

**T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
MERAM TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**Prof. Dr. Rahim KUCUR**

**KONYA E TİPİ KAPALI CEZAEVİNDEKİ MAHKUMLARDA PSİKIYATRİK**

**BOZUKLUKLARIN 1 YILLIK YAYGINLIĞI**

**Uzmanlık Tezi**

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

**Dr. Özkan GÜLER**

132090

132090

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Nazmiye KAYA**

**KONYA-2003**

# 1.İÇİNDEKİLER

	Sayfa
<b>1.İÇİNDEKİLER</b>	1
<b>2.GİRİŞ</b>	2
<b>3.GENEL BİLGİLER</b>	4
3.1 Tarihçe	4
3.2 Mahkumların Sosyodemografik Özellikleri	6
3.3 Mahkumlarla Yapılan Cezaevi Çalışmaları	8
3.4 Suç ve Psikoz	10
3.5 Suç ve Madde Kullanımı	14
3.6 Suç ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu	18
3.7 Suç ve Duygudurum Bozuklukları	21
<b>4.YÖNTEM</b>	26
4.1 Araştırmanın Uygulama Yeri	26
4.2 Araştırmanın Örneklem Grubu	26
4.3 Veri Toplama Araçları	28
4.4 Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi	29
<b>5.BULGULAR</b>	31
<b>6.TARTIŞMA ve SONUÇ</b>	53
<b>7.ÖZET</b>	60
<b>8.SUMMARY</b>	61
<b>9.KAYNAKLAR</b>	63
<b>10.EK: SOSYODEMOĞRAFİK FORM</b>	71
<b>11.TEŞEKKÜR</b>	72

## 2. GİRİŞ

Cezaevlerinde ruhsal bozuklukların görülme sıklığı, bunların tanınması, tedavi ve rehabilitasyonuna yönelik çalışmalar son yıllarda artmış olmasına rağmen yetersizdir. Mahkum popülasyonunda psikiyatrik epidemiyolojik bir çalışmayı yürütmek oldukça güçtür. Cezaevi fiziksel koşullarının yetersizliği nedeniyle mahkumlarla birebir görüşme zorluğu vardır. Ayrıca cezaevlerinde genel popülasyona oranla çok daha fazla sayıda bulunan antisosyal insanlarla çalışmak, işbirliğinin reddi, verilen bilgilerin güvenilirliği, yakınmaların abartılı yorumlanabileceği gerçeği nedeni ile güçtür.

Akıl hastalarının kapalı ortamlardan topluma döndürülmesi ile birlikte hastaların kendileri ve başkaları için tehlikeli olması yanında toplum içinde yaşayabilmeleri sorunu da önem kazanmıştır. Akıl hastalarının kurumlarda tutulduğu dönemin izlerini taşıyan çalışmalarda, psikiyatrik hastalığa sahip olanların genel popülasyona eşit ya da daha düşük oranlarda suç işledikleri gösterilmişken, yeni çalışmalar akıl hastalarında suç işleme davranışının arttığını göstermektedir.

Ruhsal bozukluklar ile suç işleme ve şiddet davranışları arasındaki ilişki son yıllarda üzerinde önemle durulan bir konu olup pek çok çalışmada cezaevi ortamı uygun araştırma yeri olmuştur. Konuyla ilgili yayınlarda, cezaevinde ruhsal hastalıklar genel popülasyona göre anlamlı ölçüde

yüksek saptanmakla birlikte az sayıda çalışmada genel populasyona eşit ya da düşük oranlar belirtilmiştir.

Ülkemizde bu populasyona dönük araştırmalar henüz yetersizdir. Bu nedenle bu çalışmada Konya E Tipi Kapalı Cezaevinde hükümlü ve tutuklu mahkumlarda psikiyatrik bozuklukların 1 yıllık yaygınlığının araştırılması amaçlanmıştır.



### 3. GENEL BİLGİLER

#### 3.1. Tarihçe:

Tarih boyunca akıl hastalığı ile suç ve şiddet davranışları arasında birebir bağlantı olduğuna inanılmıştır.<sup>(1)</sup> Oysa şiddet ve suç davranışı sergileyen bireylerin çoğunluğunda bir psikiyatrik bozukluk saptanmamıştır.

Roma imparatorluğuna kadar uzanıldığında, Sokrates Atina'da şiddet oranının düşük olmasını bu kentte akıl hastalığının düşük oranda olmasına bağlamıştır. 1751 yılında Benjamin Franklin, Pensilvanya'ya bir akıl hastanesi yapılması konusundaki ısrarını insanların akıl hastalarının komşularına dehşet saçması korkusu ve endişesine bağlıyordu. Daha modern çağlarda diğer otoriteler de bu bağlantı üzerinde durmuştur. John Gray, 1857 yılında çeşitli akıl hastaları tarafından gerçekleştirilen 49 adam öldürme vakası tanımlamıştır. 1919'da Krapelin bir monografında, şizofren hastaların dürtüsel ve yüksek oranda tehlikeli olmaya eğilimli olduğunu belirtmiştir.<sup>(2)</sup>

Akıl hastalığı ile şiddet davranışı arasındaki ilişki günümüzde de, batılı ülkelerde hasta destekleme grupları arasında yoğun tartışmalara neden olmaktadır. Halkta akıl hastalarına karşı bir korku eğilimi olduğu belirtilmektedir. Link ve arkadaşlarının 1987'de yaptığı bir çalışma, insanların psikiyatrik bir hastalık nedeniyle hastanede yatarak tedavi görmüş olan komşu

ve iş arkadaşlarından rahatsız olduğunu, akıl hastalarının şiddet sergileyebileceği inancında olduklarını göstermiştir.<sup>(3)</sup>

Kaliforniya Ruh Sağlığı Bölümü'nün 1500 erişkinde yaptığı bir çalışma, katılanların % 61'nin şizofren hastaların genel popülasyondan daha çok şiddet içeren suç işlediklerine inandığını göstermiştir. Medya konuyla ilgili yayınlarıyla halkın bu inancını pekiştirmektedir.<sup>(2)</sup> 1980'den önce yapılan çalışmalarda şizofreni gibi ruhsal bozukluklara sahip bireylerin, psikiyatrik bir hastalığı bulunmayan kişilere göre şiddet davranışları veya suç işleme olasılıklarının daha fazla olmadığı, hatta daha düşük olabildiği gösterilmişken,<sup>(4,5)</sup> daha yeni çalışmalarda ruhsal bozukluğu olanlar arasında daha yüksek suç işleme ya da şiddet davranışları rapor edilmiştir.<sup>(6-12)</sup>

Literatürde konuyla ilgili çalışmalarda çoğunlukla suçun psikotik semptomlarla, madde kullanımıyla ilişkisi üzerinde durulmuştur. Bununla beraber alkol-madde kullanımıyla ilişkili bozukluklar ile antisosyal kişilik bozukluğunun (ASKB) ve bunlar kadar olmasa da duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarının şiddet davranışlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur.<sup>(9)</sup> Birden çok psikiyatrik bozukluğa sahip olmanın şiddet davranışları riskini arttırdığı belirtilmektedir.<sup>(13)</sup>

### 3.2. Cezaevlerindeki Mahkumların Sosyodemografik Özellikleri :

Dünya çapında 9 milyon insan cezaevlerinde bulunmakta olup, 2 milyonu Amerika'da, 70 bini İngiltere'de, 55 bini Fransa'da ve de 60 bini Türkiye'de bulunmaktadır.<sup>(14,15)</sup> Cezaevlerinde ruhsal bozuklukların sayısı bilinmemekle birlikte birkaç milyon insanın ciddi psikiyatrik bozukluğa sahip olduğu tahmin edilmektedir.<sup>(15)</sup>

Mahkumlar genel popülasyonu temsil etmekten uzaktır. Ağırlıklı olarak bu popülasyonu eğitim ve sosyoekonomik seviyesi düşük, azınlık ya da göç etmiş gruplardan, genç (15-45 yaş) erkekler oluşturmaktadır.<sup>(16)</sup> Cezaevi öncesi psikiyatrik öyküye sahip olma,<sup>(17,18,19)</sup> geçmiş suç işleme öyküsü<sup>(20,21)</sup> ve işsizliğin<sup>(16,22)</sup> oldukça sık olduğu belirtilmektedir. New York şehrinde cezaevine giren 1420 erkek mahkum üzerinde yapılan bir çalışmada, % 7 oranında cezaevi öncesi psikiyatrik yatış öyküsü saptanmıştır.<sup>(17)</sup> Bir diğer çalışmada ise Londra'da Hollaway cezaevine alınan bayan mahkumlardan rastgele seçilmiş 708 kişilik örneklem grubunda % 80 oranında geçmiş psikiyatrik öykü saptanmıştır.<sup>(18)</sup>

Ruhsal Bozukluğa sahip insanlar arasında tedaviye uyum problemi olan, çok sayıda yatış öyküsüne sahip insanların suç işleme ve tutuklanma olasılığının arttığı belirtilmektedir.<sup>(23)</sup> Çeşitli çalışmalarda evsiz akıl hastalarının barınma sorunu olmayan akıl hastalarından daha fazla tutuklandıkları bildirilmiştir.<sup>(21,24,25)</sup> Zapf ve arkadaşlarının 790 erkek tutuklu mahkum

üzerinde yaptıkları cezaevi çalışmasında, barınma sorunu yaşayan mahkumlar arasında psikiyatrik bozukluk oranını barınma sorunu olmayan mahkumlara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. <sup>(26)</sup>

Kokkevi ve arkadaşları tarafından 294 madde kullanan mahkum üzerinde yapılan bir çalışma da, madde kullananlarda suç işleme için risk faktörleri olarak; cinsiyet, birden fazla madde kullanma, birden fazla cezaevine girme, işsizlik ve düşük eğitim seviyesi bulunmuştur. <sup>(27)</sup> Ülkemizde yapılan benzeri bir çalışmada ise; düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip 20 yaş altı madde kullanan gençlerin suç ve suça yönelmeye daha yatkın oldukları saptanmıştır. Cezaevlerinde, özellikle bu gruba yönelik eğitim ve araştırma çalışmalarının önemli olduğu, madde bağımlıları için tedavi ortamları ve rehabilitasyon programlarının geliştirilmesinin gerekliliği üzerinde durulmuştur. <sup>(28)</sup>



### 3.3. Mahkumlarla Yapılan Cezaevi Çalışmaları :

Son yıllarda cezaevi ortamında psikiyatrik bozuklukların yaygınlığına ilişkin ilginin giderek arttığı gözlenmektedir.<sup>(29)</sup> Pek çok çalışmada cezaevi ortamında ruhsal bozuklukların yaygınlığı genel popülasyona göre anlamlı ölçüde yüksek saptanmakla<sup>(15,29,30,31)</sup> birlikte az sayıda çalışmada genel popülasyona göre anlamlı bir fark bulunmamıştır.<sup>(32)</sup>

Literatürde ruhsal bozuklukların yaygınlık oranlarının birbirinden farklı bulunması, standardize tanı ölçekleri ve temsil edici nitelikte örneklemin kullanıldığı çalışma sayısının az oluşuna,<sup>(15,30)</sup> sınıflama sistemlerindeki farklılıklara (DSM, ICD gibi), mahkum popülasyonlarındaki farklılıklara (mahkumun hükümlü ya da tutuklu oluşu; ergen ya da erişkin oluşu gibi), bazı bozuklukların (kişilik bozuklukları, madde kullanımıyla ilişkili bozukluklar) çalışmaya dahil edilip edilmeyişine ve de ruhsal bozuklukların farklı zaman periyodları (1 yıllık yaygınlık, 1 aylık ya da yaşam boyu yaygınlık gibi) dikkate alınarak değerlendirilmesine bağlanmaktadır.<sup>(14)</sup>

Konuyla ilgili çalışmaların, Amerika, İngiltere, Kanada, İskandinav ülkeleri ve kısmen de diğer Avrupa ülkelerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Tüm dünyadaki cezaevlerinin sadece üçte biri bu ülkelerde bulunmasına rağmen ilgili verilerin % 99'u yine bu ülkelerden gelmektedir.<sup>(15)</sup> Yukarıdaki ülkelerde 1966-2001 yılları arasında yayımlanmış olan konuyla ilgili literatürlerin gözden geçirildiği bir çalışmada elde edilen sonuçlar bu ülkelerde

ki 7 mahkumdan birinin psikotik bozukluk ya da major depresyona sahip olduğunu, 2 erkek mahkumdan birinin ve 5 bayan mahkumdan birinin ASKB olduğu bulunmuştur. Genel popülasyonla karşılaştırıldığında mahkumların 2 ila 4 kat fazla psikotik bozukluk ya da major depresyona sahip olduğu, ASKB içinse oranın genel popülasyondan 10 kat fazla olduğu görülmektedir. <sup>(15)</sup>

Sonuç olarak alkol-madde kullanımı ve buna bağlı olarak ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar ile kişilik bozukluklarının (ASKB) en yaygın görülen ruhsal bozukluklar olduğu ileri sürülmektedir. En az bir ruhsal bozukluğun yaşam boyu görülme sıklığının genel popülasyona göre yüksek olduğu, duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarına da sık rastlandığı <sup>(30,33)</sup> belirtilmektedir. Psikotik bozukluklar için çelişkili sonuçlar bildirilmekte olup, ağırlık genel popülasyondan fazla saptandığı şeklindedir.

