

# Bir Olgu Sunumu Eşliğinde REM Uykusu Davranış Bozukluğuna Bağlı Suç İşleme ve Suçun Adli Psikiyatrik Olarak Değerlendirilmesi

F. Süheyla Aliustaoğlu<sup>1</sup>,  
Gökşen Yüksel<sup>2</sup>, Sefa Saygılı<sup>3</sup>,  
Gökhan Oral<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Adli Tıp Uzmanı, Adli Tıp Kurumu, 4. İhtisas Dairesi,  
İstanbul - Türkiye

<sup>2</sup>Psikiyatrist, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi,  
2. Psikiyatri Kliniği, İstanbul - Türkiye

<sup>3</sup>Prof. Dr., Psikiyatri Uzmanı, Adli Tıp Kurumu, Gözlem  
İhtisas Dairesi, İstanbul - Türkiye

<sup>4</sup>Prof. Dr., Adli Tıp Uzmanı, İstanbul Üniversitesi,  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı  
İstanbul - Türkiye

## ÖZET

Bir olgu sunumu eşliğinde REM uykusu davranış bozukluğuna bağlı suç işleme ve suçun adli psikiyatrik olarak değerlendirilmesi

Kişinin uykudayken kendine veya çevresine verdiği zararlar, uykuyla ilişkili şiddet davranışı olarak değerlendirilmektedir. Uykuda ortaya çıkan şiddet davranışlarının gerçek prevalansı bilinmemekle birlikte, erkeklerde kadınlara göre daha fazla görüldüğü bilinmektedir ve en sık REM uykusu davranış bozukluğu şeklinde karşımıza çıkmaktadırlar. Kişi, kendisine saldırılması, kendisinin saldırması veya kaçmaya çalıştığı şeklinde kabusu sabah en ince detayına kadar hatırlar. Bu yazıda, psikiyatrik anamnezinde özellik olmayan, 'kasten adam öldürmeye teşebbüs' iddiası ile yargılanırken, adli psikiyatrik yönden değerlendirilen ve bu suç, REM uykusu davranış bozukluğuna bağlı olarak işlediğine karar verilen hastanın, TCK'nın 34. maddesi kapsamında değerlendirilmesi tartışılmıştır

**Anahtar kelimeler:** REM uykusu bozukluğu, uykuyla ilişkili davranış bozukluğu

## ABSTRACT

A crime case which took place during REM sleep disorder and the evaluation of the case by the forensic psychiatry

Sleep-related behavior disorders are the disturbing behaviors which occur during sleep, targeting himself or others. Although the exact prevalence is still unknown, it is clear that they are more frequent in males than females and mostly appear to be a REM sleep disorder. The patient remembers his/her dream in a detailed way assuming as if he/she was attacked, he/she attacked someone else or tried to run away from the situation. In this case report, we are presenting a patient with REM sleep disorder, without any psychopathology in his psychiatric history, who was evaluated by forensic medicine during his court trial in which he was being accused of deliberate attempt to kill a man.

**Key words:** REM sleep disorder, sleep related behavior disorder

Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Psikiyatrist, Gökşen Yüksel, Bakırköy Ruh ve Sinir  
Hastalıkları Hastanesi, 2. Psikiyatri Kliniği,  
İstanbul - Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-543-6565/1311

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
drgoksenyuksel@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:  
07 Mart 2011 / March 07, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
19 Mayıs 2011 / May 19, 2011

## GİRİŞ

Kişinin uykudayken kendine veya çevresine verdiği zararlar, terminolojide, 'uykuyla ilişkili şiddet davranışı' olarak değerlendirilmektedir (1). Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması'na göre uyku bozuklukları, 'dissomniya' ve 'parasomniya' olarak temelde ikiye ayrılır. Dissomniya, uykunun miktarı, kalitesi, zamanlamasında değişmelerle giden fazla uyuma, uykunun başlaması ya da devamına ilişkin bozukluklar olarak tanımlanır. Parasomniya ise, uykuda, uyku dönemiyle eş zamanlı, davranışsal ve fizyolojik alanlardaki değişmeleri ve bozulmaları ifade etmek için kullanılmaktadır (2).

