

Dürtü Kontrol Bozukluklarının Adli Psikiyatrik Yönleri

Forensic Psychiatric Aspects of Impulse Control Disorders

Hüseyin Soysal

Özet

Dürtü kontrol bozuklukları son yıllarda ilgi çeken önemli bir psikiyatrik bozukluk grubudur. Piromani, kleptomani, aralıklı patlayıcı bozukluk, kompulsif satın alma gibi klasik bozuklukların yanı sıra dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu da kısmen bu başlık altında ele alınabilir. Bu makalede dürtü kontrol bozukluklarının adli psikiyatrik yönden özellikleri gözden geçirilmiş ve yasal yönden değerlendirmeleri yapılmıştır

Anahtar sözcükler: Dürtü kontrol bozuklukları, adli psikiyatri, yasal.

Abstract

Impulse control disorders is an important psychiatric disorder group which draws attention in recent years. Attention deficit hyperactivity disorder and other classical disorders like pyromania, kleptomania, intermittent explosive disorder and compulsive buying could be evaluated under this topic. The aim of this article is to review forensic psychiatric aspects of impulse control disorders and evaluate the disorders in terms of their legal status.

Key words: Impulse control disorders, forensic psychiatry, legal status.

DÜRTÜ KONTROL YETERSİZLİĞİ psikiyatristin belli başlı uğraş alanlarından-
dır ve psikiyatri terminolojisine giren bozuklukların pek çoğunda söz konusudur. Oysa
burada tartışmamız gereken belirti temelinde değil sendromal açıdan adli psikiyatrik
değerlendirmelerdir. Aksi durumda ceza sorumluluğundan, hukuken kısıtlamaya; is-
temsiz yatıştan, evlenme ve boşanmaya engel olan psikiyatrik bozukluk ve rahatsızlıklar-
ının buna neden olan başat bulgusu dürtü kontrolünün bozulması olduğundan çok geniş
bir yelpazeyi değerlendiriyor olacaktık.

Ceza yasasının yaş küçüklüğüne bağlı ve akıl hastalığı nedeniyle ceza sorumluluğu-
nu ortadan kaldıran iki temel yoksunluk sayar:

1. Suç sayılan eylemin anlam ve sonuçlarını algılayamama.
2. Eylemle ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişmemiş veya azalmış olması. İkinci temel sorun olarak belirtilen “davranışlarını yönlendirme yetene-
ği” çoğu zaman dürtü denetleme yetisidir.

Ancak dürtü kontrolünün karakteriyolojik nedenle, diğer bir ifadeyle kişilik örüntü-
süntün bir sonucu olarak; durumsal diğer bir ifadeyle tepki olarak geliştiği olayın ağır
olması ve zihinsel yargılamanın bozulmadığı psikiyatrik rahatsızlıklardan kaynaklanan

bozulmalar, kişinin ceza sorumluluğunu ortadan kaldırmaz. Bu, bizim yasa, kültür ve değerlerimizde var olan bir ilke değil evrensel bir adli psikiyatrik prensiptir ve M'Naughten kuralı diye adlandırılır (Appelbaum 1989, Soysal 2005, Appelbaum 2006, Delisi ve Berg 2006, Öncü ve Sercan 2007, Soysal 2012). İrlandalı paranoid bir hasta olan M'Naughten, 1843'de İngiltere başbakanının kendisini öldürteceğine ilişkin sanrısı nedeniyle başbakanlık ofisini basmış ama başbakan yerine yanlışlıkla sekreterini öldürmüştür. Sanığın ceza sorumluluğu olmadığı gerekçesiyle ceza almaması kraliçeyi öfkelen-dirmiş ve 15 yüksek mahkeme yargıcından ceza sorumluluğunu ortadan kaldıran durumları sınırlandıran kurallar yazmalarını istemiştir. Oluşturulan kurallar; "eylemci-nin eyleminin niteliğinin farkında olmaması veya yanlış anlamlar yüklemesi ya da suçun ayırımında olmaması" olarak özetlenebilir.

M'Naughten kuralından sonra ceza sorumluluğu kavramını geliştiren ve genel kabul gören bir diğer ilke Durham kuralıdır (Chris 1995, Voigt ve ark. 2002, Öncü ve Sercan 2007). M'Naughten kuralının genişletilmiş versiyonu denebilecek ve Durham adli sanığın 1954'deki yargılaması sonucu ABD'de oluşan bu kurala göre; eylemin kötülü-ğünün farkındalığında olmamaktan daha büyük bir açıdan bakılmalı, sanık eğer akıl hastalığına yakalanmış ise hastalığın eylemle doğrudan bağı aranmaksızın ceza sorumlu-luğu olmadığı saptaması yapılmalıdır. Her iki kurala göre de; ceza sorumluluğunu orta-dan kaldıran etmenin akıl hastalığı veya zayıflığı olmalı, dürtü kontrolünü etkileyen nevrozlar, kişilik bozuklukları ve madde etkisi altında olmak gibi diğer psikiyatrik du-rumlar göz önüne alınmamalıdır. Ancak her bir alt başlıkta inceleneceği üzere bazı dürtü kontrol problemleri kimi durumlarda azalmış ceza sorumluluğu kanısına neden olabilmektedir.

Dürtü kontrol bozuklukları hukuken kısıtlama konusunda da benzer şekilde akıl hastalığı ve zayıflığı kategorisinde değerlendirilmezler. Örneğin Türk Medeni Kanu-nu'nun (TMK) 405. maddesinde tanımlanan akıl hastalığı nedeniyle vesayet altına alınma ya da 429. Maddesinde yer alan yasal danışmanlığa dürtü denetleme bozuklukla-rı gerekçe olmazlar. Fakat Dokuz'un (1966) altmış yıl kadar önce yazdığı gibi genel ilke olarak bu tür rahatsızlıklar o günkü tabirle su-i hâl ve su-i idare kapsamında vesayet altına alınma nedeni olabilirler. Akıl hastalığından farklı bir gerekçeyle ayrı bir maddeyle vesayet nedeni sayılabilirler. Yeni Türk Medeni Kanunu'nda da kötü yaşam tarzı ve kötü yönetim nedeniyle vesayet altına alınmayı gerektiren 406. madde kapsamında değerlendirilebilmektedir. (Sercan 2007, Soysal 2012)

Bu nedenlerle, bu bölümde dürtü kontrolünün sorun olduğu tüm sendromlar, has-talıklar ve bozukluklar değil bu kitabın çizdiği çerçeve içinde kalan bozuklukların ceza sorumluluğu ve hukuken kısıtlanma gereken hâlleri ayrıntılı olarak ele alınacak son olarak olguların boşanma hukukundaki yerleri üzerinde durulacaktır.

