

RUH HASTALARINDA HOMİSİDAL SALDIRGANLIK*

Dr. Z. E. KAYATEKİN **

Dr. F. MANER **

Dr. E. ABAY **

Dr. S. SAYGILI **

Dr. A.İ. ŞENER **

ÖZET

Ruh hastalıklarının genel popülasyondan daha tehlikeli olup olmadıkları yıllardır tartışılmakta olan bir konudur. Bu araştırmada öldürme, öldürmeye teşebbüs yada ağır yaralama suçlarıyla gelen 469 ruh hastası sosyo- demografik özellikler, tanı, alkol- madde kötüye kullanım, EEG bozukluğu yada epilepsinin varlığı, suç öncesinde hastalık süresi, hastalığın farkına varılıp varılmadığı, suç döneminde psikofarmakoterapinin sağlanıp sağlanmadığı, saldırının kime, ne ile olduğu, önceki suçları ve bu suçların niteliği, soy geçmişleri suç açısından değerlendirilmiş, riskli grup ve risk faktörleri tanımlanmaya çalışılmıştır.

SUMMARY

Whether of not psychiatric patients are more dangerous than general population has been a subject of discussion. In this study 469 mentally ill patients who committed and attempted crimes have been investigated and sociodemographical features, diagnosis, duration of illness before crime, awareness of the illness, presence or absence of pharmacotherapy crimes, the features of these crimes, family pattern have been evaluated, the group under risk and risk factors have been tried to identify.

Psikiyatride saldırganlık sık karşılaşılan sorunlardan biridir. Emosyonel gerginlik ile ilişkili olduğu düşünülen ve yoğun öfke, ajitasyon, düşük dürtü kontrolü ile birlikte giden saldırganlık "duygu saldırganlığı" (emotion assaultiveness) olarak nitelendirilmektedir (Skizofrenide, organik akıl bozukluğunda çoğunlukla bu tip saldırganlık söz konusudur). Öte yandan bazı psiko- tiklerde saldırganlık köklerini düşüncelerden almaktadır (Paranoid bozuklukta olduğu gibi). Bu da düşünsel saldırganlık (Ideational assaultiveness) olarak tanımlanmaktadır (14). Değişik örneklemeler üzerinde yapılan araştırmalarda hastaneye başvuru öncesinde yada sırasında ruh hastalarında saldırganlık oranı % 10-25 arasında bulunmuştur (1, 2,15). İngiltere'de psikiyati kliniklerinde yatan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, 3. derece olarak tanımlanan ve ağır yaralama yolaçan fiziksel saldırganlığın çok nadir olduğu, bununla beraber 1. derece olarak nitelenen ve herhangi bir iz bırakmayan (muayenede bulgu saptanmayan) saldırganlığın oldukça sık görüldüğü bildirilmiştir (3). Ancak hastane dışında bu derecenin daha yüksek olacağı kuşkusuzdur.

Ruh hastalarının genel popülasyona kıyasla daha tehlikeli olup olmadıkları tartışılmalı bir konudur. 20. yüzyılın ilk yarısında ve deinstitutionalization öncesinde, ruh hastalarının genellikle kilit altında tutuldukları dönemde yapılan araştırmaların çoğu bu hastaların normal popülasyondan daha az suç işledikleri,

dolayısıyla daha tehlikeli olmadıkları sonucuna varmıştır (Gözden geçirme için ref. 18'e bakz.). 20. yüzyılın ikinci yarısındaki, özellikle deinstitutionalization sonrasındaki araştırmaların çoğu ise ruh hastalarında adam öldürme ve ciddi saldırganlık gibi suçların genel popülasyondan daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır (6, 7, 12, 13, 18). Deinstitutionalization sonrasında ruh hastalarının homisid oranında artış olduğu istatistiksel olarak da gösterilmiştir (7).

Ağır saldırganlık gösteren hastaların çoğunluğunun skizofrenik olduğu bildirilmiştir (3, 6, 8). Son yıllarda depresyonda homisid riskinden de sıkça söz edilmeye başlanmıştır. Gerçekte konuya dikkat çekilişi yıllar öncesine uzanmaktadır. İntihar ve cinayet arasındaki ilişkiye değinen Freud nörotiklerdeki siesid düşüncelerinin gerçekte başkalarına yönelik öldürme dürtüleri, öldürme arzusu, öldürülme arzusu ve nihayet ölüm arzusu olarak tanımlamaktadır (9).

