

Tourette sendromu ve ceza sorumluluğu: Bir olgu sunumu

Tourette syndrome and criminal responsibility: A case report

Elif Gökçe Ersoy Şimşek, Saniye Tülin Fidan

Corresponding author: Elif Gökçe Ersoy Şimşek

Department of Child and Adolescent Psychiatry, Osmangazi University, Eskisehir, Türkiye
email: elifgokce_ersoy@hotmail.com

ÖZET:

Tourette sendromu, çocukluk çağı başlangıçlı, motor ve vokal tiklerle karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. Tourette sendromuna sıklıkla başka ruhsal bozuklukların ya da davranış sorunlarının eşlik ettiği bilinmektedir. Tourette sendromu kendilik saygısı, aile yaşamı, toplumsal kabul ve iş veya okuldaki işlevlerde zorluklara neden olabilmektedir. Literatürde Tourette sendromu olan bireylerin yasal sorumluluklarıyla ilgili sınırlı sayıda bilgi bulunmaktadır. Biz bu yazımızda Tourette sendromu tanısı olan ve işlediği basit yaralama suçu ile ilgili Türk Ceza Kanunun 32. Maddesi bağlamında değerlendirilmek üzere mahkeme tarafından polikliniğimize yönlendirilen 16 yaşındaki bir olguyu sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Tourette sendromu, ceza sorumluluğu, çocuk

ABSTRACT:

Tourette syndrome is a neurodevelopmental disorder characterized by childhood onset, motor and vocal tics. It is known that Tourette syndrome is often accompanied by other mental disorders or behavioral problems. Tourette syndrome can cause difficulties in self-esteem, family life, social acceptance and functioning at work or school. There is limited information about Tourette syndrome and its legal responsibilities in the literature. In this article, we aimed to present a 16 year-old case with Tourette syndrome who was directed to our clinic by the court to be evaluated in the context of Article 32 of the Turkish Penal Code in regard to simple injury crime.

Keywords: Tourette syndrome, criminal responsibility, child

GİRİŞ

Tourette sendromu (TS), en az bir yıl süren motor ve vokal tiklerle karakterize, çocukluk çağı başlangıçlı nörogelişimsel bir bozukluktur (1). Tikler sıklık ve yoğunluk açısından dalgalanmalar gösteren, genellikle ataklar ile ortaya çıkan; ani, hızlı, ritmik olmayan, tekrarlayıcı ve amaçsız motor hareket veya sesler olarak tanımlanmaktadır (2). Tikler yalnızca birkaç kası ya da basit sesi içeren yapıda olabileceği gibi, birden fazla kas grubunun işe karıştığı hareketler, kopropaksi (el hareketi yapma), ekopaksi (başkalarının hareketlerini taklit), ekolali (başkalarının söylediklerini tekrarlamak), palilali (kendi kelime ve sözlerini tekrarlamak), koprolali (küfürlü konuşma) şeklinde de olabilir (3). Semptomlar genellikle 4-6 yaş arasında hafif motor tikler şeklinde başlar, ardından daha kompleks motor ve ses tikleri ortaya çıkar. 10-12 yaş arasında tiklerin şiddeti pik yapar ve sonrasında azalma seyri iz-

ler (4, 5). TS'nun çocuklarda ve ergenlerde yaklaşık olarak 8-10/1000 oranında görüldüğü ve ağırlıklı olarak erkekleri etkilediği (3-4:1) bilinmektedir (6, 7). Klinik çalışmalar ve toplum çalışmalarından elde edilen verilere göre TS'li bireylerin yaklaşık %90'ında eşlik eden bir psikiyatrik durum ya da davranış sorunları olduğu görülmüştür (8, 9). En yaygın görülen psikiyatrik komorbiditeler; obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (10), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) (11), duygudurum bozuklukları (12), dürtü kontrol bozuklukları (13) ve kişilik bozukluklarıdır (14). Ayrıca TS'li çocuklarda yaygın gelişimsel bozukluklar, öğrenme güçlüğü ve yıkıcı davranım bozuklukları genel popülasyondan daha fazla görülmektedir (4). Uluslararası bir araştırmada tik bozuklukları olan bireylerde agresyon yaygınlığı %25, yaşam boyu yaygınlık ise %37 saptanmıştır (15). Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 31/1 maddesine göre Türkiye'de çocukların ceza sorumluluğu için asgari yaş sınırı 12 olarak kabul edilmiştir. Çocuklar doğal gelişimleri

