

Dürtü Denetimi ve Adli Bilimler: Örnek Olgular ile Derleme Çalışması

Zühre Neslihan İçin*

Öz: Dürtü kontrol bozuklukları, DSM 5’te yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları ismiyle yer almaktadır. Bu tanı grubunda karşı olma, karşıt gelme bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk, davranım bozukluğu, piromani ve kleptomani tanıları yer almaktadır. Bu tanılara sahip kişiler, yükselen haz beklentisi ve gerginliğin etkisi ile dürtüsel olarak eylemde bulunmakta, sonuçlarının olumsuz olduğunun farkında olsalar dahi öz-kontrol sergileme ihtimalleri daha düşüktür. Gerek bu tanı grubunda agresyonun ön planda olmasından, gerekse kleptomani ve piromani tanılarının belirleyici özelliklerinden dolayı dürtü kontrol bozukluğu olan bireyler sıklıkla suç işleyebilmekte ve adli makamlarca yargılanabilmektedir. Kısıtlama cezası, para cezası ve hatta hapis cezasına neden olabilen bu tanılar, kişilerarası ilişkilerin bozulması, iş kaybı nedeniyle ekonomik zorluklar ve boşanma gibi zorlayıcı yaşantılara sebep olabilmektedir. Dürtü kontrol bozukluklarında bilişsel muhakemenin bozulmaması nedeniyle cezai sorumluluğun ortadan kalkması söz konusu olmamaktadır ancak cezada hafifletici sebep olarak bu tanılar değerlendirilebilmektedir. Bu nedenle alanında uzman kişilerin bilirkişiliğine başvurulması, yargılama sürecinin sağlıklı bir şekilde işleyebilmesi açısından kritik bir öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Dürtü, dürtü denetimi bozuklukları, adli bilimler, cezai sorumluluk

* İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa. Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, Sosyal Bilimler A.B.D.,
ORCID: 0000-0002-1911-1531, zneslihanicin@gmail.com

Impulse Control and Forensic Sciences: A Review with Case Studies

Zühre Neslihan İçin

Abstract: Impulse control disorders are expanded in DSM 5 as disruptive, impulse control and conduct disorders. It includes oppositional defiant disorder, intermittent explosive disorder, conduct disorder, pyromania, kleptomania, and other specified and unspecified disruptive, impulse-control, and conduct disorders. Individuals with one of these diagnoses act impulsively with the effect of increased pleasure anticipation and increased tension, and less likely to exert self-control even if they are aware of the negative consequences. Individuals with impulse control disorders may often commit crimes due to the prominence of aggression and the defining characteristics of kleptomania and pyromania diagnoses. These diagnoses, which can lead to restrictions, fines and even imprisonment that may result in experiencing difficulties such as the deterioration of interpersonal relationships, economic difficulties due to job loss and divorce. In impulse control disorders, criminal liability does not disappear due to impaired cognitive reasoning, but these diagnoses can be considered as a mitigating factor for legal punishments. Therefore, expert witness testimonies from mental health professionals may play a crucial role in due criminal procedures.

Keywords: Impulse, impulse control disorders, forensic sciences, criminal liability

Giriş

Dürtü kontrol bozuklukları, bireyin dürtüsel davranması ile karakterizedir. Bu nedenle bu bozukluklardan bahsetmeden önce dürtüsellik tanımını yapmak gerekir. Dürtüsellik, düşünme aşamasının es geçilerek hızlıca davranışa geçilmesi ve ani kararlar alınması olarak tanımlanabilir (Tamam, Bican, Keskin, 2014). Dürtüsellik; madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi pek çok tanıda görülebilen bir durumdur. Kişi, artan haz beklentisi ve gerginlik doğrultusunda sonucunu düşünmeden bir eylemde bulunur. Bu eylem esnasında ve sonrasında haz alma ve rahatlama yaşanır. Ancak kısa süre içinde yeniden haz beklentisi ve gerginlik hissi yaşandığından kişi içinden çıkılması zor bir döngünün parçası haline gelir. Hem kişinin kendisi hem de başkaları için tehlikeli sonuçlar oluşturabilen bu durumun tekrarlaması ve eylemin gerçekleştirilmesi arzusunun karşı konulamaması, dürtülerin kontrol edilemediğini, dolayısıyla dürtü kontrol bozukluklarını düşündürmektedir. Bu dürtüsel davranışlara, ihtiyaç duyulmaksızın yapılan alışverişler, kontrolsüzce yeme davranışı, alkol veya madde kullanımı ve kontrol edilemeyen öfke patlamaları örnek verilebilir. Bu davranışlar kişiye ekonomik olarak zarar verebilir, kişilerarası ilişkilerini zedeleyebilir, fiziksel sağlığını dahi bozabilir (Sarı, Kayış, Yılmaz, Eraslan-Çapan, 2019). Dürtü kontrol bozukluğu tanısı almış kişiler, arzularını basturamayarak gerçekleştirdiği eylemler sonucunda yasal yükümlülükler ile karşı karşıya kalabilir, hapis cezası alarak kısıtlanabilir.

