

Adli psikiyatride nörobilişsel bozukluk: Retrospektif tek merkezli bir çalışma

Neurocognitive disorder in forensic psychiatry: A retrospective single center study

 Ender Cesur¹,  Zerrin Yıldırım²,  İlker Taşdemir³,  Fatma Nuray Cansunar⁴

Corresponding author: Ender Cesur

Department of Psychiatry, Acıbadem Maslak Hospital
B3 Floor, Darüşşafaka Mah., Sarıyer, İstanbul, Türkiye
email: ender_cesur@hotmail.com

ORCID:

Ender Cesur: 0000-0002-8982-8626 İlker Taşdemir: 0000-0003-2968-3899
Zerrin Yıldırım: 0000-0002-5128-1784 Fatma Nuray Cansunar: 0000-0002-5613-9592

ÖZET

AMAÇ: Adli psikiyatrik açıdan değerlendirilen ve nörobilişsel bozukluk saptanan hastaların klinik ve adli özelliklerini tanımlamak ve bu kişilere yaklaşım konusunda klinisyenlere katkı sağlamaktır.

YÖNTEM: Çalışma için, Adli Tıp Dördüncü İhtisas Kurulu tarafından değerlendirilen ve değerlendirme sonucunda nörobilişsel bozukluk (demans, hafif bilişsel bozukluk (HBB), organik mental bozukluk (OMB)) saptanan kişilerin verileri geriye dönük olarak taranmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya 201 hasta dahil edilmiştir. Hastaların %80,1'i demans, %14,9'u HBB ve %5'i OMB tanısı almıştır. Gruplar arasında değerlendirilme nedeni ve karar (p<0,001) açısından anlamlı düzeyde farklılık mevcuttur. Her üç grup da yüksek orada hukuki/fiili ehliyet ve ikinci sırada vesayet açısından değerlendirilmiştir. Demans ve OMB grubunda hukuki/fiili ehliyeti yoktur kararı verilenlerin oranı, HBB grubunda ise hukuki/fiili ehliyet vardır kararı verilenlerin oranı daha yüksektir. İşlem esnasında hekim tarafından hukuki/fiili ehliyeti vardır diye raporu olan kişilerin %88'inde ATK kararı da aynı yönde iken, %10'unda ATK tarafından aksi yönde karar verilmiştir. On iki kişi ceza ehliyeti yönünden değerlendirilmiş, bunlardan %41,7'si demans, %33,3'ü HBB ve %25'i OMB tanısı almıştır.

SONUÇ: İleri yaş nörobilişsel bozuklukla eşdeğer olmadığı gibi, nörobilişsel bozukluk da kişinin fiili ve cezai ehliyetini kaybettiği anlamına gelmemelidir. Hem ileri yaştaki kişilerin haklarını korumak hem de yasal sorumluluğun yerine getirilebilmesi için bilişsel bozuklukların kişinin gerçekleştirdiği eylemin farkında olup olmadığına kanaat getirecek düzeyde detaylı değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Nörobilişsel bozukluk, demans, hafif bilişsel bozukluk, organik mental bozukluk, yaşlılık, adli psikiyatri.

ABSTRACT

INTRODUCTION: To define the clinical and forensic characteristics of patients who are evaluated in terms of forensic psychiatry and who have neurocognitive disorders and to contribute to clinicians in approaching patients.

METHODS: For the study, the data of people who were evaluated by the Forensic Medicine Fourth Specialization Board and who were found to have neurocognitive disorders (dementia, mild cognitive impairment (MCI), organic mental disorder (OMD)) were scanned retrospectively.

RESULTS: Two-hundred one patients were included in the study. Of the patients, 80.1% were diagnosed with dementia, whereas 14.9% were diagnosed with MCI and 5% were diagnosed with OMD. There is a significant difference between the groups in terms of reason for evaluation and decision (p<0.001). All three groups were evaluated in terms of legal/criminal capacity and guardianship in the second place. In the dementia and OMD group, the rate of those who were given the decision that they do not have legal/criminal capacity is higher, whereas in the MCI group, the rate of those who were given the decision to have legal/criminal capacity is higher. While the CFM decision was the same in 88% of the people who had a report by the physician that they had legal/criminal capacity during the procedure, the CFM decided to the contrary in 10%. Twelve people were evaluated by the ATK for criminal liability. Of these, 41.7% were diagnosed with dementia, whereas 33.3% were diagnosed with MCI and 25% were diagnosed with OMD.

CONCLUSION: Just as advanced age is not equivalent to neurocognitive impairment; neurocognitive impairment should not mean that a person has lost all competence. In order to protect the rights of older people and to fulfill legal responsibility, cognitive disorders should be evaluated in detail to determine whether the person is aware of his action.

Keywords: Neurocognitive disorder, dementia, mild cognitive impairment, organic mental disorder, old age, forensic psychiatry.

