

ŞİZOFRENİ

Şizofreni, geçen yüzyıldan beri ruh hekimliğini en çok uğraştıran, fakat bugün bile çeşitli yönleri tam açıklanmamış bir ruhsal bozukluktur. 19. yüzyıldan kalma bir etki ile halk arasında korku uyandıran ve “erken bunama” diye bilinen bu hastalık; genç yaşta başlayan, insan arası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı; duyuş, düşünüş ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü bir psikozdur.

TARİHÇE

Eski çağ Sanskrit yazılarında ve Hipokrat okuluna bağlı eski Yunan hekimlerinin yazılarında şizofrenik türde ruh hastalığının tanımlandığı bildirilmektedir. Orta Çağ Avrupasında şeytana tutulmuş diye bilinen ruh hastalarının önemli bir bölümü kuşkusuz şizofreniklerdir. 17. Yüzyılda Willis’in, 18. Yüzyılda Pinel’in bu hastalığı az çok tanıdıklarına ilişkin belirtiler vardır. 18. Yüzyıl başında İngiltere’de John Haslam ve George Man’ın gençlik çağında başlayan içe kapanma ve

düşünce bozukluğu ile belirli olarak tanımladıkları ve bir ad veremedikleri bozukluğun şizofreni olduğu düşünülebilir. ^(1,2)

“*Demence precoce*” (*erken bunama*) deyimini ilk olarak Morel 1860’da kullandı.1871’de Hecker “hebefreni”yi ve 1874’de Kahbaum “katatoni”yi tanımladıktan sonra, 1896’da tanınmış *Alman ruh hekimi Kraepelin* bu iki hastalık tipine paranoid ve basit tipleri de ekleyerek,hepsini “*dementia praecox*” tanısı altında topladı.Bu deyime göre hastalıkta “erken başlama” ve “bunama” olması olması gerekiyordu.

1911’de yayınladığı “*Dementia Praecox veya Şizofreniler Grubu*” adlı kitabı ile yeni bir çığır açmış olan *İsviçreli Eugen Bleuler*, *Kraepelin’in sandığı gibi hastalığın erken yaşlarda başlamasının ve bunama ile sonuçlanmasının zorunlu olmadığını* gösterdi.Bu hastalıkta kişinin ruhsal hayatındaki *yarılmaya (schisme)* önem vererek “*schizophrenia*”, *yani zihin bölünmesi,yarılması* adını önerdi ve zamanla bu terim tutundu.Artık zamanımızda *dementia praecox* (erken bunama) deyimini hemen hemen bırakılmıştır.

SIKLIK VE YAYGINLIK

¹ Kolb, L.C., Brodie, H.K.H. (1982) *Modern Clinical Psychiatry*

² Redlich, F.C., Friedman, D.X. (1986) *The Theory and Practice of Psychiatry*

Şizofreni her türlü toplumda en sık görülen ruhsal bozukluklardanır.Sıklık üzerine yapılan birçok araştırma sonuçları binde 0.4-0.7 arasında değişmektedir.15 yaşın üzerinde nüfus için sıklık binde 0.30-1.20 arasında bildirilmiştir.Avrupa'da ve A.B.D.'de ortalama sıklık oranı binde 0.85 olarak kabul edilmektedir.Yaşam boyu hastalanma riski,yani 15-45 yaş arasındaki nüfusta şizofreni olasılığı %1 dolayındadır.

Yaygınlık oranları da ülkeden ülkeye,araştırmadan araştırmaya büyük ayrımlar göstermektedir.A.B.D.'de yapılan son araştırmaya göre yaşam boyu yaygınlık oranı %0.6-1.9 arasında, İrlanda'da ortalama binde 3.3, Finlandiya'da binde 13, İsveç'te binde 17 olarak bildirilmiştir.³

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Avrupa ve Asya'da sıklık oranı binde 0.85'tir.Bütün dünyada yılda 1.5 - 3 milyon şizofreniğin bulunduğu bildirilmektedir.

Şizofreni her toplumda ve her türlü sosyo-ekonomik ortamda görülmektedir.Sosyo-ekonomik yönden düşüklük ya da düzensizlik gösteren kesimlerde daha sık görüldüğüne ilişkin bulgular vardır.

