

Adli Psikiyatri ve Kurumdışı İzleme*

Solmaz TÜRKCAN, Doğan YEŞİLBURSA, Ömer SAATÇIOĞLU, Latif ALPKAN, Niyazi UYGUR

ÖZET

Psikotik hastaların kurumların dışında kalarak tedavilerini sürdürememeleri, adli psikiyatri uygulamalarında önemli bir sorun oluşturmaktadır. Bu sorun genel sağlık sistemindeki yetersizlikler, akıl sağlığı yasasının olmayışı, sosyal güvence sistemlerinin yetersizliği ve adli sistem ile sağlık sisteminin eşgüdümlü çalışmaması gibi birçok unsurun biraraya gelmesinden kaynaklanmaktadır. Çalışma grubu, 1995 yılı içinde adli psikiyatri biriminde yatırılarak değerlendirilen ve tekrarlayan suç öyküsü olan 29 erkek olgudan oluşmaktadır. Bu olgular suçlarının niteliği, suç öncesi yatırılarak tedavi, tedaviye uyum, sosyal destek, vesayet, ayaktan kontrol muayenelerine uyum gibi değişkenler açısından incelenmiştir. Sonuçta, olguların hastane çıkışı sonrası sosyal ve tıbbi desteği hemen ya da zaman içinde kademeli olarak kaybettikleri ve hastaların sosyal yaşantıya uyumlarını yitirdikleri, kontrol muayenelerine uyumsuzluğun da adli sistem tarafından yeterince izlenmediği, böylece tekrarlayan suçların ortaya çıktığı belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Psikotik hasta, tekrarlayan suç, kurumsuzlaştırma

Düşünen Adam; 1997, 10 (2): 39-43

SUMMARY

The deinstitutionalization of patients constitutes a major problem in forensic psychiatric practice. This problem due to a number of factor such as problem in general health care systems, lack of a particular mental health policy, inadequacy of social security systems, and insufficiency of collaboration between the judicial and health systems. The study population consisted of recurrent criminal cases who have been admitted to a forensic psychiatric clinic during 1995. The cases were evaluated with respect to the type of crime, psychiatric disorder before and after the offence, hospitalization, treatment compliance, social support, the frequency and adequacy of follow-up (probation) examinations. We conclude that, the absence of social and medical supports tha will provide adjustment to the social life for the individuals after their discharge or inability to maintain such a support, the lack of follow-up standards after deinstitutionalization, inefficiency of the judicial systems in controlling probation and the inadequacy of protection and treatment of the offender after previous offences, lead to recurrent crimes.

Key words: Psychotic patient, recidivism, deinstitutionalization

GİRİŞ

Son yıllarda adli sistemle bağlantısı olan hastaların sayısındaki artış psikiyatri çalışanlarının dikkatini çekmektedir. Bu artışın nedenleri, hastaların ya-

tırılmasına yönelik kriterlerin giderek daraltılması, yatırılan hastalar için hastanede kalış süresinin kısalığı ve uzun süredir yatarak tedavi edilen hastaların çıkarılması olarak belirtilmektedir (1,2,3,4).

X. Dünya Psikiyatri Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.
Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Birimi

Süregen akıl hastalığı olanların suç davranışı göstermelerine yönelik çalışmalar uzun yıllardır sürdürülmekte ve bu olguların akıl sağlığı sisteminden adli sisteme doğru kaydıkları vurgulanmaktadır (4,5). 1970'lerden bu yana sürdürülen çalışmaların sonuçları, akıl hastalığı olan olguların genel popülasyondan daha sık tutuklandıklarını göstermektedir (6,7,8).

Yayınlarda psikiyatrik hastalıklarda tehlikelilik ve tehlikeli davranışlarla ilgili çok sayıda veri ortaya konmakla beraber, suç işlemiş hastalarda, izleme sürecinde suç davranışının tekrarı ile ilgili çalışmaların görece daha az olduğu bilinmektedir.

