

# Tutuklularda Depresyon

Ömer SAATÇIOĞLU\*, Solmaz TÜRKCAN\*, Mehmet IŞIKLI\*, Niyazi UYGUR\*

## ÖZET

*Çalışmada 1989-1993 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Birimi Tutuklu Servisinde yatırılan toplam 81 olguya ait tıbbi dosyalar retrospektif olarak incelenmiştir. Ceza ehliyetlerinin belirlenmesi için gözlem altında tutulmak üzere veya tedavilerinin sağlanması için servise yatırılan ve hepsi depresif semptomatoloji sergileyen olgulara ait sosyodemografik özellikler, depresif semptomların niteliği, depresyonun başlangıcı ve seyri, suçla veya cezaevi yaşantısı ile ilişkisi, eşlik eden alkol ve madde kullanımını öyküsü, tanıları ve uygulanan tedaviler gözden geçirilmiştir.*

*Anahtar kelimeler: Depresyon, tutuklu, cezaevi, suç sorumluluğu*

*Düşünen Adam; 1995, 8 (3): 18-23*

## SUMMARY

*In this study, the medical records of 81 cases, that were treated at Judicial Psychiatric Section in Bakırköy State Hospital for Psychiatric&Neurological Diseases between 1989 and 1993, are retrospectively examined. These patients were sent to our hospital by judicial system for treatment or to determine criminal responsibility. Sociodemographic characteristics, depressive symptoms, onset and course of depression, relations between crime and imprisonment, history of alcohol and substance abuse, diagnosis and treatment of all patients who had symptoms of depression are analyzed.*

*Key words: Depression, imprisonment, prison, criminal responsibility*

## GİRİŞ

Adli Psikiyatri Birimine başvuran hastaların önemli bir bölümünü suç sonrası, tutukluluk döneminde ve cezaevi ortamında depresif bir tablo geliştiren olgular oluştururlar. Mizaç bozuklukları ile yaşam olayları arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma yapılmıştır. Rennie'nin 1942 yılında yaptığı çalışmayı izleyen dönemlerde, Morrison ve ark. (1968), Paykel ve ark. (1969) ve daha sonraları Ambelas ve ark. (1979,1987) yaptıkları araştırmalarda, iki uçlu mizaç bozukluğu olan hastalarda, hecme öncesinde yüklenme-zorlanma yaratan yaşam olay-

larının sıklığının kontrol grubu hastalarına göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (1-5).

Tanımlanan stresör unsurlar arasında, elbette yasal sorunlar yani tutuklanma ile başlayan cezaevi yaşantısı, soruşturmadan geçme ve yargılanma da yer almaktadır. Tutukevine konmak, yüksek düzeyde stresör oluşturmaktadır. Sosyal koşullarda ani değişiklik yanında gelecek hakkında belirsizlik hissi de eşlik etmektedir. Bu durum gözönünde tutularak yapılan çalışmalarda, tutuklularda sıklıkla anksiyete ve depresif semptomlarla seyreden çeşitli reaktif durumların ortaya çıktığı ancak çoğunluğunun kısa sü-

\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Birimi

reli olduğu ve nadiren tam gelişmiş depresif hastalık boyutları kazandığı rapor edilmiştir. Olguların tanıları majör psikiyatrik bozukluklardan uyu bozukluklarına uzanan geniş bir spektrum içinde yer alır (6-8). Kişilerin daha önceki yaşam deneyimleri, sosyal durumları ve kişilik özelliklerinin cezaevi yaşamında depresyon gelişmesine yatkınlık sağladığı üzerinde durulmuştur.

Stresli yaşam olayları, bireyin temel yaşam biçiminde değişikliklere yol açarak biyopsikososyal dengeyi bozan durumlar olarak tanımlanırsa, cezaevine konmak birçok yönüyle kimilerinde katastrofik şiddette stresör rol oynaması beklenir. Cezaevine konma sonucu aile ve arkadaşlardan ayrılma, iş kaybı, cezaevi yaşamının güçlükleri, gelecek hakkında belirsizlik, bu dönemde çoğunlukla adli prosedürün de sürmekte oluşu, bireyin bilişsel yaklaşımı ve durumla başa çıkmaya yönelik bireysel kapasitesi ile ilgili olarak değişik sonuçlara yol açar. Stresli yaşam olayları, artmış psikolojik bozukluklar ve psikopatolojik davranışa eğilimle bağlantılıdır.