Beyin görüntüleme yöntemleri ile yapılan araştırmalar, beyindeki bazı bölgelerin dürtüsellik ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Özellikle karar alma ve duruma uygun yanıt verme gibi önemli işlevleri bulunan prefrontal korteks dürtüsellik ile ilişkilidir (Yazıcı ve Yazıcı, 2010). Ayrıca fMRI kullanılarak yapılan nörogörüntüleme çalışmaları, dürtüsellik spesifik olarak orbitofronteral korteks hareketliliği ile bağlantılı olduğunu göstermiştir. Borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kişiler ile yapılan PET araştırması sonucunda edilen azalmış sağ orbitofronteral korteks hareketliliği bulgusu da bu bağlantıyı destekler niteliktedir (Soloff, Meltzer ve Greer, 2000; Spinella, 2004). Ayrıca serotonin seviyesinde düşüklüğün, davranış baskılamayı aksattığı anlaşılmıştır (Krakowski, 2003). Benzer olarak ergenler ile yapılan bir çalışmada serotonin sisteminin dürtüsellik ile ilişki içerisinde olduğu, erkeklerin kadınlara kıyasla dürtüsellik daha yatkın olduğu bulunmuştur (Weinstein ve Dannon, 2015). Bu durum, dürtü kontrol bozukluklarının neredeyse tamamının erkeklerde daha yaygın bir şekilde görülmesini açıklamaktadır.

DSM 5'e kadar Dürtü Kontrol Bozuklukları (DKB) olarak adlandırılan tanı grubu, DSM 5'te Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları olarak yer almaktadır. Ayrıca daha önceki DSM'lerde patolojik kumar oynama ve trikotilomani tanıları bu grupta bulunurken, güncel versiyonda karşı olma, karşı gelme bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk, davranım bozukluğu, kleptomani ve

piromani tanıları ile sınırlandırılmıştır (American Psychiatric Association, 2013). Dürtü kontrol bozukluklarının genel popülasyondaki yaygınlıkları ortalama olarak %3 ile %5 arasında değişmekte, ancak ayrı ayrı tanıların yaygınlığı değişkenlik göstermektedir. 2011 yılında Türkiye’de üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmanın sonucunda öğrencilerin %24,3’ünün DSM-IV kriterlerine göre DKB tanısı almaya uygun olduğu anlaşılmıştır (Karakuş vd., 2011). Her tanının etiyojisi hakkında farklı bulgular elde edilse de, tümünün orijininin çok yönlü olduğu söylenebilmektedir (Fariba ve Gokarakonda, 2020). Dürtü kontrol bozukluklarının tedavisinde genellikle ilaç tedavisi ile psikoterapi eş zamanlı yürütülmektedir. Kişinin tanısına ve ihtiyacına göre antidepresan, antipsikotik ve mod düzenleyici ilaç gruplarından faydalanılabilmektedir. Ayrıca bilişsel davranışçı terapi, sosyal beceri eğitimleri ve grup terapileri, özellikle öfke denetimi ile ilgili durumlarda fayda sağlamaktadır (Dell’Osso vd., 2006). Bu tanı grubuna dahil olan psikiyatrik bozuklukların hukuki açıdan sorumluluğu bulunmakla birlikte, piromani ve kleptomani semptomları gereği direkt olarak suça yol açmaktadır. Bu derleme çalışmasında, adli olgularda sık sık karşılaşılan söz konusu tanıları açıklanarak adli bilimler ile olan ilişkisine değinilecektir.

Karşıt Olma, Karşıt Gelme Bozukluğu

Genellikle çocuklarda ve ergenlerde görülen otoriteye karşı çıkma ve kurallara uymama, diğer insanlarla (özellikle ebeveynler ile) sık sık tartışma içerisine girme, düşmanlık ve kin tutma gibi davranışlar karşı olma, karşıt gelme bozukluğunun (KOKGB) en önemli belirleyicileridir. Kişinin KOKGB tanısı kapsamında değerlendirilebilmesi için en az 6 ay boyunca kolay öfkelenme, sıklıkla kızgın olma, otorite ile çatışma ve kendi hataları için başka kişileri sorumlu tutma gibi en az 4 semptom göstermesi gereklidir. Bu tanıya uygun kişilerde, dürtüselliğin getirisi ile hızlıca ve sık sık öfkelenme, alınganlık, başkalarını bilerek kızdırma ve huzursuz etme gibi durumlar görülebilir (Arman, 2019). Gerek tanının semptomatik özellikleri gerekse dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile sık sık komorbid olarak görülmesi nedeniyle kişi ev yaşantısında olduğu gibi, okul yaşantısında da akranları ile iletişimde güçlüklerle karşılaşmaktadır (Türkbay vd., 2003). DSM 5’te prevalansının ortalama %3,3 olduğu belirtilen KOKGB tanısının, birçok ülkede yapılan araştırmaların yer aldığı bir meta analiz çalışmasının sonucunda toplumdaki yaygınlığının %1,2 ile %14,2 arasında değişkenlik gösterdiği ifade edilmiştir (Demmer vd., 2016). Ülkemizde ise klinik ortamda 7-15 yaş grubundan oluşan örneklem ile yapılan bir çalışmada, KOKGB tanısının yaygınlığı %22 olarak belirlenmiştir (Ulu, 2018). Karşıt olma, karşıt gelme bozukluğunun etiyojisi tam anlamıyla bilinmese de, tüm dürtü kontrol bozukluklarında olduğu gibi genetik, psikolojik ve sosyal gibi pek çok faktörün rol oynadığı düşünülmektedir. Bu tanının gelişmesinde ebeveynlerin nikotin kullanımı ve annenin hamilelikte yeterli beslenmemesi ve gelişimsel problemler gibi biyolojik faktörler

önemli görülürken, ebeveynlerinin taleplerini anlayabilecek ve uygun yanıtlar verebilecek bilişsel ve duygusal becerilerin eksikliğinin üzerinde durulması gereken bir nokta olduğu belirtilmiştir (Hamilton ve Armando, 2008; Riley, Ahmed ve Locke, 2016). Öte yandan aile içi problemler, çocuğun istismarı ve/veya ihmali ve düşük sosyoekonomik statü gibi faktörlerin KOKGB tanısı ile yakın ilişkili olduğu bilinmektedir (Tamam ve Döngök, 2018). Karşı olma, karşıt gelme bozukluğu sosyal hayatı, iş hayatını ve kişilerarası ilişkileri zedeleyecek özellikler barındırır da kişinin kendisine veya başkalarına fiziksel olarak zarar vermesi söz konusu değildir. Bu nedenle, tanının tedavisinde öncelikli olarak psikososyal tedavi tercih edilmekte, ilaç tedavisine gerekli durumlarda başvurulmaktadır (Steiner ve Remsing, 2007). Ancak KOKGB tanısının, gerekli müdahalede bulunmadığında davranım bozukluğuna evrileceği, daha sonrasında ise anti-sosyal kişilik bozukluğuna dönüşebileceği belirtilmiştir (Moffitt, 2008).