Ruh hastalarının saldırgan suçlarında alkol kullanımının önemli rol oynadığı, birçok vakada alkol+ruh hastalığının saldırgan davranışının ortaya çıkmasına yol açtığı düşünülmektedir (5, 17, 18).

Bu araştırma ruh hastalarında homisid riski taşıyan grubu ve risk faktörlerini daha iyi tanımayı amaçlamaktadır. Kanımızca ruh hastalarında homisid riskinin normal popülasyondan daha az olması için bir neden yoktur. Ancak tüm ruh hastalarına "tehlikelidir" gözü ile bakmak da doğru değildir. Riskli grubu ve risk

(*) XXIV.Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresinde (19-23 Eylül 1988, Ankara) sunulmuştur.

(**) Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

faktörlerini tanımak hem toplumu, hem de hastayı korumak açısından zorunludur.

METOD

Bu araştırma Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde yapılmıştır. Araştırma kapsamına 1982-1988 yılları arasında adam öldürme yada öldürmeye teşebbüs, ağır yaralama suçu ile müşahade, tedavi yada muhafaza ve tedavi amacıyla gönderilen ve herhangi bir ruhsal bozukluk saptanan hastalardan dosyası temin edilenler alınmıştır. Tanı olarak taburculuktaki tanı esas alınmıştır (*).

Bir hasta aynı anda hem birini öldürmüş, hem de bir başkasını öldürmeye teşebbüs etmişse iki yerde birden kaydedilmiş, böyle bir eylem daha önceki bir tarihte olmuşsa "önceki suçlar" bölümünde ele alınmıştır. Verilerin yaklaşık 2/3'ü retrospektif olarak, hasta dosyalarının incelenmesi sonucunda, 1/3'ü ise halen yatmakta olan hastalarla direk görüşülerek ve dosyaları incelenerek elde edilmiştir. Herhangi bir veri dosyada bulunmadığından o hasta o maddenin değerlendirilmesinde kapsam dışı tutulmuştur (Tablolardaki hasta sayısının farklı oluşu buradan kaynaklanmaktadır).

BULGULAR

HASTALARIN SOSYO- DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ:

Adam öldürme suçu ile gönderilen 288 hasta (247 erkek +41 kadın) ile öldürmeye teşebbüs yada yaralama suçu ile gönderilen 181 hastanın (175 Erkek + 6 Kadın) yaş, eğitim düzeyi, meslek ve medeni durumlarına göre dağılımları Tablo I, II, III ve IV'de gösterilmiştir.

TABLE I:

Suç İşleme Yaşı	≤ 20	21-30	31-40	41-50	51-60	> 60
Cinsiyeti						
Sayı ERKEK	≤ 44	193	116	50	12	7
Sayı %	(10)	(46)	(27)	(12)	(3)	(2)
Sayı KADIN	4	19	16	6	1	1
Sayı %	(9)	(40)	(34)	(13)	(2)	(2)
Sayı TOPLAM	48	212	132	56	13	8
Sayı %	(10)	(45)	(28)	(12)	(3)	(2)

HASTALARIN TANILARI:

Hastaların tanılarına göre dağılımları Tablo V'de gösterilmiştir.

Şizofrenik hastaların şizofreni tiplerine göre dağılımı ise Tablo VI'de sunulmuştur.

TABLE II:

Eğitim Düzeyi	Yok	İlk	Orta	Lise	Yüksek Okul
Cinsiyeti					
Sayı ERKEK	120	206	46	26	12
Sayı %	(29)	(50)	(11)	(6)	(3)
Sayı KADIN	26	20	1	1	-
Sayı %	(54)	(42)	(2)	(2)	(-)
Sayı TOPLAM	226	226	47	27	12
Sayı %	(49)	(49)	(10)	(6)	(3)

TABLE III:

