

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**MADDE KULLANAN HÜKÜMLÜLERİN RUHSAL DURUMLARININ
İNCELENMESİ**

Seren HAMURCU KARADON

**İzmir
2012**

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**MADDE KULLANAN HÜKÜMLÜLERİN RUHSAL DURUMLARININ
İNCELENMESİ**

Seren HAMURCU KARADON

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Fatma Ebru İKİZ**

**İzmir
2012**

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**Madde Kullanan Hükümlülerin Ruhsal Durumlarının İncelenmesi**” adlı çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir, bunu onurumla doğrularım.

.../.../...

Seren HAMURCU KARADON

TEŞEKKÜR

Tez çalışması yapmak, gerçekten emek, destek ve anlayış isteyen bir süreçmiş; bu yüzden tüm emekleri, anlayışı ve sonsuz desteği için yardım duygusu sınırsız olan tez danışmanım Fatma Ebru İKİZ'e,

Nazilli Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlüğü'nde çalıştığım sırada tüm yüksek lisans sürecimde bana hep inanan, her konuda yardımcı olmaya çalışan, akademik başarıma hep destekleyen ve bana ne kadar şanslı olduğumu hissettiren; şu an Düzce Cumhuriyet Başsavcısı olan dönem Nazilli Cumhuriyet Başsavcım sayın Ramazan SOLMAZ'a ve Nazilli Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürüm Özgür BOZAT'a ve kendileri tez yazıyormuşcasına benimle ilgilenen, çalışmalarına sonsuz yardımcı ve destek olan, arkadaşlıklarını ve paylaşımlarını benden hiç esirgemeyen, benim için sınırsız emek veren şube arkadaşlarım Mehmet KONUŞ ve Dilek KONUŞ'a,

Uygulamalarım sırasında içten davranışları ve her durumu kolaylaştırıcı etkileri sebebiyle Nazilli E- Tipi Kapalı-Açık Cezaevi Müdürlerine ve tüm personeline,

Hayatımın her anında ve her döneminde olduğu gibi yüksek lisans sürecimde de hayatımı, sıkıntılarımı, stresimi, heyecanlarımı ve sevincimi benimle, benim gibi yaşayan eşim Lokman Ali KARADON'a,

Beni bugünlere getiren, bu sürece gelme motivasyonumu sağlayan, arkamda olduklarını hep bildiğim sevgili annem Sevgi HAMURCU ve babam Mustafa HAMURCU' ya; hayatımın en önemli ve kritik dönemlerinde her zaman emeği, desteği ve anlayışı olan, çok sevgili teyzem Canan ALTHANS'a,

Son olarak her zaman benimle ilgilenip çalışmalarımı ilgili sıkıntılarımı paylaşan Nazilli ve İzmir Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlüğü'nde çalışan tüm iş arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
BÖLÜM I	1
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Durumu.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Araştırmanın Önemi.....	5
1.4. Problem Cümlesi.....	6
1.5. Alt Problemler.....	6
1.6. Sayıtlar.....	6
1.7. Sınırlılıklar.....	6
1.8. Tanımlar.....	7
1.9. Kısaltmalar.....	11
BÖLÜM II	12
2. İLGİLİ YAYIN VE ARAŞTIRMALAR	12
2.1. Denetimli Serbestlik.....	12
2.2. Ruh Sağlığı.....	16
2.3. Madde Kullanımı.....	19
2.4. Öfke.....	24
2.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	26
2.6. Depresyon.....	29
2.7. Fobik Kaygı Bozukluğu.....	30
2.8. Somatizasyon.....	32
2.9. Kişilerarası Duyarlık.....	34
2.10. Kaygı (Anksiyete).....	36
2.11. Paranoid Düşünce.....	37

2.12. Psikotizm.....	38
2.13. Ek Ölçek.....	42
2.14. Yeme Bozuklukları.....	42
2.15. Uyku Bozuklukları.....	43
2.16. Suçluluk.....	44
2.2. İlgili Araştırmalar.....	46
2.2.1. Yurt Dışında Yapılan Bazı Araştırmalar.....	46
2.2.1.1. Denetimli Serbestlik.....	46
2.2.1.2. Ruh Sağlığı.....	46
2.2.1.3. Madde Kullanımı.....	47
2.2.1.4. Öfke.....	48
2.2.1.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	49
2.2.1.6. Depresyon.....	50
2.2.1.7. Fobik Kaygı Bozukluğu.....	50
2.2.1.8. Somatizasyon.....	50
2.2.1.9. Kişilerarası Duyarlık.....	51
2.2.1.10. Kaygı (Anksiyete).....	51
2.2.1.11. Paranoid Düşünce.....	51
2.2.1.12. Psikotizm.....	51
2.2.1.13. Ek Ölçek.....	52
2.2.2. Yurt İçinde Yapılan Bazı Araştırmalar.....	53
2.2.2.1. Denetimli Serbestlik.....	53
2.2.2.2. Ruh Sağlığı.....	53
2.2.2.3. Madde Kullanımı.....	53
2.2.2.4. Öfke.....	55
2.2.2.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	56
2.2.2.6. Depresyon.....	56
2.2.2.7. Fobik Kaygı Bozukluğu.....	57
2.2.2.8. Somatizasyon.....	57
2.2.2.9. Kişilerarası Duyarlık.....	57
2.2.2.10. Kaygı (Anksiyete).....	58
2.2.2.11. Paranoid Düşünce.....	58

2.2.2.12. Psikotizm.....	58
2.2.2.13. Ek Ölçek.....	59
BÖLÜM III.....	60
3. YÖNTEM.....	60
3.1. Araştırma Modeli.....	60
3.2. Evren ve Örneklem.....	60
3.3. Veri Toplama Araçları.....	64
3.3.1. SCL-90-R.....	65
3.3.2. Kişisel Bilgi Formu.....	67
3.4. Verilerin Toplanması.....	67
3.5. Verilerin Analizi.....	67
3.6. Normallik Dağılımı Bulguları.....	68
BÖLÜM IV.....	69
4. BULGULAR VE YORUMLAR.....	70
4.1. Yaşa Göre Ruhsal Durum Düzeyleri Bulguları.....	72
4.2. Medeni Duruma Göre Ruhsal Durum Düzeyleri Bulguları.....	74
4.3. Anne Eğitim Durumuna Göre Ruhsal Durum Düzeyleri Bulguları.....	76
4.4. Baba Eğitim Durumuna Göre Ruhsal Durum Düzeyleri Bulguları.....	78
4.5. Ebeveyn Tutumlarını Algılamalarına Göre Ruhsal Durum Düzeyleri Bulguları.....	80
4.6. Sosyoekonomik Düzey Algısına Göre Ruhsal Durum Düzeyleri Bulguları.....	82
4.7. Göç Yaşantısına Göre Ruhsal Durum Düzeyleri Bulguları.....	83
BÖLÜM V.....	84
5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER.....	84
5.1. Sonuç ve Tartışma.....	84
5.2. Öneriler.....	94
KAYNAKÇA.....	96
EKLER.....	114
Ek -1 : SCL-90-R.....	114
Ek -2 : Kişisel Bilgi Formu.....	119