### 3.4. Suç ve Psikoz :

Psikotik Bozukluklar ya da psikozlar denildiğinde akla ilk gelen hastalık şizofrenidir. Şizofreni geçen yüzyıldan beri ruh hekimliğini en çok uğraştıran,fakat bugün bile çeşitli yönleri tam açıklanamamış bir ruhsal bozukluktur. 19.yy'dan kalma bir etki ile halk arasında korku uyandıran ve erken bunama diye bilinen bu hastalık; genç yaşta başlayan, insanın kişiler arası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak kendine özgü bir içe-kapanım dünyasında yaşadığı düşünüş, duyuş ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü ağır bir ruhsal bozukluktur. Şizofreninin oluş nedenleri henüz kesin olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte genetik, çevresel, biyolojik ve nörogelişimsel faktörler suçlanmaktadır.<sup>(34)</sup>

A.B.D'de gerçekleştirilen ve yüzyüze görüşme verilerine dayanan geniş bir alan çalışmasında şizofreninin 1 yıllık yaygınlığı % 1 ve yaşam boyu yaygınlığı % 1.4 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada toplumda % 1.4 olan yaşam boyu yaygınlığının cezaevlerinde % 6.7, bakım kurumlarında % 3.8 ve akıl hastanelerinde % 20.4 olarak bulunması hastaların toplum içindeki dağılımını göstermesi açısından ilgi çekicidir.<sup>(35)</sup>

Suçun psikotik semptomlarla ilişkisi açısından bakıldığında; aktif semptomları olan, tedavi edilmemiş şizofrenlerin daha fazla şiddet içeren suçlar işlediği bulunmuştur.<sup>(11)</sup> Kötülük görme hezeyanları, daha önceki şiddet davranışı öyküsü, psikiyatrik yatış sayısı ve nörolojik arazların şiddet

davranışları ya da dürtüsel davranışlar için risk faktörü olarak değerlendirilebileceği bildirilmektedir.<sup>(38)</sup>

Taylor 2713 tutukluyu incelediği çalışmasında, şizofrenik erkek hastaların daha fazla şiddet davranışı gösterdiklerini<sup>(39)</sup>, Modestin 282 şizofren hastanın suç kayıtlarını incelediği çalışmasında şiddet suçları nedeniyle genel popülasyona oranla 5 kat daha fazla tutuklandıklarını<sup>(40)</sup> belirtmiştir. Tardiff ve arkadaşlarının 1985’de ayaktan takip edilen 2916 hasta ile yaptıkları çalışmada, bu popülasyon içinde saldırgan davranışlar % 3 olarak bulunmuştur. Saldırgan hastaların daha çok mental retarde olduğu, şizofreni, mani ile saldırganlık arasında bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir.<sup>(41)</sup> Wessely ve arkadaşlarının çalışmalarında, şizofrenlerde tutuklanma oranları diğer akıl hastalıkları ile karşılaştırıldığında, şizofren kadınlarda bütün suçlar 3.3 kat artmış bulunurken, erkeklerde sadece şiddet suçları için 3.8 katlık bir artış saptanmıştır.<sup>(42)</sup>

Torrey, psikotik hastalarda saldırganlığı ele alan çeşitli araştırmaları gözden geçirdiği çalışmasında, ağır akıl hastalarının akıl hastalığı olmayanlara göre daha tehlikeli olmadıklarını, ancak bu grubun içinde tehlikeli bir alt grubun olduğunu saptamıştır. Bu grubun, geçmiş suç öyküsü, alkol-madde kullanımı ve tedaviye uyumsuzluk gibi belirleyici özellikleri olduğunu bildirmiştir.<sup>(43)</sup> Steadman ve arkadaşlarının çalışmasında, madde kötüye kullanımı olmayan şizofren hastaların taburcu sonrası 1 yıllık izlem süresince karşılaştırılan popülasyondan daha fazla şiddet davranışı göstermediği saptanmıştır.<sup>(44)</sup>

Şizofren hastalarda kendilerine yönelik şiddet davranışı diğer insanlara olandan çok daha fazladır. Her 100 şizofren hastanın 40'nda intihar girişimi olurken, %10'u intihar girişimi nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Şizofren hastaların işledikleri şiddet suçlarında sıklıkla yakın aile üyeleri hedef olmaktadır.<sup>(45)</sup> Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne çeşitli mahkemeler tarafından ceza ehliyetlerinin saptanması amacıyla gönderilen 1831 olgunun raporlarının incelendiği bir çalışmada,<sup>(46)</sup> akıl hastalığı olan grubun daha çok anne, baba, kardeş gibi birinci derece yakınlarına yönelik suçlar işlemiş oldukları, buna karşın ceza ehliyeti tam olarak değerlendirilen grubun daha çok arkadaşlarına ve yabancı kişilere karşı suçları daha yüksek oranda işledikleri saptanmıştır. Bu durum, akıl hastalığı olan grubun yakın çevrelerinde bulunan kişilere psikotik belirtileri doğrultusunda ya da dürtüsel nitelikte şiddet suçları işledikleri, buna karşın akıl hastalığı bulunmayan grubun maddi çıkarıya yönelik suçları daha çok arkadaş çevrelerine ya da yabancı kişilere karşı daha fazla işlemelerinden kaynaklandığı şeklinde yorumlanmıştır.<sup>(46)</sup>

Fido temel suç motivasyonlarını değerlendirdiği cezaevi çalışmasında, psikotik grupta yer alan 25 mahkumdan 20'sinin suçlarını işledikleri dönemde hastalıklarının aktif semptomlarına sahip olduğunu dolayısıyla psikotik belirtilerin suç işlemeyi arttırdığını belirtmiştir.<sup>(11)</sup> Taylor ise 121 suç işleme öyküsüne sahip psikotik hasta ile yapmış olduğu çalışmada, psikotiklerin işledikleri suçların % 82'sinin hastalıklarından kaynaklandığını bildirmiştir.<sup>(47)</sup>

Hemen her tip psikotik bozukluğun akut dönemlerinde şiddet eylemleri ve suç davranışı sık görülmektedir. Şiddet davranışı sıklığının psikotik belirtilerin şiddeti ile doğru orantılı olduğu belirtilmektedir.<sup>(48)</sup>

Yapılan çalışmalarda şizofren hastalarda suç işleme ve şiddet davranışını arttıran risk faktörlerinin; tedavi olmama, uygunsuz ya da yetersiz tedavi olma, alkol-madde kötüye kullanımı/bağımlılığı başta olmak üzere ek psikiyatrik bozukluğa sahip olma ve olumsuz aile ve çevre desteği olduğu ileri sürülmektedir.<sup>(2)</sup>



### 3.5. Suç ve Madde kullanımı :

Madde kullanımı ve ilişkili bozuklukların, dünya ve ülkemizde yaygınlığı giderek artmaktadır. Madde, kötüye kullanım (suistimal) ve bağımlılığa yol açabilecek, değişik yollarla alınabilen, duygulanım algılama, biliş ve diğer beyin işlevlerinde değişiklik yaratan her türlü kimyasal madde olarak tanımlanmaktadır. Bunlar; esrar, eroin, kokain gibi reçete ile verilemeyen yasadışı maddeler olabileceği gibi, amfetaminler, benzodiazepinler, diğer sedatif-hipnotik ilaçlar gibi yasal düzenlemeler çerçevesinde reçete ile verilen ilaçlar ya da yasal denetimlere tabi olmayan veya satışlarında kısmi düzenlemeler olan uçucular, tütün (nikotin), kahve (kafein) ve alkol (ethanol) gibi maddelerdir.<sup>(36)</sup>

Madde kullanımı ve ilişkili bozuklukların kişinin kendisi, çevresi ve hatta toplum için birçok olumsuz sonuçlar doğurduğu bilinmektedir. Bu olumsuz sonuçlardan belki de en önemlilerinden biri yaşanan adli sorunlardır.<sup>(49)</sup>

Madde kullanımı davranışları, duygulanımı ve bilinç durumunu etkiler. Beyinde kimyasal değişimlere neden olur. Kişi, davranışları üzerindeki inhibisyonun ortadan kalkmasıyla davranışlarını kontrol edemez buna şüpheciliğin eklenmesi engellenme ve kızgınlığın daha fazla dışa vurumuna neden olur.<sup>(28)</sup> Madde kullananlar arasında suç işleme ve yasalara karşı gelme davranışı sıklıkla gözlenmektedir.<sup>(50)</sup>

Madde kullanımının yaygınlığı ülkeleri önemli ölçüde etkilemektedir. Bunun en önemli nedenlerinden birisi, madde kullanımının sosyal, ekonomi ve sağlık alanlarında ciddi boyutlarda sorun yaratmasıdır. A.B.D’de yapılan Epidemiological Catchment Area (ECA) çalışmasında, alkol bağımlılığının yaşam boyu yaygınlığı % 13.8 bulunmuştur. 1 yıllık yaygınlık oranı % 6.8 (erkeklerde % 11.9; kadınlarda % 2.16) son 1 aylık yaygınlığı ise, % 3.29 (erkeklerde % 5.74; kadınlarda % 1.06) olarak bulunmuştur.<sup>(51)</sup> Aynı çalışmada madde kullanımının yaşam boyu yaygınlığı % 6.19 (erkeklerde % 7.7; kadınlarda % 4.7), aktif madde kullanıcılarının ve bağımlılarının oranı % 2.67 (erkeklerde % 4; kadınlarda % 1.3) bulunmuştur.<sup>(51)</sup> Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan epidemiyolojik çalışmada ise son 12 ay içinde alkol bağımlılığı tanısı alma oranları % 0.8 bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %1.7, kadınlarda % 0.1’dir.<sup>(52)</sup>

Madde kullanan mahkumlar üzerinden yapılan bir çalışmada, olguların yarısından fazlasında suç işleme davranışının eroin kullanmaya başladıktan sonra geliştiği saptanmıştır.<sup>(27)</sup> Benzer şekilde ülkemizde yapılan bir çalışmada, madde kullanımı öncesi yasalarla sorun yaşayanların oranı % 25 iken, madde kullanımı sonrasında bu oran % 65 olarak bulunmuştur.<sup>(53)</sup> Gerek suç öncesi madde kullanım öyküsü, gerekse suç anında madde etkisinde olma özelliği suça yönelimi arttırmaktadır. Erkeklerin alkol tüketirken şiddet davranışları sergileme olasılığının kadınlara göre daha fazla olduğu, cinayetlerin yarısından çoğunun katil maddenin etkisindeyken işlendiği belirtilmektedir.<sup>(13)</sup>



A.B.D. Adalet İstatistikleri Bürosu, bütün devlet hapisaneleri tutuklularının % 35'nin cezaevine girmelerine neden olan suçu işledikleri anda herhangi bir yasal olmayan maddenin etkisi altında olduklarını bildirmiştir.<sup>(28)</sup> Soygun, hırsızlık gibi suçları işleyenlerin yarısını herhangi bir maddeyi her gün kullananlar oluşturmaktadır. A.B.D.'deki 1986 taraması tüm mahkumların % 43'nün mahkum olmalarına neden olan suçu işlemeden önceki ayda her gün uyuşturucu madde kullandıklarını göstermektedir. Yasal olan alkol gibi maddelerde eklenince bu oranlar yaklaşık ikiye katlanmaktadır. Bu tarama sonucunda bir çok mahkumun suç öyküsü başladıktan sonra uyuşturucu kullanmaya başladığı gösterilmiştir. Eroin, kokain, metadon gibi maddeleri kullanmış mahkumların yarısının ilk tutuklanmadan sonra bunlara başladığı görülmüştür.<sup>(28)</sup>

Halcomb ve Ahr, yaşam boyu tutuklanma sıklığının; şizofreni, kişilik bozuklukları, affektif bozuklukları olgularına kıyasla madde kötüye kullanımı olanlarda daha fazla olduğunu bildirmiştir.<sup>(54)</sup> Swanson ve arkadaşlarının 10 bin kişiden oluşan toplum örneklemleri çalışmasında, alkol-madde kötüye kullanımı olanlarda, psikiyatrik bozukluk olmayanlara göre şiddet davranışlarının oranı 10-15 kat artmış olarak bulunmuştur.<sup>(8)</sup>

Madde kullanma ihtiyacı basit bir şekilde suça neden olmamaktadır. Suç ve madde kullanımı birbirini etkiler görünmektedir. Madde kullananların suça yönelme ihtimalinin yüksek olması gibi, çalışmalar suçla ilişkili olan

kişilerin madde kötüye kullanma riskinin de yüksek olduğunu göstermektedir.<sup>(55)</sup> Madde kullanan suçluların tedavisinde madde kullanımı ve suç davranışının her ikisiyle birlikte baş edilmesi gerekmektedir. Madde kullanımı nedeniyle tedaviye başvuran olgularda madde kullanma ve suç işlemenin hangisinin önce başladığına dikkat etmek, madde kullanımı ile suç arasında ki ilişkiyi belirlemede yardımcı olacaktır.<sup>(56)</sup>



### 3.6. Suç ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu :

Kişilik bireyin kendine özgü olan ve başkalarından ayırt ettiren uyum özellikleridir. Bu özellikler bireyin bilişsel (cognitive) değerlendirmelerine dayanarak iç ve dış dünyaya uyum için geliştirmiş olduğu duyuş, düşünüş ve davranış örüntülerini içerir. Bu örüntüler belli durumlarda belli duygusal tepki gösterebilme yetileri, engellenme ve çatışmalar karşısında yerleşmiş başetme biçimleri ve savunma düzenekleridir.

Kişilik bozuklukları seyrek olmadığı gibi kişiyi, ailesini ve eş zamanlı görülen diğer psikiyatrik bozuklukların gidişini ve tedaviye yanıtını da etkilemektedir. 1951-1992 yılları arasında yapılmış olan 16 toplum çalışmasında en düşük yaygınlık oranı Tayvan ve Hindistan'da (% 0.1), en yüksek İngiltere (% 13) ve A.B.D.'de (%13.5) bulunmuştur.<sup>(57)</sup>

ASKB, en fazla araştırılmış kişilik bozukluklarından olup, 15 yaşından önce başlayan yaygın bir antisosyal davranış ve başka insanların haklarını çiğneme ile belirli bir bozukluktur. Ciddi sosyal sorunlara yol açtığından tüm kişilik bozuklukları içinde en önemlilerinden biridir. Bozukluk yalnız psikiyatrist ya da psikologların değil sosyolog, hukukçu ve kriminologlarında öteden beri ilgi ve dikkatini çekmiştir. Geçmişte bu hastaları tanımlamak için “psikopat, sosyopat” gibi değişik terimler kullanılmıştır.<sup>(37)</sup>

ASKB'i, ciddi sosyal sorunlara yol açan bir kişilik bozukluğu olup, ICD-10 ve DSM-III'ün yayımından önce büyük çaplı epidemiyolojik araştırmaların kapsamında ele alınmıştır. Bu çalışmalarda ki ortalama yaygınlık oranı % 4'tür. Daha sonra (1980-1992) yapılandırılmış görüşme ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmalarda yaygınlık oranları % 0.5-20.8 arasında bulunmuştur (% 20.8 oranı evsizlerde yapılmış bir çalışmanın bulgusudur.). Bu çalışmalarda sonuç olarak, ASKB'nin toplumda yaygınlığı ortalama % 3 oranında saptanmış olup erkek/kadın oranı 2-7 arasında bulunmuştur. Kentlerde, genç erişkinlerde, düşük sosyoekonomik düzeydekilerde daha sık görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca alkol-madde kullanım bozuklukları ile doğrudan bağlantılı olduğu kabul edilmektedir.<sup>(58)</sup>

Sivas il merkezinde DIS-III R kullanılarak yapılan 994 kişilik bir toplum taramasında ASKB'nun 1 yıllık yaygınlık oranı %1.8 yaşam boyu yaygınlık oranı %3.1 bulunmuştur.<sup>(59)</sup>

Literatürde suç ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların önemli bir bölümü ASKB ve psikopati kavramı ile suç işleme arasındaki kuvvetli ilişkiye değinilmiştir.<sup>(60)</sup> Antisosyallerin suç işlemeye erken yaşta başladıkları,<sup>(61)</sup> tüm suç türlerinde olmakla birlikte şiddet suçlarını işlemeye daha fazla meyilli oldukları,<sup>(62)</sup> bu suçları daha çok yabancılara karşı işledikleri belirtilmektedir.<sup>(63)</sup> ASKB'de alkol-madde bağımlılığı/kötüye kullanımı çok sık görülür. Alkolizm tabloyu daha ağır bir görünüme sokabilir.