Birincil parasomniyalar, hem Non-REM (uyku terörü, uyurgezerlik) hem de REM (kabuslar, uyku paralizisi, REM uykusu davranış bozuklukları) döneminde görülebilirler. İkincil parasomniyalar ise, başka sistem bozukluklarına bağlı olarak gözlenen uyku davranış bozukluklarıdır. Parasomniyaların hangi dönem oldukları, tedavi yaklaşımlarının farklı olması nedeni ile önem arz etmektedir (3).

Uykuyla ilişkili şiddet davranışlarının en sık nedenlerine bakıldığında;

1. Non-REM uykusundan uyanma bozuklukları (uyurgezerlik, uyku terörü, konfüzyonel uyanma),

2. REM uykusu davranış bozuklukları,
3. Overlap sendromu (REM uykusu davranış bozukluğuna eşlik eden Non-REM parasomnileri),
4. Noktürnal nöbetler,
5. Psikojenik noktürnal dissosiyatif bozukluklar,
6. Uyku sırasındaki seksüel saldırganlık,
7. Münchausen sendromu,
8. Temaruz sayılabilir.

Birleşik Devletler’de 1846 senesinde, sevgilisini ekmek bıçağı ile yaralayıp, çalıştığı yeri ateşe veren Albert Tirrell’in avukatının, müvekkilinin ‘uyurgezer’ olmasına dayandırdığı davayı kazanmasından sonra, dünyanın dört bir yanındaki davalarda, ‘uykudaki şiddet davranışları’ gündeme gelmiştir.

Uyku bozukluklarının tanı ve teşhisinde kullanılan materyallerin artması, adli psikiyatrik açıdan da adımlar atılmasını sağlamıştır. Uykuda ortaya çıkan şiddet davranışlarının gerçek prevalansı bilinmemekle birlikte, yaşlılarda ve erkeklerde, kadınlara göre daha fazla görüldüğü bilinmektedir ve en sık olarak REM uykusu davranış bozukluğu şeklinde karşımıza çıkarlar. Uykuda rüya ile ilişkilendirilebilecek davranışlar vardır. Bunların arasında amaçsız el kol hareketleri, bağırma, küfür etme, yumruk atma, tekmelemeler bulunabilir. Bu davranışlar, kişinin kendisinde veya birlikte uyuduğu kişilerde yaralanma ile sonuçlanabilir. Bu davranışlar, büyük oranda kişinin premorbid kişilik özellikleri ile uyumsuzdur. Tanı, detaylı anamnez ve 2005 Uyku Bozuklukları Sınıflamasına göre mutlaka polisomnografik (PSG) tetkik ile konulur (4).

Bu yazıda, anamnezinde psikiyatrik psikopatoloji öyküsü olmayan ve ‘kasten adam öldürmeye teşebbüs’ iddiası ile yargılanırken adli psikiyatrik olarak değerlendirilen bir parasomniya hastası tartışılmıştır.

## OLGU

A.N., altmış bir yaşında, 1981’de eşini kaybettiğinden beri yalnız yaşayan erkek hastaydı. ‘Kasten adam öldürmeye teşebbüs’ suçundan yargılandığı sırada, şuur ve hareket serbestisini azaltacak ya da tamamen ortadan kaldıracak nitelikte ve 5237 sayılı TCK’nın 32. maddesi anlamında bir akıl hastalığı veya zayıflığının bulunup

bulunmadığı yönünde rapor düzenlenmesi amacıyla, adli psikiyatrik muayeneye gönderilmişti.

