabit olanlara ne tür işlem yapıldığı araştırılmış ve uygulama sonuçlarının toplumu koruma hedefini ne derecede gerçekleştirdiğinin tartışılması ve bu konuda çözüm önerileri sunulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Samsun Ağır ve Asliye Ceza Mahkeme'leri ile Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nin arşivindeki dosyalar incelenerek, 1997-2005 yılları arasında, suç işleyip "ceza ehliyeti olmadığı" kararı verilen 43 olgu değerlendirilmiştir.

Olguların sosyodemografik özellikleri, hastalığı ve tedavi bilgileri, suçları, mağdura yakınlığı, muhafaza ve tedavi süresi ve yargılama süreci ile ilgili verilerin değerlendirilmesinde, paket istatistik programı (SPSS 10.0) kullanılmıştır.

Bulgular: 43 olgunun 40 (%93,0)'ı erkek, 3 (%7,0)'ü kadın olup, yaş ortalamaları $37,53 \pm 12,22$ (18-64) yıldır. İşledikleri suç nedeniyle 22 (%51,2)'si tutuksuz yargılanmış, diğerleri mahkeme kararına kadar değişik sürelerde tutuklu kalmışlardır. Yargılama sırasında, olguların 22'sine ATK 4.İhtisas Kurulu'ndan, 21'ine BRSH'nden rapor düzenlenmiş, 40 (%93) olgu şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanısı almıştır. Mahkemesince muhafaza ve tedavi kararı verilen 37 olgudan 25'inde ortalama $336,96 \pm 300,94$ (10-1101) gün olarak bu karar uygulanmıştır.

Sonuç: Suç işleyen ruh hastalarının büyük bir kısmının tanılarını konuluncaya kadar uzun süre cezaevinde, tedavi görmeden kalmaları önemli bir sorundur. Ayrıca tanı almış ruh hastalarının muhafaza ve tedavi kurumlarındaki yatış süreleri, diğer ülke verileriyle karşılaştırıldığında oldukça düşüktür. Sorunun çözümünde, bu olgularda tanısız işlemlerin ve dolayısıyla adli sürecin hızlandırılmasının, hastaların daha uzun süre muhafaza ve tedavi görebileceği kurum sayısının artırılmasının önemli unsurlar olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ruh hastalığı, ceza ehliyeti, rapor, muhafaza ve tedavi

SUMMARY

The evaluation of the facts which are decided to be preserved and treated upon the decision of the Samsun High Criminal Court and Criminal Court of First Instance (1997-2005)

Objective and aim: It is essential that one must have criminal responsibility for punishment or security precautions. Mental disorder is a reason which axes or reduces the ability to comprehend or claim to an important extent. In order to protect society, one who is identified as mentally disordered must receive compulsory treatment within the medical conditions provided by law until his dangerous state disappears.

In this study, some demographic characteristics and crime classes of patients who have psychiatric disorder which influences their criminal responsibility and committed a crime and the process of those who are found guilty are studied and it is aimed at discussing to what extent the practice results realize the aim of protecting society and at suggesting.

Material and Method: In this study 43 cases who were decided have no punishment licence while they are guilty in Samsun court of law and Samsun Soul Health and Diseases Hospital. Carefully examined these cases data bases examined at these hospital's archive files between 1997-2005.

Sociodemographic features of the cases, information of diseases and treatment, their crimes association with victim, their protection and treatment duration and to judge process were evaluated with package statistic program (SPSS 10.0)

Findings: 40 of 43 cases (93,0%) were male and 3 cases were female and their age mean were $37,53 \pm 12,22$ (18-64) years. Because of their crime 22 cases (51,2%) were judged no prisoner. The other cases were prisoners varied duration until the court of law decision. While judging 22 of 43 cases were prepared reports from Minister of Justice Council of Forensic Medicine (ATK) 4th specialized committees and 21 of 43 cases were prepared reports from Region Soul Health Hospital (BRSH). 40 of 43 (93%) cases diagnosis were schizophrenia and other psychotic disorders. 25 of 37 cases who were decided protection and treatment, the decision was applied mean $336,96 \pm 300,94$ (10-1101) days.

Conclusion: Soul patients who were guilty when they stay prison without treatment were problems. Moreover the patients who were soul disease protection and staying duration in the hospital compares the other country's data bases were lower. The solution of the problem in these cases diagnostic procedure and then acceleration of judicial process and establishment which the patients stays and protects for a long time were important elements.

Keywords: Soul disease, punishment licence, report, protection and treatment

GİRİŞ ve AMAÇ

Hukuksal olarak ceza ve güvenlik tedbiri yaptırımına bağlanmış eylemlere “suç” denir. Suçun olduğu yerde cezanın olması da kaçınılmazdır. Ceza uygulamasının nedeni, caydırıcılık, ıslah etme ve toplumu suç işleyene karşı korumadır. Ancak yapılan eyleme ceza ya da güvenlik tedbiri uygulanabilmesi için ilgili kişinin ceza ehliyetinin bulunması gereklidir.

Bir kişinin işlediği suçla ilgili ceza ehliyetinin bulunup-bulunmadığı kararında suç tarihindeki serbest iradesi ve temyiz yeteneği belirleyicidir. Serbest irade, çeşitli önermeler arasından yapılan bilinçli seçim yapma yeteneğini, temyiz yeteneği ise yapılan eylemin suç olup olmadığını anlayabilme ve iyiyi kötüden ayırt etme yeteneğini ifade eder. Bu yeterlilikler olmadan ehliyet, ehliyet olmadan suç, suç olmadan da cezayı gerektirir eylem olamaz.

Bu durum hukuksal boyutta 01 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK)’nun ilgili maddelerinde “*fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılamak, fiil ile ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği*” kavramı içerisinde değerlendirilmektedir. Kişinin ruhsal hastalığının bulunup-bulunmadığı ve hastalığının algılamasını ve irade yeteneğini ne ölçüde etkilediğinin saptanması tıbbi bir konudur. Bu nedenle tıbbi bilirkişi görüşüne gereksinim duyulmaktadır. Ancak, ruhsal hastalığı olan kişinin somut olay açısından algılama veya karar verme yeteneğinin olup olmadığı ya da ne ölçüde etkilediğini normatif olarak belirleme görevi hâkime ait olacaktır.

Ülkemizde suç işlediği iddiası ile hakkında adli soruşturma ve kovuşturma yapılan kişinin, suçu işlediği sırada psikiyatrik bir hastalığın etkisi altında olup olmadığının araştırılması, soruşturma aşamasında Cumhuriyet Savcısının, kovuşturma aşamasında ise hâkimin yetkisindedir. Eğer sanıkla ilgili böyle bir iddia ya da şüphe var ise, uzman bilirkişiden psikiyatrik bir hastalığının olup olmadığı hakkında rapor istenilmektedir. Yasal olarak hâkimin kararında herhangi bir bilirkişinin bağlayıcılığı bulunmamaktadır. Mahkeme bu rapora itibar edebileceği gibi, itiraz halinde ya da raporu tatminkâr bulmadığı durumlarda başka bilirkişi görüşlerine de gerek duyabilir. Bazen mahkeme sürecinde yargılamanın sürdürülebilmesi için sanıklar hakkında adli gözlem kararı da verilebilir. Adli gözlem; kişi ile birçok kez görüşme ve muayene etme, psikolojik test uygulama, gerektiğinde daha ayrıntılı inceleme olanakları verir ve sonucunda rapor düzenlenir.

Sanığın hastalığın etkisi altında iken suçu işlediği ve ceza ehliyeti olmadığı yönünde rapor verilmiş ve mahkemesince de bu doğrultuda muhafaza ve tedavi kararı alınmış ise, kararı veren mahkeme “*Ağır Ceza Mahkemesi*” olduğunda kararın uygulanması için kişiyi en yakın BRSH’ne sevk ederek sosyal şifası gerçekleşinceye kadar muhafaza ve tedavi altında kalmasını ister. Eğer karar alan mahkeme “*Asliye Ceza Mahkemesi*” ise, mahkeme tarafından ilgili hastaneye yazı yazılarak, muhafaza ve tedavi kararının uygulanması için hastanenin uygun olduğu zaman için randevu alınarak kararın uygulanması beklenir. Ne yazık ki; hastanenin randevu sırasına kadar olan zaman sürecinde hasta tekrar toplum yaşamına döner.

Kesitsel nitelikteki bu çalışmada; Samsun il bazındaki verilerden yararlanılarak suç işleyen ve ceza ehliyetini etkileyecek düzeyde psikiyatrik bozukluğu olan hastaların sayısı, suç türü ve kimlere karşı suç işledikleri ile suçu sabit olanlara ne tür işlem yapıldığı araştırılmıştır. Çalışma sonucunda, toplumumuzda çok sık suç işledikleri ön yargısı hâkim olan ve potansiyel suçlu muamelesi gören, bir şekilde suça bulaşmış psikiyatrik hastaların verileri ışığında, bu hastaların tedavi ve rehabilitasyonu ile “*sosyal devlet ve hukuk devleti*” anlayışının toplumu koruma hedefini ne derecede gerçekleştirdiğinin tartışılması ve çözüm önerilerinin sunulması amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

Farklı toplumlarda ya da aynı toplumda, değişik zamanlarda suç olarak kabul edilen davranışlar farklılıklar göstermekle birlikte, genelde evrensel hukuk normlarından kaynak alan ve çoğu ülkede kabul gören ortak kurallar vardır. Bu kurallara aykırı olan davranışlar, suç olarak kabul edilerek bir takım yaptırımlar uygulanır. Tarihte hiçbir toplum yoktur ki, belirli fiiller yasaklanmamış ve bunun karşılığı ceza uygulanmamış olsun. Suç denilen olaya, yani belirli hareketlerin yasak fiillerden sayılmaları ile bunları işleyenlerin çeşitli tepkilere konu olmalarına, devlet müessesesi şeklinde gelişmiş insan toplumlarının meydana çıkışından çok önce bile rastlanılmaktadır (1).

A. SUÇ NEDİR?

Toplumların sosyal, ekonomik ve manevi şartlarına göre şekillenenen “suç” kavramı için çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Jhering (*MS.1818-1892*)'e göre suç “*toplum halinde yaşama şartlarına yönelmiş her türlü saldırı*”dır. Günümüzde sosyo-kültürel bilimler, suç teşkil eden insan tavır ve hareketlerini “*toplumda yürürlükte olan sosyal normlardan sapış*” olarak tanımlamıştır. Suçlu ise, içinde yaşadığı toplumun normları ile kişisel kuvvetleri arasında bir denge kuramamış olan kişidir (1).

Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde “*yasaklanan ya da cezalandırılan davranışlar*” olarak tanımlanan suç, hukuksal anlamda “*hukuk düzeni tarafından ceza veya güvenlik tedbiri yaptırımına bağlanmış fiil*”dir (2). Suçu oluşturanlar, hukuka aykırı eylemlerdir. Bu nedenle bir eylemin ne zaman hukuka aykırı ve ne zaman hukuka uygun sayılacağı kesin sınırlarının belirlenmesi gereklidir (3). Bir kimsenin davranışlarından dolayı cezalandırılabilmesi için bu davranışların ceza kanununda yasaklanmış olması gerekmektedir. Ceza kanununda yasaklanmayan bir davranışın “suç” olarak nitelendirilmesi kanunilik ilkesine aykırı olacaktır. Suçun varlığı için de kanunda yasaklanan tipik fiilin kusurlu biçimde ihlâl edilmesi gerekmektedir.

Suç, herhangi bir ülkeye özgü olmayıp, yaşam ve uygarlığın bir parçasıdır ve insanlık tarihinin her döneminde var olmuştur. Suçun işlenmediği bir dönem ve toplum yoktur. Değişen yalnızca işlenmekte olan suçun nicelik ve niteliğidir. Suç işleyenlerin sayısı, ahlaki, toplumsal ve hukuki denetimler azaldıkça artmaktadır (4).

Suç ve suçluya karşı toplumun ilgisi o denli fazladır ki, kitle iletişim araçlarında her gün onlarca haber yer almaktadır. İnsanın suç ve suçluya duyduğu ilgi insanın doğasından ve psikolojik nedenlerden kaynaklanabilir. Toplumun, suç ve suçlu ile ilgilenmesinin yararlı yanlarının olduğu ve toplum bilincinin güçlendirilmesine katkıda bulunduğu da açıktır (5). Ancak bunun yanı sıra toplumda, özellikle metropollerde daha yüksek oranda suç işlendiği, kalabalık yaşamının şiddet riskini artırdığı da bazı çalışmaların ortak verisidir (6-8).

İnsanları suç ve suçluya iten birçok neden sayılabilir. Ancak bunların hepsini genelleştirmek kriminolojik açıdan olanaklı değildir. Bunlardan öğrenme; bireyin suç ve suçlu ile ilgilenirken, neyin toplum ve kanunlar açısından yasaklanmış olduğunu öğrenmesidir. İnsanların suç ve suçlu ile ilgilenmeleri neyin suç olup olmadığını öğrenerek, gelecekte karşılaştıkları ceza gibi olumsuz bir halden korunmağa yöneliktir. Suç ve suça olan ilgi artık bireysel nitelikte olmaktan çıkmıştır. Bu ilgi korkudan, intikam duygularından, meraktan, mağdura hatta faile karşı beslenen duygulardan kaynaklanmaktadır. Şuur altımızda, yasaların koyduğu sınırlara bir tepki olarak suç arzusunun yattığı bile iddia edilmiştir. Bazı suçluların halk kahramanı haline getirilmesi, bunların yaşamlarının ve yaptıklarının destanlaştırılması toplumsal reaksiyonun göstergesidir (5).

Bazı kişilerde süperegö çok baskındır ve suç olarak belirlenmiş eylemler toptan reddedilir. Bu durumda aşırı bastırılmış bir ego durumu söz konusudur. İnsanların büyük çoğunluğu ise daha dengeli bir kişilik gelişimi gösterir. Bu kişiler, süperegöden gelen baskıyı normlara itaatle sınırlı tutmayı başarmışlardır. Bunlar bakımından öğrenme kişiliğinin geliştirilmesi ve iyinin kötüden ayrılmasına yarar. Suç ve suçlu ile ilgilenme bunların onaylandığı anlamına gelmez (5).

B. SUÇ ve SUÇLULUĞUN TARİHİ SÜRECİ

İnsanların var olduğu ilk çağlardan bu yana “suç” vardır. Tarihi kaynaklarda, Adem ile Havva'nın ilk çocukları Habil'in kıskanç erkek kardeşi Kabil tarafından öldürülmesi ilk adam öldürme suçu olarak yer almaktadır (5).

Suç ve suçluya ait teoriler, tarihin her döneminde felsefenin de ilgilendiği bir konu olmuştur. Düşünürler, yaşadıkları dönemin toplumsal koşullarını, öğretileri doğrultusunda değerlendirmiş, suç ve suçluya ait yapısal özellikleri açıklamaya çalışmışlardır. Yunan

filozof Aristo (MÖ.384-322), suçluları toplum düşmanları saymış ve onların merhametsizce cezalandırılmaları gereğini savunmuştur. Orta çağda İtalyan filozof Thomas d'Aquin (MS.1225-1274), insan ihtiraslarında suçların çoğunun kökenini görmüş, fakat sefaletin suça sebebiyet verici bir etmen olduğunu belirtmiştir (9).

1700 ve 1800'lerde, insanlar arası ilişkilerin üstünde duran Voltaire (MS.1694-1778) ve Rousseau (MS.1712-1778) gibi sosyal felsefecilere göre suç, ahlaki bir konu idi. Özgür irade, özgür seçim ve hedonizm(hazcılık) kavramları bu dönemde ortaya çıktı. Bu dönemdeki klasik okul öğretileri içerisinde toplumsal sözleşme kavramı ortaya atıldı ve daha büyük sayıdaki insanın özgürlüğünün korunabilmesi için, bireylerin özgürlüklerinden fedakârlık etmeleri gerektiği vurgulandı (9).

Ondokuzuncu yüzyılın başlarında Lavater (MS.1741-1801), Gall (MS.1758-1828), Pinel (MS.1745-1826) , Esquirol (MS.1772-1840) gibi yazarlar suçlunun fizik ve psikolojik kişiliği ile ilgilenmeye başlamışlardır. Esquirol bir incelemesinde; akıl hastalığının sebeplerini, kişiye ve ortama bağlı olarak ikiye ayırmış, kişisel nedenlerin bünye, hastalık gibi bireysel biyolojik etmenlere dayandığını, ortam şartlarının ise coğrafi ve sosyal etmenlerden kaynaklandığını savunmuştur (1).

