

# 1831 Adli Olgunun Tanı Dağılımı ve Tanı-Suç Bağlantısının Değerlendirilmesi

S. TÜRKCAN \*, C. İNCESU \*, Ö. CANBEK \*, Y. CAN \*, M. SERCAN \*, N. UYGUR \*

## ÖZET

**AMAÇ:** Psikiyatrik hastalıklar ile suç ilişkisi son yıllarda üzerinde önemle durulan bir konu olmakla birlikte, ülkemizde adli olgularla ilgili yeterli araştırma ve yayının olmadığı gözlenmektedir. Bu çalışmada, tıbbi bilirkişilik ve adli olguların zorunlu tedavisi ile ilgili önemli bir birikime sahip olan hastanemize, ilgili mahkemeler tarafından tıbbi gözlem amacıyla sevk edilen olgulardaki psikiyatrik bozuklukların tanı dağılımı ve tanı ile suç arasındaki bağlantıların araştırılması hedeflenmektedir.

**YÖNTEM:** 1989 ile 1995 yılları arasında, toplam 7 yıllık bir dönem içerisinde, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine çeşitli mahkemeler tarafından TCK 46. maddesi gereği ceza ehliyetlerinin saptanması amacıyla gönderilen ve hakkında rapor düzenlenen 1831 olgunun raporları geriye dönük olarak incelenmiş, olguların psikiyatrik tanıları DSM-III-R tanı sistamine göre değerlendirilmiştir.

**SONUÇ:** Ceza ehliyeti dışında başka değerlendirmeler istenen 17 olgu dışlandı. Geri kalan olguların % 48,9'unun (n=895) TCK 46. maddesi kapsamında değerlendirilerek ceza ehliyetlerinin olmadığı, % 6,7'sinin (n=123) ise TCK 47. maddesi kapsamında değerlendirilerek ceza ehliyetlerinin kısıtlandığı ve geri kalan 796 (% 43,5) olgunun ise ceza ehliyetlerinin tam olduğu saptanmıştır. Ceza ehliyeti olmayan olguların 1. eksendeki psikiyatrik tanı dağılımlarına bakıldığında olguların % 32,8'inde (n=294) şizofreni, % 26,4'üne (n=236) mizaç bozuklukları, % 14,3'üne (n=128) sanrısız bozukluk, % 9,9'una (n=89) BTA psikoz, % 5,5'ine (n=49) organik akıl bozukluğu, % 2,5'ine (n=22) madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk ve % 2,5'ine (n=22) ise diğer psikiyatrik tanıların bulunduğu saptanmıştır. Kronik ve progresif seyirli psikotik bozuklukların daha çok şiddet suçları işledikleri, bu suçların genellikle organize olmadığı saptanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Ceza ehliyeti, suç, şiddet, psikotik bozukluklar, adli gözlem

*Düşünen Adam*; 2000, 13(3): 132-137

## SUMMARY

**OBJECT:** Although the relationship of psychiatric diseases and crime is getting more and more attention in recent years, research and literature on forensic cases are inadequate in our country. We investigated the psychiatric diagnosis of cases and the relationship between diagnosis and crime in patients referred to Bakırköy State Hospital for Psychiatric and Neurological Diseases, which, as a hospital represents an important accumulation of experience on medical expert witness duty and compulsory treatment of forensic cases.

**METHOD:** Medical charts of 1831 cases, referred by courts for assesment of criminal responsibility according to Act 46 of Turkish Penalty Law (TPL) and were given a final report by the medical board of experts, were investigated retrospectively and psychiatric diagnosis were categorized according to DSM-III-R.

