

Zorunlu Klinik Tedavi Sonrası Yineleyici Suç İşleyen Adli Psikiyatri Olgularının Tanı ve Suç Niteliği Açısından Değerlendirilmesi

Fatih ÖNCÜ *, Hüseyin SOYSAL *, Niyazi UYGUR **, Füsün ÖZDEMİR *, Solmaz TÜRKCAN ***, Doğan YEŞİLBURSA ***, Gazi ALATAŞ *

ÖZET

Bu çalışma ile amaç, psikiyatrik bozukluu nedeniyle ceza ehliyeti olmayan suçluların zorunlu klinik tedavi sonrasında yineleyici suç açısından durumlarını tespit etmektir. Bu nedenle zorunlu klinik tedavileri (ZKT) bittikten sonra yargı kararı gereği 1995-1996-1997 yıllarında hastaneden çıkarılan olguların, sonraki 4-7 yıllık süreçte geriye dönük tüm kayıtları incelenip, ulaşılabilenlerle kendileri ya da yakınları ile görüşülerek sosyodemografik özellikler, tanı, zorunlu ayaktan kontrollere geliş düzenleri, suç özellikleri ve yineleyici suç araştırılmıştır. Sosyodemografik, hastalık ve suça ait özellikleri belirlemek için hazırlanan bir genel bilgi formu ve suçların şiddetini belirlemek için şiddet derecelendirme ölçeği kullanılmıştır. Araştırmaya alınan, toplam 337 olgunun, % 5'inin (17) öldüğü, % 0.9'unun (3) kayıp olduğu öğrenildi. % 14.5 (49) oranında olguya hiçbir şekilde ulaşılamamıştır. Ölen, kayıp ve ulaşılamayan (17-3-49) olgular dışındaki 268 olgu istatistiki değerlendirmeye alınarak, ZKT sonrası yineleyici suçu olmayanlar (243; % 90.7) ve yineleyici suçu olanlar (25; % 9.3) karşılaştırılmıştır.

Olguların, sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, K/E oranını 1/10, yaş ortalamasının 42, öğrenim süresinin ortalama 6 yıl, büyük bir kısmının bekar olduğu ve işçi olduğu, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Halen yineleyici suçu olanların belirgin olarak daha çok hastane ya da cezaevinde yaşadığı belirlenmiştir.

Olguların çoğunluğunun psikoz (% 57) olduğu, büyük bir kısmını (% 34) şizofrenlerin oluşturduğu, yineleyici suç işleyenlerde alkol-maddeye bağlı bozuklukların ve duygudurum bozukluğu (manik atak) oranının arttığı, % 25 oranında komorbidite olduğu, daha çok daha kişilik bozukluğu ve/veya alkol-madde kötüye kullanımı olduğu ancak arada istatistiki fark olmadığı saptanmıştır.

ZKT de söz konusu olan suç ile sonrasında işlenen suç özellikleri açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Suçlar büyük oranda kişiye yönelik ve orta şiddette suçlardır. Hedef kitle çoğunlukla tanıdıklar, aile üyeleri ve akrabalar olmuştur. ZKT de ortalama 330 gün kaldıkları, yineleyici suçu olanların daha çok tedaviye uyumsuzluk gösterdikleri ve daha kısa süre hastanede kaldıkları belirlenmiştir. ZKT sonrası ortalama 12 kez kontrol olmaları gerektiği halde sadece 5 kez kontrol oldukları ve bu sayının yineleyici suçu olanlarda (2 kez) belirgin olarak daha az olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Suç, şiddet, ceza ehliyeti, psikiyatrik bozukluklar, yineleyici suç

Düşünen Adam; 2002, 15(3): 132-148

SUMMARY

Criminal recidivism with the mandated-outpatient treatment as a condition of release were examined among group of mentally ill offenders with found not guilty by reason of insanity. A retrospective chart review was conducted for 337 offenders with mental disorders who were acquitted as being not guilty by reason of insanity for the index offense and were active in the outpatient treatment from 1995-1996-1997 to 2001. Data were abstracted on sociodemographic, psychiatric and criminal characteristics and new crimes after the discharged hospital. A general questionnaire and a crime severity grading test were used in collecting data. Of the 337 cases, 17 (5 %) were reported dead and 3 (0.9 %) lost. The where abouts of 49 (14.5 %) were not by any means. Of the remaining 268 cases, those who had committed repetitive crimes (243-90.7 %) were compared to those who had not 25-9.3 %).

As regards their sociodemographic characteristics, it was found out that female/male ratio of the cases was 1/10, mean age was 42 years and mean duration of education was 6 years, the vast majority were single and were mostly blue-collar workers. The differences between the two groups with regard to the above-mentioned characteristics were not found to have any statistical significance.

The most common mental disorder was found schizophrenia (34 %), 25 % had a comorbid substance use disorder of personality disorder. Patients committing repetitive crimes were found to have more mood disorders (manic episode) and substance use disorders, lower levels of functioning than the other group. The length of hospital treatment was found longer in cases committing repetitive crimes. They were not well-adapted to the obligatory outpatient treatment programs.

Key words: Offense, violence, criminal responsibility, psychiatric disorders, repetitive crime

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, * Uz. Dr., ** Adli Psikiyatri Birimi Klinik Şefi, *** Doç. Dr.

GİRİŞ

Ciddi akıl hastalığı olan kişilerin şiddet davranışlarının olabileceği fikirleri 19. yüzyılda yaygınlaşarak bu konuda araştırmalar yapılmaya başlanmıştır (Torrey 1994).

Fiziksel şiddet davranışı, psikiyatrik bozukluklarla da ilişkilidir. Şiddetin çeşidi, sıklığı ve doğası özgün olayın çevresel özelliğine ve bozukluğun psikopatolojisine bağlıdır. DSM IV sınıflandırmasında şiddet davranışı bazı psikiyatrik bozuklukların tanı kategorilerinden birisidir. Aralıklı patlayıcı bozukluk, antisosyal kişilik bozukluğu, border-line, kişilik bozukluğu ve davranım bozukluğu gibi. Bazı psikiyatrik bozukluklarda ise tanı kriterlerinden birisi olmayıp, sadece bozukluğun dışavurumunun bir parçası olarak kendisini gösterebilir. Bunlar da, madde kullanımı ile ilgili bozukluklar, bilişsel bozukluklar, şizofreni, diğer psikotik bozukluklar ve duygudurum bozukluklarıdır (Tardiff 2000, Erb 2001, Swanson 1999, DSM IV).

Sıklık

Psikiyatrik bozukluğu olanlarda saldırgan davranışın sıklığı üzerine çok sayıda çalışma yapılmıştır. Başlangıçta tutuklularda yapılan çalışmalarda ruhsal hastalığı olanların topluma oranla daha tehlikeli olmadığı ve daha az tutuklandığı, ancak 1959'dan sonraki 20 yılda hastaneden çıkarılan hastaların suç işlemi oranlarının, toplumdaki suç işleme oranı ile eşit veya daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, daha sonraki sağlık politikaları sonucu hastaların toplum içinde tedavi edilmelerine bağlanmıştır (Zitirin ve ark.'ları 1976, Torrey 1994, Marzuk 1996).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda psikiyatrik bozuklukların şiddet açısından belirli risk faktörü olmasına rağmen topluma göre daha az şiddet davranışında buldukları belirtilmiştir (Mulvey 1994), Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin bazı dönemlerde saldırgan davranışta bulunma oranları % 60'ın üzerinde bulunmuştur. Bütün psikiyatrik bozukluklar şiddet davranışı açısından aynı potansiyele sahip olmamasına rağmen, toplumdaki şiddet davranışının artmasına paralel olarak giderek yaygınlaşmakta ve muhtemelen artmaktadır (Erb 2001, Menninger 2000).

Konuyla ilgili hemen tüm çalışmalar alkolizm, madde bağımlılığı ve antisosyal kişiliğin suç ile daha fazla ilişkisi olduğunu göstermektedir (Bowden 1981, Brennan ve ark.'ları 2000). Swanson ve ark.'larının (1990) yaptığı, psikiyatrik hastaların, hasta olmayan bireylerle karşılaştırıldığı çalışmada, şiddet davranışı sıklığı ciddi psikiyatrik hastalığı olanlarda (şizofreni, duygudurum boz.) 5 kez daha yüksek bulunmasına rağmen bu oran alkol ve madde kullananlarda 12-16 kez daha yüksek saptanmıştır (Brennan ve ark.'ları 2000).

Şiddet davranışında bulunan psikiyatrik bozukluğu olanların hedef kitlesi genelde aile üyeleridir. Estroff ve ark.'ları (1994), hedef kitlenin daha çok anne olduğunu, Soysal ve Uygur (1993) ise psikotiklerle yaptıkları çalışmada % 30 ile daha çok eşler olduğunu ve perseküsyon hezeyanlarının önemli rol aldığını belirtmişlerdir (Estroff ve ark.'ları 1994, Soysal ve Uygur 1993).

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 (Uygur ve ark.'ları 1992).

Ceza ehliyeti olmayan hastaların sosyodemografik özellikleri

ABD ve Kanada'da ceza ehliyeti olmayan akıl hastalarının sosyodemografik özellikleri birbirine benzerdir. Bunlar

- Erkek
- 20-29 yaşları arasında
- Bekar
- İşsiz
- Eğitim düzeyi düşük
- Şiddet suçu işlemiş
- Majör psikiyatrik bozukluğu olan
- Daha önce hem adli hem de psikiyatrik öyküsü olan kişilerdir.

Erkek/kadın oranı ABD ve Kanada'da 10/1, İrlanda'da 6/1, Japonya'da 4/1, İsrail'de 5.5/1'dir (Lymburner ve Roesch 199).

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 ile kişilik bozukluğu ya da madde kötüye kullanımı gibi komorbid durumlar) bildirilmiştir. Önceki suç öyküsü ortalama % 37-75, önceki hastaneye yatış oranı % 56-86 arasında saptanmıştır. Öyküde, % 61'inin hem adli sistem hem de akıl sağlığı sistemiyle ilişkisi olduğu belirtilmiştir. Olguların büyük bir kısmının şiddet suçu işlediği ve % 10-14 arasında cinayete suçlandıkları bildirilmiştir (Lymburner ve Roesch 1999).