Dürtü Kontrol Bozukluklarında Ceza Sorumluluğu

Piromani

Marc'ın 1833'de tanımladığı, varsanılar olmaksızın ve sanrı ya da zihinsel karmaşanın yol açtığı yargılama bozuklukları bulunmayan, yangın çıkarma tutkusunun görüldüğü olgu sayısı yangın çıkaran suçlular arasında çok seyrek. Tamam (2009) en değerli epidemiyolojik çalışma saydığı Lewis ve Yarnell'in araştırmasında saf piromani olguların-ın %4 olarak belirlendiğini aktarmakta, Lindberg ve arkadaşları (2005) Helsinki adli

psikiyatri ünitesine gönderilen tekrarlayan yangın çıkarma zanlısı 90 olgu içinde saf piromanik olguya rastlanmadığını bildirmektedir. Aynı yazının ilk ismi meslek yaşamı boyunca piromani iddiasındaki kişilerin hiç birinin piromanik tanımına uymadığını gördüğünü belirtirken, bu satırların yazarı da 19 yıllık adli psikiyatri kliniği deneyiminde ICD ve DSM tanı sistemlerinin tanımına uyan piromaniğe rastlamamıştır. Yangın çıkaranların çeşitli araştırmalarda en sık antisosyal kişilik bozukluğu, alkol bağımlılığı veya olay sırasında alkol etkisi altında oldukları veya zekâ geriliği olguları ile seyrek oranda manik dönemde olan bipolar hastalar ve şizofrenler oldukları saptanmıştır (Lindberg ve ark. 2005, Tamam 2009).

Delisi ve arkadaşlarına göre (2006) zanlıların piromani ve diğer dürtü kontrol bozukluklarını öne sürerek ceza sorumluluğu olmadığı iddiası psikiyatristler arasında büyük kuşkuyla karşılanırken, yargıçlar tarafından da ciddiye alınmamakta hatta daha sert tarzda muamelelerine neden olmaktadır. Pratikte ceza sorumluluğu kaldırılan olgu sunumu ve bildirimine rastlanmamakla birlikte, kuramsal olarak piromanik olgulara, eşlik eden bir kişilik bozukluğu rastlanmazsa ve sadece yangın çıkarma suçuna karşı azaltılmış ceza sorumluluğu önerilebilir (Öncü ve Sercan 2007, Soysal 2012).

Bilindiği gibi ceza sorumluluğu suç sırasında akıl hastalığı nedeniyle eylemin anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış kişiye ceza verilmez ve tehlikeliliği ortadan kalkıncaya dek yüksek güvenliğin sağlığı kurumlarında koruma ve tedavi altına alınır. Yukarıda tanımlandığı derecede olmamak üzere eylem sırasında davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış kişiye verilecek ceza 1/6 oranında indirilir ve gerek görülürse cezasının tamamı veya bir kısmı tedavi kurumunda geçmesine karar verilebilir. Piromaniklerin algı bozuklukları, sanrıları ve başka psikotik belirtileri olmadığı tanımı içinde yer aldığına göre yukarıda anılan ceza sorumluluğunun olmadığı kararı vermek olanaklı ve doğru değildir. Ancak dürtüsellikleri göz önüne alınarak ve sadece yangın çıkarma suçuna karşı azaltılmış ceza sorumluluğu başka bir deyişle 1/6 ceza indiriminden yararlanma maddesi uygulanabilir.

Yukarıda belirtildiği gibi, tekrarlayıcı yangın çıkarma zanlısı olgular ceza sorumluluğu saptanması isteğiyle ruh hekimlerinin karşısına geldiğine kişinin iddiası piromani olsa da öncelikle zekâ gerilikleri, demanslar ve psikozlar ile psikotik seyreden duygudurum bozuklukları araştırılmalı ve bunlardan biri saptandığında doğal olarak ceza sorumluluğunun olmadığı rapor edilmelidir.

Bu olgularda özen gösterilmesi gereken başka bir konu, klinik olarak belirgin nörolojik hastalıkların ve klinik görünümü silik beyin zedelenmesi bulgularının araştırılmasıdır. Parkinson hastalığı ve bu hastalığın tedavisinde kullanılan dopamin agonistlerinin yol açtığı sendromlar, (Glardi ve ark. 2007, Özerden 2012) epilepsi, Tourette sendromu, koreler, bilişsel bozulmanın belirgin olmadığı frontal tip demanslar ilk akla gelen ve dürtü kontrolünün bozulduğu durumlardır (Drogowski ve ark. 1966, Brook ve ark.1996, Tamam 2009). Bu tür organik kökenli dürtü kontrol bozukluklarının içinde en az görüleni piromani ve kleptomanidir. Başka bir psikiyatrik sendrom veya belirtiyeye yol açmamış olsa da organik piromani olgularında dürtüsellik organik kökenli olduğundan ceza sorumluluğu tamamen ortadan kalkmıştır. Bu olgular cezayı değil tedaviyi hak ederler.

Öte yandan travmatik beyin hasarları sonrası gelişen ve kişilik değişiklikleri, duygudurum bozuklukları ve dürtü kontrol bozuklukları gelişebilmektedir (Redding 2006, Özen ve Yeşilbursa 2011). Özen ve Yeşilbursa (2011), antisosyal kişilik özellikleri

olmayan ancak yetişkin bir yaştan sonra ortaya çıkan ve yasalarda suç sayılan davranışlarda kafa travması öyküsüne önem verilmesi gerektiğine dikkat çekerek bu olgularda da ceza sorumluluğu değerlendirmesinin özenle yapılması gerektiğini bildirmektedirler.

Adli psikiyatri kliniklerinde geçen yıllarda saf piromanik olgu görmememe karşın piromanik özelliği belirgin iki olguyu belirtmekte yarar var. Birincisi, işlediği altı suçtan dördü kundakçılık olan bir olguydu. Bipolar bozukluğu olan hastanın tüm kundakçılıkları manik döneminde gerçekleşmişti. Koruma ve tedavisinin yapıldığı servisten kaçtığına da yeniden yangın çıkarıp yakalanarak hastaneye geri getirilmişti. İkinci olguda zekâ geriliği mevcuttu ve koruma ve tedavisinin yapıldığı serviste de yangın çıkarmıştı.

Aralıklı Patlayıcı Bozukluk

Aralıklı patlayıcı bozukluk saf piromani kadar ender olmasa da seyrek görülen bir bozukluktur (Tamam 2009). Türkiye’de yapılan bir alan çalışmasında prevalansı %0.05 bulunmuştur. Bazı yazarlar bu tanının tartışmalı olduğunu ileri sürer (Thienhaus 2007). Olguların çoğunun erkek olması, çocuk yaşlarda başlaması, yaşam boyu sorumluluk almamaları, alkol ve medde kullanımı ve polisle başlarının sık derde girmesi gibi yaygın eşlik eden özellikler bu yorumu güçlendirmektedir. Adeta hafif seyirli antisosyal kişilik profili çizmektedirler. Ancak sendromun hatta belirti bazında da tekrarlayan öfke patlamaları psikiyatrların ve psikiyatrinin ilgi alanı olmalı, istekli olanların ilaçla veya davranışsal tedavileri sağlanmalıdır. Zira bu kişiler sık trafik kazasına karışmaları, başkalarına ve kamu mallarına zarar vermeleri bakımından toplum sağlığı sorunu oluşturmaktadır ve tedaviye iyi yanıt bildiren yayınlar bulmak olanaklıdır (Grant ve ark.2005, Saha 2010).

Tanı belirtilerek ve önceki tedavi kayıtlarıyla olmasa da, adli psikiyatri birimlerine sevk edilip ceza sorumluluğu hakkında rapor istenen sanıkların gerekçeleri genellikle “çok sinirli” veya “kızcınca şuurunu kaybettiği” olmalarıdır. Bu kişilerin çoğunun aralıklı öfke patlamalarından mustarip olduklarını öne sürdüklerini varsayabiliriz.