A.N.’nin yapılan adli psikiyatrik muayenesinde, kişi yaşında gösteriyordu, özbakımı orta düzeydeydi, göz teması kuruyordu, görüşmeye istekliydi. Bilinci açık, koopere, yer, zaman ve kişi oryantasyonu tamdı. Konuşma hızı ve miktarı doğaldı. Duygudurumu depresif, duygulanımı ise üzüntülüydü. Çağrışımları düzgündü, amaca yöneliyordu. Sanrı saptanmadı. Varsanı tariflemiyordu. Test muhakemesi, soyut düşünce, bilgi dağarcığı, davranış planlaması yaşına ve sosyokültürel yapısına uygundu. Dikkatinin hafif azaldığı, yürütücü işlemlerde hafif yetersizliğin mevcut olduğu; kognitif becerilerinde, fiili ehliyetini etkileyecek düzeyde araz veya aktif psikotik semptomun olmadığı görüldü.

Öyküsünde, 1981’de eşi vefat eden ve o zamandan beri yalnız yaşayan, çevresinde saygı duyulan bir kişiliğe sahip 61 yaşındaki A.N., bir tanıdığıının düğünü için gittiği kasabada, eski bir arkadaşının evine misafir olmuştu. Düğün sonrası gittiği bu evde arkadaşı ile akşam yemeklerini yemişler, sakin bir şekilde televizyon seyredip herhangi bir sorun olmadan kağıt oynamışlardı. Ev sahibi olan arkadaşı ile aynı odada karşılıklı yataklarda uykuya dalmışlardı. Aradan bir süre geçtikten sonra A.N., arkadaşına önce bastonu ile daha sonra da sobanın üstünde duran su güğümü ile vurmaya başlamıştı. Gürültüye uyanan ev sahibinin çocukları A.N.’yi etkisiz hale getirip jandarmaya teslim etmişlerdi.

A.N. suç tarihinde verdiği ifadede; 3-4 yıldır geceleri kendisine saldırıldığını gördüğü kabuslardan muzdarip olduğunu, olay anında da yine böyle bir kabus esnasında kendisine saldırıldığını gördüğünü, ancak kesinlikle mağdura vurduğunu hatırlamadığını, ilçe jandarma karakolunda kendine geldiğini, arkadaşına karşı da herhangi bir husumetinin olmadığını belirtmişti. Şaşkın ve korkmuş hali dikkati çekmiş ve görevliler tarafından olay günü olan durumu dava dosyasına not edilmişti.

Özgeçmişine bakıldığında; kendi ifadesine göre miadında ve spontan vajinal yolla doğan ve gelişim öyküsünde herhangi bir patoloji tariflemeyen hastanın tıbbi özgeçmişinde hipertansiyon, hiperkolesterolemi ve yaşa bağlı prostat hipertrofisi dışında bilinen bir özellik yoktu. Hasta, 3-4 yıldır geceleri kendisine saldırıldığını gördüğü kabusları dışında, herhangi bir psikiyatrik

durum tariflememekteydi. Alkol madde kullanım öyküsü bulunmamaktaydı. Ailesinde psikiyatrik veya nörolojik bir hastalık tarif etmedi.

Parasomnia düşünülerek yapılan detaylı polisomnografik değerlendirmeye göre; hastanın uyku öncesi ile sonrası uyanıklık ve uyku süresince alınan EEG kayıtlarında patolojik aktivite gözlenmemiş, temel biyoelektrik aktivite normal olarak değerlendirilmiştir. Uykunun fazları ayırt edilebilmiştir. Tetkik süresince, patolojik biyoelektrik veya motor aktivite gözlenmemiştir. Sırt üstü REM uykusunda iken ortaya çıkan, patolojik düzeyde bulunmayan seyrek obstrüktif tipte apne ve hipopneler saptanmıştır. Uykuda, ortalama O<sub>2</sub> saturasyonu %93-94 olarak ölçülmüştür. Bacak EMG kayıtlarında, REM uykusu sırasında da devam eden, tetkikin ilk seansında belirgin, saatte 30 sıklığında periyodik bacak hareketleri saptanmıştır. REM uyku dönemlerindeki yüzeyel EMG kayıtlarında, tonik aktivitenin yüksek seyrettiği ve fazik aktivitenin arttığı atonisiz REM izlenmiştir. EKG kayıtları normal sınırlarda değerlendirilmiştir. Uykunun makro organizasyonu incelendiğinde, derin yavaş uyku süresi normal olarak değerlendirilmiş, REM uyku fragmentasyonu dikkat çekmiştir.