İrlanda'da retrospektif olarak yapılan bir çalışmada, 1850-1995 yılları arasında ceza ehliyeti olmayanların kayıtları incelenmiş ve % 95 oranında şiddet suçu işlendiği, bunların % 72'sinin homisid ya da infantisid olduğu, önceki suç öyküsünün % 75, hastaneye yatışın ise % 56 oranında olduğu, % 19.1'inde kişilik bozukluğu olduğu belirtilmiştir (Lymburner ve Roesch 1999).

Japonya'da ceza ehliyeti olmayan hastaların, % 57'sinin bekar, % 45'inin işsiz öyküde % 36'sının hastaneye yatışının olduğu ve % 82'sinin de tutuklandığı, % 88'inin de şiddet suçu işlediği bunun da % 57'sinin cinayet olduğu bildirilmiştir (Lymburner ve Roesch 1999).

Türkcan ve ark.'ları (2000), ceza ehliyeti tespiti için gönderilen 1831 adli olguyu inceledikleri çalışmada, tümü ele alındığında % 34'ünün geçmişte suç işlediği % 48.9'unun ceza ehliyetinin olmadığı, bunların % 32.8'inde şizofreni, % 26.4'ünde duygudurum bozukluğu, % 14.3'ünde hezeyanlı bozukluk, % 2.5'inde madde kullanımına bağlı psikoz saptanmıştır (Türkcan ve ark.'ları 2000).

469 hasta üzerinde retrospektif olarak yapılan başka bir çalışmada; % 98'inin suç işledikleri dönemde herhangi bir tedavi görmedikleri, % 72'sinin kronik hasta olduğu tanı gruplarına göre % 32'sinin şizofreni (özellikle paranoid tip) olduğu, % 83'ünün tanıdığı kişilere yönelik saldırganlığının olduğu ve ancak % 5'inin sosyal güvencesinin olduğu bildirmişlerdir (Kayatekin ve ark.'ları 1991).

Adli Hastaların Ayaktan İzlenmesi

1960'lı yıllardan itibaren kurum dışı tedavi politikaları ile hastaların tutuklanma oranlarında artış meydana gelmiştir. Hatta cezaevinde ulunan şizofreni ya da bipolar bozukluk (mani) tanılı hastaların oranı % 6.4-14.4 arasında değişen değerlere ulaşmıştır. Klassen ve O'Conner saldırgan davranış öyküsü olan erkek hastaların % 25-30'unun hastaneden çıkışını izleyen 1 yıl içinde yeniden saldırgan davranışta bulunduğunu bildirmiştir. Başka çalışmalarda ise hastaneden çıkarılan erkek ve kadın hastaların 4 ay içinde en az bir saldırgan davranış görülme oranı % 27 olarak saptanmıştır (Torrey 1994).

Bir çok ülkede henüz yeni olan zorunlu ayaktan tedavi uygulaması, yargılama sırasında hastaların hastaneye gönderilmesiyle ya da yargılama olmaksızın tedaviye uyumsuz olduklarında başvuru bir yöntemdir. Bir çok ülkede yasalar ya bu yönde değiştirilmekte ya da yeni yasalar çıkarılmaktadır (Lamb ve ark.'ları 1999, Gerbas ve Bonnie 2000).

Kurum dışı psikiyatrik bakım, adli psikiyatriyi de etkilemiş ve ceza ehliyeti olmayan hastaların % 90'ından fazlası hastanelerden toplum içine çıkarılmıştır. Son 25 yıllık dönem içinde bu hastalar toplum güvenliği açısından özel, gelişmiş ayaktan tedavi merkezlerine yönlendirilmiştir. Bu merkezler genelde adli psikiyatri kurumlarıdır (Snowden ve ark.'ları 1999, Kravitz ve Kelly 1999).

Ceza ehliyeti olmayan bireyler, zorunlu klinik tedavileri bitince mahkemenin uygun bulduğu şekilde ya tamamen muaf tutulurlar ya da toplumda bakım için hastaneden şartlı olarak çıkarılırlar. Belli bir adreste bulunma koşuluyla, bir gözetmen (sosyal hizmet uzmanı, denetmen gibi) denetiminde olup, ayakta kontrollere gelme şartları ile toplum içine gönderilirler. Şartlı çıkarılma sonrası hastaların toplum içindeki bakım modelleri 1970'lerin ortasından beri geliştirilmiştir. Uygulama pratiği ülkeden ülkeye değişmekle birlikte kurumdan şartlı olarak çıkarma programı (zorunlu ayaktan tedavi), basamaklı olabileceği gibi doğrudan da olabilir. Bu hastalar tedaviye uyumsuz olduklarında ya da hastalığın nüksü halinde yeniden hastaneye gönderilirler (Bowden 1981, Petch 1996, Knecht ve ark.'ları 1996, Snowden ve ark.'ları 1999, Kravitz ve Kelly 1999, Lamb

ve ark.'ları 1999).

Adli hasta grubunun ayaktan izlenmesinin çok önemli yararları gözlenmiştir.

1. Hastalar için nüksü ve yineleyici suçu önleyecek bir korumayı sağlar.
2. Kurumlarda hastaneye yatırılma süresini azaltır.
3. Harcamalarda önemli ölçüde azalma sağlar (Nedopil ve Banzer 1996).

Ülkelere göre değişmekle birlikte, adli süreçte akıl sağlığı sisteminde yer alan görevliler şunlardır: Adli psikiyatristler, genel psikiyatristler, adli ve genel psikiyatri hemşireleri, sosyal çalışmacılar, gözetmenler ve sosyal denetmenler (süpervizörler) (Snowden ve ark.'ları 1999, Kravitz ve Kelly 1999, Lamb ve ark.'ları 1999, Tiihonen ve ark.'ları 1996, Knecht ve ark.'ları 1996). Şartlı çıkarılmada sınırlandırmalara, genellikle bilirkişi olarak görev yapan psikiyatristler (bazı ülkelerde denetmenler) karar vermektedir (Petch 1996).

Şartlı çıkarılmanın ana prensibi, tehlikeli davranışı önleyerek, toplum içindeki potansiyel tehlikeyi en düşük düzeye çekmektir (Lamb ve ark.'ları 1999, Kravitz ve Kelly 1999).

Son yıllarda adli sistemle bağlantısı olan hastaların sayısındaki artış psikiyatri çalışanlarının da dikkatini çekmektedir. Bu artışın nedenleri şöyle belirtilmiştir:

1. Kurumdışı tedavi uygulamaları,
2. Hastaların yatırılmasına yönelik kriterlerin giderek daraltılması,
3. Yatırılan hastalar için hastanede kalış süresinin kısalığı,
4. Uzun süredir yatarak tedavi edilen hastaların çıkarılması,
5. Sosyal desteklerde yetersizlik,
6. Tutuklanma sırasında şiddet,
7. Toplumun ve kolluk kuvvetlerinin tutumu (Lamb ve ark.'ları 1999, Türkcan ve ark.'ları 1999).

Bailey ve MacCulloch (1999) 1974-1989 yılları arasında hastaneden çıkarılan 112 olguyu inceledikleri çalışma sonucunda, hastaneden çıkarılış şeklinin ve izlemenin etkili olduğunu, şartlı çıkarılanların yeniden tutuklanma oranının daha az olduğunu belirt-

mişlerdir (Bailey ve MacCulloch 1992).

Genellikle hastaların aralıklı zorunlu ayaktan tedavilerinde yetersizlikler olduğundan bahsedilmektedir. Hastaların, yaşam olaylarıyla başa çıkmalarında yardımcı olacak organizasyonlara ve dışardan kontrol edilmeye ihtiyaçları vardır. Akıl sağlığı uzmanları, genellikle iş ve gündüz terapisi gibi aktiviteler ve değişik sosyal terapilerin olduğu yapılandırılmış hasta günleri üzerinde dururlar. Bunun dışında diğer ana öğe ise bu hastaların adli sistem altında zorunlu olarak tedavi edilmesidir. İstemsiz olarak tedaviye gelenlerin süreç içerisinde tedaviye uyumlarının arttığı belirtilmiştir (Lamb ve ark.'ları 1999).

Kravitz ve Kelly'nin (1999) yaptıkları şartlı olarak çıkarılan, ceza ehliyeti olmayan 43 adli olgunun geriye dönük kayıtlarının incelendiği çalışmada, % 81'inin erkek, yaş ortalamasının 45.4, suç sırasındaki yaş ortalamasının 32.7, % 51'inin bekar, % 58'inin sosyal işlevselliğinin orta düzeyde olduğu, % 77'sinin madde kullandığı, % 31'inin kişilere yönelik şiddet öyküsü olduğu, % 60'ında birden çok tanı olduğu, % 58'inin alkol-madde kullandığı, 2/3 psikoz olduğu, % 58 alkol-madde kullanım boz. komorbiditesi, % 63 oranında kişilik bozukluğu (çoğunluğu mikst kişilik boz. ya da B kümesi kişilik boz.) olduğu, tedavide kalış sürelerinin 4.9 ay ile 18.4 yıl arasında değiştiği belirtilmiştir. Şartlı çıkarılma sonrasında sosyal işlevselliği daha düşük olanlarda yineleyici suç ve hastaneye yatışın daha çok olduğu saptanmıştır (Kravitz ve Kelly 1999).

Petch (1996) 1985-1987 yılları arasında şartlı olarak çıkarılan ve 1992-1993 yıllarına kadar izlediği 183 adli olguda,

- % 53'ünün psikiyatrik hastalığı olduğu,
- % 30'unun antisosyal kişilik bozukluğu olduğu,
- % 17'sinde zeka geriliği ya da bilişsel yetersizlik olduğu,
- % 40'ının başkaları için tehlikesi davranışta bulunduğu saptanmıştır (Petch 1996).