Buna karşın, 18. yüzyılda, determinizm (belirlenimcilik) kavramını ortaya atan pozitivist okul ön plana çıkmıştır. Lombroso (MS.1836-1909), Garofalo (MS.1851-1934), ve Ferri (MS.1856-1929)'nin önderliğini yaptığı bu okul ve daha sonra Şikago Okulu, suçlu davranışını açıklayan çağdaş teorilerden pek çoğunu değişik şekillerde etkilemişlerdir (9). Adli Tıp Profesörü Lombroso 1876 yılında yazdığı “*Suç İşleyen İnsan*” adlı eserinde; “Suç, ölüm ve doğum gibi doğal bir olaydır. Bir fiil belirli bir memleketin ve zamanın adet, gelenek ve düşünceleriyle çelişme halinde bulunduğu suç vasfını alır. Suç genel nedensellik kanunu içinde doğal bir olaydır. Zira suç, önemli bir kısmı itibariyle organizma şartlarının ürünüdür” demiştir. Lombroso'ya göre ceza, suçu meydana getirmek hususunda birleşen fiil ve tabii kuvvetleri yok edemez. Bu nedenle ceza yerine, iyi bir sağlığı koruma ve hijyen suçları önlemekte daha etkili olur. Devlet suçla manevi ödetme amacı ile değil, sosyal savunmayı sağlamak için savaşmalıdır (1).

İtalyan yargıç Garofalo'nun “*Criminologia*” adlı eserinde; “ahlak dışılık, serbest iradenin ürünü değildir, failin biyolojik teşekkülünün sonucudur. Öyleyse, cezalandırmada da ölçü, tehlike hali olmalıdır, ceza sorumluluğunun dayanağını bu teşkil etmelidir. Zira

suç, serbest iradenin ürünü olmayınca manevi sorumluluk, suç ve ceza arasındaki oranı haklı gösteremez” denilmektedir (1).

İtalyan kriminolog Ferri'nin “*Suç sosyolojisi*” adlı eserinde belirttiği üzere, suçlu genellikle bir anormaldir. Onu biyolojik, fizik ve sosyal etmenler, kendisine rağmen, iradesi dışında suç işlemeye zorlar. Bunların birbirlerine göre üstün olup olmaması çeşitli suçlu kategorilerine ayırmayı mümkün kılar (1).

C. SOSYOLOJİK ve SOSYOPSİKOLOJİK SUÇ TEORİLERİ

Suçun açıklanmasında, nedenlerinin ortaya konulmasında subjektif ve objektif nitelikte bazı yaklaşımlar bulunmaktadır. Suç teorileri, neredeyse suç kadar eskidir. Suç ve suçluya ait bilimsel araştırma ve çıkarımlar sosyoloji ve hukuk alanında yapılmakla birlikte tarihsel süreçte dinler tarafından yapılmıştır. Din felsefesi içerisinde, tanrının kanunlarının ihlali üzerinde durulmuş ve suç ile günahın anlamlarının aynı olduğu savunulmuştur (9).

Suçlu davranışını, farklı temellere dayandıran pek çok teori olmasına rağmen, bunların hepsi de belirli dönemlerde kendisine yandaş bulabilmiştir. Bunun nedeni basittir. Şöyle ki, bunların hepsi bir bakıma doğrudur ve hepsi gerçeklere dayanan bazı bulguları ortaya koymaktadır. Suç olarak bu teorilerin tümü suçlu davranışı açıklamaya, suçun nedenlerini ortaya koymaya yöneliktir (9).

I. Sosyolojik Teoriler

a. Yapısal Teoriler

Durkheim teorisi: İlk sosyolojik suçluluk teorisi olarak Fransız sosyolog Emile Durkheim (*MS.1858-1917*)'ın suçun, yapısal – fonksiyonel sınırlanması teorisinden söz edilir. Bu teoriye göre; suçluluk tüm toplumlarda, her türde görülmektedir. Her yerde ve her zaman insanların bazı davranışlarına tepki olarak ceza uygulanmıştır. Bu yüzden suçluluk normaldir. Eğer suçluluğun kapsamı belirli bir sınırı aşarsa, bu hastalıktır. Suçun olmadığı bir toplum tam olarak ve hiçbir yerde mümkün olamaz (10).

Anomi teorisi: Robert King Merton (*MS.1910-2003*) tarafından geliştirilen bu teori, toplumsal yapıdan hareketle suçluluğu açıklar. Anomi kavramı, sapıcı davranışı açıklamada kullanılmıştır. Özellikle çeşitli sosyal koşulların yükselen kıskançlığa götürmesi ile sınırsız gayretler sonunda düzenli normların yıkılması söz konusudur. Merton, toplumlarda, toplumun üyeleri tarafından ulaşılması gereken zenginlik ve mesleki

tanınma gibi, genel olarak toplumlar tarafından tanınan ve belirlenen başarı hedeflerini ortaya koymuştur. Bu hedeflere ulaşmak için toplumlar, çalışma ve miras gibi yasal yolları mümkün kılmışlardır. Bununla birlikte, mevcut araçlarla belirtilen hedeflere herkesin aynı şekilde ulaşması mümkün olmadığından, sapıcı davranışlar ortaya çıkmaktadır. Diğer bir ifadeyle anomi, belirli bir statüye sahip olanların, sosyal yapıda bulunan nedenlerden dolayı toplumun hedeflerine kolayca ulaşabilmelerine rağmen, bu durumda olmayanların aynı hedefe ulaşmalarının zor veya imkânsız olmasından doğan güçlüklerin sonucudur. Yani suçluluk, sosyal yapının sonucudur. Çünkü, meşru yollarla bu hedeflere ulaşamayan kişiler, ihmal edilmiş durumları kaldırılmadığında, yüksek ihtimalle bu amaçlara ulaşmak için sapıcı davranışlara yöneleceklerdir (10).

b. Sosyalleşme Teorileri

Suçluluğu, bir insanın başarısızlıkla sonuçlanan sosyalleşmesine dayanarak açıklayan suçluluk teorilerinin çıkış noktası, insanın bir toplumda yaşayabilmesi için sosyalleşmek zorunda olmasıdır (10).

Kültür çatışması teorisi: Suçluluk farklı kültürel değer ve davranış normları arasındaki bir çatışmanın sonucudur ve sadece sınırlı bir alan için anlamlı açıklama verebilir. Bu alan etnik azınlıklar, genellikle yabancılar ve göçmenlerdir. Kültür çatışması teorisi, her insanın belirli bir kültür içerisinde doğduğu ve bu kültür içerisinde belirli davranış kurallarını öğrendiği noktasından hareketle, göçmenler ile yerlilerin ideal ve değer sistemlerinin farklılığına dayanmaktadır (10).

Alt- kültür teorileri: Alt kültür ifadesinden, bir üst kültür davranışı ve değer sisteminden ayrı olarak, varlık gösteren bir sosyal davranış ve değer sistemi anlaşılır. Bununla birlikte alt kültür merkezi değer sisteminde bir parçasıdır. Alt kültür içinde yaşayan gruplar, üst uygarlık unsurlarını ayırırlar. Fakat merkezi uygarlıktan ayrılan belirli davranış görüntülerini ve değer yargılarını muhafaza ederler. Bu teori daha çok gençlik ve özellikle çete suçluluğunu açıklamaya çalışır. Nedensellik düşüncesi, içinde hâkim orta sınıfın değer ve amaçları ile alt sınıfın gençlerinin bu değerleri takip etme ve bu amaçlara ulaşma olanakları arasındaki çatışmalardır (10).

c. Ekolojik Girişim (Şikago Okulu)

Suçlu davranışın doğması bakımından, sosyolojik açıklama denemelerinde “sosyal soysuzlaşma” teorisi ya da Şikago Okulu’nun ekolojik girişimi de yer almaktadır. Bu teoride; suç coğrafyasının gelişimi ve sonunda şehirlerin yapısı ve suçluluk arasındaki

bağlantı ile uğraşmıştır. 1892 yılında Şikago Üniversitesi'nde kurulan sosyoloji bölümü, yirminci yüzyılın ortalarına kadar “Şikago Okulu” adı altında sosyoloji konusunda en etkili kuruluşlardan birisi haline gelmiştir. Şikago Okulu'nun, kişiyi ve kenti inceleme yöntemlerinin, sosyolojik ve kriminolojik yönden önemli yararları olmuştur. Bu araştırma yöntemlerinden yaşam öyküsü yöntemi, kişilerin yaşamlarını etkileyen olaylara derinlemesine inilmesini olanaklı kılmış; ekolojik inceleme tekniği ile de sosyal verilerin toplanmasıyla büyük insan gruplarının özellikleri belirlenebilmiştir. Bu şekilde, elde edilen tekil durumlara ilişkin bilgilerin, nüfus istatistikleriyle birleştirilmesi sonucunda, günümüz kriminoloji teorilerinin pek çoğunun temelini Şikago Okulu oluşturmuştur (10).

II. Öğrenme Teorileri

Sosyal öğrenme teorileri, suçun, “*suçlu davranışla ilgili normların ve davranışların öğrenilmesinin bir ürünü*” olduğunu kabul eder.

a.Aykırılıkların birleştirilmesi teorisi: Suçluluk, ne kişisel özelliklerden, ne de sosyoekonomik durumlardan kaynaklanır. Suç, herhangi bir kültürde, herhangi bir kişiyi etkileyecek öğrenme sürecinin sonucudur. 1939 yılında Sutherland (*MS.1883-1950*) tarafından ortaya atılan bu teoriye göre, suç öğrenilen bir davranıştır ve suç yaratan kanunları ihlal yönündeki düşüncelerin, ihlal etmeme yönündeki düşünceleri aştığı zaman kişiler suç işlemektedirler. Suçun öğrenilmesi, suçun işlenmesine yönelik teknikleri kapsamaktadır (10).

b.Doğrudan doğruya öğrenme teorisi: Kişinin sosyalleşmesinde iki önemli gerçek söz konusudur; “*ödüllendirme ve onaylamama*”. Ödüllendirme suretiyle davranışların benimsendiği, onaylamama ile bunların istenmediği belirtilir. Bu şekilde olumsuz davranışların tekrarlanması olasılığı azalır. Hareketlerin sonuçlarının hemen görülmesi daha sonra ortaya çıkışından daha etkilidir. Bu nedenle ceza sonra verildiğinden, antisosyal davranıştan caydırıcı etkisi fazla değildir. Buna karşılık çocukta, istenmeyen davranışları ebeveyn veya öğretmenin hemen cezalandırması daha etkili olur ve çocuk antisosyal davranışı “hoş olmayan” bir tepkinin izlediğini öğrenerek şartlanır (10).

III. Tamamlayıcı Açıklama Denemeleri

a.Damgalama teorisi: İlk defa suç işleyen bir kişi tüm kişiliği ve sosyal yaşamı bakımından olumsuz olarak değerlendirilmekte, yani damgalanmakta ve buna tepki olarak

tekrar suç işlemektedir. Diğer bir ifadeyle, ilk mâhkumiyet suçluyu lekelemekte ve bu onun sosyal statüsüne, mesleğine, ailesine ve esas olarak da topluma etki etmektedir. Ayrıca toplumdaki hâkim sınıf, bu lekelemeyi kendi pozisyonunu sağlamlaştırmak için işine gelen bir araç olarak kullanmaktadır. Bunun sonucu olarak, toplumun hâkim güçlülerince damgalanan kişiler, yeni suçlar işlemeye devam edeceklerdir (10).

b.Suçun Ekonomik ve Marksist Temele Dayanarak Açıklanması: Kapitalist ve sosyalist devletlerdeki suçluluk Marksizmde farklı açıklanır. Çünkü, birliğin mevcudiyeti görünüştedir. Marks (MS.1818-1883), temel eseri “Kapital”de, suçluluğa ikincil olarak değinmiştir. Suçlar özellikle alt sınıf tarafından işlenir. Yasa dışı verimlilik, açıkça sosyal sapma ve suçluluğun oluşması, hâkim olan yaşam koşullarına isyanın bir şeklini ortaya koyar. Engels (MS.1820-1895)’e göre, sosyal düzene uymama en açık olarak, suç içinde kendini gösterir. İşçiyi moralsiz kılan, sertleştiren, yoğunlaştıran nedenler normale göre daha çok etki ederse, o zaman kesin olarak buharlaşma durumuna gelen su gibi, suçlu ile yer değiştirecektir (10).

D. CEZA SORUMLULUĞU ve PSİKİYATRİK HASTALIKLAR

Ceza, suç sayılan davranışın ortaya çıkmasını engellemek amacıyla alınan tedbirlerden biridir. Ceza uygulamasının nedeni, caydırıcılık, ıslah etme ve toplumu suç işleyene karşı korumadır.

Kanun koyucu, suç ve uygun cezaları düzenlerken gereken esasları, kamu vicdanını göz önüne alarak belirler. Islah etme, ibret vererek caydırıcı olma ve toplumu suçludan koruma esasları olmayan hiçbir ceza yürürlükte olamaz ve bu amaçlar gözetilmiyorsa o kişiye ceza uygulanamaz. Günümüzde, uygar toplumlar, dünden farklı olarak, ruh hastalığını, kişide anlama ve isteme yeteneğini ortadan kaldıran veya anlama ve isteme yeteneğini önemli ölçüde azaltan bir neden olarak kabul etmektedirler. Ruhsal olarak sağlığı yerinde olmayan ve/veya zihinsel olgunluk açısından yeterince gelişmemiş bireyler için de bu geçerlidir. Kronik bir şizofreni hastasının hezeyanlarının tesiriyle bir suçu işlemesi halinde, örneğin bir kişiyi öldürmesi durumunda, kişinin hastalığı nedeniyle hürriyeti kısıtlayıcı cezadan yeterince anlam çıkararak ıslah olması düşünülemez. Toplum, suçludan korumak mantığı ile o kişinin kanunun öngördüğü temel tıbbi şartlar içinde, toplum açısından tehlikeliliği ortadan kalkana kadar, zorunlu olarak tedavi göreceği bir kurumda tutulması ve tedavi görmesi gereklidir.

Ruh hastalığında, isnat yeteneğinin olmaması ya da azalmış olması için kişinin salt ruh hastası olması yetmez; ayrıca işlediği fiil ile hastalığı arasında nedensellik bağının bulunması da gerekir. Bazı nörolojik hastalıklar (örneğin epilepsi), sadece nöbet esnasında kişinin isnat yeteneği üzerinde etkilidir; nöbeti dışında kalan zamanda, kişinin isnat yeteneği tamdır; dolayısıyla, işlediği fiilden sorumludur. Aynı zamanda, kişinin ceza sorumluluğu bir kere saptandığında bunun ömür boyu geçerli olması beklenemez, kişinin her suçu sonrası ceza sorumluluğunun tekrar belirlenmesi gereklidir. Birden fazla suçun aynı ya da farklı zamanlarda işlenmesi halinde, her suç için ayrı olarak ceza sorumluluğu belirlenir. Bir kişinin bu suçlardan bazılarına karşı ceza sorumluluğu yok iken, diğerlerine karşı ceza sorumluluğu tam olabilir.

Alkol ve madde kullanım bozukluklarında kullanıcılar, madde etkisi altında da olsa işledikleri suçlardan tam sorumludurlar. Kasıtlarını aşan şekilde ortaya çıkan konfüzyon ile gelişen psikotik bozukluklarda ise ceza sorumluluğu tartışılır. Kişilik bozukluklarının her türünde sanıkların ceza sorumluluğu tamdır. Sadece paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluğu olanlarda suç sırasında psikotik yargılamanın sınırına geldiği ve suçunda bu bağlamda oluştuğuna ilişkin verilerin varlığında ceza sorumluluğunun azaldığı sonucuna varılabilir (11).

Ceza ehliyeti, ceza hukukunca suça elverişli olmak ya da cezaya yeterlilik olarak tanımlanır ki, bu yeterlilik olmadan ehliyet, ehliyet olmadan suç, suç olmadan da cezayı gerektirir eylem olmaz (12). Kişinin ceza alabilmesi için isteme ve yapma iradesinin olması gerekmektedir. İrade, birbirine karşıt seçenekler arasında bir değerlendirme yapıp, birini seçmek veya bunların hepsini reddetmek yeteneği olarak kabul edilmektedir (13). Kanunen suç sayılan bir eylemi yapıp yapmama konusunda sahip olduğu seçme hakkını, yapmak suretiyle kullanan kişi, sorumlu kişi olarak kabul edilir (14). Serbest irade, belli bir hareketin yapılmasını sağlayan ruh kuvveti olarak tanımlanır. Sağlıklı kişiyi hastadan ayıran, onda serbest iradenin bulunmasıdır. Ceza ehliyeti, irade serbestisi ve temyiz yeteneği olan kişinin suç işlemesi durumunda söz konusudur. Temyiz, "*kişinin eyleminin sonuçlarını anlayabilmesi ve isteyebilmesi*" diye tanımlanır (13).

