

HOMİSİD EĞİLİMİ KARŞISINDA PSİKİYATRİK YAKLAŞIM

Uz. Dr. Nihat Alpay*

Özet: Homisid psikiyatride ciddi bir sorundur. Bazı otörler tarafından katillerin davranışı bir ego ve gerçek inkarı olarak değerlendirilirken diğer bazı otörlerce öldürme olayı bir psikotik olay olarak değerlendirilir. Çevresel faktörler ile parenteral rejeksiyon ve deprivasyon homisidal davranışta önemli faktörlerdir. Bütün klinik ve epidemiyolojik faktörler tartışılmıştır.

Summary: Homicide a serious problem in psychiatry. Some think any person who commits murder transgresses not only ego control but also the controls of reality, whereas others believe that such an act could mean a transient temporary psychotic reaction. Environment factors were instrumental in generating the impulse to murder, or threaten or attempt. In the other hand, parental rejection and deprivation is very important for homicidal behavior. All clinical and epidemiological factors were argued.

Bir psikiyatristin karşısına çıkan en ciddi sorunlardan biri hastanın başka birini öldürme ihtimalini değerlendirme durumunda kalmasıdır. Bu ikili çıkmazın tıpta pek benzeri yoktur. Zira hekim kendi hastasının iyiliği olduğu kadar başka insanların sağlığı ile de ilgilenmek zorundadır. Öldürme potansiyelinin tespiti acil psikiyatrinin en zor taraflarından biridir. Önemli derecede öldürme potansiyeli varsa o hasta hastahaneye yatırılmalıdır. Devletlerin çoğunda davranışları kendileri veya diğerleri için önemli bir risk oluşturan kişiler mevcut şartların veya ailelerinin hastahaneye yatmaya karşı koyduğu durumlarda bir hekimin tıbben tespit etmesine izin veren yasalar vardır.

Acil yüksek riskli durumlar çoğu zaman tanı olarak çözümlenebilir. Tehlikeli olmayacak hastaların tam bir güvenilirlikle tespiti mümkün değildir. Uzun vadede ortaya çıkabilecek tehlikeli durumlar kestirilemez.

Kişinin şiddet ve saldırgan davranışı kendisini ve başkasını ortadan kaldırmaya teşebbüsüdür. Şiddet davranışları arasında dikkatsiz otomobil kullanma, hırsızlık, ırza geçme ve cinayet bulunmaktadır.

Şu durumlarda başkalarına zarar verme tehditlerinde bulunan hastaların bunu yerine getirme riskleri artar.

- 1- Belli bir kişiye karşı olması
- 2- İşliyecek bir planı olması
- 3- Silahlı olması
- 4- Daha önce saldırganlık öyküsü olması
- 5- Dürtü kontrolsüzlüğü
- 6- Organik beyin sendromu
 - a) Temporal lob epilepsisi
 - b) LSD ve amfetamin psikozları gibi akut beyin sendromları
 - c) Beyin neoplazmaları ve beyin enfeksiyonları
 - d) Beyindeki primitif merkezlerdeki kimyasal lezyonlara bağlı organik beyin sendromları.
- 7- İlaç ve alkol intoksikasyonu
- 8- Antisozyal kişilik bozukluğu
- 9- Psikoz
 - a) Paranoid durumlar
 - b) Şizofreni özellikle paranoid şizofreni
 - c) Katotonik eksitasyon
- 10- Şahısın arası stress (örneğin aile kavgası) nedeniyle oluşan kontrolsüz şiddet.
- 11- Ailede saldırganlık öyküsü
- 12- Düzenli bir hayatın olmaması
- 13- Dekompanse obsesiv-kompulsiv nevroz
- 14- Dissosiyatif durumlar
- 15- Eksplosif kişilik
- 16- Belirgin psikiyatrik hastalık belirtisi vermeyen sosyal uyumsuzluk

Her ne kadar eski ruh hastalarının homisid riski yüksek ise de psikiyatrik geçmiş olmayan kişilerden daha fazla cinayet işledikleri kanıtlanmamıştır. Bir grup yazar (Cohen ve Freeman 1945) cinayet işleyenlerin normal nüfusa kıyasla eski psikiyatrik hastalar arasında çok daha az olduğunu bildirmişlerdir. Bu nedenle de daha önce akıl hastahanelerinde tedavi görmek ve ruh hastası olmakla şiddet olayları arasında kesin bir bağlantı olmadığını ileri sürmüşlerdir.