GİRİŞ

Demans, deliryum, amnestik bozukluk ve diğer bilişsel bozukluklar” DSM-5'te “nörobilişsel bozukluklar” başlığı altında incelenmektedir (1). Nörobilişsel bozukluk doğrudan doğruya bir hastalık tanısı değildir, birçok farklı nedene bağlı olarak ortaya çıkan bilişsel yetersizliği tarif etmek için kullanılan bir şemsiye terimdir. DSM-5'te nörobilişsel bozukluğun; Alzheimer Hastalığı, fronto-temporal demans, Lewy cisimcikli demans, çarpmaya bağlı beyin hasarı, madde/ilaç kullanımı, insan immün yetmezlik virüsü enfeksiyonu, prion hastalıkları, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı ve başka bir sağlık durumuna bağlı olarak ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (1).

Nörobilişsel bozukluklardan demans, ileri yaşta özellikle 65 yaş ve üzeri kişilerde ortaya çıkmaktadır (2). Demans, herhangi bir psikiyatrik bozukluk veya deliryum ile açıklanamayan ve kişinin günlük yaşam aktivitelerinin bozulmasına neden olacak düzeyde birden fazla bilişsel alanda bozulma olarak tanımlanabilir (1, 3).

Hafif bilişsel bozukluk (HBB) ise, normal yaşlanma ve demans arasındaki bir geçiş durumunu ifade etmektedir. HBB bir bilişsel alanda objektif olarak saptanan ve günlük yaşam aktivitelerinde bozulmaya neden olmamış düzeydeki bozulmayla tanımlanır (4). Bu kişilerde yaşa göre beklenilenden daha fazla unutkanlık ya da başka bir bilişsel yakınma vardır, fakat demans tanı ölçütlerini karşılamamaktadır (5). Organik mental bozukluk ise (OMB), beynin fonksiyon bozukluğu veya hasarına ikincil ortaya çıkabilen, bilişsel fonksiyonlarda ve davranışlarda bozulma ile karakterize bir hastalık grubudur (6).

Nörobilişsel bozukluklar hem kişinin işlevselliğinde bozulmaya neden olabilmesi hem de muhakeme kusurlarının getirdiği problemlere bağlı olarak adli psikiyatrinin konusu olabilmektedir (7). Kişilerin işledikleri suçlar nedeniyle ceza sorumluluğu için değerlendirilmeleri gerekebilmektedir (8).

Demans hastalarının işlediği suçlar, önceden planlananlara göre çoğunlukla dürtüsel olabilmektedir (9). Özellikle prefrontal hasar, saldırganlıkla ve dürtüsellikle ilişkilidir ve şiddet suçları için artan risk taşımaktadır (9). Yine ayırt etme gücünün ve değerlendirme kabiliyetinin etkilenmesine bağlı olarak kişinin kısıtlanmasının gerekip gerekmediği, yaptığı/yapacak olduğu işlemlere dair fiil ehliyetine haiz olup olmadığı da değerlendirilmesi istenen konulardan olabilmektedir (10, 11).

Bu araştırmanın amacı, adli psikiyatrik açıdan değerlendirilen ve nörobilişsel bozukluk saptanan hastaların klinik ve adli özelliklerini tanımlamak ve bu kişilere yaklaşım konusunda klinisyenlere katkı sağlamaktır.

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma Adli Tıp Kurumu (ATK) Bilimsel Araştırma Komisyonu'nun 30/03/2021 tarih ve 20 21/301 sayılı etik kurul onayıyla Helsinki Deklarasyonu kurallarına uygun olarak yapılmıştır.

Çalışma için, ATK Adli Tıp Dördüncü İhtisas Kurulu tarafından Ocak 2019- Aralık 2020 tarih aralığında değerlendirilen ve değerlendirme sonucunda nörobilişsel bozukluk (demans, HBB, OMB) saptanan kişilerin verileri geriye dönük olarak taranmış, değerlendirilmesi esnasında hayatını kaybetmiş olan kişiler çalışma dışı bırakılmıştır. ATK değerlendirmesi esnasında hayatta olan 201 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada, demografik veriler dahilinde; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni hal, sosyoekonomik durum, tıbbi özgeçmiş ve ilaç kullanımı bilgileri, klinik veriler dahilinde kişilerin şikayetleri ve özellikleri, hastalık seyri, muayene bulguları, beyin görüntüleme bulguları, nöropsikolojik değerlendirme sonuçları ve adli veriler dahilinde adli değerlendirme nedeni, ATK kararı ve daha önceden değerlendiren hekim raporları incelenmiştir.

1 Department of Psychiatry, Acıbadem Maslak Hospital, İstanbul, Türkiye

2 Department of Neurology, Bağcılar Research and Training Hospital, İstanbul, Türkiye

3 Observation Specialization Department, The Council of Forensic Medicine, İstanbul, Türkiye

4 Forensic Medicine Fourth Specialization Board, The Council of Forensic Medicine, İstanbul, Türkiye

İstatistiksel Analiz

Çalışmanın istatistiksel analizi için Statistical Package for Social Sciences (Armonk, NY: IBM Corp.) v28.0 programı kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu için Kolmogorov-Smirnov testi, normal dağılıma uyan sürekli verilerin karşılaştırılmasında one-way ANOVA testi, kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson chi-square testi kullanıldı. Post-hoc analizlerde Tamhane’s T2 ve Tukey testleri kullanıldı. Analiz sonuçları n, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum olarak sunuldu. Önem düzeyi p<0,05 olarak alındı.