Singapur'da Lim ve ark.'ları (1993) yaptığı suç işlemiş 86 adli olgunun 5 yıllık ayaktan izlem çalışmasında % 76'sının bekar olduğu, % 74'ünün 39 yaşın altında olduğu, % 59'unun düşük eğitim seviyesinde olduğu, % 20.9'unun kasten yaralama, % 2.3'ünün adam öldürme, % 23.3'ünün hırsızlık ve eve zarar

verme suçları işlediği belirtilmiştir. Tanı gruplarının değerlendirilmesinde ise % 80.2 şizofreni, % 8.2 zeka geriliği, % 2.3 kişilik bozukluğu olduğu, olguların % 58'sinin 2-5 yıl süreyle hastanede kaldığı belirtilmiştir (Lim ve ark.'ları 1993).

Nicholson ve ark.'ları (1991) ceza ehliyeti olmayan 61 olguyu 5 yıl süre ile izlemiş ve ortalama yaşın 33.8 ± 9.3 , % 91.8'inin erkek olduğu, % 86'sının hiç çalışmadığı % 50.8'inin daha önce de tutuklandığı, % 16.4'ünün cezaevine girdiği, izlem sırasında % 3.3'ünün öldüğü, % 47.4'ünün hala hastanede tedavi görmekte olduğu belirtilmiştir. Suç dağılımı ise % 23 adam öldürme, % 34.5 öldürmeye teşebbüs ya da yaralama, % 8.2 hırsızlık, % 8.2 yangın çıkarma şeklinde belirlenmiştir. Tanı gruplarına göre değerlendirildiğinde, % 59 şizofreni, % 11 şizofaaktif bozukluk, % 13.1 madde kötüye kullanımı % 9.8 duygudurum bozukluğu, % 1.6 kişilik bozukluğu olduğu, % 95.1'inin önceden hastaneye yatışının olduğu, % 3.4 oranında psikiyatrik bir hastalığı taklit etmeleri nedeniyle yanlış rapor düzenlendiği belirtilmiştir (Nicholson ve ark.'ları 1991).

Yineleyici Suç

İyi bir adli psikiyatrik izleme ile saldırgan davranışlar ve tekrarlayan suç davranışının başarıyla önlenildiği bildirilmektedir (Müller-Isberner 1996). Yineleyici suçun, önceki suç öyküsü ve antisosyal kişilik bozukluğu ile yakın ilişki olduğu saptanmıştır (Bailey ve MacCulloch 1992, Lymburner ve Roesch 1999). Ayrıca bir önceki suçun türü ve şiddet derecesi ile benzerlikleri olduğu belirtilmiştir (Bailey ve MacCulloch 1992).

Ceza ehliyeti olmayan olguların, şartlı çıkarılma sonrası tutuklanma oranının % 2-16 arasında değiştiği, uzun süreli takiplerde bu oranın % 42-56'ya yükseldiği belirtilmiştir. 1.5 aylık izlemde, olguların % 5'inin yeniden tutuklandığı, başka bir çalışmada 5 yıllık bir sürede % 16, 15 yıllık bir sürede ise % 56 oranında olduğu belirtilmiştir. Kanada'da yapılan bir çalışmada bu olguların ilk 3 yıl içerisinde % 37.8'inin yeni bir suç işlediği saptanmıştır (Lymburner ve Roesch 1999). 7-10 ve 2-5.5 yıllık izlem çalışmalarında yeniden tutuklanma oranlarının % 24-61 arasında, yeniden hastaneye yatış oranının ise % 18-44 arasında değiştiği belirtilmiştir (Kravitz ve Kelly

1999).

Tiihonen ve ark.'larının (1996) yaptığı bir çalışmada, 14 yıllık bir süre içerisinde yüksek güvenlikli hastanelerden şartlı olarak çıkarılan 310 adli hastanın kayıtları incelenmiştir. Bu hastaların ortalama hastanede kalış sürelerinin 7.8 yıl olduğu ve % 65 ile şizofrenlerin en yüksek oranda olduğu belirtilmiştir. 5'i ilk yılda olmak üzere toplam 7 hastanın yeniden suç işlediği, bunların ilaçlarını almadıkları ve tümünün şizofreni olduğu saptanmıştır (Tiihonen ve ark.'ları 1996).

Kravitz ve Kelly'nin (1999) yaptıkları şartlı olarak çıkarılan ceza ehliyeti olmayan 43 adli olgunun geriye dönük kayıtlarının incelendiği çalışmada, yineleyici suç işleme ya da tutuklanma oranının % 19 olduğu ve bir hastanın 3 kez tutuklandığı, bunların sosyal işlevselliğinin belirgin derecede düşük olduğu belirtilmiştir (Kravitz ve Kelly 1999).

Petch'in (1996) 1985-1987 yılları arasında şartlı olarak çıkarılan ve 1992-1993 yıllarına kadar izlediği 183 adli olgunun, 5 yıl içerisinde % 5, 6-7 yılda % 6.5 oranında yeniden suç işledikleri saptanmıştır (Petch 1996).

Uygur ve ark.'ları (1992) 50 suç işlemiş şizofren hastayı incelemiş, % 16'sında tekrarlayan suç olduğunu, % 77 oranında olan kişiye yönelik suçun % 43'ünün cinayet olduğunu, % 41 oranında kurbanın hasta yakını olduğunu, suçun en çok hastalığın 2-5. yılları arasında işlendiğini bildirmişlerdir (Uygur ve ark.'ları 1992).

Şeker ve ark.'larının (1997) yaptığı çalışmada, yineleyici suç işleyen psikotik bozukluğu olan grubun % 56.2'sinin şizofreni, % 18.8'inin hezeyanlı bozukluk, % 12.5 diğer psikotik bozukluklar, % 9.3'ünün duygudurum bozukluğu olduğu, bu grupta suçlar arasında geçen sürenin ortalama 6 yıl olduğu, zorunlu ayaktan tedaviye uyumlarının bozuk olduğu bildirilmiştir (Şeker ve ark.'ları 1997).

Türkcan ve ark.'ları 1831 adli olguyu tanı ve suç ilişkisi açısından değerlendirmiş ve bunların büyük çoğunluğunun erkek olduğunu, ceza ehliyeti olmayanların % 32.8'inin şizofreni olduğunu, düşük öğrenim düzeyinde olduklarını, suç öncesinde düzenli çalış-

madıklarını ve % 34'ünün tekrarlayan suç işlediklerini belirtmiştir (Türkcan ve ark.'ları 1997).

Yineleyen suç işlemeyle ilgili çalışmalarda saptanan ortak özellikler şunlardır:

1. Bekar olma
2. Erkek olma
3. Sosyal desteklerinin yetersiz olması
4. Kişilik bozukluğu olması
5. Daha önce suç işlemiş olması
6. Alkol ve madde kullanımı (Bailey ve MacCulloch 1992, Hawang ve Segal 1996, Şeker ve ark.'ları 1997, Türkcan ve ark.'ları 1997).

Diğer araştırmacılar da yineleyici suç işleyen hastaların çoğunlukla sosyal desteklerinin ve güvencelerinin olmadığını belirtmiştir (Bailey ve MacCulloch 1992, Türkcan ve ark.'ları, 1997).

YÖNTEM

Araştırmaya alınan 337 adli olgu; işledikleri suç sebebiyle yargılanmaları sonucu psikiyatrik bozukluğu nedeniyle ceza ehliyetleri kaldırıldığından, mahkeme kararı gereği zorunlu klinik tedavi (muhafaza ve tedavi) için gönderildikleri Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Adli Birim Servisleri'nde yatırılarak tedavi edilmiş ve 1995-1996-1997 yıllarında yine yargı kararı gereği zorunlu ayaktan kontrollerinin (sosyal şifa kontrollerinin) yapılması şartı ile hastaneden çıkarılan tüm hastalardan oluşmuştur.

Toplam 3 yıllık süre içerisinde hastaneden çıkarılan 337 olgunun zorunlu klinik tedavi sonrasındaki 31 Aralık 2001 tarihine kadar olan 4-7 yıllık süreçte, durumlarını tespit edebilmek için geriye dönük tüm kayıtlar incelenmiştir. Kayıtların yetersiz kalması halinde (özellikle İstanbul dışında yaşayanlar ve düzenli olarak poliklinik kontrollerine gelmeyenler için) kendileri ya da yakınlarından telefonla ya da karşılıklı görüşme ile bilgi alınmıştır. % 53.7 olguda hastane kayıtları (herhangi bir şekilde yeniden hastaneye başvurduklarından) yeterli bulunmuştur.

Olguların, sosyodemografik, hastalık ve suça ait özelliklerinin belirlenmesi için bu araştırma için oluşturulmuş özel bir form kullanılmıştır.

Şiddet davranışının derecelendirilmesinde, Taylor'un (1985) geliştirdiği ölçek kullanılmıştır. İtemler şu şekilde derecelendirilmiştir:

0. Şiddet dışı
1. Minimal şiddet
2. Orta derecede şiddet
3. Orta derecede ciddi şiddet
4. Ciddi derecede şiddet

Araştırmada, SPSS (Statistical Package for Social Science) istatistik paket programı kullanılmıştır.

Nicel değerlendirmeler Mann-Whitney U testi ile nitel değerlendirmeler Ki kare testi ile yapılmıştır.

BULGULAR

Olguların, büyük bir bölümünün erkek olduğu ve kadın/erkek oranının 1/10 olduğu saptanmıştır. Araştırma esnasındaki yaş ortalaması 42.35±11.76; en düşük değer 21, en yüksek değer 85 olarak belirlenmiştir.

İzleyen 4-7 yıllık süreçte, 337 olgunun 17'sinin (% 5) öldüğü, 3'ünün (% 0.9) kayıp olduğu öğrenilmiştir. 49 (% 14.5) olgunun ise hiçbir şekilde yeniden hastanemize başvurmadığı saptanmıştır. Bu olgulara ait kayıtlardaki telefonlarla gerek kendileri gerekse yakınları ile iletişim kurulamaması nedeniyle zorunlu klinik tedavi sonrası hakkında hiçbir bilgi edinilememiştir. Bu nedenle toplam 69 (49+17+3) olgu hakkında toplanan veriler istatistiki değerlendirmede çalışma dışı bırakılmıştır.