³ Andreasen, N.C. ve Black, D.W. (1991) *Introductory Textbook of Psychiatry* Washington D.C.

⁴ Goodwin, D.W. ve Guze, S.B. (1979) *Psychiatric Diagnosis* New York

⁵ Jablensky, A. (1993) *The Epidemiology of Schizophrenia*

⁶ Leach, A., Cherer, S (1992) *The Epidemiology of Schizophrenia*

Kadın-erkek arasında sıklık bakımından önemli fark görülmemektedir. Ancak, kadınlarda başlangıç yaşı daha geç olmakta ve genellikle erkeklere göre tedaviye daha iyi cevap vermektedir. (3, 4, 5, 6)

BAŞLANGIÇ YAŞI

Hastalığın genellikle gençlik çağında başladığı bir gerçektir. Erkek hastaların %16.6'sında, kadın hastaların %47'sinde hastalık belirtileri 25 yaşına dek ortaya çıkmış olmaktadır. Erkeklerde hastalık kadınlara göre daha erken yaşlarda başladığı gibi, hastalığın kötü gidişi ve beyin anormalliklerinin bulunuşu erkekler de daha fazla görülmektedir.

ETİYOLOJİ

Şizofreninin etiyojisi henüz aydınlanmamıştır. Etiyoloji üzerindeki görüşler “organik” ve “psikososyal” olmak üzere iki ana kümede toplanmışsa da genellikle her iki görüşteki etkenlerin bir rada ele alınması gerektiği kabul edilmektedir. Birçok türde şizofreni vardır. Böyle bir hastalıkta çok değişik oluş nedenlerinin de bulunması doğaldır.

Yapılan kalıtım araştırmalarından çıkan sonuçlar şöyle özetlenebilir:

- a) Öz ana-babası şizofrenik olan ve başka bir aile tarafından yetiştirilmiş kişilerde şizofreni riski öz ana-babası şizofrenik olmayanlara oranla daha yüksektir.
- b) Çocukluklarında evlat edinilmiş olan şizofreniklerin öz ana-babalarında ve birinci derecede akrabalarında şizofreni riski daha yüksektir.
- c) Öz ana-babası şizofrenik değilse, ancak kendisini evlat edinmiş olan ana-babada şizofreni varsa, bu kişilerde şizofreni riski şizofrenik olmayan ailelerde yetişenlere göre daha yüksek değildir.
- d) Şizofreniye kalıtsal yatkınlık bulunmadığı takdirde çocuğu yetiştiren ailenin şizofreni açısından riski yükseltmediği anlaşılmaktadır.
- e) Aile ortamı çok bozuk değilse şizofreniye yatkınlık olsa bile risk göreceli olarak düşüktür. Fakat hem yatkınlığın hem aile ortamında ağır bozukluğun bulunuşu riski yükseltmektedir.

Şizofrenide kalıtımın önemli rolü gösterilmiş olmakla birlikte, kalıtım-dışı etkenlerin de çok önemli olabileceği anlaşılmıştır. Nitekim, şizofrenik hastaların çoğunun ana-babası şizofrenik değildir. Tek yumurta ikizlerinde bile %40-50 eş hastalanmama oranı vardır. Gene de bir risk faktörü olarak kalıtımın yeri artık kesinleşmiştir.

Psikanalitik kurama göre, normal gelişmede ilk çocukluk dönemlerinde cinsel enerjinin dinamik belirtisi olan libido çocuğun kendi benliğinde ve bedeninde tutulmaktadır. Çocuk büyüdükçe ve çevreyle ilişkileri arttıkça libido çevredeki nesnelere yatırılır ve böylece gerçek nesne ilişkileri gelişir. Fakat her zaman için kişi kendisini de sever. Ancak bu, nesne ilişkilerinin gelişmesine engel değildir.