MESLEK	İşçi	Çiftçi	Memu	İşçi	Öğrenc	Emekl	Serbes	Diğer
CİNSİYET								
Sayı ERKEK	136	54	17	76	5	4	62	13
Sayı %	(34)	(23)	(4)	(19)	(1)	(1)	(15)	(3)
Sayı KADIN	43	1	-	3	-	-	-	1
Sayı %	(90)	(2)	-	(6)	-	-	-	(2)
Sayı TOPLAM	179	95	17	79	5	4	62	14
Sayı %	(39)	(21)	(4)	(17)	(1)	(1)	(64)	(3)

TABLE IV:

MEDENİ DURUM	EVLİ	BEKAR	DUL	BOŞANMIŞ
CİNSİYET				
Sayı ERKEK	125+42(*)	178	7	25
Sayı %	(44)	(47)	(2)	(7)
Sayı KADIN	23+7(*)	5	3	6
Sayı %	(68)	(11)	(7)	(14)
Sayı TOPLAM	197	183	10	31
Sayı %	(47)	(44)	(2)	(7)

(*) İşareti eşini öldüren hastaları göstermektedir.

TABLE V

TANI	Sch.	Parano id boz.	Mental retard.	Kişilik boz.	alkol Madde Bağm. boz.	Duygu larım boz.	Org. akıl boz.	Aşırı psikoz	**Diğer
CİNSİYET									
Sayı ERKEK	137	70	32	45	9	31	29	38	31
Sayı %	(32)	(17)	(8)	(11)	(2)	(7)	(7)	(9)	(8)
Sayı KADIN	15	1	6	3	-	6	-	12	4
Sayı %	(32)	(2)	(13)	(6)	-	(13)	-	(25.5)	(8.5)
Sayı TOPLAM	152	72	38	48	9	37	29	50	35
Sayı %	(32)	(32)	(8)	(10)	(2)	(8)	(6)	(11)	(8)

TABLE VI : SKİZOFRENİ TİPİ

PARANOİD KATATONİK DEZORG. AYRIŞMAMIŞ RESİDÜEL	TOPLAM
VAKA SAYISI %	138 (100)
100 (72.2)	8 (5.8)
4 (2.9)	7 (5)
19 (13.8)	138 (100)

(*) Hastanemizde tanı; DSM III kriterlerine göre konmaktadır.

(**) tanı grubu hapishanede yatarken ortaya çıkan yada farkedilen nörotik bozukluklar, yapay bozukluk gibi tanıları kapsamaktadır.

"Duygulanım bozukluğu" tanı grubunda gösterilen hastalardan 19'unda tanı depresyon yada distimik bozukluktur. Bu hastalardan sekizi yaşamlarının bir döneminde (Suçtan önce yada sonra) ciddi intihar girişiminde bulunmuştur. Ayrıca 10 hastada daha (5 skizofrenik, 1 paranoid bozukluk, 1 organik akıl bozukluğu + epilepsi, 3 antisosyal kişilik bozukluğu) ciddi intihar girişimleri olmuş, skizofrenik bir hastada bu girişim ölüme sonuçlanmıştır. Üç vakada ise (1 distimik bozukluk, 1 antisosyal kişilik bozukluğu+ alkol kötüye kullanım, 1 akıl hastalığı veya zayıflığı yok *) birinci dereceden akrabalarında intihar girişimi söz konusudur.

Suç öncesinde hastalığın süresi ile ilgili veriler Tablo VII'de gösterilmiştir (Çoğunlukla suç sonrasında ortaya çıkan yakınmaları kapsayan "diğer" grubu ile % 100'ü kronik seyirli kişilik bozukluğu, mental retardasyon, alkol-madde bağımlılığı grupları bu değerlendirmenin dışında bırakılmıştır).

TABLO VII

SUÇ ÖNCESİ HST. SÜRESİ	TANI	Sch.	Paranoid boz.	Duygula num boz.	Org. akıl boz.	Atipik psikoz	TOPLAM
2AY	Sayı sa %	9 (7)	12 (26)	7 (32)	2 (6)	6 (16)	36 (14)
2-12AY	Sayı sa %	2 (2)	3 (6.3)	2 (9)	2 (6)	2 (6)	11 (4)
13-24AY	Sayı sa %	14 (11)	5 (11)	2 (9)	2 (6)	2 (6)	25 (10)
24AY	Sayı sa %	101 (80)	26 (56.6)	11 (50)	26 (81)	25 (71)	189 (72)

Suç öncesinde hastalığın farkına varılıp varılmaması ile ilgili veriler Tablo VIII'de gösterilmiştir (Burada da aynı nedenden ötürü "diğer" tanı grubu ile % 100'ünde suç öncesinde hastalığı fark edilen mental retardasyon, kişilik bozukluğu, alkol- madde bağımlılığı tanı grupları değerlendirme dışı bırakılmıştır).