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1	Katılımcıların Yaşa Göre Dağılımı.....	61
Tablo 2	Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	62
Tablo 3	Katılımcıların Annelerinin Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı.....	62
Tablo 4	Katılımcıların Babalarının Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı	63
Tablo 5	Katılımcıların Ebeveyn Tutum Algısına Göre Dağılımı.....	63
Tablo 6	Katılımcıların Sosyoekonomik Düzeylerini Algılamalarına Göre Dağılımı.	64
Tablo 7	Katılımcıların Göç Yaşantısına Göre Dağılımı	64
Tablo 8	Normallik Analizi Sonuçları.....	68
Tablo 9	Yaşa Göre Ruhsal Durum Düzeyleri.....	71
Tablo 10	Medeni Duruma Göre Ruhsal Durum Düzeyleri.....	73
Tablo 11	Anne Eğitim Durumuna Göre Ruhsal Durum Düzeyleri.....	75
Tablo 12	Baba Eğitim Durumuna Göre Ruhsal Durum Düzeyleri.....	77
Tablo 13	Ebeveyn Tutumlarını Algılamalarına Göre Ruhsal Durum Düzeyleri.....	79
Tablo 14	Sosyoekonomik Düzey Algısına Göre Ruhsal Durum Düzeyleri.....	81
Tablo 15	Göç Yaşantısına Göre Ruhsal Durum Düzeyleri.....	83

ÖZET

Araştırmanın amacı, denetimli serbestlik yükümlülüğü bulunan ve madde kullanan bireylerin psikiyatrik belirtileri ile ruhsal durumlarının incelenmesidir.

Bu araştırmada, madde kullanımı sebebiyle denetimli serbestlik tedbiri bulunup araştırmayı kabul eden 18-45 yaş arasındaki 100 erkek hükümlüye kişisel bilgi formu ve SCL-90-R ölçeği uygulanmıştır. Madde kullanan hükümlülerin ruhsal durum düzeyleri yaş, medeni durum, sosyoekonomik düzey algısı, ebeveyn tutum algısı, ebeveyn eğitim durumu ve göç yaşantısı açısından incelenmiştir. Veriler Kruskal Wallis H ve Mann Whitney U ile analiz edilmiştir.

Araştırmanın sonucunda, madde kullanan denetimli serbestlik hükümlülerinin yaşlarına göre obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlık, depresyon ve kaygı boyutu; sosyoekonomik düzey algısına göre kişiler arası duyarlık ve depresyon boyutu; baba eğitim durumuna göre kişiler arası duyarlık alt boyutu puanları arasında anlamlı düzeyde farklılıklar olduğu; ancak medeni duruma, anne eğitim durumuna, ebeveyn tutum algısına ve göç yaşantısının varlığına göre somatizasyon, obsesif- kompulsif, kişilerarası duyarlık, depresyon, kaygı, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikotizm alt boyutları puanları arasında anlamlı düzeyde farklılık olmadığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Denetimli serbestlik, madde kullanımı, ruh sağlığı, öfke, somatizasyon, obsesif- kompulsif, kişilerarası duyarlık, depresyon, kaygı, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikotizm.

ABSTRACT

The aim of this study is to investigate the mental health of substance user probationals including their psychiatric symptoms.

Mental health levels of substance user probationals were investigated according to their age, marital status, perceived socioeconomic status, perceived parental attitude, educational status of parents and existence of immigration.

In this study, questionnaire and SCL-90-R were used with 100 male substance user probationals that accepted to attend the investigation to collect data. Data were analyzed by Kruskal Wallis H and Mann Whitney U.

The results of the study showed that there are statistically significant differences between obsessive-compulsive disorder, interpersonal sensitivity, depression and anxiety scores according to age and interpersonal sensitivity, depression according to perceived socioeconomic status and interpersonal sensitivity according to educational status of father but also there are not statistically significant differences between somatization, obsessive-compulsive disorder, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, anger, phobic anxiety, paranoid thought, psychoticism scores according to marital status, educational status of mother, perceived parental attitude and existence of immigration.

Key Words: Probation, substance use, mental health, anger, somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, phobic anxiety, paranoid thought, psychoticism.

BÖLÜM I

GİRİŞ

Problem Durumu

Bu bölümde araştırmanın problemi, amacı, önemi, sayılıtları, sınırlılıkları ve tanımlarına yer verilmiştir.

İnsanların ruhsal yaşantılarını etkileyen ve fiziksel olarak değişiklikler oluşturan maddelerin kullanılması insanlık tarihi kadar eskidir. İnsanlar bu maddeleri tarih boyunca farklı şekillerde ve çok farklı amaçlarla kullanmışlardır. Bu tür maddeler ilk olarak dini törenlerde ve büyücülükte kullanılırken, sakinleştirici ve ağrı giderici etkilerinin öğrenilmesiyle tıpta kullanılmaya başlanmıştır (Karatay ve Kubilay, 2004).

Antik çağlardan beri insanlar; sosyal, dini ve kişisel nedenlerden dolayı kendi bilinçlerini değiştirmek için ilaçlar kullanmışlardır. İncil’de sıklıkla şaraptan ve MÖ 2737 yılında bir Çin imparatorunun şifalı bitkiler kitabında mariyuandan bahsedildiği bilinmektedir (Morris, 1996/2002). Doğadaki hayvanlar bile bazı ilaçları arayıp bularak kullanmaktadırlar (R. Siegel, 1989; akt. Morris, 1996/2002).

Madde kullanımı ve bağımlılığı, günümüzde ırk ve etnik farklılıkları da aşarak bütün toplumların yüzleşmek zorunda kaldığı en önemli sorunlardan biri haline gelmiştir (Dumas, Hennessey,1999; akt. Karatay ve Kubilay, 2004). Tarihsel olarak bakıldığında, 19. yy’da özellikle uyuşturucu maddelere sadece üretildiği yerde

ulaşmak mümkünken 20. yy'da taşımacılık, turizmdeki hareketlilik ve bu alanda oluşan büyümeye bağlı olarak maddeyi temin etme güçlükleri ortadan kalkmıştır ve maddenin küresel olarak kullanımı artmıştır. Madde kullanımı ve bağımlılığı, özellikle Avrupa ülkeleri arasında yaşam koşullarının değişmesine ve kültürel yabancılaşmaya bağlı olarak madde kullanımı sebepleri ve sonuçları bakımından sosyal bir olguya dönüşmüştür (Karatay ve Kubilay, 2004).