Homisidlerin çoğu kurbanın akrabası veya kurbanı tanıyan bir şahıs tarafından işlenmektedir.

Bunun gibi vahim saldırılar çoğu aile içinde komşular arasında veya tanıdıkları arasında işlenmektedir.

ABD yapılan bir çalışmada 588 homisid vak'ası incelenmiş bunun %14 ü aile içi ve arkadaşlar arası tartışmalardan sonra %12'i kışkırtıcı nede-

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başasistanı

niyle %11'i para üzerine tartışma nedeniyle %7 si de soygun nedeniyle yapıldığı belirtilmiştir. Sadece 1/8 i tanımadıkları kişiler tarafından öldürülmüştür. Öldürülenlerin %50 sinden fazlası arkadaşları ve akrabaları tarafından öldürülmüştür.

Bir İngiliz çalışmasında ise öldürülenlerin %80 nin yakın akraba ve arkadaşları tarafından öldürüldüğü belirtilmiştir.

Kişinin kendi annesini öldürmesi Wertham tarafından derinliğine incelenmiş bir konudur. Wertham anneden nefretin oedipal kompleksinin bir türevi olduğunu ileri sürmüştür buna onestan kompleksi demmiştir. Onestan kompleksinde anneye ambivalan bir bağlılık vardır. Bu bağlılık yakın kişilerde matrisidal bir öfkeye dönüşebilir. Wertham matrisidal kişilerin ağır şiddet gösterdiğini ve annelerini çoğu zaman yatak odalarında öldürdüğünü dikkati çekmiştir. Çoğu matrisidal erkeğin şizofrenik olduğu en genç veya tek erkek olduğu ve çok ağır şiddet kullandıklarını rapor etmiştir. İngiltere'de 1934-1978 yılları arasında 58 vak'a yayınlanmış bunların arasında çoğunluğu şizofrenik olmasına karşın önemli bir azınlığı da majör affektif bozukluktur.

New-York Üniversitesi Belluve hastahanesi adlı psikiyatri servisinde 1970 ile 1982 yılları arasında annelerini öldüren 15 hasta üzerinde bir inceleme yapılmış psikiyatrik tanıları DSM 111 tanı ölçütlerine göre değerlendirilmiş 15 matrisid üç diagnostik gruba ayrılmıştır. Bunlardan 8 tanesi şizofreni 4 tanesi maddeye bağlıpsikoz 3 hastada dürtü kontrol bozukluğu olarak tespit edilmiştir.

Sekiz şizofrenik hastadan 7 tanesinde daha önceleri annelerine yönelik ciddi saldırıları ve tehditleri olmuş 4 matrisid daha önce suisid girişiminde bulunmuş 3 hep anneleri ile yaşamış ikisi evden ayrılmış ama geri dönmüşler. Yalnızca ikisinin babası sağlamış. Hastalar babalarını saldırgan ve yetersiz kişiler olarak algılamaktaymışlar. Matrisid olayları sırasında anneler çoğunlukla oğulları ile birlikte oturuyorlarmış. Şizofrenik hastaların hepsi matrisid sırasında psikotik durumdaymış. Şizofreniklerin 3 annelerinin kendilerine karşı fiziksel saldırı nedeniyle 3 annelerinin de içinde bulunduğu perseküsyon hezayanları nedeniyle matrisid yapmış, ikisinde görülen herhangi bir neden saptanmamış. Cinayetlerde 4 vak'a hallüsine imiş. Hiç bir vak'a olaya amnezik değil. Olaydan sonra bir hastanın psikoza düzelmış diğerlerinin psikoza devam etmiş. Matrisidten sonra iki vak'a suisid girişiminde bulunmuş. Vak'aların hepsi de annelerine bağımlı ve bu

ilişkiden dolayı hapsolmuş gibi olduklarını ifade etmişler.

Çalışmada matrisid eylemlerinin kendilerini annelerinden ayırmak için bir çaba olduğu belirtilmektedir.

Maddeye bağlı psikoza girenler ise şizofreniklerin annelerini kendilerine bir tehdit unsuru olarak görmelerine karşın bunlar annelerini cinsel kimliklerini tehdit edici olarak görmekteymişler.

İmpuls kontrol bozukluğu nedeniyle matrisidte bulunan vak'alarda ortak özellik identifikasyon bozukluğu ve annelerinin engellemelerine tepki olarak yaptıkları tespit edilmiş. Bazı araştırmacılar matrisidin ardından intrapsişik çatışma ortadan kalktığı buna bağlı aile çatışmalarının düzeldiğini vurgulamışlardır.