Böyle bir sosyopsikolojik yüklenmenin en önemli ve en sık yanıtının depresif belirtiler olması beklenir (6-9). Gunn ve ark. 1978'de yaptıkları çalışmalarda, cezaevi yaşamının ilk döneminde yüksek oranda anksiyete ve depresif semptomatoloji olduğunu, oranın zaman içinde giderek azaldığını saptamışlardır (6). Bir diğer nokta da, cezaevi popülasyonunda bütün psikiyatrik bozuklukların görülme oranı normal popülasyona göre yüksek bulunmuştur. Örneğin; psikotik bozukluklar normal popülasyondan bir kaç kere daha sık görülürken, alkol-madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları ve özellikle antisosyal kişilik bozukluğunun çok daha yüksek sıklıkta görüldüğü, bu nedenle depresif semptomatolojinin sıklıkla gözden kaçabileceği vurgulanmıştır (10-15).

1991 yılında Melbourne'da cezaevlerinde yapılan bir çalışmada, tedavisiz majör depresyon oranının yüksek olduğu ve bunların genellikle madde kullanımı ile komplike olgular olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmanın verileri de tam konusunda dikkatli olunması yolundaki uyarıları destekler niteliktedir (13). Aynı zamanda pekçok çalışmada cezaevi popülasyonunun normal popülasyona göre çok daha yüksek oranda suisid olduğu saptanmıştır. Tutuklu

ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer aldığı ve çoğunluğunun depresyonla komplike olgular olduğu üzerinde durulmuştur (8,9,11,14,15).

Günlük pratiğimizde karşılaştığımız diğer önemli grubu ise işledikleri suç sırasında ve/veya hali hazırda hasta oldukları öne sürülen ve bu nedenle yargı organları cezaevinden ünitemize gönderilerek muayene, gözlem ve incelemeleri yapılarak haklarında suça yönelik ceza ehliyetlerinin belirlenmesi istenen olgular oluşturmaktadır.

Genelde suç kavramı toplumsal tavırla ilgili olarak değişiklik göstermekle birlikte daha özeldir suç davranışı, multifaktöryel kaynaklı karmaşık bir fenomendir. Suç davranışı nedeniyle tutuklananlarda psikiyatrik bozukluk oranının yüksek olduğu belirtilmektedir. Hastaların, akıl sağlığı kurumlarında zamanında ve yeteri kadar tedavi edilmemeleri ve izlenmemeleri giderek artan kurumsallaştırmama (de-institüsyonalizasyon) eğilimi nedeniyle hastaneye yatırma kriterlerinde aşırı kısıtlamalar, akıl sağlığına ayrılan ekonomik kaynakların yetersizliği, temel psikiyatrik soruna eşlik eden madde kullanım ve kişilik bozukluğu nedeniyle tedaviye uyum ve işbirliği sorunu olan hasta gruplarının kriminal davranışa yönelmeleri, Amerikan kaynaklarında üzerinde durulan ana temalardır (10,16).

Sullivan manik-depresif olguların kriminal davranışlarını, manik ve depresif dönemlerde ayrı ayrı incelemiş, manik eksitasyonun nadiren ağır kriminalite ile birlikte olduğunu saptamıştır. Bu bireylerde görülen homosidal eylemlerin sıklıkla maninin seyri veya başlangıç döneminde ortaya çıkan kısa süreli depresyon dönemlerinde görüldüğünü, manik-depresiflerin melankolik veya depresif dönemlerinde ortaya çıkan homosidal-suisidal impulsların sıklıkla öldürme ve suisid eylemleriyle sonlandıklarını vurgulamıştır. Benzer gözlemler yapan Mannheim, şiddet içeren suçların ve suisidin ön planda görüldüğü tabloların depresif olgular olduğu üzerinde durmuştur.

