

Psikotik Özellikli Depresyonun Adli Boyutu

Cana Aksoy Poyraz¹, Neşe Kocabaşoğlu², Numan Konuk³

ÖZET:

Psikotik özellikli depresyonun adli boyutu

Psikotik özellikli depresyon psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, depresif ruminasyonlar bilişsel işlevlerde bozulma, konfüzyon hali gibi şiddetli düzeydeki belirtilerin yanı sıra duyguduruma uygun kabul edilen hezeyanlarla belirli bir psikiyatrik sendromdur. Hezeyanların yaratmış olduğu ruhsal sıkıntının yanı sıra gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma, dürtü kontrolünün bozulması ve yargı-lamanın bozulması hastalık sırasında işlenen suçlara katkıda bulunan hastalığa ait özelliklerdir. Bu gözden geçirme yazısında, diğer psikotik tablolarla karşılaştırıldığında daha az sıklıkla dava konusu olması sebebiyle adli yönü hakkında deneyimin nispeten yetersiz düzeyde kaldığı psikotik özellikli depresyonun suçla ilişkisi incelenecektir.

Anahtar sözcükler: psikotik özellikli depresyon, duygudurum bozukluğu, adli psikiyatri, homisid.

Journal of Mood Disorders 2012;2(4):180-5

ABSTRACT:

Psychotic depression in forensic psychiatric practice

Psychotic depression is a psychiatric syndrome characterized by psychomotor disturbance, depressive ruminations, perplexity, cognitive dysfunction, and mood-congruent delusions. Severe suffering led by the delusional state, as well as other features of the illness such as impaired reality testing and impulse control and poor judgment are likely to contribute to crimes associated with this syndrome. As compared to other psychotic states, psychotic depression is less frequently subject to criminal proceedings and as a consequence forensic psychiatric experience about these cases is relatively limited. This review focuses on criminal aspects of psychotic depression.

Key words: psychotic depression, mood disorder, forensic psychiatry, homicide.

Journal of Mood Disorders 2012;2(4):180-5

¹Psychiatrist, Dept. of Psychiatry, Cerrahpaşa Medical School, Istanbul-Türkiye
²Professor of Psychiatry, Dept. of Psychiatry, Cerrahpaşa Medical School, Istanbul-Türkiye
³Associate Professor of Psychiatry, Dept. of Psychiatry, Cerrahpaşa Medical School, Istanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Cana Aksoy-Poyraz,
MD, Istanbul University, Cerrahpaşa Medical Faculty, Department of Psychiatry, Istanbul-Turkey

Telefon / Phone: +90-212-414-3000

Elektronik posta adresi / E-mail address:
canaaksoy@yahoo.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:
6 Kasım 2012 / November 6, 2012

Bağınıt beyanı:

C.A.P., N.K., N.K.: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Declaration of interest:

C.A.P., N.K., N.K.: The authors reported no conflict of interest related to this article.

GİRİŞ

Psikotik özellikli depresyon (PD) ICD-10 (1) ve DSM-IV'te (2) ağır depresyonun bir alt tipi olarak sınıflandırılmıştır. PD ile ilgili literatür incelendiğinde, iki farklı görüşün ortaya çıktığı dikkati çekmektedir. Görüşlerden birine göre majör depresyon atağında hezeyan ve varsanılarının bulunması ile tanımlanan PD, depresyonun daha ağır bir şeklidir. Öteki görüşe göre psikotik özellikli depresyon ile psikotik özellikli olmayan depresyon farklı özellikler taşıyan ayrı birer klinik sendrom olarak değerlendirilmelidir (3,4). Bu ikinci görüş, psikotik özellikli depresyonun, klinik belirti ve bulgulardaki bazı farklılıklar, bazı biyolojik göstergeler, kalıtsal özellikler, hastalık seyri ve tedaviye yanıt bakımından psikotik olmayan depresyondan önemli oranda farklılaşmasından yola çıkmaktadır.

Psikotik özellikli depresyonda klinik olarak, hezeyan ve varsanılar dışındaki belirti yelpazesi de farklı özellikler göstermektedir. Sözelimi, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon,

depresif ruminasyonlar, bilişsel işlevlerdeki bozukluk yani dikkat, hafıza, yürütücü işlevler gibi biliş sahalarında bozulmaların bulunması ve konfüzyon hali psikotik özellikli depresyonda daha sık görülmektedir (5,6,7).