Madde kullanımı; trafik kazaları, intiharlar, şiddet, istenmeyen gebelikler, güvensiz seks gibi diğer riskli davranışlarda bulunma açısından da tehlike oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre 15-24 yaş grubunda kazalar, intiharlar ve cinayete bağlı ölümlerin dörtte üçüne madde kullanımı sebep olmaktadır. Göç ve işsizlik problemlerinin yoğun olarak yaşandığı sosyoekonomik düzeyi (SED) düşük olan toplumlarda, yaşam koşullarının ağırlaşması, ekonomik sıkıntılarla gelen aile içi sorunlar, bireylerin baş etme yeteneğindeki yetersizlikler ve gelecekte beklenen kayıplar gibi faktörler, ergenleri madde kullanmaya yönlendirebilmektedir (Özşahin, 1998; Susman, Dent ve Leu2000; Spoth, Goldberg, Neppel ve diğer., 2001; Goodman ve Huang, 2002; akt. Karatay ve Kubilay, 2004). Madde kullanımı, genellikle ergenlik döneminde başlamakta ve bunun temelinde psikolojik, sosyal ve kültürel etkiler önemli rol oynamaktadır (Abrams ve Wilson 1986, Doğan 1982; akt. Herken ve diğer., 2000).

Madde kullanımı ve bağımlılığı tüm dünya devletlerinin önemli bir sorunu haline gelmiştir. Endüstri ve teknolojinin gelişmesiyle belki de aynı paralelde gelişen bu sorun ile mücadelede, dünya ülkeleri bütçelerinin önemli bir kısmını bu sorunun çözümüne ayırmaktadır. Türkiye'de madde kullanımına yönelik olarak kullanıcı sayılarının tespiti amacıyla yapılan bilimsel çalışmaların yeterli olmadığı da görülmektedir. Ancak kullanıcı durumunun tespitine yönelik güvenlik birimlerinin kayıtları incelendiğinde madde kullanıcılarının sayısının gün geçtikçe arttığı da izlenmektedir (Kaçakçılık ve Organize Suçlar Raporu, 2003: 130; akt. Karatay ve Kubilay, 2004). Ayrıca, Akcan ve arkadaşları (2000), çalışmalarında, madde bağımlılarının yaklaşık 2/3' ünün suç işlediğini belirtmektedir (akt. Kaleli, 2010).

Bağımlılık olgusunun açıklanmasına yönelik çok sayıda girişim bulunmaktadır. Yapılan araştırmalar tek bir bağımlılık tipi ya da tek bir bağımlı tipinin bulunmadığını göstermektedir. Bağımlı kişilerin çoğunda ağır kişilik bozuklukları meydana gelebilmektedir. Kaygıların dinmesi, mutlu olabilme duygusu, depresyon giderilmesi için madde kullanımı, madde kullanan bağımlılar için çıkar yol gibi görülebilmektedir (Karatay ve Kubilay, 2004).

Alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı, madde kullanımı ile ilgili bozukluklardan en sık görülenlerdir ve hem gelişmiş ülkelerde hem de ülkemizde giderek artan boyutlarda karşımıza çıkmaktadır (İnce, Doğruer ve Türkçapar, 2002). Alkol bağımlılığının gelişim sürecinde ruhsal/bedensel özellikler ve toplumsal pek çok etmen bir arada ve bir bireyden diğerine değişen etkileşim sergilemektedir (Doğan 1982; akt. Herken ve diğer., 2000).

İnsanları madde kullanımına götüren nedenler daha derin incelenebilir; ancak konunun en ürkütücü yönü, bu nedenlerin biliniyor olmasına ve her türlü önleme programının uygulanmasına karşın, madde sorununun tüm dünyada etkisini göstermeye devam etmesidir (Özmen ve diğer., 2003).

İlk kez İngiltere’de 1842 yılında hafif suç işlemiş kişiler hakkında uygulanan, hakkında ilk düzenleme 1869 yılında Amerika’da yapılan (Çolak, 2005; akt. Kale, 2009) denetimli serbestlik; alternatif bir infaz sistemidir. Türkiye’de denetimli serbestlik sistemi 2005 yılında 5402 Sayılı Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Kanunu ile Kurulmuştur (Kale, 2009). Şüpheli, sanık veya hükümlüler için ceza infaz kurumlarının alternatifi olan bu sistemde; hükümlüler belli şart ve yükümlülüklerle bağlı olarak serbest bırakılmakta ve serbestliğin yanı sıra kendilerine bir takım yükümlülükler getirilmektedir. Bu sistem kişiyi toplumdan koparmadan ıslah etmeyi amaçlamakta ve yeniden topluma kazandırmayı hedeflemektedir. Denetimde amaç, daha güvenli ve huzurlu toplumlar oluşturmak için suçtan zarar görenlerin çeşitli ihtiyaçlarının karşılanması, hafif suçtan hüküm giyenlerin ceza infaz kurumlarının dışında tutulması ve dolayısıyla ceza infaz kurumlarının nüfusunda artışın azaltılması ve suç tekrarının önlenmesidir.

(<http://www.nazilli.adalet.gov.tr/dsym/?sI=sayfaGoster&sId=42>).

Denetim görevlisinin görev ve sorumluluklarından özellikle “Denetim altında bulunan kişiler ve suçtan zarar görenlerin talep etmesi halinde sosyal çalışmacı veya psikolog tarafından psiko-sosyal yardım yapmak, 5237 sayılı Kanununun 51 ve 191 inci maddeleri ile 5275 sayılı Kanununun 107 nci maddesi gereğince verilen kararlar doğrultusunda rehberlik hizmeti sunmak, koruma kurulunda psiko-sosyal yardım talebi kabul edilenlere psikolog ve sosyal çalışmacı tarafından yardımcı olmak ve hükümlülerin, yeniden suç işleminin önlenmesi ve topluma kazandırılmasını sağlayıcı etkenleri güçlendirme amacına yönelik çalışmalarda bulunmak” gibi amaçlar söz konusu olduğunda hükümlülere söz konusu suç alanı ile ilgili rehberlik etmek esastır. Ancak farklı meslek gruplarından denetim görevlisi olarak çalışan uzmanlar için bu durum çoğu zaman problemler doğurmaktadır. Aynı yükümlülük altında gelseler bile her hükümlünün farklı semptomları ve ruhsal belirtileri olabileceği, bu yüzden bireylerin önceden birtakım tekniklerle ruhsal açıdan taranması ve kendilerine öncelikle bu doğrultuda rehberlik/destek hizmetinin verilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir. Madde kullanımı sebebiyle denetim altına alınan hükümlülerle görüşme yapıldığında hükümlülere verilen rehabilitasyon hizmetinin dışında hükümlülerin klinik olarak desteğe ihtiyaç duyup duymadıklarının incelenmesi önemli görülmektedir. Madde kullanımının sadece sonuç değil aynı zamanda bir çok ruhsal bozukluğun semptomu olabileceği de göz önüne alındığında madde kullanan hükümlülerin ruhsal durumlarının incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Madde kullanan denetimli serbestlik hükümlülerin birtakım ruhsal sorunları olabileceği ve bu sorunların belirlenmesinin onların tedavi sürecinin planlanması için yol gösterici olabileceği; ayrıca, onlarla kurulan danışma ilişkisinin yapılandırılmasında belirleyici olabileceği düşünülmektedir. Bu sayede denetim görevlilerinin hükümlülere daha yararlı olabileceği ve onların kendi kişisel gelişimine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu açıdan hükümlülerin halihazırda içinde buldukları ruhsal durumlarının belirlenmesi, varsa patoloji eğilimlerinin ortaya çıkarılması, ileriye dönük olarak hizmet kalitesinin artırılması açısından önemli görülmektedir. Bu çalışmada madde kullanan hükümlülerin ruhsal