4-7 yıllık süreç içerisinde ölen 17 olgunun, 2'si hezeyanlı bozukluk ve 2'si BTA psikotik bozukluk tanılı olmak üzere toplam 4'ünün (% 1.2) intihar ettiği, 2'sinin (% 0.6) kanserden, diğerlerinin de diğer tıbbi nedenlerle öldüğü öğrenilmiştir.

Kayıp olan 3 olgunun (bir zeka geriliği, bir şizofreni-paranoid tip ve bir bipolar bozukluk) ise yakınlarına ulaşarak aldığımız bilgilere göre 3-4 yıllık bir süredir nerede olduklarının bilinmediği öğrenilmiştir.

İstatistiki değerlendirmeye alınan 268 olgu, iki gruba ayrılarak değerlendirilmiştir.

Tablo 1.

Cinsiyet	Yineleyici suç yok		Yineleyici suç var		Toplam		Ki	kare	SD	p
	S	%	S	%	S	%				
Erkek	220	90.5	23	92.0	243	90.7	0.58	1	0.810	
Kadın	23	9.5	2	8.0	25	9.3				
Toplam	243	100.0	25	100.0	268	100.0				

$p>0.05$, Anlamlı değil (AD)

Yineleyici suçu olmayanlar: Zorunlu klinik tedavi (muhafaza ve tedavi) sonrasında herhangi bir suç işlemeyen 243 (% 90.7) olgudan oluşmuştur.

Yineleyici suçu olanlar: Zorunlu klinik tedavi sonrasında yeni bir suç işleyen 25 (% 9.3) olgudan oluşmuştur.

I. Sosyodemografik özellikler

Olguların % 90.7'sinin (243) erkek olduğu ve erkek/kadın oranının 10/1 düzeyinde olduğu saptanmıştır. Yineleyici suçu olmayan ve olan grupların değerlendirilmesinde hem yüzde hem de istatistiki olarak anlamlı fark ($p>0.05$) bulunamamıştır. Örneklemin cinsiyet dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Yaş ortalaması toplamda 41.69 ± 11.46 bulunurken, yineleyici suçu olmayan grupta 42.05 ± 11.67 , yineleyici suçu olan grupta ise 38.20 ± 8.63 olarak bulunmuştur. Her iki grup arasında istatistiki olarak anlamlı fark ($p>0.05$) bulunamamıştır. En düşük değer 21, en yüksek değer 85 olarak saptanmıştır.

Olguların tamamı değerlendirildiğinde, ortalama öğrenim süresi 6.06 ± 3.50 olarak bulunmuştur. Yineleyici suçu olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı fark ($p>0.05$) bulunamamıştır.

Olguların, % 48.9'u bekar iken, eşlerinden ayrılanlar ve eşleri ölenlerle birlikte değerlendirildiğinde bu oranın % 73.2'ye yükseldiği görülmüştür. Evli olanlar ise % 26.9 (72) olarak saptanmıştır. Evli olanların sayısı yineleyici suçu olanlarda fazla olmasına rağmen istatistiki olarak anlamlı ($p>0.03$) bulunamamıştır.

Tablo 2.

Nerede yaşadığı	Yineleyici suç yok		Yineleyici suç var		Toplam		Ki ¹	SD	p***
	S	%	S	%	S	%			
Toplumda	240	98.8	16	64.0	256	95.5	64.055	1	0.000
Kurumda	3	1.2	9	36.0	12	4.5			
Toplam	243	100.0	25	100.0	268	100.0			

1 Fisher Exact Ki kare testi uygulanmıştır. *** $p<0.001$ (çok ileri derecede anlamlı fark)

Olguların yaklaşık yarısı (% 51.9) ebeveyni ile yaşarken, yaklaşık % 15'i evsiz ya da yalnız yaşamaktadır. Çalışmanın yapıldığı sırada hepsi yineleyici suçu olan grupta olan 4 (% 1.5) olgunun cezaevinde bulunduğu, toplam 7 (% 2.6) olgunun da hastanede olduğu saptandı. Yineleyici suçu olanların % 36'sı kurumda yaşadığı halde yineleyici suçu olmayanlarda bu oran % 1.2 idi. Bu durum istatistiki olarak çok ileri derecede anlamlı ($p<0.001$) bulunmuştur. Yineleyici suçu işleyenlerin daha riskli grup olmaları nedeniyle ya hastanede tedavi edildikleri ya da yeni bir suç nedeniyle cezaevinde oldukları dikkat çekici bulunmuştur. Örneklem grubunun nerede yaşadıkları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tüm olgular ele alındığında, % 37.3 ile işçilerin en yüksek oranda olduğu, % 17.9'unun herhangi bir mesleği olmadığı, bütün kadınları (25) ev hanımı olduğu saptanmıştır. Yineleyici suçu olanlarda, herhangi bir mesleği olmayanlar ve esnaf olanların sayısının fazla bulunmasına rağmen istatistiki olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) görülmüştür.

Olguların, suç öncesi ve halen işi olup olmadığı değerlendirildiğinde, her iki dönemde de işi olanların oranı birbirine yakın (56-68 olgu) çıkmıştır. İş sahibi olma açısından bakıldığında, yineleyici suçu olanların, olmayanlara göre daha az iş sahibi olduğu (% 12-16) saptanmıştır. Ancak bu fark istatistiki olarak anlamlı ($p>0.05$) bulunmamıştır. İş düzenine bakıldığında ise, zorunlu klinik tedavi sonrası olguların yarısından çoğunun çalışmadığı, yineleyici suçu olanların hiçbir şekilde düzenli çalışmadığı saptanmıştır.

Örneklemin % 62.3'ünün geliri olmadığı, bu oranın

Tablo 3.

ZKT sırasındaki tanı	Yineleyici suç yok		Yineleyici suç var		Toplam		Ki kare	SD	p
	S	%	S	%	S	%			
Zeka geriliği	10	4.1	2	8.0	12	4.5	18.865	14	0.170
Şizofreni	84	34.6	6	24.0	90	33.6			
BTA psikoz	14	5.8	2	8.0	16	6.0			
Hezeyanlı boz.	34	14.0	-	-	324	12.7			
Duygudurum boz. (mani)	47	19.3	8	32.0	55	20.5			
Duygudurum boz. (depresyon)	5	2.1	-	-	5	1.9			
Alkole bağlı dd. veya psikotik boz.	10	4.1	-	-	10	3.7			
Maddeye bağlı dd. veya psikotik boz.	9	3.7	4	16.0	13	4.9			
Epilepsiye bağlı boz.	4	1.6	1	4.0	5	1.9			
Demans	1	0.4	-	-	1	0.4			
Şizoafektif boz.	3	1.2	1	4.0	4	1.5			
BTA duygudurum boz.	4	1.6	-	-	4	1.5			
Diğer psikotik boz.	7	2.9	-	-	7	2.6			
46 k. katılmadığımız b.	9	3.7	1	4.0	10	3.7			
Başka	2	0.8	-	-	2	0.7			
Toplama	243	100.0	25	100.0	268	100.0			

$p > 0.05$ (AD)

yineleyici suçu olan ve olmayan gruplarda çok değişmediği ve istatistiki olarak arada anlamlı fark ($p < 0.05$) olmadığı saptanmıştır.

Tüm olgular değerlendirildiğinde, % 58.2'sinin yasal temsilcisi (vasisi) olduğu, yineleyici suçu olanlarda bu oranın % 68'e çıktığı fakat gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

II. Psikiyatri Bozukluklarla İlgili Özellikler

Zorunlu klinik tedavi (ZKT, muhafaza ve tedavi) sırasındaki tanı: Bütün olgular değerlendirildiğinde, % 33.6 ile şizofreni tanısının en yüksek oranda görüldüğü, bunu, % 20.5 ile duygudurum bozukluğu (manik atak) ve % 12.7 ile hezeyanlı bozukluk tanılarının izlediği, yineleyici suç işleyenlerde, maddeye bağlı bozuklukların (psikotik ya da duygudurum boz.) ve duygudurum bozukluğunun (manik atak) daha yüksek oranlarda görülmesine rağmen (itemler birleştirilerek daraltıldığında da) istatistiki olarak anlamlı fark ($p > 0.05$) saptanamamıştır. Tablo 3'de tanıları ayrıntılı bir şekilde gösterilmiştir.

Komorbidite: Zorunlu klinik tedavi esnasındaki tanıya eşlik eden başka bir bozukluk olup olmadığına göre değerlendirildiğinde, yaklaşık 1/4'ünde komorbid bir durumun söz konusu olduğu, % 13.4 ile en

yüksek oranda alkol-madde kullanım bozukluklarının olduğu, yineleyici suçu olan grupta bu bozukluğun % 20'ye çıktığı, kişilik bozukluğu oranının ise örnekleme % 1.9 olmasına rağmen, yineleyici suçu olan grupta % 4'e çıktığı saptanmıştır. İlginç olarak, zeka geriliği ve epilepsisi olanların yineleyici suçu olan grupta yer almadıkları görülmüştür. Gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı fark saptanamamıştır (Tablo 4).

III. Zorunlu Klinik Tedaviye Yol Açan Suçun Özellikleri

Zorunlu klinik tedaviye yol açan suçun sayısı: Hastalık öncesi suçlarla birlikte değerlendirildiğinde, olguların % 75'i ilk suçları nedeniyle zorunlu klinik tedaviye gönderilmiştir. % 25 oranında kişi 1'den

Tablo 4.

Komorbidite	Yineleyici suç yok		Yineleyici suç var		Toplam		Ki kare	SD	p
	S	%	S	%	S	%			
Yok	184	75.7	16	64.0	200	74.6	1.644	1	0.200
Var	59	24.3	9	36.0	268	25.4			
Toplam	243	100.0	25	100.0	268	100.0			

$p > 0.05$ (AD)

Tablo 5.