Hem bireyin hem de bireyin çevresindekiler için zorlu bir süreç olabilen KOKGB, semptomlar görüldüğünde göz ardı edilmemesi ve ruh sağlığı profesyonellerine başvurulması gereken bir durumdur. Diğer psikiyatrik tanılara kıyasla suç ile daha nadir olarak ilişkilendirilen KOKGB, özellikle pek çok tanı ile birlikte görülebilmesi yönü ile adli bilimler için önemli bir bozukluktur. Yalnızca DEHB tanısı alan ve DEHB ile KOKGB tanısını birlikte alan iki grubun kıyaslandığı bir araştırma, DEHB ve KOKGB tanılı gruba, yalnızca DEHB tanısı almış gruba kıyasla majör depresif bozukluk ve davranım bozukluğu geliştirme riskinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Biederman vd., 2008). Bir başka araştırma ise, KOKGB tanısı alan çocuk suçluların tekrarlayan bir şekilde kendilerine zarar verme davranışı gösterdiğini ortaya koymuştur (Aebi vd., 2016). Öte yandan, KOKGB ile davranım bozukluğunun, anti-sosyal kişilik bozukluğuna giden aşamalar olarak değerlendirildiği düşünüldüğünde, KOKGB'nin suç işleme ve adli olaylarda yer almaya açık bir tanı olması kaçınılmazdır.

Örnek Çalışma: İspanya'da yapılan bir araştırmanın konusu olan iki katılımcıdan biri 14 yaşında bir kadın öğrencidir. Ebeveynleri, öğretmenleri ve terapisti gibi hayatındaki tüm otorite figürlerine muhalif bir tavır sergileyen ve çökkün duyguduruma sahip olan öğrenci, kişilerarası ilişkilerinde ve duygularını ifade etmekte problem yaşamaktadır. Daha önceki tedavilerinde ilaç kullanmayı reddetmiş, ebeveynlerine sık sık hakaret içerikli söylemlerde bulunmuş ve kolları ile bacaklarını keserek kendine zarar verici davranışlar sergilenmiştir. Katı bir tutuma sahip olan ailesi ile sık sık çatıştığı için yeniden tedaviye başvuran ve KOKGB tanısına uygun bulunan öğrenci, öncelikli olarak zarar verici davranışları ve duygu düzenleme problemleri nedeniyle diyalektik davranış terapisine başlatılmıştır. 24 seanslık psikoterapi sürecinin sonunda katılımcının pozitif duygudurumunda artış olması ile birlikte öfke, zarar verici davranış ve depresif semptomlarında azalma kaydedilmiştir (Marco vd., 2012).

Aralıklı Patlayıcı Bozukluk

Literatürde intermittan eksplosif bozukluk olarak da adlandırılan aralıklı patlayıcı bozukluk (APB), tekrarlayan öfke patlamalarına karşı koyamama ve bu öfkenin sözel ve/veya fiziksel agresif davranışlara yol açması olarak tanımlanır. Bireyin aralıklı patlayıcı bozukluk tanısına uyabilmesi için söz konusu tekrarlayan agresif davranışın, para veya güç gibi herhangi bir ikincil kazanç, iş hayatındaki problemler veya ilişkisel sorunlar gibi nedenler yerine saf öfke duygusu veya dürtüye bağlı olarak oluşması gerekmektedir (Gelegen ve Tamam, 2018). Kişinin aralıklı patlayıcı bozukluk tanısına uyabilmesi için 3 ay içerisinde haftada ortalama iki kez herhangi bir hasar veya yaralanma ile sonuçlanmayan agresif davranışlar sergilemesi veya son 12 ay içerisinde maddi ve/veya manevi zararlara yol açan en az üç öfke patlaması deneyimlemesi gerekmektedir. Genç yetişkin bireylerde daha sık rastlanan ve yaygınlığı %2 ile %3 olarak bilinen aralıklı patlayıcı bozukluğun, Türkiye’de klinik ortamda yapılan bir araştırma ile yaygınlığının %14 olduğu bulunmuştur (Tamam vd., 2008). APB tanısının yaygınlığının, yapılan pek çok çalışmada farklılık göstermesinin gerekçesinin, APB’nin tanı kriterlerinin değişimi ve toplum temelli yeterince kapsamlı bir çalışmanın yapılmaması olduğu belirtilmiştir (Tamam vd., 2011). Aralıklı patlayıcı bozukluk, beyinde lezyon veya epilepsi gibi organik durumlardan kaynaklı olarak ortaya çıkabilmektedir. Böyle bir durumda cezai sorumluluğun ortadan kaldırılabilmesi değerlendirilebilmektedir ancak tanının doğru bir şekilde konulabilmesi için beyin görüntüleme yöntemlerinden ve nörolojik testlerden elde edilen bulgular öngörüyü desteklemelidir (Özen ve Yeşilbursa, 2011).