Kişinin babasını öldürmesi incelendiğinde kaynağında oedipus kompleksi yatmaktadır. ABD 1970-1983 yılları arasında babasını öldüren 10 hasta üzerinde yapılan incelemede: Babalarının fiziksel ve psikolojik yönden kendilerini yok edeceklerini bunu da babalarının Dünya örgütleri ile işbirliği içinde olduklarını ya da doğa üstü güçlerle yok edeceklerini ileri sürmüşler vak'a kendisine Allah tarafından emir verildiği için babasını öldürdüğünü söylemiştir.

Homisid ABD'de, İngiltere, Japonya ve Batı Almanya'ya göre 48 defa daha fazladır. Gene ABD de silahla öldürme 60 yıldan beri belirgin bir artma gösterirken diğer üç ülkede sabit kalmıştır.

Hill ve Pond (1952) insan öldürenlerin EEG sini çekmiş ve bunlardan psikiyatrik hastalığı olanların EEG lerinde belirgin bir bozukluk saptamışlardır.

Kloek (1968) Hollanda'da yaptığı çalışmasında şizofreni ile suç arasında bir bağıntı kuramamıştır. Went (1968) İngiltere'de cinayet ile depresyon arasında korelasyon olduğunu göstermiş her üç İngiliz katilden biri homisitten sonra intihar etmiştir. Gene de depresyonlarda homisid riski fazla değildir dolayısıyla depresyona ilaveten başka faktörlerle aranmalıdır. ABD de depressif cinayetler İngiltere'ye göre çok daha azdır.

Homisidte Sosyal Etkenler:

Saldırgan suçların insidansını büyük ölçüde kültürel ve subkültürel pattemler belirler saldırgan davranışın kabulü ülkeden ülkeye bölgeden bölgeye hatta belirli bir şehir içerisinde çeşitli mahallelere göre farklılık gösterir. ayrıca sosyal sınıf, meslek, ırk, cinsiyet ve yaşta önemli bir faktördür. Örneğin: Birkaç yüz yıl öncesine kadar yaygın bir metot iken (Özellikle İskandinav vikinglerinde) şimdilerde bu eğilim ortadan kalkmak-

tabir. ABD'de cinayet oranı bölgeler arası çok büyük farklılıklar gösterir. Gene etnik sınıf ve sınıf ayrımları çok belirgindir. Örneğin Teksas'ta 489 cinayet vak'asının %87 de şehrin merkezinde ve birbirine yakın 4 bölgede olmuştur. Bunların tümü de etnik grupların yaşadığı gece konu bölgelerindedir.

ABD yapılan resmi istatistiklerden alınan bilgilere göre fakir ve beyaz olmayan erkek çocukları özellikle cinayete yatkın olduğu bulunmuştur.

Homisid yapan kişiler arasında yapılan beyin omirilik sıvısında 5-HIAA düzeylerinin incelenmesinde bunlarda serotonin turn-over'inin bozulduğu dikkati çekmiştir. İmpulsif suçlularda düşük 5-HIAA düzeyi bulunmuştur.

Şiddet potansiyeli bulunan bir kişiyi değerlendiren psikiyatrist hastanın daha önceki tehditlerinin sıklıklarını ve niteliklerini bunlarda yardımcı olmuş müdahaleleri tayin etmelidir. Evlilik krizleri otorite figürleri ile çatışmalar, rezil olma ve başkalarıyla artmış duygusal yakınlıklar hastanın yetersizlik duygularını homisid tehditleri ile kontrol etmeğe çalışmasından kaynaklanır. Bu tehditler doktorda ağır anksiyete yetersizlik hisleri öfke ve tehlikelenin inkarı duygulanıyatabilir. Bu duyguların hepsi de uygun terapötik eylemleri bozar. Ama doktorun huzursuzluğu hastanın tehlikeli olabileceğinin ilk işareti olabilir.

Hasta tedavi odasında yüksek ve tehdit edici bir sesle konuşmaya başlarsa veya küfür ederse dikkat bakmaya başlarsa, intoksike ise veyahutta saldırıya kalkma pozisyonuna girerse dürtülerinin kontrolünü kaybedebilir. Bu durumda önce doktorun güvenliği sağlanmalıdır.