Medeni ehliyet, kişinin hukuki eylem ve işlemlere yeterliliğini ifade eder. Medeni hukuk yönüyle ehliyet, "*makul surette hareket etme iktidarı*" diye tanımlanır. Bu iktidar, eylemleri ve sonuçlarını doğru olarak anlamak ve buna göre hareket etmek, davranışlarının ulaşacağı sonuçları muhakeme edebilme yeteneğidir (15). Psikiyatrik yönden kişinin

bilincinin açık, iradesinin serbest olması, iyiyi kötüden ayırt edebilmesi, kendisi ve çevresinde olup bitenlerden haberdar olması, günlük rayiç fiyatlarını bilmesi beklenir (16). Türk Hukuk Lugatı'nda serbest irade, “*hukuki bir işlemin, içerik ve sonuçlarını diledikleri gibi tanzim ve tayin etmek hususunda tarafların serbest olmaları esastır*” şeklinde tanımlanmaktadır. Medeni ehliyetin tespitinde eylemin yapıldığı tarih dikkate alınır (17).

Psikiyatride konan tanıların bir sınıflandırmasının yapılmasının birçok nedeni vardır. Psikiyatrik tanıları birbirinden oldukça belirgin sınırlarla ayırd ederek daha özgül tedaviler uygulayabilmek, sağlık çalışanları arasında ortak bir dilinin kullanılmasını ve tanımlanamayan durumlar için daha kapsamlı araştırmaların yapılmasını sağlamak sınıflamanın en önemli nedenleridir. ABD’de daha çok DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), Avrupa’da daha çok ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) sınıflandırma dizgeleri kullanılmaktadır (18).

DSM-IV-TR sınıflamasında, her psikiyatrik bozukluk için özgül tanı ölçütleri seti verilmiştir. Bu ölçütler, tanı konabilmesi için bulunması gerekli özelliklerin bir sıralamasından oluşmaktadır. Her psikiyatrik hastalık için özgül tanı ölçütlerinin kullanılması, tanısız işlemin klinisyenler arasındaki güvenilirliğini arttırmaktadır. Yine DSM-IV-TR’de her bir bozukluk, başka bir takım özellikler açısından da ele alınıp tanımlanmaktadır. Bunlar yaş, kültür ve cinsiyetle ilişkili özellikler; prevalans, insidans ve risk; prognoz; komplikasyonlar; predispozan etkenler; ailesel örüntü ve ayırıcı tanıdır. Gerektiğinde laboratuvar bulguları da tanımlanmaktadır(19).

Hastalığının etkisi altında iken, “*işlediği suça karşı ceza ehliyetini etkilediği*” kabul edilen ve günlük uygulamalar içerisinde en sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar şu şekilde sıralanabilir;

a. Şizofreni

Şizofrenik bozukluklar bireyde duygulanım, düşünme, algılama, davranış, kişiler arası ilişkiler, iş yaşamı gibi alanları olumsuz olarak etkileyen; yeti yitimine neden olan, relapslarla giden kronik bir belirtiler kümesidir (20). Şizofreni hastalığının genel sıklığı nüfusun %1’i olduğu yönündedir (10). Şizofreni kadın ve erkeklerde eşit oranlarda görülmesine karşın, başlangıç yaşı, aile öyküsü, klinik görünüm, gidiş ve tedavi yanıtları açısından cinsiyet farklılıkları göstermektedir (21). Genellikle genç yaşta başlayan

şizofreni hastalığının, bireyi kişiler arası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaştırdığı bildirilmektedir (22).

Şizofreni hastalarında, şiddete eşlik eden faktörler; alkol, ilaç kullanımı, erken ebeveyn kaybı, erkek cinsiyet, düşük eğitim seviyesi, önceki suisid girişimleri, maruz kalınan saldırı ve tecavüz davranışlarıdır. Şizofreni tanısı almış suçluların çoğunda, çocukluklarında antisosyal davranış öyküsü vardır. Bu hastalar şiddet davranışı için en riskli gruptur. Erkek şizofreni hastalarında, erken başlangıçlı olanların geç başlangıçlı olanlara oranla, sosyal fonksiyonlarının daha iyi olduğu da bildirilmektedir (23-25).

Şizofreni hastalığı ICD-10'a göre; paranoid, hebefrenik, katatonik, ayrışmamış, şizofreni sonrası çökkünlük, rezidüel, şizotipal bozukluk ve basit şizofreni olmak üzere 8 tipe ayrılır. (10,26). Paranoid tip şizofrenide başlangıç, genellikle yavaş ve daha geç yaşadadır. Kötülük görme ve büyüklük sanrıları, etkilenme fikir sanrıları, alınganlık, kuşkuculuk sık görülen düşünce bozukluklarıdır. Bilişsel faaliyetler, emosyonel cevaplar ve davranışlar açısından, diğer tiplere göre daha az bozulma gözlenir. Hastalığın başlangıcı genellikle sinsi olup, tedaviye daha güç cevap verir. Ruhsal hastalığı olan cinayet suçluları içinde en fazla görülen psikiyatrik tanı "*paranoid tip şizofreni*"dir. (23,26,27).

Şizofreni tanısı, suç işleyen ve ceza sorumluluğu olmayan hastalara en çok konulan tanıdır. Suç işleyen hastaların ortalama 1/3'ü şizofreni hastasıdır. Şizofreni hastalarında, öldürme, öldürmeye teşebbüs ve yaralama gibi kişiye karşı suçların ilk sıraları aldığı bilinmektedir. Şizofreni hastalarının eylemlerindeki başlıca motivasyonlar ise ülkemizde "*kıskançlık ve perseküsyon*" hezeyanlarıdır. Batılı yayınlarda ise ilk sırayı "*perseküsyon*" hezeyanının aldığı bildirilmektedir. Perseküsyon hezeyanında başlıca tema; kişinin kendisine karşı elbirliği ile çalışıldığı, aldatıldığı, gözetlendiği, zehirlendiği, bile bile iftira edildiği, taciz edildiği ya da uzun süreli amaçlarının peşinde koşarken engellendiği üzerinedir. Bu tip hezeyanları olan kişiler çoğu zaman kızgın ve kırgındırlar. Kendilerine zarar verdiğini düşündükleri kişilere yönelik şiddete başvurabilirler (8,11,28).

Şizofreni hastaları, kişilik bozukluğu olanlara göre daha az suça karışmaktadırlar. Ruh sağlığında belirgin bozuklukları olan insanlar, toplum içerisinde çoğunluktan farklı olduklarını, konuşma ve hareketleri ile ortaya koyarken, bu farklılık toplumda onlarla ilgili bazı yargıların oluşmasına neden olmuştur. Tarihin her döneminde, konuşmalarına, düşüncelerine ve hareketlerine bir anlam verilemeyen bu insanların, çevreleri için tehlikeli ve zararlı olacakları düşüncesi ile hareket edilmiştir (29).

b. Sanrısız bozukluk

Bu hastalık, paranoya, paranoid durum olarakta bilinen sanrılı bozukluklardır. Hastada bir dizgeye uyan, iyi düzenlenmiş sanrılar vardır. Bunlar çoğu zaman “büyüklük sanrıları” türündendir. Varsanılar ve ağır kişilik yıkımı ya da parçalanması görülmez. Sanrısız bozukluk tanısı konmuş hastaların suç profili paranoid şizofreni hastalarına benzemektedir. Şizofreni hastalığında da, sanrısız bozuklukta da hastaların hedef kitlesinde aile üyelerinin çoğunluğu oluşturduğu belirtilmektedir (11,22).

c. Duygudurum bozuklukları

Duygudurum bozuklukları, zorunlu tedavi kararı verilmiş hastalar arasında şizofreniden sonra ikinci sırayı almaktadır. Zorunlu tedavi gören hastaların yaklaşık 1/4'ini oluştururlar. Manik dönemde daha çok mala ve çevreye zarar vermek şeklinde işlenen suçlara rastlanmaktadır. Kişiyeye karşı işlenen suçlarda ise şizofreni ve sanrısız bozuklukta işlenen suçlara göre suçun daha hafif kaldığı, duygudurum bozukluğu olan hastaların yaralama, hakaret ve tehdite, öldürmeden daha sık yeltendikleri görülmektedir. Depresyonda işlenen suçlarda çoğu zaman parasuisidal davranışlar söz konusudur (11).

d. Zekâ geriliği

Zekâ gerilikleri, ceza sorumluluğunu etkileyen ve yasanın “akıl zayıflığı” olarak tanımladığı en geniş tanı gruplarından. Ağır ve ileri derece zekâ geriliği olanların, genel olarak ceza sorumlulukları tamamen ortadan kalkmıştır. Zaten bu kişilerin işleyebilecekleri suçlar da sınırlıdır. Orta ve hafif derecede zekâ geriliklerinde, kişinin eğitimi, sosyokültürel düzeyi, yaşı, deneyimleri, suçla ilgili fikir ve tavrı, planlaması, telkin altında olup olmaması, grup içinde yer almakta ilgisi gibi çoklu etmen ve ölçütler içinde durum değerlendirilmesi yapılır. Zekâ geriliği olan kişilerin, ülkemizde en sık cinsel saldırıdan yargılandıkları, diğer sık rastlanan eylemlerin ise yangın çıkarma, nesnelere zarar verme ve hırsızlık olduğu bildirilmiştir (11,28).

e. Demans

Demans ve mental konfüzyon, ceza sorumluluğunu ortadan kaldırır. Genel olarak demans ilerleyici gidiş gösterir, hafıza giderek bozulur. Yargı ve davranış bozuklukları, kişilik değişiklikleri, regresyon (çocuksu davranışlar), kötülük görme hezeyanları, halüsinasyonlar ve illüzyonlar görülebilir. Sosyal uyum bozulur. Başlangıç döneminde demans, amnestik bozukluk ve diğer bilişsel işlev bozuklukları ceza sorumluluğu bakımından genelleme yapılamayacak hastalıklardır. Burada amnestik bozukluğu olan ve

çekinin ödeme gününü unutan hastanın ceza ehliyeti yoktur, ama aynı hastanın hırsızlık yapması halindeyse ceza ehliyeti tamdır (11).

f. Epilepsi

Hemen hemen tüm epilepsi hastalarının, suç işlediklerinde ceza sorumluluğu araştırılır. Kabaca epileptiklerin, epileptik nöbet sırasında, öncesi veya sonrasında konfüzyon içindeyken işlenen suçlarında ceza sorumlulukları yoktur. Saldırganlığın epilepsinin kompleks semptomatolojili parsiyel tipinde yaygın olduğu araştırılıp, doğrulanmış bir veri olmakla birlikte, sanıldığı gibi aksine otomatizmle ortaya çıkan saldırgan davranışlar enderdir. Kontrol dışı patolojik saldırganlık, kompleks semptomatolojili parsiyel epilepside diğer tiplere göre daha fazladır. Epilepsi hastaları en çok impulsif saldırganlıklar, cinsel suçlar, taşkınlıklar nedeniyle adli sorunlar yaşarlar ve bu suçlarda psikiyatrik hastalıkların eşlik etme olasılığı daha yüksektir (11).

E. CEZA SORUMLULUĞUNDA YASAL BOYUT

01.03.1926 tarih ve 765 sayılı TCK'nda akıl hastalığı failin ceza sorumluluğunu yani kusurluluğunu ortadan kaldıran bir durumdu. 12.10.2004 tarih ve 5237 sayılı TCK'nda ise farklı olarak tam ve kısmi akıl hastalığı kavramı kaldırılmıştır. Yeni yasada, kişinin ruhsal hastalığının davranışlarını yönlendirmede “*azalmaya*” ya da “*önemli derecede azalmaya*” neden olması kavramları getirilmiştir. Azalma durumunda, hapis cezasında indirim ya da akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirlerine hükmedileceği, önemli derecede azalma durumunda ise güvenlik tedbirlerine hükmedileceği belirtilmektedir.

İç hukukumuzda yer alan, konu ile ilgili kanunlar ve maddeleri şunlardır;

765 sayılı Türk Ceza Kanunu

1926 yılından beri yürürlükte olan bu kanun 01 Haziran 2005 tarihinde yürürlükten kaldırılarak yerine 5237 sayılı yeni TCK yürürlüğe girmiştir. Bu kanunda;

Madde 46 – Fiili işlediği zaman şuurunun veya hareketinin serbestisini “*tamamen kaldırarak surette*” akıl hastalığına duçar olan kimseye ceza verilemez.

Ancak bu şahsın muhafaza ve tedavi altına alınmasına hazırlık tahkikatında Sulh Hâkimi, ilk tahkikatta Sorgu Hâkimi ve son tahkikatta vazifeli mahkeme tarafından karar verilir.

Muhafaza ve tedavi altında bulundurma müddeti şifaya kadar devam eder.

Yalnız maznuna isnad olunan suç, ağır hapis cezasını müstelzim ise bu müddet bir seneden az olamaz.

Muhafaza ve tedavi altına alınan şahıs; muhafaza ve tedavinin icra kılındığı müessesesinin sıhhi heyetince, şifası tebeyyün ettiğine dair verilecek rapor üzerine aynı kazai mercice serbest bırakılır.

Bu husustaki rapor ve kararda, hastalığın ve isnad olunan suçun mahiyeti göz önünde tutularak, içtimai emniyet bakımından şahsın tıbbi kontrole ve muayeneye tabi tutulup tutulmayacağı, tutulacaksa müddet ve fasılası da gösterilir.

Tıbbi kontrol ve muayene; Cumhuriyet Müdde-i Umumilerince, kararda gösterilen müddet ve fasılalarda bu şahısların buldukları mahalde yoksa en yakın salahiyetli mütehassısı olan hastane sıhhi heyetlerine sevk edilmeleri suretiyle temin olunur.

Bu tıbbi kontrol ve muayenede nüks arazı gösterenler hâkim veya mahkeme kararı ile yine muhafaza ve tedavi altına alınıp aynı muamelelere tabi tutulurlar.

Madde 47 – Fiili işlediği zaman şuurunun veya harekâtının serbestisini “*ehemmiyetli derecede azaltacak*” surette akli malûliyete müptela olan kimseye verilecek ceza aşağıda yazılı şekilde indirilir:

1. İdam cezası yerine 15 seneden aşağı olmamak üzere ağır hapis;
 2. Müebbet ağır hapis yerine 10 seneden 15 seneye kadar ağır hapis;
 3. Amme hizmetlerinden müebbet memnuiyet yerine muvakkatı memnuiyet;
- cezaları hükmolunur.

Diğer cezalar üçte birden yarıya kadar indirilir.

Madde 48 – Suçu işlediği esnada “*arızı bir sebepten*” dolayı 46. ve 47. maddelerde münderiç akli malûliyet halinde bulunan kimseler hakkında o maddelerdeki ahkâm tatbik olunur. İhtiyari sarhoşlukla ve ihtiyarı ile kullanılan uyuşturucu madde tesiriyle işlenen fiiller bu madde hükmünden hariçtir (30).

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu

765 sayılı TCK'nun md.46, 47 ve 48 de düzenlenmiş olan akıl hastalığı ve iradeyi kaldıran arızı nedenler 5237 sayılı TCK'nda md.32 de ceza sorumluluğunu kaldıran veya azaltan nedenler arasında sayılmıştır. Bunlar hakkında uygulanacak güvenlik tedbirleri de md.57'de açıklanmıştır.

Madde 32: (1) Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği “*önemli derecede azalmış*” olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur.

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

Madde 57: (Akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri)

(1) Fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişi hakkında, koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilen akıl hastaları, “*yüksek güvenli sağlık kurumlarında*” koruma ve tedavi altına alınırlar.

(2) Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilmiş olan akıl hastası, yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca düzenlenen raporda toplum açısından tehlikeliliğinin ortadan kalktığı veya önemli ölçüde azaldığının belirtilmesi üzerine mahkeme veya hâkim kararıyla serbest bırakılabilir.

(3) Sağlık Kurulu raporunda, akıl hastalığının ve işlenen fiilin niteliğine göre, güvenlik bakımından kişinin tıbbî kontrol ve takibinin gerekip gerekmediği, gerekiyor ise, bunun süre ve aralıkları belirtilir.

(4) Tıbbî kontrol ve takip, raporda gösterilen süre ve aralıklarla, Cumhuriyet savcılığınca bu kişilerin teknik donanımı ve yetkili uzmanı olan sağlık kuruluşuna gönderilmeleri ile sağlanır.