Şizofrenide ise nesne libidosu geri bedene, benliğe çekilir ve böylece kişinin dış dünyayla ilişkileri azalır.Hasta ileri derecede narsistik duruma girer.Bu gerileme durumu çocukluktan başlayarak temel güven duygusunun sağlanamaması, sürekli düş kırıklıkları ve kişiler arası ilişkilerin bozukluğu yüzünden olabilir.Böyle bir zeminde çevre ilişkilerinde küçük büyük incinmeler, bu gerileme eğilimini kamçılar.Buna göre içe kapanım ve başka belirtiler bir çeşit savunma ve uyum biçimidir.

BAŞLANGIÇ

Şizofreni genellikle 15-40 yaş sınırları arasında, çoğunlukla 18-25 yaşlarında her çeşit psikolojik stresle başlayabilir.Kişinin benliğinde darbeler, delikanlılık çağında dürtülerin aşırı şiddet kazanması, cinsel ya da saldırgan dürtülere karşı denetim zayıflığı gibi durumlara psikozun başlamasında önce sık rastlanır.

Enfeksiyonların ve lohusalığın şizofrenide kamçılayıcı etken olup olmadığı kesinlikle belirlenmemiştir.Lohusalık psikozlarının %37'si şizofreni kabul edilirse de doğrudan lohusalığın etkisi henüz aydınlatılmamıştır.

İlk nöbetlerin %50'sinde hiç bir kamçılayıcı etken bulunmayabilir, yani psikoza geçiş yavaş yavaş olabilir.

Tipik bir başlangıç biçimi yoktur.Belirtiler kısa bir zaman içinde gelişebileceği gibi çok sinsi ve yavaş olarak da gelişebilir.Bu yüzden belirtileri farkedilmeyen hasta uzun süre hekime getirilmez.Ruhsal bozukluk çeşitli

obsesyonlar, metafizik, dinsel uğraşlar, korkular veya genel yorgunluk, halsizlik gibi şikayetlerle başlayabilir. Bazen de bir depresyon ya da ileri derecede taşkınlık (mani) gibi ortaya çıkabilir. Sık görülen başlama biçimi ilgi azalması, kendi bedeni, kendi düşünceleri ile aşırı uğraşma, zamanın akışına aldırmazlık gibi belirtilerle olur. Bazı akut tiplerde algı bozuklukları, düşüncede dağınıklık ve bulanıklıkla başlama olabilir.

HASTALIK ÖNCESİ KİŞİLİK VE UYUM

Şizofrenik hastalar hastalık öncesinde genellikle içe dönük, sessiz, arkadaşı az, yalnızlığı yeğleyen, garip, ilgileri sınırlı ve güvensiz kişilerdir.

KLİNİK BELİRTİLER VE BULGULAR

1. Genel görünüm ve dışa vuran davranış :

Şizofreni tipik bir genel görünüm tanımlamaz. Hastaların çoğunda belirgin vurdumduymazlık, ilgisizlik, donukluk ve çekingen görünüm vardır. Uzun süre hasta olanlarda bakımsız, dağınık genel görünüm ve temizlenmeme belirtileri olabilir. Çoğu hastada hareket bozuklukları dikkati çeker.

2. Konuşma ve ilişki kurma :

Konuşmada düzensizlik, dağınıklık, hızlanma, yavaşlama, fakirleşme, abuk sabukluk, kalıplaşmış yinlemeler, konuşma yankılaması, çocuksuluk, çok konuşma, hiç konuşmama gibi çok değişik belirtiler olabilir.Hasta sorulara yandan ve uygunsuz yanıtlar verebilir.Ses tonu genellikle tekdüzedir ve duygulanımı belli etmez.

Hastanın ilgi ve dikkatinde azalma ve konuşma bozuklukları nedeniyle *ilişki kurmak genellikle çok zordur*.Hastanın ayrı bir dünyada olduğunu,onu tam anlayamadığımızı, ilişki kurmakta güçlük çektiğimizi farkedebiliriz.

3. Duygulanım :

Şizofrenide klasik olarak bir *duygu azalmasından* söz edilir.Olaylara duygulanım tepkisi ya az ya da hiç yoktur.Hastaların soğuk, ilişki kurulması güç olduğu sıklıkla görülür.Ancak, *bütün bu belirtiler hastaların duygusuz olduklarını, acı çekmediklerini, sıkıntılarının olmadığını göstermez*.Birçok şizofrenikte başlangıç dönemlerinde aşırı bunalım görülür.Kimi hastalarda paniğe benzer bir sıkıntılı durum vardır.Kimi vakalarda da acayip, yersiz, anlamsız gibi görünen gülmeler, ağlamalar, taşkınlıklar görülür.