BULGULAR

Çalışmaya toplamda 201 hasta dahil edilmiştir. Bu hastaların %80,1’i (n = 161) demans, %14,9’u (n = 30) HBB ve %5’i (n = 10) OMB tanısı almıştır. Her üç grubun yaş ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık mevcuttur (p<0,001). Farkın hangi grup-

lardan kaynaklandığının tespiti için post-hoc analiz Tamhane’s T2 testinde OMB grubunun yaş ortalamasının demans ve HBB’ye göre anlamlı olarak düşük olduğu saptanmış, demans ve HBB grupları arasında yaş açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Her üç grubun eğitim düzeyleri arasında da anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p = 0,001). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için post-hoc analiz Tukey testinde HBB grubunda eğitim düzeyinin demans ve OMB’ye göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Demans ve OMB gruplarında eğitim düzeyi açısından anlamlı bir farklılık yoktur. Üç grup arasında cinsiyet, medeni durum ve eşlik eden hastalıklar açısından istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 1).

Gruplar hastalığın başlangıç tarzı (p<0,001), demans tedavisi alıp almadıkları (p<0,001) ve görüntüleme bulguları (p<0,001) açısından da anlamlı farklılık göstermektedir. Hastalık süresi açısından da üç grup arasında anlamlı farklılık mevcuttur

Tablo 1: Sosyo-demografik veriler

Yaş/Eğitim	Demans		HBB		OMB		p
	Eğitim	min-maks	Ort. (Ss)	min-maks	Ort. (Ss)	min-maks	<0,001*
	83,3 (8,1)a	56-100	83,2 (7,1)a	68-99	54 (14,9)b	29-79	0,001*
	3,7 (1,9)c	1-7	2,4 (1,5)d	1-6	4,5 (1,9)c	2-7	0,001*
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
K: E	66:95	41:59	12:18	40:60	3:7	30:70	0,789
Medeni durum							0,206
Evli	72	44,7	14	46,7	9	90	
Bekar	8	5,0	1	3,3	1	10	
Dul	69	42,9	14	46,7	0	0	
Boşanmış	7	4,3	1	3,3	0	0	
Bilinmiyor	5	3,1	0	0	0	0	
Eşlik eden hastalık varlığı							
Var	134	83,2	25	83,3	9	90	0,771
Yok	15	9,3	4	13,3	1	10	
Bilinmiyor	12	7,5	1	3,3	0	0	

HBB: hafif bilişsel bozukluk; OMB: organik mental bozukluk, Ort : ortalama; Ss: standart sapma; min: minimum; maks: maksimum; K: kadın; E: erkek
a,b Aynı satırda aynı harfe sahip gruplar arasında anlamlı fark yoktur (Post-hoc Tamhane’s T2).
c,d Aynı satırda aynı harfe sahip gruplar arasında anlamlı fark yoktur (Post-hoc Tukey).
* One-way Anova testi
Pearson Chi-square testi

(p<0,001). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için post-hoc analiz Tamhane’s T2 testinde demans grubunda hastalık süresinin HBB grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanırken diğer ikili karşılaştırmalarda anlamlı farklılık saptanmamıştır. Her üç grup mini mental durum değerlendirmesi (MMSE) skoru açısından

da anlamlı farklılık göstermektedir. OMB grubunda MMSE sonucu olan sadece 1 katılımcı bulunduğu için MMSE analizinden OMB grubu çıkarılmış ve demans ve HBB grubu arasında bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Buna göre HBB grubunun MMSE skoru demans grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p<0,001) (Tablo 2).

Tablo 2: Klinik veriler

	Demans		HBB		OMB		p
	n	%	n	%	n	%	
Başlangıç tarzı							
Ani	28	17,4	6	20	9	90	<0,001
Sinsi	99	61,5	21	70	1	10	
Belirlenemeyen	31	19,3	3	10	0	0	
Diğer	3	1,9	0	0	0	0	
Demans tedavisi							
Var	54	33,5	1	3,3	0	0	<0,001
Yok	107	66,5	29	96,7	10	100	
Görüntüleme sonucu							<0,001
Normal	5	9,4	0	0	0	0	
Atrofi	33	62,3	2	33,3	0	0	
Enfarktüs	14	26,4	2	33,3	0	0	
Kitle	0	0	0	0	1	33,3	
Diğer	1	1,9	2	33,3	2	66,7	
	Ort. (Ss)	min-maks	Ort. (Ss)	min-maks	Ort. (Ss)	min-maks	p
Süre	4,7 (3,3)a	1-15	2,6 (1,6)b	1-6	7,9 (6,5)ab	2-25	<0,001*
MMSE skoru	15,5 (4,5)c	3-23	20,5 (2,8)d	12-24	15NA	15	<0,001*

HBB: hafif bilişsel bozukluk; OMB: organik mental bozukluk, Ort: ortalama; Ss: standart sapma; min: minimum; maks: maksimum; MMSE: mini mental durum değerlendirmesi
a,b,ab Aynı satırda aynı harfe sahip gruplar arasında anlamlı fark yoktur (Post-hoc Tamhane’s T2).
c,d Bağımsız örneklem t-testi
NA Post-hoc analize dahil edilmemiştir.
* One-way Anova testi
Pearson Chi-square testi

Gruplar arasında ATK değerlendirilme nedeni (p<0,001) ve ATK kararları (p<0,001) açısından anlamlı düzeyde farklılık mevcuttur. Her üç grup da en sık olarak hukuki/fiili ehliyet ve ikinci sırada vesayet açısından değerlendirilmiştir. Demans ve OMB grubunda hukuki/fiili ehliyeti yoktur kararı verilenlerin oranının, HBB grubunda ise hukuki/fiili ehliyet vardır kararı verilenlerin oranının yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Demans grubunda vesayet nedeniyle değerlendirilmiş tüm hastaların vasi uygundur kararı verilmiştir (Tablo 3).