Hasta, antisosyal davranışların önemli bir bölümünü madde etkisindeyken gerçekleştirebilir. Suç işlemleri madde kullanımından önce olanların daha genç olduğu, daha fazla şiddet içeren suç işledikleri ve daha fazla ASKB tanısı aldıkları belirtilmiştir.<sup>(56)</sup> Özellikle ASKB olmak üzere kişilik bozukluğu tanısı almış olma, madde bağımlılarının tedavi öncesindeki 1 yıl içinde suça yönelik davranışlarıyla bağlantılı olduğu bildirilmiştir.<sup>(64)</sup>

Tekrarlayan suç davranışının, ASKB olanlarda, alkol-uyuşturucu madde kullanımı olanlarda ve kendine zarar verici davranışları olanlarda daha sık görüldüğü,<sup>(46)</sup> tutuklanma sıklığı tahmin edilebilen tek psikiyatrik tanı kategorisinin ASKB olduğu belirtilmektedir.<sup>(65)</sup>

Eronen ve arkadaşlarının 1996'da Finlandiya'da tüm adam öldürme olgularının 2/3'ünün ele alındığı çalışmalarında, psikiyatrik bozukluk oranları genel toplumla karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada, erkekler arasında ASKB 10 kat artmış bulunmuşken, kadınlarda aynı bozukluk 40 kat artmış saptanmıştır.<sup>(66)</sup>

### 3.7. Suç ve Duygudurum Bozuklukları :

Genel olarak depresif bozuklukların suç davranışı gösterme olasılığının az olduğu ileri sürülmekteyse de depresif hastaların adam öldürme davranışında bulunabildikleri de bir gerçektir. Depresif bozukluklarla intihar davranışının bağlantısı üzerinde sıklıkla durulduğu halde, bu ilişki nadiren vurgulanmıştır.<sup>(67)</sup>

Depresif bozukluklarda adam öldürme davranışlarında, psikotik düşüncenin rolü olduğu ileri sürülmektedir.<sup>(68)</sup> Akıl hastası suçlular arasında yapılan bir araştırmada suç işlemede, %64.5 hezeyanların, % 32.2 hallüsinasyonlar ve % 36.4 dürtüsel davranışların rol oynadığı bulunmuştur. Aynı zamanda karamsarlığın % 19.8, intihar fikrinin % 36.4 oranında suç işleme ile bağlantısı olduğu belirtilmiştir. Olguların en sık sergiledikleri depresif belirtilerin, psikomotor aktivite azalması, dikkat azalması ve suçluluk fikirleri olduğu belirtilmiştir.<sup>(69)</sup>

Bipolar bozukluklar doğası gereği arada tam iyilik dönemlerinin de yer aldığı epizotlar halinde seyreder. Manik hastaların genellikle sık ama küçük çapta suçlar işledikleri kabul edilmektedir. Kavga, hakaret, görevli memura karşı gelme, tehdit, sarhoşluk, mala-meskene zarar verme, hırsızlık, sarkıntılık gibi suçlar sayılabilir. Adam öldürme, öldürmeye teşebbüs gibi ağır suçlarla organize suçlara daha az rastlanır.<sup>(70,71)</sup> Yapılan bir çalışmada, 994 katil zanlısında adam öldürme suçu ile affektif bozukluklar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gösterilmiştir.<sup>(66)</sup>

Bazı çalışmalarda manik-depresif hastalıkta depresif epizodlar içinde adam öldürme ve intihar girişimlerinin olduğu,<sup>(72,73)</sup> katillerin % 16-28'inin suç işledikleri dönemde depresif oldukları ve yine % 4-35'inin suç sonrası intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir.<sup>(74)</sup>

Suç işleme eylemi açısından bakılınca bipolar bozuklukların alt tipleri arasında da farklılıklar görülmektedir. Bipolar I bozuklukta hastanın ağır mani atağı sırasında kendisini aşırı güçlü, engellenemez hissetmesi, psikomotor aktivitenin ileri derecede artması, engellenme karşısında saldırgan olması, bu tabloya psikotik elementlerin eşlik etmesi suç kabul edilen davranışları yapma olasılığını arttıran faktörlerdir. Bununla birlikte bu grup hastalar davranış patolojilerinde ki bariz aşırılıklar nedeni ile daha kolay tanınırlar ve hasta olarak kabul edilip, öncelikle tedaviye gönderilirler.<sup>(75)</sup>

Bipolar II bozukluk ile siklotimik bozuklukta ise toplumun karşısında canlı, girişken, etrafına neşe saçan, nüktedan, bazen rahatsız edici tarafları olsa bile daha kolay tolere edilebilir "Akıl Hastası" yakıştırmısından kaçınılan bir hasta kişi bulunmaktadır. Bu durum tedavi arayışını geciktirmektedir. Gecikme suç eylemi açısından kısa sürede bir risk oluşturmamakla birlikte, uzun dönemde bu kronik seyir, doğrudan ya da kişiler arası ilişkilerde sosyal ve mesleki kayıplar ve edinilen bazı alışkanlıkların da kolaylaştırmasıyla dolaylı olarak suç işleme davranışını arttıran bir faktör olarak değerlendirilebilir.<sup>(75)</sup>

Bipolar II veya siklotimik bozukluk tanısı alanlarda daha yüksek oranda madde kötüye kullanımı ve antisosyal davranışlar saptandığı görülmektedir. Siklotimik hastalar da aşırı alkol tüketimi ve dipsomani tarzında içmeye sık rastlandığı, yaşam boyu sık sık küçük suçlar işledikleri bildirilmektedir.<sup>(71,76)</sup>

Siklotimik ve bipolar II bozukluğu olan hastalara bir çok kez “borderline” tanısı konduğu ileri sürülmektedir. Yine sık döngülü ve tedavi edilmeyen olgularda alkol-madde alışkanlığının eklenmesi, gelişigüzel ilişkiler nedeni ile yasa dışı gruplarla birliktelik gibi sekonder faktörlerin suça eğilimi arttırdığı bilinmektedir.<sup>(71,77)</sup>

Adli psikiyatri açısından bipolar bozukluk sürecinde depresyon, manik epizoddan daha büyük önem taşımaktadır. Suçlu akıl hastalarında yapılan çalışmalar suçun işlendiği tarihte hastaların çoğunlukla depresif epizod içerisinde bulduklarını göstermektedir.<sup>(74,75,76)</sup> Depresyon olgularında intihar girişimleri, adam öldürme, kendi organlarını ve özellikle cinsel organlarını kesmeler oldukça sık görülmektedir.<sup>(70,71,78)</sup> Sıkıntılarına, kendilerini suçlamaya dayanamayan gelecekle ilgili her türlü ümitlerini kaybetmiş hastalar, acı veren yaşamdan kendilerini öldürerek kurtulmaya çalışırlar. Bazı olgularda, suçlamalarını yalnız kendilerine değil, yakınlarına da yönlendirdikleri, acı veren yaşamdan onları da kurtarabilmek için önce ailelerini, sonra kendilerini öldürdükleri görülmektedir. Depresif hastalar da intihar kadar adam öldürme riskinin de değerlendirilmesi gerektiği ileri sürülmektedir.<sup>(68,71,74,78)</sup>



Depresif hastaların adam öldürme girişiminde hastalığa psikotik özelliklerin eşlik etmesi önemli gibi görünmektedir.<sup>(68,72)</sup> Cinayet ve ardından intihar girişimi değerlendirildiğinde depresyonun yaygın olduğu ileri sürülmüş, bir grup katilde % 75 depresif epizod bulgusu saptandığı bildirilmiştir.<sup>(79)</sup> Öte yandan bazı depresif hastalar ise hiç ilgileri olmadığı halde, suçluluk düşünceleri nedeniyle adli makamlara baş vurup, bazı suçlamaları üstlenebilirler.<sup>(51)</sup>

Çalışmalar manik epizod sırasında suç işleme ile bazı demografik özellikler arasında da ilişki olduğunu göstermektedir. 45-60 yaş arası kadınlar da manik atak sırasında alkol kötüye kullanımı ve suç işleme sıklığının arttığı, diğer yaş grubu ve cinsiyetler de ise anlamlı bir fark olmadığı bildirilmektedir. Yine manik hastalar da 29 yaş altı ile 45-60 yaş grubunda intihar girişiminin yüksek olduğu bildirilmektedir.<sup>(80)</sup>

Affektif bozukluğu olan suç işlemiş kadınlarda daha önceki travmatik yaşantıların varlığının suç işleme sıklığını arttıran bir faktör olduğu ileri sürülmüştür.<sup>(81,82)</sup>

Bipolar bozukluklarda daha ziyade küçük suçların ve amaca yönelik suçların ön planda olduğu, şizoaffektif bozuklukta ise saldırgan suçlarda artış olduğu bildirilmektedir.<sup>(83,84)</sup> Bipolar bozukluklarda hastaların dürtü kontrolünün zayıflaması, büyüklük duyguları doğrultusunda çevre tarafından kolayca manüple edilebilmeleri suç işlemelerini kolaylaştırmaktadır. Uzun

süren hastalık sürecinde alkol kötüye kullanımı, gelişigüzel ilişkiler suça teşvik edici birer faktör olmaktadır. Hapishanelerde bulunan, bir çok suç işlemiş külhanbeyi tavırlı suçlular arasında hipomaniklerin sık olduğu söylenmektedir.<sup>(75)</sup>

Ruhsal bozuklukları nedeni ile suç işleyenler arasında affektif bozukluk tanısı alanların, şizofreniden daha az yaygın olduğu kabul edilmektedir.<sup>(85)</sup> Bir adli tıp ünitesinde bulunan şizofren ve major affektif bozukluğu olan insanların karşılaştırılmasında, şizofren grupta suç eğiliminin yüksek ve daha tehlikeli suçlardan oluştuğu, major affektif bozukluk tanısı alan grupta ise bipolar tipin ve hastalığın erken başlamasının suçla ilintili olduğu bulunmuştur.<sup>(86)</sup>

## 4. YÖNTEM

**4.1 Araştırmanın Uygulama Yeri:** Bu çalışma Konya E Tipi Kapalı Cezaevinde 01/03/2002 ile 01/06/2002 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışma için Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkif evleri Genel Müdürlüğü ve Konya Cezaevi Savcılığından yazılı onay alınmıştır. Türkiye genelinde 45 adet E tipi kapalı cezaevi bulunmakta olup, toplam mahkum sayısının %30-35'i bu cezaevlerinde kalmaktadır. Çalışmanın gerçekleştirildiği cezaevi ve Türkiye'de ki diğer E tipi cezaevleri benzer özelliklere sahip olup 600-700 kişi kapasitelidirler.

Çalışmanın yapıldığı tarihlerde Konya E Tipi Kapalı Cezaevinde 42 koğuş ve 12 hücre bulunmaktaydı. Koğuşlar 20-30 metrekare arasında değişen bir yaşam alanına sahipti. 10-50 kişi kapasiteli koğuşlarda lavabo, tuvalet ve ön tarafta 20-30 metrekare arasında değişen bir havalandırma bahçesi bulunmaktaydı. Hücreler ise 1-2 kişi kapasiteliydi. Diğer E Tipi Kapalı Cezaevlerinde olduğu gibi Konya E Tipi Kapalı Cezaevi'nde de kalabalık koğuş sisteminden oda sistemine geçiş nedeniyle inşaat çalışmaları sürdürülmekteydi. Cezaevinde 123 infaz koruma memuru ile 1 doktor, 1 psikolog, 1 sosyal hizmet uzmanı görev yapmakta idi. Sağlık hizmetleri revir bölümünde verilen cezaevinde acil sağlık durumları için 5 adet yatak hazır bulundurulmakta idi .

**4.2. Araştırmanın Örneklem Grubu :** Çalışmanın yapıldığı tarihlerde Konya E Tipi Kapalı Cezaevi'nde 648'i koğuşlarda , 12'si hücrelerde olmak

üzere toplam 660 mahkum bulunmakta idi. Çalışmaya çocuk koğuşu dışındaki tüm koğuşlar alınmıştır.Çocuk koğuşunda kalan 28 mahkum çalışmaya dahil edilmeyince kalan 632 mahkumun yarısıyla görüşülmesi planlanmıştır. Koğuş sistemi dışında cezaevinde her birinde 1 mahkum bulunan 12 hücre vardı. Toplam hücre sayısının yarısı çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırma için vakaları seçerken mahkum listesinden faydalanılmıştır. Önceden cezaevi yönetiminden alınmış olan mahkum listesi, mahkumların isim, soy isim, numarası ve buldukları koğuş ismi gibi bilgiler içermekteydi. Tek sayılara karşılık gelen mahkumlar çalışmaya alınarak toplam mahkum sayısının yarısına ulaşılması amaçlanmıştır. Tek sayılara karşılık gelen mahkum çalışmaya katılmak istemediğinde ya da o sırada cezaevinde bulunmadığında listede yer alan bir sonraki mahkum çalışmaya alınmıştır. Listelerde yer alan koğuşlardaki 40 mahkumla görüşülememiştir. Bunlardan 13'ü ile Türkçe bilmedikleri için 2'si ile o sırada cezaevinde bulunmadıkları için ve 25 kişi ile görüşme talebini reddettikleri için görüşülememiştir. Hücrelerde ise farklı bir yöntem uygulanmıştır. Her hücrede bir mahkum bulunduğu için mevcut 12 hücrede tek sayılı hücreler (1.,3.,5.,7.,9.,11. hücreler) çalışmaya alınmıştır.Tespit edilen tek sayılı hücrelerdeki mahkumların tamamı (6 mahkum) ile görüşülmüştür. Koğuşlardan ve hücrelerden liste yöntemi ile araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve bilgilendirilmiş onamı alınan 305 (299 koğuş, 6 hücre) mahkumla görüşülmüştür.

**4.3. Veri Toplama Araçları:** Çalışmaya katılanlara, psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını araştırmak için CIDI (Composite International Diagnostic Interview = Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi)'nin 2.1 versiyonu (12 aylık sürümü) ve sosyodemografik veriler için tarafımızca oluşturulan bir bilgi formu uygulanmıştır.