Öfke patlamaları sonrasında keyif ve rahatlama hissedebilen bireyler, bu epizotlar nedeniyle hem kişilerarası ilişkilerinde problem yaşayabilmekte hem de adli problemler ile karşılaşabilmektedir. Özellikle boşanma, yaralama veya yaralanma gibi durumlar APB tanısı almış kişileri yargı önüne taşıyabilmektedir (Tamam vd., 2011). Toplum yaşantısı da kesintiye uğrayabilmekte, özellikle kamu alanlarında söz edilen öfke patlamaları nedeniyle maddi hasarlar ve can kayıpları yaşanabilmektedir. Polonya’da düşük nüfusa rağmen yüksek oranda yaşanan trafik kazalarının gerekçesinin büyük oranda APB tanısına uyumlu sürücüler olduğu anlaşılmıştır (Pobocho, 2012). Agresyon seviyesi yüksek sürücüler için özel olarak tasarlanan bir program ile yapılan bir başka çalışmaya hem mahkeme yolu ile programa sevk edilen hem de bireysel olarak başvuran sürücüler dahil edilmiş, bu sürücülerinin önemli bir bölümünün de aralıklı patlayıcı bozukluk tanısı ile uyumlu olduğu ortaya çıkmıştır (Galovski vd., 2002).

Örnek Çalışma: Saha’nın 2010 yılında yaptığı bir vaka tanıtımında kendine zarar verici davranışları bulunan, uzun süreli çökkün duygudurum, günlük aktivitelere ilgisizlik gibi semptomlar sergileyen 31 yaşında bir erkek yer almıştır. Kişinin semptomlarının, eşinin onu kendisinin de tanıdığı biriyle aldattığını öğrendiğinden beri süregeldiği belirtilmiştir. Eşinin onu terk ettikten sonra kişinin intihar

düşüncelerinin arttığı ve kendini kesip kanını içme gibi davranışlar sergilediği açıklanmıştır. Cam çiğneyip ağzını kanatma gibi olağandışı arzuları bulunan hasta, öfke epizodu tamamlandığında olanları hatırladığını ancak makul bir açıklama bulamadığını ifade etmiştir. Yapılan kan ve beyin görüntüleme testleri sonucunda herhangi bir anomali görünmeyen hastaya çeşitli kişilik testleri ve Rorschach gibi envanterler uygulanmış, psikiyatrik görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Tüm bu uygulamaların sonucunda elde edilen bulgular, bireyin aralıklı patlayıcı bozukluk tanısına uyduğunu ortaya koymuş ve eşinin de katılımı ile gerçekleşen altı aylık davranışçı psikoterapi ile ilaç tedavisinin sonucunda kişinin kendine zarar verici davranışları, depresif ve agresif semptomları yok olmuştur (Saha, 2011).

Davranım Bozukluğu

Davranım bozukluğunun semptomlarının ve içeriğinin karşıt olma, karşıt gelme bozukluğuna benzerliği nedeniyle, bu iki tanının aynı çatı altında birleştirilmesi konusunda fikir ayrılıkları oluşmuştur. Ancak semptomlarının şiddetindeki farklılaşma nedeniyle ayrıştıkları, bilimsel araştırmalar sonucunda elde edilen bulgularla desteklenmiştir (Loeber vd., 2009). Davranım bozukluğu semptomları, DSM 5'te insanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık, eşyalara zarar verme, dolandırıcılık veya hırsızlık ve kuralları ciddi biçimde ihlal etme başlıkları altında toplanmıştır. Tanıyı alan kişilerin bu başlıklarda var olan 15 semptomu en az üçünün son 12 aydır, en az birini de son 6 aydır sergiliyor olması gerekmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi karşı olma, karşıt gelme bozukluğu ile antisosyal kişilik bozukluğu arasında gelişimsel bir basamak olarak değerlendirilebilen davranım bozukluğunun temel semptomları arasında insanlara ve hayvanlara karşı agresif davranışlar, mülke zarar verme, hırsızlık ve yasal ihlaller bulunur. Bu kişilerde canlılara acımasız davranma, başka bir kişinin evine veya arabasına zorla girme gibi davranışlardan sonra suçluluk hissi veya empati görülmeyebilir. Ortalama yaygınlığı %4 olarak belirtilen davranım bozukluğu erkeklerde kadınlara kıyasla daha sık görülmektedir.

Suçta sürüklenen çocuklarda ve ergenlerde en yaygın olarak görülen psikiyatrik tanının davranım bozukluğu olduğu anlaşılmış, bu çocukların psikiyatrik tedavi sürecine dahil edilmediği takdirde suç işlemeye devam etme olasılığının yüksek olduğu ifade edilmiştir (Ayaz vd., 2012). Cinsel suç işleyen bireylerin araştırıldığı ve yedi yıl süren bir çalışmada, 121 failin 111'inin davranım bozukluğu tanısına uyduğu ortaya çıkmıştır (Dolan vd., 1996).