Psikotik özellikli depresyonda hezeyanların içeriği yetersizlik, suçluluk, günahkarlık, cezalandırılmayı hak etme, beden organlarının çalışmaması ya da çürümesi, yok olma temaları ile ilgiliyse, bu hezeyanların duygudurumla uyumlu olduğundan bahsedilir. İştme ve koku varsanıları genellikle iftira eden veya suçlayan sesler duyma, pis kokular duyma şeklindedir. Psikotik özellikli depresyonda duygudurumla uyumsuz olan hezeyanlar da daha nadiren ortaya çıkabilmektedir; bunlar kötülük görme hezeyanları, düşünce sokulması, düşünce yayılması ile etkilenme ve kontrol edilme hezeyanlarıdır. Bazen hezeyanların özellikle kötülük görme hezeyanlarının duygudurumla uyumlu olup olmadığının değerlendirilmesi kolay olmayabilir (8). Ayrıca, bazı hastalarda aynı atak sırasında her iki tip hezeyan da birlikte görülebilmektedir

(9,10). Duygudurumla uyumsuz hezeyanların varlığının seyir üzerindeki etkisi tartışmalı olsa da, psikotik özellikli depresyon atağı sırasında, duygudurum ile uyumsuz hezeyanları bulunan hastalara takiplerde şizoafektif bozukluk tanısı konulma oranlarının daha yüksek olduğu (11) ve hem iki uçlu bozukluk tip 1'de (12) hem de majör depresyonda duygudurumla uyumsuz hezeyanların bulunmasının hastalık seyrini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (13). İlk atakta psikotik özellikli majör depresyon tanısı konulan ve yatarak tedavi gören hastaların klinik takiplerde önemli bir bölümüne iki uçlu bozukluk, bir bölümüne de şizoafektif bozukluk tanısı konulmaktadır (11).

Psikotik belirtilerin bulunduğu majör depresyon atakları, psikotik olmayan majör depresyon ataklarına göre akut dönemde daha uzun sürede iyileşmektedir, daha sık nüks etmektedir ve süregenleşme eğilimi göstermektedir (13). Psikotik özellikli majör depresyonun ilk ataktan sonraki 2 yıl içinde nüks etme oranı yaklaşık %45'tir (11,14). Ayrıca, psikotik belirtili depresyon geçiren kişilerin ileride de psikotik belirtilerin bulunduğu depresyon atakları geçirme ihtimali psikotik olmayan depresyon hastalarının psikotik depresyon atağı geçirme ihtimalinden çok daha yüksektir (15). Psikotik majör depresyon hastalarında psikotik olmayan majör depresyon hastalarına göre yıllar içinde işlevselliğin ve özellikle de bilişsel yetilerin daha ciddi düzeyde bozulduğu yönünde çalışmalar vardır (16,17). PD geçiren hastaların ilk ataktan sonra iki yıl takip edildiği bir çalışmada, hastaların üçte ikisi hastalık öncesindeki işlevsellik düzeyine kavuşamamıştır (11). On yıl süren prospektif bir çalışmada psikotik depresyon atağıyla takibe alınan hastaların uzun dönemde de hastalık belirtilerini yaşadığı ve psikososyal işlevsellik düzeylerinin psikotik olmayan depresyon atağı ile klinik takibe başlanan hastalara göre daha fazla bozulma olduğunu bildirmişlerdir (18). Psikotik depresyonda intihar riski (19) ve intihar dışındaki nedenlerle ölüm oranları (20) psikotik olmayan depresyonla kıyaslandığında daha yüksektir.

Psikotik özellikli depresyonun hem akut dönemde hem de uzun vadede tedavisi güçtür. Tek başına antidepresan (21) ya da antipsikotik tedavi (22) uygulamalarına iyi cevap alınmamıştır, antidepresan ve antipsikotik ilaçların birlikte kullanılması (23) ve özellikle elektro konvulzif tedavi (EKT) nispeten daha iyi sonuçlar vermektedir. (24). Bu hastaların uzun vadede de ilaç uyumları kötüdür. Klinik takiplerde ilk ataktan sonraki iki yıl içinde hastaların yarısından fazlasının hiçbir ilaç kullanmadığı bildirilmiştir (11). İki uçlu bozukluk hastalarında da benzer şekilde ilaç uyumunun kötü olduğunu bil-

diren çalışmalar vardır (25). Bu bulgular duygudurum bozukluklarında hastaların nispeten iyi hissedince ilaçlarını çeşitli nedenlerle kesme eğilimi gösterdiği gözlemini desteklemektedir.