**CONCLUSION:** 48.9 of the cases (n=895) were considered as not having criminal responsibility according to Act 46 of TPL, 6.7 % (n=123) were considered as having only partial criminal responsibility according to Act 47, and the remaining cases (43.5 %, n=796) were considered as possessing full criminal responsibility. When cases not possessing criminal responsibility were assessed by their axis 1 of their psychiatric diagnosis, 32.8 % (n=294) were diagnosed as having schizophrenia, 26.4 (n=236) mood disorders, 14.3 % (n=128) delusional disorders, 9.9 % (n=89) PD NOS [psychotic disorder not otherwise specified], 5.5 % (n=49) mental disorders due to a general medical condition, 2.5 % (n=22) psychotic disorder due to substance abuse and 2.5 % (n=22) other psychiatric diagnosis. Chronic and progressive psychotic disorders were found to be involved in more violent crimes and often these crimes were found not to be organized.

**Key words:** Criminal responsibility, offense, violence, psychotic disorders, forensic observation

\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

## GİRİŞ VE AMAÇ

Tarih boyunca akıl hastalığı ile suç ve şiddet davranışları arasında bire bir bağlantı olduğuna inanılmıştır<sup>(1)</sup>. Oysa şiddet ve suç davranışı sergileyen bireylerin çoğunluğunu bir psikiyatrik bozukluğu olmayan, diğer bir deyişle psikiyatrik bilirkşi tarafından tedavi edilecek bir hastalığı olmadığına karar verilen olgular oluşturmaktadır. Genel inancın aksine, birçok psikiyatri hastasının da şiddet eylemi ve suç davranışı göstermedikleri bilinmektedir<sup>(2)</sup>.

Akıl hastalarının kurumlarda uzun süreyle tutuldukları 1940'lı yıllarda yapılan çalışmaların sonuçları akıl hastalarının toplumun geneline göre daha az tutuklandıkları şeklindedir<sup>(3)</sup>. Kurumsuzlaştırmanın akıl sağlığı politikasına egemen olduğu daha sonraki dönemdeki çalışmaların sonuçları ise birbiriyle çelişmektedir ancak genel kanı "akıl hastalarında şiddet ve suç davranışı giderek artmaktadır" şeklindedir.

Zitrin, akıl hastalarında tutuklanma oranının yüksek olduğunu; Durbin, 286 erkek ve 175 kadın psikiyatri hastasını incelediği çalışmada kadın hastalardaki oranın toplum ile benzerlik gösterdiğini, erkek hastaların ise toplum genelindeki erkeklerden daha fazla tutuklandıklarını ancak tedavi ile bu oranın azaldığını bildirmiştir<sup>(3,4)</sup>. Martel, evsiz akıl hastalarının barınma sorunu olmayan hastalardan daha fazla tutuklandıklarını bildirmektedir<sup>(5)</sup>. Valdissani, akıl hastalığının tutuklanma oranını artırdığını, cezaevlerindeki kişilerin % 5.5'inde akıl hastalığı saptandığını ancak bu durumun daha çok önemsiz suçlar nedeniyle olduğunu, şiddet içermeyen suçların psikotik grupta dört kat daha fazla olduğunu bildirmiştir<sup>(6)</sup>. Hawing'in 393 akıl hastasını incelediği çalışması akıl hastalarının şiddet içermeyen suçlar nedeniyle genel popülasyondan daha az şiddet suçları nedeniyle 1.33 kez daha fazla tutuklandıklarını göstermektedir<sup>(7)</sup>. Bu araştırmalardaki sonuçların aksine Teplin, polis kayıtlarını incelediği 2122 olguluk çalışmada akıl hastalarında suç oranının toplum geneli ile aynı olduğu sonucuna varmıştır<sup>(8)</sup>.

Saldırganlık-şiddet ve tanı ilişkisi açısından bakıldığında; Taylor, 2713 tutukluyu incelediği çalışmada şizofrenik erkek hastaların daha fazla şiddet davranışı gösterdiklerini; Modestin, 282 şizofrenik

hastanın suç kayıtlarını incelediği çalışmada şiddet suçları nedeniyle genel popülasyona oranla beş kat daha fazla tutuklandıklarını; Torrey ise, psikotik hastalarda saldırganlığı ile alan çeşitli araştırmaları gözden geçirme yazısında ağır akıl hastalarının genel popülasyondan daha tehlikeli olmadıklarını ancak bu grubun içinde tehlikeli bir alt grubun olduğunu saptamış ve bu grubun geçmiş suç öyküsü, alkol-madde kullanımı ve tedaviye uyumsuzluk gibi belirleyici özellikleri olduğunu bildirmiştir<sup>(9-11)</sup>.