Organik kökenli özellikle beyin hasarları ile yer kaplayan lezyon ve parkinsonizm ve epilepsi gibi işlevsel beyin hastalıkları ile beyni dolaylı olarak etkileyen metabolik bozukluklar ile diğer sistem hastalıklarına bağlı öfke patlamaları bilinmektedir (Grant ve Levine 2005, Redding 2006, Delisi ve Berg 2006, Tamam 2009). Redding (2006) beyin travması öyküsü olan olguların tümünün ve peşinen ceza sorumluluğunun kaldırılmasının doğru olmadığını, bilişsel testlerle bozulmanın minimal ölçüde olsa da gösterilmesi, kişinin kontrol kaybının tam veya önemli derecede olduğu kanısına varılması ve suçla dürtüsel davranma arasında doğrudan bağ olmasının görülmesi hâlinde yasalar karşısında sorumsuzluğuna karar verilmesi gerektiğinin altını çizmektedir ki yazar da bu görüşe katılmaktadır.

Burada önemli olan, “aşırı sinirli, agresif, fevri, bazen kopuyor vb.” tanımlamalarla ceza sorumluluğunun tartışılan olguları toptancı bir anlayışla kategorize etmemektir. “Olsa olsa antisosyal kişilik bozukluğudur ve ceza sorumluluğu tamdır” yaklaşımı da, “öfke patlamaları varsa öyle ya da böyle hasta sayılmalıdır” peşin hükmü de hekimi yanıltır. Bu nedenle bu olgularda önce organik etmenler düşünülmelidir. Elektroensefalografi (EEG) ve organisite araştıran Bender, Tematik Algılama Testinden (TAT) biri yapılmalıdır (Soysal 2012). Öyküde psikiyatrik hastalığa neden olacak başta nörolojik hastalığı veya kafa travması olmak üzere genel tıbbi duruma bağlı aralıklı patlayıcı bozukluk için incelemeler nörolojik muayene, beyin görüntüleme ile genişletilmelidir. Şüpheye

düşüldüğünde daha ileri psikolojik testler ve laboratuvar testlerle tanı desteklenmelidir. Buna neden olabilecek genel tıbbi durumların başında orbital frontal korteks hasarları gelmektedir (Asahi ve ark, 2004, Tamam 2009, Özen ve Yeşilbursa 2011, Özerden 2012). Ortaya çıkacak epilepsi, demans, beyin hasarı, multipl skleroz, Parkinson hastalığı, kafa travmasına bağlı ruhsal değişiklikler şaşırtıcı olmayacaktır. Diabete bağlı kan şekeri düşüklüğü ve Tourette Sendromu da nadiren de olsa aralıklı öfke patlamalarının etiolojisinde gösterilebilir (Tamam 2009). Genel tıbbi durumdan kaynaklandığı kanısı oluşmuşsa ortaya çıkan ve suç sayılan davranış için adli psikiyatrik değerlendirme ceza sorumluluğunun kaldırılması yönünde olacaktır.

Başta da belirtildiği gibi, öfke patlamalarının bir sendrom değil de şizofreni, sanrısız bozukluk, manik atağa bağlı taşkınlık, zekâ geriliği, psikotik depresyon gibi yargılama veya dürtü kontrolünü bozan bir sendromun belirtisiyse, gene karar ceza sorumluluğunun olmadığı şeklinde oluşur. Alkol ve madde etkisi altında ortaya çıkan patlayıcı davranışlar ile antisosyal kişilik bozukluklarının kişilik örüntüsünün bir parçası olarak gözüken saldırgan davranışlarda ceza sorumluluğunun ortadan kalkması veya azalması söz konusu değildir. Bipolar bozukluğu olan hastaların aslında tam remisyon döneminin olmadığı, iyilik dönemlerinde dahi dürtülerini kontrol etmede sağlıklı bireyler kadar başarı gösteremedikleri yaygın kabul gören bir görüştür. Bipolar hastaların manik veya depresif ataklarına rast gelmeyen zamanlarda özellikle öfkeyle oluşan suçlarında hekimlerin bu kişilerin ceza sorumluluğunun azalmış olduğu kanısını paylaştıkları, bazı hekimlerinse bu dönemde ceza sorumluluklarının tam olduğuna ilişkin karşıt görüş bildirdikleri görülmektedir (Soysal 2012).

Genel tıbbi duruma bağlı gelişen dürtü kontrol yoksunluğuna bağlı veya hiyerarşik olarak daha yukarıda yer alan psikiyatrik bozukluklara bağlı olmayan diğer bir deyişle yalnız aralıklı patlayıcı bozuklukta genel yaklaşımın azaltılmış ceza sorumluluğu düşünülebileceği şeklindedir (Hucker 2013). Ancak konunun uzmanları her aralıklı patlayıcı bozukluğun, her suçta sorumluluğunun azaltılacağı gibi bir genellenmenin hata olacağını, hastalığın güvenilir ve geçerliliğine ilişkin veriler, suçla hastalık arasında nedensellik ilişkisi hastanın kişilik özellikleri özenle incelenmeli ve ancak tüm bu ölçütler karşılandığında bu kanı bildirilmelidir (Öncü ve Sercan 2007, Soysal 2012, Hucker 2013).

Sonuç olarak, adli psikiyatride tepki verilen durumla orantısız biçimde öfkelenip insanlara, eşyaya ve hatta kendilerine zarar veren olgularda adli psikiyatri birimleri özellikle psikoz ve duygudurum bozuklukları ile zekâ geriliği ve demans arar ve bunların saptanması halinde ceza sorumluluklarının olmadığı bildirilir. Bu türden mens rea da denilen ve suçun manevi unsurunun oluşmadığı zihinsel yetersizlik ve hastalıklar dışında kalan aralıklı patlayıcı bozuklukta ceza sorumluluğunun olmadığı değerlendirilmesi doğru olmayacaktır. Buna karşın bozukluğun yalnız olarak görüldüğü, 10–20 dakika süren saldırgan davranışın öne çıktığı ve antisosyal kişilik bozukluğunun bulunmadığı seçili olgularda ve sadece bu eylemlerine karşı ceza sorumluluğunun azalmış olduğu değerlendirilmesi yapmak doğru olabilir.

Kleptomani

Piromani ve aralıklı patlayıcı bozuklukta çok rastlanmayan ancak kleptomani ve parafiliilerde gözlediğimiz bir özellik bu iki tanıyı kendisine koyup hekime başvuruların görülmesidir. Tipik olarak bu başvuruların ardından aynı kişinin bir hırsızlık veya cinsel saldırı suçunun sanığı oldukları ve ceza sorumluluklarının sorulduğu görülür. Sanıklar

haklarında soruşturma veya kovuşturma başlayınca cezadan kurtulmak veya cezaı hafifletmek için dosyalarına bir tedavi kaydı koymak için hekime gittikleri anlaşılır. Bu nedenle hekimler, kendilerinde kleptomani olduğu yakınmasıyla gelen kişilere kleptomani tanısı koymadan önce hekimi temaruz (malingering) düşünmelidirler (Greenberg 2005, Soysal 2012).