(5) Tıbbî kontrol ve takipte, kişinin akıl hastalığı itibarıyla toplum açısından tehlikeliliğinin arttığı anlaşıldığında, hazırlanan rapora dayanılarak, yeniden koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Bu durumda, bir ve devamı fıkralarda belirlenen işlemler tekrarlanır.

(6) İşlediği fiille ilgili olarak hastalığı yüzünden davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişi hakkında birinci ve ikinci fıkra hükümlerine göre yerleştirildiği yüksek güvenli sağlık kuruluşunda düzenlenen kurul raporu üzerine, mahkûm olduğu

hapis cezası, süresi aynı kalmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, mahkeme kararıyla akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.

(7) Suç işleyen alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlısı kişilerin, güvenlik tedbiri olarak, alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılarına özgü sağlık kuruluşunda tedavi altına alınmasına karar verilir. Bu kişilerin tedavisi, alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılığından kurtulmalarına kadar devam eder. Bu kişiler, yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca bu yönde düzenlenecek rapor üzerine mahkeme veya hâkim kararıyla serbest bırakılabilir (31).

5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK)

01.06.2005 tarihinde yürürlüğe giren bu kanunda akıl ve ruh sağlığıyla ilgili maddeler aşağıda gösterilmiştir.

Madde 45: (tanıklıktan çekinme)

(2) Yaş küçüklüğü, akıl hastalığı veya akıl zayıflığı nedeniyle tanıklıktan çekinmenin önemini anlayabilecek durumda olmayanlar, kanunî temsilcilerinin rızalarıyla tanık olarak dinlenebilirler. Kanunî temsilci şüpheli veya sanık ise, bu kişilerin çekinmeleri konusunda karar veremez.

Madde 74: (Gözlem altına alınma)

(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 müdafinin dinlenmesinden sonra resmî bir sağlık kurumunda gözlem altına alınmasına, soruşturma evresinde sulh ceza hâkimi, kovuşturma evresinde mahkeme tarafından karar verilebilir.

Madde 76: (Diğer kişilerin beden muayenesi ve vücuttan örnek alınması)

(4) Tanıklıktan çekinme sebepleri ile muayeneden veya vücuttan örnek alınmasından kaçınılabilir. Çocuk ve akıl hastasının çekinmesi konusunda kanunî temsilcisi karar verir. Çocuk veya akıl hastasının, tanıklığın hukukî anlam ve sonuçlarını algılayabilecek durumda olması hâlinde, görüşü de alınır. Kanunî temsilci de şüpheli veya sanık ise bu konuda hâkim tarafından karar verilir. Ancak, bu hâlde elde edilen deliller

davanın ileri aşamalarında şüpheli veya sanık olmayan kanunî temsilcinin izni olmadıkça kullanılamaz.

Madde 90: (Yakalama ve yakalanan kişi hakkında yapılacak işlemler)

(3) Soruşturma ve kovuşturması şikâyete bağlı olmakla birlikte, çocuklara, beden veya akıl hastalığı, malûllük veya güçsüzlükleri nedeniyle kendilerini idareden aciz bulunanlara karşı işlenen suçüstü hallerinde kişinin yakalanması şikâyete bağlı değildir.

Madde 239: (Katılanın hakları)

(2) Mağdur veya suçtan zarar görenin çocuk, sağır ve dilsiz veya kendisini savunamayacak derecede akıl hastası olması halinde avukat görevlendirilmesi için istem aranmaz (32).

4721 sayılı Türk Medeni Kanunu (TMK)

Her bireyin yaşadığı toplum içinde, alım-satım yapmak, vasiyet tanzim etmek, vekâletname vermek, evlat edinmek, evlenmek ve boşanmak, dava açmak ve tanıklık yapmak gibi bazı hakları vardır. Kişi, kendisi, çevresi, zaman, mekân ve etrafında olup bitenlere karşı şuurlu, menfaatlerini gözetebilen, serbest iradeye sahip, iyi ve kötüyü birbirinden ayırmaya muktedir, telkinlere karşı belirli bir oranda dirençli, bilinçli arzu ve istekleri doğrultusunda gerekli eylemlere girişebilme yeteneğine sahip olmalıdır. Kişinin, her türlü kanuni akdi yapabilmesi için gerekli olan ana kurallardan birisi de, akıl sağlığının yerinde olmasıdır. Ancak, akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin hukuksal anlamda kısıtlanır.

22.11.2001 tarihli TMK’nda akıl ve ruh sağlığıyla ilgili maddeler şöyledir;

Madde 10: (Genel olarak)

Ayırt etme gücüne sahip ve kısıtlı olmayan her ergin kişinin fiil ehliyeti vardır.

Madde 13: (Ayırt etme gücü)

Yaşının küçüklüğü yüzünden veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer sebeplerden biriyle akla uygun biçimde davranma yeteneğinden yoksun olmayan herkes, bu Kanuna göre ayırt etme gücüne sahiptir.

Madde 133: (Akıl hastalığı)

Akıl hastaları, evlenmelerinde tıbbî sakınca bulunmadığı resmî sağlık kurulu raporuyla anlaşılmadıkça evlenemezler.

Madde 145: (Evlilikte mutlak butlan sebepleri)

1. Eşlerden birinin evlenme sırasında evli bulunması,
2. Eşlerden birinin evlenme sırasında sürekli bir sebeple ayırt etme gücünden yoksun bulunması,
3. Eşlerden birinde evlenmeye engel olacak derecede akıl hastalığı bulunması,
4. Eşler arasında evlenmeye engel olacak derecede hısımlığın bulunması.

Madde 165: (Akıl hastalığı)

Eşlerden biri akıl hastası olup da bu yüzden ortak hayat diğer eş için çekilmez hâle gelirse, hastalığın geçmesine olanak bulunmadığı resmî sağlık kurulu raporuyla tespit edilmek koşuluyla bu eş boşanma davası açabilir.

Madde 369: (Sorumluluk)

Ev başkanı, ev halkından olan küçüğün, kısıtlının, akıl hastalığı veya akıl zayıflığı bulunan kişinin verdiği zarardan, alışılmış şekilde durum ve koşulların gerektirdiği dikkatle onu gözetim altında bulundurduğunu veya bu dikkat ve özeni gösterseydi dahi zararın meydana gelmesini engelleyemeyeceğini ispat etmedikçe sorumludur. Ev başkanı, ev halkından akıl hastalığı veya akıl zayıflığı bulunanların kendilerini ya da başkalarını tehlikeye veya zarara düşürmemeleri için gerekli önlemleri almakla yükümlüdür. Zorunluluk hâlinde gerekli önlemlerin alınmasını yetkili makamdan ister.

Madde 405: (Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı)

Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır. Görevlerini yaparlarken vesayet altına alınmayı gerekli kılan bir durumun varlığını öğrenen idarî makamlar, noterler ve mahkemeler, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar.

Madde 409: (İlgilin dinlenilmesi ve bilirkişi raporu)

Bir kimse dinlenilmeden savurganlığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı, kötü yönetimi veya isteği sebebiyle kısıtlanamaz. Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle kısıtlamaya ancak resmî sağlık kurulu raporu üzerine karar verilir. Hâkim, karar vermeden önce, kurul raporunu göz önünde tutarak kısıtlanması istenen kişiyi dinleyebilir.

Madde 474: (Akıl hastalığı veya akıl zayıflığında)

Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı yüzünden kısıtlanmış olan kişi üzerindeki vesayetin kaldırılmasına, ancak kısıtlama sebebinin ortadan kalkmış olduğunun resmî sağlık kurulu raporu ile belirlenmesi hâlinde karar verilebilir (33).

F. ÜLKEMİZDEKİ UYGULAMALAR

Ülkemizde, ruhsal bozukluğu bulunan kişiler hakkında mahkeme tedbir kararı verir. Bu nedenle de fiili işlediği sırada ruhsal hastalığı bulunan kişi hakkında beraat değil, ceza verilmesine yer olmadığı kararı verilir. Tedbir kararının verilebilmesi için ruhsal bozukluğu bulunanın fiili işlediğinin sabit olması gereklidir. Tedbire, hazırlık soruşturmasında sulh hâkimi, son soruşturmada ise yargılamayı yapan görevli mahkeme karar verir. Tedbir, muhafaza ve tedavi altına alınma tedbiridir. Kişi iyileşinceye kadar tedbir devam eder. 01 Haziran 2005 tarihinden önceki 765 sayılı Türk Ceza Kanunu'na göre, işlenen suç, ağır hapis cezasını gerektiren bir suç ise, tedbirin süresi bir yıldan az olamayacağı hükmü bulunmakta idi. Failin tedavi altına alındığı kurum, iyileştiği konusunda rapor düzenlerse, tedbire karar veren mahkeme, serbest bırakılmasına karar verir. Rapor ve kararda, failin serbest bırakıldıktan sonra da tıbbi kontrole tabi tutulup tutulmayacağı, ayrıca tıbbi kontrol gerekli görülüyorsa bunun süresi ve aralıkları da belirtilir. Bu kontrollerde hastalığın tekrar nüksettiğine ilişkin bulguların tespiti halinde, bu kez tekrar tedbire karar verilir (30,34).

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda ise; hakkında güvenlik tedbirine hükmedilmiş olan akıl hastası yerleştirildiği yüksek güvenlikli sağlık kurumunun sağlık kurulunca düzenlenen raporda toplum açısından tehlikeliliğinin ortadan kalktığı veya önemli ölçüde azaldığının belirtilmesi üzerine mahkeme veya hâkim kararıyla serbest bırakılabilir. Yeni düzenlemede, suçun türüne göre asgari bir tedavi süresi yer almamaktadır.

Ülkemizde suç işlediği iddiası ile hakkında adli soruşturma ve kovuşturma yapılan kişinin, suçu işlediği sırada psikiyatrik bir hastalığın etkisi altında olup olmadığının araştırılması, soruşturma aşamasında Cumhuriyet Savcısının, kovuşturma aşamasında ise hâkimin yetkisindedir. Ceza sorumluluğunun belirlenmesi, kişinin sosyal, psikiyatrik ve bedensel olarak incelenmesini içeren geniş kapsamlı bir değerlendirmedir. Psikiyatrik bozukluğun tesbiti ve isnad kabiliyetine etkisi tıp biliminin uğraş alanı içerisindedir. Buna yönelik değerlendirme ayaktan veya gerek görüldüğünde onay alınarak gözlem altında

yapılabilir. Eğer sanıkla ilgili böyle bir iddia ya da şüphe var ise, uygulamalarda genellikle Bölge Ruh Sağlığı Hastanesi (BRSH)'ne kişinin sevki yapılarak, buradan psikiyatrik bir hastalığının olup olmadığı hakkında rapor istenilmektedir. Yasal olarak hâkimin kararında herhangi bir bilirkişinin bağlayıcılığı bulunmamaktadır. Mahkeme bu rapora itibar edebileceği gibi, itiraz halinde ya da raporu tatminkâr bulmadığı durumlarda başka bilirkişi görüşlerine de gerek duyabilir. Günlük uygulamalar içerisinde bu tür durumlarda genellikle Adli Tıp Kurumu (ATK) 4. İhtisas Kurulu'ndan görüş sorulmaktadır. Adli Tıp, Ruh Sağlığı, Nöroloji, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı uzmanlarından oluşan 4. İhtisas Kurulu, bu tür olgularda bilimsel ve teknik görüş vermek üzere oluşturulmuş bir kuruldur. Yargılama aşamasında 4. İhtisas Kurulu'nun raporuna da itiraz edildiği durumlarda, olgu hakkında bu kez de ATK Genel Kurulu görüş bildirmektedir.

Bazen mahkeme sürecinde yargılamanın sürdürülebilmesi için sanıklar hakkında adli gözlem kararı verilebilir. Adli gözleme alma; kişi ile birçok kez görüşme ve muayene etme, psikolojik test uygulama, gerektiğinde daha ayrıntılı muayene olanaklarını verir. Suçluların gözleminde birey hakkında mümkün olduğu kadar çok bilgi toplanır. Bireyin sosyal, psikolojik, psikiyatrik ve tıbbi bakımlardan incelemeleri yapılır ve sonucunda rapor düzenlenir.

Sağlık Bakanlığı'nın 2006 yılında yayınlanan "*Türkiye Ruh Sağlığı Politikaları Raporu*"nda, eldeki mevcut imkânların yeni yasanın gerekliliklerine istinaden yeniden düzenlenmesinin gerektiği vurgulanmaktadır. Bu rapordaki önerilerde, mahkeme kararıyla muhafaza ve tedavi gerektiren adli psikiyatri hastalarının tutulacağı servislerin sayısı artırılmalı, bölge hastanelerinde bulunan adli psikiyatri klinikleri, "Yüksek Güvenlikli Servisler" olarak, yatak sayısı ve güvenlik açısından asgari standartlar belirlenerek donatılmalıdır. İkinci ve üçüncü basamak hastanelerde bulunan adli psikiyatri klinikleri "Yüksek Güvenlikli Servisler" olarak donatılmalıdır. Özellikle alkol ve madde bağımlılığı tedavisi, adli vakalar ve tehlikeli hastalar için oluşturulmuş yüksek güvenlikli, uygun yapısal düzenlemeler ve yeterli sayıda uzmanlaşmış personele sahip birimler kurulmalıdır. Ayrıca bölge hastanelerinde adli vakaların gözlem, tedavi ve muhafazaları için ayrılmış klinikler de bulunmalıdır (35).

Türkiye'de suç işleyip mahkemelerce ceza ehliyeti olmadığı kararı verilen olguların, yasa gereği yüksek güvenlikli sağlık kurumlarındaki koruma ve tedavileri için adli servisi olan Ruh Sağlığı Hastaneleri kullanılmaktadır. Bu hizmeti sağlayan hastaneler;

-İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

-İstanbul Erenköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

-İstanbul Fransız Lape Hastanesi,

-Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi,

-Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi,

-Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi,

-Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi,

-Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi,

-Trabzon Ataköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'dir (36).

G. DÜNYA UYGULAMALARI

Dünyada, ruhsal hastalıkları olanların ceza ehliyetinin saptanması ve uygulanacak yaptırımlar ile ilgili değişik yasal düzenlemeler mevcuttur. Kimi ülkeler “*psikopatolojik görüşü*” benimserken kimi ülkeler de “*normatif görüş*” çerçevesinde yasal düzenlemelere gitmişlerdir. Aynı zamanda suç işlemiş akıl hastalarının tedavisi ve gözetimi ile ilgili de yaptırımlar birbirinden oldukça farklıdır.

Örneğin; İspanya Ceza Kanunu'nda belirli akıl hastalığı olan suçlunun cezai sorumluluğu yoktur. Akıl hastalığının, kişinin takdir veya davranışını kontrol kapasitesi ceza ehliyetini belirleyici unsurdur (*İspanya Ceza Kanunu Mad. 8, Kısım 1-3*). İsveç Ceza Kanunu'nda ise, cezai sorumluluk kavramına yer verilmeyip; bireysel suçlu için hangi yaptırımın yeterli olabileceği bağlamında yalnızca yaptırım seçimine ilişkin düzenlemeyle yetinilmiştir (37).

İsveç'te şiddet suçu sanıklarında önemli ruhsal bozukluktan şüphelenilir ise öncelikle adli psikiyatrik değerlendirme hükmü mahkeme tarafından verilmektedir. Adli psikiyatrik değerlendirmede psikiyatrist, psikolog, sosyal çalışmacı ve hastane personeli tarafından hazırlanan rapor mahkemeye gönderilir. Eğer rapor ciddi ruhsal hastalığı olduğu yönünde ise hasta hapse gönderilmeyip adli psikiyatrik tedaviye gönderilir ya da başkaca yaptırımlar uygulanır (38).

İsveç yasalarına göre öngörülen başlıca yaptırımlar; ruh sağlığı hastanesinde bakım, gözetim altında bulundurma ve para cezasıdır. Ruhsal hastalığı veya ruhsal bir anormalliği olan kişinin durumu yalnız gözetim altında bulundurulmasını gerektirdiğinde mahkemece

“gözetim altında bulundurma” kararı verilmektedir. Bu durumda, kişinin barınabileceği bir konutu veya geçinme olanaklarına sahip olup olmadığına bakılmaktadır. Uygun bir gözetimci bulunabildiği ve gözetim sırasında düzenli olarak bir uzman tarafından kontrol sağlandığında, “gözetim altında bulundurma” kararı en uygun bir karar olabilmektedir. İsveç'te ruh hastası olan kişilerin işledikleri kabahat türü örneğin basit bir trafik suçu yanında hafif olmayan bir suç içinde (hakaret) para cezası uygulanabilmektedir. Akıl hastası kişilerinde para cezası korkusuyla bu tür suçları işlemekten vaz geçmesi mümkündür. Para cezası, daha etkili olmakla kalmayıp, hasta kişiyi akıl hastanesine kapatmaktan daha insancıl bir yaptırım olarak belirlemektedir. Akıl hastalığı ya da ruhsal anormallik etkisiyle suç işlemiş kişiye ender de olsa herhangi bir yaptırım uygulaması gereksiz olabilir. Buna suçu işlediğinde akıl hastalığının etkisi altında bulunan ancak mahkemenin karar aşamasında iyileşmiş olan kişinin durumu örnek gösterilebilir. Kuşkusuz, bu halde mahkeme suçlu hakkında bir yaptırım uygulamayacaktır (37).