TABLO VIII :

SUÇ ÖNCESİ HAST.	TANI	Sch.	Paranoid bozukluk	Duygula num bozuk- luğu	Org. akıl boz.	Atipik Psikoz	TOPLAM
BİLİNİYOR	Sayı Sa %	113 (87)	29 (57)	16 (59)	27 (90)	31 (79)	216 (78)
BİLİNMIYOR	Sayı Sa %	17 (13)	22 (43)	11 (41)	3 (10)	8 (21)	60 (22)

Hastaların % 98i suç işledikleri dönemde herhangi bir tedavi görmemektedir. Çok azı ise düzenli ve uygun ilaç kullanmasına rağmen suç işlemiştir (Örneğin hastanede

(*) Bu kişi diğer değerlendirmelerde araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

yatarak tedavi görmekte iken bir diğer hastayı öldüren skizofrenik bir hasta daha sonra yine hastanede tedavi altında iken mika bardağı kırıp bununla göğsünü keserek intihar etmiştir).

ALKOL- MADDE KÖTÜYE KULLANIMI:

Hepsi erkek 42 vakada (%9) alkol yada madde kötüye kullanımı söz konusudur. Beş vakada alkol ile suç arasında direk ilişki kurmak mümkündür. Beşi de alkollü iken suç işleyen bu hastalardan birinin suçtan sadece iki ay önce içkiye başladığı ve iki ay boyunca sürekli içtiği öğrenilmiştir.

Alkol yada madde kullanım öyküsü olan hastalardan 14'ü psikotik, beşi depresif, ikisi mental retarde, biri organik akıl bozukluğu, diğerleri kişilik bozukluğu yada alkol- madde bağımlılığı olan hastalardır.

EEG BOZUKLUĞU- EPİLEPSİ ÖYKÜSÜ:

35 vakada (%7. 5) (31 Erkek + 4 Kadın) epilepsi öyküsü yada EEG bozukluğu saptanmıştır. Bu hastaların tanı gruplarına göre dağılımları şöyledir:

Paranoid bozukluk	: 5 vaka
Organik akıl bozukluğu	: 9 vaka
Mental retardasyon	: 12 vaka
Duygulanım bozukluğu	: 2 vaka
Alkol-madde bağıml.	: 1 vaka
Atipik psikoz	: 2 vaka
Diğer	: 4 vaka

SALDIRININ KİME YÖNELDİĞİ:

Hastaların ölüme yada ağır yaralamaya yolaçan saldırılarını kime yönelttikleri Tablo IX ve X'da gösterilmiştir.

SALDIRININ NE İLE OLDUĞU :

Hastaların ne ile saldırdıkları da (cinsiyetlerine ve tanılarına göre) Tablo XI ve XII'de

TABLO XI:

CİNSİYET	SALDIRI ŞEKLİ	Kestici Delici Alet	Ateşli Silâh	Nozarak	Künet Cisim	Düverek	Diğer
ERKEK	Sayı Sa %	170 (48)	99 (28)	14 (4)	43 (12)	15 (4)	14 (4)
KADIN	Sayı Sa %	19 (42)	7 (16)	8 (18)	5 (11)	5 (11)	1 (2)
TOPLAM	Sayı Sa %	189 (47)	106 (26)	22 (5)	48 (12)	20 (5)	15 (4)

TABLO IX:

	TANI	Sch.	Paranoid bozukluk	Mental ret.	Kişilik boz.	Alkol uyuşturucu mad. bağı.	Duygulanım bozukluğu	Org. Akıl bozukluğu	Atipik Psikoz	Diğer	Toplam
SALDIRI KİME											
EŞİNE	Sayı SÜ %	16 (14)	25 (37)	1 (5)	- -	- -	5 (22)	2 (7)	9 (28)	2 (8)	60 (17)
ÇOCUĞUNA	Sayı SÜ %	5 (4.3)	1 (2)	- -	- -	- -	3 (13)	- -	1 (3)	2 (8)	12 (4)
ANNE-BABA KARDEŞ	Sayı SÜ %	37 (32.1)	8 (12)	6 (28)	3 (10)	- -	3 (13)	9 (32)	10 (31)	5 (20)	81 (23)
UZAK AKRABA TAHİDİK	Sayı SÜ %	44 (38.3)	23 (34)	13 (68)	10 (33)	3 (43)	10 (43)	12 (43)	8 (25)	9 (36)	131 (38)
YARANICI	Sayı SÜ %	13 (11.3)	10 (15)	1 (5)	17 (57)	4 (57)	2 (9)	5 (18)	4 (13)	7 (28)	63 (19)

TABLO X: (KADINLARDA)

	TANI	Sch.	Paranoid bozukluk	Mental ret.	Kişilik boz.	Alkol uyuşturucu mad. bağı.	Duygulanım bozukluğu	Org. Akıl bozukluğu	Atipik Psikoz	Diğer	Toplam
SALDIRI KİME											
EŞİNE	Sayı SÜ %	2 (12.6)	- -	- -	3 (100)	- -	- -	- -	2 (18)	- -	7 (16)
ÇOCUĞUNA	Sayı SÜ %	6 (37.5)	- -	4 (100)	- -	- -	- -	- -	3 (27)	- -	13 (29)
ANNE-BABA KARDEŞ	Sayı SÜ %	3 (19)	1 (100)	- -	- -	- -	- -	- -	3 (27)	1 (16.7)	8 (18)
UZAK AKRABA TAHİDİK	Sayı SÜ %	5 (31)	- -	- -	- -	- -	2 (67)	- -	3 (27)	4 (46.6)	14 (32)
YARANICI	Sayı SÜ %	- -	- -	- -	- -	- -	1 (33)	- -	- -	1 (16.7)	2 (5)

TABLO XII :

TANI	SALDIRI SERLİ	Kesici Delici Alet	Ateşli Silâh	Noğarak	Künt cisim	Dönerok	Diğer
Sch.	Sayı Sa %	76 1591	18 (14)	5 141	21 (16)	6 (5)	3 (2)
Paranoid bozukluk	Sayı Sa %	25 (45)	22 (40)	3 (5)	3 (5)	2 (4)	-
Mental retard.	Sayı Sa %	8 (27)	8 (27)	4 (13)	4 (13)	4 (13)	2 (7)
Kişilik Bozukluğu	Sayı Sa %	17 (50)	12 (35)	2 (6)	1 (3)	1 (3)	1 (3)
Alkol maddede bağ.	Sayı Sa %	5 162.51	3 137.51	-	-	-	-
Duygulanım bozukluğu	Sayı Sa %	9 (41)	7 1321	2 (9)	2 (9)	2 (9)	-
Organik akıl bozukluğu	Sayı Sa %	10 1331	9 (30)	1 (3)	6 (20)	3 (10)	1 (3)
Atipik Psikoz	Sayı Sa %	28 (51)	7 (18)	1 (3)	5 (13)	3 (8)	3 (8)

ÖNCEKİ SUÇLAR:

Hastaların daha önce herhangi bir suç işleyip işlemedikleri araştırılmış, veriler Tablo XIII 'de sunulmuştur.

Daha önce de suç işlemiş olan 96 hastanın (daha önce) işlemiş oldukları 177 suçun %44'ü öldürme veya yaralama şeklinde, % 6'sı silah taşıma, %6'sı, % 5'i hakaret, %39'u ise hırsızlık, dolandırıcılık, yangın çıkartma, esrar bulundurma vb. gibi suçlardır.