ZKT'de söz konusu olan suçun türü	Yineleyici suç yok		Yineleyici suç var		Toplam		Ki kare	SD	p
	S	%	S	%	S	%			
Cinayet	53	21.8	3	12.0	56	20.9	18.635	14	0.179
Öldürmeye teşebbüs	21	8.6	1	4.0	22	8.2			
Yaralama	61	25.1	5	20.0	66	24.6			
Yaralanma oluşturmeyen saldırı	7	2.9	1	4.0	8	3.0			
Tehdit	16	6.6	3	12.0	19	7.1			
Gasp	6	2.5	-	-	6	2.2			
Mala zarar verme	8	3.3	2	8.0	10	3.7			
Yangın çıkarma	18	7.4	2	8.0	20	7.5			
Hırsızlık	12	4.9	2	8.0	14	5.2			
Mütecevaz sarhoşluk	1	0.4	-	-	1	0.4			
Uyuşturucu kullanmak	1	0.4	2	8.0	3	1.7			
Cinsel saldırı	17	7.0	1	4.0	18	6.7			
Kamu suçları	4	1.6	-	-	4	1.5			
Dolandırıcılık	1	0.4	-	-	1	0.4			
Başka	17	7.0	3	12.0	20	7.5			
Toplam	243	100.0	25	100.0	268	100.0			

$p > 0.05$ (AD)

Tablo 6.

ZKT'de söz konusu suçun hedefi	Yineleyici suç yok		Yineleyici suç var		Toplam		Ki kare	SD	p
	S	%	S	%	S	%			
Anne	12	4.9	-	-	12	4.5	10.345	9	0.323
Baba	12	4.9	2	8.0	14	5.2			
Eşi	27	11.1	-	-	27	10.1			
Çocuğu	8	3.3	-	-	8	3.0			
Kardeş	5	2.1	-	-	5	1.9			
2. derece akraba	11	4.5	-	-	11	4.1			
Tandığı	95	39.1	11	44.0	106	39.6			
Tanmadığı	22	9.1	4	16.0	26	9.7			
Mala karşı	44	18.1	6	24.0	50	18.7			
Diğer	7	2.9	2	8.0	9	3.4			
Toplam	243	100.0	25	100.0	268	100.0			

$p > 0.05$ (AD)

fazla suç işlemiştir. Yineleyici suçu olmayanların ortalama 1.29. suçu olmasına rağmen, ZKT sonrası yineleyici suçu olanların 1.92. suçudur. İstatistik olarak arada çok ileri derecede anlamlı fark ($p < 0.001$) saptanmıştır.

Zorunlu klinik tedaviye yol açan suçun işlendiği yaş: Ortalama değer, yineleyici suç işleyenlerde 31.16 ± 9.10 ; yineleyici suç işlemeyenlerde 34.76 ± 11.64 olarak saptanmıştır.

Zorunlu klinik tedaviye yol açan suçun türü: Olguların tümü ele alındığında, büyük çoğunluğunun (% 70.5) kişiye yönelik suç işlediği, 1/4 oranında yaralanma suçunun en yüksek oranda olduğu, ikinci sırada 1/5 oranında cinayet işlendiği saptanmış. Yineleyici suç işleyenlerde kişiye yönelik suç oranının daha düşük olduğu (% 56), tehdit, mala zarar verme ve uyuşturucu madde kullanma suçlarının diğer gruba göre daha fazla işlendiği tespit edilmiştir. Suç türleri ayrıntılı bir şekilde Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 7.

ZKT'de söz konusu olan suçun şiddet derecesi	Yineleyici suç yok		Yineleyici suç var		Toplam		Ki kare	SD	p
	S	%	S	%	S	%			
Şiddet dışı	7	2.9	3	12.0	10	3.7	6.583	4	0.160
Minimal şiddet	27	11.1	4	16.0	31	11.6			
Orta derecede şiddet	112	46.1	11	44.0	123	45.9			
Orta derecede ciddi şiddet	32	13.2	3	12.0	35	13.1			
Ciddi şiddet	65	26.7	4	16.0	69	25.7			
Toplam	243	100.0	25	100.0	268	100.0			

$p>0.05$ (AD)

Tablo 8.

Suç sırasında alkol-madde	Yineleyici suç yok		Yineleyici suç var		Toplam		Ki kare	SD	p
	S	%	S	%	S	%			
Yok	212	87.2	18	72.0	230	85.8	4.328	1	0.032
Var	31	12.8	7	28.0	38	14.2			
Toplam	243	100.0	25	100.0	268	100.0			

$p>0.05$ (Anlamli fark)

Zorunlu klinik tedaviye yol açan suçun hedefi: 106 olgunun (% 39.6) ev halkı ve akraba dışındaki tanıdıkları hedef aldığı, % 10.1 ile en çok eşlerin hedef olduğu, yineleyici suçu olanlarda babanın daha çok hedef alındığı saptanmıştır. Suç hedefi ayrıntılı olarak Tablo 6'da gösterilmiştir.

Zorunlu klinik tedaviye yol açan suçun şiddet derecesi: Olguların % 45.9'u orta derecede şiddet davranışında bulunmuşlardır. 1/4 oranında ise ciddi derecede şiddet olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 7).

Zorunlu klinik tedaviye yol açan suç sırasında alkol-madde kullanımı: Bütün olguların % 14.2'sinde, suçun işlenmesi sırasında psikoaktif madde kullanımı olduğu, 21 olgu (% 7.8) ile en çok alkol kullanıldığı, yineleyici suç işleyenlerde suç sırasında daha çok (% 28) alkol-madde kullanımı olduğu saptanmıştır. İstatistiki olarak anlamlı ($p<0.05$) fark bulunmuştur (Tablo 8).

IV. Zorunlu Klinik Tedavi Sirasındaki Durum

Zorunlu klinik tedavi süresi (gün): Ortalama ZKT süresi 330.07 ± 298.97 gün (yaklaşık 11 ay) olarak saptanmıştır. En düşük değer 13 gün, en yüksek değer 2114 gündür. İlginç olarak yineleyici suçu olanlar, olmayanlara göre daha kısa süre hastanede yatmışlardır. Ancak aradaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 9).

V. Zorunlu Klinik Tedavi Sonrası Durum

Olması gereken zorunlu ayaktan kontrollerin sayısı: Yargı kararı gereği olunması gereken ayaktan kontrol sayısı ortalama 11.79 ± 4.79 'dur (Tablo 10).

Olan kontrol sayısı: Yukarıda belirtilen sayıya rağmen ortalama 4.69 ± 5.87 kontrole gelindiği, bu sayı yineleyici suçu olmayanlarda yaklaşık 5 iken, yineleyici suçu olanlarda yaklaşık 2'de kalmıştır. Aradaki fark istatistiki olarak da anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 9.

ZKT süresi (gün)	Gruplar	S	Ortalama	SD	U ¹	Z	p
	Yineleyici suç yok	243	337.16	305.65	2596	-1.19	0.232
	Yineleyici suç var	25	261.16	216.52			
	Toplam	268	330.07	298.97			

¹ Mann-Whitney U testi, $p>0.05$ (AD)

Tablo 10.

	Gruplar	S	Ortalama	SD	U ¹	Z	p
Olmaması gereken kontrol sayısı	Yineleyici suç yok	243	11.75	4.81	2678	-1.00	0.317
	Yineleyici suç var	25	12.16	4.62			
	Toplam	268	11.79	4.79			
Olan kontrol sayısı	Yineleyici suç yok	243	4.93	5.96	2289	-2.11	0.034*
	Yineleyici suç var	25	2.32	4.31			
	Toplam	268	4.69	5.87			

¹ Mann-Whitney U testi, $p>0.05$ (AD), * $p<0.05$ (anlamlı fark)

Tablo 11.

Sosyal Şifa Kontrolleri'nin nasıl yapıldığı	Yineleyici suç yok		Yineleyici suç var		Toplam		Ki kare	SD	p*
	S	%	S	%	S	%			
SSK yapılmamış	102	42.0	15	60.0	117	43.7	6.876	2	0.032
Düzensiz yapılıyor	74	30.5	9	36.0	83	31.0			
Düzenli yapılıyor	67	27.6	1	4.0	68	25.4			
Toplam	243	100.0	25	100.0	268	100.0			

* $p<0.05$ (anlamlı fark)

Zorunlu ayaktan kontrollerin ne şekilde yapıldığı: 117 (% 43.7) olgunun hiçbir şekilde kontrollerinin yapılmadığı, sadece 1/4 oranında düzenli yapıldığı, her iki grupta da düzensiz yaptırılan oranlarının birbirine yakın olduğu ancak, yineleyici suç olanlardan sadece 1 (% 4) olgunun düzenli kontrollere geldiği, bu oranın diğer grupta % 27.6 olduğu saptanmıştır. Aradaki fark istatistiki olarak da anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 11).

Kontrollerini yaptıran (düzenli ya da düzensiz) olguların büyük bir çoğunluğunun, kendisi ya da ailesi

eşliğinde yaptırdığı saptanmıştır. Kendisi ya da yakınları eşliğinde düzenli kontrol olanların oranı % 14.9 iken savcılık ya da kolluk kuvveti aracılığı ile düzenli kontrollerini yaptıranların oranı ise % 10.4 belirlenmiştir.

VI. Zorunlu Klinik Tedavi Sonrası Yineleyici Suç Özellikleri

Zorunlu klinik tedavi sonrası işlenen suç sayısı: Olguların % 4.9'unun 1 kez % 3.4'ünün 2 kez suç işlediği belirlenmiştir (Tablo 12).

Tablo 12.

ZKT sonrası işlenen suç sayısı (yineleyici suç)	S	%
0	243	90.7
1	13	4.9
2	9	3.4
3	3	1.1
Toplam	268	100.1

Tablo 13.

ZKT sonrası işlenen en ağır suçun türü	S	%
Cinayet	5	20.0
Yaralama	8	32.0
Yaralama oluşturmamayan saldırı	1	4.0
Tehdit	4	16.0
Mala zarar verme	1	4.0
Yangın çıkarma	1	4.0
Hırsızlık	3	12.0
Uyuşturucu kullanmak	1	4.0
Başka	1	4.0
Toplam	25	100.0

Zorunlu klinik tedavi sonrası işlenen en ağır suçun türü: Yineleyici suçu olan 25 olgunun % 32'si yaralama suçu, % 20'si cinayet suçu işlemiştir (Tablo 13).