ATK’de hukuki/fiili ehliyet için değerlendirilen kişilerin daha öncesinden hekim tarafından verilmiş raporu olup olmadığına bakıldığında; %36’sında (n = 50) öncesinden hukuki/fiili ehliyeti vardır şeklinde hekim raporu bulunduğu, %64’ünde ise (n = 89) daha önceden hekim raporu bulunmadığı izlenmiştir. İşlem esnasında hekim tarafından hukuki/fiili ehliyeti vardır diye raporu olan kişilerin %88’inde

(n = 44) ATK kararı da aynı yönde iken, %10’unda (n = 5) ATK tarafından aksi yönde karar verilmiştir. İşlem esnasında hekim raporu olmayan kişilerin %76,4’ünde (n= 68) ATK tarafından hukuki/fiili ehliyeti yoktur kararı verilmişken, %23,6’sında (n = 21) ATK tarafından hukuki/fiili ehliyeti vardır kararı verilmiştir (Tablo 4).

On iki kişi ATK tarafından ceza ehliyeti için değerlendirilmiştir. Bunlardan %41,7’si (n = 5) demans, %33,3’ü (n = 4) HBB ve %25’i (n = 3) OMB tanısı almıştır. Suç dağılımı açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur (p = 0,299). Demans grubunun %40’ı (n = 2), HBB grubunun %75’i (n = 3) ve OMB grubunun %100’ü (n = 3) için cezai ehliyeti vardır kararına varılmıştır. Cezai ehliyeti yoktur kararı demans grubunun %60’ı (n = 3) için verilirken, diğer iki grup için böyle bir karar verilmemiştir (Tablo 5).

Tablo 3: Vesayet, hukuki/fiili ehliyet ve diğer nedenlerle değerlendirilen hastalarda tanılar ve verilen kararlar

n = 189			Demans	HBB	OMB	p
			n (%)	n (%)	n (%)	
Değerlendirilme nedeni						<0,001*
Vesayet			31 (19,9)	13 (50)	2 (28,6)	
Hukuki/fiili ehliyet			123 (78,8)	13 (50)	3 (42,9)	
Diğer			2 (1,3)	0	2 (28,6)	
Karar						<0,001*
Hukuki/fiili ehliyet	Var		53 (34,0)	12 (46,2)	0	
	Yok		69 (44,2)	1 (3,8)	3 (42,9)	
	Bilinemeyeceği		1 (0,6)	0	0	
Vesayet	Vasi uygun		31 (19,9)	0	2 (28,6)	
	Vasi gerekmez		0	6 (23,1)	0	
	Yasal danışman		0	7 (26,9)	0	
Diğer	Evliliği çekilmez hale getireceği		0	0	2 (28,6)	
	Evlilik tarihinde haiz değil		2 (1,3)	0	0	

HBB: hafif bilişsel bozukluk; OMB: organik mental bozukluk, Sd: standart sapma; min: minimum; max: maksimum

* Pearson Chi-square testi

Tablo 4: Hukuki/fiili ehliyet için değerlendirilenlerin kararları ve hekim raporları

n = 139	İşlem esnasında hekim raporu olanlar	İşlem esnasında hekim raporu olmayanlar	p
	n (%)	n (%)	
Karar			<0,001*
Hukuki/fiili ehliyeti var	44 (88)	21 (23,6)	
Hukuki/fiili ehliyeti yok	5 (10)	68 (76,4)	
Hukuki/fiili ehliyeti bilinemez	1 (2)	0	

* Pearson Chi-square testi

Tablo 5: Ceza ehliyeti için değerlendirilenlerin tanısı ve cezai sorumluluğu

Ceza ehliyeti için değerlendirilenler (n = 12)	Demans (n = 5)	HBB (n = 4)	OMB (n = 3)	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Suç dağılımı				
Yaralama	0	1 (25)	0	0,299*
Çocuğun cinsel istismarı	2 (40)	0	1 (33,3)	
Taksirle ölüme neden olma	2 (40)	0	0	
Hizmet nedeniyle görevi kötüye kullanma	0	1 (25)	0	
Vergi usul kanununa muhalefet	0	1 (25)	1 (33,3)	
İftira	0	1 (25)	0	
Zimmet	0	0	1 (33,3)	
Hırsızlık	1 (20)	0	0	
Karar				
Cezai ehliyeti var	2 (40)	3 (75)	3 (100)	
Cezai ehliyeti yok	3 (60)	0	0	
Cezai ehliyeti azaltılmış	0	1 (25)	0	

HBB: hafif bilişsel bozukluk; OMB: organik mental bozukluk

* Pearson Chi-square testi

TARTIŞMA

Bu çalışmada ATK'de nörobilişsel bozukluk nedeniyle değerlendirilmiş olan hastaların demografik ve klinik özellikleri ile adli değerlendirmeye tabii tutulma nedenleri ve verilen kararlar incelenmiştir. Nörobilişsel bozukluk hastalarının ATK'de en sık değerlendirilme nedeni hukuki/fiili ehliyet değerlendirilmesi iken bunu vesayet ve ardından ceza ehliyeti takip etmektedir.