Dürtü kontrol bozuklukları spektrumu içinde adli psikiyatri birimlerine gönderilen sanıklar içinde en sık karşılaşılan hastalık iddiası kleptomani olduğu gözlemimizi Grant ve Levire (2005) ile Pobocha (2012) doğrulamaktadır. Mağazalardan aşırı ciddi bir ekonomik kayba neden olan yaygın bir suçtur ve yıllık ekonomik zararları milyarlarca dolarlarla ölçülmektedir (Delisi ve Berg 2006, Çalıyurt 2009, Pobocha 2012). Ancak bu aşırıların çoğunun kolay saklanır ve ekonomik değeri yüksek nesnelere yönelik olması kleptomani tanısına aykırıdır. Dükkânlardan hırsızlık adli psikiyatride çok sosyoloji ve kriminolojinin inceleme ve tartışma alanlarına girer. İstatistiklere göre aşırıların en fazla %5'i kleptomani tanısını karşılamaktadır (Çalıyurt 2009). Bu nedenle yükte hafif pahada ağır mallar mağazalarda kasa önlerinde tutulur veya alarm çaldırarak kelepçelerle korunmaya alınır.

Kleptomani kadınlarda erkeklerden daha fazladır. Dükkân sahiplerinin polise başvuramaları nedeniyle çoğu kez istatistiklere yansımaz, genellikle ergenlikte başlar, alkol etkisi altında artar ve en sık antisosyal ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olanlarda görülür (Hocaoğlu ve Kandemir 2004, Delisi ve Berg 2006, Çalıyurt 2009, Pobocha 2012).

Kleptomanik davranış gösteren ve genel tıbbi duruma bağlı olduğu saptanan olgularda merkez sinir sistemini (MSS) doğrudan etkileyen travmalar, zehirlenmeler, epilepsi, demans ve Parkinson hastalığı yazında en sık geçen hastalıklardır (Redding 2006, Çalıyurt 2009, Özerden 2012). Çalma davranışının beyni etkileyen hastalıktan sonra gelişmiş olması halinde adli psikiyatrik değerlendirme kişinin bu suça karşı ceza sorumluluğunun olmadığı sonucunu doğurur.

Sanık veya vekili kendisini kleptoman olarak savunsa da psikotik bozukluklar ve duygudurum bozukluklarının varlığında davranışa değil kişinin yargılama yetisini veya davranışlarını yönlendirme gücünü bozan birincil hastalığı göz önüne alınır ve ceza sorumluluğu kaldırılır. Çalma davranışının incelenen suç dosyasındaki eylemi veya öyküsündeki önceki birkaç hırsızlığı kleptomaniyi düşündürse de; çok sayıda ve çeşitte suça karışmış, kıymetli nesne hırsızlığı da yapmış bu nedenle antisosyal kişilik bozukluğu tanısına varılan veya antisosyal özellikleri ağır basan olgularda ceza sorumluluğunun tam olduğu kanısı bildirmek, üzerinde uzlaşılan bir tutumdur. Keza davranışın alkol veya madde etkisi altında ortaya çıkmış olması da aynı görüşün olduğu durumlarıdır. Çünkü her ne kadar alkol ve maddenin kişinin dürtü kontrolünü olumsuz şekilde etkilediği bilirse de kişinin maddeyi serbest iradesiyle kullanmadan önce bu etkisini öngördüğü varsayılır.

Saf kleptomanların en belirgin özellikleri olarak; anksiyeteli olmaları, obsesif kompulsif kişilik özelliklerinin ağır bastığı, hatta Çalıyurt'un (2009) aktardığı epidemiyolojik araştırmalarda oranları tartışmalı olsa da bir kısmının obsesif kompulsif bozukluk oldukları ve depresif davranışı arttırdığı sayılabilir. Bu olgularda TCK'nın 32. maddesinin 1. fıkrasında kastedilen akıl hastalığı söz konusu olmadığından, yargılamalarının sağlam dürtü kontrolünün ise olanaksız olmadığından ceza sorumluluklarının ortadan kalktığına ilişkin değerlendirme yanlış olur. Ancak aynı yasa maddesinin 2. fıkrasında belirtil-

diği gibi yasal terimle “davranışlarını yönlendirme yeteneği azaldığından”, psikiyatrik jargonla “dürtü kontrolleri bozuk olduğundan” cezanın düşürülmesi uygundur. Dürtü kontrolünün tamamen ortadan kalkmadığına ilişkin olarak, bu kişilerin hebefrenik bir şizofren gibi bir dükkândan bir paket sigara alıp çıkarken parasını vermeyi akıl edemeyecek denli düşünce dağınıklığı içinde olmadığı veya çağrışım kopuklukları içinde davranışlarını sıraya koyamayan manik hastanın pervasızlığı içinde olmadığı örnekleri verilebilir.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile kleptomani arasındaki komorbiditeye rastlandığında, kleptomaninin yalın tanısıyla eşli etmesi hâlinde azalmış ceza sorumluluğu, kleptomanik davranışın dikkat eksikliğine bağlı bir parasını vermenin atlandığı alma davranışı olduğunun anlaşılması halinde ortadan kalkmış ceza sorumluluğu değerlendirilmesi doğru görünmektedir.

Kleptomanların ceza sorumluluğu ile ilgili ilginç bir yazıyı Öncü ve arkadaşları (2009) kaleme almış, fetişi kadın iç çamaşırı olan bir parafilik olguyu sunmuşlardır. Balkonlara kurutmak üzere asılan çamaşır çalma suçu nedeniyle hakkında dava açılan kişi fetişizm ve kleptomani tanısı almış, hırsızlık suçuna karşı ceza sorumluluğunun azalmış olduğuna karar verildiği bildirilmiştir. Bir diğer makalede Kandemir ve arkadaşları (2014) 35 ve 37 yaşlarında market ve pazarda aşırıcaılık yaparken yakalanmış iki kadın hastaya kleptomani tanısı koyduklarını ve bu eyleme yönelik ceza sorumluluklarının azalmış olduğuna kanısına vardıklarını bildirmişlerdir.

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Kliniklerinde bilirkişilik hizmeti verilen olgular arasında kleptomani iddiasına sıkça rastlanmaktadır. Bu olguların çoğunda eylemin kleptomani tanımından uzak olduğuna görülmüş çok azına kleptomani tanısıyla ceza indirimi uygulanması önerilmiştir. Bunlardan biri süs ve hediye eşyası satan mağazalardan değeri düşük biblo vb. çalan, başka sabıkası olmayan orta yaşlı bir kadın hastaydı. Bu hastaya o zaman için geçerli TCK'nın 47. maddesi önerilerek ½ ceza indirimi sağlandı. Ancak eski yasada azaltılmış ceza uygulanan hükümlülerin ceza süresinin bir kısmında psikiyatrik tedavi uygulanmasıyla ilgili düzenleme olmadığından terapisine ilişkin gözlem aktarmak mümkün olmadı. Başka bir olgu ise çalma hastalığı olduğuna yakınmasıyla başvurmuş, ilginç bulunduğu ve eğitici özelliği göz önüne alınarak yatarak tedavi edildikten kısa bir süre sonra hırsızlıktan yargılandığı davanın dosyasıyla sağlık kurulunun karşısına gelmişti. Genç erkek sanığın dosyadaki eylem ve sabıka kayıtları değersiz ve sadece kompulsif kökenli eşya aşırımaları tanımından çok uzaktı ve hastane yatışı suç tarihinden sonraydı. Kişinin ceza sorumluluğunun tam olduğuna ilişkin raporunda aynı hastanede konmuş kleptomani tanısını geri almakla ilgili sıkıntılı bir tartışma metni de yazmak gerekti.