Farklı kliniklerde, farklı gruplarla çalışan bir diğer araştırma grubu da benzer bulgular rapor etmişlerdir. West'in (1967) İngiltere ve Galler'de incelediği 78 öldürme-suisid olgusundan 28'inin psikotik veya ağır depresif olgular oldukları (17), East'in (1936)

Broadoor hastanesine kabul edilen 300 ardışık adam öldürmüş hastadan oluşan serisinde, olguların 110'unda majör affektif bozukluk saptandı; Gould'un aynı merkezde 1954-1955'de incelediği olguların % 27'sinin manik-depresif veya sadece depresif olgular olduğu belirlenmiştir. Christie'nin 1942'de 258 erkek katil olgudan % 20'sinde manik-depresif psikoz saptandığı bildirilirken, çeşitli kuzey Amerika kaynaklı çalışmalarda öldürme olgularında ki şizofreni oranı yüksek, affektif bozukluk oranları ise düşük olarak bulunmuştur.

Kunjkrishnan ve Bradford'un adli psikiyatrik değerlendirmeye aldıkları serilerinde şizofreni/majör affektif bozukluk oranı 3.5/1'dir (1988). Aynı araştırmacıların suç sırasında majör affektif bozukluk tanısı alan grubundaki olguların % 53'ünün ufak suçlar işledikleri, % 29'unun mala karşı suçlar, % 18'inin ise kişiye yönelik suç işlediği belirtilmiştir. Majör affektif bozukluğu olan hastalardan depresif olgularda öldürme veya öldürmeye teşebbüs suçları yüksek oranda olup, aile içi şiddet ve öldürme-suisad açısından bu durumun önemli olduğu üzerinde durulmaktadır (16,18). Homosidal davranışın görüldüğü olguların psikotik özellikli depresyon olguları olduğu, bunlarda alınma, kötülük görme hezeyanlarının saptandığı, diğer bir grupta da günahkar olmaktan dolayı suçluluk duyma ve nihilistik hezeyanların belirlendiği rapor edilmektedir (19).

## MATERYEL ve METOD

Cezaevlerindeki depresyonlardan tedavi ve müşahade gibi nedenlerle hastaneye ulaşabilenlerden oluşan bu özel grubun iyi tanınmasının tanı ve tedavi ile ilgili yaklaşımlarda yararlı olacağı, derlenen verilerin bu konudaki bilgi birikimine katkıda bulunacağı düşünülerek planlanan araştırmada sadece tanımlayıcı olmaya çalışılmış, karşılaştırmalar yapılması ya da tüm cezaevi popülasyonuna yönelik genellemeler ve çıkarsamalarda bulunma yoluna gidilmemiştir.

Örnekleme 1989 ile 1993 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinin Tutuklu Servisinde; depresyon tanısı ile tedavi veya müşahade edilmiş 81 hastadan oluşmaktadır. Sözü edilen 5 yıllık dönem içerisinde cezaevlerinin hastanemize tedavi ya da müşahade amacıyla gönderilmiş olan dep-

resyon olgularının tümü araştırma kapsamına alınmıştır. İncelenen 81 hastanın 61'i tedavi, 20'si sahalarında bilirkişi (eksplertiz) raporu düzenlenmek üzere müşahade amacıyla gönderilmiştir. Araştırma retrospektif olarak planlanmış ve 81 hastanın tıbbi dosyaları taranarak elde edilen bilgiler bu çalışma için hazırlanmış olan bilgi formuna işlenmiştir.

Tanımlar incelenirken tıbbi dosyadaki mevcut tanı olduğu gibi gözönünde tutularak tanıların DSM-III-R kriterlerine uygunluğu değerlendirilmiştir. Suçun şiddet derecesinin belirlenmesinde Taylor (1985) tarafından kullanılmış olan Suç Şiddet Profili esas alınmıştır (20). Bazı değişkenler için tıbbi dosyalarda yeterli bilgi bulunamamış ve bu olgular tablolarla belirlenemeyenler grubunda toplanmışlardır. Olguların oransal dağılımları hesaplanırken belirlenemeyenler grubu hesaplamalar dışında tutulmuştur.