Yargılama sürecindeki bireylerin tehlikeliliğinin belirlenmesi, özellikle akıl hastalığının sözkonusu olduğu durumlarda, tıp ve hukuk çalışanları arasında sonuçlanmayan bir çatışmanın başlamasına yol açmıştır. Zeka geriliği, şizofreni, organik beyin sendromu tanısı olan hastaların daha saldırgan oldukları, ancak paranoid şizofreni veya depresyon tanılı olgularda saldırganlığın daha az olduğu öne sürülmüştür (9).

Hastaneye istemsiz olarak yatırılmış olan veya adli izleme sürecinin bir parçası olarak hastaneden çıkarılmış olguların ağır suçlar işleyebildikleri bildirilmektedir (10). Bu tip olguların toplum yaşantısına dönmelerini izleyen süreçte, üst düzeyde bir yapılanmanın gerçekleştirilmesi, adli ve psikiyatrik izleme üzerindeki sorumlulukla durulması ve bu çalışmalara yeterli maddi kaynak sağlanması gerekmektedir. Kontrollü klinik çalışmalar, geleneksel olarak akıl hastanelerinde yatırılarak sürdürülen tedaviler yerine, uzun süreli ayaktan izleme yöntemlerinin de aynı ölçüde, hatta daha iyi sonuçlar olduğunu göstermektedir (11).

Bunun yanı sıra, iyi bir adli psikiyatrik izleme ile saldırgan davranışlar ve tekrarlayan suç davranışının başarıyla önlenildiği bildirilmektedir (12). Adli psikiyatrik izlemede uzmanlaşmış bir klinik, saldırgan psikiyatrik hastalarla üst düzeyde başa çıkma kapasitesine sahip, saldırganlık gösteren hastaların nitelikleri, gereksinimleri konusunda özelleşmiş çalışanlardan oluşur. Psikiyatrik, davranışsal ve psikososyal sorunları olan bu olgulara yaklaşım özel bilgi, eğitim ve deneyim gerektirmektedir.

Süregen akıl hastalığı olan olgularda, hastalığın seyri sırasında adli sistemle bağlantının ortaya çıkma nedenleri üzerinde durulması, psikiyatrik tedavi yaklaşımının daha kapsamlı olmasının ve çeşitli bilgi alanlarını da içermesinin gerekliliği ortaya koymaktadır.

Türkiye'de zorunlu yatış ve tedaviyi düzenleyen bir akıl sağlığı yasası yoktur. Adli süreç ise, akıl hastalığı veya akıl zayıflığı olduğu düşünülenlerin ceza ehliyetlerinin belirlenmesine yönelik psikiyatrik değerlendirmeyi öngörmektedir. Bu inceleme sonrasında bir bilirkişi raporu düzenlenmekte ve ceza ehliyeti olmayan olgular mahkeme kararı ile zorunlu tedavi uygulanmak üzere hastaneye gönderilmektedir. Bu tip olguların hastaneden çıkarılması ise, psikiyatrik bilirkişi raporu doğrultusunda mahkemenin verdiği çıkış kararı ile gerçekleşebilmektedir. Aynı mahkeme kararı hastalara düzenli aralıklarla zorunlu psikiyatrik kontrollerin uygulanmasını da gerekli kılmakta, ancak adli psikiyatri uygulamalarında izlemenin yeterli olmadığı dikkati çekmektedir. Bu tip olgularda tekrarlayan suç davranışı ile ilgili verilere ilişkin yapılmış çalışmaların olmadığı bilinmektedir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışma, 1995 yılında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Birimine yatırılarak değerlendirilen ve tedavisi sürdürülen, tekrarlayan suç işlemiş 29 erkek olguya ait verilerin incelenmesi ile gerçekleştirilmiştir. Tanıları, DSM-IV tanı ölçütlerine göre ve en az üç uzman psikiyatrist tarafından yapılan değerlendirmeler sonucunda, tanı birliğine varılmasıyla konmuş olguların, son olarak işlenen suç ve önceki suçlar, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı, ayaktan tedaviye uyumsuzluk, sosyal destek, vesayet, ayaktan kontrol muayenelerinin sıklığı ve bunlara uyulup uyulmadığı gibi değişkenleri, tıbbi dosya bilgilerinden ve hastalarla sürdürülen yapılandırılmamış görüşmeler sonucunda geriye dönük olarak belirlenmiştir.