Suç-tanı bağlantısı incelendiğinde ise Eronen, adam öldüren 53 şizofren olguyu incelediği çalışmada, her iki cinste de adam öldürme riskinin 10 kat daha fazla olduğu ve alkolizmin varlığının erkeklerde bu riski 17 kat arttırdığını bildirmiştir<sup>(12)</sup>. Tiihonen ise, 1966 yılında doğan çocuklara (12058) yönelik 26 yıllık kapsamlı izleme çalışması sonucunda birçok özgül zihinsel gelişim bozukluğunun şiddet ve suç davranışı ile bağlantılı olduğunu, erkeklerin % 7'sinin psikotik olduğunu, alkolizm ve alkole bağlı psikotik bozukluğun hafif şiddet ve mala yönelik suçlar açısından risk taşıdığını, alkol kullanımı olan şizofren hastalarda suç davranışının daha fazla olduğunu belirlemiştir<sup>(13)</sup>.

Akıl hastalığı-saldırganlık-suç davranışı ilişkisinde üzerinde durulması gereken önemli bir özellik de suçun psikotik semptomlarla olan ilişkisidir<sup>(14)</sup>. Hemen her tip psikotik bozukluğun akut dönemlerinde şiddet ve suç davranışı sık görülmektedir. Şiddet davranışının sıklığı, psikotik belirtilerin şiddeti ile doğru orantılıdır<sup>(15,16)</sup>. Alkol ve madde kullanımı başta olmak üzere zeka geriliği ve epilepsi gibi ek tanıların şiddet ve suç davranışının ortaya çıkışında önemli olduğunu vurgulayan bir çok çalışma yapılmıştır. Tedaviye uyum ile şiddet ve suç davranışının azalmasının doğru orantılı olduğu bildirilmiştir<sup>(11,16-19)</sup>.

Psikiyatrik hastalıklar ile suç ilişkisi son yıllarda üzerinde önemle durulan bir konu olmakla birlikte, ülkemizde adli olgularla ilgili yeterli araştırma ve yayının olmadığı gözlenmektedir. Bu çalışmada, tıbbi bilirkşilik ve adli olguların zorunlu tedavisi ile ilgili önemli bir birikime sahip olan hastanemize, ilgili mahkemeler tarafından tıbbi gözlem amacıyla sevk edilen olgulardaki psikiyatrik bozuklukların tanı dağılımı ve tanı ile suç arasındaki bağlantıların ara-

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler.

Özellikler	N	%
<b>Cinsiyet</b>		
◆ Kadın	138	7.5
◆ Erkek	1693	92.5
<b>Medeni durum</b>		
◆ Bekar	928	50.6
◆ Evli	567	31.0
◆ Dul	87	4.8
◆ Boşanmış	162	8.8
◆ Diğer	87	4.8
<b>Öğrenim durumu</b>		
◆ Okur yazar değil	223	12.2
◆ Okur yazar	184	10.0
◆ İlkokul	935	51.0
◆ Ortaokul	208	11.4
◆ Lise	179	9.8
◆ Yüksekokul	48	2.6
◆ Diğer	54	3.0
<b>Suç öncesi çalışma yaşamı</b>		
◆ Var	900	49.2
◆ Yok	919	50.2
◆ Bilinmiyor	12	0.7
<b>Kriminal özgeçmiş</b>		
◆ Var	632	34.5
◆ Yok	1199	65.5

tınılması hedeflenmektedir.