4. Bilişsel Yetiler :

Bilinç açık, bellek genellikle yerindedir.Zeka genellikle gerileme göstermez.Ancak ağır yıkım gösteren süregen hastalarda zekada gerileme izlenimi edinilebilir; bellek bozukluğu belirtileri olabilir.Fakat bu bulgular genellikle hastanın ili azlığına ve dikkat dağınıklığına bağlıdır.Gerçek bunama bulgusu yoktur.

Şizofrenide önemli algı bozuklukları olur.Dikkat çabuk dağılır.Çevredekilere algı azalır ve bu nedenle algılama azalmış gibidir.Bazen de algı artması ve keskin algılama olur.Hallüsinasyonlar ve illüzyonlar görülebilir.Örneğin; sesler işitmek, hayaller görmek gibi.Şizofrenide en çok işitme hallüsinasyonları olur.Bunlar genellikle olumsuz sözler, küfürler, yön verici komutlar, yaptığı eylemleri tanımlayıcı seslerdir.Her şizofren hallüsinasyonlarına göre hareket etmez.Fakat seslerle, görüntülerle ilgilenir ve onlara yanıt vererek kendi kendine konuşuyor gibi görünebilir.

5. Düşünce :

Şizofreniklerde düşünceyi oluşturan sözcükler, semboller arasındaki mantıksal zincir kopar ya da bozular.Düşüncede zaman zaman durmlar, bir düşünceden ilgisi olmayan bir başkasına kaymalar, sapmalar; düşüncelerin çok yoğun olarak zihne üşüşmesi ile oluşan düşünce basıncı ve sıkışması, düşüncenin dağılması, parçalanması olur.Hasta bazen birkaç sözcükten parçalar ya da birkaç kavram bir araya getirerek yeni sözcükler, kavramlar türetir.Ağır vakalarda konuşma karmakarışık, anlamsız gibi görünen bir “sözcük salatası” haline gelebilir.Birbirine karşıt duygu ve düşünceler

yan yana durabilir.Düşünce çocuklaşır.Ancak şizofrenik düşünce tümüyle parçalanmış, anlaşılmaz ve saçma değildir.Dikkatli izlenirse ve ilgilenilirse çoğu kez hastanın düşünce ve davranışlarında anlamlı bağlantılar bulunabilir.

6. Hareket :

Genel davranış ve harekette en sık ve önemli belirti *ağır ilgisizlik, eylem, azlığı ve toplumdandan çekilmedir.*

Şizofrenide hareket bozuklukları çok çeşitlidir.Ağır bir durgunluk ve ilgisizlikten aşırı kamçılanma ve taşkınlık durumuna kadar değişik derecelerde niteliksel hareket bozuklukları da görülebilir.Garip yüz, göz hareketleri, kalıplaşmış, yineleyici el, kol, beden hareketleri, ikide bir pencereye, kapıya gidip gelme, tike benzer hareketler olabilir.Bazen çılgınca taşkınlık ve saldırganlık görülebilir.Bazen de belli bir durumda donmuş gibi kalabilir.Donakalım durumunda bir hasta birden atak ve taşkın davranışlar gösterebilir.Kimi hastalar dış görünüşlerine bakmazlar, dağınık ve pis olabilirler.

7. Fizik ve fizyolojik belirtiler:

Başka bir hastalık yoksa fizik muayene bulguları normaldir. Bazı hastalarda aşırı yeme, kilo alma, bazılarında yememe, zayıflama olabilir. Şizofreniklerde uyku ve uyku-uyanıklık düzeni çok bozulabilir. Aşırı uyuma, ağır uykusuzluk, gündüz uyuyup gece uyumama gibi durumlar bazen alışkanlık derecesinde olabilir. Hasta ilaç tedavisinde ise, ilaçların yan etkilerine bağlı olarak şişmanlama, hareketlerde yavaşlık, uykululuk gibi belirtiler sık görülür.