CIDI, Dünya Sağlık Örgütü ile A.B.D. Alkol, Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı İdaresi'nin ortak bir projesi sonucu yapılmıştır. Değişik kültürlerde kullanılabilirliği ve geçerliliği gösterilmiştir.<sup>(87)</sup> Ülkemizde yapılan araştırmalarda da kullanılmıştır.<sup>(88,89)</sup> Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Tanı ve İstatistik El Kitabı (DSM-IV, 1994) ve Dünya Sağlık Örgütü Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması (ICD-10, DSÖ 1990) tanı sistemlerine göre tanı koyabilecek şekilde geliştirilmiştir. Temel kullanım amacı ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi ile ilgili araştırmalar olmakla birlikte başka klinik araştırma amaçlarıyla da kullanılabilir.<sup>(90)</sup>

CIDI, erişkinler için geliştirilmiştir. Eğitim ve kültürel geçmişleri ve zeka düzeyleri birbirinden çok farklı kişiler için yazılmıştır. Düşük eğitilmiş kişilerin de yanıtlayabileceği kadar basit bir ölçektir. Okur-yazarlık sadece bilişsel bozukluk (bölüm M) değerlendirmesini tamamlamak için gereklidir. Ağır zeka geriliği, ağır bunaması ya da akut psikoza olanlar anlamlı yanıtlar vermeyebilirler. Görüşmeci bilişsel işlevleri ağır derecede bozuk olduğundan eminse görüşmeyi sonlandırabilir. Bu çalışmada kullandığımız görüşme ölçeği

Dr. Ahmet Göğüş tarafından Türkçe'ye çevrilen 17 tanı alanı içeren CIDI'nın 2.1. versiyonudur.<sup>(90)</sup>

Çalışma cezaevi popülasyonunda gerçekleştirildiği için, mahkumların cezaevinde alkol ve madde kullanımını gerçekçi biçimde belirtmeyecekleri düşünülmüştür. Bu nedenle alkol (J bölümü) ve madde kullanımı (L bölümü) modülü uygulamalarında, CIDI 2.1 12 aylık versiyonu yerine yaşam boyu versiyonundan faydalanılmıştır. Diğer modül uygulamalarında CIDI 2.1 son 12 aylık versiyonu kullanılmıştır.

Görüşmeciler psikiyatri asistanları ve psikiyatri stajı yapan son sınıf öğrencilerinden oluşturulmuştur. 3 ay boyunca asistanlar ve psikiyatri stajına gelen internleri stajın ilk haftasında CIDI eğitimi almış olan araştırmacılar tarafından 5 gün boyunca günde 2.5 saat olmak üzere toplam 12.5 saat teorik ve uygulamalı eğitim verilmiştir. Cezaevi yönetimince sağlanan psikiyatrik görüşmeye uygun yerlerde 5-10 kişilik görüşmeci grupları halinde mahkumlarla görüşülmüştür.

Çalışmaya katılanların CIDI 2.1 yanısıra mahkumların bazı sosyodemografik özelliklerini ve kriminal öyküyü tespit etmeye yönelik tarafımızca oluşturulmuş bir bilgi formu da uygulanmıştır.

**4.4. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi :** CIDI ölçeği verileri bilgisayara aktarılarak DSM\_IV'e göre hazırlanmış algoritmalar yardımı ile

ruhsal bozukluk tanularına dönüştürülmüştür.Tanulara ilişkin veriler SPSS istatistik programında analiz edilmiştir. Kategorik değişkenlerden oluşan grupların karşılaştırıldığı analizlerde ki-kare testi uygulanmıştır. Diğer sonuçlar sayı ve yüzde şeklinde verilmiştir.



## 5. BULGULAR

Yaş ortalaması  $31.40 \pm 9.67$  olan 295'i (%96.7) erkek, 10'u (%3.3) kadın olmak üzere toplam 305 mahkum ile görüşülmüştür. Kadınların yaş ortalaması  $30.40 \pm 7.65$ , erkeklerin  $31.44 \pm 9.74$  olarak bulundu. İncelenen demografik veriler arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, cezaevi öncesi ve cezaevindeki ekonomik durum, doğum yeri, cezaevi öncesi son yerleşim yeri, sağlık durumu, cezaevi öncesi psikiyatrik öykü gibi değişkenler yer almaktadır. Tablo 1'de mahkumların sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir.

Mahkumların % 49.2'sinin evli, % 39.3'ünün hiç evlenmemiş, % 6.2'sinin boşanmış, %3.6'sının dul ve %1.6'sında ayrı olduğu bulunmuştur.

Eğitim durumu incelendiğinde ise, olguların %70.5'nin okur-yazar değil ya da ilkokul mezunu, %13.1'inin ortaokul mezunu, %13.1'nin lise mezunu olduğu ve sadece %3.3'nün yüksekokul mezunu olduğu saptanmıştır. Lise ve yüksekokul mezunu mahkumlarda alkol-madde bağımlılığı / kötüye kullanımı diğer mahkumlara göre düşük saptanmış olup lise mezunlarında bu düşüklük istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. ( $\chi^2=10.450$  ;  $p=0.033$ ) (Tablo 2)

Cezaevine girmeden önceki ekonomik duruma bakıldığında; %26.6'sının (n=81) ekonomik durumunu kısmen yada çok yetersiz olarak tanımladığı,



%68.2'sinin (n=208) yeterli gördüğü ve %5.2'sininde oldukça yeterli olarak tanımladığı gözlenmiştir. Cezaevinde ki ekonomik durum sorgulandığında ise ekonomik durumunu yetersiz görenlerin oranı %39.3'e (n=120) yükselmiştir.

Örnekleme oluşturan mahkumların doğum yerine bakıldığında; %21.3'ünün köy ya da kasaba doğumlu olduğu , %35.4'ünün ilçe doğumlu olduğu ve %43.3'ünün de doğum yerinin şehir olduğu görülmüştür. Cezaevine girmeden önceki son yerleşim yeri incelendiğinde ise, %3.3'ünün köy ya da kasabada ikamet ettiği, %16.1'inin ilçe yerleşimli olduğu, ve %80.7'sininde şehirde ikamet ettiği gözlenmiştir.

Mahkumlarda cezaevi öncesi yaşam boyu psikiyatrik başvuru incelendiğinde, psikiyatrik muayene oranı %20.0, psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görme oranı ise %9.5 bulunmuştur. Cezaevi öncesi psikiyatrik muayene öyküsü olanlarda, herhangi bir psikiyatrik bozukluk ( $\chi^2=9.299$  ; $p=0.002$  ) , herhangi bir duygudurum bozukluğu ( $\chi^2=14.759$  ;  $p=0.000$ ), herhangi bir depresif bozukluk ( $\chi^2=18.799$  ;  $p=0.000$ ), herhangi bir anksiyete bozukluğu ( $\chi^2=4.995$  ;  $P=0.025$ ), nikotin bağımlılığı ( $\chi^2=8.529$  ;  $p=0.003$ ), herhangi bir madde bağımlılığı/kötüye kullanımı ( $\chi^2=15.553$  ;  $p=0.000$ ) ve herhangi bir alkol-madde bağımlılığı/Kötüye kullanımı ( $\chi^2=5.584$  ;  $P=0.018$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. ( Tablo 3) Psikiyatrik yatış öyküsü olanlarda da, herhangi bir duygudurum bozukluğu ( $\chi^2=5.655$  ;  $p=0.017$ ), herhangi bir depresif bozukluk ( $\chi^2=7.045$  ;  $p=0.008$ ), herhangi bir anksiyete

bozukluğu ( $x^2=6.639$  ;  $p=0.010$ ), nikotin bağımlılığı ( $x^2=8.252$  ;  $p=0.004$ ) ve herhangi bir madde bağımlılığı / kötüye kullanımı ( $x^2=9.569$  ;  $p=0.002$ ) istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. (Tablo 4)

Örneklemin %50.5'ni (n=154) henüz yargılanma aşamasında olan tutuklu mahkumlar, %49.5'ini (n=151) ise yargılama aşaması tamamlanmış cezası kesinleşmiş hükümlü mahkumlar oluşturmaktadır. İşlenen suçla ilgili veriler değerlendirildiğinde; mahkumların %59'unun (n=180) insana karşı (cinayet, gasp, cinsel suçlar, insana karşı diğer suçlar), %21.3'ünün (n=65) mala karşı (hırsızlık, kaçakçılık, dolandırıcılık) suçlar işlemiş oldukları saptanmıştır. Siyasi suçlar ise %15.7 (n=48) oranında bulunmuştur. İşlenen suçlara ayrıntılı olarak bakıldığında , cinayet % 28.2 (n=86), siyasi suçlar %15.7 (n=48), hırsızlık % 12.8 (n=39), gasp %12.8 (n=39), dolandırıcılık % 6.9 (n=21), yaralama %6.6 (n=20), adam kaçırmaya % 6.9 (n=20), cinsel suçlar %2.0 (n=6), kaçakçılık %1.6 (n=5), öldürmeye teşebbüs % 1.6 (n=5), fiziksel saldırı %1.3 (n=4) ve diğerleri % 3.9 (n=12) oranında saptanmıştır. (Tablo 5)

Mahkumlarda işlenen suç türü ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki incelendiğinde, herhangi bir somatoform bozukluk dışında tüm psikiyatrik tanımlar siyasi suçlu mahkumlarda diğer mahkumlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. (Tablo 6 )

Mahkumların 190'ı (%62.8) 1 defa , 53'ü (%17.5) 2 defa , 44'ü (% 14.5) 3 –5 defa ve 16'sı (%5.9) 6 veya daha fazla kez cezaevi yaşantısı olduğunu

bildirmişlerdir. (Tablo 7) Cezaevine giriş sayısı ile psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı arasındaki ilişki incelendiğinde, 6 ve üstü giriş sayısına sahip mahkumlarda diğer mahkumlara göre herhangi bir duygudurum bozukluğu ( $x^2=9.657$  ;  $p=0.022$ ), herhangi bir madde bağımlılığı / kötüye kullanımı ( $x^2=26.767$  ;  $p=0.000$ ) ve herhangi bir alkol-madde bağımlılığı / kötüye kullanımı ( $x^2=20.441$  ;  $p=0.000$ ) tanıları anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır. (Tablo 8)

Örneklemin sabıka durumu gözden geçirildiğinde, 100 mahkumun (%32.9) sabıka öyküsü olduğu öğrenilmiştir. Ailede sabıka öyküsü incelendiğinde ise 32 mahkumun (%10.5) babasında ve 38 mahkumun (%12.4) kardeşlerinde sabıka öyküsü olduğu öğrenilmiştir (Tablo 9). Sabıka durumu ile psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı arasındaki ilişki incelendiğinde , sabıka öyküsü olan mahkumlarda olmayanlara göre tüm psikiyatrik tanı kategorileri yüksek oranda saptanmıştır. Herhangi bir DSM IV tanısı ( $x^2=5.341$  ;  $p=0.021$ ), nikotin bağımlılığı ( $x^2=6.788$  ;  $p= 0.009$ ), herhangi bir madde bağımlılığı / kötüye kullanımı ( $x^2=9.844$  ;  $p=0.002$ ) ve herhangi bir alkol-madde bağımlılığı / kötüye kullanımı ( $x^2=13.368$  ;  $p=0.000$ ) tanıları sabıka öyküsü olan mahkumlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. (Tablo 10)

Mahkumlardaki psikiyatrik bozuklukların 12 aylık yaygınlığı incelendiğinde ise çalışmamızda nikotin bağımlılığı %50.5 (n=154) ile en yaygın görülen psikiyatrik bozukluk olmuştur. Bunu %22 (n=67) ile majör depresyon,

%16.7 (n=51) ile nikotin yoksunluğu, %15.1 (n=46) ile posttravmatik stres bozukluğu (PTSB) ve %14.0 (n=42) ile özgül fobi izlenmiştir. Sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu %5.6 (n=17) oranlarında, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve distimik bozukluk %4.9 (n=15) oranında saptanmıştır. Bipolar I bozukluğu içinse yaygınlık oranı %4.3 (n=13) olarak bulunmuştur. Şizofreni, şizofreniform bozukluk, kısa psikotik bozukluk, agorafobi olmadan panik bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu %0.3, konversiyon bozukluğu %0.7, ağrı bozukluğu %1.3 ve hipokondriyazis %1.6 olarak saptanmıştır. Bipolar II bozukluğu, anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN), şizoaffektif bozukluk, hezeyani bozukluk, agorafobi ile birlikte panik bozukluğu ve panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi saptanmamıştır. (Tablo11)

Mahkumların 205'i ( %67.2) DSM-IV ölçütlerine göre herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almış olup, 89'u (%29.2) herhangi bir duygudurum bozukluğu, 85'i (%27.9) herhangi bir anksiyete bozukluğu, 11'i (%3.6) herhangi bir somatoform bozukluğu, 3'ü (%1.0) herhangi bir psikotik bozukluk ve 154'ü (%50.5) nikotin bağımlılığı tanısı almıştır.

Cinsiyetlere göre bakıldığında, erkeklerin 196'sı (%66.4), kadınların 9'u (%90) DSM-IV ölçütlerine göre herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almıştır. Nikotin bağımlılığı tanısı alanların 7'si (%70) kadın, 147'si (%49.8) erkek, duygudurum bozukluğu tanısı alanların 8'i (%80) kadın, 81'i (%27.5)erkek, anksiyete bozukluğu tanısı alanların 9'u (%90) kadın, 76'sı (%25.7)erkek,

somatoform bozukluğu tanısı alanların 1'i (%10) kadın, 10'u (%3.4) erkek olduğu saptanmıştır. Kadınlarda psikotik bozukluk saptanmazken erkeklerin 3'ü (%1.0) bu tanıyı almıştır. (Tablo 12)

Mahkumların adli durumuna göre psikiyatrik tanı gruplarının 12 aylık yaygınlığına bakıldığında herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı , tutuklu mahkumlarda %77.3 , hükümlü mahkumlarda %56.7, herhangi bir duygudurum bozukluğu; tutuklu mahkumlarda %28.6, hükümlü mahkumlarda %29.8 herhangi bir anksiyete bozukluğu; tutuklu mahkumlarda %31.8, hükümlü mahkumlarda % 23.8 herhangi bir somatoform bozukluk; tutuklu mahkumlarda %2.6, hükümlü mahkumlarda %4.6 , herhangi bir psikotik bozukluk; tutuklu mahkumlarda %1.3, hükümlü mahkumlarda %0.7 ve nikotin bağımlılığı; tutuklu mahkumlarda %58.4, hükümlü mahkumlarda %42.4 saptanmıştır. (Tablo 13)

Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar için CIDI 2.1 yaşam boyu versiyonu kullanılarak yaşam boyu yaygınlık oranları değerlendirilmiştir. Alkol bağımlılığı %19.7 ile en yaygın görülen psikiyatrik bozukluk olup, bunu %14.8 ile alkol kötüye kullanımı, %7.9 ile diğer madde bağımlılıkları ve % 6.6 ile diğer maddelerin kötüye kullanımları tanıları izlemiştir. (Tablo 14)

Madde kullanımıyla ilişkili bozuklukların cinsiyete göre dağılımında; kadın mahkumlarda alkol bağımlılığı / kötüye kullanımı saptanmazken, erkek mahkumların %35.6'sında (n=105) alkol bağımlılığı / kötüye kullanımı gözlenmiştir. Alkol dışı herhangi bir madde bağımlılığı / kötüye kullanımı için

yaşam boyu yaygınlık oranları kadınlarda %30 (n=3) , erkeklerde %12.2 (n=36) saptanmıştır. (tablo 15)

Mahkumun adli durumuna göre madde kullanım bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı tablo 16'da gösterilmiştir. Alkol bağımlılığı / kötüye kullanımı için yaşam boyu yaygınlık oranları tutuklu mahkumlarda %41.6 (n=64) , hükümlü mahkumlarda %27.2 (n=41) saptanmıştır. Tutuklu mahkumların %15.6'sında (n=24) alkol dışı herhangi bir madde bağımlılığı / kötüye kullanımı saptanmışken hükümlü mahkumlarda bu oran %9.9 (n=15) bulunmuştur.