Gelişmiş ülkelerin çoğunda artan yaşlı nüfusuyla doğru orantılı olarak yaşlılardaki psikiyatrik ve nörodejeneratif hastalıklar da artmakta ve bunun sonucu olarak yaşla ilişkili medikolegal sorunlar daha fazla ortaya çıkmaktadır. Araştırmamızda nörobilişsel bozukluk saptanan olguların büyük çoğunluğunu demans hastaları oluştururken, ikinci sırayı HBB almaktaydı. Demanslar nörodejenerasyona bağlı primer demanslar olabileceği gibi sistemik, nörolojik ya da psikiyatrik bir hastalığın seyri sırasında sekonder olarak da görülebilirler [12]. 68 yaşından büyük kişilerde demans prevalansının %15 olduğu belirtilmektedir [13]. Primer veya sekonder olsun, demanslarda ortak özellik en az iki kognitif alanda kişinin günlük yaşam aktivitelerini etkileyecek düzeyde bozulma görülmesidir [12]. Kişi tutulan kognitif alana göre semptom gösterecektir. Bellek yakınmaları ön planda olabileceği gibi, davranışsal ve psikiyatrik problemler, görsel-mekansal problemler, dil problemleri gibi yakınmalar da ön planda olabilir. HBB ise normal yaşlanmayla demans arasında bir geçiş olarak görülse de tüm HBB hastaları demansa ilerlemektedir. Bellek, dil, görsel-mekansal problemler, davranışsal problemler veya yargılama güçlükleriyle karakterize olabilir [14]. Fakat HBB'de önemli olan tek bir bilişsel alanda bozukluk olması ve bunun kişinin günlük yaşam aktivitelerini etkilemeyecek düzeyde olmasıdır. HBB doğrudan primer nörodejeneratif hastalıkların erken bulgusu olabileceği gibi, psikiyatrik hastalıklarda (örn. depresyon), sistemik hastalıklarda (örn. hipotiroidi) da görülebilir. Primer nörodejeneratif hastalıklar seyrinde görülen HBB progresif seyredebilirken, statik de olabilir. Bunun yanında psikiyatrik ya da sistemik hastalıklara bağlı HBB ise geri dönüşlü olabilir. HBB hastalarında zeminde hangi patolojinin bulunduğunu anlamak laboratuvar, görüntüleme ve biyobelirteç kullanımıyla mümkündür

[12]. OMB ise psikiyatrik olmayan tıbbi durumlar nedeniyle beynin nörobilişsel fonksiyonlarının hasar görmesidir ve her yaşta ortaya çıkabilmektedir [15]. Klinik tezahürü ve seyri altta yatan nedene ve varsa nöral hasarın lokasyonuna bağlı olarak değişkenlik gösterir.

Adli psikiyatrik değerlendirmede ileri yaştaki kişiler yargılanmaya yetkili olmak, savunmada bulunmak, tanık olmak, genel olarak rıza göstermek, bir sözleşmeye girmek, vasiyetname yapmak, tedaviyi reddetmek, bilgilendirilmiş rıza vermek, genel yetkinliğe sahip olmak açısından değerlendirme konusu olabilmektedir. Çalışmamızda da nörobilişsel bozukluk hastalarının ATK'da en sık değerlendirilme nedeni hukuki/fiili ehliyet değerlendirilmesi iken bunu vesayet ve ardından ceza ehliyeti takip etmektedir. Adli psikiyatride temel soru şudur: Eğer varsa kişideki nöropsikiyatrik bozukluk, bireyin yasa önünde belirli bir durumda anlama, karar verme veya hareket etme kapasitesini ortadan kaldırır mı? Bu durumu saptamak için yapılacak incelemeler kognitif ve nörolojik muayene, laboratuvar testleri, yapısal beyin görüntüleme ve nöropsikolojik değerlendirmeyi içerebilir. Ayrıca lomber ponksiyon ile beyin omurilik sıvısı incelemesi, fonksiyonel beyin görüntüleme ve diğer nörodiagnostik testler de zaman zaman gerekebilmektedir. Araştırmamızda demans tanılı hastaların %70,8'inde, HBB tanılı hastaların %93'ünde MMSE yapılmış ve skor ortalamaları sırasıyla 15,4 ve 20,5 saptanmıştır. MMSE ve görüntüleme yöntemleri nörobilişsel bozuklukların tanısında yardımcı yöntemlerdir [5]. MMSE en yaygın kullanılan kognitif tarama testi olsa da tek başına tanı koymak için yetersizdir ve tüm bilişsel alanların değerlendirilmesini sağlamamaktadır fakat bilişsel bozulma hakkında fikir vermesi açısından oldukça yararlıdır [5]. MMSE skorunun 23'ün altında olması nörobilişsel bozukluklar için risk göstergesidir. HBB'yi geriatri ve adli psikiyatrinin kesiştiği noktada, normal bilişsel yaşlanma ile demans arasında bir sendrom olarak düşündüğümüzde [14] HBB'de saptanan MMSE skorlarının demans tanılı hastalara göre yüksek olması literatür ile uyumludur. Fakat bu değerlendirme, tek başına kişinin hukuki/fiili ehliyetinin olup olmadığını anlamaya yeterli değildir. Çalışmamızda hukuki/fiili ehliyet açısından değerlendirilen demans hastalarının yarısına yakın bir kısmı ve HBB hastalarının neredeyse tamamı için