Özetle şizofrenide sık görülen belirtiler şunlardır:

- a) Konuşmada düzensizlik, aşırı konuşmadan hiç konuşmamaya varan değişiklikler
- b) Duygulanımda uygunsuzluk, taşkınlıklar, çocuksuluk
- c) Bilinç açık iken hallüsinasyon ve illüzyonlar
- d) Düşüncede kopukluklar, kaymalar, mantıksal zincirin bozulması, düşünce dağılması, anlaşılması güç bağlantılar, çağrışımlar
- e) Düşünce içeriğinde acayip, gerçeklikten çok uzak, tutarsız sanrılar
- f) Düşünce okunması, sokulması, yankılanması, yayınlanması
- g) Düşüncelerin ve davranışların dışardan gizli bir yolla etlikenmesi
- h) Hareketlerde acayip yinelemeler, donakalım durgunluğu ya da taşkınlığı
- i) Aşırı içe kapanma, toplumdaki çekilme
- j) İlgi ve dikkat azalması
- k) Duygulanımda azalma, vurdumduymazlık
- l) Konuşmada, düşüncede fakirleşme
- m) İstek ve irade azalması
- n) Kendine bakma ve sorumluluk almada azalma

o) Hareket ve eylemde azalma, yavaşlama

GİDİŞ VE SONLANIŞ

Şizofreni sinsi ve yavaş başlayıp yıllarca böyle sürüp giderken aktif hastalık nöbetleri ortaya çıkabilir. Bu nöbetler kendiliğinden ya da tedaviyle yatıştır. Kimilerinde delikanlılık veya gençlik çağında oldukça kısa sürede ortaya çıkar ve bu haftalarca, aylarca sürebilir. Bu epizod düzeldikten sonra uzun süre iyi uyum dönemi olabilir ya da durum giderek negatif belirtilerin baskın olduğu kronik şizofreniye dönüşebilir. Kimilerinde aktif belirtiler yıllarca sürebilir. Kimilerinde de iyileşmeler, yinelemeler ile hastalık yıllarca sürebilir. Kimi hastalar ise az çok, hatta tamamiyle iyileşebilirler. Hastaneye yatarak tedavi görmüş hastaların, sürekli ilaç kullanmış olsalar bile, yaklaşık %35-40'ı ilk yıl içinde ikinci kez nöbet geçirirler. Nöbet sayısı arttıkça kronikleşme olasılığı da artar. (7, 8, 9, 10)

Hastalığın gidişi ve sonlanışını önceden kestirmek hemen hemen olanaksızdır. Yıllarca ağır şizofrenik bozukluk gösterenler arasında normale yakın sosyal ve iş uyumu yapabilecek denli iyileşenler az değildir. İzleme çalışmaları

şizofreniklerin en az %30-40'ının orta ve iyi derecede dzeldiklerini, aile, iş ve sosyal uyum yapabildiklerini göstermektedir. (11, 12, 13)

şIZOFRENİ TEDAVİSİ

Nedenleri, yapısı, tanı ölçütleri, sınıflandırılması tam olarak aydınlatılmamış olan bu hastalığın tedavisi üzerinde görüşler oldukça değişiktir ve çoğu kez bu değişiklikler hekimin ya da sağlık kurumunun genel yönelimine bağlıdır.

Günümüzde genellikle kabul edilen temel ilkeler şöyle özetlenebilir:

1. şizofreninin kolay ve tek biçim bir tedavisi yoktur.çok yanlı bir yaklaşımın ve her şizofrenik hastanın ayrı özellikler taşıyabileceğinin bilinmesi zorunludur.
2. Hastaya ve aileye ciddi bir ruhsal bunalımın söz konusu olduğu açıklanmalıdır.Akut ve yeni başlamış olgularda hastanın ve ailenin eğitime ve içe dönme, evlenme vb. gibi beklentilerini ertelemeleri ya da bırakmaları için öneriler, açıklamalar yapılır.
3. Akut vakaların hastaneye yatırılarak incelenmesi ve tedavi görmesi doğru olabilir.Ancak ayaktan izlenerek iyi sonuçlar alınabilen akut vakaların olabileceği de göz önünde tutulmalıdır.