Sanık değerlendirilirken, adli tahkikat dosyasında belirtilen suçun şekli ve işleniş tarzı, sanığın motivasyonu, kendini savunma mantığı, suç öncesi ve sonrası tutum ve davranışları, sanık ve tanık ifadeleri gibi tüm adli psikiyatrik hususlar göz önüne alınır.

Genel Kurulda da tekrar görüşülen vakanın, laboratuvar tetkikleri ve uyku EEG'si sonucunda, suç tarihinde ceza sorumluluğunu ortadan kaldıracak mahiyet ve derecede olan 'parasomniya'sı olduğuna kanaat getirilerek, A.N.'nin sanığı bulunduğu suça karşı cezai sorumluluğu olmadığı yönünde 5237 sayılı TCK'nın 34. maddesinin tatbikinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilip, ilgili mahkemeye bildirilmiştir.

## TARTIŞMA

Uykunun pasif bir dinlenme dönemi olduğuna dair genel kanaat, özellikle Moruzzi ve Magoun tarafından uyanıklığın açıklanması ile yeni bir boyut kazanmıştır. Uyku, çeşitli hayvan deneyleri sayesinde, 'geri döndürülebilir bir şekilde, uyanıklıkla beş duyu dönemi arasın-

da periyodik geçişler' olarak tanımlanmıştır (5).

Bu dönemlerden birisi REM (rapid eye movement), diğerleri de Non-REM olarak adlandırılmaktadır. Non-REM uykusu da kendi içinde iki bölümde değerlendirilir: a. Yüzeyel uyku (1. ve 2. dönem), b. Derin uyku (3. ve 4. dönem).

Yüzeyel uyku, uyku-uyanıklık arası geçiş dönemi olup, uyuyan kişi bu dönemde kolaylıkla uyandırılabilir. Derin uyku ise uyuyan daha zor uyandırıldığı, daha fazla uyaran verilmesi gereken bir dönemdir. Büyüme hormonunun salgılanmasındaki ve protein sentezindeki artış metabolizmada yavaşlamaya neden olurken, fizyolojik aktivitelerde de genel olarak azalma görülmektedir. Bedensel dinlenme bu dönem içerisinde olmaktadır.

REM uykusu ise, Non-REM uykusunun aksine, yoğun aktiviteler ile tanımlanmaktadır. Rüyaların %80'inin bu dönemde görüldüğü bilinmektedir. Bu dönemde, solunum ve göz kasları dışındaki kaslarda atoni (tonus kaybı) olmaktadır. REM ile beraber fazik ve tonik değişiklikler birbirini izlemekte, bilişsel ve fizyolojik aktivitelerde artış olmaktadır. REM uykusu dönemlerinin süresi, çoğu sabah kalkmadan önce olacak şekilde, gece ilerledikçe artar. Bir başka ifade ile REM uykusu 'paralize bedende aktif beyindir' (6).

Uykunun geç dönemlerinde, REM uykusunda olması gereken atoninin geçici kaybı ile ortaya çıkan motor aktiviteler ile tanımlanan bir bozukluktur. Bu sendrom erkeklerde daha sıklıkla görülmektedir (%90). 50 yaş üstü bir rahatsızlık olarak kabul edilmesine rağmen, herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir (7,8). Narkolepsi çocuk ve ergenlerde REM uykusu davranış bozukluğuna sebep olabilir. Literatürde narkolepsi ve REM uykusu davranış bozukluğu birlikteliği, %7-36 arasında değişmektedir. Gene Parkinson hastalığı, multisistem atrofi, Lewy cisimcikli demans gibi nörodejeneratif hastalıkların bu duruma yol açtığı bilinmektedir (8).