Azalmış ceza sorumluluğu tanımlanan hastalar hakkında yeni ceza yasası, cezanın tamamı veya bir süresinin tedavi kurumunda geçirilmesini olanaklı kılmaktadır. 2005'den beri uygulanması mümkün olan tedavi süreci hakkında henüz yeterli deneyim ve yazınımız bulunmama ile birlikte hastalara terapi hakkı tanıdığı kadar Türk psikiyatri topluluğuna da adli olgular dışında görmeye alışmadığımız bir grup hakkında deneyim ve bilgi toplama fırsatı sunmaktadır. Bu fırsatın nasıl değerlendirileceğini ileride göreceğiz.

Diğer Dürtü Kontrol Bozuklukları

Dürtü kontrol bozuklukları arasında bu kitapta yer alan yukarıdaki başlıkta sayılan hastalıklarda var olan eylem ve etkinliklerle kişi kendisine zarar verir. Kompulsif alışveriş ve patolojik kumar davranışları aileyi zarara uğratsa da tüm bu bozukluklar suç olarak tanımlanmadığından ceza sorumluluğu da tartışılmayacaktır.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) çocukluk çağına özgü bir hastalık olmadığı ve erişkinlerde de görüldüğüne ilişkin yayınların XXI. yüzyılda artmasından olsa gerek, teorik ve klinikte DEHB'nin ceza sorumluluğu tartışmalarına tanıklık etme şansını olmadı. Artık DEHB'nin yaşın ilerlemesiyle tüm çocuk hastalarda iyileşmediği ve erişkinlerin %4'ünde sürdüğüne ilişkin yayınlar bulunmaktadır (Kessler 2006, Retz 2009). Oysa dürtüsel davranma, kazalara yol açma, madde kullanımının sık olduğu bu hastalıkta adli psikiyatri birimlerine gelen erişkin DEHB'ler çok olduğu ve bu olguları antisosyal kişilik veya atipik duygudurum bozukluğu olarak değerlendirdiğimiz için bir geriye dönük analiz ve özeleştiride bulunmak istiyorum. Umarım ikinci yanlışı daha sık yapmışızdır.

DEHB'nin başta saldırganlık içeren suçlar olmak üzere suç işleme oranını yükselttiği, suç işleme yaşını düşürdüğü ve suçun tekrarlama riskini arttırdığı Birleşik Krallık, ABD, Kanada, İsviçre, Almanya, Finlandiya ve Norveç'te ceza sistemine girmiş tutuklu ve hükümlülerde yapılan araştırmalarda açıkça gösterilmiştir. Young ve arkadaşları (2011) cezaevlerine girmiş erişkin DEHB hastalarının serbest kalmadan önce yapılan tıbbi ve davranış tedavilerinin toplumsal güvenlik ve suç oranının düşürülmesi açısından da önemini vurgulamışlardır.

Çocuklarda ceza sorumluluğunun saptanmasında sadece akıl hastalığı ve zayıflığı ölçütlerine göre değerlendirilmeyip olgunlaşmanın da göz önüne alınması gerektiğinden, yaş küçükliğinde DEHB'nin dikkatten kaçmadığını sanıyorum. Bu tahminimi doğrulayan bulgular Ayaz ve arkadaşları (2012) tarafından bildirilmiştir. Makale, DEHB'nin çocuk ve ergen psikiyatrisi birimlerinde değerlendirilen suç mağduru çocuk ve ergenlerde %11, suçla sürüklenmişlerde %12 oranında rastlandığını bildirmektedir. DEHB'den muzdarip çocuklarda genel nüfustan fazla davranım bozukluklarının görüldüğüne ilişkin yazın zengindir (Schetky ve Benedek 2002). Bu da gerek ceza sorumluluğu hakkında bilirkişilik yapılan gerekse tutuklu ve hükümlü çocuk ve ergenlerde DEHB'nin aranması gerektiğini göstermektedir. Tutuklu ve hükümlü çocuk ve ergenlerde DEHB'nin özenle ayrıştırılması tedavinin başarı şansının yüksek olması ve dolayısıyla suçun tekrarlama nedeni halk sağlığı açısından da değerli ve önemlidir (DePrato ve Hammer 2002).

Young'a (2009) göre genetik, cinsiyet farklılığı ve nörotransmitter çalışmalarıyla elde edilen verilerle biyolojik kökenleri gösterilmiş bir psikiyatrik hastalık olan DEHB'de yargılamanın bozuk olmamasına karşın dikkatin eksik olması, tez canlılık, programlı davranamama ve en önemlisi dürtüsellik nedeniyle: bu hastalığı olan kişilerin hastalığın belirtilerine bağlı suçlarda ceza sorumluluğunun azaltılmış olması gerekir. Psikiyatrist bilirkişiler giderek daha fazla azaltılmış ceza sorumluluğu önerdiklerinden Amerikan mahkemelerinde verilmiş çok sayıda örnek karar vardır. Adli psikiyatri bilirkişileri ceza davalarında suçun türü, hastalığın şiddeti, davranışla hastalığın bağlantısı, sanığın tutumuna göre ceza sorumluluğunun kaldırılmasını da önerebilmektedir.

Batılı yazında, adli psikiyatri bilirkişilerinin tanıyı giderek daha fazla dikkate aldığı, mahkemelerin DEHB'yi artık ceza sorumluluğunu etkileyen bir antite olarak kabulendiğini ve adli psikiyatri kliniklerinin DEHB tedavisinde etkin rol üstlenmesini güçlü bir uyanış olarak tanımlandığına ilişkin yayınların son altı yıl içinde yer aldığı görülmektedir (Young 2007, 2009, 2011; Retz ve Rösler 2009). Bu saptama bizim adli psikiyatri yazınıımızda tartışılmamış olmasını anlayışla karşılamak gerektiğini göstermektedir. Bu konuya dikkatlerin yoğunlaşması Amerika Birleşik Devletleri'nde anılan türde kararlara öncülük eden Blackender olgusunun 2002'de karara bağlanmış olmasıyla başlamış ve giderek ilgi toplamıştır (Young 2011). Young'un (2009) verdiği olgu örneklerinde; bilirkişinin yargıcın sorularını duruşma sırasında yanıtlaması, tartışılan konuların sadece hastalığın ve suçun doğası olmayıp aynı zamanda sanığın tedaviden yararlanma olasılığı ve sanığın toplum için tehlikeliliği gibi ayrıntıların araştırılarak bilirkişiden yanıt alındığı, tüm bu özellikler birlikte değerlendirilerek karar verildiği ve azaltılmış cezanın içinde mutlaka terapi sürecinin yer aldığı görülmektedir.

İlk bölümde anlatılan ceza sorumluluğunun olmadığı durumlar için kişinin akıl hastalığına bağlı yargılama ve ayırt etme yetilerinin bozulması gerektiğine ilişkin M'Naghten ve Durham kurallarını anımsattıktan sonra; piromani, kleptomani ve DEHB için azaltılmış ceza sorumluluğunun seçili olgularda önerilebileceği değerlendirilmem bir çelişki gibi algılanabilir. Oysa gerek TCK'nın 32. maddesinin 2. fıkrasının "suçlu değil hasta" kategorisini tanımlamaması, gerek ceza indiriminin önceki TCK'nın 47. maddesindeki ½ (azami) veya 1/3 (asgari) ceza indiriminin yeni yasayla 1/6'ya düşülmüş olması ve en önemlisi ceza süresinin tamamı veya bir kısmının tedavi kurumunda geçirme yolunun açılmış olması nedenleriyle adli psikiyatri alanına daha geniş bir alan açmakta ve bu tartışmayı olanaklı kılmaktadır.