işlem tarihinde hukuki/fiili ehliyeti vardır kararının verilmiş olması, demans ve HBB tanısı almanın geçmişte de hukuki/fiili ehliyet yokluğuna eşdeğer kabul edilmemesi gerektiğini göstermektedir. OMB açısından ise hukuki/fiili ehliyeti sorulan hastaların tamamında fiil ehliyeti olmadığı kanaatine varılmıştır. Çalışmamızın sonuçları nörobilişsel bozuklukların erken dönemlerinde bilişsel bozulma görülse de bu durumun kişilerin fiil ehliyetini etkilemeyebileceğini desteklemektedir [16]. Sinsi ve ilerleyici seyreden bu tabloların ileri evrelerinde hastalar tümüyle başkalarına bağımlı hale gelebilmekte, kendilerine ya da çevrelerine zarar verici davranışlarda bulunabilmektedir [17]. HBB'de de hesap yapma, bellek ve muhakeme yetileri kısmen ya da tamamen korunmuş olacağından sadece kişinin riskli davranışları olması ya da yapacağı işlemin sonuçlarını algılama yeteneği zayıfladığında yasal danışman atanması uygun görülmüştür.

Geçmişte yapılan işlemler açısından değerlendirildiğinde ise 65 yaş üstü kişilerin yaptığı/ yapacağı vekaletname verme, tapu devri, evlenme gibi işlemlerde işlem öncesinde noter ya da ilgili kişiler/kurumlar istem sahibinin ifade, tavır ve davranışlarından fiil ehliyetinin bulunup bulunmadığı hususunda şüpheye düşerse sağlık raporu düzenlenmesini isteyebilmektedir [18]. Çalışmamızda hukuki/fiili ehliyet için değerlendirilen kişilerin %36'sında öncesinden hukuki/fiili ehliyeti vardır şeklinde hekim raporu bulunduğu, %64'ünde ise daha önceden hekim raporu bulunmadığı saptandı. İşlem esnasında hekim tarafından hukuki/fiili ehliyeti vardır diye raporu olan kişilerin büyük çoğunluğunda ATK kararı da aynı yönde iken, %10'unda ATK tarafından aksi yönde karar verilmişti. İşlem esnasında hekim raporu olmayan kişilerin büyük çoğunda ATK tarafından hukuki/fiili ehliyeti yoktur kararı verilmişti. Bu da ileri yaştaki kişilerde, kişinin bilişsel işlevleri açısından şüpheye düşüldüğü durumlarda yapılacak işlem için hekim değerlendirmesinin ve rapor düzenlenmesinin önemli olduğunu ve ATK kararlarıyla büyük oranda uyumlu olduğunu göstermektedir.

Hukuki haklarını kullanma yetisini kaybetmiş, fiil ehliyeti olmayan kimselere mahkeme kararıyla vasi atanabilir. Kısıtlanması için yeterli sebep bulunmamakla beraber korunması bakımından fiil ehliyetinin sınırlandırılması gerekli görülen yetişkin

bir kişiye yasal işlemlerde görüşü alınmak üzere bir yasal danışman atanır [19]. Araştırmamızda, vesayet açısından değerlendirilen demans ve OMB hastalarının tamamı için vasi tayini uygun görülürken, HBB hastalarının hemen hemen yarısında vasiye gerek görülmemiş ve diğer yarısına yasal danışman atanması önerilmiştir. Vesayet ihtiyacının değerlendirilmesi, kapasitenin geçici mi yoksa kalıcı olarak mı bozulduğunun, herhangi bir yetinin azalmasının nedenlerinin ve bir vasinin ne tür kararlar veya eylemlerde bulunacağını belirlenmesi ile başlar. Deliryum, demans, felç, travmatik beyin hasarı, nörogelişimsel bozukluklar ve psikozlar dahil olmak üzere bir dizi bozukluk geçici veya kalıcı vesayet ihtiyacına neden olabilir. Karar verme kapasitesinin değerlendirildiği ve bir vasinin gerekli olabileceği alanlar arasında rutin sağlık hizmetleri, finans ve işle ilgili kararlar ve duruma özel olabilen ve antipsikotik ilaç ve elektrokonvulsif tedavi kullanımını içeren tıbbi bakımla ilgili kararlar yer alır [17]. Kapasite zamanla değişebilir. Mahkemeler nezdinde, bir kişinin ehliyetsiz olduğuna hükmedilene kadar kişi yetkilidir ve değerlendirilen kişiden yazılı izin alınması gerekmektedir. Nörobilişsel bozuklukların erken evrelerinde hastalar, tam ya da kısmen fiil ehliyetine sahip olabilese de ileri evrelerde fiil ehliyetleri bozulabilmektedir [20]. Bu çalışmada HBB hastalarının yarısında vasi gerekmemesi, yine HBB'nin vasi ihtiyacıyla eşdeğer tutulmamasına işaret etmektedir. Önemli olan kişinin bilişsel fonksiyonlarının ayrıntılı değerlendirilmesi, karar verme, neden - sonuç ilişkisi kurma, yapacağı eylemin ve sonuçlarının farkında olma yeteneğinin değerlendirilmesi ve kararın buna göre verilmesidir.