**Tablo 1. Mahkumların Sosyodemografik Özellikleri**

Özellik	Kadın (%) n=10	Erkek (%) n=295	Toplam (%) n=305
Yaş ortalaması	30,40±7,65	31,44±9,74	31,40±9,67
Medeni Durum			
Evli	(50,0) 5	(49,2) 145	(49,2) 150
Dul	(20,0) 2	(3,1) 9	(3,6) 11
Ayrı	–	(1,7) 5	(1,6) 5
Boşanmış	(20,0) 2	(5,8) 17	(6,2) 19
Hiç evlenmemiş	(10,0) 1	(40,3) 119	(39,3) 120
Eğitim Durumu			
Okur-yazar değil	–	(1,4) 4	(1,3) 4
İlkokul mezunu	(70,0) 7	(69,2) 204	(69,2) 211
Ortaokul mezunu	(10,0) 1	(13,2) 39	(13,1) 40
Lise mezunu	(10,0) 1	(13,2) 39	(13,1) 40
Yüksek okul mezunu	(10,0) 1	(3,1) 9	(3,3) 10
Cezaevi öncesi ekonomik durum			
Çok yetersiz	(30,0) 3	(12,2) 36	(12,8) 39
Kısmen yetersiz	(30,0) 3	(13,2) 39	(13,8) 42
Yeterli	(40,0) 4	(69,2) 204	(68,2) 208
Oldukça yeterli	–	(5,4) 16	(5,2) 16
Cezaevinde ekonomik durum			
Çok yetersiz	(20,2) 2	(16,9) 50	(17,0) 52
Kısmen yetersiz	(20,2) 2	(22,4) 66	(23,3) 68
Yeterli	(60,0) 6	(58,0) 171	(58,0) 177
Oldukça yeterli	–	(2,7) 8	(2,6) 8
Toplam olgu sayısı	10	295	305

**Tablo 1. Mahkumların Sosyodemografik Özellikleri**

Özellik	Kadın n=10	Erkek n=295	Toplam n=305
<b>Doğum yeri</b>			
Köy	(10,0) 1	(49,2) 145	(49,2) 150
Kasaba	(10,0) 1	(4,4) 13	(4,6) 14
İlçe	(40,0) 4	(35,3) 104	(35,4) 108
Şehir	(40,0) 4	(43,4) 128	(43,3) 132
<b>Cezaevi öncesi son yerleşim yeri</b>			
Köy	–	(2,0) 6	(1,9) 6
Kasaba	–	(1,4) 4	(1,3) 4
İlçe	–	(16,6) 49	(16,1) 49
Şehir	(100,0) 10	(80,0) 236	(80,7) 246
<b>Cezaevi öncesi psikiyatrik öykü</b>			
<b>Psikiyatrik muayene</b>			
Evet	(50,0) 5	(19,0) 56	(20,0) 61
Hayır	(50,0) 5	(81,0) 239	(80,0) 244
<b>Psikiyatrik yatış</b>			
Evet	(40,0) 4	(8,5) 25	(9,5) 29
Hayır	(60,0)	(91,5) 270	(90,5) 276
<b>Halen bedensel hastalık</b>			
Yok	(70,0) 7	(80,0) 236	(79,7) 243
Var	(30,0) 3	(20,0) 59	(20,3) 62
<b>Halen bedensel şikayet</b>			
Yok	(80,0) 8	(80,0) 236	(80,0) 244
Var	(20,2) 2	(20,0) 59	(20,0) 61
Toplam olgu sayısı	10	295	305



**Tablo 2. Mahkumlarda eğitim durumu ile psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı arasındaki ilişki**

	Okur-yazar değil n=4		İlkokul mezunu n=211		Ortaokul mezunu n=40		Lise mezunu n=40		Yüksekokul mezunu n=10		Toplam n=305	P	X <sup>2</sup>	
	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n				
Herhangi bir DSM-IV Bozukluğu	(50,0)	2	(69,7)	147	(70,0)	28	(52,5)	21	(70,0)	10	(67,2)	205	0,265	5,220
Herhangi bir Duygudurum Bozukluğu	(-)	-	(29,9)	63	(25,0)	10	(27,5)	11	(50,0)	5	(29,2)	89	0,381	4,185
Herhangi bir Depresif Bozukluk	(-)	-	(21,8)	46	(17,5)	7	(27,5)	11	(30,0)	3	(22,0)	67	0,612	2,686
Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu	(-)	-	(29,4)	62	(25,0)	10	(25,0)	10	(30,0)	3	(27,9)	85	0,711	2,137
Herhangi bir Somatoform Bozukluk	(25,0)	1	(3,3)	7	(2,5)	1	(2,5)	1	(10,0)	1	(3,6)	11	0,148	6,774
*Herhangi bir Psikotik Bozukluk	(-)	-	(-)	-	(5,0)	2	(2,5)	1	(-)	-	(1,0)	3	0,044	9,805
Nikotin Bağımlılığı	(25,0)	1	(54,5)	115	(52,5)	21	(25,0)	4	(38,2)	13	(50,5)	154	0,070	8,665
Herhangi bir Madde Bağımlılığı/Kötüye kullanımı	(-)	-	(15,6)	33	(10,0)	4	(5,0)	2	(-)	-	(12,8)	39	0,196	6,046
* Herhangi bir Alkol-Madde Bağımlılığı/ Kötüye kullanımı	(25,0)	1	(42,2)	89	(40,0)	16	(17,5)	7	(20,0)	2	(37,7)	115	0,033	10,45

\* P < 0,05

**Tablo 3. Mahkumlarda cezaevi öncesi psikiyatrik muayene öyküsü ile cezaevinde saptanan psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı arasındaki ilişki**

	Psikiyatrik muayene öyküsü var n = 61		Psikiyatrik muayene öyküsü yok n = 244		Toplam n = 305		P	X <sup>2</sup>
	(%)	n	(%)	n	(%)	n		
* Herhangi bir DSM-IV Bozukluğu	(83,6)	51	(63,1)	154	(67,2)	205	0,002	9,299
* Herhangi bir Duygudurum Bozukluğu	(49,2)	30	(24,2)	59	(29,2)	89	0,000	14,759
* Herhangi bir Depresif Bozukluk	(42,6)	26	(16,8)	41	(22,0)	67	0,000	18,979
* Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu	(39,3)	24	(25,0)	61	(27,9)	85	0,025	4,995
Herhangi bir Somatoform Bozukluk	(4,9)	3	(3,3)	8	(3,6)	11	0,539	0,377
Herhangi bir Psikotik Bozukluk	(1,6)	1	(0,8)	2	(1,0)	3	0,489	0,337
* Nikotin Bağımlılığı	(67,2)	41	(46,3)	113	(50,5)	154	0,003	8,529
* Herhangi bir Madde Bağımlılığı/Kötüye kullanımı	(27,9)	17	(9,0)	22	(12,8)	39	0,000	15,553
* Herhangi bir Alkol-Madde Bağımlılığı/Kötüye kullanımı	(50,8)	31	(34,4)	84	(37,7)	115	0,018	5,584

\* P < 0,05

**Tablo 4. Mahkumlarda cezaevi öncesi psikiyatrik yatış öyküsü ile cezaevinde saptanan psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı arasındaki ilişki**

	Psikiyatrik muayene öyküsü var n = 29		Psikiyatrik muayene öyküsü yok n = 276		Toplam n = 305		P	X <sup>2</sup>
	(%)	n	(%)	n	(%)	n		
Herhangi bir DSM-IV Bozukluğu	(82,8)	24	(65,6)	181	(67,2)	205	0,061	3,514
* Herhangi bir Duygudurum Bozukluğu	(48,3)	14	(27,2)	75	(29,2)	89	0,017	5,655
* Herhangi bir Depresif Bozukluk	(41,4)	12	(19,9)	55	(22,0)	67	0,008	7,045
* Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu	(48,3)	14	(25,7)	71	(27,9)	85	0,010	6,639
Herhangi bir Somatoform Bozukluk	(3,4)	1	(3,6)	10	(3,6)	11	1,000	0,002
Herhangi bir Psikotik Bozukluk	(3,4)	1	(0,7)	2	(1,0)	3	0,260	1,999
* Nikotin Bağımlılığı	(75,9)	22	(47,8)	132	(50,5)	154	0,004	8,252
* Herhangi bir Madde Bağımlılığı/Kötüye kullanımı	(31,0)	9	(10,9)	30	(12,8)	39	0,002	9,569
Herhangi bir Alkol-Madde Bağımlılığı/Kötüye kullanımı	(51,7)	15	(36,2)	100	(37,7)	115	0,102	2,682

\* P < 0,05

**Tablo 5. Mahkumların işledikleri suç türleri**

Suç türleri	Kadın (%) n	Erkek (%) n	Toplam (%) n
İnsana karşı suçlar	(60,0) 6	(59,0) 174	(59,0) 180
Cinayet	(40,0) 4	(27,8) 82	(28,2) 86
Gasp	(20,0) 2	(12,5) 37	(12,8) 39
Cinsel suçlar	–	(2,0) 6	(2,0) 6
Yaralama	–	(6,8) 20	(6,6) 20
Fiziksel saldırı	–	(1,4) 4	(1,3) 4
Öldürmeye teşebbüs	–	(1,7) 5	(1,6) 5
Adam kaçıрма	–	(6,8) 20	(6,6) 20
Mala karşı suçlar	(40,0) 4	(20,7) 61	(21,3) 65
Hırsızlık	(30,0) 3	(12,2) 36	(12,8) 39
Kaçakçılık	–	(1,7) 5	(1,6) 5
Dolandırıcılık	(10,0) 1	(6,8) 20	(6,9) 21
Siyasi suçlar	–	(16,3) 48	(15,7) 48
Diğer	–	(4,1) 12	(3,9) 12
Toplam olgu sayısı	10	295	305

**Tablo 6. Mahkumlarda işlenen suç türü ile psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı arasındaki ilişki**

	İnsana karşı suçlar n = 180		Mala karşı suçlar n = 65		Siyasi suçlar n = 48		Toplam n = 293		P	X <sup>2</sup>
	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n		
* Herhangi bir DSM-IV Bozukluğu	(75,0)	135	(80,0)	52	(22,9)	11	(67,6)	198	0,000	52,800
* Herhangi bir Duygudurum Bozukluğu	(29,4)	53	(44,6)	29	(6,3)	3	(29,0)	85	0,000	19,776
* Herhangi bir Depresif Bozukluk	(22,8)	41	(32,3)	21	(4,2)	2	(21,8)	64	0,001	13,047
* Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu	(31,1)	56	(33,8)	22	(10,4)	5	(28,3)	83	0,010	9,246
Herhangi bir Somatoform Bozukluk	(3,3)	6	(3,1)	2	(6,3)	3	(3,8)	11	0,607	0,948
Herhangi bir Psikotik Bozukluk	(1,7)	3	(-)	-	(-)	-	(1,0)	3	0,386	1,903
* Nikotin Bağımlılığı	(55,0)	99	(67,7)	44	(10,4)	5	(50,5)	148	0,000	39,995
* Herhangi bir Madde Bağımlılığı/Kötüye kullanımı	(16,1)	29	(13,8)	9	(-)	-	(13,0)	38	0,012	8,771
* Herhangi bir Alkol-Madde Bağımlılığı/ Kötüye kullanımı	(45,6)	82	(38,5)	25	(8,3)	4	(37,9)	111	0,000	22,323

\* P < 0,05

**Tablo 7. Mahkumların Cezaevine Giriş Sayıları**

Cezaevine giriş sayısı	Kadın (%) n	Erkek (%) n	Toplam (%) n
1 giriş	(90,0) 9	(61,8) 181	(62,8) 190
2 giriş	–	(18,0) 53	(17,5) 53
(3-5) giriş	(10,0) 1	(14,7) 43	(14,5) 44
(6 ve üstü) giriş	–	(5,5) 16	(5,3) 16
Toplam olgu sayısı	10	293	303

**Tablo 8. Mahkumlarda cezaevine giriş sayısı ile psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı arasındaki ilişki**

	1 giriş		2 giriş		3-5 giriş		(6 ve üstü) giriş		Toplam	P	X <sup>2</sup>
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)			
Herhangi bir DSM-IV Bozukluğu	127	(66,8)	32	(60,4)	31	(70,5)	15	(93,8)	205	0,91	6,477
* Herhangi bir Duygudurum Bozukluğu	52	(27,4)	11	(20,8)	17	(38,6)	9	(56,3)	89	0,022	9,657
Herhangi bir Depresif Bozukluk	40	(21,1)	9	(17,0)	13	(29,5)	5	(31,3)	67	0,373	3,121
Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu	54	(28,4)	13	(24,5)	16	(36,4)	2	(12,5)	85	0,288	3,762
Herhangi bir Somatoform Bozukluk	8	(4,2)	1	(1,9)	1	(2,3)	1	(6,3)	11	0,756	1,189
Herhangi bir Psikotik Bozukluk	2	(1,1)	1	(1,9)	-	(-)	-	(-)	3	0,791	1,042
Nikotin Bağımlılığı	93	(48,9)	24	(45,3)	24	(54,5)	13	(81,3)	154	0,069	7,089
* Herhangi bir Madde Bağımlılığı/Kötüye kullanımı	20	(10,5)	2	(3,8)	9	(20,5)	8	(50,0)	39	0,000	26,767
* Herhangi bir Alkol-Madde Bağımlılığı/Kötüye kullanımı	64	(33,7)	14	(26,4)	25	(56,8)	12	(75,0)	115	0,000	20,441

\* P < 0,05

**Tablo 9. Mahkumların Sabıka Durumu**

Sabıka durumu	Kadın (%) n	Erkek (%) n	Toplam (%) n
<b>Önceki Sabıkası</b>			
Yok	(90,0) 9	(66,3) 195	(67,1) 204
Var	(10,0) 1	(33,7) 99	(32,9) 100
<b>Ailede sabıka öyküsü</b>			
<b>Babada</b>			
Var	(20,0) 2	(10,2) 30	(10,5) 32
Yok	(80,0) 8	(89,8) 265	(89,5) 273
<b>Annede</b>			
Var	–	(0,7) 2	(0,7) 2
Yok	(100,0) 10	(99,3) 293	(99,3) 303
<b>Kardeşlerde</b>			
Var	(20,0) 2	(12,2) 36	(12,4) 38
Yok	(80,0) 8	(87,8) 259	(87,5) 267
<b>Toplam olgu sayısı</b>	<b>10</b>	<b>295</b>	<b>305</b>