İşlenen suçun şiddetinin belirlenmesi amacıyla Taylor (13) tarafından geliştirilen ve suç şiddetinin 0-4 arasında derecelendirildiği şimdiki suç için şiddet değerlendirme ölçeği kullanılmıştır. Çalışmanın sürdürüldüğü 1995 yılında adli servislere yatışı yapılan

Tablo 1. Tekrarlayan suç işleyen ve ceza ehliyeti olmadığına karar verilen 29 olgunun son işledikleri suçlara göre dağılımı

Suç cinsi (yatışa neden olan)	Düşük şiddet n=14	Yüksek şiddet n=15
Adam öldürme		7(% 24.2)
Cinsel saldırı		1(% 3.4)
Tecavüz		1(% 3.4)
Yangın çıkarma	6(% 20.7)	
Yaralama		5(% 17.3)
Kamu düzenine yönelik suçlar	4(% 13.8)	
Etkili eylem	3(% 10.4)	
Hırsızlık	1(% 3.4)	
Adam öldürme+kundaklama		1(% 3.4)

hasta sayısı 955 olup, bu olgular arasından değerlendirilmeye sadece tekrarlayan suç işlemiş ve ceza ehliyetinin olmadığı belirlenen olgular alınmıştır.

SONUÇ

Olguların yaş ortalaması 40.00 (ort. 9.55) olup, yaş aralığı 24-63 arasındadır. Hastalık süresi ortalama 13.10 (ort. 7.13) yıldır. Tablo 1'de yatışa neden olan suçların % 51.7'sini (Taylor'un suç şiddetini değerlendirme ölçeğine göre) ağır şiddet içeren ve % 48.3'ünü düşük şiddet içeren veya şiddet içermeyen suçların oluşturduğu görülmektedir.

Tablo 2'de olguların tanı, hastaneye yatış sayısı, önceki suç sayıları, sosyal destek, sosyal güvence ve vesayet ile ilgili verileri gösterilmektedir. Olguların hiçbirinin ayaktan tedaviye uyum göstermemiş oldukları ve yine olguların hiçbirinin adli mekanizmayla düzenli aralıklarla kontrol muayenelerine gönderilmedikleri belirlenmiştir.

SONUÇ

Çalışma sonuçları, tekrarlayan suç işleyen olgularda en sık rastlanan tanının şizofreni, en sık tekrarlayan suçların ise adam öldürme ve yaralama olduğunu ortaya koymaktadır. Vurgulanması gereken bir diğer nokta, ayaktan tedavi uyumu ve adli izlemenin olguların hiçbirinde gerçekleşmemiş oluşudur.

Buna göre hastanede yatırılarak tedavisi sürdürülmüş ve sosyal şifa halinde çıkarılmış bireylerin toplumda yaşadıkları süre içinde hastalıklarının nüksettiği veya alevlendiği, bu nedenle tekrarlayan suç

Tablo 2. Olguların tanı, hastaneye yatış sayıları, önceki suç sayıları, sosyal destek, sosyal güvence ve vesayet açısından değerlendirilmeleri