içerisinde; ruhen, ahlaken ve akli olarak belli bir olgunluğa eriştikleri için, 12 yaşından sonra kusur işleyebilme yeteneğine erişirler, fakat yine yetişkinler gibi yargılanamazlar. Eğer 12-15 yaş arasındaki bir çocuk bir suç ile itham edilmiş ise, suç sırasında algılama ve davranışlarını yönlendirme yetisinin var olup olmadığı araştırılmakta (Madde 31/2); 15 yaşını doldurmuş çocuklar ve erişkinlerde ise, akıl hastalığı veya zeka geriliğinin bulunmaması, yasal sorumluluğun belirlenmesinde önemli bir kriter olarak kabul edilmektedir (16).

Literatürde TS'lu bireylerin yasal sorumluluklarıyla ilgili sınırlı sayıda bilgi bulunmaktadır. Bu çalışmada TS tanısı olan ve işlediği basit yaralama suçu ile ilgili TCK 32. Maddesi bağlamında değerlendirilmek üzere mahkeme tarafından polikliniğimize yönlendirilen 16 yaş 1 aylık bir olgu sunulmuştur.

OLGU

16 yaş 1 aylık erkek olgu, 2017'nin eylül ayında, mahkeme tarafından TCK'nın 32. maddesi bağlamında, akıl hastalığı nedeniyle işlediği fiilin anlam ve sonuçlarını algılamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli ölçüde azalmış kişi olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceği ve birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişi olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceği hakkında adli rapor düzenlenmek üzere polikliniğimize gönderilmiştir. Bu amaçla soruşturma evrakı ve dava dosyası incelenmiş, olgu ile görüşülmüştür.

Ayrıntılı öyküde 3 kardeşin 2'si olduğu, anne-babanın boşanmış olduğu, baba ile birlikte yaşadığı, okuldayken başarılı bir öğrenci olmadığı, bu nedenle 8. sınıftan sonra eğitimine devam etmediği, yaklaşık 2,5 ay önce babası ile anlaşamamaları nedeniyle evden ayrılıp Eskişehir'e geldiği, birkaç hafta sokaklarda yaşadıkdan sonra polisler tarafından bulunup Çocuk Koruma İlk Müdahale ve

Değerlendirme Birimine alındığı öğrenilmiştir. 11 yaşından bu yana tiklerinin olduğunu, başkalarının söylediklerini tekrarlamak, bir yerde duyduğu bir söze ya da kelimeye takılı kalıp tekrar tekrar söyleme, istemeden karşısındaki kişilerin hareketlerini tekrarlamak şeklindeki tikleri nedeniyle arkadaşları arasında dalga konusu olduğu ve günlük yaşantısında sık sık sorun yaşadığını, bu durumdan çok rahatsız olduğunu, bu şikayetlerle 3 ay önce bir çocuk psikiyatri kliniğine başvurduğunu, kendisine ilaç tedavisi başlandığını ancak ilaçları 3 gün kullandıktan sonra kaybedip bıraktığını ifade etmiştir. Ailesinde de bu tür bir durum olup olmadığı sorulduğunda; babasının da eskiden tiklerinin olduğunu ancak düzeldiğini ifade etmiştir.

Olay günü bir arkadaşı ile şakalaşıırken kavga etmeye başladıklarını, arkadaşının burnuna yumruk attığını, kendisinde kafasından yaralandığını, arkadaşının kendisini çok öfkeliendirdiğini, olayla ilgili pişmanlık duymadığını ifade etmiştir. Soruşturma evrakından yumruk attığı çocuğun burnunun kırıldığı öğrenilmiştir.