Psikotik Depresyonun Adli Boyutu

Kişinin Çocuklarını Öldürmesi-Filisid

Adli psikiyatrik süreçte, psikotik özelliklerin saptanabilmesi ya da saptanamadığı ağır depresyondaki hastalar öteki psikiyatrik tablolara kıyasla, daha nadir olarak karşımıza çıkmaktadır. Suç işleyerek önümüze gelen bu olguların önemli kısmının birinci derecedeki akrabalarını öldürdükleri bilinmektedir (26,27). Kişinin çocuklarını öldürdüğü vakaları anlatmak için filisid, neonatisid ve infantisid terimleri kullanılmaktadır. Filisid, bir çocuğun ebeveyni tarafından öldürülmesidir, neonatisid yenidoğanın öldürülmesi durumunda, infantisid ise 1 yaşını doldurmamış çocuğun öldürülmesi durumunda kullanılmaktadır. Infantisid yaygın olarak çocuk homisidlerini ifade etmek için kullanılan bir terim olsa da adli psikiyatri açısından ayrı bir anlam taşımaktadır zira gebelik ve emzirme döneminde kadınların ruhsal hastalıklara yatkın olması nedeniyle, kişide suçun işlendiği sırada bir akıl hastalığı olmasa bile bu dönemde işlenen suçlar için bazı ülkelerde ceza indirimi uygulanmaktadır.

Çocuğunu öldüren anne ya da babalarda çoğunlukla psikoz ya da majör depresyon teşhis edilmiştir. (28,29). Bir çok çalışmada filisid ile akıl hastalığı arasında kuvvetli bir ilişki olduğu gösterilmiştir, filisid vakaları içinde en sık bildirilen hastalık psikotik özellikli majör depresyondur (28,30). Ülkemizde yapılan bir çalışmada 85 filisid vakası incelenmiş, bu vakaların yarısında psikiyatrik bozukluk bulunmuştur, bu vakaların %61'i şizofreni, %22'si majör depresyon hastalarıdır (31). Kanada'da yapılan bir başka çalışmada çocuğunu öldüren anne-babalar incelenmiş, araştırmacılar annelerin %85'inde, babaların %56'sında majör depresyon ya da şizofreni/psikotik bozukluk saptamıştır (28,29).

Literatüre baktığımızda çocuğunu öldüren kişilerin büyük bölümünün olaydan hemen sonra intihar ettiği görülmektedir, annelerin %16-29'unun, babaların %40-60'ının çocuğunu öldürdükten sonra intihar ettiği bildirilmiştir. (27). Akıl hastalığı özellikle de depresyon, kişinin çocuğunu öldürdükten sonra intihar ettiği vakalarda önemli bir etmendir (filisid-süisid) (27-29,32). Bu vakalarda ebeveynlerin özellikle daha büyük olan çocuğu öldürdükten

sonra intihar girişiminde bulunma eğilimi gösterdikleri dikkati çekmektedir (27,33). Önceki yıllarda bu konuda yapılan çalışmalarda çocuğunu öldüren annelerde olay sonrasında intihar girişimi riskinin daha fazla olduğu bildirilse de (34,35) daha yeni çalışmalarda bu oranın babalarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (36,27). Babalarda bu oranının daha yüksek olması genel toplumda erkeklerde ölümle sonuçlanan intihar oranının daha yüksek olması ile bağlantılı olabilir (37).

Hatters Friedman ve ark., inceledikleri vakalarda çocuğunu öldüren annelerin ağırlıklı olarak ya çocuğu kurtarmak gibi altruistik bir motif taşıyan düşünce bozukluğu doğrultusunda cinayet işlediği ya da psikotik atak sırasında bu suçu nedensiz işlediklerini görmüşlerdir (38). Altruistik filisid olarak tarif edilen filisid vakalarında kişi çocuğunun acı çektiğini düşünür ve bu acıları sonlandırmak için çocuğunu öldürür. Altruistik filisid, intiharla da ilişkili olabilir, intiharı düşünen bir anne çocuğunu “bu acımasız dünyada” annesiz bırakmak istemediği için öldürebilir. McGrath, çocuğunu öldüren 115 annenin %46’sında mizaç bozukluğu ile beraber psikoz, %37’sinde şizofreni teşhis etmiştir. Bu vakaların büyük çoğunluğunda depresif mizaç ve olaya sebep olan altruistik bir motif tespit edilmiştir. Bu vakaların yarısı daha önce yatarak tedavi görmüştür, ve yaklaşık yarısı olay sonrasında intihar girişiminde bulunmuştur (39). Stanton ve ark.; akıl hastalığı zemininde ortaya çıkan çıkan majör depresyon, şizofreni, şizoafektif bozukluk tanısı konulan 6 kadın hastayla ayrıntılı görüşmeler yapmışlardır (26). Vaka sayısı az da olsa, araştırmacılar önemli bulgular kaydetmişlerdir. Psikotik olan kadınların ifadelerinden, olayı önceden tasarladıklarını, hatta olay öncesinde bir psikiyatri hekimi kendileriyle görüşmüş olsa bile çocuklarını öldürme ile ilgili dürtülerinin anlaşılamayacağını görmüşlerdir. Benzer şekilde manide olan kadınlarda olaydan 24 saat önce bile bulunmayan duygudurumla uyumsuz hezeyanların çok ani bir biçimde geliştiği ve olayın bu doğrultuda gerçekleştiğini görmüşlerdir. Buna karşılık çocuğunu öldürüp sonrasında intihar etmeyi düşünen depresyondaki annelerde olaydan günler hatta haftalar önce bu düşüncenin bulunduğu belirlenmiştir. Bu vakaların hiçbirisi akıl hastalığı nedeniyle ceza almamıştır, olaydan sonra yargılama sürecinden kaçmamış hatta komşularına, polise, aile bireylerine olayı haber vermiştir. Bu kadınların tedavi sürecinde hepsi olay sırasında hasta olduklarını idrak etmiş olmalarına rağmen olaydan kendilerini sorumlu tutmuş ve yoğun bir pişmanlık dile getirmişlerdir. Özellikle duygudurum bozukluklarında hastalığın dönemsel