Tanı	Hasta sayısı n (%)
Şizofreni	18(% 62.2)
Şizoaffektif bozukluk	1(% 3.4)
Hezeyanlı bozukluk	4(% 13.8)
İki uçlu mizaç boz. (psikotik özellikli mani)	1(% 3.4)
Psikoaktif madde kul. bağlı psikotik bozukluk	4(% 13.8)
İki uçlu mizaç bozukluğu (manik hecme)	1(% 3.4)
Önceki yatışlar (sayı)	
1 kez	7(% 24.1)
2-5 kez	9(% 31.1)
5 kezden fazla	13(% 44.8)
Önceki suçlar (sayı)	
1-3 kez	27(% 93.1)
4-5 kez	2(% 6.9)
Sosyal destek	
Var (+)	3(% 10.3)
Yok (-)	26(% 89.7)
Sosyal güvence	
Var (+)	6(% 20.7)
Yok (-)	23(% 79.3)
Vesayet	
Var (+)	16(% 55.2)
Yok (-)	13(% 44.8)

davranışı gösterebildikleri belirlenmektedir. Bu belirleme, halen yürürlükte olan psikiyatrik ve adli izlemenin yetersizliğini ve etkisizliğini ortaya koymaktadır. Hastaneden çıkış sonrasında olguların uyumunu sağlamaya yönelik sosyal, tıbbi ve adli destek sistemleri ve bu sistemler arasındaki eşgüdüm henüz sağlanamamıştır.

Hastaneden çıkış sonrası izleme standartlarının henüz oluşturulamamış olması, izlemede adli sistemin yetersiz kalışı ve tıbbi kurumlarca tedaviye yönelik bir izleme de yapılamayışı tekrarlayan suçun önde gelen nedenleridir.

Akıl hastası suçlularda tekrarlayan suç davranışının ortaya çıkmasını önleme çalışmalarında, genel akıl sağlığı sistemindeki yetersizliğin ortadan kaldırılması, akıl sağlığı yasasının çıkarılması, sosyal güvence ve destek sistemlerinin güçlendirilmesi ve adli sistem ile akıl sağlığı sistemlerinin olguların tümüne yönelik eşgüdümlü çalışmanın sağlanması mutlak bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tablo 3. Yatışa neden olan suç, önceki suçlar, tanı ve sürdürülen tedavinin süresi

No	Yatışa neden olan suç/yıl	Yatış sırasındaki yaş/tedavi süresi	Tanı	Önceki suç/yıl
1	Tecavüz / 1996	31 1 ay	İki uçlu mizaç bozukluğu (manik hecme)	Gaspa teşebbüs / 1990
2	Yaralama / 1996	24 1 ay	Şizofreni	Yaralama / 1994 Yaralama / 1994
3	Etkili eylem / 1996	39 6 ay	Şizofreni	Etkili eylem / 1990
4	Yaralama / 1996	33 3 ay	Psikoaktif madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk	Psikoaktif madde bulundurma / 1980 Irza tasaddi / 1980 Etkili eylem / 1985
5	Cinayet / 1993	41 3 ay	Şizofreni	Yangın çıkarma / 1991
6	Cinayet / 1993	53 1 yıl	Hezeyanlı bozukluk	Kamu düzenine yönelik suç / 1971
7	Kamu düzenine yönelik suç / 1995	51 1 yıl	Hezeyanlı bozukluk	Etkili eylem / 1991
8	Yangın çıkarma/1994	36 3 ay	Psikoaktif madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk	Yaralama / 1994
9	Yaralama / 1986	38 8 yıl	Şizofreni	Yaralama / 1982 Tecavüze yeltenme / 1984
10	Etkili eylem / 1994	48 2 ay	Şizoaffektif bozukluk	Etkili eylem / 1989
11	Gasp / 1984	34 1 yıl 2 ay	Şizofreni	Hırsızlık / 1979 Hırsızlık / 1980 Hırsızlık / 1984
12	Yangın çıkarma/1994	44 1 yıl 9 ay	Şizofreni	Cinayet / 1982 Irza tasaddi / 1994
13	Cinayet / 1992	49 2 yıl 6 ay	Hezeyanlı bozukluk	Cinayet / 1975 Cinayet / 1980
14	Yangın çıkarma/1995	38 8 ay	Şizofreni	Yaralama / 1988
15	Irza tasaddi / 1995	41 1 yıl 1 ay	Şizofreni	Kamu düzenine yönelik suç / 1975
16	Cinayet / 1985	48 5 yıl 1 ay	Şizofreni	Etkili eylem / 1986
17	Yaralama / 1995	29 1 yıl	İki uçlu mizaç bozukluğu (psikotik özellikli mani)	Yaralama / 1983
18	Yangın çıkarma/1995	25 2 ay	Şizofreni	Yangın çıkarma / 1993
19	Etkili eylem / 1993	44 2 yıl 2 ay	Hezeyanlı bozukluk	Etkili eylem / 1992 Cinayet / 1985 Yaralama / 1985 Yaralama / 1976 Çocuk kaçırma / 1975
20	Yaralama / 1989	26 1 yıl 7 ay	Şizofreni	Yaralama / 1985
21	Cinayet / 1992	40 3 yıl 11 ay	Şizofreni	Etkili eylem / 1989 Silahlı gasp / 1987 Etkili eylem / 1986