Zorunlu klinik tedavi sonrası işlenen en ağır suçun hedefi: 25 olgunun büyük çoğunluğu tanıdıklarına (% 32) karşı suç işlemiştir. Suçların büyük kısmı kişiye yönelik olmuştur (Tablo 14).

Zorunlu klinik tedavi sonrası işlenen 1. ve 2. suçta alkol-madde kullanımı: ZKT sonrası işlenen 1. suçta 25 olgunun 7'si, 2. suçta 13 olgunun 2'si alkol ya da madde kullanmıştır (Tablo 15).

Zorunlu klinik tedavi sonrası işlenen 1. ve 2. suçun ne kadar süre sonra işlendiği (ay): 25 olgu, 1. suç ortalama 27 ay sonra; 12 (1 olgu hakkında veri yok) olgunun ortalama 36 ay sonra 2. suçu işledikleri belirlenmiştir (Tablo 16).

Zorunlu klinik tedavi sonrası işlenen 1. ve 2. suçta yönelik yeni ZKT süresi (gün): Yineleyici suç sayısı arttıkça daha uzun süre zorunlu klinik tedavi altına

Tablo 14.

ZKT sonrası işlenen en ağır suçun hedefi	S	%
Anne	3	12.0
Baba	1	4.0
Tanıdığı	8	32.0
Tanımadığı	6	24.0
Mala zarar verme	5	20.3
Diğer	1	4.0
Veri yok	1	4.0
Toplam	25	100.0

Tablo 15.

Alkol madde	1. suç sırasında		2. suç sırasında	
	S	%	S	%
Yok	18	72.0	11	84.6
Var	7	28.0	2	15.4
Toplam	25	100.0	13	100.0

Tablo 16.

1. suç	S	Ortalama	SD
ZKT'den ne kadar süre sonra (ay)	25	26.96	16.04
1. suç ZKT süresi (gün)	25	1148.12	4635.63

2. suç ¹	S	Ortalama	SD
ZKT'den ne kadar süre sonra (ay)	12	35.92	17.63
2. suç ZKT süresi (gün)	13	2004.85	6425.21

1-2. suç işleyen 1 olgunun ne kadar süre sonra işlediği hakkında veri yok.

alındıkları saptanmıştır. 1. suç sonrası yaklaşık 3 yıl, 2. suç sonrası ise 5 yıl süre ile yatırıldıkları belirlenmiştir (Tablo 16).

TARTIŞMA

Zorunlu klinik tedavileri (ZKT) bittikten sonra 1995-1997 yılları arasında yargı kararı gereği hastaneden çıkarılan, ceza ehliyeti olmayan psikiyatrik bozukluğu olan suçluların, sonraki 4-7 yıllık süreçte durumlarını tespit etmek için geriye dönük tüm kayıtları incelenip, ulaşılanlarla kendileri ya da yakınları ile görüşülerek sosyodemografik özellikler, tanı, komorbidite, suç özellikleri ve yineleyici suç açısından araştırılmıştır.

Araştırmaya alınan, toplam 337 olgunun, % 5'inin (17) öldüğü, % 0.9'unun (3) kayıp olduğu öğrenildi. Ölen 17 olgunun, 4'ünün (2 hezeyanlı bozukluk, 2 BTA psikotik bozukluk) intihar sonucu öldüğü saptandı. Nicholson ve ark.'ları (1991) ceza ehliyeti olmayan 61 adli olguyu 5 yıl süre ile izlediği çalışmada % 3.3'ünün öldüğü belirlenmiştir (Nicholson ve ark.'ları 1991). Bu çalışmadaki olgu sayısının daha az oluşunun ölüm oranında etkili olabileceği düşünülmüştür.

Ölen, kayıp ve ulaşılamayan (17+3+49) olgular dışındaki 268 olgu istatistiki değerlendirmeye alınarak, ZKT sonrası yineleyici suçu olmayanlar (243; % 90.7) ve yineleyici suçu olanlar (25; % 9.3) karşılaştırılmıştır.

Olguların, sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, K/E oranının 1/10 olduğu saptanmıştır. Hemen tüm çalışmalarda, erkeklerin kadınlardan daha fazla şiddet suçu işledikleri belirtilmiştir. Oransal olarak diğer çalışmalarda benzerlik göstermektedir. Diğer çalışmalardan fark olarak yineleyici suç açısından, cinsiyetler arasında fark saptanmamıştır (Lymburner ve Roesch 1999, Marzuk 1996, Erb 2001, Özdemir 1992, Kayatekin ve ark.'ları 1991; Nicholson ve ark.'ları 1991, Kravitz ve Kelly 1999, Torrey 1994, Türkcan ve ark.'ları 2000).

Yaş ortalaması 41.69±11.46 olarak saptanırken bu değer, yineleyici suçu olanlarda 38'e indiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar, Şeker (1996) ve Türkcan ve ark.'ları (1997) yaptığı çalışmalarda benzerlik göstermektedir. Yaş ortalaması, Kravitz ve Kelly (1999) 45.4; Nicholson ve ark.'ları (1991) 33.8 olarak belirtmişlerdir.

Öğrenim sürelerinin ortalama 6 yıl olduğu belirlenmiş ve ülkemizde yapılan çalışmalarda benzer olduğu saptanmıştır. Ancak bu oranın ABD'de daha yüksek olduğu (çoğunluğu lise ve üstü) belirtilmiştir. Bu farklılığın, ülkelerarası gelişmişlik düzeyinin eğitimi de etkiliyor olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Hemen tüm çalışmalarda da düşük eğitim düzeyinin şiddet davranışı riskini artırdığı belirtilmiştir. Yineleyici suç işleyenlerde istatistiki fark saptanmasına rağmen öğrenim süresinin daha kısa olduğu belirlenmiştir. Çalışmada çıkan sonuçlar literatürle uyumlu bulunmuştur (Özdemir 1992, Kayatekin ve ark.'ları 1991, Taşçıoğlu 1996, Şeker 1996, Kravitz

ve Kelly 1999, Lim ve ark.'ları 1993).

Olguların medeni durumu incelendiğinde, yaklaşık yarısının bekar olduğu, bu değer, eşlerinden ayrılanlar ve dullarla birlikte % 73'e çıktığı saptanmıştır. Yineleyici suç işleyenlerde bu değer, biraz daha yüksek olduğu ancak istatistiki olarak fark olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar diğer çalışmalarda benzerlik göstermektedir. Hemen tüm çalışmalarda, bekarların evlilerden daha fazla suç işledikleri ve yineledikleri belirtilmiştir (Lymburner ve Roseach 1999, Marzuk 1996, Erb 2001, Özdemir 1992, Kayatekin ve ark.'ları 1991; Nicholson ve ark.'ları 1991, Taşçıoğlu 1996, Şeker 1996, Kravitz ve Kelly 1999, Torrey 1994, Türkcan ve ark.'ları 2000, Honkone ve ark.'ları 1999, Estroff ve ark.'ları 1994).

Olguların yarısı ebeveyni ile yaşarken, % 15'inin evsiz ya da yalnız olduğu saptanmıştır. 4 olgunun cezaevinde, 7 olgunun ise halen hastanede olduğu belirlenmiştir. Yineleyici suçu olanların (% 36), olmayanlara göre (% 1.2) daha yüksek oranda cezaevi ya da hastanede oldu, bunun da istatistiki olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar yineleyici suçu olanların ya yeniden suç işlemeleri nedeniyle cezaevinde olmalarıyla ya da riskli olmaları nedeniyle hastanede tedavi edilmeleriyle açıklanabilir. Şeker'in (1996) yaptığı çalışmada olguların büyük çoğunluğunun eş veya çocuklarıyla yaşadığı, yineleyici suç işleyenlerde ebeveyn ile yaşama oranının daha yüksek olduğu ve % 22 oranında hastane ya da cezaevinde kaldıkları saptanmıştır. Sonuçlar çalışmanın metodu farklı olmasına rağmen büyük oranda benzerlik göstermektedir. Batıda yapılan çalışmalarda ise evsizlik (% 1-30), yalnız yaşama (% 17-45) ve hastanede (% 7-47) buluma oranı ülkelere göre farklı saptanmıştır. Bu sonuçlardaki farklılıkların, ülkelerin gelişmişlik düzeyi ve sosyokültürel yapısı ile izleme sürecindeki yapıldırmalara göre değiştiği düşünülebilir (Nicholson ve ark.'ları 1991, Estroff ve ark.'ları 1994, Honkonen ve ark.'ları 1999, Kravitz ve Kelly 1999).

Meslek açısından incelendiğinde, % 18'inin herhangi bir mesleği yokken, çoğunluğunun (% 37) işçi olduğu saptanmıştır. % 78-79'unun hem suç öncesi hem de halen işinin olmadığı, suç öncesi % 7.5'inin halen % 13'ünün düzenli çalıştığı belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda, % 32-56'sının

çalışmadığını, % 22-34'ünün ise mesleği olmadığı, % 22-45'inin düzenli çalıştığı belirtilmiştir. Bu çalışmalar ya sadece erkeklerle yapılmış ya da hem ceza ehliyeti olmayanlar hem azaltılmış sorumluluğu olanlar birlikte değerlendirilmiştir (Özdemir 1992, Şeker 1996). Ayrıca şartlı çıkarılma sonrası sosyal işlevselliği daha düşük olanlarda yineleyici suç işleme oranının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Kravitz ve Kelly 1999). Psikiyatrik bozukluğu olanlarda genel topluma göre daha yüksek oranda işsizlik olduğu ancak hasta olanlar arasında suç işlemişlerle işlenmişler arasında işi sürdürme ve meslek açısından farklılık olmadığı, bağımsız, uzmanlık gerektiren meslekleri sürdüremedikleri belirtilmiştir (Özdemir 1992, Kayatekin ve ark.'ları 1991, Uygur ve ark.'ları 1992, Şeker 1996).