gidişatı sebebiyle, depresyon/mani atağı sırasında egosintotik olan filisid, atak sonrasında egodistonik olmakta ve kişiye çok acı vermektedir.

Çocuğunu öldüren babalarda da benzer şekilde depresyon görülme oranları yüksektir. Çocuğunu öldürdükten sonra intihar eden yirmi babanın dava dosyalarının incelendiği bir çalışmada Hatters Friedman ve ark.; bu kişilerin %25’inde psikoz, %50’sinde depresyon belirtileri olduğu yönünde kanıtlar bulmuşlardır (27). Bourget ile Gagne, altmış filisid-süisid vakasını incelemişler, bu vakaların %30’unda psikoz, % 52’sinde majör depresyon olduğunu saptamışlardır (28). Resnick’in çocuğunu öldüren 43 erkek hastayı incelediği çalışmada vakaların % 44’ü psikoz, %33’ü psikotik özellikli depresyon olarak bildirilmiştir. (40). Çocuğunu öldüren babaların olay öncesinde maddi sıkıntı, boşanma, ayrılma korkusu gibi önemli zorluklar yaşadıkları anlaşılmıştır (41,42). Sosyal izolasyon ve sosyal desteğin eksik olması da sık görülen risk etmenleridir (42).

Çocuğunu öldüren kişilerde olay öncesinde psikiyatrik bir hastalık bulunması ile ilgili önemli bir veri de bu kişilerin olaydan önce büyük çoğunluğunun psikiyatriste ya da ruh sağlığı hizmeti veren kişilere başvurmuş olmalarıdır (28,41,43). Özellikle yaşları daha büyük olan çocukların öldürüldüğü vakalarda (4-15 yaş) olay öncesinde ruh sağlığı hizmeti veren kuruluşlara başvuru oranları yüksektir (41). Bourget ile Gagne’nin incelediği vaka serilerinde çocuklarını öldüren kadın ve erkeklerin yarısı psikiyatriste ya da başka bir hekime başvurmuştur (28,29). Filisid düşüncesinin varlığını anlamak için depresyondaki anne-babalarda çocuğa zarar verme ve intihar düşünceleri sorgulanmalıdır, çocuğunu öldürüp sonrasında intihar eden annelerde olaydan haftalar hatta bazen aylar önce bu düşüncenin bulunduğu belirlenmesi bu bilgileri toplamanın önemine işaret etmektedir (35).

Aklık hastalığı zemininde kişinin çocuğunu öldürmesini açıklamak güçtür, gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması şüphesiz çok önemli bir unsurdur. Kişide çocuğunu çektiği acıdan kurtarmak gibi bir hezeyan bulunduğu, bu hezeyanın içeriğine dayalı bir dürtüyle çocuğunu öldürdüğü durumlarda, bu hezeyanlı ruhsal durumun kişide büyük bir sıkıntıya yol açtığı, bu sıkıntıdan kurtulmak için bu eylemi gerçekleştirdiği şeklinde açıklamalar mümkündür ancak hastalıkla ilgili dürtü kontrolünün azalması, duygulanımdaki düzensizlik, bilişsel esnekliğin azalması, yargılamanın bozulmasının gibi başka unsurlarında da bu sürece katkısı olduğu düşünülmektedir (26).