**Tablo 10. Mahkumlarda sabıka durumu ile psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı arasındaki ilişki**

	Sabıka öyküsü var n=100		Sabıka öyküsü yok n=204		Toplam n=304		P	X <sup>2</sup>
	(%)	n	(%)	n	(%)	n		
* Herhangi bir DSM-IV Bozukluğu	(76,0)	76	(62,7)	128	(67,1)	204	0,021	5,341
Herhangi bir Duygudurum Bozukluğu	(36,0)	36	(25,5)	52	(28,9)	88	0,058	3,604
Herhangi bir Depresif Bozukluk	(26,0)	26	(20,1)	41	(22,0)	67	0,243	1,360
Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu	(30,0)	30	(26,5)	54	(27,6)	84	0,518	0,418
Herhangi bir Somatoform Bozukluk	(4,0)	4	(3,4)	7	(3,6)	11	0,755	0,062
Herhangi bir Psikotik Bozukluk	(2,0)	2	(0,5)	1	(1,0)	3	0,255	1,566
* Nikotin Bağımlılığı	(61,0)	61	(45,1)	92	(50,3)	153	0,009	6,788
* Herhangi bir Madde Bağımlılığı/Kötüye kullanımı	(21,0)	21	(8,3)	17	(12,5)	38	0,002	9,844
* Herhangi bir Alkol-Madde Bağımlılığı/ Kötüye kullanımı	(52,0)	52	(30,4)	62	(37,5)	114	0,000	13,368

\* P < 0,05

**Tablo 11. Mahkumlarda DSM – IV ölçütlerine göre psikiyatrik bozuklukların 12 aylık yaygınlığı**

DSM – IV Tanısı (12 aylık)	(%) n	DSM – IV Tanısı (12 aylık)	(%) n
Majör Depresif Bozukluk	(22) 67	Obsesif-Kompulsif Bozukluk	(4,9) 15
Tek Nöbet	(19,4) 59	Posttravmatik Stres Bozukluğu	(15,1) 46
Hafif	(6,6) 20	Panik Bozukluğu	
Orta derecede	(6,6) 20	Agorafobi olmadan panik bozukluğu	(0,3) 1
Şiddetli	(6,2) 19	Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu	–
Tekrarlayan nöbet	(2,6) 8	Panik bozukluğu olmadan agorafobi	–
Hafif	(1,0) 3	Sosyalfobi	(5,6) 17
Orta derecede	(0,3) 1	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	(5,6) 17
Şiddetli	(1,3) 4	Özgül fobi	(14,0) 42
Bipolar 1 Bozukluğu	(4,3) 13	Hayvan tipi	(3,0) 9
Bipolar 2 Bozukluğu	–	Doğal çevre tipi	(3,3) 10
Distimik Bozukluk	(4,9) 15	Durumsal tip	(2,0) 6
Şizofreni	(0,3) 1	Kan-Enjeksiyon-Yara tipi	(5,6) 17
Şizofreniform Bozukluk	(0,3) 1	Somatizasyon Bozukluğu	(0,3) 1
Şizoaffektif Bozukluk	–	Konversiyon Bozukluğu	(0,7) 2
Hezeyani Bozukluk	–	Ağrı Bozukluğu	(1,3) 4
Kısa Psikotik Bozukluk	(0,3) 1	Hipokondriyazis	(1,6) 5
Anoreksiya Nervoza	–		
Bulimia Nervoza	–		
Nikotin Bağımlılığı	(50,5) 154		
Nikotin Yoksunluğu	(16,7) 51		

**Tablo 12. Mahkumlarda DSM – IV ölçütlerine göre psikiyatrik bozuklukların cinsiyete göre dağılımları (12 aylık)**

DSM – IV tanısı (12 aylık)	Kadın (%) n	Erkek (%) n	Toplam (%) n
Herhangi bir DSM – IV tanısı	(90,0) 9	(66,4) 196	(67,2) 205
Herhangi bir Duygudurum Bozukluğu	(80,0) 8	(27,5) 81	(29,2) 89
Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu	(90,0) 9	(25,7) 76	(27,9) 85
Herhangi bir Somatoform Bozukluk	(10,0) 1	(3,4) 10	(3,6) 11
Şizofreni ve diğer psikozlar	–	(1,0) 3	(1,0) 3
Nikotin Bağımlılığı	(70,0) 7	(49,8) 147	(50,5) 154
Toplam olgu sayısı	10	295	305

**Tablo 13. Hükümlü ve tutuklu mahkumlarda DSM – IV ölçütlerine göre psikiyatrik bozuklukların 12 aylık yaygınlığı**

DSM – IV tanısı (12 aylık)	Tutuklu (%) n	Hükümlü (%) n	Toplam (%) n
Herhangi bir DSM – IV tanısı	(77,3) 119	(56,7) 86	(67,2) 205
Herhangi bir Duygudurum Bozukluğu	(28,6) 44	(29,8) 45	(29,2) 89
Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu	(31,8) 49	(23,8) 36	(27,9) 85
Herhangi bir Somatoform Bozukluk	(2,6) 4	(4,6) 7	(3,6) 11
Şizofreni ve diğer psikozlar	(1,3)	(0,7) 1	(1,0) 3
Nikotin Bağımlılığı	(58,4) 90	(42,4) 64	(50,5) 154
Toplam olgu sayısı	154	151	305

**Tablo 14. Mahkumlarda DSM – IV ölçütlerine göre madde kullanımı ile ilişkili bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı**

DSM – IV Tanısı (yaşam boyu)	(%) n	DSM – IV Tanısı (yaşam boyu)	(%) n
Alkol Bağımlılığı	(19,7) 60	Madde Kötüye Kullanımı	(6,6)20
Alkol Kötüye Kullanımı	(14,8) 45	Opioid Kötüye Kullanımı	–
Madde Bağımlılığı	(7,9) 24	Cannabis Kötüye Kullanımı	(4,6) 14
Opioid Bağımlılığı	(0,3) 1	Sedatif Kötüye Kullanımı	(1,3) 4
Cannabis Bağımlılığı	(5,2) 16	Kokain Kötüye Kullanımı	–
Sedatif Bağımlılığı	(3,3) 10	Amfetamin Kötüye Kullanımı	(1,0) 3
Kokain Bağımlılığı	(0,3) 1	Hallusinojen Kötüye Kullanımı	(0,3) 1
Amfetamin Bağımlılığı	–	İnhalan Kötüye Kullanımı	(1,0) 3
Hallusinojen Bağımlılığı	–	PCP Kötüye Kullanımı	–
İnhalan Bağımlılığı	(0,7) 2	Diğer Madde Kötüye Kullanımı	(0,7) 2
PCP Bağımlılığı	–		
Diğer Madde Bağımlılığı	(1,6) 5		

**Tablo 15. Mahkumlarda DSM – IV ölçütlerine göre madde kullanımı ile ilişkili bozuklukların cinsiyete göre dağılımları (yaşam boyu)**

DSM – IV tanısı (Yaşam boyu)	Kadın (%) n	Erkek (%) n	Toplam (%) n
Herhangi bir Madde Bağımlılığı/Kötüye kullanımı (*)	(30,0) 3	(12,2) 36	(12,8) 39
Alkol Bağımlılığı/Kötüye kullanımı	–	(35,6) 105	(34,4) 105
Toplam olgu sayısı	10	295	305

\* Nikotin, Alkol dışlanmıştır.

**Tablo 16. Hükümlü ve tutuklu mahkumlarda DSM – IV ölçütlerine göre madde kullanımı ile ilişkili bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı**

DSM – IV tanısı (Yaşam boyu)	Tutuklu (%) n	Hükümlü (%) n	Toplam (%) n
Herhangi bir Madde			
Bağımlılığı/Kötüye kullanımı (*)	(15,6) 24	(9,9) 15	(12,8) 39
Alkol Bağımlılığı/Kötüye kullanımı	(41,6) 64	(27,2) 41	(34,4) 105
Toplam olgu sayısı	151	151	305

\* *Nikotin, Alkol dışlanmıştır*

## 6. TARTIŞMA

Çalışmanın yapıldığı cezaevinde kadın mahkumların az sayıda bulunması, çalışmanın büyük oranda erkek hükümlü ve tutukluları kapsamasına yol açmıştır. Kadın suçlu oranı ülkeden ülkeye, sosyokültürel yapıdaki farklılıklara bağlı olarak değişmektedir. Ancak bütün toplumlarda kadınların suç işleme oranlarının erkeklerden düşük olduğu görülmektedir.<sup>(91)</sup> Çalışmamızda da kadın mahkumların oranının oldukça düşük oluşu (%3.3) bu bulguyu desteklemektedir.

Yapılan çalışmalarda mahkumların medeni durum dağılımına bakıldığında bekarların çoğunlukta olduğu bulunmuştur.<sup>(11,19,33,92,93)</sup> Çalışmamızda ise bekar dul veya boşanmış olanların oranının evlilere kıyasla düşük bulunması, örneklemin çoğunluğunun geleneksel geniş aileden gelmiş olması ile açıklanabilir.

Düşük eğitim düzeyi ile suç işleme arasında ilişki olduğunu öne süren çalışmalar vardır. Eğitim düzeyi ne kadar düşükse suç ve suça yönelimde o oranda artmaktadır.<sup>(27,28)</sup> Çalışmamızda düşük eğitim düzeyine sahip mahkumların çoğunluğu oluşturması bu çalışmaların sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Örnekleminizi oluşturan mahkumlarda önemli oranda kırsal kesimden kent'e göç olduğu saptanmıştır. Bu bulgu göçün, suçun ortaya çıkmasında ,suçu

hazırlayan ortamın meydana gelmesinde önemli bir etken olduğu görüşünü desteklemektedir.<sup>(94)</sup>

Akıl hastaları arasında tedaviye uyum problemi olan çok sayıda psikiyatrik yatış öyküsüne sahip olanların suç işleme ve tutuklanma olasılığının arttığı belirtilmektedir.<sup>(23)</sup> Çalışmamızda cezaevi öncesi psikiyatrik muayene ya da yatış öyküsüne sahip mahkumlarda diğer mahkumlara göre psikiyatrik tanı kategorileri yüksek oranda saptanmıştır. Bu bulgu ruhsal bozukluğa sahip insanların, genel toplumdaki daha yüksek suç işleme ya da şiddet davranışları sergilediklerini göstermektedir.

Mahkumlarda cezaevine giriş sayısı ve sabıka sayısı arttıkça psikiyatrik bozuklukların oranının arttığı ileri sürülmektedir.<sup>(20,27)</sup> Artan giriş sayısı ile en fazla ilişkili psikiyatrik tanıların madde kullanımıyla ilişkili bozukluklar ve antisosyal kişilik bozukluğu olduğu belirtilmektedir.<sup>(27,46)</sup> Çalışmamızda saptadığımız bulgularda literatür bilgisiyle uyumludur.

Ülkemizde politik aktiviteleri nedeniyle tutuklu olarak yargılananlardan oluşan bir çalışmada anksiyete, depresyon ve travma sonrası belirtileri düşük oranda görülmüştür.<sup>(95)</sup> Çalışmamızda ise herhangi bir somatoform bozukluk dışında tüm psikiyatrik bozukluklar siyasi suçlu mahkumlarda diğer mahkumlara göre anlamlı ölçüde düşük saptanmıştır. Bu sonuçta, siyasi suçlu mahkumların kendi içlerinde oluşturdukları alt kültürün gereklerine göre yaşamlarını şekillendirmeleri ( yeme, yatma-kalkma, okuma saatlerinin aynı

oluşu, birlikte şarkılar marşlar söyleme,oyun gösterileri yapma, ideolojileri doğrultusunda kendilerini geliştirmeye çalışma, grup adına verilen kararlara itaat v.b) ve grup psikolojisiyle hareket etmeleri nedeniyle mevcut semptom ve bulguların gizlenmesinin de rolü olabilir.

Yapılan çalışmalarda cezaevlerindeki mahkumlarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı genel topluma göre daha yüksek bulunmuştur.<sup>(96.97.98.33)</sup> Herhangi bir psikiyatrik bozukluk, Gunn ve arkadaşlarının 1769 mahkum üzerinde yaptıkları çalışmada % 37,<sup>(96)</sup> andersen ve arkadaşlarının 228 mahkum üzerinde yapmış oldukları çalışmada %64,<sup>(97)</sup> Joukamaa ve arkadaşlarının 903 mahkum üzerinde yaptıkları çalışmada %65,<sup>(98)</sup> Bland ve arkadaşlarının 180 mahkum üzerinde yaptıkları çalışmada %76.7<sup>(33)</sup> olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ise mahkumların %67.2'sinde DSM-IV ölçütlerine göre herhangi bir psikiyatrik bozukluk saptanmış olup konuyla ilgili çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. Cezaevlerinde psikiyatrik bozuklukların bu kadar yaygın görülmesinin nedeni olarak, cezaevine konma sonucu aile ve arkadaşlarından ayrılma, iş kaybı, cezaevi yaşantısının güçlükleri, gelecek hakkında belirsizlik, bu dönemde adli sürecinde sürmekte oluşu gibi faktörler suçlanmaktadır. Bu faktörlerin bireylerin düşünce biçimi ve başa çıkma kapasitelerine bağlı olarak değişik psikiyatrik tablolara yol açtığı belirtilmektedir.<sup>(67)</sup>



Çalışmamızda nikotin bağımlılığının 12 aylık yaygınlık oranı % 50.5 saptanmış olup en yaygın görülen psikiyatrik bozukluk olmuştur. DSM-IV'te kendisine yer bulan nikotin bağımlılığının mahkumlardaki yaygınlığına ilişkin literatürde bilgiye ulaşılmamıştır. Mahkumlarda nikotin bağımlılığının genel nüfustan oldukça yüksek olması,<sup>(99)</sup> olgularımızın çoğunun erkek olması <sup>(99,100)</sup> ve stresli cezaevi ortamında stresle başa çıkmada sıkça sigaraya başvurmaları ile açıklanabilir.<sup>(101)</sup> Çalışmamızda kadın mahkumlarda nikotin bağımlılığı erkek mahkumlardan yüksek bulunmuştur. Kadın mahkum sayısının az oluşu ve kadınların strese daha duyarlı oluşu bu sonucu etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda herhangi bir duygudurum bozukluğu %29,2 oranında saptanmıştır. Major depresyon % 22 ile en yaygın görülen duygudurum bozukluğu olmuştur. Duygudurum bozuklukları için yaygınlık oranları genel toplumdaki yaygınlık oranlarından yüksek bulunmuştur.<sup>(102,103,104)</sup> Cezaevi çalışmalarında ise, Bland ve arkadaşlarının 180 mahkum üzerinde DIS/DSM-III tanı kriterlerine göre yaptıkları çalışmada maddeyle ilişkili bozukluklar ve ASKB'u dışlandığında en yaygın psikiyatrik bozukluğun affektif bozukluklar olduğu (%21.1) ve major depresyonun %13.9 oranında görüldüğü belirtilmiştir.<sup>(33)</sup> Bulten ve arkadaşlarının çalışmasında da depresif bozukluk %14 oranında bulunmuştur.<sup>(105)</sup> Depresif bozuklukların yaygınlık oranlarındaki farklar, kullanılan yöntemler ve örneklem farklılıklarından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda anksiyete bozukluklarının yaygınlığı genel nüfustan yüksek bulunmuştur.<sup>(106,107,108)</sup> Posttravmatik stres bozukluğu % 15.1 ile en yaygın görülen anksiyete bozukluğu olmuştur. Bulgularımızla uyumlu olarak cezaevi popülasyonunda yapılmış olan çalışmalarda da anksiyete bozukluklarının genel toplumdaki oranından daha yüksek olduğu bildirilmiştir.<sup>(29,14,109)</sup> Brinded ve arkadaşlarının 1247 mahkum üzerinde CIDI-A uygulayarak yapmış oldukları çalışmada posttravmatik stres bozukluğu %9.9 obsesif kompulsif bozukluk %4 saptanmıştır.<sup>(29)</sup> Cooke ve arkadaşlarının 247 mahkum üzerinde yaptıkları çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu %7.3 , obsesif kompulsif bozukluk %7.7 , fobik bozukluk %13 oranında saptanmıştır.<sup>(14)</sup> Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise politik olmayan 246 mahkumun 208'inde işkence tespit edilmiş ve bu olgulardaki travma sonrası stres bozukluğu oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yine işkence gören olgular semptom listesinde ( SCL-90 ) daha yüksek puanlar almışlardır.<sup>(109)</sup> Mahkum popülasyonunun travmatik yaşam olayları açısından riskli bir grubu oluşturması bu popülasyondaki yüksek posttravmatik stres bozukluğu oranlarını açıklayabilir.