Ruhsal durum muayenesinde; genel görünümü yaşında gösteriyordu, giyimi sosyoekonomik durumu ile uyumlu idi, kendine bakımı iyiydi, konuşma hızı ve miktarı normaldi ancak patlayıcı tarzda, sorulan soruları tekrarlamak ya da duyduğu bir sözcüğü ya da sözcük grubunu tekrar tekrar söyleme şeklinde vokal tikleri mevcuttu, duygudurumu ötimik, duygulanımı duygudurum ile uyumlu idi, düşünce içeriğinde hezeyan, obsesyon saptanmadı, suid-homisid düşüncesi yoktu. Genel zihinsel düzeyinin belirlenmesi amacıyla uygulanan Kent EGY Sözel Performans testinden 71,42 puan alan hasta Porteus Labirentleri Performans testinden 118 puan almıştır. Ortalama zeka bölümü puanı 95 olarak saptanmıştır. Tanısal değerlendirme için yarı-yapılandırılmış bir psikiyatrik görüşme formu olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞGŞY) kullanılmıştır. Alınan öykü ve klinik değerlendirmeler neticesinde, olguya DSM-V TR tanı kriterlerine göre TS tanısı kon-

muştur. Bu duruma eşlik eden ek bir psikopatoloji saptanmamıştır. Olguya Yale Global Tik Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (YGTSS) (17) uygulanmış; motor tik puanı 15, fonik tik puanı 18, total tik puanı 33, genel bozulma puanı 40 ve global şiddet puanı 73 olarak hesaplanmıştır. Genel bozulma puanındaki yükseklik olguda tik bozukluğuna ikincil gelişen kendilik saygısı, aile yaşamı ve toplumsal kabul gibi alanlardaki zorluklara işaret etmektedir. Kendisinin de belirttiği gibi özellikle arkadaşları arasında alay konusu olma, tiklerine yönelik moral bozucu tarzda yorumların olması tedavi arayışına neden olmuş ancak babada da bir dönem tiklerin olması ve sonradan düzelmesi ve ailenin bu durumu kabullenip geçici olarak görmesi olgunun tedaviyi sürdürmemesine neden olmuştur.

Olgunun değerlendirilmesi sonrasında düzenlenen adli raporun sonuç bölümünde, hastada “Tourette Sendromu” saptandığı, başka ek bir psikopatolojisin bulunmadığı; hastanın işlediği basit yaralama suçu ile ilgili olarak, bu ruhsal bozukluk nedeniyle işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azalmış kişi olarak değerlendirilemeyeceği, birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış kişi olarak değerlendirilemeyeceği, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algıladığı belirtilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Toplumsal yaşamla ilgili kuralların yer aldığı yasalara aykırı davranışlar suç olarak kabul edilmekte ve bu suçu işleyen kişiye bir ceza öngörülmektedir. Ancak bir kişiye işlemiş olduğu suçla ilgili ceza verilebilmesi için; suçu tam bir akıl sağlığı içinde bilerek, isteyerek işlemesi ve bunun doğuracağı sonuçlara katlanması gerekir. İnsanın davranışlarını denetleyemediği, engelleyemediği durumlarda eylemlerinden dolayı suçlu tutulamayacağı ve kendisine ceza verilemeyeceği hukuk yaşamının temellerindendir (18). TCK’nun 31/3 maddesi uyarınca fiili işlediği sırada 15 yaşını doldurmuş ve fakat 18 yaşını doldurmamış çocukların ceza sorumluluğu var kabul edilmiş ancak bu sorumluluğunun bir yetişkinden daha az olacağı değerlendirilerek bu yaştaki fail çocuğa yetişkinlerden

daha az ceza verilmesi benimsenmiştir. Bu yaştaki çocuğun akıl hastası olduğunun ileri sürülmesi veya bu yönde bir tereddüt oluşması durumunda akıl hastalığına yönelik inceleme yapılmalı ve akıl hastalığının varlığının tespiti halinde TCK’nun 32. maddesi uygulanmalıdır. Ceza ehliyeti ile ilgili olarak TCK 32. maddesinin 1. fıkrasında; akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki 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 ifadesi yer almaktadır. 2. fıkrasında ise; 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 hallerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmak üzere indirilebilir. Mahkûm olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir ifadesi yer almaktadır (16).