4. Akut dönem yatıştıktan sonra şizofreniğin tedavisine son verilmemelidir.İlaçlar, ruhsal tedavi ve rehabilitasyon yöntemleri ile hastanın yıllarca izlenmesi gerekir.
5. şizofreni tedavisinde hekimin sabırlı, sebatlı ve umutlu olması gerekir.
6. Hastaların bütün başka hastalıklarda olduğu gibi hekim hekim dolaştırılmasında büyük sakıncalar bulunmaktadır.Hastanın güvenebileceği, saygı ve bağlılık duyduğu bir hekimin değiştirilmesi çok yıkıcı olabilir.Süreklilik ve güven sağlayıcı bir ortam olmaksızın şizofreni tedavisi olamaz.
7. Kronikleşmiş, iyileşmeyen şizofreniklerin “*depo hastanelere*” yığılması çok sakıncalıdır.Bu hastalar için daha çok kendi toplumsal, ailesel çevresine yakın bir ortamda, insanlıktan toplumdan uzaklaştırılmamış, içe, çalışmaya, saygınca yaşamaya yönelik bakım yurtları vb. düşünölmelidir.

şizofrenik kişi kendi benliğine ve çevresine güvenini ağır derecede yitirmiştir.Ona göre insan ilişkileri düş kırıklıkları, aldatılmalar, oyuna getirilmeler gibi kaygılarla doludur.Bu nedenle insan ilişkilerinden korkar ve kaçar, kendine özgü dünyasına kapanır.Ama bir yandan da insan ilişkilerine gereksinimi vardır.Bu “gereksinim-korku ikilemi” içinde hasta, kişiler arası ilişkilerini düzenleyemez, geliştiremez.*İlişi kurmak istedikçe korkuları artar; korkuları arttıka ilişi kurmak*

güçleşir. Bu durumda güven sağlayıcı, sürekli bir ilişki gerekmektedir. Hastaya karşı dürüst, açık sözlü, ilgili, onu anlamaya çalışan, kısa sürede sonuç alınamayınca hastayı bırakmayan, reddetmeyen, sebatlı bir terapist başarılı olabilir. Böyle bir terapist, şizofreniğin dünyasının da bir anlamı olabileceğine inanır, onun kişiliğine saygı duyar.

Şizofrenide hastanın bireysel durumuna göre ayarlanmış destekleyici, rehberlik yapıcı ve açıklayıcı ve her şeyden çok *uzun süreli ilişkinin* oluşmasını sağlayan bir psikoterapi süreci düşünülmelidir.

Tedaviyi reddeden hasta :

Şizofreniklerin bir bölümü hastalığı kabul etmezler ve hekime, hastaneye gitmeye karşı büyük direnç gösterirler. Tedaviyi kabul etmeyen kronik şizofrenik hasta bütün bir aileyi perişan edebilir. Bu nedenle hekimin aileyi de ele alması, onlarla görüşmesi, onlara destek olması, gerekli açıklama ve uyarıları yapması, aileyi dinlemesi zorunludur.

TÜRKİYE’DE RUH HEKİMLİĞİNİN YASAL

KONULARI

Kamu Düzenini Bozma ve Suç İşleme Olasılığı :

Ruh hastalarının suç işleme olasılığının, “normal” bilinen toplum kesiminkinden daha yüksek olduğu kanıtlanmamıştır. Ancak ruh hastalarında suçluluk oranı yüksek olmasa bile, ruhsal bozukluk sırasında suç işlenmesi özellik taşır. Hastanın işlediği suçun yasal ve insancıl yönlerden iyi değerlendirilmesi ve hastayı başka tür suçlulardan ayırt etmek gerekir. Yasaya göre ağır bir ruhsal bozukluk geçirmekte iken ya da ağır bir ruhsal bozukluk nedeniyle suç işleyen kişi ceza yerine tedavi görmelidir. Birçok Batı ülkesinde, bir ruh hastası, hekim raporu ve mahkeme kararı ile bir süre zorunlu olarak hastaneye yatırılabilir.