## BULGULAR

Değerlendirmeye alınan 81 olgudan oluşan 77'si erkek (% 95.1), 4'ü kadın (% 4.9)'dur. Grubun yaş ortalaması 33.9 olup en genç hasta 17, en yaşlı hasta 63 yaşındadır (SD:9.91). Popülasyonun tanımlanması amacıyla tüm olgular için öncelikle demografik, hastalık ve suçla ilgili veriler incelenmiştir. Daha sonra tedavi ve müşahade grupları esas alınarak sözü edilen veriler ayrı ayrı incelenmiştir. İncelenen demografik veriler arasında yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, meslek, iş ve iş niteliği gibi değişkenler yer almaktadır (Tablo 1).

Bu çalışmada değerlendirmeye alınan değişkenlerden üzerinde durmak istediğimiz iç göç (yatay sosyal mobilite), iç göç sırasında hastanın yaşı, askerlik öyküsü, cezaevinde kaldığı süre, ailede psikotik bozukluk ve suç gibi değişkenler de ayrıca incelenmiştir. 81 olgunun 18'nin (% 23.7) köyden kente göç ettiği, göç yaşı ortalamasının 15.7 olduğu, 16 olgunun (% 20.5) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü tanımlandığı saptanmıştır. Ailesinde suç öyküsü tanımlananların 4 (% 4.9) askerlik sırasında firar-ceza-hava değişimi rapor gibi sorun tanımlayanların 25 (% 37.3), 0-6 aydan beri cezaevinde bulunanların 11 (% 15.1), 12 aydan fazla bir süredir cezaevinde bulunanların 33 (% 45.2) olgu olduğu, 17 (% 20.9) olgunun daha önce yatarak psikiyatrik tedavi gördüğü belirlenmiştir.

Tablo 1. 1989-93 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi tutuklu servisinde yatan 81 olgunun sosyodemografik özellikleri

	TEDAVİ GRUBU		MÜŞAHADE GRUBU		TOPLAM OLGU	
	N	%	N	%	N	%
<b>YAŞ</b>						
18-24	11	18.0	2	10	13	16.0
25-34	31	50.9	8	40	39	48.2
35-44	12	37.6	7	35	19	23.5
45-54	4	6.6	2	10	6	7.4
54-<	3	4.9	1	5	4	4.9
<b>EĞİTİM</b>						
Okur-yazar değil	16	26.2	5	25	21	26.9
İlkokul	31	50.8	8	40	39	50.0
Ortaokul	2	3.3	-	-	2	9.0
Lise	6	9.9	5	25	11	7.7
Yüksekokul	5	8.2	-	-	5	6.4
Bilinmeyen	1	1.6	2	10	3	-
<b>MEDENİ DURUM</b>						
Bekar	33	54.1	3	15	36	44.4
Evli	26	42.6	14	70	40	49.4
Dul	-	-	2	10	2	2.5
Boşanmış	2	3.3	1	5	3	3.7
<b>MESLEK</b>						
Var	20	32.8	9	-	29	37.7
Yok	37	60.7	11	-	48	62.3
Bilinmeyen	4	6.5	-	-	-	-
<b>İŞ NİTELİĞİ(bilinen)*</b>						
İşçi					13	
Serbest					7	
Memur					5	
Emekli					4	

Suçla ilgili veriler değerlendirilirken suç cinsi, suçun şiddet derecesi, insana yönelik suçlarda kurbanı yakınlık derecesi, hastanın tedavi dönemine kadar cezaevinde geçirdiği süre, kalan ceza süresi ve daha önceki suçlar incelenmiştir (Tablo 2).

Hastalığa yönelik incelemede ise depresyonun cinsi, primer mizaç bozukluğu ise suç öncesi başlayıp başlamadığı, eşlik eden alkol-madde kullanımı, yatarak tedavi sayısı, var ise ayaktan tedavinin sürdürülüp sürdürülmediği, suicid ve depresyonun semptomatolojisi, tedavisi ve sonucu üzerinde durulmuştur (Tablo 3).