Mahkumlarda psikotik bozuklukların yaygınlığı ile ilgili çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmektedir. Psikotik bozuklukların yaygınlığını genel toplumdaki oranından yüksek bulan çalışmaların <sup>(29,30,31)</sup> yanında genel toplumla aynı düzeyde bulan çalışmalarda <sup>(110,111)</sup> vardır. Çalışmamızda psikotik bozuklukların yaygınlığı genel toplumla aynı bulunmuştur.

Çalışmamızda madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar için CIDI.2.1 yaşam boyu versiyonu kullanılarak yaşam boyu yaygınlık oranları incelenmiştir. Alkol bağımlılığı % 19.7 ile en yaygın görülen madde kullanımı ile ilişkili bozukluk olmuştur. Bu oran genel toplumda madde kullanım bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığını araştıran çalışmaların<sup>(51,112)</sup> sonuçlarından yüksektir. Cooke ve arkadaşlarının 247 mahkum üzerinde yapmış oldukları çalışmada alkol bağımlılığı %38, diğer madde bağımlılıkları %21 oranında saptanmıştır.<sup>(14)</sup>Bland ve ark'nın 180 mahkum üzerinde DIS/DSM-III tanı kriterlerine göre yapmış oldukları çalışmada alkol bağımlılığı / kötüye kullanımı %78.9, diğer madde bağımlılıkları / kötüye kullanımı %50.6 oranında saptanmıştır.<sup>(33)</sup>Herman ve ark'nın 189 mahkum üzerinde SCID/DSM-III R tanı kriterlerine göre yapmış oldukları çalışmada ise alkol bağımlılığı / kötüye kullanımı %42 oranında bulunmuştur.<sup>(30)</sup>Çalışmamızda madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar için yaşam boyu yaygınlık oranlarının diğer ülkelerde yapılan çalışmalara göre daha düşük olması, toplumumuzun sosyokültürel özellikleriyle açıklanabilir.

Mahkumların adli durumu incelendiğinde,literatürle de uyumlu olarak<sup>(29,113)</sup> psikiyatrik bozuklukların tutuklu mahkumlarda hükümlü mahkumlara göre daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır.Bu durumdan tutuklu mahkumlarda adli sürecin sürmekte oluşu, cezaevi yaşantısına alışma dönemindeki güçlükler, aile ve arkadaş çevresinden yeni ayrılma gibi faktörler sorumlu olabilir.

Çalışmamızın sonucunda, konuyla ilgili pek çok çalışmada da görüldüğü üzere cezaevindeki mahkumlarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı genel nüfusa oranla anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.Ülkemizde cezaevi koşullarında kişilerin gerek tedavi ve gerekse rehabilitasyonunda psikiyatristlerin çok sınırlı düzeyde yer almış olmaları, konuyla ilgili çalışma sayısının son derece düşük oluşu bu konuda yeterli birikimin oluşmasını önlemiştir.Cezaevlerinde görülen psikiyatrik bozuklukların özelliklerini, ortaya çıkma nedenlerini inceleyen ve bunlarla bağlantılı olarak geliştirilebilecek terapötik yaklaşımları araştıran daha fazla çalışmaya gereksinim olduğunu düşünmekteyiz.

## 7. ÖZET

Bu çalışmada, Konya E Tipi kapalı cezaevinde ki mahkumlarda DSM-IV ölçütlerine göre psikiyatrik bozuklukların 1 yıllık yaygınlık oranlarını araştırmak amaçlanmıştır.

Çalışmaya katılan 305 mahkum ile CIDI (Uluslararası Bileşik Tanı Çizelgesi ) 2.1. 12 aylık versiyonu kullanılarak görüşülmüştür. Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar için ise CIDI 2.1. yaşam boyu versiyonu kullanılmıştır. Sosyodemografik özellikleri belirlemek için kendi geliştirdiğimiz kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi SPSS programında ki-kare testi ile yapılmıştır.

Çalışmamızda %50.5 ile nikotin bağımlılığı en yaygın görülen psikiyatrik bozuklukken bunu %22 ile major depresyon, %16.7 ile nikotin yoksunluğu ve %15.1 ile posttravmatik stres bozukluğu izlemiştir. Alkol bağımlılığı %19.7 ile en yaygın görülen madde kullanımı ile ilişkili bozukluk olup bunu %14.8 ile alkol kötüye kullanımı ve %7.9 ile diğer madde bağımlılıkları (alkol, nikotin hariç) izlemiştir.

Çalışmamızın sonucunda cezaevindeki mahkumlarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı genel nüfusa oranla yüksek saptanmıştır. Ruhsal bozukluğa sahip insanların genel topluma göre daha fazla suç işledikleri ve daha fazla tutuklandıkları bildirilmektedir. Bununla beraber stres oluşturan

cezaevi ortamında mahkumlarda psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasına neden olabilir. Cezaevlerinde koşulların iyileştirilmesi ve mahkumların psikolojik olarak desteklenmesinin ruhsal bozuklukların azalmasında rol oynayabileceği düşünülmektedir.

## **8. SUMMARY**

This study was aimed to determine one year prevalence of psychiatric disorders in inmates according to DSM-IV criteria.

Three hundred five inmates who stay in prison, were interviewed using 12-month version of CIDI 2.1 (Composite International Diagnostic Interview). CIDI 2.1 life-time version was used for substance related disorders. Sociodemographic features were gathered through a personal information form developed by the researchers. The statistical evaluations of data were done by Chi-square test in the SPSS for Windows program

In our study the most common psychiatric disorder is nicotine dependence which is about 50.5 %. Other most common disorders were major depression with 22 % and nicotine withdrawal with 16.7 % and posttraumatic stress disorder 15.1 %. Alcohol dependence is the most common substance related disorders (19.7 % ). Other most common substance related disorders

were alcohol abuse with 14.8 % and other substance dependences with 7.9 %.  
(except alcohol and nicotine )

Psychiatric disorders are higher than that observed in general population. It has been reported that people who have psychiatric disorders have more offenses and more arrest rate than general population. Nevertheless, the prison environment which causes stress, can lead some psychiatric disorders in people who serve a sentence. It has been thought that the conditions in prisons are improved and that the inmates can be supported psychologically, psychiatric disorders may lessen in this population.

## 9. KAYNAKLAR

1. Monahan J. Mental disorder and Violent Behavior. *American Psychol* 1992 ; 47 : 511-512.
2. Yalçınkaya S. Şizofreni ve Saldırganlık. içinde: Karamustafalıoğlu O, Eker T. ed. Şizofrenide Cinsellik, Saldırganlık ve Stigma. İstanbul: 2001: 23-32.
3. Link BG, Cullen FT, Frank J. The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *Am J Sociol* 1987; 92: 1461-1500.
4. Link BG, Stueve A . Evidence bearing on mental illness as a possible cause of violent behavior. *Epidemiol Rev* 1995; 17: 172-181.
5. Hwang SD, Segal SP. Criminality of the mentally ill in sheltered care : are they more dangerous? *Int J Law Psychiatry* 1996; 19: 93-105.
6. Mullen PE . A reassessment of the link between mental disorder and violent behavior, and it's implications for clinical practice. *Aust NZ J Psychiat* 1997; 31: 3-11.
7. Bland R, Orn H . Family violence and psychiatric disorder. *Can J Psychiat* 1986 ; 31: 129-137.
8. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the ECA surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41: 761-770.
9. Asnis GM , Kaplan ML , Hundorfean G . Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20 ; 2: 405-425.
10. Hodgins S, Cote G . Major mental disorder and antisocial personality disorder: a criminal cobination: *Bull Am Acad Psychiatr Law* 1993; 21; 2: 155-160.
11. Fido A , Razık M , Mızra I . Psychiatric disorders in prisoners referred for assessment : A preliminary study. *Can J Psychiat* 1992; 37: 100-103.
12. Coid B , Lewis S , Revely A . A twin study of psychosis and criminality. *Brit J Psychiat* 1993; 162: 87-92.
13. Poldrugo F. Alcohol and criminal behavior. *Alcohol Alcoholism* 1998 ; 33; 1:12 15.
- 14 Blaauw E, Roesch R, Kerkhof A. Mental Disorders in European prison systems. Arrangements for mentally disordered prisoners in the prison systems of 13 European Countries. *Int J Law Psychiatry* 2000; 23; 5-6: 649-663.
15. Fazel S , Danesh J . Serious mental disorder in 23000 prisoners; a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002; 359;16: 545-550 .
16. Lewy M . Prison health services. *Br Med J* 1997; 315: 1394-1395 .



17. Novick LF, Penna RD, Schwartz MS, Remlinger E, Loewenstain R. Health status of the New York city prison population. *Med care* 1977; 15; 3: 205-216.
18. Turner TF, Tofler DS. Indicators of psychiatric disorder among women admitted to prison. *Br Med J ( clinical research ed)* 1986 ; 292; 6521; 8: 651-653.
19. Jones I, Marris B, Hornsby H . Psychiatric charecteristics of female prisoners in Tasmania . *Aust N Z J Psychiat* 1995; 29: 671-677.
20. Durbin JR, Pasewark RA, Albers D. Criminality and mental illness: a study of arrest rates in a rural. *Am J Psychiat* 1977; 135; 1: 80-83.
21. Martel DA, Rosner A, Harmon RB. Base-rate estimates of criminal behavior by home less mentally ill persons in New York city. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 6.
22. Duhamel A, Renard JM, Nuttens MC, Devos P, Beuscart R, Archer E. Social and health status of arrivals in a french prison: a consecutive case study from 1989 to 1995 . *Rev Epidemiol Sante* 2001; 49; 3: 229-238.
23. Solomon P, Draine J. Explaining life time criminal arrests among clients of a psychiatric probation and parole service . *J Am Acad Psychiatry Law* 1999; 27: 239-251.
24. Michaels D, Zoloth SR, Albaces P, Braslow CA, Safyer S. Homelessness and indicators of mental illness among inmates in New York city's correctional system. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43; 2: 150-155.
25. Lamberti JS, Weisman RL, Schwarzkopf SB. The mentally ill in jails and prisons towards an integrated model of prevention. *Psychiatr Q* 2001; 72;1: 63-77.
26. Zapf P, Roesch R, Hart S. An examination of the relationship of homelessness to mental disorder, criminal behavior, and health care in a pretrial jail popülation. *Can J Psychiat* 1996; 41: 435-440.
27. Kokkevi A, Liappas J, Boukouvala V . Criminality in a sample of drug abusers in Greece. *Drug Alcohol Depen* 1993; 31: 111-12.
28. Akçan A, Akçan F, Samancı A, Balcıoğlu İ . İstanbul Bayrampaşa Kapalı Cezaevindeki erkek adli tutuklu ve hükümlülerde cezaevi öncesi alkol ve madde kullanma sıklığı ve özellikleri. *Bağımlılık Dergisi* 2000; 1; 2: 61-68.
29. Brinded P, Simpson A, Tannis M. Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons : A national study. *Aust NZ J Psychiat* 2001; 35: 166-173.
30. Herrman H, Mc Gorry P. Hidden severe psychiatric morbidity in sentenced prisoners: An Australlian study. *Am J Psychiat* 1991;148: 236-239.
31. Birmingham L, Mason D , Grubin D. Prevelance of mental disorder in remand prisoners: Consecutive case study. *Br Med J* 1996; 313: 1521-4.

32. Davidson M, Humphreys MS . Prevalence of psychiatric morbidity among remand prisoners in Scotland . Brit J Psychiat 1995; 167; 4: 545-8.
33. Bland R , Newman S, Dyck R . Prevalence of psychiatric disorders and suicide attempts in a prison population. Can J Psychiat 1990; 35: 407-413.
34. Öztürk O . Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. basım. Ankara: 2001: 217-219.
35. Kültür S, Mete L . Şizofreni . içinde: Güleç C, Köroğlu E. ed. Psikiyatri Temel Kitabı.Cilt 1, Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1997: 322-324 .
36. Uluğ B . Madde Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar. İçinde: Güleç C, Köroğlu E. ed. Psikiyatri Temel Kitabı. Cilt 1, Ankara : Hekimler Yayın Birliği. 1997: 299-302.
37. Sorias S . Kişilik Bozuklukları . içinde: Güleç C, Köroğlu E. ed . Psikiyatri Temel Kitabı. Cilt 2, Ankara : Hekimler Yayın Birliği. 1997: 735-738.
38. Kaplan HI, Sadock BJ . Synopsis of Psychiatry. Eighth edition. Egypt : Mass Publishing CO, 1998: 481-482.
39. Taylor PJ, Gunn J. Violence and psychosis; Risk of violence among psychotic men. Br Med J 1984; 288: 1945-1949.
40. Modestin J, Ammann R. Mental disorder and criminality. Schizophr Bull 1996; 22 ; 1:69-82.
41. Tardiff K, Koenigsberg HW. Assaultive behavior in psychiatric outpatients. Am J Psychiat 1985; 142: 960-963.
42. Wessely SC, Castle D, Douglas AJ, Taylor PJ. The criminal careers incident cases of schizophrenia. Psychol Med 1994; 24: 483-502.
43. Torrey EF. Violent behavior by individuals with serious mental illness. Hosp Community Psychiatry 1994; 45; 7: 653-661.
44. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J. Mac Arthur Foundation Study : Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. Arch Gen Psychiat 1998; 55: 393-401.
45. Tardiff K, Marzuk PM, Leon AC . A prospective study of violence by psychiatric patients after hospital discharge. Psychiatr Serv 1997; 48: 678-681.
46. Türkçan S, İncesu C , Canbek Ö , Can Y , Sercan M , Uygur N. 1831 Adli olgunun tanı dağılımı ve tanı-suç bağlantısının değerlendirilmesi. Düşünen Adam 2000; 13;3:132-137.
47. Taylor P. Motives for offending among violent and psychotic men. Brit J Psychiat 1985; 147: 491-498.