REM uykusu davranış bozukluğu bulunan kişinin epizot esnasında gözleri kapalıdır ve kişi, o esnada bulunduğu ortama göre değil, rüyasındaki çevre ve eyleme göre davranır. Kovalandığı, dövüldüğü veya saldırıya uğradığı şeklindeki rüyalara kişi, bağırma, küfretme, yatak arkasına vurma, tekme atma, amaçsız el ve kol hareketleri yapma şeklinde yanıt verebilir (8).

Aşırı hareket ve saldırgan davranışların gözlemlendiği REM uykusu davranış bozukluklarında, yaralanma veya yaralama gibi suç unsuru sayılabilecek durumlar ortaya çıkabilir. Uykudan uyanıklığa geçiş hızlıdır ve rüya tam olarak hatırlanır. Gün içerisinde şiddet içeren davranış örüntülerine rastlanılmaz (8). REM uykusu davranış bozukluğu tanısı için yapılan değerlendirmelerde;

- Polisomnografide yavaş dalga uykusunda yaşa göre artış,
- REM'de atoni kaybı,
- REM yoğunluğunda artış,
- REM ve Non-REM'de periyodik ve periyodik olmayan ekstremite hareketleri beklenmektedir.

Dorsal orta beyin ve ponsun yapı veya fonksiyonundaki anormallikler patofizyolojik olarak suçlanmışsa da, halen net bir sonuç elde edilememiştir.

Schenck ve Mahowald'ın (9) 2005 tarihli gözden geçirmelerinde de belirttikleri üzere, REM uykusu davranış bozuklukları akut ve kronik olarak 2 alt grupta incelenebilir:

Akut ve geçici formu, sıklıkla ilaç tedavileri (örn. SSRI ve monoaminooksidaz inhibitörlerinin de olduğu birçok antidepresanlar ve Alzheimer hastalığında kullanılan kolinerjik tedaviler) veya mevcut kullanımın (alkol, barbitüratlar veya meprobomat yoksunluğu gibi) kesilme semptomu olarak ortaya çıkabilir.

Kronik REM uykusu davranış bozukluğu ise, vakaların %25-60'ında idiopatikdir, geri kalan vakaların ise, Parkinson hastalığı, olivopontoserebellar dejenerasyon gibi dejeneratif hastalıklar, subaraknoid kanama, iskemi gibi vasküler patolojiler, posterior fossada kitle gibi nörolojik durumlarda görüldüğü kabul edilmekle birlikte, hastalığın patofizyolojisi halen anlaşılabilmiş değildir (9-11).

Polisomnografi (somnus, Latince uykuyu tanımasının adıdır; Yunancada hypnos olarak adlandırılır), uykü süresince birden fazla parametrenin (beyin dalgaları, çene elektromiyografisi ve göz hareketleri) senkron olarak kaydedilmesidir ve ilk olarak 50 sene önce kullanılan yöntem, halen uykü bozukluklarını ortaya koymak için sıklıkla kullanılmaktadır.

Amerikan Uykü Tıbbi Akademisi'nin (American Academy of Sleep Medicine) 2007 yılındaki 'Uykü ve Uykü ile İlişkili Olayları Skorlama Kılavuzu'na göre, REM uykusu davranış bozukluklarının polisomnografik

olarak tanımlanması şu şekildedir:

1. REM uykusu sırasında, bir epokun %50'sinden fazlasında çene EMG tonusunda artış,
2. 30 saniyelik epok, 3 saniyelik mini epoklara bölündüğünde, en az 5 mini epok süresince 0.1-5.0 saniye süreli, temel EMG aktivitesinden 4 kat daha yüksek amplitüdü kas aktivitesi boşalması (fazik aktivite) görülmelidir (12).