Örnek Çalışma: 16 yaşında davranım bozukluğu tanısı alan birey, Bongani takma ismi ile tanıtılmıştır. 8 yaşından beri sığınma evinde yaşayan Bongani, son 2 yıl içerisinde pek çok kez şiddetli öfke patlamaları geçirdiği ve ağır derecede davranış problemi olduğu için yurt müdürü tarafından psikiyatri servisine yönlendirilmiştir. Yapılan görüşmelerde iki ebeveyninin de alkolik olduğu, Bongani'nin annesini beş yaşında kaybettiği ve tamamlanmamış bir yas sürecinde olduğu be-

lirlenmiştir. Okulunda da problemler yaşayan Bongani'nin, küçüklüğünde sıklıkla düşmanca davranışlara ve eleştiriye maruz kaldığı, bunlara agresyon ile yanıt vermeyi öğrendiği anlaşılmıştır. Ailesiyle yaşadığı kısıtlı dönemde ve sığınakta zorbalığa maruz kalması, gösterdiği agresif tepkilerin pekiştirilmesi ve yas sürecini deneyimlenememesi Bongani'nin davranım bozukluğu geliştirmesi için en önemli faktörler olarak görülmüştür. Önceliğın tamamlanamayan yas ve duygu ifadesi olduğu, sonrasında agresif davranışlarının ve öfkesinin ele alındığı 23 seanslık psikoterapi sürecinin sonunda Bongani'nin agresyonunun azaldığı ve artık davranım bozukluğu tanısına uymadığı belirlenmiştir (Mashalaba ve Edwards, 2005).

Piromani

Seyrek görülen psikiyatrik tanılardan biri olan piromanide kişi, haz beklentisi ve hissedilen gerginliğin azaltılması amacı ile bilerek ve isteyerek yangın çıkarır, eylem esnasında ve sonrasında rahatlama hissi deneyimler. Piromani tanısı konulabilmesi için bireyin birden fazla kez yangın çıkarması, alevlere ve yangın ile ilişkili olabilecek tüm nesnelere ilgi duyması beklenir. Piromani tanısının karakterize özelliği olan yangın çıkarma eylemi, pek çok farklı tanıda da görülebildiği için saf piromani tanısının toplumdaki yaygınlığı net olarak bilinmemektedir. Oldukça nadir olduğu belirtilen tanının prevalansı, DSM 5'te yaklaşık %3 olarak belirtilmiştir. Türkiye'de bir üniversite psikiyatri kliniğinde yapılan ve 6 ay süren araştırmada, piromani yaygınlığını %1 olarak bulunmuştur (Tamam vd., 2008). Psikanalitik bakış açısına göre piromaninin cinsel istek, cinsel ve sosyal güç arzusu, kişinin bilinçdişında varolan aşağılık duygusunun açığa çıkışı gibi açıklamaları vardır (Tamam ve Döngel, 2018). Ayrıca itfaiyeye ait siren seslerinin ve alevlerin yarattığı heyecanın, pekiştireç görevi görüp yangın çıkarma eylemini sıklılaştırdığı düşünölmektedir (Gannon ve Pina, 2010).

Bir hastanenin 21 yıllık kayıtlarının incelendiği ve 401 kundakçıyı kapsayan araştırma, psikoz, kişilik bozukluğu ve organik beyin sendromu gibi diğer tanımlar dışlandığında yalnızca 3 kişinin saf piromani tanısına uyduğunu göstermiştir (Lindberg vd., 2005). Tanının bu denli nadir oluşu, adli bilimler ile olan ilişkisini de kısıtlamaktadır. Ancak yangın çıkarma eylemi maddi hasara, yaralanmalara ve hatta ölümlere yol açabildiğinden bu kişilerin yargılanması kaçınılmazdır. Yangın çıkarma davranışında bulunan çocuk ve ergenler için genellikle ayaklı tedavi uygulanırken, bazı durumlarda yatarak tedavi tercih edilebilmektedir (Çelik vd., 2014).

Örnek Çalışma: Bayan B.'nin hem annesi hem babası alkolik tanısı almış bireylerdir. Babası, zaman zaman hapse girmesine neden olacak derecede agresif davranışlar sergilemekte, annesi zehirlenme derecesine gelecek denli alkol tüketmekte ve çocuklarını ihmal etmektedir. Çocukluğunda zatürre geçiren B., hastaneyi evinden daha "sıcak" olarak tanımlamaktadır. B., yedi yaşındayken eve bir yavru kedi getirerek babasına onu evde tutabilmek için yalvarmıştır. Bu isteği karşısında babası, kediyi camdan atarak ölümüne yol açmıştır. Bu olaydan son-

ra yangınlara ve itfaiyelere ilgi duymaya başlayan B., yaşlılarının aksine yangın çıkan alanlardan uzaklaşmayarak alevleri izlemekten hoşlanmaktadır. Genç yetişkinliğinde yalnız yaşadığı evinde bir gün ansızın evinin bodrum katında yangın çıkarma yönünde bir istek duymuş ve ufak bir yangın çıkarmıştır. Hastaneye yatışı gerçekleşen ve birkaç ay boyunca hastanede kalan B., hastaneden ayrıldıktan sonra ilk cinsel deneyimi için bir itfaiye görevlisini seçmiş, partneri evden ayrıldıktan sonra bileklerini keserek intihara teşebbüs etmiş ve yeniden hastaneye yatırılmıştır. Yangın çıkarma davranışı ve kendine zarar verici davranışları nedeniyle üç aylık yatılı tedavi sonrasında üç sene boyunca ilaç tedavisi ve psikoterapi süreci devam etmiştir. Bu görüşmeler esnasında B.'nin babasına duyduğu yoğun öfkenin piromani semptomlarını tetiklediği, ilk cinsel deneyimindeki itfaiye görevlisi tercihinin, bastırılmış ödipus fiksasyonunun bir sonucu olduğu düşünülmüştür (Greenberg, 1966).