Çocuk adalet sisteminde psikiyatrik değerlendirmeye yönelik yapılan bir çalışmada, adalet sistemi ile karşılaşan çocuklarda ruhsal bozukluk görülme oranlarının %65 olduğu bildirilmiştir (19). Bir başka çalışmada 10-18 yaş arasındaki suça sürüklenen çocuklarda davranım bozukluğu dışında ruhsal bozukluk görülme oranı %60 saptanırken, erkek çocuklarda görülme sıklığına göre ruhsal bozukluklar: madde kullanım bozukluğu %50, yıkıcı davranım bozuklukları %41, anksiyete bozuklukları %21, duygudurum bozukluğu %18, DEHB %16, psikoz %1 olarak belirtilmiştir (20). Zeka geriliği ve önemli akıl hastalıklarının yanı sıra çocukluk dönemine özgü pek çok ruhsal bozukluk çocukların gerçeği değerlendirme, algılama, düşünme ya da eyleme geçme süreçlerini etkileme potansiyeline sahiptir. Öğrenme bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, otizm spektrum bozuklukları bunlardan bazılarıdır. Ruhsal bozuklukların yanı sıra çocuklarda görülen çeşitli nörolojik bozukluklar ve gelişme geriliğine yol açan bazı tabloların da ceza sorumluluğunu ortadan kaldıracak ve önemli derecede etkileyebileceği bilinmelidir (21). Adli psikiyatrik değerlendirmede her olay için saptanan bozukluk veya klinik durumun ceza sorumluluğuna etkisi olayla

nedensellik bağının varlığı araştırılarak yapılmalıdır. Belirtilen tabloların, ceza sorumluluğunu etkileyebileceği gibi herhangi bir etkide bulunmayabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır (18). Pek çok ülkede yasal tanımlamada, kişinin akıl hastası olması yeterli bir kriter olmayıp, suç sırasında bu hastalığın etkisi ile “kişide şuur, hareket ve irade serbestisinin” ortadan kalkması ya da önemli derecede azalması şartları aranmaktadır. Bir başka deyişle, ruhsal bir bozukluğun varlığı her zaman, çocuğun işlediği fiille ilgili ceza sorumluluğunu ortadan kaldıracak bir rol oynamayabilmektedir. Bizim olgumuzda da çocuğun; olay sırasında yaptığı eylemin, neden böyle bir eyleme kalkışığının, eylemin doğurabileceği sonuçların ve kendisine verilebilecek cezaların farkında olması nedeniyle var olan Tourette Sendromunun çocuğun olay sırasındaki davranışlarını etkilemediği düşünülmüş ve yasal olarak sorumlu olduğu kararına varılmıştır. Literatürde yer alan Büyük ve arkadaşlarının değerlendirdiği bir olguda ise, Tourette Sendromu

nedeniyle arkadaşları tarafından sürekli olarak tikleri provoke edilen olgu, çalıştığı lokantada etmek kestiği sırada kendisini provoke eden arkadaşının hızla yanına sokulması sırasında arkadaşını tek bıçak darbesi ile hayati tehlike yaratacak şekilde yaralamış ve yapılan değerlendirme sonucunda kişinin ceza ehliyetinin tam olmadığına karar verilmiştir (22). Büyük ve arkadaşlarının olgusunda olduğu gibi davranış, Tourette Sendromu ile ilişkili olarak istem dışı meydana gelebilirken, bizim olgumuzda olduğu gibi var olan bozuklukla ilişkili olmayabilir. Bu nedenle adli psikiyatrik değerlendirme saptanan bozukluk veya klinik durumun kişinin gerçeği değerlendirme, algılama, düşünme ve eyleme geçme sürecini nasıl etkilediği ve olayla nedensellik bağının varlığı araştırılmalıdır. Bu sayede o hastalığın veya klinik durumun, hiç bir değerlendirme yapılmadan ve nedensellik bağı kurulmadan ceza sorumluluğunu kaldırdığı veya etkilemediği şeklindeki ön kabullerin hatalı sonuçlara yol açması önlenabilir.