durumlarının belirlenmesi ve farklı sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi hedeflenmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, madde kullanan hükümlülerin ruhsal durumlarının incelenmesidir.

Araştırmanın Önemi

Türkiye’de konu ile ilgili yapılan çalışmalar tarandığında madde kullanımıyla ilgili oldukça fazla sayıda çalışma yapıldığı ancak yeni bir sistem olan denetimli serbestlik hükümlülerinin madde kullanımıyla ilgili çok sınırlı sayıda çalışma yapıldığı görülmüştür.

Araştırma, denetimli serbestlik yükümlülüğü bulunan bireylerin, yükümlülük sebeplerinin bazı ruhsal sorunlardan kaynaklanabileceği, bu bireylerin en az bir ya da daha fazla psikopatolojiye sahip olabileceği; eğer bu şekilde aktif ruhsal durum paternleri varsa denetimli serbestlik görevlilerinin bu insanlara yardım etmede yetersiz kalabileceği ve daha kapsamlı tedavi birimlerine gönderilmeleri gerektiği düşüncesine dayanılarak yapılmak istenmiştir.

Denetimli serbestlik, Türkiye’de yaklaşık 7 sene önce kurulmuş olan bir kurum olduğundan bu kurum ve kurumdaki ya da kurumdan hizmet alan insanlarla ilgili çok sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu açıdan çalışma, bu kurumu ve kurumun bundan sonraki çalışmalarını daha ileriye taşıyabilir, kurumda çalışan denetim görevlileri için yol gösterici olabilir ve hükümlülerin tedavileriyle ilgili mevzuatta bulunan eksikliklerin giderilmesinde “farkına vardırııcı” bir rol oynayabilir. Ayrıca bu alanla ilgili daha önce yapılan sınırlı sayıda literatür çalışmasına rastlandığından bu çalışmanın, literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Problem Cümlesi

“Madde kullanan hükümlülerin ruhsal durumları nasıldır ?”

Alt Problemler

1. Madde kullanan hükümlülerin yaşlarına göre ruhsal durumları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır ?
2. Madde kullanan hükümlülerin medeni durumlarına göre ruhsal durumları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır ?
3. Madde kullanan hükümlülerin anne eğitim durumuna göre ruhsal durumları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır ?
4. Madde kullanan hükümlülerin baba eğitim durumuna göre ruhsal durumları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır ?
5. Madde kullanan hükümlülerin ebeveyn tutum algılarına göre ruhsal durumları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır ?
6. Madde kullanan hükümlülerin sosyoekonomik düzey algılarına göre ruhsal durumları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır ?
7. Madde kullanan hükümlülerin göç yaşantısına göre ruhsal durumları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır ?

Sayıtlar

1. Araştırmada kullanılan ölçekleri hükümlüler, samimi ve doğru olarak cevaplandırmışlardır.
2. Araştırmaya katılan hükümlülerin 18-45 yaş arasında olması geniş bir popülasyonu temsil edecektir.

Sınırlılıklar

1. Araştırmanın verileri SCL-90-R (Belirti Tarama Listesi) ile sınırlıdır.
2. Araştırmanın verileri 18-45 yaş arasında bulunan hükümlülerin yanıtları ile sınırlıdır.

Tanımlar

Denetimli Serbestlik:

Resmi Gazete'nin 20/07/2005 tarihli ve 25881 sayısı ile yürürlüğe giren 5402 sayılı Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Kanunu çerçevesinde, ilgili mahkemece hakkında mahkumiyet kararı verilmiş olup cezaları ertelenen, salıverilen ve haklarında hapis cezası dışında herhangi bir tedbire hükmedilen çocuk, genç ve yetişkin; şüpheli, sanık veya hükümlü için yine mahkemece belirtilen koşullar ve süre içinde her türlü ihtiyaç alanlarında program ve kaynak sağlama, bilgilendirme, yönlendirme konusunda rehberlik ve yardım hizmetlerini kapsayan toplum esaslı bir uygulama olarak tanımlanmıştır (Berk, 2010).

Ruh Sağlığı:

Dünya Sağlık Örgütü (2004) ruh sağlığını, "bireyin potansiyelini başarma ve yaşamda normal sayılan baskı durumları ile başa çıkabilme özellikleri ile bir sosyal ve duygusal iyi olma durumu" ifadesiyle tanımlamıştır (akt. Seven, 2008).

Madde kullanım bozuklukları:

Madde kullanım bozuklukları, madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı olarak iki başlık altında incelenmektedir:

Bağımlılık; tıbbi , yasal, mesleki, toplumsal, ailesel ve psikolojik sorunlar da dahil olmak üzere biyo-psiko-sosyal ve zihinsel sonuçları olan davranışsal bir bozukluktur (Öğüt, 2006).

Madde kötüye kullanımı, DSM IV tanı ölçütlerine göre, bir yıllık bir zaman içinde tekrarlayan biçimde, olası sosyal sorunlara veya fiziksel tehlikeye yol açacak madde kullanımıdır (Uluğ, 1997).

Öfke :

Öfke, insanın doğuştan getirdiği ve yaşamın ilk yıllarında gelişen, çocuk ya da gencin günlük hayatı içerisinde çok sık oluşan, doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere karşı verilen son derece doğal, evrensel, saldırganlık ve şiddet içermeyen, hayatı zenginleştiren, yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan duygusal bir tepkidir (Eşiyok, Yasak ve Korkusuz, 2007; akt. Albayrak ve Kutlu, 2009).