## TARTIŞMA ve SONUÇ

Depresyon tanısı ile 1989-1993 yılları arasında hastanemiz tutuklu servisinde yatan toplam 81 tedavi ve müşahade olgusu çalışma kapsamına alınmıştır. Olgulara ait verileri tartışmadan önce hastanemizin ve çalışmanın yürütüldüğü servisin özelliklerinden bahsetmenin uygun olduğunu düşünüyoruz.

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi halen Türkiye'nin en büyük psikiyatri hastanesi olup 3650

Tablo 2. 1989-93 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi tutuklu servisinde yatan 81 depresyon olgusunun suçla ilgili verileri

	TEDAVİ GRUBU		MÜŞAHADE GRUBU		TOPLAM OLGU	
	N	%	N	%	N	%
<b>ADLI DURUM</b>						
Tutuklu	46	75.4	20	100	66	81.5
Hükümlü	15	24.6	-	-	15	18.5
<b>SUÇ</b>						
Cinayet	19	31.1	14	70	33	40.7
Hırsızlık	8	13.2	-	-	8	9.8
Siyasi evlem	8	13.2	-	-	8	9.8
Yaralama	5	8.2	-	-	5	6.0
Adam öldürmeye teşebbüs	4	6.6	1	5	5	6.0
Silahlı gasp	4	6.6	-	-	4	4.8
Müessir fiil	1	1.6	1	5	2	2.5
İrza geçmek	2	3.3	-	-	2	2.5
Kaçakçılık	-	-	2	10	2	2.5
Görevi kötüye kullanmak	2	3.3	-	-	2	2.5
Kazan ölüme sebebiyet	1	1.6	-	-	1	1.3
Karşılıksız çek verme	1	1.6	-	-	1	1.3
Zimmete mal geçirme	-	-	1	5	1	1.3
Sahtecilik	1	1.6	-	-	1	1.3
Kız kaçırma	1	1.6	-	-	1	1.3
Silah bulundurma	-	-	1	5	1	1.3
Gaspa eksik teşebbüs	1	1.6	-	-	1	1.3
Kasten ev yakmak	1	1.6	-	-	1	1.3
Bilinmeyen	2	3.3	-	-	2	2.5
<b>SUÇUN CİNSİ</b>						
İnsana karşı	38	62.3	16	80	54	66.6
Mala karşı	15	24.5	3	15	18	22.2
Toplum düzenine karşı	6	9.9	1	5	7	8.6
Bilinmeyen	2	3.3	-	-	2	2.5
<b>ŞİDDET DERECESESİ</b>						
0	18	29.5	1	5	19	24.1
1	2	3.3	1	5	3	3.8
2	8	13.2	1	5	9	11.4
3	11	18.0	2	10	13	16.5
4	20	33.0	15	75	35	44.2
<b>KURBANIN YAKINLIK DERECESESİ</b>						
1. Derece akraba	7	18.4	11	64.7	18	32.7
2. Derece akraba	6	15.8	2	11.8	8	14.5
Akrabalık yok-Tanıdık	11	29.0	3	17.6	4	25.5
Yabancı	14	36.8	1	5.9	15	27.3
<b>GEÇMİŞTE SUÇ ÖYKÜSÜ</b>						
Var	16	26.2	-	-	16	19.8
Yok	45	73.8	20	100	65	80.2
<b>SUÇ GEÇMİŞİ OLANLARIN SUÇ NİTELİĞİ</b>						
Cinayet	6	9.8	-	-	6	7.4
Yaralama	5	8.1	-	-	5	6.2
Hırsızlık	3	4.9	-	-	3	3.7
Madde bulundurmak	2	3.2	-	-	2	2.5
Eski suçu olmayan	45	74.0	20	100	65	80.2

psikiyatri yatağına ve bunlara eşlik eden 3 Nöroloji, 3 Nöroşifürji servisine, Dahiliye ve Cerrahi konsultan hekimliğine sahip bir merkezdir. Hastanenin Adli Psikiyatri Birimine bağlı 50 erkek, 8 kadın olmak üzere toplam 58 yataklı tutuklu servisinde cezaevi güvenlik koşullarında hizmet vermekte olup, yargılamaları sürmekte olan tutuklu veya hüküm giymiş olgular bu serviste izlenmektedir.