Kleptomani

Kleptomani, tekrarlanan ve karşı konulamayan çalma dürtüsü sonucunda hırsızlık yapma eylemi ile karakterizedir. Kleptomaniyi hırsızlıktan ayıran en önemli nokta, çalınan objenin herhangi bir maddi değeri bulunmaması, objeye ihtiyaç duyulmaması veya kişinin çaldığı objeye sahip olabilecek maddi gücünün bulunmasıdır. Hatta, kişi hırsızlık yaptıktan sonra çaldığı nesneyi saklamayıp çöpe atabilmektedir zira mühim olan çalınan obje değil, çalma eyleminin yarattığı haz ve rahatlık hissi olmaktadır (Dixon vd., 2020). DSM 5'te toplumdaki yaygınlığının %0.3-%0.6 arasında olduğu belirtilen kleptomani, kadınlarda daha yaygın görülen tek dürtü kontrol bozukluğudur. Kadınlarda görülme sıklığı, erkeklere kıyasla 3 kat daha fazladır. Kleptomaninin toplumdaki yaygınlığının tam olarak bilinmemesinin, bireylerin hırsızlık eyleminden sonra hissettiği utanç duygusu ve çalınan objelerin maddi değerinin bulunmaması nedeniyle hırsızlıkların büyük bir kısmının gizlenmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Tamam vd., 1997). Kleptomaninin ortaya çıkışında da, diğer dürtü kontrol bozukluklarında olduğu gibi çeşitli faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir. DKB mekanizmasında etkili olduğu düşünülen beyin bölgeleri kleptomani ile de ilişkilendirilebilirken, epileptik durumların da bağlantılı olduğunu gösteren olgular bulunmaktadır. Bir hasta sol temporal epilepsisi ile aynı zamanlarda kleptomani tanısı almışken, bir başka hasta da epilepsi nedeniyle uzun süre ilaç tedavisi görüp cerrahi operasyon geçirdikten sonra kleptomani tanısı almıştır (Kaplan, 2007; Sivrikaya ve Çiçekoğlu, 2019). Psikanalitik yaklaşımda kleptomaninin, yasak olanın cazip gelmesi, çalınan nesnenin seksüel bir anlamı olması ve çalmanın kaygıya karşı bir ego savunma mekanizması oluşu şeklinde farklı açıklamaları bulunmaktadır (Torales vd., 2020).

Diğer tanılardan farklı olarak kleptomani tanısı alabilecek kişilerin kendi istekleri ile hekime başvurduğuna rastlanabilir. Bunun nedeni adli bir durum ile karşı karşıya kaldıklarında sanıkların cezai indirimden yararlanabilmek için dosyaları-

na bu tanıyı ekletme arzularıdır (Soysal, 2012). Özünde adli bilimler ile en ilişkili tanılar arasında yer alabilecek olan kleptomani, doğası gereği kişilerin maddi değeri yüksek nesnelere yönelmeyişi nedeniyle yasal işlem yapılmadan üstü kapatılabilen bir durumdur. Ancak kleptomani tanısına uyan bireylerin dürtülerini kontrol edemeyip artan gerginlik ile yeniden hırsızlığa yöneliyor olması kişinin er ya da geç yargılanmasına yol açacaktır. Hırsızlığın görülebildiği ve bilişsel muhakemenin bozulduğu psikoz gibi durumlar haricinde saf kleptomani tanısı, bireyin cezai sorumluluğunu ortadan kaldırmamaktadır. Yalnızca bazı nadir olgularda kişilerin cezai sorumluluğunun azalmış olduğu yönünde karar alınmıştır (Soysal, 2015).

Örnek Çalışma: Hocaoğlu ve Tosun'un yaptığı araştırmada yer alan Bayan E., evli ve 48 yaşında bir kadındır. Çökkün duygudurum, günlük işlevselliğinde bozulma ve sosyal izolasyon gibi gerekçeler ile tedaviye başvuran hastanın, 17 yıl önce kadın doğum polikliniğine başvurduğu ve muayene esnasında bayılması nedeniyle psikiyatrik muayene de gördüğü anlaşılmıştır. Bu görüşme esnasında Bayan E.'nin kleptomani davranışları olduğu ve söz konusu eylem sonrasında yoğun suçluluk hissettiği belirtilmiştir. Tanının ilk belirtilerinin babasının vefatından sonra ortaya çıktığını belirten hastanın 13 yıl önce bilişsel davranışçı psikoterapi (BDT) ve ilaç tedavisinin tamamlandığı, ancak 1 yıl önce annesinin vefatı ile çalma davranışının yeniden ortaya çıktığı görülmüştür. 17 yıl önceki psikiyatrik tedavisi ile paralel olarak eşzamanlı ilaç tedavisi ve BDT planlanan hastanın kleptomani semptomları, 4 ay sonra ortadan kaybolmuştur (Hocaoğlu ve Tosun, 2018).

Sonuç

Psikopatoloji ve adli bilimler arasındaki ilişkiyi açıklarken, dünyaca kabul gören M'Naughten kuralını hatırlamak gerekmektedir. İsmi söz konusu olaydaki kişiden alan bu kurala göre bireyin, yaptığı eylemin niteliğinin ve sonuçlarının farkında olmaması onun ceza sorumluluğunu ortadan kaldırabilen bir faktördür. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 32. maddesi gereği bir kişinin cezai sorumluluğunun ortadan kalkması için eyleminin sonucunu öngörememesi ve bu eylemi yönlendiremiyor olması veya yönlendirebilme yetisinin önemli ölçüde azalması gerekmektedir. İntikam arzusu ile çıkarılmış bir yangın ve piromaniyi, herhangi bir hırsızlık ile kleptomaniyi ayırt etmek ruh sağlığı uzmanı olmayan herhangi bir kişi tarafından yapılamamaktadır. Bu nedenle yargılama sürecinin doğru ilerleyebilmesi için, psikopatolojilerin suça yol açabilecek semptomlarının, kişinin eylemi ile belirtilerinin keşiştiği noktanın, ruh sağlığı alanında uzman bir bilirkişi tarafından dikkatlice ele alınması gerekmektedir (Deniz, 2017). Her ne kadar yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında kişilerin dürtülerine engel olamaması söz konusu olsa da, anlama, bilme, akıl yürütme gibi bilişsel süreçlerin, dürtü kontrol bozukluğunda bozulması beklenmez. Bu nedenle bireyin