Tanı açısından incelendiğinde; % 57'sinin psikoz olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç hemen tüm çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Lymburner ve Roesch 1999, Marzuk 1996, Erb 2001, Özdemir 1992, Kayatekin ve ark.'ları 1991; Nicholson ve ark.'ları 1991, Kravitz ve Kelly 1999, Torrey 1994, Türkcan ve ark.'ları 2000). 268 olgunun % 33.6'sının şizofren % 20.5'inin duygudurum bozukluğu olduğu, yineleyici suçu olanlarda maddeye bağlı bozuklukların (psikoz ya da duygudurum boz.) ve duygudurum bozuklukların (manik atak) daha çok olduğu saptanmıştır. Gerek ülkemizdeki gerekse batıdaki çalışmalarda duygudurum boz. oranı daha düşük saptanmıştır. Batıda özellikle alkol-madde kullanımına bağlı psikotik bozukluklar üst sıralarda yer almaktadır. Alkol-madde kullanım sıklığının daha yüksek oranda olması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. % 3.7 olguda ise TCK 46. madde kapsamında değerlendirilebilecek bir bozukluk olmadığı, bunların kişilik bozukluğu (çoğul kişilik boz., border-line kişilik boz., antisosyal kişilik boz. ve şizotipal kişilik boz.) olduğu belirlenmiştir. Batıda da % 3.4 oranında yapay bozukluk sonucu ceza ehliyeti olmadığına dair rapor düzenlendiği belirtilmiştir. Bu açıdan benzerlik saptanmıştır (Lymburner ve Roesch 1999, Marzuk 1996, Erb 2001, Özdemir 1992, Kayatekin ve ark.'ları 1991, Nicholson ve ark.'ları 1991, Kravitz ve Kelly 1999, Torrey 1994, Türkcan ve ark.'ları 2000).

Şizofrenlerin, çoğunluğu (% 69) paranoid tip olarak saptanmış, yineleyici suç işleyenlerde bu oranın biraz arttığı ancak istatistiki olarak anlamlı fark olma-

dığı belirlenmiştir. Bu sonuç hemen tüm çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Cancro ve Lenmann 2000, Brenann ve ark.'ları 2000, Erb 2001, Estroff ve ark.'ları 1994), Eronen ve ark.'ları 1996, Junginger 1996, Krakowski ve ark.'ları 1999, Tardiff 2000, Uygur ve ark.'ları 1992, Özdemir 1992, Kayatekin ve ark.'ları 1991, Şeker 1996, Türkcan ve ark.'ları 2000).

Olguların % 25'inde komorbid bir durum saptanırken, bunların % 75'inin kişilik lboz. ve/veya alkol-madde kullanımı olduğu, % 25'inde ise zeka geriliği ya da epilepsi olduğu saptanmıştır. Yineleyici suçu olanlarda (% 36), olmayanlara (% 24) göre daha yüksek oranda koborbidite olduğu belirlenmiştir. Aradaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmamasına rağmen benzer çalışmalardaki gibi kişilik bozukluğu ya da alkol-madde kullanımının yineleyici suç riskini artırdığı düşünülmüştür. Benzer çalışmalarda, komorbidite oranı daha yüksek saptanmıştır. Gerek batıda alkol-madde kullanım oranının ülkemize göre daha fazla olması gerekse yatış dosyalarında daha az komorbid durumların belirtilmesine bağlı olarak değiştiği düşünülebilir. Ancak yineleyici suç işlemede kişilik bozukluğu ya da alkol-madde kullanım bozukluklarının risk faktörü olduğu konusunda benzerlik göstermektedir (Marzuk 1996, Mulvey 1994, Tiihonen ve ark.'ları 1996, Brennan ve ark.'ları 2000, Tardiff 2000, Erb 2001, Estroff ve ark.'ları 1994, Eronen ve ark.'ları 1996).

Tüm suçlar değerlendirildiğinde olguların % 75'inin ilk suçları nedeniyle ZKT'ye gönderildikleri, ZKT'de söz konusu olan suçu ortalama 34 yaşında işledikleri belirlenmiştir. Benzer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (Kravitz ve Kelly 1999).

Olguların suç özellikleri incelendiğinde ise, gerek ZKT öncesi gerek ZKT'de söz konusu suç açısından benzerlikler göstermektedir. Büyük bir kısmının (% 70) kişiye yönelik suç işlediği belirlenmiştir. Bu sonuç benzer çalışmalarla uyumculuk göstermektedir (Nicholson ve ark.'ları 1991, Kravitz ve Kelly 1999, Özdemir 1992), % 39-43'ünün ev halkı ve akraba dışındaki tanıdıkları hedef aldığı, en çok yaralama ve cinayet suçu işlendiği saptanmıştır. ZKT'de söz konusu olan suçlarda, % 59'u orta derecede şiddet suçu işlerken, 1/4 oranında ciddi derecede suç işlendiği bulunmuştur. Türkcan ve ark.'ları (1997) ise 51.7'sinin ağır derecede suç işlediğini saptamış-

lardır. Psikiyatrik bozukluğu olanların, şiddet içermeyen suçları toplumun genelinden daha az oranda işledikleri, psikotik hastaların, psikotik olmayanlara göre daha fazla şiddet içerdiği belirtilmiştir (Hawang ve Segal 1996). Çalışmada en çok eşlerin hedef alındığı belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarla uyumlu olurken, batıdaki çalışmalarda daha çok annenin hedef seçildiği belirtilmiştir (Uygur ve ark.'ları 1992, Sosyal ve Uygur 1993, Estroff ve ark.'ları 1994).

Suç sırasında, % 14.2'sinin alkol-madde kullandığı, yineleyici suçu olanların belirgin olarak daha fazla oranda (% 28) kullandıkları saptanmıştır. Diğer çalışmalarda da yineleyici suç işlemede önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Bu açıdan literatürle uyumludur (Bailey ve MacCulloch 1992, Hawang ve Segal 1996, Şeker ve ark.'ları 1997, Türkcan ve ark.'ları 1997).

Yineleyici suç açısından değerlendirildiğinde ise, ZKT sonrası süreçte olguların, % 9.3'ünün (25) en az bir kez yeniden suç işlediği saptanmıştır. Benzer çalışmalarda bu oran % 2-66 arasında değişmektedir. Yineleyici suç işleyenler, ortalama 27 ay sonra ilk suçu işlerken, 36 ay sonra da 2. suçu işlemişlerdir. İzlem süresi arttıkça yineleyici suç oranının da arttığı belirtilmiştir. 5 yıllık bir izlemede % 5-16 olduğu bildirilmiştir (Lymburner ve Roesch 1999, Kravitz ve Kelly 1999, Petch 1996, Silver ve ark.'ları 1989, Harris ve Koepsell 1998). Yineleyici suç işleme oranı, zorunlu ayaktan kontrollere hiç gelmeyenlerde (% 13), düzenli kontrollere gelenlere (% 1.5) göre belirgin olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu oran düzensiz gelenler de ise % 11 olarak belirlenmiştir. Aradaki fark istatistiki olarak da anlamlıdır. Şartlı olarak çıkarılan adli olguların, ayaktan kontrollere gelen grubunda daha az yineleyici suç olduğu belirtilmiştir (Müller-Isberner 1996).

Olguların 13'ü (% 5) 1 kez, 9'u (% 3) 2 kez ve 3'ü (% 1)'de 3 kez yineleyici suç işlemiştir. Yineleyici suçta da en fazla yaralanma ve cinayet işlendiği, en fazla oranda kişiye yönelik suçların işlendiği, en yüksek oranda (% 32) tanıdıkların ve aile içinde de annenin (% 12) hedef seçildiği belirlenmiştir. Olguların çoğunluğunun orta derecede şiddet suçu işledikleri saptanmıştır. Yineleyici suçlarda (1. ve 2. suçlarda), suç sırasında alkol ve madde kullanımı ise % 15-28 arasında bulunmuştur.

ZKT'deki hastaneye yatış özellikleri değerlendirildiğinde; ortalama 330±299 gün yattıkları belirlenmiştir. İlginç olarak yineleyici suçu olanların (261 gün), olmayanlara (337 gün) göre daha kısa sürede hastanede kaldıkları saptanmıştır. Bu farklılığın, tedaviye uyumsuz hastaların hastaneden izinsiz ayrılmaları ve daha çok yineleyici suç işleyen duygudurum bozukluğu olanların daha kısa sürede hastaneden çıkarılmalarıyla ilgili olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca risk faktörlerinin ZKT esnasında iyi belirlenememesi de etkili olabilir.

Çalışmanın sonuna kadar ortalama 12 kontrol olmaları gerektiği halde ortalama 5 kez geldikleri belirlenmiştir. Ancak yineleyici suç işleyenler (ort. 2 kez) belirgin olarak az sayıda kontrole gelmediği, 1/4 oranında düzenli gelindiği, yineleyici suçu olanların belirgin olarak kontrollere daha az geldikleri belirlenmiştir. Bu durum istatistiki olarak da anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç Almanya'da yapılan bir çalışma ile benzerlik göstermektedir (Müller-Isberner 1996).

Kontrollere düzenli ya da düzensiz gelenlerin çoğunluğunun (% 34) yalnız ya da yakınlarının eşliğine dilekçe ile başvurduğu, savcılık ya da kolluk kuvveti tarafından gönderilenlerin ise daha az (% 22) olduğu saptanmıştır. Ülkemizdeki yasalara göre ZKT sonrası zorunlu ayaktan kontrollere gelişleri bölge savcılıklarının yaptırması ve kontrol etmesi gerekmektedir.

Ancak sonuçlar, bu durumun iyi işlemediğini çeşitli nedenlerle daha çok ailelerin ya da bireyin kendisinin insiyatifinde olduğunu göstermektedir. Bu konuda ülkemizde herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Sosyal destek açısından incelendiğinde; % 62'sinin herhangi bir gelirinin olmadığı saptanmıştır. % 30'unun herhangi bir sosyal güvencesi olmadığı belirlenmiştir. Yineleyici suçu olanların çoğunlukla sosyal güvenceleri olmadığı daha önce de belirtilmiştir (Türkcan ve ark.'ları 1997).