TABLO XIII :

TANI	Sch.	Par. hoz	Mental ret.	Kişil. Boz.	Alkol Madd.	Duygu Boz.	Org. Boz.	Alkol Psikoz	Diğer	Toplam
DAHA ÖNCE SUÇ	Sayı Su %	12 (43)	9 (35)	8 (67)	4 (12)	1 (25)	5 (29.4)	5 (29.4)	3 (27)	10 (57)
YOK	Sayı Su %	7 (28)	10 (38)	1 (9)	13 (41)	2 (50)	3 (33)	6 (35.3)	8 (73)	7 (87)
1 KEZ DAHA	Sayı Su %	6 (24)	7 (27)	3 (25)	15 (47)	1 (25)	1 (11)	6 (35.3)	-	39 (28)
BİR	Sayı Su %	6 (24)	7 (27)	3 (25)	15 (47)	1 (25)	1 (11)	6 (35.3)	-	39 (28)

AKRABALARDA SUÇ

Soy geçmişi hakkında bilgi edinilebilen 154 hastanın (% 15'inde birinci dereceden olmak üzere) %25'inde akrabalarında suç işleme söz konusudur. İşlenen suçun %31'i adam öldürme yada yaralama, %4'ü cinsel suç şeklindedir.

SONUÇLAR VE TARTIŞMA

Bu çalışmada adliye intikal eden ve %61'inde homisid ile sonlanan ciddi saldırganlık gösteren 469 ruh hastası çok yönlü olarak değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri gözden geçirildiğinden çoğunun düşük sosyo- ekonomik düzeyden geldikleri, %81'inin ilköğretim yada altı eğitim düzeyinde olduğu, ancak %5'inin sosyal güvencesinin bulunduğu (memur, emekli), diğerlerinin düzenli bir işi olmadığı görülmektedir.

Erkeklerin %56'sı hiç evlenmemiş, evli erkeklerin %25'i de eşlerini öldürerek yine tek kalmışlardır. Kadınlarda evlilik oranı daha yüksek (%14) dir. Evli kadınların da erkeklerle hemen hemen aynı oranda (%23) eşlerini öldürdükleri görülmüştür.

Hastaların çoğu 20-40 yaşlar arasındadır. 60 yaşın

üzerinde ise çok nadirdir (%2). Başka çalışmalarda da benzer yaş dağılımları elde edilmiştir (18).

Hastaların tanı gruplarına göz atıldığında skizofreniklerin (Skizofreniklerden de paranoid tipin) birinci sırada yer aldığı görülmektedir (% 32). Birçok çalışmada da benzer sonuçlara varılmış olmasından (3, 6, 8) hareketle bu açıdan en riskli grubun skizofrenikler olduğu sonucuna varılması kanımızca hatalı olur. Nitekim Zitirin ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada her ne kadar skizofreniklerin birinci sırada yer aldığı saptanmışsa da, bu tür suçları işleyen şizofreniklerin örneklemdeki şizofreniklere oranı %10 bulunmuş iken alkoliklerde bu oran %16, madde bağımlısı hastalarda %30 olarak bildirilmiştir (18).

19 vakada (%4) tanı depresyondur. 18 hasta da yaşamlarının bir döneminde intihar girişiminde bulunmuşlardır. Bu da depresif vakalarda suisid riskinin yanı sıra homisid riskinin de değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Genel olarak ele alındığında vakaların %72'si kronik (>2 yıl) hastalardır. Ancak duygulanım bozukluğunda akut , subkronik vakalar ile kronik vakaların oranı birbirine eşittir. Paranoid bozuklukta da yaklaşık değerler elde edilmişse de bu hastalıkta semptomların ne zaman başladığını (özellikle retrospektif bir çalışmada) kesinlikle belirlemek her zaman mümkün olmadığından bu bulgu yanıltıcı olabilir.

Genellikle alevli semptomlarla seyreden skizofreni, organik akıl bozukluğu, atipik psikoz gibi ruhsal hastalıklarda hastanın yakın çevresinin suç öncesinde çoğunlukla (%87, 90, 79) hastalığın farkına vardığını, daha sessiz semptomlarla seyredebilen paranoid bozukluk ve duygulanım bozukluğunda ise bu oranın %57-59'a kadar düştüğü, %43-41 vakada ancak suç işledikten sonra hastalığın anlaşıldığı görülmektedir.