22	Kamu düzenine yönelik suç / 1995	37 10 ay	Şizofreni	Yangın çıkarma / 1984
23	Cinayet+kundaklama 1989	23 5 yıl 11 ay	Şizofreni	Cinayet / 1983
24	Kamu düzenine yönelik suç / 1995	40 5 ay	Psikoaktif madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk	Kamu düzenine yönelik suç / 1990 Etkili eylem / 1986 Kamu düzenine yönelik suç / 1984 Kamu düzenine yönelik suç / 1978
25	Cinayet / 1993	32 2 yıl 6 ay	Şizofreni	Cinayet / 1979
26	Kamu düzenine yönelik suç / 1995	42 1 yıl 2 ay	Şizofreni	Yangın çıkarma / 1989
27	Yangın çıkarma/1996	63 4 ay	Şizofreni	Kamu düzenine yönelik suç / 1995 Yangın çıkarma / 1990
28	Yangın çıkarma/1994	35 3 ay	Psikoaktif madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk	Yaralama / 1994 Yaralama / 1992
29	Cinayet / 1988	27 3 yıl	Şizofreni	Yaralama / 1988 Cinayet / 1985

KAYNAKLAR

1. Abramson MF: The criminalization of mentally disordered behaviour: Possible side effect of a new mental health law. *Hosp Com Psychiatry* 23:101-5, 1972.
2. Teplin LA: The criminalization of mentally III: Speculation in search of data. *Psychological Bull* 94:54-67, 1983.
3. Teplin LA: Criminalizing mental disorder: The comparative arrest rate of the mentally III. *Am Psychologist* 39:794-803, 1984.
4. Steadman HJ, Cocozza J, Melick M: Explaining the increased crime rate of mental patients: The changing clientele of state hospitals. *Am J Psychiatry* 135:816-20, 1978.
5. Grunberg F, Klinger BI, Grumet BR: Homicide and the de-institutionalization of the mentally III. *Am J Psychiatry* 134:685-87, 1977.
6. Bonovitz JC, Bonovitz JS: Diversion of the mentally III into

the criminal justice system: The police intervention perspective. *Am J Psychiatry* 138:973-76, 1981.

7. Bassuk EL, Gerson S: The deinstitutionalization of mental health services. *Sci Am* 238:46-53, 1978.
8. Teplin CA: The criminality of the mentally III: A dangerous misconception. *Am J Psychiatry* 142:593-99, 1985.
9. Fottrell E: A study of violent behavior among patients in a psychiatric hospital. *Br J Psychiatry* 136:216-21, 1980.
10. Phillips MS, Dickie B: Patients who reoffend while on warrants of the lieutenant-governor. *Can J Psychiatry* 36:176-81, 1991.
11. Mechanic D: Strategies for integrating public mental health services. *Hosp Com Psychiatry* 42:797-801, 1991.
12. Müller-Isberner JR: Forensic psychiatric aftercare following hospital order treatment. *Int J Law Psychiatry* 81-6, 1996.
13. Taylor PJ: Motives for offending among violent and psychotic men. *Br J Psychiatry* 147:491-98, 1985.