KAYNAKLAR

1. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington: American Psychiatric Publishing. 2013.
2. Cath DC, Hedderly T, Ludolph AG, Stern JS, Murphy T, Hartmann A. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part I: assessment. Eur Child Adolesc Psychiatry 2011;20(4):155-71.
3. Leckman J, Cohen D. Tic Disorders: In Rutter M, Taylor E. Child and Adolescent Psychiatry Fourth ed Oxford: Blackwell Publishing Company 2002:593-611.
4. Bloch MH, Leckman JF. Clinical course of Tourette syndrome. J Psychosom Res 2009;67(6):497-501.
5. Freeman RD, Fast DK, Burd L, Kerbeshian J, Robertson MM, Sandor P. An international perspective on Tourette syndrome: selected findings from 3,500 individuals in 22 countries. Dev Med Child Neurol 2000;42(7):436-47.
6. Robertson MM. A personal 35 year perspective on Gilles de la Tourette syndrome: Prevalence, phenomenology, comorbidities, and coexistent psychopathologies. Lancet Psychiatry 2015;2(1):68-87.
7. Knight T, Steeves T, Day L, Lowerison M, Jette N, Pringsheim T. Prevalence of tic disorders: A systematic review and meta-analysis. Pediatr Neurol 2012;47(2):77-90.
8. Robertson MM. Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment. Brain 2000;123 Pt 3:425-62.
9. Mol Debes NM, Hjalgrim H, Skov L. Validation of the presence of comorbidities in a Danish clinical cohort of children with Tourette syndrome. J Child Neurol 2008;23(9):1017-27.
10. Lombroso PJ, Scahill L. Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder. Brain Dev 2008;30(4):231-7.
11. Robertson MM. Attention deficit hyperactivity disorder, tics and Tourette’s syndrome: the relationship and treatment implications. A commentary. Eur Child Adolesc Psychiatry 2006;15(1):1-11.
12. Robertson MM. Mood disorders and Gilles de la Tourette’s syndrome: An update on prevalence, etiology, comorbidity, clinical associations, and implications. J Psychosom Res 2006;61(3):349-58.
13. Frank MC, Piedad J, Rickards H, Cavanna AE. The role of impulse control disorders in Tourette syndrome: an exploratory study. J Neurol Sci 2011;310(1-2):276-8.
14. Cavanna AE, Robertson MM, Critchley HD. Schizotypal personality traits in Gilles de la Tourette syndrome. Acta Neurol Scand 2007;116(6):385-91.

15. Kurlan R. Handbook of Tourette’s syndrome and related tic and behavioral disorders: CRC Press; 2004.

16. Piskin M. Examination of Peer Bullying Among Primary and Middle School Children in Ankara, Turkey. Egitim ve Bilim 2010;35(156):175.

17. Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT, Ort SI, Swartz KL, Stevenson J, et al. The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1989;28(4):566-73.

18. Gülen Şişmanlar Ş, Biçer Ü, Coşkun A. Adli Psikiyatri. In: Pekcanlar Aynur A, Ercan E, editors. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2016. p. 450-69.

19. Wasserman GA, Jensen PS, Ko SJ, Cocozza J, Trupin E, Angold A, et al. Mental health assessments in juvenile justice: report on the consensus conference. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2003;42(7):752-61.

20. Teplin LA, Abram KM, McClelland GM, Dulcan MK, Mericle AA. Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. Arch Gen Psychiatry 2002;59(12):1133-43.

21. Taylor GJ, Bagby RM. Measurement of alexithymia. Recommendations for clinical practice and future research. Psychiatr Clin North Am 1988;11(3):351-66.

22. Buyuk Y, Kurnaz G, Asliyukse H, Ergezer Y. Gilles de la Tourette Syndrome: Forensic psychiatric evaluation of a case due to the crime of violent struggle. Adli Tıp Dergisi 2003;17(3-4):4-8.