Normatif görüşe göre, cezai sorumsuzluk, belli bir ruh hastalığı veya bilişsel zayıflığının saptanmasına dayalı olmak yerine yalnızca eylemin niteliğini bilme, kişinin davranışını kontrol kapasitesindeki yoksunluğa bağlı bulunmaktadır. Avrupa ülkeleri ceza kanunlarında salt bu görüşe yer verilmemiş ise de, psikopatolojik ögenin kapsam olarak geniş tutulduğu ülkelerde bu görüşe bir yönelim söz konusudur. Nitekim, Hollanda, Belçika ve Fransa'da kişinin suçlu davranışının niteliğini bilme veya davranışını kontrol kapasitesinden mahrum bırakan her ruhsal hastalığı cezai sorumsuzluk kapsamına dahil edilmektedir (37).

Cezai sorumsuzluk Avrupa ülkelerinden Danimarka, Norveç, Hollanda, Belçika, Avusturya, Fransa, İzlanda, Almanya, İtalya, İsviçre, İspanya, Portekiz ve Türkiye'de için ruhsal hastalığının şiddetli olmasını gerektirmektedir. Bu bağlamda, ruh hastalığının belli evrelerini geçiren kişilerin cezai sorumluluklarının azaltılması da kabul görmüştür. Ancak, bazı ülke kanunlarında (Danimarka, Hollanda ve Norveç) azaltılmış sorumluluğa açıkça değinilmemiş ise de, sorunun varlığı kabul edilerek, kanunların içerdiği güvenlik, iyileştirme ve eğitim tedbirleri (tretman) ile bir ruh sağlığı hastanesinde uygulanması yoluna gidilmiştir. Diğer ülkelerde ise “azaltılmış sorumluluğun” açıkça hüküm altına alındığı ve böylece de sorumluluğu azaltılmış suçluların ceza ve/veya tretman yoluyla güvenlik tedbirine tabi tutulduğu görülmüştür (37).

Suçlu, suçun işlendiği an ruh hastası fakat duruşmada bu hal devam etmiyorsa, sanığın beraat ettiğine tanık olunmaktadır. Kuşkusuz, ceza verilmeyecek bu kişilere ruh sağlığı hastanesinde muhafaza tedbiri uygulanması da anlamsız olacaktır. Bu şekilde uygulamaya yer veren ülkeler sırası ile Belçika, Avusturya, Fransa, İsveç, İtalya, İsviçre, Almanya ve Türkiye'dir (37).

Ruh hastası suçlular için seçilecek yaptırımda işlenen suçun niteliği önem kazanmaktadır. Bazı ülkelerde “makullük” kuramına yer veren ilkeler bulunmaktadır. Sanığın ufak türden suçlar işlemiş olması halinde ruh sağlığı hastanesinde muhafaza ve tedavisinin uygun olmayacağı açıktır. Nitekim, Belçika (Sosyal Savunma Kanunu Md.7) ve İspanya'da (İspanya Ceza Kanunu Md.8) sanığın kabahat türü suç işlemesi halinde tretman ve güvenlik tedbirlerine izin verilmemektedir. Keza Avusturya'da (Avusturya Ceza Kanunu Md.21) ruh sağlığı hastanesinde muhafazaya ancak en az bir yıla kadar hapis cezası verilebilecek suçlar için izin verilmektedir. İtalya'da (İtalya Ceza Kanunu Md.219), ruhsal hastalığı sebebiyle cezai sorumluluğu azaltılmış suçlu için bir güvenlik tedbiri olarak ruh sağlığı hastanesinde muhafaza ve tedaviye ancak bu kişi tarafından işlenen cürüm için (taksirli olmayan) kanunun tespit etmiş olduğu hapis cezasının asgari beş yıldan az olmaması halinde başvurulabilmektedir. İngiltere'de Ruh Sağlığı Kanunu'na göre, ancak hapis cezası ile cezalandırılacak suçlular için ruh sağlığı hastanesi bakımına izin verilebilmekte; Almanya'da da genel makullük ilkesi tretman ve güvenlik tedbirleri uygulamasında göz önünde bulundurulmaktadır (Alman Ceza Kanunu Blm.62) (37).

Dünya ülkelerinde, suç işlemiş ve psikiyatrik hastalığı bulunanların tedavi, güvenlik, iyileştirme ve eğitimlerini sağlamak amacıyla hizmet veren değişik kurumlar bulunmaktadır. Bu kurumlar içerisinde son yıllarda *Yüksek Korunmalı Sağlık Kurumları (YKSK)* ön plana çıkmaktadır.

YKSK, saldırganlık riski olan, suç işlemiş akıl hastalarının, tutuklu ve hükümlülükleri sırasında akıl hastalığına duçar olan kişilerin, uyuşturucu madde müptelası tutuklu ve hükümlülerin muhafaza ve tedavisi için kullanılan sağlık birimleridir. Bu kurumlarda uygulanan tıbbi bakım, bilimsel ve çağdaş medikal uygulamalardan herhangi bir farklılık göstermez. İç güvenliği özel eğitilmiş yardımcı sağlık personeli sağlar. Kriminal akıl hastaları için özel emniyet, tedavi ve rehabilitasyon koşulları temin edilir. Adli psikiyatrik uygulamaları, raporlama, tedavi ve rehabilitasyon konusunda yetişmiş ve ihtisaslaşmış hekim ve yardımcı sağlık personeli yürütür. Kurum, gündelik hayat akışının

yoğun olduğu bölgelerden uzakta ve ayakta veya yatarak psikiyatrik bakım ve tedavi gören kişilerin tıbbi servis aldığı birimlerden farklı bir coğrafi konumdadır (39).

Kurum tedavisinde ilerleme sağlanan kriminal akıl hastaları, yüksek korumalı birimlerden sırasıyla aynı kurumda bulunan orta derecede korumalı, korumalı ve açık birimlere gönderilir. Tedavisi tamamlanan ve halen tehlikeliliği ortadan kalkmış kriminal akıl hastaları, takip ve tedavi şartlarını belirten raporlama sonrasında ilgili mahkemenin onayı ile taburcu edilirler. Hastaların takip ve tedavileri ya aynı kurumların poliklinik hizmetleri içinde, ya da ikametine yakın psikiyatrik hizmet veren sağlık birimlerince yürütülür. Yüksek Korumalı Sağlık Kurumu dışında tedaviyi yürüten birimler kuruma düzenli olarak bilgi verirler. Toplum içinde takip ve tedavisi yürütülen, suç işlemiş akıl hastasının hastalık ve saldırganlık durumu belirirse tekrar kuruma gönderilir (39).

Yüksek korumalı bu özel birimler; başta İngiltere, Almanya, Avusturya, Fransa, Belçika, Norveç, İsrail, bazı Afrika Ülkeleri, Türk'ü Cumhuriyetler ve Eski Doğu Bloku ülkeleri olmak üzere birçok ülkede bulunmaktadır (39). Ülkemizde de bu tür kurumların yapılandırılmasının yasal temelleri atılmış olup, fiziksel yapının oluşturulma çabaları devam etmektedir.

İngiltere'de adli psikiyatrik hastalara yönelik ilki 1863'de kurulmuş (*Broadmoor Hospital – Berkshire*) ve halen çalışmakta olan dört yüksek güvenli tedavi kurumu bulunmaktadır. Yaklaşık 1550 yatak kapasitesine sahip bu tedavi kurumlarında güvenlik derecelerine göre ayrılmış servisler bulunmaktadır. Bu hastanelerde güvenlik ekipmanları (alarm sistemleri, X-ray cihazları, kameralar v.s) oldukça üst seviyededir. Bu kurumlarda şizofreni hastalarının ortalama 4-7 yıl yatarak tedavi gördüğü bildirilmektedir. Kurumlarda hastaların spor ve sanatsal aktivitelerinin yanı sıra bir mesleğin öğrenilmesine yönelik kurslar da düzenlenmektedir (40,41)

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma; 15.10.2006 – 12.01.2007 tarihleri arasında Samsun Adliyesi'nde 1. ve 2. Ağır Ceza Mahkemesi ile 1, 2, 3 ve 4. Asliye Ceza Mahkeme'lerinin birim arşivleri ve 15.01.2007 – 20.03.2007 tarihleri arasında da Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi arşivlerinin taranması ile yapılmıştır. Çalışma için, Samsun Adli Yargı İlk Derece Mahkemesi, Adalet Komisyonu Başkanlığı'ndan yazılı izin ile ilgili Mahkemelerin yetkili hâkimlerinden sözel izinleri alınmıştır. Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nin arşivinden yararlanmak için de Samsun Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır.

Çalışmada 01.01.1997 ile 31.12.2005 tarihleri arasındaki toplam 9 yıllık süre içerisinde, ilgili mahkemelerce suç işleyip ceza ehliyeti olmadığı kararı verilen olgular değerlendirmeye alınmıştır.

Çalışma için veri toplanırken, öncelikle Mahkeme karar defterlerinden “*Ceza Tedbirine Yer Olmadığı*” (CTYO) kararı verilen dosya numaraları belirlenerek, karar kartonundan doğruluğu kontrol edilmiş, daha sonra arşivden bu dosyalara ulaşılmıştır. Kararları kesinleşen dosyalar çalışmaya dâhil edilmiştir. Mahkeme dosyasından elde edilen çalışma grubuna ait veriler, önceden hazırlanan formlara aktarılmıştır. Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi arşivinde ise önceden mahkeme arşivlerindeki dosyalardan belirlenen kişilerin hasta dosyalarına ulaşılarak incelemesi yapılmıştır.

Çalışma hedeflerine uygun kriterleri taşıyan toplam 43 olgu değerlendirmeye alınmıştır. Olguların sosyodemografik özellikleri, hastalığı, tedavisine ilişkin bilgileri, işledikleri suçlar, mağdurun yakınlığı, muhafaza ve tedavi altında kaldıkları süre, yargılama ve tedavi süreci ile ilgili veriler bu araştırma için oluşturulmuş özel formlara kaydedilmiştir. Araştırmanın her aşamasında olguların açık kimliklerinin gizlenmesi amacıyla olgular 1-43 aralığında numaralandırılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesi, SPSS 10.0 (*Statistical Package for Social Science*) paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Çalışma kapsamındaki olgulara düzenlenen adli psikiyatri raporlarında 12 farklı tanı konulduğu tespit edildi. Bu tanımlar olası en yakın DSM-IV-TR tanılarına çevrildi. Konulan tanımlar ile bu tanımların DSM-IV-TR'deki karşılıkları Tablo I'de gösterilmiştir.

Tablo I. Olgulara Konulan Tanıların DSM-IV-TR’teki Karşılıkları

No	Konulan tanı	DSM-IV-TR tanısı
1	Zeka Geriliği	Mental Retardasyon
2	Atipik Psikoz	BTA Psikotik Bozukluk
3	Paranoid Şizofreni	Şizofreni Paranoid Tip
4	Şizofreni	Şizofreni
5	Paranoid Sendrom	Sanrısız Bozukluk
6	Debil + Exitasyon	Hafif Mental Retardasyon
7	Şizofreni + Debilite	Şizofreni + Hafif Mental Retardasyon
8	Paranoid Bozukluk	Sanrısız Bozukluk
9	Şizoaffektif Bozukluk	Şizoaffektif Bozukluk
10	Kronik Psikotik Bozukluk	Şizofreni
11	Demans	Demans
12	Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) Affektif Bozukluk	BTA Duygudurum Bozukluğu

DSM-IV-TR sınıflamasına göre yukarıda sıralanan tanıları, değerlendirme ve yorumlamanın daha iyi yapılabilmesi için 3 ana grup altında birleştirilmiştir.

Bu gruplar;

- Demans (11)
- Mental retardasyon (1,6)
- Şizofreni ve diğer psikotik hastalıklar (2,3,4,5,7,8,9,10,12)

olarak sınıflandırılmıştır.

BULGULAR

1997-2005 yılları arasındaki 9 yıllık sürede Samsun Adliyesi'ndeki iki ağır ceza ve dört asliye ceza mahkemesinde toplam 45.555 karar verilmiştir. Bu kararlardan 43 (%0,094)'ünde olayın sanığına psikiyatrik hastalığı nedeniyle CTYO kararı verilmiştir. Mahkemelerin verdikleri toplam kararlar ile CTYO kararlarının oranları Ağır Ceza Mahkemeleri'nde %0,39 (18/4.598), Asliye Ceza Mahkemeleri'nde ise % 0,06 (25/40.957)'dir.

Toplam 43 olgudan 40 (%93,0)'ı erkek, 3 (%7,0)'ü kadın olup, yaş ortalamaları $37,53 \pm 12,22$ (18-64) yıldır. Tüm olgular ve bazı özelliklerinin dökümü Tablo II.'de verilmiştir.

Tablo II. Olgular Listesi

Olgular No	Yaş	Cins	Suç	Tanı	Rapor Kurumu	Mahkeme Kararı
1	34	E	Orman Yakmak	Debilite	ATK	Ceza İndirimi Uygulanmış
2	18	E	Çanta Gaspı	Atipik Psikoz	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
3	43	E	Tabanca İle Adam Yaralamak	Paranoid Şizofreni	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
4	30	E	İki Kişiyi Av Tüfeği İle Öldürmek	Şizofreni	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
5	34	E	Bıçakla Adam Öldürmek	Şizofreni+Debilite	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
6	25	E	Otomobil Gaspı	Şizofreni	ATK	Muh. ve Ted. Gerekemediği
7	39	E	Bıçakla Adam Öldürmek	Paranoid Şizofreni	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
8	40	E	Keserle Adam Öldürmek	Paranoid Sendrom	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
9	23	E	Kız Kaçırmaya Eksik Teşebbüs	Paranoid Şizofreni	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
10	25	E	Künt Travmayla Adam Öldürmek	Paranoid Şizofreni	BRSB	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ

11	36	E	Zorla Irza Geçmek	Debilite+Exitasyon	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
12	48	E	Tabanca İle Adam Öldürmek	Paranoid Şizofreni	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
13	27	E	Çeltik Tarlasını Yakmak	Paranoid Şizofreni	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
14	48	E	Tabanca İle Adam Öldürmek	Paranoid Şizofreni	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
15	25	E	Tabanca İle Adam Öldürmek	Paranoid Şizofreni	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
16	21	E	Av Tüfeği İle Adam Öldürmek	Şizofreni	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
17	40	E	8 Yaşındaki Çocuğun Fiili Livata Yoluyla Irzına Geçmek	Şizofreni+Debilite	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
18	26	E	Bıçakla Adam Öldürmek	Paranoid Sendrom	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
19	46	E	Tabanca İle Adam Yaralamak	Şizofreni	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
20	39	E	Belediye Otobüsünün Camını Kırmak	Şizofreni	BRSH	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
21	49	E	Tehdit, Şartlı Tehdit, Hakaret	Paranoid Bozukluk	BRSH	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
22	28	E	6136 Sayılı Yasaya Muhalefet	Paranoid Şizofreni	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMAMIŞ
23	50	K	İftira	Paranoid Şizofreni	BRSH	Yargılama aşamasında ölmüş
24	32	E	Bıçakla Müessir Fiile Teşebbüs	Şizoaffektif Boz	BRSH	Muh. ve Ted. Gerekmediği
25	18	E	Zorla Irz Ve Namusa Tasaddi	Şizofreni	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
26	27	E	Bıçakla Yaralama	Şizoaffektif Boz	BRSH	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMAMIŞ
27	52	E	Görevli Hakime Mektupla Hakaret	Paranoid Bozukluk	BRSH	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMAMIŞ
28	57	E	6136 Sayılı Yasaya Muhalefet	Kr. Psikotik Boz	BRSH	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMAMIŞ

29	20	E	Silahlı Tehdit, Halk Arasında Korku Ve Panik Yaratmak	Şizofreni	BRSH	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMAMIŞ
30	27	E	15 Yaşından Küçük Kız Çocuklarının Müteaddit Kez Irzına Tasaddi	Şizofreni	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
31	34	E	Görevli Cumhuriyet Savcısına Dilekçe Ve Sözle Hakaret	Paranoid Şizofreni	BRSH	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMAMIŞ
32	43	E	Muska Yapmak Suretiyle Dolandırıcılık	Paranoid Şizofreni	BRSH	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMAMIŞ
33	26	K	Yeni Doğmuş Bebeğini Terk	Şizofreni	BRSH	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMAMIŞ
34	47	E	Silah, Bıçak Ve Kendisinin Yaptığı El Bombası İle Etkili Eylem Yapmak	Şizofreni	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
35	46	E	Kamyonet Yakmak	Şizofreni	BRSH	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
36	64	E	Ruhsatlı Tabancasını Kaybetmek	Demans	BRSH	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMAMIŞ
37	28	E	Hırsızlık Yapmak	Şizofreni	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMAMIŞ
38	47	E	Bıçakla Tehdit	Bta Boz	BRSH	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
39	39	K	İftira Atmak	Paranoid Boz	BRSH	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş BİLİNMIYOR
40	50	E	İftira Atmak	Paranoid Boz	BRSH	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ
41	49	E	Hakim, C.Savcısı Ve Kaymakama Mektupla Ve Sözle Hakaret	Paranoid Boz	BRSH	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş BİLİNMIYOR
42	64	E	Karşılıklı Silahlı Tehdit	Paranoid Sendrom	ATK	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMAMIŞ
43	50	E	Atatürk'ün Manevi Şahsiyetine Hakaret	Paranoid Şizofreni	BRSH	Muh. ve Ted. Kararı verilmiş UYGULANMIŞ

Çalışma grubunu oluşturan olguların 20 (%46,5)'si ilköğretim mezunu, 14 (%32,6)'ü sadece okur-yazar olup, 5 (%11,6)'i ise okur-yazar değildir. Olguların ortalama eğitim alma süresi 3,5 yıldır. 20 (%46,5)'si işsizdir. 19 (%44,2)'u evlidir ve 19 (%44,2)'u anne-babası, 18 (41,9)'i eşi ve çocuklarıyla yaşamaktadır (Tablo III).