48. Asnis GM. Homicidal behaviors among psychiatric outpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45; 2: 127-132.
49. Evren EC, Ögel K, Çakmak D. Madde kullananlarda cezaevi yaşantısı. *Türkiye’de Psikiyatri* 2001; 2: 110-121.
50. Lightfoot LO, Hodgins D. A survey of alcohol and drug problems in incarcerated offenders. *Int J Addict* 1988; 23: 688-706.
51. Ögel K, Tamar D. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarının Epidemiyolojisi. İçinde : Doğan O. ed. *Psikiyatrik Epidemiyoloji*. Ege Psikiyatri Yayınları. 2002:97-103.
52. Erol N , Kılıç C, Ulusoy M ,Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara ,1998.
53. Ögel K. Türkiye’de Madde Bağımlılığı. 2.Baskı. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık, 2002: 182-185. .
54. Holcomb WR, Ahr PR . Arrest rates among young adult psychiatric patients treated inpatient and outpatient settings. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39: 52-57.
55. Wellisch J, Anglin MD, Prendergast ML . Numbers of charecteristics of drug using women in the criminal justice system: Implications for treatment . *J Drug Educ* 1993; 23; 1: 7-30.
56. Kaye S, Darke S, Finlay-Jones R .The onset of heroin use and criminal behavior: does order make a differnce? *Drug Alcohol Depen* 1998; 1; 53: 79-86.
57. De Giralomo G, Reich JH . Personality disorders. WHO, Geneva, 1993.
58. Dilling H, Weyerer S, Fitcher M . The upper bavarian studies. *Acta Psychiat Scand* 1989; 79; (suppl.348): 113-140.
59. Doğan O, Akyüz G, Kaya B, Önder Z, Özkürkçügil A. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi-II. 1.Baskı. Sivas: Dilek matbaası, 1996: 31-37.
60. Hare RD, Mc Pherson LM . Violent and aggressive behavior by criminal psychopaths . *Int J Law Psychiatry* 1984; 7: 35-50.
61. Rasmussen K, Storsgeter O, Levander S. Personality Disorders, Psychopathy and crime in a Norwegian prison population. *Int J Law Psychiatry* 1999; 22;1: 91-97.
62. Hare RD, Hart SD . Psychopathy, mental disorder and crime. In: Hodgins S. ed. *Mental disorder and crime*. London: 1993: 104-115.
63. Hart SD. Psychopathy and risk assessment. In: Cook D.J, Forth A.E, Newman J, Hare R.D. ed. *International Perspectives on Psychopathy*. London: The British Psychological Society. 1996; 63-67.

64. Hernandez CA, Burlescon JA, Poling J, Tennen H, Rounsaville BJ, Kranzler HR. Personality and Substance use disorders as predictors of criminality. *Compr Psychiat* 2000; 41; 4: 276-83.
65. Harry B, Steadman HJ . Arrest raates of patients treated at a community mental center. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39: 862-886.
66. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J . Mental Disorder and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiat* 1996; 53: 497-501.
67. Saatçioğlu Ö, Türkçan S, Yeşilbursa D, Işıklı M, Uygur N. Tutuklu ve hükümlülerde depresyon: Geriye dönük bir çalışma . *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8; 2: 125-130.
68. Malmquist CP. Depression and homicidal violence. *Int J Law Psychiatry* 1995; 18: 145-162.
69. Satsumi Y, Oda S . Mentally ill offenders referred for psychiatric examination in Japon . *Int J Law Psychiatry* 1995; 18; 323-331.
70. Sadoff RL . Forensic Psychiatry. *Psychiatr Clin North Am* 1983; 6: 4-5.
71. Schwitzgebel RK. Prediction of dangerousness and it's implications for treatment. In: Curran WC, Mc Garry AL, Petty CS. ed. *Modern legal medicine, Psychiatry and Forensic Science*. Philadelphia: FA Davis company. 1980: 783-798.
72. Deniker P, Olie JP. La mort d'helene Althusser: un casd 'homicide altruiste rapporte parle melancolique. *Ann Med Psychol (Paris)* 1994; 152; 6: 389-91.
73. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J . Factors associated with homicide recidivism in a 13 year sample of homicide offenders in Finland. *Psychiatr Serv* 1996; 47; 4: 403-6.
74. Benezech M, Bourgeois M . L'homicide est fortement correle a la dapression et pas a la manie. *Encephale* 1992; 18; 1: 89-90.
75. Özmenler KN, Battal S. Mizaç Bozukluklarının Adli Psikiyatrik Yönü. İçinde: Doğan O. ed. *Psikiyatrik Epidemiyoloji* . Ege Psikiyatri Yayınları. 2000: 136-137.
76. Schuckit MA. Comorbidity and bipolar disorders. *Bipolar Disorders Ephessus days, book of abstracts, Kuşadası, 2-5 april 1998*: 9-10.
77. Çifter İ . *Klinik Psikiyatri*. 3.Baskı. Ankara: Gazi Üniversitesi Basın Yayın Yüksekokulu Yayınevi, 1997: 405-444.
78. Litman RE. Psycholegal aspects of suicide. In: Curran WJ, Mc Garry AL, Petty CS. ed. *Modern Legal Medicine. Psychiatry and forensic science*. Philadelphia : FA Davis Company. 1980: 841-854.
79. Rosenbaum M. The role of depression in couples involved in murder-suicide and homicide. *Am J Psychiat* 1990; 147; 8: 1036-9.

80. Stanezakowa T. The course of affective disorders in different periods of life. *Psychiatr Pol* 1993; 27; 6: 655-66.
81. Jordan BK, Schlenger WE, Fairbank JA, Caddell JM. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women II. Convicted felons entering prison. *Arch Gen Psychiat* 1996; 53; 6: 513-9.
82. Daniel AE, Robins AJ, Reid JC, Wilfley DE. Lifetime and six-month prevalence of psychiatric disorders among sentenced female offenders. *Bull Am Acad Psychiatr Law* 1988; 16; 4: 333-42.
83. Grossman LS, Haywood TW, Cavanaugh JL. State Psychiatric Hospital patients with past arrests for violent crimes. *Psychiatr Serv* 1995; 46; 8: 790-5.
84. Kunjukrishnan R, Bradford JM. The profile of a major affective disorder offender. *Psychiatr J Univ Ott* 1990; 15; 1:11-4.
85. Kunjukrishnan R, Varan LR. Major affective disorders and forensic psychiatry. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15; 3: 569-74.
86. Kunjukrishnan R, Bradford JM. Schizophrenia and major affective disorder. Forensic psychiatric issues. *Can J Psychiat* 1998; 33; 8: 723-33.
87. Witchen HU, Robins LN, Cottler LB, Janca A. Cross cultural feasibility, reliability and sources of variance of the CIDI. *Brit J Psychiat* 1991;159:653-65.
88. Rezaki BG, Rezaki M. Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal sorunlar, 1 yıllık izleme alışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7: 83-91.
89. Tuğlu C, Güzelant A, Erdoğan ř, şenevli B, Abay E. Hekimlerde sigara içme alışkanlığı ve ruhsal rnt. *Bağımlılık Dergisi* 2000;1; 1: 32-42.
90. Kılıç C, Göğüş A. Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi, 2.1. Hac.Üniv.Tıp Fak Psikiyatri Bölümü Dünya Sağlık rgt İşbirliği merkezi, 1997: yayın no: 2, Ankara.
91. Akçan FZ, Akçan A, Samancı AY, Balcıoğlu İ. İstanbul'da suç işlemiş kadınlarda kişilik özelliklerinin saptanması, bunların g ve kişilik özellikleriyle ilişkilendirilmesi. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, Trabzon, 1999: 205-212.
92. Peters R, Greenbaum PE, Steinberg ML, Carter CR, Ortiz MM, Fry BC, Valle SK. Effectiveness of screening instruments in detecting substance use disorders among prisoners. *J Subst Abuse Treat* 2000; 18: 349-358.
93. Lo CC, Stephens RC. Drugs and Prisoners: Treatment needs on entering prison. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2000; 26; 2: 229-245.
94. Balcıoğlu İ. Medikal ve Psikososyal Aıdan G Olgusu. İstanbul: 2002 : 178-179.

95. Başoğlu M, Paker M, Paker Ö. Psychological effects of torture. a comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey. *Am J Psychiat* 1994; 151;1 : 76-81.
96. Gunn J, Maden A, Swinton M. Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *Br Med J* 1991; 303; 6798: 338-341.
97. Andersen HS, Sestoft D, Lillebaek T, Gabrielsen G, Kramp P. Prevalence of ICD-10 psychiatric morbidity in random samples of prisoners on remand. *Int J Law Psychiatry* 1996;19:61-74.
98. Joukamaa M . Psychiatric morbidity among Finnish prisoners with special reference to socio-demographic factors : Results of the Health Survey of Finnish prisoners (Wattu project). *Forensic Sci Int* 1995; 73: 85-91.
99. Adelekan ML, Abiodun OA, Oni G, Ogunremi O. Prevalence and pattern of substance use among undergraduates in a Nigerian University. *Drug Alcohol Depen* 1992; 29; 3: 255-61.
100. Steptoe A, Wardle J, Smith. Tobacco smoking in young adults from awareness. *Addiction* 1995; 90; 4: 571-82.
101. Watts WD, Short AP. Teacher drug use: A response to occupational stress. *J Drug Educ* 1990; 20;1: 47-65.
102. Kılıç C. Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı sonuçları. Erol N , Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. ed. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporunda*. Eksen Tanıtım, Ankara 1998.
103. Kessler RC, Mc Gonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence DSM-III-R Psychiatric disorders in the USA. *Arch Gen Psychiat* 1994; 51;1: 8-19.
104. Loosen PT, Beyer JL, Sells SR, Gwirtsman HE, Shelton RC, Baird P. Mood disorders In: Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B. ed. *Current Psychiatry*, Tokyo: McGraw Hill 2000; 290-328.
105. Bulten BH . Mental disorders among young short-sentenced detainees. Unpublished doctoral dissertation, Vrije Universiteit, Amsterdam, 1998.
106. Wittchen HU, Essau CA, Von Zerssen D, Krieg JC, Zaudig M. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich follow up study. *Eur Arch Psy Clin N* 1992; 241; 4: 247-58.

107. Mcconnell P, Bebbington P, Mccelland R, Gillespre K, Houghton S. Prevalence of psychiatric disorder and the need for psychiatric care in Northern Ireland .Population study in the District of Derry. Brit J Psychiat 2002; 181: 214-9.
108. Özmen E. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi. İçinde: Doğan O. ed. Psikiyatrik Epidemiyoloji. Ege Psikiyatri Yayınları. 2000;49-59.
109. Soysal H, Geyran P, Uygur N. Cezaevinde ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar. Nöropsikiyatri Arşivi 1995; 32; 4: 191-196
110. Faulk MA. Psychiatric study of men serving a sentence in Winchester Prison. Med Sci Law 1976; 16: 244-51.
111. Stuart HL, Julio E, Arboleda-Florez A. Public Health Perspective on Violent Offenses Among Persons With Mental Illness. Psychiatr Serv May 2001; 52: 5-6.
112. Reiger DA, Kramer ME, Rae DS. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the ECA study. J Am Med Assoc 1990; 264: 2511.
113. Smith C, O'Neill H, Tobin J, Walshe D, Dooley E. Mental disorders detected in an Irish prison sample. Crim Behav Ment Health 1996; 6:177-183.

## 10 . EK : SOSYODEMOGRAFİK FORM

1.No: 2. Adı, soyadı: .....

3. Eğitim durumu: 1. Okur-yazar değil 2. İlkokul mezunu  
3.Ortaokul mezunu 4.Lise mezunu  
5. YO mezunu

4. Cezaevindeki durumu: 1. Hükümlü 2. Tutuklu

5. Cezaevinde kalma süresi: Halen bulunma sebebiyle: ..... yıl/ay/hafta/gün.  
Hayatı boyunca: .....yıl/ay/hafta/gün.

6. Cezaevine toplam giriş sayısı (bu dahil): .....

7. Kalan ceza süresi: ..... yıl/ay/hafta/gün.

8. Suç türü: 1. Cinayet 2. Hırsızlık 3. Siyasi eylem 4. Yaralama  
5. Gasp 6 Fiziksel saldırı 7. Cinsel suçlar 8. Kaçakçılık  
9. Dolandırıcılık 10. Öldürmeye teşebbüs 11. Adam kaçıрма  
12. Diğer: .....

9. Önceki sabıkası: 1. Yok 2. Bilinmiyor 3. Var: Sayısı:.....

10. Ekonomik durum:Cezaevinde: 1. Çok yetersiz 2. Kısmen yetersiz  
3. Yeterli 4. Oldukça yeterli  
Cezaevi öncesi: 1. Çok yetersiz 2. Kısmen yetersiz  
3. Yeterli 4. Oldukça yeterli

11. Psikolojik şikayeti: 1. Yok 2. Var: .....

12. Hiç psikiyatri muayenesi olmuş mu: 1. Evet 2. Hayır

13. Hiç psikiyatri kliniğinde yatmış mı: 1. Evet 2. Hayır

14. Bedensel bir şikayeti var mı? 1. Yok 2. Var: .....

15. Bilinen bedensel bir hastalığı var mı? 1. Yok 2. Var: .....

16. Ailede sabıka öyküsü: Babada: 1. Var 2. Yok  
Annede: 1. Var 2. Yok  
Kardeşlerde 1. Var 2. Yok

17.	doğum	okul öncesi	ilk-orta okul	lise-üniversite	son yerleşim yeri
Köy					
Kasaba					
İlçe					
Şehir M.					
İl:	.....	.....	.....	.....	.....

18. Koğuşta kalan kişi sayısı.



## 11. TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yürütülmesinde beni her zaman teşvik eden ve yol gösteren Sayın Doç.Dr.Nazmiye Kaya'ya, yardımlarını hiç esirgemeyen Sayın Yrd.Doç.Dr.Ali Savaş Çilli'ye teşekkürü bir borç bilirim.

Uzmanlık eğitimim süresince eğitimime katkıda bulunan Sayın Prof.Dr.Rahim Kucur'a, Sayın Prof.Dr.İshak Özkan'a, Sayın Prof.Dr. Rüstem Aşkın'a, daima uyum içinde çalıştığımız araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkür ederim

Dr. Özkan Güler

Konya 2003

Not:Bu tez Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kurulu'nun 29/8/1995 tarih ve 95/09 sayılı kararı ile uygun görülen tez yazım kurallarına göre yazılmıştır.