Ülkemizdeki yasal uygulamalara göre; yargılama sürecinin herhangi bir aşamasında yargı organlarınınca sanığın suça karşı ceza ehliyetinin belirlenmesine

**Tablo 3. 1989-93 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastahıkları Hastanesi tutuklu servisinde yatan 81 depresyon olgusunun tanı ve tedavi ile ilgili verileri**

TANI	TEDAVİ GRUBU		MÜŞAHADE GRUBU		TOPLAM OLGU	
	N	%	N	%	N	%
Psikotik özellikli majör depresyon	24	39.3	7	35.0	31	38.3
Depresif mizaç uyum bozukluğu	15	24.6	8	40.0	23	28.4
Atipik depresyon	9	4.8	1	5.0	10	12.3
Sekonder depresyon-alkol/madde bağımlılığı	5	8.2	-	-	5	6.2
Sekonder depresyon-Antisosyal kişilik bozuk.	4	6.6	-	-	4	4.9
İki uçlu mizaç bozukluğu (depresif epizod)	2	3.3	1	5.0	3	3.7
Sekonder depresyon-Hezeyanlı bozukluk	-	-	2	10.0	2	2.5
Sekonder depresyon-Postivmatik stres boz.	1	1.6	1	5.0	2	2.5
Sekonder depresyon-Mental retardasyon	1	1.6	-	-	1	1.2
<b>SUÇ ÖNCESİ PRİMER MIZAÇ BOZUKLUĞU</b>						
Var					17	21.0
Yok					62	76.5
Bilinmeyen					2	2.5
<b>DEPRESİF EPİZOD BAŞLANGIÇ DÖNEMİ</b>						
Suç öncesi					14	17.3
Tutukluluk					52	64.2
Hükümlülük					15	18.5
<b>SUISİD GİRİŞİMİ</b>						
Cezaevi öncesi	2	3.2	4	20.0	6	7.4
Cezaevinde	10	16.3	1	5.0	11	13.6
Tedavi döneminde	4	6.4	-	-	4	4.9
Olmayan	-	-	-	-	60	74.1
<b>TEDAVİ SİRASINDAKİ DEPRESİF SEMPTOM</b>						
PMA da azalma	51	83.6	16	80.0	67	83.8
Uyku bozukluğu	51	83.6	14	70.0	65	81.3
İştah azalması	41	67.2	11	55.0	52	65.0
Benlik saygısında azalma	32	52.5	14	70.0	46	57.5
Dikkatte azalma	35	57.4	11	55.0	46	57.5
Karamsarlık	31	50.8	9	43.0	40	50.6
Değersizlik düşünceleri	26	42.6	8	40.0	34	42.5
İnhihar eylemi/düşüncesi	21	34.4	5	25.0	26	32.5
Hezeyan	13	21.3	6	30.0	19	23.8
Varsam	13	21.3	7	35.0	20	25.0
<b>UYGULANAN TEDAVİ</b>						
Antidepresan-Anksiyolitik	22	36.0	5	25.0	27	33.2
Antidepresan	10	16.5	3	15.0	13	16.0
Antidepresan-Antipsikotik	9	14.7	1	5.0	10	12.4
Antidepresan-Antipsikotik-EKT	5	8.3	4	20.0	9	11.1
Antidepresan-EKT	6	9.8	-	-	6	7.4
Antidepresan-Anksiyolitik-EKT	2	3.3	1	5.0	3	3.7
Antipsikotik	3	4.9	-	-	3	3.7
Antipsikotik-EKT	1	1.6	1	5.0	2	2.5
İlaçsız	3	4.9	5	25.0	8	10.0
<b>TEDAVİ SONUCU</b>						
Şifa	1	1.6	1	5.0	2	2.5
Salah	52	85.6	12	60.0	64	79.0
Kısmi salah	2	3.2	1	5.0	3	3.5
Haliyle	4	6.4	6	30.0	10	12.5
Diğer	2	3.2	-	-	2	2.5

olanak sağlamakta olup, bu gibi durumlarda olgular biraz önce bahsettiğimiz serviste muayene, gözlem ve incelemeye tabi tutulmakta, aynı zamanda suç davranışı ile ilgili veriler değerlendirilmektedir. Aynı serviste, yargılama aşamasında veya yargılama süreci bitip ceza verildikten sonra, cezaevinde buldukları süre de, tedavi gereksinimi ortaya çıkan olgular da bulunmakta, böylece farklı yasal konumları olan bireylerden oluşan, karma bir servis ortamı oluşmaktadır.