Ebeveynin Öldürülmesi-Parisid

Kişinin anne-babasını öldürdüğü vakalarda akıl hastalığı bulunma oranları yüksektir. Anne-babasını öldüren kişilerde en sık teşhis edilen psikiyatrik hastalık şizofrenidir, depresyon ikinci sırada yer almaktadır (44). Akıl hastalıklarının teşhis ve tedavi edilmediği durumlarda kişinin ebeveynini öldürme riski artmaktadır (45,46). Anne babasını öldürenler çoğu zaman erkek hastalardır (47,48). Birçok vakada olay sırasında, akut psikoz belirtileri bulunmaktadır (46,49). Olay çoğunlukla hastada o sırasında bulunan kötülük görme hezeyanları ile alakalıdır (50). Ebeveynini öldüren erkek hastaların incelendiği bir çalışmada vakaların üçte ikisinde olayın hastadaki hezeyanlar doğrultusunda meydana geldiği saptanmıştır (50). Bazı vakalarda Capgras sendromu tespit edilmiştir, kişi anne-babasının sahte kişilerle yer değiştirdiğine inanmış ve bu sahte kişilerin kendisine zarar verebileceği düşüncesi ile onları öldürmüştür (50). Başka çalışmalarda da Capgras sendromunun şiddet olguları ya da ebeveynlerin öldürülmesi ile alakalı olduğu doğrulanmaktadır (51,52).

Kişinin anne ve/veya babasını öldürdüğü bir çok vakada uyarıcı, olayı öngörebilecek bir işarete rastlanmamıştır. Bununla birlikte, yakın zamanda davranışlarda bozukluk, var olan psikotik hastalığın alevlenmesi, özellikle genç, daha önce saldırgan davranışlar göstermiş kişiler muhtemel bir aile faciasının uyarıcısı olarak yorumlanabilir (50). Bourget, Gagne´ ve Labelle çocukları tarafından öldürülen 64 kişinin dava dosyalarını incelemişler, öldürülen ebeveynin 75 yaşının üzerinde olduğu vakaların %27'sinde kişinin ağır depresyonda olduğu, intihar girişiminde bulunmak istediği ancak ebeveynini yalnız bırakmak istemediği, hasta/bakıma muhtaç olan ebeveynini yaşadığı acıdan kurtarma düşüncesiyle öldürdüğünü saptamışlardır (50). Bu kişilerin cinayetlerinde dehşetli yöntemler kullanmaması da dikkat çekicidir, ebeveynlerin çoğu karbonmonoksit zehirlenmesi ile öldürülmüştür. Bu bulgulara göre yaşlı bir ebeveynin öldürülmesi ile depresyon ya da depresyondaki aşırı değerlendirilmiş düşünceler/psikotik düşünce içeriği arasında kuvvetli bir bağlantı vardır (50).

Psikotik Depresyonda Ceza Sorumluluğunun Değerlendirilmesi

Adli psikiyatrik değerlendirmede ceza sorumluluğu değerlendirilirken, suçun niteliği, ne zaman, hangi koşullarda, ne şekilde ve ne sebeple işlendiği gibi dava dosyasından