Hastaların %98'i suç öncesinde ilaç kullanmamaktadır. Bu da farmakoterapinin sağlanamamış olmasının suçun ortaya çıkmasında önemli rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Bununla beraber nadiren de olsa yeterli dozda ve uygun farmakoterapiye rağmen bazı vakalarda saldırgan davranışların önlenmesi, tek başına farmakoterapinin saldırgan davranışı önleme açısından %100 yeterli ve güvenilir olamayacağını göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastalarda (bağımlılık olsun olmasın) alkol-madde kötüye kullanım oranı %9 olarak saptanmıştır. Bu oranın diğer çalışmalara (6, 17, 18) kıyasla daha düşük bulunuşu verilerin retrospektif elde edilmişinden (dosyalardaki bilgilerin eksikliğinden) kaynaklanabilir.

Hastaların % 7. 5'unda EEG'de bozukluk ve /veya epilepsi saptanmıştır. Epilepsi prevalansının binde 4-7 olduğu (5) gözönünde bulundurulduğunda bu oranın olağanın çok üstünde olduğu açıktır. Hastaların bir kısmında (suça amnezik oluş, saldırgan davranışın tamamıyla egodistonik oluşu yada konfüzyon döneminde gerçekleşmesi gibi özellikler nedeniyle) epilepsi ile suç arasında direkt ilişki kurmak mümkün iken, bazı vakalar-

da bu beraberliğin tesadüfi olabileceği düşünülmüştür.

Genel olarak ele alındığında bu tür saldırıların çoğunlukla (% 83) hastanın daha önceden tanıdığı kişilere (anne, baba, eş, çocuk, komşu, tanıdık, akraba vs.) yöneldiği görülmektedir. Psikotik ve mantal retarde hastalıklarda bu oran %95'e kadar çıkmaktadır. Bu grupta eşe ve çocuğa saldırganlık oranının düşük bulunuşu bu grubun çoğunluğunun bekar oluşu ile açıklanabilir Nitekim evlilik oranı daha yüksek olan kadın skizofreniklerde saldırı en çok çocuğuna yönelmektedir. Birçok araştırmada da skizofrenide saldırganlığın impilsif niteliğinden söz edilmiş (2), vakaların 1/3'ünde hedefin belirlenmemiş olduğu, hastanın sadece birini öldürmek üzere olduğunu belirttiği kaydedilmiştir (11). Bu durumda hastanın en yakınında bulunandan başlayarak yakın çevresinin en çok zarar göreceği açıktır.

Kişilik bozukluğu yada alkol- madde bağımlılığı olan erkeklerin %92'sinin saldırgan davranışlarını ev dışındaki kişilere (uzak akraba, tanıdık, yabancı) yönelttikleri, öte yandan kişilik bozukluğu olan kadınların %100 eşlerine saldırdıkları görülmektedir. Paranoid bozukluğu olan erkeklerin (ki bu gruptakilerin evli olanlarının çoğunda kıskançlık hezeyanları söz konusudur) birinci derecede eşleri için, mental retarde kadınların ise birinci derecede çocukları için tehlikeli oldukları dikkat çekmektedir.

Her iki cinste de en sık kullanılan saldırı aleti günlük yaşamda her an altında bulunan kesici, delici bir araçtır. Erkekler ikinci derecede ateşli silahla saldırmakta, kadınlar ise boğarak öldürülmektedirler (Boğma genellikle çocuklarına yönelik olmaktadır).

Tanı gruplarına göre saldırı şekli gözden geçirildiğinde yine kesici, delici aletin tüm teni gruplarında en sık kullanılan ikinci sırada ateşli silahın yer aldığı görülmektedir. Ateşli silah kullanımının en düşük olduğu tanı grubunun ise skizofreni olduğu, bu gruptaki hastaların ikinci derecede o anda ellerine geçirdikleri bir künt cisimle saldırdıkları dikkati çekmektedir. Bu da skizofreniklerde saldırganlığın planlı, kasıtlı olmaktan ziyade impulsif olduğu görüşünü desteklemektedir (10).

Alet kullanmaksızın boğarak, döverek yada o anda eline geçen künt bir cisim ile saldırının genelde en az olduğu görülmektedir. Bu da riskli grupta el altında tehlikeli olabilecek bıçak, balta, keser gibi aletlerin ve ateşli silahların bırakılmamasının ölüm yada yaralanmaya yol açabilecek bir saldırganlığın en azından derecesini azaltabileceğini düşündürmektedir.