Ceza ehliyetinin belirlenmesi talebiyle hastanemize başvurması sağlanan toplam 20 kişiden oluşan müşahade grubunun çoğunluğunun genç, erkek, düşük eğitimli, evli olgular oluşturmaktadır. Daha öncesine ait suç öyküsü hiçbir olguda olmayıp, suçların ço-

ğunluğu (% 75) adam öldürme veya öldürmeye teşebbüs gibi ağır şiddet içeren suçlardır. Homisidal suçların hedef kitleleri 1. ve 2. dereceden akrabalar olarak belirlenmiş, (15 olgunun 13'ünde) ve bunlar arasında kurban olan 1. derece akrabaları eş ve çocuklarının oluşturduğu saptanmıştır. Depresif tablolar arasında majör depresyon (psikotik özellikli) 7 olguda (% 35) ve değişik derecede depresif mizaç uyum bozukluğu 8 olguda (% 40) belirlenmiştir. Alkol-madde kullanımı anlamlı bulunmamıştır.

Görüldüğü gibi bulgular Faulk ve Good'a ait kaynaklarda belirtildiği gibi suç öncesi gelişmiş ve suça yönelten depresif tabloların özelliklerini taşımakta veya işlenen genellikle ağır ve yakın akrabalara yönelik saldırılar sonrası gelişen, suça ve suç sonrası sürece bağlı depresif mizaç uyum bozukluklarından oluşmaktadır.

Bu grup söz konusu edildiğinde, çalışmacılar olarak vurgulamak istediğimiz, değerlendirmeye alınan olguların bazılarının ünitemize suçtan oldukça uzun bir süre sonra ulaşmalarıdır. Buna bağlı olarak aradan geçen süre hem değerlendirmeyi güçleştirmekte hem de pekçok hasta olgunun görmeleri gereken uygun tedaviden uzunca bir süre yoksun kaldıkları gerçeğidir. Tedavi programına alarak izlediğimiz toplam 61 olgudan oluşan grupta çoğunluğu genç, erkek ve eğitim düzeyi düşük olgular oluşturmaktadır. Grupta yalnız yaşayanlar çoğunluğu oluşturmaktadır. Olguların büyük bir kısmının yargılanması halen sürmektedir. Adam öldürme, yaralama, öldürmeye teşebbüs, irza geçmek gibi ağır şiddet içeren suçlar bu grupta da ön plandadır.

Yaklaşık % 25 olguda suç davranışı öyküsü ve suisid girişimi bulunmaktadır ancak olguların suisid girişimi oranlarının (cezaevinde % 13.6) literatürde verilen oranlardan 5% 28-60) daha düşük olduğu, serviste izlenen olgulardaki suisid girişimi olgularının daha da düşük olduğu dikkat çekicidir (% 4.9) (8,9,11,14,15).

Ağırlıkta olan tanıların 24 olguda (% 39.3) psikotik özellikli majör depresyon ve 15 olguda (% 24.6) depresif mizaç uyum bozukluğu olarak saptanmıştır. Sayıca baskın olmamakla birlikte bazı olgularda alkol-madde kullanımının olduğu belirlenmiştir. Olguların çoğunda henüz sürmekte olan adli

işlemler, cezaevi ortamının güçlükleri, aile ve çevrelerinden ayrılma ve kayıplar ile ortaya çıkan psikolojik yüklenme altında depresif semptomlar ortaya çıktığı, bunun sonucu olarak tedaviye yöneldikleri belirlenmektedir (6-9).