cezai sorumluluğunun azaltılması değerlendirilebilecek olsa da tamamen ortadan kalkması söz konusu olmamaktadır. Özellikle aralıklı patlayıcı bozukluk gibi olan olaya kıyasla orantısız öfke patlamaları belirebilen tanılarda cezai sorumluluğun etkilenmesi beklenmemektedir. Ancak bahsi geçen tanılar, bazılarının semptomatik olarak doğrudan suça yol açması, bazılarının da çevresindekilere zarar verebilme ihtimali bulunduğundan boşanma gibi durumlara gerekçe gösterilebilmektedir (Soysal, 2015). Dolayısıyla bu tanıya sahip bireyler, direkt olarak eylemlerinin sonucu nedeniyle adli olgular içinde yer alabildiği gibi dolaylı olarak adli makamlar ile ilişkilendirilebilmektedir.

Referanslar

- Aebi, M., Barra, S., Bessler, C., Steinhausen, H. C., Walitza, S. ve Plattner, B. (2016). Oppositional defiant disorder dimensions and subtypes among detained male adolescent offenders. *Journal of child psychology and psychiatry*, 57 (6), p. 729-736. doi: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12473>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arman, A. R. (2019). Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğunda İzlem ve Süreç, Prognostik Faktörler ve Erken Tedavinin Etkisi. *Türkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics*, 5 (1), ss. 76-81.
- Ayaz, M., Ayaz, A. B., ve Soylu, N. (2012). Çocuk ve ergen adli olgularda ruhsal değerlendirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15 (1), ss. 33-40.
- Biederman, J., Petty, C. R., Monuteaux, M. C., Mick, E., Parcell, T., Westerberg, D. ve Faraone, S. V. (2008). The longitudinal course of comorbid oppositional defiant disorder in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: Findings from a controlled 5-year prospective longitudinal follow-up study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 29(6), p. 501-507. doi: <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e318190b290>
- Çelik, F. H., Aktepe, E. ve Kocaman, O. (2014). Çocuk ve Ergenlerde Patolojik Yangın Çıkarma Davranışı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13 (3). ss. 245-256. doi: <http://dx.doi.org/10.5455/pmb.1-1362244765>
- Demmer, D. H., Hooley, M., Sheen, J., McGillivray, J. A. ve Lum, J. A. (2017). Sex differences in the prevalence of oppositional defiant disorder during middle childhood: a meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology*, 45(2), p. 313-325. doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0170-8>
- Dell'Osso, B., Altamura, A. C., Allen, A., Marazziti, D. ve Hollander, E. (2006). Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(8), p. 464-475. doi: <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0668-0>
- Deniz, D. (2017). Suç davranışına etki eden psikopatolojik süreçler. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi*, 3(2), ss. 1-8.
- Dixon, M. R., Hinman, J. M. ve Johnson, T. E. (2020). Impulse-control disorders. *Functional Analysis in Clinical Treatment*, p. 479-500. doi: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-805469-7.00020-6>

- Dolan, M., Holloway, J., Bailey, S. ve Kroll, L. (1996). The psychosocial characteristics of juvenile sexual offenders referred to an adolescent forensic service in the UK. *Med Sei Law*; 36(4): p. 343-52.
doi: <https://doi.org/10.1177/002580249603600414>
- Fariba, K. ve Gokarakonda, S. B. (2020). Impulse Control Disorders. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Galovski, T., Blanchard, E. B. ve Veazey, C. (2002). Intermittent explosive disorder and other psychiatric co-morbidity among court-referred and self-referred aggressive drivers. *Behaviour Research and Therapy*, 40(6), p. 641-651.
doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00030-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00030-4)
- Gannon, T. ve Pina, A. (2010). Firesetting: Psychopathology, theory and treatment. *Aggression and Violent Behavior*. 15. p. 224-238.
doi: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2010.01.001>
- Gelegen, V. ve Tamam, L. (2018). Prevalence and clinical correlates of intermittent explosive disorder in Turkish psychiatric outpatients. *Comprehensive psychiatry*, 83, p. 64-70.
doi: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.03.003>
- Greenberg, H.R. (1966). Pyromania in a Woman. *The Psychoanalytic Quarterly*, 35 (2), p. 256-262.
doi: <https://doi.org/10.1080/21674086.1966.11926385>
- Hamilton S.S. ve Armando, J. (2008). Oppositional defiant disorder. *American Family Physician*. 78, (7), p. 861-866.
- Hocaoğlu, Ç. ve Tosun, A.F. (2018). Az bilinen bir konu ‘Kleptomani’: Bir Olgu Sunumu. *Klinik Tıp Bilimleri*, 6 (1), ss. 31-35.
- Karakuş, G., Tamam, L., Öztürk, Z., Eroğlu, M. Z., Bahalı, K., Nebioğlu, M., Turhan, N. ve Çakmak, S. (2011). Bir Grup Üniversiteye Hazırlık Öğrencisinde Dürtü Kontrol Bozukluğu. *Nöropsikiyatri Arşivi*, (48), ss. 238-242.
doi: <http://dx.doi.org/10.4274/npa.y5934>
- Kaplan, Y. (2007). Epilepsy and kleptomania. *Epilepsy & Behavior*, 11 (3), p. 474-475.
doi: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2007.07.016>
- Krakowski, M. (2003). Violence and serotonin: influence of impulse control, affect regulation, and social functioning. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 15 (3), p. 294-305. doi: <https://doi.org/10.1176/jnp.15.3.294>
- Lindberg, N., Holi, M.M., Tani, P. ve 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,p.47.
doi: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-47>
- Loeber, R., Burke, J. ve Pardini, D. A. (2009). Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (1-2), p. 133-142.
doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02011.x>
- Marco, J. H., García-Palacios, A. ve Botella, C. (2013). Dialectical behavioural therapy for oppositional defiant disorder in adolescents: A case series. *Psicothema*, 25 (2), p.158-163.
- Mashalaba, E. ve Edwards, D. (2005). A successful cognitive-behavioural intervention that failed: A case study of adolescent conduct disorder at a school for the disadvantaged. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 17 (2), p. 69-78.
doi: <https://doi.org/10.2989/17280580509486603>