Daha önce de belirttiğimiz gibi, ruh hastaları arasındaki suç işleme oranının “normal” olarak bilinen kişiler arasındaki suç işleme oranından belirgin derecede yüksek olduğu gösterilememiştir. Özellikle cinayete ve suça neden olan özgül bir ruhsal bozukluk yoktur. Ancak şizofreni, paranoid psikoz, mani nöbeti, epileptik psikoz, geri zekalılık ve bunama gibi ruhsal bozukluklarda seyrek de olsa ağır ya da hafif suç eylemleri görülebilir.

Yasal açıdan akıl hastalığı nedeniyle bir kişinin işlediği suçtan sorumlu olup olmadığının değerlendirilmesi önem taşır.Yasa, bu değerlendirmeyi psikiyatriye ve adli tıbbı bırakmıştır.Suçı işleyen kişinin, suç işlediği sırda ağır bir psikoz içinde olduğu, yani bilişsel yetilerinin, duygusal tepkileri ve hareketlerinin ileri derecede bozulmuş olduğu saptanırsa, yasal açıdan bu kişi işlediği suçtan sorumlu olmayacak ve tam iyileşme olduğunu bildiren bir rapor düzenleninceye kadar hastaneden çıkmayacaktır.

Türk Ceza Kanunu'nun bu konu ile ilgili maddeleri **Madde 46, 47 ve 48**'dir. T.C.K.'nın 46. Maddesinde sözü edilen kişinin "Fiili işlediği zaman şuurunun veya hareketinin serbestisini tamamen kaldıracak surette akıl hastalığı" durumunda davranış bilinçli denetimin etkisinden çıkmış; kişinin istençli ve mantıksal "harekatı" kalmamış; eylemleri denetimsiz dürtüsel nitelik kazanmıştır.Böyle bir bozulma, *bunamalarda, ağır şizofrenik ve paranoid bozukluklarda, manik taşkınlık nöbetinde, epileptik psikozlarda, ağır geri zekalılıkta ve toksik maddelerin etkisi altında* ortaya çıkabilir.Böyle bir hastada T.C.K.'nın 46. Maddesine göre kadar verilir.

Yasanın bu maddesi hastanın işlediği suçun anlam ve sonuçlarını kavrama ve yargılama yetisini yitirmiş olduğunu kabul etmekte ve hastaya ceza sorumluluğu tanımamaktadır.

Böyle bir hasta T.C.K.'nın 12. maddesi uyarınca iyileşinceye dek idam edilemez.

47. madde ise kişinin bilinç ve davranışlarını tam olarak değil, önemli ölçüde bozan ruhsal bozukluk durumları ile ilgilidir. Bunlarda ceza sorumluluğu vardır, fakat cezalar yasanın tanımladığı biçimde hafifletilmiştir.

T.C.K.'nin 48. Maddesi geçici ruhsal bozukluklarla ilgilidir. Örneğin, manik epizod, epileptik psikoz nöbeti gibi. Bu durumlarda yapılan değerlendirmeye göre, 46. veya 47. Madde hükümleri uygulanır.

Medeni Yasa ile İlgili Sorunlar :

Bir kimse bilişsel yetileri ileri derecede bozulursa kendi kendini yönetecek ve çevreye uyum sağlayacak durumda olamaz. Böyle bir kimse hekimin raporu ve mahkeme kararı ile “hacir” altına alınır, yani medeni hakları kısıtlanır ve bu hakları hasta adına kullanacak (imza atma, vekaletname verme gibi) bir vasi mahkemece tayin edilir. Medeni Kanun'un adli psikiyatriyi ilgilendiren maddeleri 10., 11., 12., 13. ve 14. Maddeleridir.

Medeni Yasa'nın 89. Maddesi “akıl hastalarının” evlenemeyeceğini belirler. İleri derecede kronikleşmiş, uyumu bozulmuş ruh hastalarında aileye hastanın evlendirilmemesi için tavsiyeler yapılmalıdır. Bir rapor gerektiğinde, kuşkusuz, hekim hastaya evlenebilir raporu veremez.

En az üç yıldan beri süregelen tedavi ile düzelme göstermemiş ve iyileşmeyeceği kesinlikle anlaşılmış bir ruh hastalığı saptandığında, böyle bir durum boşanma nedeni olabilir.