Obsesif-kompulsif bozukluk:

Obsesyonlar yineleyici, istem dışı, kişinin kendi zihninin ürünü olan, benliği rahatsız edici nitelikte (ego-distonik) olduğu için kişinin zihninden uzaklaştırmaya çalıştığı fakat aksine zihin alanını işgal eden, ısrarlı ve zorlayıcı her türlü düşünce, dürtü ya da düşlemlerdir. Görünüşte bir amaca yönelikmiş izlenimi veren her türlü yineleyici davranışlar ise kompulsif olarak ifade edilmektedir (Beşiroğlu ve Ağargün, 2006).

Depresyon:

Depresyondaki insanlar kendinlerini hüznü, kederli, umutsuz ya da değersiz hissettiklerini belirtebilirler ve çoğu kez depresif duygu durumunu “ıstırap veren duygusal bir ağrı” olarak tanımlarlar (Köroğlu, 1997).

Fobik kaygı bozukluğu:

Kişinin günlük yaşamını ve işlevselliğini aksatacak şekilde var olan korku durumu, fobi olarak tanımlanır (Cüceloğlu, 1999).

Sürmeli (1997), yaptığı çalışmada, anksiyete bozukluklarından fobik anksiyete bozukluklarının DSM-IV'teki karşılıklarının agorafobi, panik bozukluk olmadan agorafobi, agorafobi ile birlikte panik bozukluk, sosyal fobi ve özgül fobi olduğunu belirtmiştir.

Somatizasyon:

Somatizasyon iyi tanımlanmış bir tanı sınıfı ya da bozukluk değil, geniş kapsamlı klinik bir durumdur (Kesebir, 2004). Somatizasyon, ruhsal sıkıntıların ve psikososyal stresin bedensel belirtilerle ifade edilmesidir (Rosen ve diğer., 1982; akt. Kesebir, 2004).

Kişilerarası Duyarlılık:

Kişilerarası duyarlılık, kişilerarası ilişkilerde duyarlılığa sahip bireylerde kolaylıkla incinme ve kırılma, diğerleri tarafından önemsenip değer verilmediğine ve bu yüzden kötü davranıldığına inanma, kendini diğerlerinden daha aşağı görme, diğerlerinin yanında iken yanlış bir şeyler yapmamaya özen gösterme gibi yaşantılara neden olarak kişilerarası ilişkilerde problemler yaşanmasına neden olan bir durumdur (Boyce ve diğer., 1991; akt. Erözkan, 2005).

Kaygı (Anksiyete):

Aysev ve Taner (2007)'e göre anksiyete, duygusal tehlike beklentisiyle birlikte ortaya çıkan huzursuzluk, endişelenme durumu olarak tanımlanmaktadır (akt. Kavak, 2009).

Paranoid Düşünce:

Kişinin, sanrısız yoğunlukta olmayan kuşkuculuk düşüncesi ya da rahat verilmediği, baskı yapılmak istendiği ya da haksız davranıldığına ilişkin inancıdır (Köroğlu, 1997).

Psikotizm:

Psikoz, düşünce ve duyunun ağır oranda bozulduğu zihin durumunu tanımlamakta kullanılan genel bir psikiyatri terimidir. Bir psikotik epizod gerçek ile bağlantının kopması veya zarar görmesi ile karakterizedir denilebilir (tr.wikipedia.org/wiki/Psikoz).

Yeme bozukluğu:

Yeme bozuklukları, DSM IV' te yeme davranışındaki aşırı bozukluklar olarak tanımlanmıştır (American Psychiatric Association, 2000; akt. Seven, 2008).

Uyku bozukluğu:

Uyku bozuklukları, uyuyamama veya uyuya kalma, çok fazla uyuma, uykunun sıklıkla bozulması gibi belirtilerle kendini gösteren bir bozukluk türüdür (Stores, 2001; akt. Seven, 2008).

Uyku bozukluklarının iki türünden biri olan dissomnia, uykunun miktarı, niteliği ve zamanlaması ile ilgili bozukluklardanken parasomnia, uyku- uyanıklık arası geçişlerde yaşanan normal olmayan davranışlarla kendini gösteren bir bozukluk türüdür (Seven, 2008).

Suçluluk:

Suçluluk, “sosyal kural ve değerlerin gerçekten çiğnenmesi veya bunun tasarlanmasının eşlik ettiği bir fark etmenin oluşturduğu sıkıntılı bir durum” olarak tanımlanmıştır (Kalyoncu ve diğer., 2002).

Kısaltmalar

(DS) Denetimli Serbestlik

(SOMA) Somatizasyon

(OBKO) Obsesif-Kompulsif

(KADU) Kişilerarası Duyarlık

(DEPR) Depresyon

(KAYG) Kaygı

(FOKA) Fobik Kaygı

(PADÜ) Paranoid Düşünce

(PSİK) Psikotizm

(EKÖL) Ek Ölçek

(SCL-90-R) Symptom Check List-90 Revised- Belirti Tarama Listesi

(OKB) Obsesif Kompulsif Bozukluk

BÖLÜM II

İLGİLİ YAYIN VE ARAŞTIRMALAR

Bu bölümde literatür desteğiyle denetimli serbestlik, madde kullanımı, ruh sağlığı, öfke, somatizasyon, obsesif- kompulsif, kişilerarası duyarlık, depresyon, kaygı, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikotizm ve ek ölçekle (yeme bozuklukları, uyku bozukluğu, suçluluk) ilgili açıklamalar , kuramsal bilgiler ve konularla ilgili yapılmış araştırmalara yer verilmiştir.

Denetimli serbestlik

Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi, denetimli serbestliğin kurulma nedenlerini şu şekilde açıklamıştır (akt. Usta ve Öztürk, 2010):

Ülkemizde son yıllarda yasalarda yapılan değişikliklerle birlikte ceza adalet sistemimiz yepyeni müesseslerle tanışmıştır. Bunların başında, adli kontrol, kısa süreli hapis cezasına seçenek yaptırımlar, kamuya yararlı bir işte çalıştırma, cezanın koşullara bağlı ve denetimli olarak ertelenmesi, hükmün açıklanmasının geri bırakılması, kamu davasının açılmasının ertelenmesi, uzlaşma, etkin pişmanlık, koşullu salıverilenler ile mükerrirler ve özel tehlikeli hükümlüler hakkında denetimli serbestlik, cezanın konutta infazı gelmektedir. Bu yeni kavramlar, ceza ve infaz politikamızdaki önemli değişikliklere işaret etmektedir. Bu müesseslerin işleyebilmesi için yeni bir idari yapıya ihtiyaç duyulmaktaydı. Yukarıda sayılan uygulamalar, kamusal ceza ve tedbirleri içermekte, bir kısım suçluların toplum içinde denetim ve takibini zorunlu kılmaktaydı. Diğer yandan Avrupa Konseyi kamusal ceza ve tedbirlerin geliştirilmesini, uygulamaların güçlendirilmesi ve adli makamların kamusal ceza ve tedbirlerin kullanışlı olduğuna inanmalarını sağlamak için uygun idari yapıların oluşturulmasını ve bu birimlere yeteri kadar kaynak aktarılmasını üye ülkelere tavsiye etmekteydi.