- Moffitt, T.E., Arseneault, L., Jaffee, S.R., Kim-Cohen, J., Koenen, K.C., Odgers, C.L., Slutske, W.S. ve Viding, E. (2008). DSM-V Conduct Disorder: Research needs for an evidence base. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, p. 3-33.
doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01823.x>
- Özen M. ve Yeşilbursa, D. (2011). Adli psikiyatride travmatik beyin hasarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel*, 1(1), ss. 57-62.
- Pobocha J. (2012). Impulse control disorders in forensic psychiatry. *Sveikatos Mokslai*, 22, p. 114-118.
- Riley, M., Ahmed, S. ve Locke, A. (2016). Common questions about oppositional defiant disorder. *American family physician*, 93(7), p. 586-591.
- Saha A. (2010). A case of intermittent explosive disorder. *Industrial Psychiatry Journal*, 19 (1). p. 55-57.
doi: <https://doi.org/10.4103/0972-6748.77639>
- Satıcı, S. A., Kayış, A. R., Yılmaz, M. F. ve Eraslan-Çapan, B. (2019). Üniversite öğrencilerinde karanlık üçlü kişilik özellikleri ile dürtüsellik ve heyecan arama davranışları arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 9 (54), ss. 857-881.
- Sivrikaya, P. ve Hocaoglu, Ç. (2019). Epilepsi Cerrahisi Sonrası Geç Başlangıçlı Kleptomani: Bir Olgu Sunumu. *Sakarya Tıp Dergisi*, 9 (4), ss.727-734.
doi: <https://doi.org/10.31832/smj.597729>
- Soloff, P. H., Meltzer, C. C. ve Greer, P. J. (2000). A fenfluramine-activated FDG-PET study of borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 47 (6), p. 540-547.
doi: [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00202-4](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00202-4)
- Soysal, H. (2012) *Adli Psikiyatri Güncellenmiş Basım*. İstanbul: Özgür Yayınları.
- Soysal, H. (2015). Dürtü kontrol bozukluklarının adli psikiyatrik yönleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7 (1), ss. 16-29.
doi: <https://doi.org/10.5455/cap.20141108010848>
- Spinella, M. (2004). Neurobehavioral correlates of impulsivity: evidence of prefrontal involvement. *International Journal of Neuroscience*, 114 (1), p. 95-104.
doi: <https://doi.org/10.1080/00207450490249347>
- Steiner, H., Remsing, L., ve Work Group on Quality Issues (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (1), p. 126-141.
doi: <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000246060.62706.af>
- Tamam, L., Bican, M., ve Keskin, N. (2014). Impulse control disorders in elderly patients. *Comprehensive psychiatry*, 55 (4), p. 1022-1028.
doi: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.003>
- Tamam, L. ve Döngel, B. (2018). Yıkıcı bozukluklar, dürtü kontrol ve davranım bozuklukları. *Temel ve Klinik Psikiyatri*. Ankara: Güneş Yayınevi.
- Tamam, L., Eroğlu, M. Z. ve Paltacı, Ö. (2011). Aralıklı patlayıcı bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (3), ss. 387-425.
doi: <https://doi.org/10.5455/cap.20110318>
- Tamam, L., Özpoyraz, N. ve Ünal, M. (1997). Kleptomani: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(1), ss.36-44.

- Tamam, L., Zengin, M., Karakus, G. ve Ozturk, Z. (2008). Impulse control disorders in an inpatient psychiatry unit of a university hospital. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 18, ss. 153-161.
- Torales, J., González, I., Castaldelli-Maia, J.M. ve Ventriglio A. (2020) Kleptomania as a neglected disorder in psychiatry, *International Review of Psychiatry*, 32 (5-6), p. 451-454.
doi: <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1756635>
- Türkbay, T., Erman, H., Cöngöloğlu, A. ve Söhmen, T. (2003). Dikkat eksikliği aşırı hareketlilik bozukluğu ve binişik karşıt olma karşı gelme bozukluğu olan çocuklar ve ergenlerin anne-babalarının psikiyatrik özelliklerinin karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 45(1), ss. 4-9.
- Ulu, E. (2018). Çocuklar için Saldırganlık Ölçeği Öğretmen Formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19, (1), ss. 59-67.
doi: <https://doi.org/10.5455/apd.277472>
- Weinstein, A. ve Dannon, P. (2015). Is impulsivity a male trait rather than female trait? Exploring the sex difference in impulsivity. *Curr Behav Neurosci Rep* 2, p. 9-14.
doi: <https://doi.org/10.1007/s40473-015-0031-8>
- Yazıcı K. ve Yazıcı A.E. (2010). Dürtüselliğin nöroanatomik ve nörokimyasal temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2, ss. 254-280