Bundan sonra ülkemizde de adli psikiyatrik bilirkişilik ve hükümlü tedavilerinde DEHB'nin ilgi odağı olacağını sanıyorum. Ancak, TCK'nın 32. maddesinin 2. fıkrasında yer alan azaltılmış ceza süresinin bir kısmının yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında geçirilmesinin uygulanabilmesi için önce yatak sayısının sorun olmadığı bağımsız adli psikiyatri (yüksek güvenlikli sağlık kurumu) kliniklerinin kurulması ve yeterli uzman ve donanıma kavuşturulması gerekmektedir.

Suç tarihinde 12 yaşını doldurmamış çocuklara ceza verilmemektedir. Yaşı 12-15 arasında olanların ise gelişimi değerlendirilerek ceza sorumluluğu hakkında karar verilir. Önceki yasalarda erişkinler için ceza ehliyeti, çocuklar için farik ve mümeyyizlik terimleri kullanılmaktaydı. Dokuz yıl önce değişen ceza yasası ile her iki grup için de ceza sorumluluğu kavramı kullanılmıştır. Çocuklarda DEHB varlığında, hem hastalığın bilişsel işlevler üzerindeki etkisi hem de tez canlılık ve dürtü kontrol sorunları nedeniyle ceza sorumluluklarının, eskimesine karşın hâlâ psikiyatristler ve hukukçular tarafından yaygın olarak kullanılan farik ve mümeyyiz olmadığı kanısını bildirmek genellikle doğru olacaktır. Çünkü akıl hastalığı sınıfı içinde yer almamasına karşın suçla sürüklenen çocukların gelişimini etkileyen, bozan, geciktiren tüm etmenler dikkate alınır. Sadece zekâ düzeyi, gelişim gerilikleri ve psikotik bozukluklar değil; öğrenim durumu, ailenin koşulları, toplumsal etkenler, yaşadığı çevrenin sosyal-ekonomik-kültürel özelliklerinin yanı sıra DEHB gibi gelişimini ve eğitimini olumsuz etkileyen tüm pedagojik ve psikiyatrik durumlar değerlendirilir. Çocuğun algılama, yargılama, öngörme ve sonuçları kestirme yetileri ister dikkat eksikliğinin isterse hiperaktivitenin baskın olduğu DEHB türlerinde az ya da çok bozulmuş olacaktır. (Kılınçarslan 2010, Sjöwal ve ark. 2013)

Ceza Sorumluluğuyla İlgili TCK Maddeleri

Yaş Küçüklüğü

MADDE 31. - (1) Fiili işlediği sırada oniki yaşını doldurmamış olan çocukların ceza sorumluluğu yoktur. Bu kişiler hakkında, ceza kovuşturması yapılamaz; ancak, çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanabilir.

(2) Fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmuş olup da on beş yaşını doldurmamış olanların işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması hâlinde ceza sorumluluğu yoktur. Ancak bu kişiler hakkında çocuklara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur. İşlediği fiili algılamaya ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı hâlinde, bu kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde dokuz yıldan oniki yıla; müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde yedi yıldan dokuz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların üçte ikisi indirilir ve bu hâlde her fiil için verilecek hapis cezası altı yıldan fazla olamaz.

(3) Fiili işlediği sırada on beş yaşını doldurmuş olup da on sekiz yaşını doldurmamış olan kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde on dört yıldan yirmi yıla; müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde dokuz yıldan on iki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların yarısı indirilir ve bu hâlde her fiil için verilecek hapis cezası sekiz yıldan fazla olamaz.

Akıl Hastalığı

MADDE 32. - (1) Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur.

(2) Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi beş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hâllerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkûm olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.

Dürtü Kontrol Bozukluklarında Hukuken Kısıtlanma

Türk Medeni Kanunu (TMK) kısıtlamayı gerektiren durumları dört başlık altında toplar. Bunlardan biri akıl hastalığı, diğeri hapis cezası alınması ve bir diğeri kişinin isteğine bağlı olarak yaşlılık, ağır hastalık, deneyimsizlik nedenleriyle.

Yukarıdaki ceza sorumluluğuyla ilgili bölümde ayrıntılı olarak anlatıldığı üzere; dürtü kontrol bozuklukları yasalarımızın tanımladığı çerçeve içindeki psikozlar ve zeka gerilikleri, demanslar vb. bilişsel bozukluklar kategorileri içinde olmadıklarından TMK 405. maddesinde yer alan, akıl hastalığı nedeniyle kısıtlanmaları söz konusu değildir (Can ve ark. 2006, Soysal 2012). Batılı adli psikiyatri literatüründe yasal veya zihinsel yeterlilik (legal competency– mental competency) diye adlandırılan, bizdeki yasal terminolojide fiil ehliyeti diye tanımlanan zihinsel fakülteler; anlama, bilme, ayırt etme, akıl yürütme, (sanrı ve varsanı etkisi altında olmadan yargılama) karar verme ve mantıklı

sonuçlara ulaşabilmektir. Sayılan bu yetilerin dürtü kontrol bozukluklarında bozulması beklenmez (Sabatino ve Basinger 2000, Puri ve ark. 2006).

TMK'da akıl hastalığı dışında kısıtlamayı gerektiren üç durum tanımlanır:

1. Bir yılı aşan özgürlüğü bağlayıcı ceza alanlar.
2. Yaşlılık, deneyimsizlik, ağır hastalık ve sakatlık nedeniyle işlerini yönetemeyen ve vesayet altına alınmayı kendi isteyen kişiler.
3. Savurganlığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı veya mal varlığını kötü yönettiğinden kendisini veya ailesini darlığa düşürme tehlikesine yol açan ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye düşüren erginler.

Dürtü kontrolünde bozulma olan kişilerin bu başlık altında yer alan tanılarını anımsadığımızda; bir yılı aşkın hapis cezasını almaya aralıklı patlayıcı bozukluk, piromani ve kleptomani neden olabilir. Bu kısıtlama hüküm kesinleşince vesayet makamları tarafından yerine getirilir, psikiyatrik bilirkişiliğe gereksinim duyulmaz. Benzer şekilde DEHB'nin neden olduğu dürtüsellik ve antisosyal davranışlar da hastaların kısıtlanmalarını sonucunu doğurabilir.