Geriatrik popülasyon suç açısından da adli psikiyatrinin konusu olabilmektedir. İleri yaştaki kişiler adalet sistemine mağdur olarak dahil olsa da nadiren suçun faili olarak da karşımıza çıkabilirler. Bu durum zaman zaman da adli psikiyatrik değerlendirme gerektirebilmektedir. Demansta ve diğer nörobilişsel bozukluklarda görülen davranışsal ve psikolojik belirtiler, madde kullanımı, mani, psikoz, deliryum, madde intoksikasyonu veya ilaç yan etkisi gibi yaşlanmayla ilgisi olmayan ruhsal hastalıklara bağlı disinhibisyon tabloları; hırsızlık, kamuya açık alanlarda uygunsuz davranışlar, sorunlu cinsel davranışlara neden olabilmektedir [21]. Psikoz, deliryum ve demans zemininde gelişen paranoid

düşünceler, yaşlıların bakıcılarından veya komşularından şüphelenmesine veya korkmasına neden olabilir ve potansiyel olarak şiddete ve hatta aşırı durumlarda cinayete neden olabilir. Psikiyatrik hastalıktan kaynaklanan ajitasyon ve disinhibisyon zayıf öfke kontrolüne yol açabilir ve yaşlıları bu tür agresif dürtüleri harekete geçirmeye daha duyarlı hale getirebilir [16]. Yargı sürecinin çeşitli aşamalarında psikiyatrik hastalığın iddia edilen suçla zamansal ilişkisini tespit etmek genellikle zordur, fakat gereklidir. Araştırmamıza dahil edilen demans tanısı saptanmış beş olgudan üç tanesinin suç esnasında da demans teşhisi olduğuna karar verilmiş; fakat HBB saptanan ve ceza sorumluluğu açısından değerlendirilen dört olgudan üçünün suç esnasında bilişsel bozukluğu olmadığı değerlendirilirken bir olgunun suç esnasında da HBB olduğu kanaatine varılarak ceza sorumluluğu TCK 32/2 maddesi uyarınca azaltılmıştır. OMB saptanan ve ceza sorumluluğu açısından değerlendirilen üç olgunun da mevcut rahatsızlığının suçtan sonra oluştuğu düşünülerek ceza sorumluluğunun tam olduğuna karar verilmiştir.

Nörobilişsel bozuklukların ilerleyici doğası, heterojen sunumu, eşlik edebilecek iç görü eksikliği ve kesin bir tedavisinin bulunmaması, suçluluğu ve cezayı değerlendirmek için benzersiz zorluklar ortaya çıkarmaktadır [8]. Başlangıç aşamasındaki semptomlar, polis memurları ve sağlık ekipleri de dahil olmak üzere başkaları tarafından kolayca tanımlanamayabilir. HBB'si olan kişiler davranışsal semptomlar yaşayabilirler. Fakat bu davranış sorunlarının demansta olduğu gibi belirgin olması ve her zaman muhakeme kusuru ortaya çıkarması beklenmeyebilir [8]. Çalışmamızda demans ve HBB saptanan gruplardaki ceza sorumluluğu açısından farklılığın, hastalık şiddetinin ve suç esnasındaki hastalık seyrinin farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Hukuki/fiili ehliyet için değerlendirilen demans hastalarının yarısına yakın bir kısmı ve HBB hastalarının neredeyse tamamı için geçmişteki işlem sırasında hukuki/fiili ehliyeti vardır kararının verilmiş olması, vesayet için değerlendirilen demans ve OMB hastalarının tamamı için vasi uygun bulunurken, HBB hastalarının hemen hemen yarısında vasiye gerek duyulmaması ve diğer yarısında da yasal danışman önerilmiş olması, ceza ehliyeti için

değerlendirilen demans hastalarının yarıya yakın bir kısmı ile HBB hastalarının büyük bir kısmı ve OMB hastalarının tamamı için ceza ehliyeti vardır kararına varılmış olması çalışmamızın en önemli sonuçlarındandır. Bu sonuçlar bize bir kişinin demans ya da nörobilişsel bozukluk tanısı almasının; adli değerlendirmede doğrudan hukuki, fiili ya da ceza ehliyetinin olmadığı anlamına gelmediğini göstermektedir. Önemli olan hastada tüm bilişsel alanların değerlendirilmesi, tutulan bilişsel alanların saptanması ve bunun adli sorunla nedensel bir ilişkisinin olup olmadığının anlaşılmasıdır.