Uykü bozuklukları genel tıpta, ama özellikle psikiyatri ve nörolojide giderek daha fazla üstünde durulan, hakkında gittikçe artan sayıda çalışmanın yapıldığı, toplantılar düzenlenerek detaylı tartışılır hale gelen bir başlıktır. Uykü bozukluklarını ve bunun amnezi ile ilişkisini irdelemeden önce, uykü ve uyanıklığın temel mekanizmalarının gözden geçirilmesinde fayda vardır.

### **REM Uykusu Davranış Bozukluğu Tanı Kriterleri; ICSD-2 (13,14)**

- A. Atoninin eşlik etmediği REM uykusu: Submental EMG tonusunda devamlı veya aralıklı artış veya fazik submental veya (üst veya alt) ekstremite EMG seyirmeleri.
- B. Aşağıdakilerden en az biri olmalı;
  - i. Anamnezde uyküyle ilişkili zararlı, potansiyel olarak zararlı veya yıkıcı davranışlar,
  - ii. Polisomnografi monitörizasyonu sırasında dokümente edilen anormal REM uykusu davranışları.
- C. REM uykusu davranış bozukluğunun REM uykusuyla ilişkili nöbetle birlikteliğinin tam olarak ayırt edilebildiği durumlar dışında, REM uykusunda EEG'de epileptiform aktivitenin olmaması.
- D. Başka bir uykü bozukluğu, tıbbi veya nörolojik bozuklukla, mental bozuklukla, ilaç kullanımı veya madde kullanımıyla açıklanamaz.

Adli olguların psikiyatrik değerlendirmesinde suçun niteliği, işleniş şekli gibi, kişinin genel durumu, yaşam koşulları ve psikiyatrik geçmişi de önem arz etmektedir.

Adli vakalarda iki soruya yanıt aranmaktadır:

1. Kompleks ve uzun bir davranışın uyküde bilinçli bir uyanıklık gelişmeden gerçekleşmesinin mümkün olup olmaması,

## 2. Adli olayın gerçekleşme şekli.

Mahowald ve Schenck'e göre ayırıcı tanıya gidilirken, özellikle adli psikiyatrik değerlendirmede hekimi REM davranış bozukluğuna yönlendiren, hastada daha önceden benzeri atakların olduğuna dair anamnezinin olmasıdır. Ansızın ortaya çıkan ve mantıklı bir açıklaması olmayan bu ataklarda, saldırıya uğrayan kişiye dair husumet yoktur ve saldıran kişinin bilinen karakteri ile uyuşmayan bir durum vardır. Tanımlanan bu ataklar kısa sürelidir ve hasta kendiliğinden uyanabilir veya uyandırılabilir. Hastanın bu atak esnasında genellikle gözleri kapalıdır. Kişinin bilinci yerine geldiğinde, şaşkınlık ve korku, olaya bir anlam verememe hali gözlenir (1,11).

Kişinin kendisi de bu duruma bir anlam veremez, mevcut olayla ilgili bilinçli kaçma, delil saklama veya karartma eylemine girişmez, sıkıntı ve vicdani rahatsızlık duyar. Söz konusu vakamızda, psikiyatrik bir anamnez olmamakla birlikte, suçun ortaya çıkma şekli ve suçun atfedildiği kişinin olay esnasında ve sonrasındaki davranışları değerlendirildiğinde, tablonun parasomniya tanısı ile örtüştüğü gözlenmiştir. Sanık olan vakamızın, olayı daha önceden planladığına dair bir bulgu yoktur.

REM uykusu davranış bozukluğunun ayırıcı tanısı için yapılan EEG incelemesinde hiçbir epileptiform aktiviteye rastlanmaması gerekmektedir. Polisomnografi süresince gözlenen REM uykusu davranış bozuklukları yol göstericidir. Uyku apnesi veya periyodik ekstremite hareketleri bozukluğu, gastroözefageal reflü, noktürnal kasılmalar, posttravmatik stres bozukluğu, noktürnal panik bozukluğu ve dissosiyatif bozukluklar ayırıcı tanı esnasında gözönünde bulundurulmalıdır (15).