Tablo III. Olguların Sosyodemografik Özellikleri (n: 43).

	Olgu sayısı	%
<i>Cinsiyet</i>		
• Erkek	40	93,0
• Kadın	3	7,0
<i>Eğitim durumu</i>		
• Okuryazar değil	5	11,6
• Okuryazar	14	32,6
• İlköğretim mezunu	20	46,5
• Ortaöğretim mezunu	1	2,3
• Yükseköğretim mezunu	3	7,0
<i>Mesleği</i>		
• Çiftçi	7	16,3
• İşçi	7	16,3
• Memur	2	4,6
• Emekli	6	14,0
• Öğrenci	1	2,3
• İşsiz	20	46,5
<i>Medeni durum</i>		
• Bekar	21	48,8
• Evli	19	44,2
• Dul	3	7,0
<i>Çocuk sayısı</i>		
• Yok	22	51,2
• 1-3	17	39,5
• 4+	4	9,3
<i>Birlikte yaşadığı kişiler</i>		
• Anne-baba	19	44,2
• Eşi ve çocukları	18	41,8
• Akrabaları	2	4,7
• Sokakta	2	4,7
• Yalnız	1	2,3
• Bilinmiyor	1	2,3
<i>Yaşadığı yer</i>		
• Samsun merkez	25	58,2
• Samsun ilçe	1	2,3
• Samsun köy	13	30,3
• Samsun dışı	4	9,2

Olguların 35 (%81,3)'i “kişiyeye karşı”, 8 (%18,7)'i “mala karşı” suç işlemişlerdir. Kişiyeye karşı suç işleyen olguların 14 (%32,6)'ü suç aleti olarak ateşli silah, 6 (%14,0)'sı kesici-delici alet, 2 (%4,7)'si de kesici-ezici alet kullanmıştır. Olguların 30 (%69,8)'u planlayarak bu suçu işlemiş olup, 39 (%90,7) olgu yakalanmış, sadece 4 (%9,3)'ü suçu işledikten sonra kendisi teslim olmuştur.

Olguların 9 (%20,9)'u eşi, çocuğu, anne ya da babası gibi 1. derece yakınlarına karşı suç işlemiştir (Tablo IV).

Tablo IV. Kişiyeye Karşı İşlenen Suçlarda Mağdur-Sanık İlişkisinin Dağılımı.

Mağdurun yakınlığı	Olgu Sayısı	%
• Eşi	4	11,4
• Çocuğu	1	2,9
• Anne ya da babası	3	8,6
• Akrabası	3	8,6
• Eşi ve akrabası	1	2,9
• İş ya da ev komşusu	13	37,1
• Köylüsü	2	5,7
• Tanımadığı	8	22,8
Toplam	35	100,0

Olguların 22 (%51,2)'si tutuksuz yargılanmış olup, diğerleri suç işledikten sonra mahkeme kararına kadar değişik sürelerde tutuklu kalmışlardır (Tablo V).

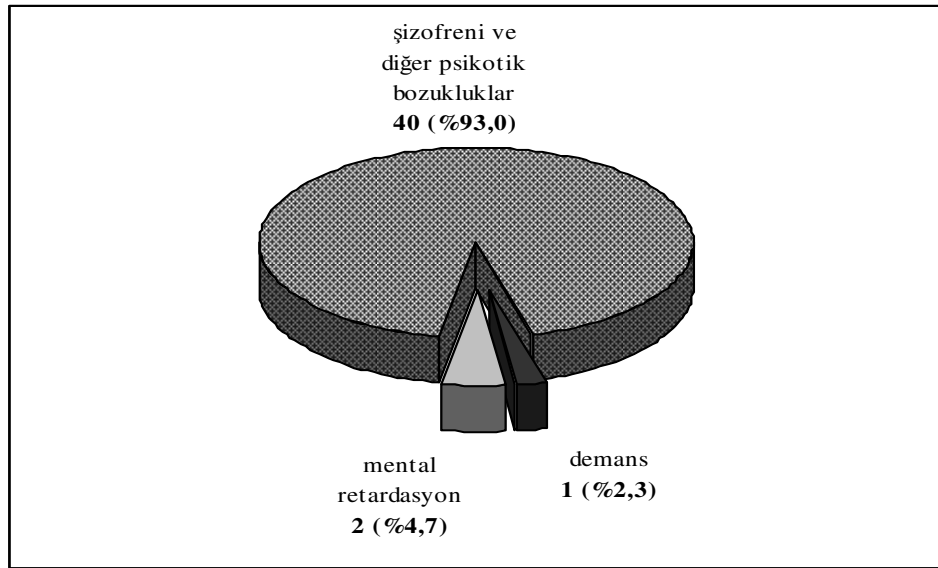
Tablo V. Olguların Tutuklu Kalma Sürelerinin Dağılımı.

Tutukluluk süresi (gün)	Olgu sayısı	%
• 1-90	5	11,6
• 91-180	1	2,3
• 181-270	1	2,3
• 271-360	6	14,0
• 361-450	3	7,0
• 451 ve üzeri	5	11,6
• tutuklanmayan	22	51,2
Toplam	43	100,0

Ağır ceza mahkemeleri; 18 kararından 16 (%88,9)'sında ATK 4.İhtisas Kurulu, 2 (%11,1)'sinde bölge ruh sağlığı hastanelerinden (BRSH) alınan raporlara göre karar vermiştir. Asliye ceza mahkemeleri ise; 25 kararından 19 (%76)'unda bölge ruh sağlığı hastaneleri, 6 (%24)'sında ATK 4.İhtisas Kurulu'ndan alınan raporlara göre karar vermiştir.

ATK.'dan son raporu alınan olgulardan 2'sinde BRSH'nden verilen raporlarda çelişki olup mahkeme ATK'nın verdiği rapora uyarak karar vermiştir. Bu olgulardan birincisinde, Samsun Ruh Sağlığı Hastanesi'nde "*reaktif depresyon*" tanısı ile ceza ehliyeti tamdır denilen kişiye, ATK "*şizofreni*" tanısı ile ceza ehliyeti yoktur raporu vermiştir. İkincisinde, Samsun Ruh Sağlığı Hastanesi'nde "*remisyonda şizofreni*" tanısı ile ceza ehliyeti tamdır denilen kişiye, ATK "*paranoid şizofreni*" tanısı ile ceza ehliyeti yoktur raporu vermiştir.

Olguların 14 (%32,6)'ünde aileden herhangi bir kişi hastalık beyanında bulunmuş olup, 8 (%18,6)'i ise kendisi hasta olduğunu iddia etmiştir. Olguların 20 (%46,5)'sinin hastalığının başlangıç yaşı bilinmemekte olup, 15 olgu hastalığı nedeniyle tedavi görmemekte, 26 olgu ise hastane ya da özel muayenehanede tedavi edilmektedir. Olguların 22'sine ATK 4. İhtisas Kurulu'ndan, 21'ine ise BRSH'nden rapor düzenlenmiştir (Tablo VI). 40 (%93) olgu şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanısı almıştır. Olguların tanı gruplarına göre dağılımı Grafik 1'de gösterilmiştir.



Grafik 1. Olguların Tanı Gruplarının Dağılımı.

Tablo VI. Olguların Hastalığı ile İlgili Verilerin Dağılımı (n:43).

	Olgu sayısı	%
<i>Hastalığı beyan eden</i>		
• Bilinmiyor	2	4,7
• Kendisi	8	18,6
• Aileden birisi	14	32,5
• Avukat	9	20,9
• Savcı	1	2,3
• Yargılamada hâkim	6	14,0
• Önceden raporlu	2	4,7
• Müşteki	1	2,3
<i>Hastalık başlangıç yaşı</i>		
• Bilinmeyen	20	46,5
• <18	3	7,0
• 19-30	11	25,5
• 31-40	6	14,0
• ≥41	3	7,0
<i>Tedavi aldığı birim</i>		
• Bilinmeyen	1	2,3
• Almıyor	15	34,9
• Hastane	22	51,2
• Özel muayene	4	9,3
• Hastane ve özel muayene	1	2,3
<i>Rapor veren kurum</i>		
• ATK. 4.İht.Kurulu	22	51,2
• Bölge Ruh Sağlığı Hastanesi	21	48,8

Olguların 11'ine muhafaza ve tedavi kararı verilmiş olmasına rağmen bu karar halen uygulanmamış, 2 olguya muhafaza ve tedavi gerekmediği kararı verilmiş, 1 olguya karar sürecinde öldüğü için karar verilememiş, 1 olguya ceza indirimi uygulanmış, 2 olguya da muhafaza ve tedavi kararı verilip verilmediği belirlenememiştir. Ayrıca 1 olguya

muhafaza ve tedavi kararı verilmiş, fakat başka bir ile gönderildiği için uygulama süresi belirlenememiştir. 25 olgu değişik sürelerde muhafaza ve tedavi altına alınmıştır (Tablo VII).

Tablo VII. Muhafaza ve Tedavi Süresi Bilinen Olguların, Muhafaza ve Tedavi Yeri ile Sürelerinin Dağılımı.

	Olgu sayısı	%
<i>Muhafaza ve tedavi kurumu (n:25)</i>		
• Samsun Ruh Sağlığı Hastanesi	24	55,8
• Adana Ruh Sağlığı Hastanesi	1	2,3
<i>Muhafaza ve tedavi süreleri (n:25)</i>		
• 1-90 gün	7	16,3
• 91-180 gün	3	7,0
• 271-360 gün	1	2,3
• 361-450 gün	9	20,9
• 451 gün ve üzeri	5	11,6

43 olgunun 13'ünde eskiden işlemiş olduğu başkaca suçlarının da bulunduğu tespit edilmiştir. Suç tekrarı olan ve tamamı erkek 13 olgunun 12(%92,3)'si şizofreni tanısı almış hastalardır. Olguların önceden işlediği suçların, büyük çoğunlukla son işlediği suç türü ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Suç tekrarı olan bu olgular ile ilgili veriler Tablo VIII'de gösterilmiştir.

Tablo VIII. Suç Tekrarı Olan Olguların Tanı, Yaş ve İşlediği Suçlara Göre Dağılımı(n:13)

Tanı	Yaş	Son İşlediği Suç	Önceden İşlediği Suçlar
Şizofreni	18	Gasp	- Gasp
Şizofreni	30	Ateşli silah ile 2 kişiyi öldürmek	- Adam Öldürmeye İştirak
Şizofreni	39	Bıçakla eşini öldürmek	- Baltayla Yaralama
Şizofreni	48	Ateşli silah ile adam öldürmek	- Adam Öldürmek
Şizofreni	40	Fiili livata	- Fiili Livata - Fiili Livata
Şizofreni	28	6136 sayılı kanuna muhalefet	- Yaralama - Hırsızlık - Yaralama
Şizofreni	18	Irza ve namusa tasaddi	- Hırsızlık - Yaralama
Şizofreni	27	Irza tasaddi	- Adam Öldürmek
Şizofreni	34	Hakaret	- Yaralama
Şizofreni	47	Etkili eylem	- Yaralama
Şizofreni	28	Hırsızlık	- Hırsızlık
BTA affektif bozukluk	47	Tehdit	- Konut Dokunulmazlığını İhlal
Şizofreni	64	Silahla tehdit	- Yaralama

TARTIŞMA

Samsun Asliye ve Ağır Ceza Mahkemeleri'nce 1997-2005 yılları arasında verilen toplam 45.555 karardan sadece 43 (%0,093)'ü psikiyatrik hastalığı nedeniyle CTYO kararıdır. Adalet Bakanlığı verilerine göre, Türkiye genelinde 2005 yılında ağır ve asliye ceza mahkemelerince verilen toplam kararların %0,14'ü psikiyatrik hastalığı nedeniyle CTYO kararlarıdır (42). Gerek çalışma verilerimizde, gerekse Adalet Bakanlığı verilerinde, verilen tüm kararlar içerisinde ceza ehliyetini etkileyecek derecede psikiyatrik hastalığı olanların az sayıda görünmesine rağmen yapılan başka çalışmalarda, şiddet suçları işlemiş kişilerin içerisinde psikiyatrik hastalığı olanların sayısı hiç de az değildir. Avrupa'da adam öldürme suçlarının %10'unun, Avustralya'nın Viktorya bölgesinde şiddet suçlarının %6-11'inin psikiyatrik hastalığı olanlarca işlendiği, ayrıca ABD'de yapılan bir çalışmada da, mental bozukluğu olanların olmayanlara göre 2 kat daha fazla şiddet suçlarından tutuklandığı bildirilmektedir (28,43,44).

Önceki yıllarda yapılan çalışmalarda psikiyatrik hastalıklar, şiddet açısından belirli risk faktörü olmakla birlikte, psikiyatrik hastalığı olanların olmayanlara göre daha az şiddet davranışında buldukları belirtilmekteydi ancak son 20 yılda yapılan çalışmaların çoğunda şizofreni hastalığı ile şiddet davranışı arasında istatistiksel bir ilişki olduğu gösterilmiştir (45,46). Bütün psikiyatrik bozukluklar şiddet davranışı açısından aynı potansiyele sahip olmamasına rağmen, toplumdaki şiddet davranışının artmasına paralel olarak psikiyatrik hastalığı olanların da şiddet davranışı giderek yaygınlaşmakta ve muhtemelen artmaktadır (7,47). Çalışmamızda 9 yıllık süre içerisinde CTYO kararı verilen olgu sayımız az olduğundan il verilerimizle bu tür hastalarda, şiddet suçlarının yıllar içerisinde artması ve azalması yönünde yorum yapmak anlamlı görülmemiştir.

Toplumsal anlayış da, ruhsal rahatsızlığı olanlarda suça yatkınlığın fazla olduğu yönündedir. Tüm kültürlerde ruhsal bozuklukla (özellikle şizofreni ile) tehlikeli davranış arasında bir bağ kurma eğilimi vardır (48). ABD'de 1500 kişiyle yapılan bir çalışmada katılanların %61'i; "Şizofreni tanısı konan bir kişinin şiddet suçu işlemeye normal bir kişiden daha çok eğilimli olduğunu söylemektedir" (49). Şiddet ögesinin daha az vurgulandığı bir başka çalışmada bu oran %24 olmakla birlikte katılanların %45'i ruh hastalarının diğer insanlardan daha az tehlikeli olduğu görüşündedir (50).