Eğer hastada daha önce homisid öyküsü yoksa belli ve mantiki bir planı yoksa belirli bir kurban yoksa görüşme süresince tehditler azalıyor veya yardımcı olacak kişileri varsa dürtü kontrolü daha iyi olabilir. Eğer majör bir psikiyatrik veya tıbbi hastalığı varsa görüşme anında hasta sakin görülse bile buna güvenilmemelidir. Eğer ilk görüşmede tehditler devam etmekte ise veya hastanın özel bir planı varsa geçmişte saldırganlık öyküsü varsa muhtemelen hospitalizasyon gerekir. Doktor hastanın hastahaneye yatırılması gerekir. Bu öneriyi kabul etmezse gerek hastayı gerekse yakın çevresini korumak için zorunlu olarak müdahale edilir. Aşırı özgürlük taraftarları zorunlu tıbbi müdahalelerin şiddet potansiyeli olan hasta karşısında toplumu korumakla kalmayıp bizzat hastayıda kendi kontrolsüz davranışının sonuçlarından korumak için yasal bir yol olduğunu görmemez-

likten gelirler.

İlk görüşmede riski değerlendirmede güçlük çekilen hastalar daha ileri tetkik için hastahaneye yatırılmalıdır. Kronik tehditlerin ne zaman akut bir tehlike haline geleceğini kestirmek güçtür.

Hospitalizasyon belirli bir gerçeği değerlendirme, dürtü kontrolü ve diğer hastalarla yapıcı ilişkiler sağlar. Akut ajite hastalarda sedatize etmeyen anti-psikotik ilaçlar faydalı olur. Ama sedatif anti-anksiyete ilaçlar sağlıklı sayılacak beklenti anksiyetesi gibi iç kontrolleri de azaltabilir. Hem yatan hemde ayakta tedavi edilen hastalar için krize madühüle şunlarla başlar:

- 1- Alkol ve ilaçları yasaklamak
- 2- Erişilebilecek silahları ortadan kaldırmak
- 3- Uyanıcı etkenleri belirlemek
- 4- Hastanın kendine güvenini arttırmak ve sorunları ile mücadele yollarını saptamak.

Bundan sonra hasta krize uzun süreli bir sorun gibi bakmayı öğrenmelidir. Krizini ya hep ya hiç tarzından ani bir çözüm gerektiren durum olarak görmekten vazgeçilmelidir. Tedaviye arkadaşları ve aile üyeleri de katılmalıdır.

İsteksiz bir hasta tedaviye zorla alınırsa sonuçta ortaya gerçek dışı fantaziler çıkar. Semptomundan dolayı sıkıntıda olan tehdit edici ve tehlikeli davranışlarına yol açan durumları fark etmesi ve bunlardan kaçınması öğretilir. Beyin hasarı, EEG bozuklukları, kognitif defekleri ve emosyonel labilitesi olan bazı hastalarda propranolol, lityum, tegretol ve nöbolopetikler dürtülerine kontrol sağlamada yardımcı olur. Eğer o anki tehlike çok yüksek değilse doktor çok çabuk kontrol sağlamaya çalışmamalıdır. Bu şekilde hastanın kendi sorunluluğunu almasını sağlar.

KAYNAKLAR

- 1- Feldman M.Philip, Criminal Behaviour A Psychological Anaysis -Chichester- New-York Brisbane Toronto
- 2- Crovrens James M., Compior John ph. D., Rothole Alee M.D., Coven Fred ph.D., Am, J. Psychiatry 142:9 Sempember (1985)
- 3- Compoin John, M.D., Cravens James M., Rothole Alec Ph. D., Cweinstein Henry M.A Coven Fred Ph. D., Alport Murray Ph. D. Am. J. Psychiatry 142:3 March (1985)
- 4- Berg Liel L.M. Asberg Tuck J.R., Tomba Scaglia G.P., L. Bentilssen Acta psychiatry. scandinav (1985)
- 5- Dubovsky-Feiger-Eiseman, Psyciatric Decision Making (1984) Philadelhio Toronto.

6- Harold I. Kaplan M.D., Alfred M. Freedman M.D., Benjamin J. Sadock M.D.,

Comprehensive textbook of psychiatry
(1985) Williams-Wilkins

7- Andrew E. Slaby, M.D., M.P.H. Julian Liek, M.B., B.Ch. Laurence R. Tancredi M.D. J.D.
Handbook of psychiatric Emergencies (1975)
Medical Examination Publishing Company New York.

peçya