Bütün bunların yanında kişi, bahsi geçen olgu sunumunda olduğu gibi, aşırı hareket ve saldırgan davranışların yaralanma veya yaralama gibi suç unsuru sayılabilecek adli bir süreç ile de karşımıza gelebilir. Temaruz, ayırıcı tanıda unutulmaması gereken bir durumdur.

Adli psikiyatride sıklıkla üstünde tartışılan konu ise, parasomnilerin TCK'nın hangi maddesine göre değerlendirilmeleri gerektiğidir (1). TCK 32-1'e bakıldığında, bu maddede akıl hastalığı nedeni ile kişinin olaya dair sorumlu tutulamayacağından, ilgili kişi hakkında da güvenlik tedbirleri alınması gerektiğinden bahseder.

Hangi hastaların bu madde kapsamında değerlendirileceği detaylandırılmamıştır. Ceza sorumluluğunun tayini hekime bırakılmıştır.

Parasomniyanın bir akıl hastalığı olmadığı, suçun atfedildiği kişide 'fiille ilgili hukuki anlam ve sonuçları değerlendirmedeki kaybın geçici olduğu' dikkate alınır ise, mevcut durumu değerlendirme adına TCK 34'ün uygulanması gerekir. Bu maddeye bakıldığında, 'geçici bir nedenle, işlenen fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan' ifadesinin kullanıldığı görülür (8). Zihinsel işlevleri geçici olarak bozan durumlara parasomnialar, deliryuma yol açan durumlar, kişinin kendi bilgisi ve rızası dışında içirilen alkol veya uyuşturucu madde alımının yol açtığı geçici tablolar sayılabilir.

Mevcut olgudaki parasomniya tanısı, işlenen suçun anlam ve sonuçlarının değerlendirilmesini geçici olarak ortadan kaldıran bir durum olarak ele alınmış ve TCK 34 dikkate alınmıştır. Kişinin cezai sorumluluğu yoktur.

Olgumuz, 61 yaşında bir erkektir ve sosyodemografik olarak literatüre uymaktadır. Mağdur ile arasında yaralamaya sebebiyet verecek bir problem olmaması, dostça geçirdikleri bir günün gecesinde suçun ortaya çıkması, sanığın daha ilk ifadesinde bile REM uykusu davranış bozukluğu tanımına uyan doğrultuda bilgiler vermesi, bu rahatsızlık için belirleyici olan polisomnografik tetkikte; REM uykusu dönemlerindeki yüzeysel EMG kayıtlarında tonik aktivitenin yüksek seyretmesi ve fazik aktivitenin arttığı atonisiz REM bulunması, suçun hemen ardından olayın şaşkınlığı içerisinde olması gibi unsurlar bir arada değerlendirildiğinde, şahsın TCK'nın 34. maddesine uyduğuna dair karar verilmiştir.

TCK'nın 34. maddesi adli psikiyatride son derece nadir kullanılır. Bahsi geçen olgu, işlenen suçun uyku esnasında olması nedeni ile adli psikiyatri tarafından değerlendirilmiş, TCK'nın 34. maddesine uygun nadir olgulardan olması nedeniyle de sunulmuştur.

**TCK madde 34-1:** Geçici bir nedenle ya da irade dışı alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisiyle, işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez.

**TCK madde 34-2:** İradî olarak alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisinde suç işleyen kişi hakkında

birinci fıkraya hükmü uygulanmaz.