Bu nedenle, 5275 sayılı Kanunun 104'üncü maddesinde; cezaları ertelenen, salıverilen veya haklarında kısa süreli hapis cezası yerine her hangi bir tedbire hükmedilen hükümlülerin toplum içinde izlenmesi, iyileştirilmesi, psiko-sosyal problemlerinin çözülmesi, salıverme sonrası korunması ve yargılanan kişiler hakkında sosyal araştırma raporlarının düzenlenmesi ve mağdurun korunması gibi görevleri yerine getirmek üzere kurulması öngörülen “denetimli serbestlik ve yardım merkezleri”ni ve salıverilme sonrasında hükümlülere iş sağlanması için oluşturulması öngörülen “koruma kurulları”nın kuruluşu, çalışma esas ve usullerinin, ilgili kanunda düzenleneceği belirtilmiştir. Kanundaki bu açık düzenleme karşısında, 03/07/2005 tarihli ve 5402 sayılı “Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Kanunu” Resmî Gâzete'nin 20 Temmuz 2005 tarihli ve 25881 sayısında yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu Kanun gereğince Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü bünyesinde, Denetimli Serbestlik ve Yardım Hizmetlerinden Sorumlu Daire Başkanlığı kurularak çalışmalarına başlamıştır (Usta ve Öztürk, 2010).

Çolak ve Altun (2006), denetimli serbestlik tedbirinin hapis ile tecrit modeline alternatif bir infaz yolu olarak günümüz Türkiye Adalet Sistemi içinde yer alan bir model olduğunu, bu tedbir ile mahkemelerce, alternatif tedbir veya cezalara hükmedilen sanık veya hükümlülerin kendilerine verilen yükümlülükleri, sosyal yaşamları içinde yerine getirmesinin sağlanmasının hedeflendiğini belirtmektedir. Toplum içinde denetimin en önemli amacının, suç tekrarı olasılığının azaltılması ve hükümlünün iyileştirilip topluma yeniden kazandırılmasının sağlanması olduğunu, denetimli serbestlik tedbiri ile suça karışan kişilerin toplum içinde kendilerini yeniden betimleyerek suç veya suça yönelik motivasyon oluşturmaya yol açan nesne, olay, düşünce, sosyal çevre vb. faktörlerin ber taraf edilmesinin hedeflendiğini belirtmektedir (akt. Kaleli, 2010).

Denetim görevlisi, şube müdürlüğü veya büroda kadrolu veya geçici olarak görev yapan psikolog, sosyal çalışmacı, sosyolog ve öğretmeni kapsamaktadır (Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Yönetmeliği, 2007).

Denetim görevlisinin görev ve sorumlulukları şunlardır (Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü Denetimli Serbestlik ve Yardım Hizmetlerinden Sorumlu Daire Başkanlığı Yayınları, 2007) :

1. Soruşturma evresinde, Cumhuriyet başsavcılığınca kendiliğinden ya da şüpheli veya müdafinin başvurusu üzerine gerekli görüldüğünde şüpheli hakkında; kovuşturma evresinde hüküm öncesinde mahkeme veya hâkimin isteği üzerine; sanığın geçmişi, ailesi, çevresi, eğitimi, kişisel, sosyal ve ekonomik durumu, psikolojik durumu, topluma ve mağdura taşıdığı risk hakkında ayrıntılı sosyal araştırma raporunu hazırlayıp sunmak.
2. Denetim altında bulunan kişiler ve suçtan zarar görenlerin talep etmesi halinde sosyal çalışmacı veya psikolog tarafından psiko-sosyal yardım yapmak.
3. 5237 sayılı Kanunun 51 ve 191 inci maddeleri ile 5275 sayılı Kanunun 107 nci maddesi gereğince verilen kararlar doğrultusunda rehberlik hizmeti sunmak.
4. Denetleme memurları tarafından hazırlanan denetleme planını ve salıverilme öncesi düzenlenecek raporu onaylamak.
5. Denetimli serbestlik tedbiri verilen şüpheli, sanık ve hükümlüler için tanıma formu, değerlendirme formu, madde kullanım listesi, denetleme planı, denetim planı, gözden geçirilmiş denetim planı ve denetim raporunu hazırlamak.
6. Koruma kurulları proje formatına uygun proje düzenlemek.
7. Kurumlar ve hizmetler listesinin oluşturulmasında görev almak.
8. Çalışma ve işbirliği protokollerini hazırlamak.
9. Gerekli görülmesi halinde, denetimli serbestlik tedbiri altındaki şüpheli, sanık ve hükümlülerin buldukları yerde denetimini yapmak.

10. Koruma kurulları çalışmaları kapsamında, gerektiğinde denetleme memuru ile birlikte ev ve iş yeri ziyaretlerine gitmek.
11. Koruma kurulunda psiko-sosyal yardım talebi kabul edilenlere psikolog ve sosyal çalışmacı tarafından yardımcı olmak.
12. Hükümlülerin, yeniden suç işlemesinin önlenmesi ve topluma kazandırılmasını sağlayıcı etkenleri güçlendirme amacına yönelik çalışmalarda bulunmak.
13. Mevzuatta öngörülen denetimli serbestlik hizmetlerinin yerine getirilmesi Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü Denetimli Serbestlik ve Yardım Hizmetlerinden Sorumlu Daire Başkanlığı Yayınları, 2007).

Slate ve diğerleri (2000), denetimli serbestlik ve yardım merkezlerinde çalışan görevlilerin, sistem içinde birçok risk faktörü ile karşılaştığını; bu faktörlerin başında tükenmişlik sendromunun geldiğini belirtmekte ve karşılaşılan risk faktörleri arasında denetimli serbestlik görevlilerinin:

- İşlerini zamanında yapabilme konusunda sıkıntı yaşaması
- Çok fazla evrak işi ile ilgilenmek zorunda olması
- Maaşlarının yetersiz olması
- Mesleki tatminin az olması
- İşte ilerlemek için fırsatlarının az olması
- Karar verme aşamasında limitli yetkileri olması
- İdari destek yetersizliği ve takdir eksikliği ile karşı karşıya olması
- En önemlisi, mesleki çelişkiler yaşaması sonucu rol çatışması yaşaması ile çalışma güvenliklerinin yetersiz oluşunu tarif etmektedir (akt. Kaleli, 2010).