Hastaların toplumdaki seviyelerinde sosyal destek unsurlarının ve temel ihtiyaçlarının karşılanma düzeyinin önemi üzerinde durulmuş, özellikle aileden bağımsız yaşayan şizofrenleri daha sık şiddet davranışında buldukları belirtilmiştir. Ayrıca sosyoekonomik düzeyin düşük olmasının şiddet davranışı riskini artırdığı bildirilmiştir (Estroff ve ark.'ları 1994,

Marzuk 1996, Mulvey 1994, Tardiff 2000, Erb 2001, Lamb ve ark.'ları 1999).

SONUÇ

Psikiyatrik tedavideki amaç, tedavisi üstlenilen bireylerin otonomilerini kazanabilmeleridir. Tıbbi etik, özellikle adli psikiyatrik süreçte zorunlu yatışlarına karar verilen hastaların olası en kısa sürede topluma geri dönmesini, kurumsallaşmasının engellenip ayaktan tedavisinin sağlanmasını, ihtiyaç ve desteklerinin de aile ve sosyal güvence kuruluşlarından sağlanmasını gerekli görmektedir (Sosyal ve ark.'ları 1994).

Suç işlememiş hastaların tedavilerinde semptomların hafifletilmesine odaklanılırken, özelleşmiş adli psikiyatrik tedavideki amaç, psikopatolojinin remisyonunu sağlamaya çalışmak, gelecekteki potansiyel şiddet davranışlarını azaltmak ya da elimine edip, yeni suçları azaltarak toplumu korumak, bu bireylerin sağlıklı gelişimlerine ve kişiler arası ilişkilerde sorumluluk almalarına yardımcı olmaktır (Lamb ve ark.'ları 1999, Kravitz ve Kelly 1999).

Hem ruh sağlığı hem de adli sistem arasındaki ilişkinin başarılı olabilmesi için iletişimin açık, sık ve devamlı olması gerekmektedir. birlikte, hastanın en etkili tedavi programı düzenlemeli ve geliştirilmedirler (Nedopil ve Banzer 1996, Lamb ve ark.'ları 1999).

Sonuç olarak bu olgularda önceki suç, kişilik bozukluğu ve/veya alkol-madde kullanım bozuklukları komorbiditesi gibi risk faktörlerinin daha iyi belirlenmesi, ayaktan kontrollere gelişlerini sağlayacak işlevselliği daha yüksek yapılanmalara gidilmesi, adli sistem ile sağlık sisteminin eşgüdümlü çalışmasının sağlanması, toplum içinde psikiyatrik bakımda koordinasyonu sağlayacak gözetmen, denetmen ya da sosyal çalışmacı gibi elemanlar yetiştirilmesi, ekonomik destek ve sosyal güvencelerinin daha iyi sağlanması gerektiği ortaya çıkmıştır.

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı (DSM-IV), Köroğlu E (çev. edt.) HYB, 4. baskı, Ankara 1995.
2. Bailey JM Macculloch M: Characteristics of 112 cases dis-

charged directly to the community from a new special hospital and some comparison of performance; The Journal of Forensic Psychiatry 3(1):91-112, 1992.

3. Bowden P: What happens to patients released from the special hospitals? British Journal of Psychiatry 138:340-345, 1981.

4. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S: Major mental disorder and criminal violence in a Danish birth cohort, Archives of General Psychiatry 57:494-500, 2000.

5. Erb JL: Assessment and management of the violent patient, Jacobson JL, Jacobson AM (eds): Psychiatric Secrets; second edition, Hanley&Belfus Inc, Philadelphia, s.440-447, 2001.

6. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J: Mental disorders and homicidal behavior in Finland, Archives of General Psychiatry 53:497-501, 1996.

7. Estroff SE, Zimmer C, Lachicotte WS, et al: The influence of social support on violence by persons with serious mental illness; Hospital Community Psychiatry 47(7):669-679, 1994.

8. Gerbas JB, Bonnie RJ: Resource document on mandatory outpatient treatment, Journal of the American Academy of Psychiatry and The Law 28(2):127-144, 2000.

9. Harris V, Koepsell TD: Rearrest among mentally ill offenders, Journal of the American Academy of Psychiatry and The Law 26(3):393-402, 1998.

10. Honkonen T, Saarinen S, Salokangas RKR: Deinstitutionalization and schizophrenia in Finland II: Discharged patients and their psychosocial functioning, Schizophrenia Bulletin 25(3):545-551, 1999.

11. Hawang SD, Segal SP: Criminality of the mentally ill in sheltered care: are they more dangerous? International Journal of Law and Psychiatry 19(1):93-105, 1996.

12. Kayatekin ZE, Maner F, Abay E, ve ark.: Ruh hastalarında homisidal saldırganlık, Düşünen Adam, 4(1):22-27, 1991.

13. Knecht G, Schanda H, Berner W, et al: Outpatient treatment of mentally disordered offenders in Austria, International Journal of Law and Psychiatry 19(1):87-91, 1996.

14. Kravitz HM, Kelly J: Special section on mentally ill offenders an outpatient psychiatry program for offenders with mental disorders found not guilty by reason of insanity, Psychiatric Services 50(12):1597-1605, 1999.

15. Lamb HR, Weinberger LE, Gross BH: Community treatment of severely mentally ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system: A Review Psychiatric Services 50(7):907-913, 1999.

16. Lim LEC, Pathy P, Lim CC, et al: A follow-up study of patients discharged from the criminal procedure code, Singapore Medical Journal 34:217-220, 1993.

17. Lymburner JA, Roesch R: The insanity defense: Five years of research (1993-1997); International Journal of Law and Psychiatry 22(3-4):213-240, 1999.

18. Marzuk PM (edt): Violence, crime and mental illness- How strong a link? Archives of General Psychiatry 53:481-486, 1996.

19. Menninger WW: Role of the psychiatric hospital in the treatment of mental illness; Sadock BJ, Sadock VA (editors): Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume: II. Seventh Edition, Lippincott Williams&Wilkins, 3210-3218, 2000.

20. Mulvey EP: Assessing the evidence of a link between mental illness and violence, Hospital and Community Psychiatry 45(7):663-668, 1994.

21. Müller-Isberner JR: Forensic psychiatry aftercare following hospital order treatment, International Journal of Law and Psychiatry 19(1):81-86, 1996.

22. Nedopil N, Banzer K: Outpatient treatment of forensic patients in Germany: Current structure and future developments, International Journal of Law and Psychiatry 19(1):75-79, 1996.

23. Nicholson RA, Norwood S, Enyart C: Characteristics and outcomes of insanity acquittees in Oklahoma, Behavioral Sciences and the Law 9:487-500, 1991.

24. Özdemir F: Psikiyatrik açıdan homisidal davranışlar, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi,

İstanbul, 1992.

25. Peth E: The supervision of restricted patients in the community. Home office and statistics department research findings no: 19, The Journal of Forensic Psychiatry 7(2):369-375, 1996.
26. Silver SB, Cohen MI, Spodak MK: Follow-up after release of insanity acquittees, mentally disordered offenders and convicted felons. bulletin of the American Academy of Psychiatry and The Law 17(4):387-400, 1989.
27. Snowden P, McKenna J, Jasper A: Management of conditionally discharged patients and others who present similar risks in the community: Integrated or parallel? The Journal of Forensic Psychiatry 10(3):583-596, 1999.
28. Soysal H, Türkcan S, Uygur N: Adli psikiyatri pratiğinde ayaktan tedavi hakkı (olgu sunumu), Düşünen Adam, 7(4):39-41, 1994.
29. Soysal H, Uygur N: Psikotik bozuklukların öldürme davranışında hedef kitle, Nöropsikiyatri Arşivi, 30(2):342-346, 1993.
30. Steadman HJS, Mulvey EP, Monahan J, et al: Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by other in the same neighborhoods. Archives of General Psychiatry 55:393-401, 1998.
31. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, et al: Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the epidemiologic catchment area surveys. Hospital Community Psychiatry 41(7):761-770, 1999.
32. Şeker N, Sercan M, Türkcan S, Yeşilbursa D, Uygur N: Psikotik bozukluklarda yineleyici suç davranışının risk etmenleri, Bahar Sempozyumları Kitapçığı, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara 1997.

33. Şeker N: Psikotik bozukluklarda yineleyici suç davranışı, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul 1996.
34. Tardiff K: Adult antisocial behavior and criminality, Sadock BJ, Sadock VA (editors): Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume: II, Seventh Edition, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia 1908-1916, 2000.
35. Taşçıoğlu K: Psikotik olgularda saldırganlık ve semptom dağılımının ilişkisi, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul 1996.
36. Tiihonen J, Hakola P, Eronen M: Risk of homicidal behavior among discharged forensic psychiatric patients. Forensic Science International 79:123-129, 1996.
37. Torrey EF: Violent behaviour by individuals with serious mental illness. Hospital Community Psychiatry 45(7):653-661, 1994.
38. Türkcan S, İncesu C, Canbek Ö, Can Y, Sercan M, Uygur N: 1831 adli olgunun tanı dağılımı ve tanı-suç bağlantısının değerlendirilmesi, Düşünen Adam, 13(3):132-137, 2000.
39. Türkcan S, Yeşilbursa D, Saatçıoğlu Ö, Alpkan L, Uygur N: Adli Psikiyatri ve kurum dışı izleme, Düşünen adam, 10(2):39-43, 1997.
40. Uygur N, Işıklı M, Ögel K, ve ark: Şizofrenlerde suç işlemeyi etkilemesi olası faktörler, Düşünen Adam, 4(3):10-14, 1991.
41. Uygur N, Işıklı M, Ögel K ve ark.: Suç işlemiş şizofrenlerin demografik özellikleri ve suç profili, Düşünen adam, 5(1-3):5-9, 1992.
42. Zitrin A, Hardesty AS, Burdock EL, et al: Crime and violence among mental patients, American Journal of Psychiatry 133(2):142-149, 1976.