## YÖNTEM

1989 ile 1995 yılları arasında, toplam 7 yıllık bir dönem içerisinde, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine çeşitli mahkemeler tarafından gönderilen 1831 olgunun raporları geriye dönük olarak incelenmiştir. Bunlar arasından seçilen ve TCK 46. maddesi gereği ceza ehliyetlerinin saptanması ama-

ciyla rapor düzenlenen 1814 olgu tanı-suç bağlantısı açısından incelenmiştir. Bu inceleme, raporlardaki bilgilerin yarı yapılandırılmış ve 86 sorudan oluşan bir forma geçirilmesi yoluyla yapıldı. Olguların psikiyatrik tanıları DSM-III-R tanı sistemine göre değerlendirilmiş, istatistik hesapları Sosyal Bilimler İstatistik Paketi (SPSS) kullanılarak yapılmıştır.

## BULGULAR

1831 olgunun % 7.5'i (n=138) kadın, % 92.5 (n=1693) ise erkekti. Erkek olguların yaş ortalaması 33 (SD:11), kadın olguların yaş ortalaması ise 32 (SD:12) olarak saptanmıştır. 1831 olgunun sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Olguların % 50.7'sinin (n=928) bekar, % 13.6'sının (n=249) ise boşanmış ya da dul olduğu dikkat çekmektedir. Eğitim durumu incelendiğinde ise olguların yarısının (% 51) ilkököl mezunu olduğu gözlenmektedir.

Ceza ehliyeti dışındaki diğer 17 rapor dışlanarak geriye kalan 1814 rapor incelemeye tabi tutulmuştur. 1814 olgunun sağlık kurulu kararlarının dağılımına bakıldığında, olguların % 48.9'unun (n=895) TCK 46. maddesi kapsamında değerlendirilerek ceza ehliyetlerinin olmadığını, % 6.7'sinin (n=123) ise TCK 47. maddesi kapsamında değerlendirilerek ceza ehliyetlerinin kısıtlandığı geri kalan 796 (% 43.5) olgunun ise ceza ehliyetlerinin tam olduğuna karar verildiği saptanmıştır.

Yaş ortalamaları karşılaştırıldığında, ceza ehliyeti tam olan olguların istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde (p>001) daha genç oldukları (30, SD: 12'ye 35, SD:11) gözlenmektedir. Olguların sağlık kurulu kararıyla iş-

Tablo 2. Sağlık kurulu kararı ile suç niteliklerinin karşılaştırılması.

Sağlık Kurulu Kararı →	Ceza Ehliyeti Yok		Ceza Ehliyeti Kısıtlanmış		Ceza Ehliyeti Tam		Ki-Kare	p		
	N	%	N	%	N	%				
Suç ↓										
◆ Öldürme ya da yaralama	359	40.1	39	31.7	302	37.9	302.81	<001		
◆ Tehdit ve hakaret	170	19.0	13	10.6	56	7.0				
◆ Bina yakma/yangın	43	4.7	3	2.4	12	1.5				
◆ Eşyaya-mala zarar	32	3.6	2	1.6	5	0.6				
◆ Hırsızlık-dolandırıcılık	96	10.7	33	26.8	220	27.6				
◆ Cinsel suçlar	51	5.7	20	16.3	58	7.3				
◆ Gasp	14	1.6	-	-	51	6.4				
◆ Diğer	130	14.5	13	10.6	92	11.6				
Toplam	895	100	123	100	796	100				

Tablo 3. Sağlık kurulu kararı ile suç aletlerinin karşılaştırılması.

Sağlık Kurulu Kararı → Suç Aleti ↓	Ceza Ehliyeti Yok		Ceza Ehliyeti Kısıtlanmış		Ceza Ehliyeti Tam		Ki-Kare	p
	N	%	N	%	N	%		
• Suç aleti yok	466	47.7	76	61.8	435	54.6	46.140	<001
• Ateşli silah	70	7.8	6	4.9	119	14.9		
• Kesici-delici aletler	249	27.8	28	22.8	185	23.2		
• Taş-sopa	80	8.9	11	8.9	33	4.1		
• Diğer	30	3.4	2	1.6	24	3.0		
Toplam	895	100	123	100	796	100		