Tıbbi kayıtların incelenmesi sonucu, olguların en sık sergiledikleri semptomların psikomotor aktivite azalması, dikkat azalması ve karamsarlık belirtileri olup etkili doz ve sürede antidepresan ilaç ve elektrokonusulsif terapi yöntemlerine iyi yanıt verdiği görülmüştür.

Ülkemizde cezaevlerindeki depresyon olgularının özelliklerini, ortaya çıkma nedenlerini inceleyen ve bunlarla bağlantılı olarak geliştirilebilecek terapötik yaklaşımların seçiminde kullanılacak veriler azdır. Aynı zamanda depresif tabloların suçla ilişkisine yönelik verilerin tartışıldığı ve adli psikiyatrik değerlendirmelerde referans olarak kabul edilebilecek yayınlarda bulunmamaktadır. Konunun daha önce gündeme gelmemiş oluşu, retrospektif bir araştırma ile sınırlı olmaktan doğan olumsuzluklara rağmen, bizi hastanemizin yakın dönem verilerini ortaya koymaya yöneltti. Artmasını dilediğimiz adli psikiyatri ünitesinde, cezaevi ortamı ile bağlantılı psikiyatrik ve özellikle intihar riski açısından depresif tablolara yönelik çalışmalar yapılması ve erken tedavi olanağının sağlanması gerekmektedir. Bu şekilde daha kapsamlı önlemler alınabilecek ve erken tanı-tedavi ve uygulamaya yönelik bilgi birikimine ulaşılacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Silverstone T, Clarkson SR: Bipolar affective disorder: Causes and prevention of relaps. Review article. Br J Psyc 154:321-35, 1989.
2. Morrison J, Hudgens RW, Barch R: Live events and psychiatric illness. Br J Psyc 114:423-32, 1968.
3. Paykel ES, et al: Life events and depression (a controlled study). Arch Gen Psyc 21:753-60, 1969.
4. Ambelas A: Psychologically stressfull events in the precipitation of manic episodes. Br J Psyc 135:15-21, 1979.
5. Ambelas A: Life events and mania. Br J Psyc 150:235-40, 1987.
6. Harding T, Zimmermann E: Psychiatric symptoms, cognitive stress and vulnerability factors. Br J Psyc 155:36-43, 1989.
7. Hurley W, Dunne MP: Psychological distress and psychiatric morbidity in women prisoners. Australian and New Zeland. J Psyc 25:461-70, 1991.
8. Coid J: How many psychiatric patients in prison? Br J Psyc 145:78-86, 1984.
9. Topp DO: Suicide in prison. Br J Psyc 134:2124-27, 1979.
10. Abram KM, Teplin LA: Co-ocuring disorders among mentall ill jail detainees. Am Psyc 1036-1044, 1991.
11. James JF, Gregory D, Jones RK, Rundell OH: Psychiatric morbidity in prisons. Hospital and Community Psychiatry 31:674-77, 1980.
12. Gunn J, Maden A, Swinton AL: Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. Br Med J 303:338-341, 1991.
13. Herrman H, Mc Gorry P, Mills J, Singh B: Hidden severe psychiatric morbidity in sentenced prisoners: An Australian Study. Am J Psyc 148:236-39, 1991.
14. Teplin LA: Detecting disorder: The treatment of mental illness among jail detainees. J Consult Clin Psyc 58:233-36, 1990.
15. Bland RC, Newman SC, Dyck RJ, Orn H: Prevalance of psychiatric disorders and suicide attempts in a prison population. Canadian J Psyc 35:407-13, 1990.
16. Faulk M: Mental illness and forensic psychiatry: The functional psychoses and neuroses. Oxford, Blackwell Sci Publ, 1988, reprinted, 1991.
17. Kunjkrishnan R, Varan L: Major affective disorders and forensic psychiatry. Psyc Clin N Am 15:569-574, 1992.
18. Good MI: Primary affective disorder, aggression an criminality. A review and clinical study. Arch Gen Psyc 35:954-960, 1978.
19. Malmquist CP: Depression and homicidal violence. Int J Law Psyc 18:145-162, 1995.
20. Taylor PJ: Motives for offending among violent and psychotic men. Br J Psyc 147:491-98, 1985.