Ülkemizde yapılan suç işlemiş psikiyatrik hastalar ile ilgili çalışmalarda olguların yaklaşık 9/10'u erkek olup, yaş ortalamaları 35,7 - 38,1 yıl arasında değişmektedir (51,52). Olgularımızın %93'ü erkek olup, yaş ortalamaları $37,53 \pm 12,22$ (18-64) yıldır. Aynı zamanda başka ülkelerde (Avrupa ülkeleri, ABD, Kanada, Japonya) yapılmış araştırmalarda da ülkemizdeki verilere benzer olarak, ceza sorumluluğu olmayan ruh hastalarının çoğunlukla erkek olduğu ve yaşlarının 20 - 40 arasında değiştiği bildirilmektedir (23,38,53,54). Yapılan çalışmalarda erkek hastaların kadın hastalara göre alevlenme oranlarının daha yüksek olması, hastalığın etkisi ile suç işleyen şizofreni hastalarının daha çok erkek olgular olmasını da açıklayabilecek niteliktedir (55,56).

Çalışma grubunu oluşturan olguların %90,7'si 5 yıllık ilköğretim mezunu olup, ortalama eğitim alma süresi 3,5 yıldır. Bu oran Türkiye'de kişi başına 3,7 yıl olan eğitim yılı ortalaması ile uyumludur (57). Bunun yanı sıra Uygur ve arkadaşları (51), 1990 yılında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yaptıkları çalışmada, suç işlemiş şizofreni olgularında ortalama eğitim süresini 6,7 yıl olarak bulmuşlardır. Eğitim ortalamasının İstanbul ve çevre illerine hizmet veren Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yapılan çalışmada daha yüksek bulunmasını, bizim bölgemizin sosyoekonomik koşullarının ve genel eğitim süresi ortalamasının Marmara Bölgesi'ne göre daha düşük olmasıyla açıklamak mümkündür. Yurtdışında yapılmış çalışmalarda bu tür olguların eğitim yıl ortalamaları ülkemize göre çok daha yüksektir. Örneğin; Nijman ve arkadaşları (58) 2002 yılında Almanya ve Hollanda'da yapılan benzer çalışmada olguların %77'sinin lise mezunu olduğunu bildirmektedirler. Bu durum, Avrupa'nın iki gelişmiş ülkesi olan Almanya ve Hollanda'nın genel olarak eğitim ortalamalarının ülkemizden yüksek olması ve bu ülkelerde akıl hastaları için tedavi, rehabilitasyon ve eğitimin bir arada verilebildiği kurumların yaygınlığı ile açıklanabilir.

Çalışmamızdaki olgulardan 19 (%44,2)'unun evli, 21 (%48,8)'inin bekâr, 3 (%7,0)'ünün de boşanmış olduğu tespit edilmiştir. Bu konuda yapılmış çalışmalarda, evli olmayanların evli olanlardan daha fazla suç işledikleri ve suçu tekrarladıkları bildirilmektedir (7,40,51-54,59-63). Şizofreni hastaları arasında yapılan birçok çalışmanın ortak verisi; bekar kalma ya da boşanma oranının yüksek olduğu yönündedir (64,65). Hastaların bekâr oluşu, ruhsal hastalığı olanların evlilikte tercih edilmemesine ya da hastalık nedeniyle evliliğin devamındaki sorunlara bağlanmaktadır (66,67). Bekâr hastalar

daha fazla alevlenme ve hastaneye yatış göstermekte, hastalık belirtileri de daha şiddetli yaşanmaktadır (67,68).

Olgularımızın %81,3'ü kişiye karşı, %18,7'si mala karşı suç işlemiştir. Ülkemizde yapılan benzer iki çalışmada, kişiye karşı işlenen suçların oranı %77 ve %71,7, mala karşı işlenen suçların oranı da %17 ve %28,3 olarak bildirilmiştir (51,69). Bu veriler bizim çalışmamızla uyumludur. Almanya ve Hollanda'da yapılan bir çalışmada; olgulardan %33'ü cinayet ve cinayete teşebbüs, %28'i cinsel suç, %14'ü fiziksel saldırı olmak üzere toplam %75'inin kişiye karşı işlenen suçlar olduğu bildirilmektedir (58). Özellikle şizofreni hastalarının, kişiye karşı şiddet içeren suç işleme oranları, bu konuda veri sunan yayınların tamamında yüksek olarak saptanmıştır (23,38,46,53,70-72). Bu hastalarda, şiddet davranışlarının psikotik epizod boyunca olan konfüzyondan dolayı arttığı kabul edilmekle birlikte, saldırganlığın hastalığa bağlı biyolojik mi, yoksa hastalığa yanıt olarak psikolojik mi olduğunun ayırımı tam olarak yapılamamaktadır (73,74).

Kişiye karşı işlenen suçlarda alet kullanım oranı oldukça yüksektir. Olgularımızın %32,6'sının ateşli silah, %14,0'ünün kesici-delici alet, %4,7'sinin kesici-ezici alet kullanarak suç işlediği saptanmıştır. Bu konuda yapılan yerli ve yabancı çalışmalarda; suç aleti olarak çoğunlukla kesici-delici alet (bıçak) kullanıldığı belirtilmektedir (38,59,70). Bireysel silahlanmadaki artış, toplumda silahla işlenen suçların sayısını da arttırmaktadır. Silah ruhsatı almak için İstanbul'da muayeneye gelen kişilerin doğum yerlerinin bölgelere göre dağılımını içeren bir araştırmada; Karadeniz Bölgesi'nin ilk sırada yer aldığı belirtilmiştir (75). Çalışmanın yapıldığı Samsun ilinin, geleneksel olarak silaha düşkünlüğü ile bilinen Karadeniz Bölgesinde yer alması ve ayrıca genel olarak son yıllardaki silah edinilmesindeki kolaylık ve artış bizim olgularda da daha fazla silah kullanılmasını açıklayabilir. Ayrıca yapılan başka bir çalışmada; silah ruhsatı almak için başvuruların %18'inde psikotik bozukluk ve zekâ geriliği olduğu bildirilmiştir (76).

Adli soruşturmadan elde edilen bilgilere göre; olgularımızın %69,8'i suçu planlayarak işlemişlerdir. İsrail'de yapılan benzer bir çalışmada; olguların %33'nün işledikleri suçları en az bir hafta önceden planladıkları belirtilmektedir (23). Psikiyatrik hastalarda ve özellikle şizofreni hastalarında perseküsyon hezeyanın ön planda olduğu düşünüldüğünde, işledikleri suçlar öncesinde hastalığın etkisiyle belli temalar geliştirmeleri ve planlama yapmaları hastalığın doğası ile uygun görülmektedir.

Şiddet davranışında bulunan psikiyatrik hastalığı olanların hedef kitlesi genelde aile üyeleridir. Çalışmamızda kişiye karşı suç işleyen 35 olgudan 9 (%25,7)'u birinci derece yakınlarına (eş, çocuk, anne, baba), 18 (%51,4)'i önceden tanıdığı kişilere, 8 (%22,8)'i de önceden tanımadığı kişilere karşı suç işlemişlerdir. Estroff ve arkadaşları (77), hedef kitlenin daha çok anne olduğunu, Soysal ve Uygur (78) ise psikotiklerle yaptıkları çalışmada %30 ile daha çok eşler olduğunu ve perseküsyon hezeyanlarının önemli rol aldığını belirtmişlerdir. Suç işlemiş şizofrenlerin değerlendirildiği bir çalışmada ise 50 olgunun %41'inde hedef kitlenin aile üyeleri olduğu ve %27,4 oranında ebeveynlerin şiddet davranışına maruz kaldıkları belirtilmiştir (51). Tüm çalışmaların ortak verisi, hastanın birinci derece yakınlarının, özellikle anne ve eş gibi kadınlar ile tanıdıklarının risk altında olduğudur. Özellikle psikotik suçlunun çevresinde belli bir zaman geçiren kurban, onun paranoid delüzyonlarında anahtar rol oynamakta ve ölümle sonuçlanan suç işleyen psikotik suçluların dışarıdan oldukça iyi görünmekle birlikte, tanıdıkları kişilere karşı tehlikeli düşüncelere sahip oldukları belirtilmektedir (38,58,70).

Çalışmamızda hastalık başlangıç yaşı bilinen 23 olgudan 11 (%47,8)'inde hastalık başlangıcı 19-30 yaştır. Öncü ve arkadaşları(79), suç işleyen psikotik olgularla ilgili yaptığı bir çalışmada, hastalık başlangıç yaşı ortalamasını 25,26 yıl olarak bulmuşlardır. Özellikle şizofeni hastalığının genellikle gençlik çağında başladığı kabul edilmekle birlikte, 30-40 yaş hatta bundan da ileri yaşlarda başlayan geç başlangıçlı tipleri vardır. Erkek hastaların %61,6'sında, kadın hastaların ise %47'sinde hastalık belirtileri 25 yaşına kadar ortaya çıkmaktadır. Kadınlarda başlangıç yaşı ortalama 3-4 yaş daha geç olup, bunun östrojen hormonlarının merkezi D2 reseptörlerinde duyarlılığı azaltıcı etkisine bağlı olduğu belirtilmektedir (80,81).

Çalışmamızdaki, olguların %62,8'inin suç işlediği sırada ya da öncesinde tıbbi tedavi almış olduğu tespit edilmiştir. Kayatekin ve arkadaşlarının (59), 1982-1988 yılları arasında yaptıkları çalışmada, olguların %98'inin suç öncesinde herhangi bir ilaç tedavisi almadığı bildirilmiştir. Bu iki sonuç arasındaki anlamlı farklılık, aradan geçen sürede ülkemizde sağlık hizmeti sunumunun gelişmesi, kitle iletişim araçlarının olumlu katkısı, ailelerin psikiyatrik hastalıklar konusunda bilinç düzeyinin yükselmesiyle açıklanabilir. Literatürdeki benzer çalışmalarda, suç işlediği sırada tedavi alan hastaların oranları İsrail'de %25, Almanya ve Hollanda da %85 olarak bulunmuştur (23,58).

Olgularımızın 40 (%93,0)'ına şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, 2 (%4,7)'sine mental retardasyon, 1 (%2,3) olguya da demans tanısı konulmuştur. Çopur ve arkadaşları (69) ile Öncü ve arkadaşlarının (52) yaptığı iki ayrı çalışmada, şizofreni ve diğer psikotik bozukluk tanısı alan olguların oranı sırasıyla %97,1 - %90,7 olarak belirtilmiştir. Dünyada yapılan çalışmalarda da suç işleyen psikiyatrik bozukluğu olan olguların büyük çoğunluğuna psikotik bozukluk tanısı konulduğu, özellikle ciddi yaralama ve ölümlerle sonuçlanan saldırılarda paranoid şizofreni tanısı alanların daha fazla olduğu bildirilmektedir (51,58,70,71,81,82). ABD ve Kanada'da yapılan çalışmalarda, ceza ehliyeti olmayanların % 60-79'u psikotik bozukluklardır. %28-37 şizofreni, %10 şizoaffektif bozukluk, %10-25 kişilik bozukluğu, %7 duygudurum bozukluğu, %7 organik bozukluklar ve %4 hezeyanlı bozukluk saptanmıştır. %59'unda birden çok tanı olduğu (psikotik bozukluk, kişilik bozukluğu, komorbid durumlar) bildirilmiştir (54).

Mahkemelerin, olguların ceza ehliyetine sahip olup olmadıklarının belirlenmesi amacıyla rapor istedikleri bilirkişi kurumları, raporu isteyen mahkeme türüne göre değişiklik göstermektedir. Samsun Ağır Ceza Mahkemeleri 18 olgunun 16 (%88,9)'sında, Asliye Ceza Mahkemeleri ise 25 olgunun 6 (%24)'sında ATK 4.İhtisas Kurulu'ndan aldığı son rapor doğrultusunda karar vermiştir. ATK'na gönderilen olguların hepsi daha öncesinde Bölge Ruh Sağlığı Hastanesi'nden rapor almış olup raporların 2'sinde ATK 4.İhtisas Kurulu ile BRSH raporları arasında çelişki doğmuştur. Çelişkili bu 2 olguda da mahkeme, ATK'nın verdiği rapora uyararak karara gitmiştir. Psikiyatrik tanının konulması oldukça zor bir süreçtir ve genetik, biyolojik, gelişimsel, sosyal, psikolojik birçok etken hakkında ayrıntılı bilgiye gereksinim vardır. Psikiyatri artık bu bilgiler ışığında öznel izlenimler ve tanımlamalardan uzaklaşmış; belli tanı ölçütleri ve sınıflandırmaları olan sağlam temellere oturma yolunda büyük gelişmeler göstermiştir. Günümüzde ruhsal hastalıklar bu sınıflamalar doğrultusunda kategorize edilmektedir. Sınıflandırmadaki bu kategorik yaklaşım sınır ve atipik olgular ne kadar az ise veya sınıflar arasında net sınırlar ne kadar belirgin ise o kadar kullanışlıdır. Ancak sınır ve atipik olguların tanısının zor olabileceği de unutulmamalıdır.

Çalışmamızda 43 olgudan, 13 (%30,2)'ünde suç tekrarı saptanmıştır. Önceden işlenen suçlar ile tekrar suçlarının niteliği araştırıldığında; olguların tümü kişiye karşı ya da mala karşı önceden işledikleri suçları tekrar etmişlerdir. Kayatekin ve arkadaşları (59) değerlendirdikleri olguların %65'inin tekrar suçları işlediklerini bildirmektedir.

Yurtdışında yapılan çalışmalarda suç tekrar oranları %21 ile %75 arasındadır. Ancak bu çalışmalarda, tekrar suçu olan olguların özellikleri dikkate alındığında; eğitim, meslek, düzenli iş, periyodik muayene ve düzenli tedavi, evli olmak ve ailesiyle yaşamak gibi parametreleri pozitif olan psikiyatrik hastaların suç işleme ya da bunu tekrar etmelerinin daha az olasılık olduğu belirtilmektedir. Ayrıca ceza sorumluluğu bulunmayan olguların şartlı çıkarılmaları sonrası, sosyal işlevselliği daha düşük olanlarda yineleyici suç işleme oranının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (53-56,58,60,70,82). Olgularımızda saptanan %46,5 işsizlik oranının tekrar suçları açısından dikkate alınması gereken bir veri olduğu görülmektedir. Lymburner ve Roesch (54) çalışmasında, ayrıca suç tekrarı olan olguların büyük bir kısmının şiddet suçu işlediğini ve %10-14 arasında cinayete suçlandıklarını belirtmişlerdir. Yapılan yurt içi ve yurt dışı çalışmalarda muhafaza ve tedavi sonrası salıverilen olguların %5 ile %19'unun tekrar suç işledikleri, bu sürenin 2-6 yıl arasında değiştiği bildirilmektedir (51,60,83,84).

Çalışmamızda mahkemesince muhafaza ve tedavi kararı verilen 37 olgudan 25'inde bu karar uygulanmıştır. Bu olguların muhafaza ve tedavi süresi ise ortalama $336,96 \pm 300,94$ (10-1101) gündür. Öncü ve arkadaşlarının (52) Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yaptıkları çalışmada; hastaların zorunlu klinik tedavide ortalama 330 gün kaldıkları, yineleyici suçu olanların tedaviye uyumsuzluk gösterdikleri ve bu nedenle daha kısa süre hastanede kaldıkları belirlenmiştir. Tiihonen ve arkadaşları (85), 14 yıllık bir süre içerisinde yüksek güvenli hastanelerden şartlı olarak çıkarılan 310 adli hastanın kayıtlarını incelenmişler ve %65'i şizofren olan bu olguların hastanede kalış sürelerinin 7,8 yıl olarak bildirmişlerdir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamız 9 yıllık zaman sürecini içermesine rağmen “*ceza ehliyeti yoktur*” kararı verilen toplam 43 olguya ulaşılması, bu tür olgu sayısındaki genel kanı ve çalışma başlangıcındaki beklentinin altındadır. Çalışma açısından kısıtlılık sayılabilecek bu olgu sayısı, suç işlemiş ve tanısı konulmamış psikiyatrik hastalığı olan kişilerin bir kısmının, tıbbi muayene sırasında psikiyatrik açıdan yeterince sorgulanmaması nedeniyle gözden kaçırıldığını düşündürmektedir. Özellikle işlediği suçtan dolayı tutuklanan kişilerin, ceza ve tutukevine konulma aşamasında yapılan sağlık muayenesinde, psikiyatrik durumlarının da değerlendirilip, durumundan şüphelenilenlerin daha ayrıntılı muayene olmaları için psikiyatri uzmanının bulunduğu bir hastaneye sevk edilmesi bu olguların ortaya çıkarılmasını kolaylaştıracaktır.

Suç işleyen psikiyatrik hastaların, yargı kararları kesinleşinceye kadar, 3 yıla uzanan sürelerde normal cezaevi koğuşunda diğer tutuklu ve hükümlülerle birlikte, tedavi almadan kalmalarının, hastalıkları ile ilgili tedavi ve rehabilitasyon süreçlerine olumsuz katkıda bulunacağı açıktır. Aynı zamanda bu durum, hastalarla birlikte cezaevinde kalan diğer tutukluları da etkileyebilecek ve değişik sorunlara yol açabilecek niteliktedir. Ceza ve tutukevlerinde, psikiyatrik hastalığı için hakkında rapor istenilen kişilerin, tıbbi raporları alınana kadar ki zaman sürecinde kalabilecekleri ve tedavi de alabilecekleri ayrı bir bölüm olması daha uygun olacaktır.