Bilimsel araştırmalar sonucunda, denetimli serbestlik görevlilerinin, denetim süreci içinde infaz yapan bir görevli mi yoksa rehberlik yapan kişi mi oldukları konusunda, hissettikleri çelişki sebebiyle rol çatışması yaşadıkları; bu yüzden

görevlilerin tükenme aşamasına geldikleri; sürekli artan iş yükü ve işlerin yerine getirilmesi için zamanın azalmasının görevlilerin kaygı düzeyini arttırdığı; bu sebeple, denetimli serbestlik görevlilerinin işi bırakmak istedikleri veya başka bir iş tanımı ile çalışmak istedikleri ortaya çıkmaktadır (Gregory, 2006, Sevimli Yurtseven, 2008; akt. Kaleli, 2010). Ayrıca O' Beirne ve diğerleri (2004; akt. Kaleli, 2010), yapılan diğer bazı çalışmalarda, denetimli serbestlik görevlilerinin çalışırken yaşadıkları şiddet korkusu ve iş güvenliklerinin yetersiz oluşundan; denetimli serbestlik idare mekanizmalarının, görevlilerin yaşadığı şiddet korkusunu yeterli derecede ifade edebilecekleri ortam oluşturmamasından ve güvenliğin sağlanması konusunda yeterli teminatı vermemesinden bahsetmektedir.

Ruh sağlığı

Ruh sağlığının geçmişi, insanlığın geçmişi kadar eskiye dayanmaktadır. Antik çağda Hipokrat, Bergama'da yaşayan ve hastalarına ilk defa psikoterapi uygulayan Galenos, bu çağa damgasını vurmuşlardır. Ruh hastalarının tedavisinde ilk ciddi adımın Pinel tarafından atıldığı; onunla birlikte Charcot, Janet, Kraepelin, Bleuler, Freud ve Jung'un da çağdaş psikiyatrinin gelişmesine katkıda buldukları bilinmektedir (Beitman, 2005; akt. Seven, 2008).

Ruh sağlığı konusunda “normallik ve anormallik” kavramları önem kazanmaktadır. Guimon (2004), normallik için en çok kabul edilen nitel kriterlerin öz yeterlilik, duygusal ilişkiler kurma kapasitesi ve değişikliklere karşı yeterli uyum davranış biçimlerinin olgunlaşma biçiminin olgunlaşması olduğunu belirtmektedir (akt. Seven, 2008). Thompson, Mathias ve Lyttle (2000) 'e göre anormallik:

1. İstatistiksel normdan sapma
2. Sosyal normdan sapma
3. Uyumsuz davranışlar
4. Kişisel veya öznel sıkıntı

kriterleriyle belirlenir (akt. Seven, 2008).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin, sosyal ilişkileri sürdürmede daha fazla zorluk yaşadığı ortaya konmaktadır (Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003). Syed ve diğerleri (2008), daha az gelişmiş yerlerde, hastalıkların nedeni ve bunlarla baş etmedeki yanlış inanç ve farkındalık azlığının modern terapiyi ve hastalıkların psikiyatrik tedavisini önlediğini; Jorm ve diğerleri (1997), psikolojik hastalıkların nedeni hakkındaki kültürel inançların, tedavi modelini belirlemeyi ve profesyonel yardımı ertelemede birincil güç olduğunu ileri sürmektedir.

Grant ve arkadaşları (2006), ebeveyn-çocuk ilişkisi ve ebeveyn davranışının çocuk ve yetişkinlerdeki patolojiyle oldukça ilişkili olduğunu ifade etmektedir. Yavuzer'e (1990) göre ideal anne-babanın tanımında anne-babanın çocuğu sevmesi, ona güvenmesi, kendine has özellikleri olduğunu kabul etmesi, çocuğa yönelttiği davranışlarında dengeli, tutarlı ve kararlı olması, çocuğun ihtiyacına uygun yanıtlar vermesi, çocuğun gelişim özelliklerini bilip buna uygun beklenti düzeyine sahip olması, cesaret ve girişimde bulunma fırsatı vermesi, özgüven ve otonomi kazanmasına olanak sağlaması, sorumluluk duygusunun gelişmesine izin vermesi, kendi sınırlarını belirlemesine fırsat tanınması gibi unsurlar bulunmaktadır (akt. Erdoğan ve diğer., 2010).

Sailor (2004), ebeveyn tutumları ile çocuk ruh sağlığına ilişkin görüşler ileri sürmektedir. Buna göre, yetkeci stile sahip ebeveynlerin, istediklerini çocuğa yaptırmak için ceza ve güç kullanmalarının çocukta kırgınlık, kindarlık, hileye başvurma gibi duygu ve isteklere yol açıp anne-baba ve çocuk ilişkisine zarar verebileceğini ifade etmektedir. Yetkili stile sahip ebeveynlerin, çocuklarının daha bağımsız, kendilik-kontrolü sahibi, kendine güvenen ve işbirlikçi olmalarına yardımcı olabilmek için çocuklarının gelişim düzeyine uygun sınırlar koyup çocuklarına ihtiyaç duydukları bakımı verdiklerini ve bu çocukların son çocukluk ve ergenlik boyunca daha yüksek düzeyde kendine güven ve saygı hissettiklerini belirtmektedir. İzin verici stile sahip ebeveynlerin çocuklarının daha dürtüsel, saldırgan olup yeterince sorumluluk almadıklarını, bu çocuklara, davranışlarının diğer insanları nasıl etkileyebileceği öğretilmediğinden çocukların bağımlı ve bencil olabildiklerini belirtmektedir. İzin verici- kayıtsız ebeveynlerin ise izin verici,

kayıtsız ve reddedici davranış biçimlerini sergilediklerinde uç noktalarda çocuk ihmali ve istismarı görülebileceğini, bu çocukların da düşük benlik algısına sahip olup diğerlerine karşı saldırgan davranabileceğini, bu davranışların kriminal sonuçlar doğurabileceğini belirtmektedir (akt. Erdoğan ve diğer., 2010).

Hortaçsu (2003), üst sosyoekonomik düzeydeki ana babaların alt sosyoekonomik düzeydeki ana babalara kıyasla çocuğun gelişimini olumlu şekilde etkileyecek tutum ve düşünceleri daha sıklıkla taşıdıklarını ve ana baba ve çocukların birbirlerini etkilediklerini; ancak ana babaların çocukları üzerindeki etkilerinin büyük olasılıkla daha güçlü olduğunu belirtmiştir.

Phares (1992), babaların çocuk ve yetişkin patolojisini daha az temsil ettiklerini vurgulayan yazısında, bu durumun aşağıda verilen 4 faktörle ilişkili olabileceğini ifade etmektedir:

1. Ebeveynlik dışıl bir alandır ve babalar, çocuklarının sosyal ve duygusal gelişimlerinde önemsiz görünürler.
2. Babalar, çocuk bakımında hiç ya da çok az rol sahibidirler; çocuklarıyla yeteri kadar zaman geçirmezler ve çocukların uyumunda önemli faktör değildirler.
3. Anne ve babaların çeşitli psikopatoloji oranları farklıdır (örneğin; anneler, yaygın olarak depresyon tanısı alırlar).
4. Babalar bu çalışmaya gönülsüz ya da çok az gönüllü katılmış olabilirler.