elde edilen bilgilerle, kişinin kişilik yapısı, hayat öyküsü, zihinsel gelişimi, psikiyatrik muayene ve gözlemlenilen bilgiler birleştirilerek bir kanaat oluşturulmalıdır. Suçun işlenme biçimiyle ilgili dava dosyasından alınan veriler de tanıyı destekleyici etmenler arasında yer alabilmektedir. Örneğin depresyon zemininde gelişen filisid vakalarında kişi olay sonrasında genellikle suçu örtbas etme yönünde bir girişimde bulunmaması, tam tersi olayı çevresine haber vermesi hastanın suçun işlendiği sıradaki ruh hali hakkında bilgi vermektedir. İşlenen suç duygudurumla bağdaşıyorsa psikotik özellikli depresyon atağında, psikotik bozukluklar da olduğu gibi ceza sorumluluğu ortadan kalkmaktadır. Tek uçlu ya da iki uçlu duygudurum bozukluklarının depresyonlarında çoğu kez işlenen suç, duygudurumun ve hezeyanların yansıması şeklindedir (53). Aslında bu süreç hezeyanların yarattığı sıkıntı, gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması, yargılama yetisinin bozulması, dürtüsellüğün artması gibi hastalıkla ilgili birçok unsurun bir araya geldiği karmaşık ve araştırılmaya muhtaç bir süreçtir. Hastalık öyküsünün kapsamlı olarak incelenmesi ayrıntı için ve ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi için gereklidir. Kişinin geçmişte geçirdiği duygudurum atakları, daha önceki ayaktan ya da yatarak tedavi başvuruları, ataklar arasında bireysel ve toplumsal işlevlerini yerine getirebilme düzeyi, çevreyle olan ilişkileri, alkol madde alışkanlıkları hakkındaki bilgiler adli psikiyatrik sürece ışık tutacaktır. Psikotik bozukluklarla, özellikle şizofreni ile ilgili ayırt edici klinik özelliklere bakıldığında bazı farklılıklar göze çarpmaktadır. Şizofrenide işlenen suçların da psikotik belirtilerle yakın ilişkili olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (54). Dezorganizasyon davranışlar, kötülük görme hezeyanları ve emir veren işitsel varsanıllar ve bu doğrultuda duygulanımın kızgın, öfkeli ve sıkıntılı olması şiddet davranışına yol açan süreçte rol oynamaktadır (54, 55). Ural ve ark.'nın 52 şizofreni hastasını ceza sorumluluğu tam olan kontrol grubu ile karşılaştırdıkları bir çalışmada şizofreni hastalarından oluşan grubun kontrol grubuna göre belirgin olarak daha fazla oranda birinci derece akraba ve aile yakınlarını hedef olarak seçtiği bulunmuştur. Bu sonuçlar, şizofreni hastalarının sosyal ilişkilerinin aile ve yakın çevreyle sınırlı olması, hezeyan ve varsanılların daha çok yakın çevreye yönelik olmasıyla ilişki olabilir (56). Bu çalışmada insana yönelik suç işleyen ve ceza sorumluluğu bulunmayan erkek şizofreni hastalarının %80.7'sinde paranoid şizofreni tanısı konulduğu dikkat çekmektedir. Şizofreni grubunun suç esnasındaki belirtilerine bakıldığında en çok (%70.9) kötülük görme sanrısı saptanmıştır (56). Sonuç olarak diyebiliriz ki, hem şizofreni hem de psikotik özellikli depres-

yon hastalarının işlediği suçlarda çoğu zaman yakın aile üyeleri hedef olmakla birlikte, hezeyanların ve duygudurumun dikkatli değerlendirilmesi ayrıncı tanıda önemli ipuçları sağlamaktadır.

SONUÇLAR

Psikotik depresyon ataklarla seyreden, psikososyal işlevselliğin bozulduğu, ilaç uyumunun bozuk olduğu tedavisi güç bir hastalıktır. Psikotik özellikli depresyonda işlenen suç genellikle duygudurumla bağdaşır, hastalık sırasında işlenen suçlara bakıldığında, kişinin genellikle hezeyanları doğrultusunda en yakınındaki kişileri öldürdüğü görülmektedir. Psikotik depresyon zemininde kişinin çocuğunu öldürmesi ve sonrasında intihar etmesi şeklinde aile faciaları ortaya çıkabilmektedir. Filisid vakalarının bir çoğu olay öncesinde psikiyat-

riste başvurmuştur, depresyon vakalarında homisid-süisid düşünceleri sorgulanmasının bir aile faciasının önleme ihtimali akut mani ya da psikotik alevlenmeye göre daha fazladır, çünkü akut mani ve psikotik ataklarda homisidal düşünceler çok hızlı gelişebilmektedir, oysa depresyon hastalarında bu düşünceler günler hatta haftalar öncesinde bulunabilmektedir. Parisid daha çok şizofreni hastalarında kötülük görme hezeyanları ve Capgras sendromu ile ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır, bununla birlikte kişinin yaşlı ebeveynin öldürdüğü vakalar ağır depresyon zemininde görülebilmektedir.

Kişinin yargulamasını etkileyebilecek ya da bozabilecek bir hastalık esnasında işlenen suçlarda kişinin ceza sorumluluğu azalmakta ya da bulunmamaktadır. Ancak depresyon atağı bittikten sonra olaya ilişkin olarak içgörü kazanan kişinin psikiyatrik tedavisi sürdürülmeli ve psikososyal destek verilmelidir.

Kaynaklar:

1. American Psychiatric Association, 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, Washington, DC.
2. World Health Organisation, 1992. ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva. World Health Organisation.
3. Glassman AH, Roose SP. Delusional depression. A distinct clinical entity? Arch Gen Psychiatry. 1981;38:424-7.
4. Schatzberg AF, Rothschild AJ. Psychotic (delusional) major depression: should it be included as a distinct syndrome in DSM-IV? Am J Psychiatry. 1992;149:733-45.
5. Fleming, S.K., Blasey, C., Schatzberg, A.F. Neuropsychological correlates of psychotic features in major depressive disorders: a review and meta-analysis. J Psychiatr Res. 2004;38:27-35.
6. Hill SK, Keshavan MS, Thase ME, Sweeney JA. Neuropsychological dysfunction in antipsychotic-naive first-episode unipolar psychotic depression. Am J Psychiatry. 2004;161:996-1000.
7. Maj M, Pirozzi R, Magliano L, Fiorillo A, Bartoli L. Phenomenology and prognostic significance of delusions in major depressive disorder: a 10-year prospective follow-up study. J Clin Psychiatry. 2007;68:1411-17.
8. Maj M. Delusions in Major Depressive Disorder: Recommendations for the DSM-V Psychopathology. 2008;41:1-3.
9. Burch EA Jr, Anton RF, Carson WH. Mood congruent and incongruent psychotic depressions: are they the same? J Affect Disord. 1994;31:275-8.
10. Fennig S, Bromet EJ, Karant MT, Ram R, Jandorf L. Mood-congruent versus mood-incongruent psychotic symptoms in first-admission patients with affective disorder. J Affect Disord. 1996;37:23-9.
11. Tohen M, Khalsa HM, Salvatore P, Vieta E, Ravichandran C, Baldessarini RJ. Two-year outcomes in first-episode psychotic depression The McLean-Harvard first-episode project. J Affect Disord. 2011;136:1-8.
12. Tohen M, Stoll AL, Strakowski SM, Faedda GL, Mayer PV, Goodwin DC, Kolbrener ML, Madigan AM. McLean first-episode psychosis project: six month recovery and recurrence outcome. Schizophr Bull. 1992;18:172-85.
13. Coryell W, Keller M, Lavori P, Endicott J. Affective syndromes, psychotic features, and prognosis. Arch Gen Psychiatry. 1990;47:658-62.
14. Naz B, Craig TJ, Bromet EJ, Finch SJ, Fochtmann LJ, Carlson GA. Remission and relapse after the first hospital admission in psychotic depression: four-year naturalistic follow-up. Psychol Med. 2007;37:1173-81.
15. Coryell W, Winokur G, Shea T, Maser JD, Endicott J, Akiskal HS. The longterm stability of depressive subtypes. Am J Psychiatry. 1994;151:199-204.
16. Bora E, Yücel M, Pantelis C. Cognitive impairment in schizophrenia and affective psychoses: implications for DSM-V criteria and beyond. Schizophr Bull. 2010;36:36-42.
17. Reichenberg A, Harvey PD, Bowie CR, Mojtabai R, Rabinowitz J, Heaton RJ, Bromet E. Neuropsychological function and dysfunction in schizophrenia and psychotic affective disorders. Schizophr Bull. 2009;35:1022-9.
18. Coryell W, Leon A, Winokur G, Endicott J, Keller M, Akiskal H, Solomon D. Importance of psychotic features to long-term course in major depressive disorder. Am J Psychiatry. 1996;153:483-9.
19. Wenzel A, Berchick ER, Tenhave T, Halberstadt S, Brown GK, Beck AT. Predictors of suicide relative to other deaths in patients with suicide attempts and suicide ideation: a 30-year prospective study. J Affect Disord. 2011;132:375-82.