Muhafaza ve tedavi kararı verilen olgulara uygulanan prosedür, hangi mahkemenin kararı olduğuna bakılmaksızın, ilgili kişinin tanısına, hastalığının durumuna ve tekrar suç işleme potansiyeline göre değerlendirilmelidir. Adli servisi bulunan mevcut bölge ruh sağlığı hastanelerinin kapasiteleri, bu hastaların uzun süre muhafaza ve tedavileri için yeterli değildir. Tüm bu nedenlerle, 01.06.2005 tarihinde yürürlüğe giren 5237 sayılı TCK.’da yer alan “yüksek güvenli sağlık kurumlarının” hayata geçirilmesi bu sorunların giderilmesi açısından önemlidir.

Tanısı konulan psikiyatrik hastalara tedavi ortamı, eğitim, rehabilitasyon ve meslek edinimi olanaklarının bir arada verilebileceği, yapılandırılmış kurumların hayata geçirilerek yaygınlaştırılması, bu hastaların suç işlemelerini azaltacaktır. Yasa gereği oluşturulması planlanan “yüksek güvenli sağlık kurumlarının” bu amaçlara hizmet edebilecek fiziki alt yapı ve insan gücü açısından iyi planlanması gerekmektedir.

Şizofreni gibi yaşam boyu relapslarla devam eden bir hastalıkta, sadece hastanın değil, yakın çevresi ve özellikle aile bireylerinin de korunması önemlidir. Bu tür hastaların toplumsal tehlikeliliklerinin azaltılabilmesi için takip ve tedavilerinin düzenli yapılması gerekmektedir. Geliştirilecek ulusal ruh sağlığı politikaları ile hasta ailesinin bilinç düzeyi yükseltilmeli, özellikle atak sırasında hastaların doktor önerisiyle zorunlu tedavi altına alınabilmesi için uygun yasal alt yapı oluşturulmalıdır.

Yasal ya da yasal olmayan yollarla toplumda artan silahlanma, silahla işlenen suç sayısını da arttırmaktadır. İnsanların silah edinmesini engellenmeye yönelik toplumsal bilinçlendirme çalışmaları ile birlikte, bu konuda ağır yaptırımlar içeren yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Ayrıca silah ruhsatı almak için başvuranlarda sağlık muayenelerinin daha ayrıntılı yapılmasının, toplumda ve dolayısıyla bu hastalarda silahla işlenen suç sayısını azaltacağı açıktır.

Ülkemizde suç işleyen psikiyatrik hastaların, suç davranışı, yargılama, muhafaza ve tedavi ortamı ile tedavi sonrası tıbbi kontrollerini de içeren yeni çalışmaların yapılması ve ülke verilerinin ortak havuzda toplanması, bu konunun aydınlatılmasına ve planlama yapılabilmesine katkıda bulunacaktır.

Sonuç olarak; gerek yerel bazda yapılmış bu çalışma, gerekse kısıtlı sayıda da olsa başka çalışmaların verileri ışığında, ceza ehliyetini etkileyecek derecede akıl hastalığı olan kişilerin sayısı korkulacak ya da altından kalkılamayacak boyutta değildir. Türkiye Cumhuriyeti, gerekli irade gösterildiği takdirde, 84 yıllık birikimleri ile bu sorunu çözebilecek ve birçok dünya ülkesine örnek olabilecek güçtedir.

KAYNAKLAR

- 1- Dönmezer S. Kriminoloji, 7. Baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1984
- 2- Türk Dil Kurumu Sözlüğü, 10. Baskı, Ankara, 2005
- 3- İçel K., Sokulu A.F., Özgenç İ., Sözüer A., Mahmutoğlu F.S., Ünver Y. Suç Teorisi, 2.Baskı, İstanbul 2000; 4-44
- 4- Yücel M.T. Kriminoloji, 1. Baskı, İstanbul 2004;1
- 5- Sokullu R.F. Kriminoloji, 3. Baskı, İstanbul 2002; 51-53
- 6- Tardiff K. Adult antisocial behavior and criminality; Sadock B.J, Sadock V.A (Ed.): Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume II; Seventh Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000:1908-1916.
- 7- Erb J.L. Assesment and managment of the violent patient. Psychiatric Secrets; second edition, Jacobson J.L, Jacobson A.M (Ed.), Hanley & Belfus Inc. Philadelphia, 2001; 440-447
- 8- Marzuk P.M.(Ed.) Violence, crime and mental illness-How strong a link? Arch Gen Psychiatry, 1996; 53(June) 481-486.
- 9- Akıncı F.S. Kriminoloji, 3.Baskı, İstanbul 2002
- 10- Demirbaş T. Kriminoloji, 2.Baskı, Ankara 2005; 118-143
- 11- Soysal H. Adli Psikiyatri El Kitabı, Roman's Yayınları, 1.Baskı, İstanbul 2005; 64-69
- 12- Özbek A. Adli Psikiyatri, Yarıaçık Cezaevi Matbaası, Ankara, 1980
- 13- Erem F. Türk Ceza Hukuku, Cilt 1, Sevinç Matbaası, Ankara, 1976
- 14- Dönmezer S. Ceza Hukuku, 12. Baskı, İstanbul, 1965
- 15- Akgün N. Adli Psikiyatri, Ankara, 1987
- 16- Dinçmen K. Adli Psikiyatri, Birlik Yayınları, İstanbul, 1984
- 17- Tuncer E.T. Duygu Durum Bozukluklarının Adli Yönü, Duygu Durum Dizisi 2001;4:198-203
- 18- Hocaoğlu Ç. Paranoid Semptomlar ve Sendromlar, Psikiyatri Dünyası 2001;5: 97-104
- 19- Köroğlu E. Psikiyatride Sınıflandırma ve DSM-IV-TR, Bölüm 5, Köroğlu E. Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı, HSB Basım Yayın, Ankara 2007; 25-31
- 20- Heinssen R.K., Liberman R.P., Kopelowicz A. Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory, Schizophr Bull 2000; 26(1): 21-46.
- 21- Riecher-Rössler A., Hafner H. Gender aspects in schizophrenia: bridging the border between social and biological psychiatry. Acta psychiatr Scand 2000; 102(407):58-62
- 22- Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 7.Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997
- 23- Valevski A., Averbuch I., Radwan M., Gur S., Spivak B., Modai I., Weizmen A. Homicide by schizophrenic patients in Israel, Eur Psychiatry, 1999;14: 89-92
- 24- Schanda H., Födes P., Topitz A., Knecht G. Premorbid Adjustment of schizophrenic criminal offenders; Acta Psychiatrica Scandinava, 1992; 86: 121-126
- 25- Hodgins S. Epidemiological investigations of the associations between major mental disorders and crime; Methodological limitations and validity of the conclusions, Social Psychiatry and Epidemiology, 1998; 33(1): 29-37

- 26- Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 9.Basım, Ankara, 2002; 217-286
- 27- Oral G. Adli Psikiyatri, Bölüm 35, Sosyal Z. Çakalır C. Adli Tıp Cilt III, İstanbul 1999;1442
- 28- Taylor P.J., Gunn J. Homicides by People with mental illness: myth and reality, British Journal of Psychiatry 1999; 174: 9-14
- 29- Bilgili M. Psikiyatrik Olgularda Toplumsal Yargı, Kriz Dergisi, 1995;3(1-2):175-178
- 30- Türk Ceza Kanunu (Eski). Resmi Gazete Yayın Tarihi: 13.03.1926, K. No: 765, Sayı: 320
- 31- Türk Ceza Kanunu (Yeni), Resmi Gazete Yayın Tarihi:12.10.2004, K. No:5237, sayı: 25611
- 32- Ceza Muhakemesi Kanunu. Resmi Gazete Yayın Tarihi: 17.12.2004, K. No: 5271, sayı: 25673
- 33- Türk Medeni Kanunu. Resmi Gazete Yayın Tarihi: 08.12.2001, K. No: 4721, sayı: 24607
- 34- Özkan M. Ceza Hukuku ve Ruhsal Bozukluklar, <http://www.dicle.edu.tr/dictur/suryayin/khuka/cezahukukuverusal.htm> (Erişim tarihi: 24.09.2007)
- 35- Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası, Sağlık Bakanlığı, 2006
- 36- SB. Tedavi Hiz. Genel Müdürlüğü'nün 24.05.2007 tarih ve 10952 Sayılı bilgilendirme yazısı
- 37- Yücel T.M. Yeni TCK üzerine eleştirel bir bakış <http://www.ortakpayda.org/makale.asp?foo=read&feox=41> (Erişim tarihi:12.12.2007)
- 38- Nordström A., Kullgren G. Victim relations and victim gender in violent crimes committed by offenders with schizophrenia, Soc Psychiatry Epidemiol, 2003;38: 326-330
- 39- Oral G. Suç profili, III.Anadolu Adli Bilimler Kong., Sözel Sunu, 07-10 Ekim.2004, Eskişehir
- 40- Thomson L.D.G. Management of schizophrenia in conditions of high security, Advances in Psychiatric Treatment, 2000;6: 252-260
- 41- Kaye C., Franey A.(ed.) Managing high security psychiatric care, Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers,1998
- 42- Adalet Bakanlığı İstatistik, http://www.adli-sicil.gov.tr/istatistikler/1996/ceza1_a.htm (Erişim tarihi: 27.11.2007)
- 43- Wallace C., Mullen P.E., Burges P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. American Journal of Psychiatry 2004; 161: 716-727
- 44- Ling B.G., Andrews H., Cullen F.T. The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. Am Social Rev 1992; 57: 275-292
- 45- Mulvey E.P. Assessing the evidence of a link between mental illness and violence, Hospital and Community Psychiatry, 1994;45(7): 663-668
- 46- Walsh E., Buchanan A., Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence, British Journal of Psychiatry, 2002;(180): 490-495
- 47- Menninger W.W. Role of the psychiatric hospital in the treatment of mental illness; Sadock B.J., Sadock V.A. (Ed.): Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume II. Seventh Edition, Lippincott Williams&Wilkins 2000; 3210-3218
- 48- Castel F., Castel R., Lowell A. The psychiatric society, New York, Free Press, 1979
- 49- Asnis G.M., Kaplan M.L., Hundorfean G. Violence And Homicidal Behaviors In Psychiatric Disorders, Psychiatric Clinics Of North America 1997; 20(2): 405-425

- 50- Jorm A.F., Korten A.E., Jacomb P.A., Christensen H., Henderson S. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1999; 33 (1), 77-83.
- 51- Uygur N., Işıklı M., Ögel K. Suç işlemiş şizofrenlerin demografik özellikleri ve suç profili, Düşünen Adam, 1992; cilt 5:(1-2-3): 5-9
- 52- Öncü F., Soysal H., Uygur N., Özdemir F., Türcan S., Yeşilbursa D., Alataş G. Zorunlu klinik tedavi sonrası yineleyici suç işleyen adli psikiyatri olgularının tanı ve suç niteliği açısından değerlendirilmesi, Düşünen Adam, 2002; 15:3: 132-148
- 53- Tengström A., Hodgins S., Kullgren G. Men with schizophrenia who behave violent: the usefulness of an early-versus late-start offender typology, Schizophrenia Bulletin, 2001; 27(2): 205
- 54- Lymburner J.A., Roesch R. The insanity defense: five years of research (1993-1997). Int J Law Psychiatry, 1999; 22: 3-4, 213-240
- 55- Angermeyer M.C., Goldstein J.M. Gender differences in schizophrenia rehospitalization and community survival, Psychol Med 1989;(19): 365-382
- 56- Karamustafalıoğlu N., Tomruk N., Alpay N. Şizofrenide cinsiyet farklılıkları, Bir gözden geçirme, Düşünen Adam 1998; 11: 22-32
- 57- Zakir S. Eğitimin Bir İşlevinin Kalkınma Olduğu Unutuluyor Mu? Milli Eğitim Dergisi, 2003, sayı 159
- 58- Nijman H., Cıma M., Merckelbach H. Nature and antecedents of psychotic patients crimes, The Journal Forensic Psychiatry & Psychology, 2003;14(3): 542-553
- 59- Kayatekin Z.E., Maner F., Abay E., Saygılı S., Şener A.İ. Ruh hastalarında homisidal saldırınlık, Düşünen Adam, 1991; 4(1): 22-27
- 60- Kravitz H.M., Kelly J. Special section on mentally ill offenders an outpatient psychiatry program for offenders with mental disorders found not guilty by insanity, Psychiatry Serv, 1999;50(12): 1597-1605
- 61- Torrey E.F. Violent behaviour by individuals with serious mental illness, Hosp Community Psychiatry, 1994;45(7): 653-661
- 62- Swenson J.W., Swartz M.S., Essock S.M. The social environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness, Am J Psychiatry, 2002; 92(9): 1523-1531
- 63- Haris G.T., Rice M.E., Cormier C.A. Prospective replication of violence risk appraisal guide in predicting violent recidivism among forensic patients, Law Hum Behav, 2002;26(4): 377-394
- 64- Güz H. Şizofreni ve Cinsiyet, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000;1(1): 80-185
- 65- Işık E. Şizofreni, Kent Matbaacılık, 2. baskı, Ankara, 1997; 3-5
- 66- Doğan O. Şizofrenik bozuklukların epidemiyolojisi, O Doğan (Ed.): Psikiyatrik Epidemiyoloji'de, Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir, 2002; 15-34
- 67- Walker E., Bettis B.A., Kain E.L. Relationship of gender and marital status with symptomatology in psychotic patients, J Abnormal Psychol, 1985; 94: 42-50
- 68- Lipton A.A., Cancro R. Schizophrenia: clinical features. Kaplan H.I., Sadock B.J. (Ed.): Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6. baskı, 1. cilt, Baltimore, 1995; 968-986
- 69- Çopur M., Elmas İ., Can Y. Psikotik hastalarda suç, Kriz Dergisi, 1995;3(1-2): 35-37

- 70- Kramp P. Editorial schizophrenia and crime in Denmark, *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2004;14: 231-237
- 71- Nestor P.G., Haycock J., Doiron S., Kelly J., Kelly D. Lethal violence and psychosis: a Clinical profile, *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1995; 23: 331-341
- 72- Mullen P.E., Burgess P., Wallace C., Palmer S., Ruschena D. Community care criminal offending in schizophrenia, *Lancet*, 2000; 355: 614-617
- 73- Flannery R.B., Hanson M.A., Penk W.E. Risk factors for psychiatric inpatient assaults on staff, *Journal of Mental Health Administration*, 1994;21: 24-31
- 74- Raymond B., Flannery J.R., Walter E.P., Elizabeth I., Gallagher C. Characteristics of violent versus nonviolent patients with schizophrenia, *Psychiatric Quarterly*, 1998; 69: No:2
- 75- Kolburan G. Eş öldürme olgularında sosyal kültürel ve psikolojik faktörler, Yayınlanmamış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul 1998
- 76- Özdemir F. Adli psikiyatri açısından homicidal davranışlar, Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul 1992
- 77- Estroff S.E., Zimmer C., Lachicotte W.S. The influence of social support on violence by persons with serious mental illness, *Hospital Community Psychiatry*, 1994;47(7): 669-679
- 78- Soysal H., Uygur N. Psikotik bozuklukların öldürme davranışında hedef kitle, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 1993;30(2): 342-346
- 79- Öncü F., Sercan M., Ger C., Bilici R., Ural C. Sosyoekonomik etmenlerin ve sosyodemografik özelliklerin psikotik olguların suç işlemede etkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006;17(4); 1-9
- 80- Hafner H. Heiden Wan Der. Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia, *Schizophrenia Bull.* 1998; 24(1): 99-113
- 81- Jablensky A. The epidemiology of schizophrenia, *Current Opinion in Psychiatry*, 1993;(6): 43-52
- 82- Munker R., Haastrup S., Jorgensen T., Kramp P. The temporal relationship between schizophrenia and crime, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2003;38: 347-353
- 83- Şeker N. Psikotik bozukluklarda yineleyici suç davranışı, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1996
- 84- Peth E. The supervision of restricted patients in the community, Home office and statistics department research findings no:19, *The Journal of Forensic Psychiatry*, 1996;7(2): 369-375
- 85- Tiihonen J., Hakola P., Eronen M. Risk of homicidal behavior among discharged forensic psychiatric patients, *Forensic Science International*, 1996;79: 123-129