Hastaların % 65'i daha önce de bir veya daha çok defa suç işlemişlerdir. Önceki suç vakaların % 44'ünde öldürme yada yaralama şeklindedir. Sözel saldırganlık (hakaret), cinsel saldırganlık (cinsel suç) ve potansiyel saldırganlık (silah taşıma) da beraber ele alındığında hastaların %61'inde önceki suçun da saldırganlık ile ilgili olduğu görülmektedir. Bu da bir kez saldırgan bir suç işleyen hastanın tüm yaşamı boyunca daha dikkatli ele alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Hastaların soy geçmişlerinde de suçun, özellikle de saldırgan suçların yüksek oranlarda bulunuşu, genetik

yüklülük yada öğrenme ile ilgili faktörlerin de etkili olabileceğini, risk faktörleri değerlendirilirken aile öyküsüne de yer verilmesinin uygun olacağını göstermektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Bell, C.C. and Palmer, J.M.: "Violence among in-patients " Am. J. Psychiat. 140 (4), pp. 516, 1983.
- 2- Craig, T. J.: "An Epidemiologic Study of Problems Associated with Violence Among Psychiatric in-Patients." Am. J. Psychiat. 139 (10) pp. 1262-1265, 1982
- 3- Fottrell, E.: "A Study of Violence Behavior Among Patients in Psychiatric Hospitals." Br. J. Psychiat. 136, pp. 216-221, 1980.
- 4- Freud, S.: Mourning and Melancholia, in Complete Psychological Works of Sigmund Freud. London, Rogarth Press, vol. 14, pp. 237-260, 1957.
- 5- Gilroy J., Meyer, J.S.: Medical Neurology (Third Edition). McMillan Publishing Co. Inc. New York 1979, p. 339.
- 6- Giovannini, J. M., Gurel, L.: "Socially disruptive behavior of exmental patients." Arch. Gen. Psychiat., 17, pp. 146-153, 1967.
- 7- Grunberg, F., Klinger, B.I., Grumet, B.: "Homicide and Deinstitutionalization of the Mentally Ill". Am. J. Psychiat. 134 (6), pp. 685-687, 1977.
- 8- Hafner, H., Böker, W.: "Mentally Disordered Violent Offenders" Social Psychiat. 8 pp. 220-229, 2973.
- 9- Menninger K.: "Man against himself". New York. Harcourt Brace Jovanovich Inc., chap. 2, 1938.
- 10- Özden, S.Y.: "Cinayet İşleyen Ruh Hastalıklarında Suçun İşlenmesinde Etkili Olan Faktörlerin Araştırılması". Bursa Adli Tıp Kongresinde tebliğ edilmiştir 1985.
- 11- Planansky K. and Jonhson, R.: "Homicidal Aggression in Schizophrenic Men". Acta Psychiat. Scand. 55, pp. 65-73, 1977.
- 12- Rappeport, J.R., Lassen, G.: "Dangerousness-arrest rate comparisons of discharged patients and the general population." Am J psychiat. 121, pp. 776-733, 1965.
- 13- Rappeport, J.R., Lassen, G.: "The dangerousness of female patients. A Comparison of the arrest rate of discharged psychiatric patients and the general population. Am. J. psychiat. 123, pp. 413-419, 1966.
- 14- Tanay, E.: "Homicidal Behavior in Schizophrenics". J. Forensic Sci. 32 (5) pp. 1382-1388, 1987.
- 15- Tardiff, K. and Sweillam, A.: "Assault, Suicide and Mental Illness". Arch. Gen. Psychiat., 37 pp. 164-169, 1980.
- 16- Yesavage, J.: "Inpatient Violence and the schizophrenic patient. An inverse relationship between neuroleptic serum levels and inpatient dangerous behavior". Biol. Psychiat. 17, pp. 1331-1337, 1982.
- 17- Yesavage, J. A., Benezech, M., Larrieu-Arguille R. ve ark.: "Recidivism of the Criminally Insane in France : A 22 Year Follow up". J. Clin. Psychiat. 47 (9) pp. 465-466, 1985.
- 18- Zitrin, A., Mardesty A. S., Burdock, E. I., Drossman, A. K.: "Crime and Violence Among Mental Patients." Am. J. Psychiat. 133 (2). pp. 142-149, 1979.