Çalışmamızda hukuki/fiili ehliyet açısından değerlendirilmiş ve öncesinde hekim raporu olan kişilerde hekim raporu ile ATK kararının büyük çoğunlukla aynı doğrultuda olması, hekim raporu olmayanların büyük çoğunda ise ATK tarafından hukuki/fiili ehliyet bulunmadığı yönünde karar verilmiş olması da dikkat çekicidir. Bu da kişinin bilişsel işlevleri açısından şüpheye düşüldüğü durumlarda yapılacak işlem için hekim değerlendirmesinin ve rapor düzenlenmesinin hem yasal açıdan hem de kişinin haklarının korunması açısından önemli olduğunu göstermektedir.

SONUÇ

Çalışmamız, kurumumuzda nörobilişsel bozukluk nedeniyle değerlendirilen kişilerin çoğunluğunu demans ve HBB hastalarının oluşturduğunu göstermektedir. Bu hastalıklar özellikle ileri yaşta görülen hastalıklar olduğundan, ileri yaştaki kişinin geçmişte de hukuki/fiili ya da cezai ehliyeti olmayacağı gibi yanlış kanılara yol açabilmektedir. İleri yaş, nörobilişsel bozuklukla eşdeğer olmadığı gibi, nörobilişsel bozukluk da kişinin tüm ehliyetini kaybettiği anlamına gelmemelidir. Hem ileri yaştaki kişilerin haklarını korumak hem de yasal sorumluluğumuzu doğru olarak yerine getirebilmek için bilişsel bozuklukların kişinin yaptığı eylemin farkında olup olmadığına kanaat getirecek düzeyde detaylı değerlendirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Research Version. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2015.
2. Bozoğlu E. Mild Cognitive Impairment. Türkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics 2017;3(1):73-80.
3. Ekström A, Kristiansson M, Björkstén KS. Dementia and cognitive disorder identified at a forensic psychiatric examination - a study from Sweden. BMC Geriatrics 2017;17:219.
4. Mitchell AJ, Shiri-Feshki M. Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia-meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. Acta Psychiatr Scand 2009;119(4):252-65.
5. Gurvit IH, Baran B. Scales in dementia and cognitive disorders. Arch Neuropsychiatry 2007;44:58-65.
6. Olkinuora M. Organic brain syndromes from a psychiatric point of view: diagnostic and nosological aspects. Acta Neurol Scand Suppl. 1982;92:47-57.
7. Petersen RC. Mild cognitive impairment. Dementia 2004;10:9-28.
8. Arias JJ, Flicker LS. A Matter of Intent: A Social Obligation to Improve Criminal Procedures for Individuals with Dementia. The Journal of Law, Medicine & Ethics 2020;48(2):318-27.
9. Liljegren M, Naasan G, Temlett J, Perry DC, Rankin KP, Merrilees J, Grinberg LT, Seeley WW, Englund E, Miller BL. Criminal behavior in frontotemporal dementia and Alzheimer disease. JAMA Neurol 2015;72(3):295-300.
10. Hegde S, Ellajosyula R. Capacity issues and decision-making in dementia. Ann Indian Acad Neurol 2016;19(1):34-9.
11. Kulu M, Özsoy F. Guardianship reports given by disableds' health board. Bozok Med J 2019;9(2):6-10.
12. Gürvit İH, Yıldırım Z. Alzheimer Hastalığı. Öge AE, Baykan B, Bilgiç B (editörler). Nöroloji Kitabı [in Turkish]. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2021; 589-617.
13. Goodman RA, Lochner KA, Thambisetty M, Wingo TS, Posner SF, Ling SM. Prevalence of dementia subtypes in United States Medicare fee-for-service beneficiaries, 2011-2013. Alzheimers Dement 2017;13(1):28-37.
14. Peterson RC. Mild Cognitive Impairment. N Engl J Med. 2011;364(23):2227-34.
15. Jolley D, Baxter D. Life expectation in organic brain disease. Advances in Psychiatric Treatment 1997;3(4):211-8.
16. Kane MN. Legal guardianship and other alternatives in the care of elders with Alzheimer's disease. Am J Alzheimers Dis Other Dement 2001;16(2):89-96.
17. Nnatu IO, Mahomed F, Shah A. Is there a need for elderly forensic psychiatric services? Med Sci Law 2005;45(2):154-60.
18. Yıldız A. To be 65 years old in Turkey: Is it the end of being an individual and competent? Turkish Journal of Bioethics 2018;5(3):117-25.
19. Sağlık Kurulunda Demans, Turkish Neurology Association, 2019. Available at: <https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/DEMANS%20BASKI%20.pdf> [in Turkish] [cited: 15.12.2021].
20. Gülmez Ö, Tümer AR, Karacaoğlu E, Akçan R, Balseven Odabaşı A. Legal Capacity in Alzheimer's Disease. Sted 2014;23(1):30-8.
21. Pandey P, Varshney P, Gajera GV, Nirisha PL, Malathesh BC, Manjunatha N, Sivakumar PT, Kumar CN, Math SB. Criminal Responsibility in Geropsychiatry: Competence, Culpability, and Care. Indian J Psychol Med 2021;43(5):97-106.