ledikleri suçun niteliğinin karşılaştırılması Tablo 2'de, suç aletlerinin karşılaştırılması ise Tablo 3'te verilmiştir. Bu dağılımlara bakıldığında, ceza ehliyeti olmayan grubun daha çok fiziksel ya da sözel şiddet suçları işledikleri, buna karşın ceza ehliyeti kısmen etkilenen grubun cinsel suçları, ceza ehliyeti tam olan grubun ise hırsızlık-dolandırıcılık ve gasp suçlarını daha çok işledikleri ortaya çıkmaktadır ( $p>001$ ). Suç aletlerinin dağılımı açısından ise, ceza ehliyeti tam olan grubun çok daha yüksek oranda ateşli silah kullandığı, ceza ehliyeti olmayan grubun ise daha çok sopa ya da taş kullandıkları saptanmıştır ( $p>001$ ).

Ceza ehliyeti olmayan olguların 1. eksenindeki psikiyatrik tanı dağılımlarına bakıldığında olguların % 32.8'ine ( $n=294$ ) şizofreni, % 26.4'ine ( $n=236$ ) mizaç bozuklukları, % 14.3'üne ( $n=128$ ) sanrısız bozukluk, % 9.9'una ( $n=89$ ) BTA psikoz, % 5.5'ine ( $n=49$ ) organik akıl bozukluğu, % 2.5'üne ( $n=22$ ) madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk ve % 2.5'ine

( $n=22$ ) ise diğer psikiyatrik tanılarının bulunduğu saptanmıştır. Olguların suç hedeflerinin dağılımı Tablo 4'de verilmiştir. 2. eksen psikiyatrik tanılar açısından en dikkat çekici sonuç, "antisosyal kişilik bozukluğunun" ceza ehliyeti tam olan grupta anlamlı ölçüde daha yüksek oranda saptanmasıdır ( $p>001$ ).

Dikkat çekici bir başka olgu da, olguların % 34'ünün geçmişte en az bir kez daha suç işlemiş olduğudur. Geçmişte işlenen suç sayısı ortalaması 1831 olguda 2.2 (SD: 2.1) olarak saptanmıştır. Gruplar karşılaştırıldığında, ceza ehliyeti olmayan grubun önceki suç sayısı ortalamasının ceza ehliyeti tam olan gruba oranla daha düşük olduğu (1.7'ye 2.9) ( $p>001$ ) saptanmış olup, önceki suç sayısının akıl hastalığından çok başka etkenlerle ilgili olduğu ortaya çıkmıştır. Buna göre önceki suç sayısı ortalaması, antisosyal kişilik bozukluğu olanlarda olmayanlara oranla (3.8'e 1.9) ( $p>001$ ), self-destrüktif davranışları olanlarda olmayanlara oranla (3.1'e 2.2) ( $p>0.5$ ), alkol (3.3'e 2.0) ( $p>001$ ) ve uyuşturucu madde (4.2'ye 2.1)

Tablo 4. Sağlık kurulu kararı ile suç hedefinin karşılaştırılması.

Sağlık Kurulu Kararı → Suç Hedefi ↓	Ceza Ehliyeti Yok		Ceza Ehliyeti Kısıtlanmış		Ceza Ehliyeti Tam		Ki-Kare	p
	N	%	N	%	N	%		
• Suçlu kişiye karşı değil	187	20.9	21	17.1	194	24.4	115.72	<001
• I. derece yakınlar	140	15.6	7	5.7	56	7		
• Eş	77	8.6	1	0.8	52	6.5		
• Çocuk	17	1.9	4	3.3	15	1.9		
• Akraba	54	6	8	6.5	48	6		
• Arkadaş	34	3.8	5	4.1	72	9		
• Komşu	179	20	32	26	97	12.2		
• Rastgele tanınmayan kişi	165	18.4	39	31.7	237	29.8		
• Diğer	42	4.7	6	4.9	25	3.1		
Toplam	895	100	123	6.8	796	43.9		



( $p>001$ ) kullananlarda kullanmayanlara oranla daha yüksektir.