TMK'nın 406. maddesinde sayılan vesayet nedenlerinden; savurganlık, kötü yaşama tarzı, mal varlığını kötü yönetme nedeniyle kendisini ve ailesini zora düşürmeye; patolojik kumar, alışveriş bağımlılığı ve seks bağımlılığı neden olabilir. Bu gerekçelerle açılan davalarda yargıçlar kişi hakkında psikiyatrik bilirkişilik isteyebilmektedir. Psikiyatriste düşen bu bozuklukların olup olmadığının saptanmasıdır. Alkol ve madde bağımlılığı gibi kumar, alışveriş ve seks bağımlılığında da davalıların kısıtlanması söz konusu olduğundan yardım istemek üzere başvuran hastalar gibi samimi davranmaları beklenmez. Olgular sorunlarını minimize etmeye eğilimlidirler ve hekimi yanıltma çabaları (disimülasyon) vardır (Dokuz 1966, Soysal 2012). Bu nedenle akıl hastalığına bağlı vesayet incelemelerinin çoğunda ihtiyaç duyulmayan dava dosyası incelenmesi bu grupta gereklidir. Dosyada kişinin seks, kumar veya alışveriş bağımlılığını gösteren somut kanıt ve ifadeler yetersizse kişi hakkında sosyal inceleme yaptırılır ve yargıca yazılan yazıyla kişinin aile üyeleri ve tanıyanların bilgisine başvurulur. Bu incelemeyle: örneğin hafta sonları 5-10 liralık at yarışı oyunu oynadığını söyleyen adamın eşi on binlerce liralık bahis sitesi borcu dökümü getirebilir. Tamam'ın (2009) belirttiği gibi çoğunlukla kadınlarda ve daha çok kıyafet ve süs eşyaları almak şeklinde ortaya çıkan, alışveriş bağımlılığında aylık birkaç yüz liralık giyim masrafı olduğunu anlatan kadının eşi de aylık gelirlerini aşan giyim ve kozmetik ürün faturalarını gösterebilir. Seks bağımlılığının neden olduğu kötü yaşama tarzı gerekçesiyle kısıtlanma davası günlük pratikte karşılaşılan bir durum değildir ancak teoride mümkündür. Bu olgularda da hastanın anlatımlarından çok dosya içeriği ve eş ifadeleri yol gösterici olacaktır.

Psikiyatrik bilirkişilikte, dürtü kontrol bozukluğu olgularının raporlarının sağlık kurulu raporu haline getirilmesi akıl hastalıklarında olduğu gibi koşul değildir. Hekime düşen bozukluğu belirtmektir. Bu tanının vesayeti gerektirdiğini veya gerektirmediğine karar vermek durumunda değildir. Zaten hekim bu konudaki kanısını belirtse de, yargıç yasal zorunluluk olarak kişiyi dinledikten sonra kararı kendisi verecektir.

Hukuken Kısıtlamaya İlgili TMK Maddeleri

B. Kısıtlama

- I. Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı

Madde 405.- Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır.

Görevlerini yaparlarken vesayet altına alınmayı gerekli kılan bir durumun varlığını öğrenen idari makamlar, noterler ve mahkemeler, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar.

II. Savurganlık, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı, kötü yönetim

Madde 406.- Savurganlığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı veya mal varlığını kötü yönetmesi sebebiyle kendisini veya ailesini darlık veya yoksulluğa düşürme tehlikesine yol açan ve bu yüzden devamlı korunmaya ve bakıma muhtaç olan ya da başkalarının güvenliğini tehdit eden her ergin kısıtlanır.

III. Özgürlüğü bağlayıcı ceza

Madde 407.- Bir yıl veya daha uzun süreli özgürlüğü bağlayıcı bir cezaya mahkûm olan her ergin kısıtlanır.

Cezayı yerine getirmekle görevli makam, böyle bir hükümlünün cezasını çekmeye başladığını, kendisine vasi atanmak üzere hemen yetkili vesayet makamına bildirmekle yükümlüdür.

IV. İstek üzerine

Madde 408.- Yaşlılığı, sakatlığı, deneyimsizliği veya ağır hastalığı sebebiyle işlerini gerektiği gibi yönetemediğini ispat eden her ergin kısıtlanmasını isteyebilir.

C. Usul

I. İlgilinin dinlenilmesi ve bilirkişi raporu

Madde 409.- Bir kimse dinlenilmeden savurganlığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı, kötü yönetimi veya isteği sebebiyle kısıtlanamaz.

Akil hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle kısıtlamaya ancak resmî sağlık kurulu raporu üzerine karar verilir. Hâkim, karar vermeden önce, kurul raporunu göz önünde tutarak kısıtlanması istenen kişiyi dinleyebilir.

Boşanma Nedeni Olarak Dürtü Kontrol Bozuklukları

Medeni Kanun akıl hastalığını iki koşulla boşanma nedeni sayar: Eşlerden birinin akıl hastalığı diğeri için yaşamı çekilmez kılarırsa, sağlık kurulu raporuyla hastalığın iyileşmeyecek doğada olduğunun saptanması hâlinde boşanma gerçekleşir.

TMK'da akıl hastalığı dışında boşanma gerekçesi olarak yer alan maddeler şunlardır: a) Zina. b) Hayata kast, pek kötü ve onur kırıcı davranış. c) Suç işleme ve haysiyetsiz hayat sürme. d) Terk. e) Evlilik birlüğünün sarsılması.

Adli psikiyatri birimlerine, dürtü kontrol bozukluğu nedeniyle boşanmanın gerekip gerekmediğine ilişkin davalar geldiğinde, konuyla ilgili fikir yürütmek ve öngöründe bulunmak için hastalıkların evliliğe etkisi akıl hastalığı dışındaki gerekçelere bakmakta yarar var:

Kompulsif seks bağımlılarına eşleri tarafından, zina veya haysiyetsiz hayat sürme gerekçesiyle açılan boşanma davasında kişinin kendisini hastalıkla savunması olasılık içindedir. Bu durumda psikiyatriste gelen olgunun anılan hastalığı saptansa da, hastalık akıl hastalığı olarak tanımlanamayacağı için boşanma gerekçesi değişmeyecektir. Hastalığın kendisinin suç olarak tanımlandığı piromani, kleptomani ve aralıklı patlayıcı bo-

zुकlukta suç işleme boşanma nedeni sayılacaktır. Aralıklı patlayıcı bozuklukta, eşe karşı saldırganlık varsa eşe kötü davranma nedeniyle boşanma gerekçesi olacaktır.

Diğer başlıklar altında belirtildiği gibi psikiyatrik sınıflandırmada yer alan her bozukluk veya rahatsızlığın yasalarda yer alan akıl hastalığı tanımını karşılamadığından, dürtü kontrol bozuklukları olanların bu madde kapsamında değerlendirilmeleri doğru olmayacaktır.

Sonuç

Dürtü kontrol bozuklukları hukuki açıdan birçok sorumluluk getiren önemli bir hastalık grubudur. Bu bozuklukların doğru tanı alması hastaların yasal haklarının değerlendirilmesi ve uygun hukuki yaklaşımların sergilenmesinin sağlanmasına önemli bir başlangıç noktası oluşturacaktır.