20. Vythilingam M, Chen J, Bremner JD, Mazure CM, Maciejewski PK, Nelson JC. Psychotic depression and mortality. *Am J Psychiatry*. 2003;160:574-6.
21. Coryell W. The treatment of psychotic depression. *J Clin Psychiatry*. 1998;59:22-7.
22. Meyers BS, Flint AJ, Rothschild AJ, Mulsant BH, Whyte EM, Peasley-Miklus C, Papademetriou E, Leon AC, Heo M. A double-blind randomized controlled trial of olanzapine plus sertraline vs olanzapine plus placebo for psychotic depression: the study of pharmacotherapy of psychotic depression (STOP-PD). *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66:838-47.
23. Wijkstra J, Burger H, van den Broek WW, Birkenhager TK, Janzing JG, Boks MP, Bruijn JA, van der Loos ML, Breteler LM, Ramaekers GM, Verkes RJ, Nolen WA. Treatment of unipolar psychotic depression: a randomized, double-blind study comparing imipramine, venlafaxine, and venlafaxine plus quetiapine. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;121:190-200.
24. Loo, CK, Mahon M, Katalinic N, Lyndon B, Hadzi-Pavlovic D. Predictors of response to ultrabrief right unilateral electroconvulsive therapy. *J Affect Disord*. 2010;130:192-7.
25. Tohen M, Zarate Jr CA, Hennen J, Khalsa HM, Strakowski SM, Gebre-Medhin P, Salvatore P, Baldessarini RJ. The McLean-Harvard first-episode mania study: prediction of recovery and first recurrence. *Am J Psychiatry*. 2003;160:2099-107.
26. Stanton J, Simpson A, Woulde T. A qualitative study of filicide by mentally ill mothers. *Child Abuse Negl*. 2000;24:1451-60.
27. Hatters Friedman S, Hrouda D, Holden CE, Noffsinger SG, Resnick PJ. Filicide-suicide: common factors in parents who kill their children and themselves. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2005;33:496-504.
28. Bourget D, Gagne' P. Paternal filicides in Que'bec. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2005;33:354-60.
29. Bourget D, Gagne' P: Maternal filicide in Que'bec. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2002;30:345-51.
30. Bourget D, Bradford JMW. Homicidal parents. *Can J Psychiatry*. 1990;35:233-8.
31. Karakus M, Ince H, Ince N, Arıcan N, Sözen S. Filicide cases in Turkey, 1995-2000. *Croat Med J*. 2003;44:592-5.
32. Felthous AR, Hempel A. Combined homicide-suicide: a review. *J Forensic Sci*. 1995;40:846-57.
33. Somander LH, Rammer LM. Intra- and extrafamilial child homicide in Sweden 1971-1980. *Child Abuse Negl*. 1991;15:45-55.
34. Rodenburg M. Child murder by depressed parents. *Can Psychiatr Assoc J*. 1971;16:41-9.
35. Bourget D, Grace J, Whitehurst L. J A review of maternal and paternal filicide. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2007;35:74-82.
36. Crittenden P, Graig S. Developmental trends in the nature of child homicide. *J Interpers Violence*. 1990;5:202-16.
37. Collins PL, Shaughnessy MF, Bradley L, Bradley L, Brown K. Filicide-suicide: in search of meaning. *North Am J Psychol*. 2001;3:277-92.
38. Hatters Friedman S, McCue Horowitz S, Resnick PJ. Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1578-87.
39. McGrath P. Maternal filicide in Broadmoor Hospital. *J Forensic Psychiatry*. 1992;3:271-97.
40. Resnick PJ. Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. *Am J Psychiatry*. 1969;126:325-34.
41. Lucas DR, Wezner KC, Milner JS, McCann TR, Harris IN, Monroe-Posey C, Nelson JP. Victim, perpetrator, family, and incident characteristics of infant and child homicide in the United States Air Force. *Child Abuse Negl*. 2002;26:167-86.
42. Marleau JD, Poulin B, Webanck T, Roy R, Laporte L. Paternal filicide: a study of 10 men. *Can J Psychiatry*. 1999;44:57-63.
43. Lewis CF, Bunce SC. Filicidal mothers and the impact of psychosis on maternal filicide. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2003;31:459-70.
44. Clark SA. Matricide: the schizophrenic crime? *Med Sci Law*. 1993;33:325-8.
45. Bourget D, Labelle A, Gagne' P, Tessier P. First-episode psychosis and homicide: a diagnostic challenge. *CPA Bull*. 2004;36:6-9.
46. Millaud F, Auclair N, Meunier D. Parricide and mental illness: a study of 12 cases. *Int J Law Psychiatry*. 1996;19:173-82.
47. Newhill CE. Parricide. *J Fam Violence*. 1991;6:375-94.
48. Labelle A, Bradford JM, Bourget D, Jones B, Carmichael M. Adolescent murderers. *Can J Psychiatry*. 1991;36:583-7.
49. Campion J, Cravens JM, Rotholc A, Weinstein HC, Covan F, Alpert M. A study of 15 matricidal men. *Am J Psychiatry*. 1985;142:312-7.
50. Bourget D, Gagne' P, Labelle A. Parricide: a comparative study of matricide versus patricide. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2007;35:306-12.
51. Bourget D, Whitehurst L. Capgras syndrome: a review of the neurophysiological correlates and presenting clinical features in cases involving physical violence. *Can J Psychiatry*. 2004;49:719-25.
52. Casu G, Cascella N, Maggini C. Homicides in Capgras's syndrome. *Psychopathology*. 1994;27:281-4.
53. Soysal H. (2005) *Adli Psikiyatri El Kitabı*. Roman's Yayınları.
54. Torrey EF. Violent behaviour by individuals with serious mental illness. *Hospital Community Psychiatry*. 1994;45:653-61.
55. Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: Data from the Mac Arthur violence risk assesment study. *Am J Psychiatry*. 2000;157:566-72.
56. Ural C, Öncü F, Belli H, Soysal H. Adli Psikiyatrik Süreç İçindeki Şizofreni Hastalarının Şiddet Davranışı Değişkenleri: Bir Olgu Kontrol Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*. 2012;23:26-32.