Ceza ehliyeti olmayan grubun, ceza ehliyeti tam olan gruba oranla suçtan sonra gözlem amacıyla daha kısa sürede hastaneye sevk edildikleri (10 ay'a SD: 14 14 ay SD: 18) ( $p>001$ ) ve hastanede daha uzun süre gözlem altında kaldıkları (33 gün'e SD: 36 26 gün SD: 37) ( $p>001$ ) ortaya çıkan bir başka sonuçtur.

## TARTIŞMA

Çalışmamızın sonucu 1989-1995 yıllarındaki 7 yıllık süre içinde hastaneye başvuruları sağlanan 1831 olgunun büyük çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğunu, yaş ortalamasının ise otuzlu yaşlar civarında olduğunu ortaya koymaktadır. Grubun sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, literatürle uyumlu olarak çoğunluğu düşük öğrenim düzeyinde, bekar (dul ya da boşanmış), suç öncesinde düzenli çalışma yaşamı olmayan olguların ağırlıkta olduğu ortaya çıkmaktadır.

Kriminal özgeçmiş açısından değerlendirme yapıldığında, olguların % 34'ünü mükerrer suç işleyenlerin oluşturduğunun belirlenmesi, suç işleme yükünün daha sonraki suçluluğu öngörmede önemli bir belirleyici olduğu şeklindeki literatür bilgisi ile uyumludur<sup>(3-6)</sup>. Öte yandan, tekrarlayan suç davranışının, akıl hastalığı olanlardan çok ceza ehliyeti etkilenmeyen, antisosyal kişilik bozukluğu, alkol, uyuşturucu madde kullanımı ve self-destrüktif davranışları olanlarda daha sık rastlanması, tekrarlayıcı suç davranışlarının ortaya çıkmasında akıl hastalığından çok kişilik bozuklukları ve bağlantılı davranış paternlerinin risk oluşturduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Olguların suç dağılımları incelendiğinde, ceza ehliyeti olmayan psikotik grubun adam öldürme ve yaralama gibi ağır şiddet suçlarını daha fazla işledikleri ancak literatür bilgisinden farklı olarak bu olgularda alkol ve madde kullanım bozukluğu komorbiditesinin yüksek olmadığı belirlenmektedir<sup>(11-13)</sup>. Bu durum ülke genelinde alkol ve uyuşturucu madde kullanımının gelişmiş ülkelere oranla daha az olması ile açıklanabileceğini düşündük. Akıl hastalığı olan olgularda ağır şiddet suçlarının yüksek oranda olmasına rağmen, bu grubun daha çok taş-sopa ya da

kesici delici alet gibi organize davranışı ya da özel bir çabayı gerektirmeyen, yakın çevrede her an rahatlıkla bulunulabilecek, edinilmesi kolay suç aletlerini kullanmaları, akıl hastalarının organize suçlardan çok impulsif nitelikte suçlar işledikleri şeklindeki görüşlerle uyumludur<sup>(6,7)</sup>. Nitekim, ceza ehliyeti tam olan grubun daha çok hırsızlık, soygun, gasp gibi mala yönelik organize suçları işledikleri ve ateşli silah gibi edinilmesi ve suça yöneltilmesi daha organize bir davranışı gerektiren suç aletlerini daha yüksek oranda kullanabildikleri görülmektedir.

Dikkat çeken bir başka nokta da suç hedeflerinin dağılımıdır. Akıl hastalığı olan grubun daha çok ana-baba-kardeş gibi 1. derece yakınlarla yönelik suçlar işlemiş oldukları ancak buna karşın ceza ehliyeti tam olarak değerlendirilen grubun daha çok arkadaşlarına ve yabancı kişilere karşı, ceza ehliyeti kısıtlanan grubun ise komşularına yönelik suçları daha yüksek oranda işledikleridir. Bu durum, akıl hastalığı olan grubun yakın çevrelerinde bulunan kişilere psikotik belirtileri doğrultusunda ya da impulsif nitelikte şiddet suçları işledikleri, buna karşın akıl hastalığı bulunmayan grubun maddi çıkara yönelik suçları daha çok arkadaş çevrelerine ya da yabancı kişilere karşı daha çok işlemelerinden kaynaklandığı şeklinde yorumlanmıştır. Ancak bu konuda daha çok araştırmaya gereksinim olduğunu düşünmekteyiz.