REM uykusu davranış bozukluklarında tedavi yaklaşımı çok yönlü olmalıdır. En önem arz eden yaklaşım, kişinin kendisine ve yakınlarına bu rahatsızlık ile ilgili detaylı bilgi verilmesi ile başlanmasıdır. Stres, uyku deprivasyonu, alkol ve hipnotik kullanımının REM uykusu davranış bozukluğu için tetikleyici olabileceği, belirtilmelidir (12). İlaçlardan özellikle venlafaksin, selektif serotonin geri alım inhibitörleri ve mirtazapin kullanımı, gene REM uykusu davranış bozukluğu ile karşımıza çıkabilir. Selegilin de Parkinson hastalarında bu durumu tetiklediği bilinmektedir (8).

Hastanın kendisine veya başka birine zarar verme

riski önemle vurgulanmalı, gerekli önlemlerin alınması (uyunan odada delici kesici alet bulundurulmaması, pencereye ulaşımın engellenmesi veya pencerenin kilitli tutulması vs.) istenmeli, detaylı psikiyatrik ve nörolojik değerlendirmenin ardından REM uykusu davranış bozukluğuna yol açabileceği düşünülen özgül bir durum saptanmasa bile, özellikle yaşlılarda, dejeneratif hastalıklar açısından takibe devam edilmesi esastır.

Hastaya, yatmadan yarım saat önce 0.25-2 mg klonazepam verilmesi yüz güldürücü olmakta ve ömür boyu kullanılabilir (4). Diğer alternatif tedaviler, karbamazepin, L-dopa ve dopamin agonistleridir. Bu ajanların etkinlikleri, klonazepam göre daha azdır.

## KAYNAKLAR

1. Yılmaz H. Uyku Bozukluklarının Toplumsal Etkileri ve Hukuksal Boyutu: İçinde Kaynak H, Ardıç S (Editörler). Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları. Türk Uyku Tıbbi Derneği Yayını, 2011, 129-142.
2. Reite M, Weissberg M, Ruddy J (editors). Parasomnias. In: Clinical Manual for Evaluation and Treatment of Sleep Disorders. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2009, 147-170.
3. Zucconi M, Oldani A, Ferini-Strambi L, Smirne S. Arousal fluctuations in non-rapid eye movement parasomnias: the role of cyclic alternating pattern as a measure of sleep instability. J Clin Neurophysiol 1995; 12:147-154.
4. Karadeniz D. Yaşlılığa özgü bir parasomni: REM uykusu davranış bozukluğu. Geriatri ve Geriatrik Nöropsikiyatri 2009; 1:32-37.
5. Yetkin S, Özgen F. Uyku ve Uykuda Psikofizyoloji: İçinde Köroğlu E, Güleç C (editörler). Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007, 453-459.
6. Yetkin S, Özgen F. Uyku Bozuklukları: İçinde Köroğlu E, Güleç C (editörler). Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007, 460-473.
7. Özgen F. Parasomniler: İçinde Çelikel A (editör). Uyku Bozuklukları. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1996, 53-68.
8. Taşçılar N, Karadeniz D. Rem uykusu davranış bozukluğu (RDM) ve mediko-legal yaklaşım. Türk Nöroloji Dergisi 2008; 14:81-91.
9. Schenck CH, Mahowald MW. Rapid eye movement sleep parasomnias. Neurol Clin 2005; 23:1107-1126.
10. Schenck CH, Mahowald MW. Parasomnias. Managing bizarre sleep-related behavior disorders. Postgrad Med 2000; 107:145-156.
11. Kaynak H, Benbir G. Uyku tıbbında yenilikler: Yeni uyku ve ilişkili olayları skorlama klavuzu. Klinik Aktüel Tıp NöroPsikiyatri Forumu 2009; 3:38-44.
12. Kaynak D, Kaynak H, Değirmencioğlu N, Gözükürmü E. Uykuda ortaya çıkan şiddet ve zarar verici davranışlar. Klinik Adli Tıp Dergisi 2002; 2:60-64.
13. Tuncel D. Parasomniler. Türkiye Klinikleri Neurological-Special Topics 2010; 3:76-86.
14. American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual, 2nd edition (ICSD-2). Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2005.
15. Aydın H. Uyku ve Bozuklukları. 2. Basım. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2008.