Kaynaklar

- Appelbaum PS (1989) Psychiatry and the law. In Review of Psychiatry 1989, Vol.8 (Eds JM Oldham, MB Riba):348-355. Washington: American Psychiatric Press.
- Appelbaum PS, Gutheil TG (2006) Clinical Handbook of Psychiatry and Law. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Asahi S, Okamoto Y, Okada G, Yamawaki S, Yokota N. (2004) Negative correlation between right prefrontal activity during response inhibition and impulsiveness: A fMRI study. Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci, 254: 245-251.
- Ayaz A, Ayaz B, Soyulu N (2012) Çocuk ve ergen adli olgularda ruhsal değerlendirme. Klinik Psikiyatri Dergisi, 15:33-40.
- Bradford J, Booth B, Seto MC (2010) Forensic assessment of sex offenders. In The American Psychiatric Publishing Textbook of Forensic Psychiatry. (Ed: RI Simon, LH Gold):373-395. Washington, American Psychiatric Publishing.
- Brook R, Dolan M, Coorey P (1996) Arson and epilepsy. Med Sci Law, 36:268-271.
- Greenberg HR (2005) Impulse-control disorder not elsewhere classified. In Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th edition (Ed:BJ Sadock, V Sadock):2035-2054. New York, Lippincott Williams & Wilkins.
- Can Y, Sercan M, Saatçioğlu Ö, Soysal H, Uygur N (2006) Hukuki Ehliyeti Değerlendirme Formu (HEDEF) geçerlilik, güvenilirlik ve duyarlılığı. Klinik Psikiyatri Dergisi, 9:5-16.
- Chris L. (1995) Forensic Psychiatry for Health Professionals. London, Chapman and Hall.
- Çalıyurt O. (2009) Kleptomani. In Dürtü Kontrol Bozuklukları (Ed: L Tamam):209-238. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Delisi M, Berg MT (2006) Exploring theoretical linkages between self-control theory and justice system processing. J Crim Justice, 34:153-163.
- DePrato DK, Hammer JH (2002) Assessment and treatment of juvenile offenders. In Principles and Practice of Child and Adolescent Forensic Psychiatry (Eds DH Schetky, EP Benedek):267-278. Arlington, American Psychiatric Publishing.
- Dokuz Z (1966) Adli Psikiyatri: Akıl Hastalıkları ve Toksikomani Mevzuatımız. İstanbul, İstanbul Matbaası.
- Drogowski M, Orlicki B, Dawidowski E (1966) Pyromania as a symptom of a psycho-organic syndrome in the course of temporal lobe epilepsy. Neurol Neurochir Psychiatr Pol; 16:1433-1434.
- Giladi N, Weitzman N, Schreiber S, Shabtai H, Peretz C (2007) New onset heightened interest or drive for gambling, eating, shopping or sexual activity in patient with Parkinson's disease: the role of dopamine agonist therapy and age at motor symptoms onset. J Psychopharmacol, 21:501-506.
- Grant JE, Levire L (2005) Impulse control disorders in adult psychiatric inpatients. Am J Psychiatry, 162:2184-2188
- Hucker DJ (2013) Impulse control disorders. <http://www.forensicpsychiatry.ca/impulse/overview.htm#distinguish> adresinden 21.12.2013 tarihinde indirildi.
- Kandemir F, Büken B, Büken E, Erkol Z (2014) Kleptomani (çalma deliği)'ye yol açan faktörler ve ceza sorumluluğu'nun değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4(2):21-24.
- Kılınçaslan A (2010) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda yürütücü işlevler. Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Dergisi, 6(2):15-21.
- Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E et al. (2005) The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. Psychol Med 35:245-256.
- Lindberg N, Holi MM, Tani P, Virkkunen M. (2005) Looking for pyromania: characteristics of a consecutive sample of Finnish male criminals with histories of recidivist fire –setting between 1973 and 1993. BMC Psychiatry 5:47.

- Öncü F, Sercan M. (2007) Ceza hukukunda adli psikiyatri. In Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu. (Ed. M Sercan):33-50. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Öncü F, Türkan S, Canbek Ö, Yeşilbursa D, Uygur N (2009) Fetishism and kleptomania: a case report in forensic psychiatry. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46:125-128.
- Özen M, Yeşilbursa D (2011) Adli psikiyatride travmatik beyin hasarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel*, 1(1):57-62.
- Özderden M (2012) İdiopatik Parkinson hastalarında dopamin disregülasyon sendromu, dürtüsellik ve dürtü kontrol bozukluğu (Uzmanlık tezi). İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
- Pobocha J. (2012) Impulse control disorders in forensic psychiatry. *Sveikatos Mokslai*, 22:114-118.
- Puri BK, Brown RA, McKee HJ, Treasaden I (2005) *Mental Health Law: A Practical Guide*. London, CRC Press.
- Retz W, Rösler M (2009), The relation of ADHD and violent aggression: What can we learn from epidemiological and genetic studies? *Int J Law Psychiatry*, 32:235-243.
- Sabatino C, Basinger SL (2000) Competency: reforming our legal fictions. *J Ment Health Aging*, 6:119-144.
- Saha A (2010) A case of intermittent explosive disorder. *Indian J Psychiatry*, 19:55-57.
- Schetky DH (2002) Risk assessment of violence in youths. In *Principles and Practice of Child and Adolescent Forensic Psychiatry* (Eds DH Schetky, EP Benedek):231-246. Arlington, American Psychiatric Publishing.
- Sercan M (2007) Yurttaşlık hukukunda adli psikiyatri. In Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu (Ed. M Sercan):80-88. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Soysal H (2005) Adli Psikiyatri El Kitabı. İstanbul, Romans Yayınları.
- Soysal H (2012) Adli Psikiyatri Güncellenmiş Basım. İstanbul, Özgür Yayınları.
- Sjöwal D, Roth S, Lindqvist S, Thorell LB (2013) Multiple deficits in ADHD: executive dysfunction, delay aversion, reaction time variability, and emotional deficits. *J Child Psychol Psychiatry*, 54:619-627.
- Tamam L (2009) Piromani. In *Dürtü Kontrol Bozuklukları* (Ed: L Tamam):67-114. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Tamam L (2009) Aralıklı Patlayıcı Bozukluk. In *Dürtü Kontrol Bozuklukları* (Ed: L Tamam):115-156. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Tamam L (2009) Kompulsif Satın Alma. In *Dürtü Kontrol Bozuklukları* (Ed: L Tamam):403-426. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Thienhaus OJ (2007) Intermittent explosive disorder and the like: overappreciated? <http://www.psychiatrictimes.com/articles/intermittent-explosive-disorder-and-overappreciated> adresinden 01.01.2014 tarihinde indirildi.
- Voigt CJ, Heisel DE, Benedek EP (2002) State-of-mind assessments: competency and criminal responsibility. In *Principles and Practice of Child and Adolescent Forensic Psychiatry* (Eds DH Schetky, EP Benedek):297-306. Arlington, American Psychiatric Publishing.
- Young SJ (2007) Forensic aspects of ADHD. In *Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. (Eds. M Fitzgerald, M Bellgrove, M Gill):98-108. West Sussex, Wiley.
- Young SJ (2009) Attention-deficit Hyperactivity Disorder In *Forensic Neuropsychology in Practice: A Guide to Assessment and Legal Processes* (Eds SJ Young, M Kopelman, G Gudjonsson):83-107. New York, Oxford University Press.
- Young SJ, Adamou M, Bolea B, Gudjonsson G, Müller U, Pitts M et al. (2011) The identification and management of ADHD offenders within the criminal justice system: a consensus statement from the UK Adult ADHD Network and criminal justice agencies *BMC Psychiatry*, 11:32.

Hüseyin Soysal, Uzm.Dr., Serbest Hekim, İstanbul.

Yazma Adresi/Correspondence: Hüseyin Soysal, İstanbul, Turkey. E-mail: hsoysal1@hotmail.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol7/no1/

Geliş tarihi/Submission date: 5 Şubat/February 5 2014 · **Çevrimiçi yayım/Published online** 26 Nisan/April 26, 2014