Ceza ehliyeti olmayan grubun, suç tarihi ile gözlem amacıyla hastaneye sevk edildikleri tarih arasındaki sürenin istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde daha kısa olması, akıl hastalığı olan olguların suç tarihinden hemen sonra girdikleri cezaevinde yaşadıkları psikiyatrik sorunlar ve semptomatoloji nedeniyle adli mercilerin daha hızlı ya da acil olarak bu kişileri psikiyatrik kurumlara sevk ederek adli gözlem sürecini başlatmaları ile açıklanabilir diye düşünüyoruz. Yine, ceza ehliyeti olmayan grubun gözlem süresinin daha uzun olması da, bu kişilerin tedavi gereksinimleri nedeniyle hastanede daha uzun süre tutulmalarıyla bağlantılı olabilir.

## KAYNAKLAR

1. Monahan J: Mental disorder and violent behavior. *American Psychologist* 47:511-512, 1992.
2. Tardiff K, Koenigsberg HW: assaultive behavior among psychiatric outpatients. *Am J of Psychiatry* 142:8:960-963, 1985.
3. Zitrin A: Crime and violence among mental patients. *Am J of Psychiatry* 133(2):142-149, 1976.

4. Durbin JR, Pasewark RA, Albers D: Criminality and mental illness: A study of arrest rates in a rural Am J of Psychiatry 135 (1):80-83, 1977.
5. Martel DA, Rosner A, Harmon RB: Base-rate estimates of criminal behavior by homeless mentally ill persons in New York City. Psychiatric Service, 1995; 46, 6.
6. Valdissani EV: A study of offenses committed by psychotic inmates in a country jail. Hospital and Community Psychiatry 37(2):163-166, 1986.
7. Hawing SD, Segal SP: Criminality of mentally ill in sheltered care: Are they more dangerous? Int J of Law and Psychiatry 19 (1):93-105, 1996.
8. Teplin LA, Abram KM, McClelland GM: Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. Arc Gen Psychiatry 53:505-512, 1996.
9. Taylor PJ, Gunn J: Violence and psychosis: Risk of violence among psychotic men. British M Journal 288:1945-1949, 1984.
10. Modestin J, Ammann R: Mental disorder and criminality: Male Schizophrenia Bulletin 22(1):69-82, 1996.
11. Torrey EF: Violent behavior by individuals with serious mental illness. Hosp and Com Psychiatry 45(7):653-661, 1994.
12. Eronen M, Tiihonen J, Hakola P: Schizophrenia and homicidal behavior. Schizophrenia Bulletin 22(1):83-89, 1996.
13. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J: Mental disorder and homicidal behavior in Finland. Arc Gen Psychiatry 53:497-501, 1996.
14. Junginger J: Psychosis and violence: The cases for a content analysis of psychotic experience. Schizophrenia Bulletin 22 (1):91-103, 1996.
15. Asnis GM: Homicidal behaviors among psychiatric outpatients. Hosp and Com Psychiatry 45(2):127-132, 1994.
16. Krakowski M, Volavka J, Brizer D: Psychopathology and violence: A review of literature. Comprehensive Psychiatry 27 (2):131-148, 1986.
17. Krakowski M, Jaeger J, Volavka J: Violence and psychopathology Alongitudinal study. Comprehensive Psychiatry 29 (2):174-181, 1988.
18. Lindquist P, Allebeck P: Schizophrenia and assaultive behavior: The role of alcohol and drug abuse. Acta Psychiatr Scand 82:191-195, 1989.
19. Bailey J: Macculloch characteristic of 112 cases discharged directly to the community from a new species hospital and some comparisons of performance. The Journal of Forensic Psychiatry 3(1):91-112, 1992.