Ebeveynlerdeki agresyon (Jary & Stewart, 1985) ve madde bağımlılığı (Cadoret, Troughton, O’Gorman & Heywood, 1986) gibi psikiyatrik bozuklukların genetik yatkınlığı hazırladığı varsayılarak bu kişilerin çocuklarının psikiyatrik bozukluklarıyla ilişkilendirilebileceği belirtilmektedir.

Toplumun ruhsal bozukluklara bakış açısı yıllardır üzerinde çalışılan önemli bir konu olmuştur. Ülkemizde yapılan araştırmalarda halkın ruhsal bozukluklar ile

ilgili bilgi düzeyinin genelde yetersiz olduğu ve ruhsal bozukluğu olanlara yönelik ayırıcı ve etiketleyici tutuma sahip olduğu görölmektedir (Özmen ve diğer., 2003).

Madde kullanımı

DSM-IV madde bağımlılığı tanı ölçütleri :

A. Maddenin uyumu bozacak, klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa yol açacak biçimde kullanılması ve 12 aylık bir süre içinde herhangi bir zamanda aşağıdakilerden üçünün bulunması:

1. Tolerans
2. Yoksunluk belirtilerinin olması ve bunları gidermek için maddeye gereksinim duyma
3. Maddenin tasarlandığından çok daha fazla miktarda ve daha uzun bir süre alınması
4. Maddenin kullanımına son vermek ya da bunu denetim altına almak için sürekli bir istek hissetme ve bir çok kez bırakma girişiminde bulunma
5. Maddeyi elde etmek için ve madde etkisi altında çok zaman harcama
6. Kişinin günlük işlerini yerine getirmesi beklenen zamanlarda madde etkisi altında olma ve bunları yerine getirememe
7. Madde kullanımının neden olduğu sosyal, ruhsal veya bedensel bir sorunun varlığına rağmen madde kullanmayı sürdürüyor olma (Uluğ, 1997).

DSM IV Madde kötüye kullanımı tanı ölçütleri :

A. Maddenin uyumu bozacak, klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa yol açacak biçimde kullanılması ve 12 aylık bir süre içinde aşağıdaki ölçütlerden biri ya da daha fazlasının bulunması:

1. Kişinin, işte, evde veya okuldaki yükümlülüklerini sürdürmesini önleyecek şekilde yineleyici biçimde madde kullanması

2. Fiziksel tehlike yaratabilecek durumlarda (örneğin araç kullanırken) madde etkisi altında olma ve bu durumun tekrar tekrar olması
3. Madde kullanımı ile ilişkili olarak yasal sorunların varlığı
4. Madde kullanımının sosyal yaşamda ve kişinin yakınlarıyla ilişkisinde yineleyici ve kalıcı sorunlara yol açmış olmasına rağmen madde kullanımını sürdürme (Uluğ, 1997).

B. Bu madde için kişinin bağımlılık tanısı almamış olması olarak belirlenmiştir.

Bağımlılığın psikodinamik yönünü açıklayan kuramlar, gelişimin oral dönemindeki saplanmalar üzerine vurgu yapmaktadır. Analitik kuram kişilerin, oral dönemde ruhsal zedelenmeler yaşadıklarını ve bağımlılığın oral döneme ait takıntıları ve bu psikoseksüel gelişim dönemine gerilemeyi içerdiğini savunur (Çakmak, Duran, Evren ve Cüneyt 2006; akt. Özcan, 2009).

Yapılan çalışmalar (Jaffe, 2000), madde kullanıcılarının ego hasarları olduğunu, bağımlı kişilerin acı veren olaylarla başa çıkmada güçlük yaşadığını belirtmektedir (akt. Öz, 2001).

Öğüt (2006) çalışmasında, her çeşit maddenin bilişsel işlevler, duygular, düşünceler ve davranışlar üzerine farmakolojik etkileri olduğunu; bu nedenle diğer psikiyatrik hastalıklar ve madde kullanım bozukluklarının yakın ilişki içinde olduğunu belirtmektedir.

Bağımlılık yapan maddeler, santral sinir sistemi (SSS)'nde önemli derecede uyarma veya depresyon oluşturan, algılama, duygu durum, mental durum, davranış ve motor fonksiyonlarda bozukluk yapan psikoaktif maddelerdir. Bu maddeler arasında alkol, amfetamin ve benzeri maddeler, kafein, kannabis, kokain, halusinojenler, liserjik asit dietilamid (LSD), inhalanlar, nikotin, opiyatlar, fensiklidin, sedatifler, hipnotikler, anksiyolitikler, anabolik steroidler, nitroz oksid ve henüz diğer kategorilere girmeyen reçeteli veya reçetesiz ilaçlar sayılabilir (Kayaalp, 1998).

Kaplan ve Sadock (2004), madde kullanımı ile ilişkili bozuklukları, şu şekilde belirtmektedir:

- Alkolle ilişkili bozukluklar
- Amfetamin (ya da amfetamin benzeri maddelerle) ilişkili bozukluklar
- Kafein ile ilişkili bozukluklar
- Kannabisle ilişkili bozukluklar
- Kokain ile ilişkili bozukluklar
- Halüsinojen ile ilişkili bozukluklar
- İnhalanla ilişkili bozukluklar
- Nikotin ile ilişkili bozukluklar
- Opiyatla ilişkili bozukluklar
- Fensiklidin (ya da fensiklidin benzeri maddelerle) ile ilişkili bozukluklar
- Sedatif-hipnotik veya anksiyolitik ile ilişkili bozukluklar

Madde kötüye kullanımı ya da madde bağımlılığının birtakım ruhsal problemlerden kaynaklanabileceği gibi Kaplan ve Sadock (2004) da “madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar” ile ilgili çalışmalarında, madde kullanımından kaynaklanan birtakım bozukluklara yer vermektedir:

- Alkolün yol açtığı bozukluklar
- Amfetaminin (ya da amfetamin benzeri maddelerin) yol açtığı bozukluklar
- Kafeinin yol açtığı bozukluklar
- Kannabisin yol açtığı bozukluklar
- Kokainin yol açtığı bozukluklar
- Halüsinojenin yol açtığı bozukluklar
- İnhalanın yol açtığı bozukluklar
- Nikotinin yol açtığı bozukluklar
- Opiyatın yol açtığı bozukluklar
- Fensiklidinin (ya da fensiklidin benzeri maddelerin) yol açtığı bozukluklar
- Sedatif-hipnotik veya anksiyolitiklerin yol açtığı bozukluklar

Bazı araştırmacılar psikoaktif madde kullanımının birincil ve esas patoloji olduğunu, diğer psikiyatrik bozukluklara yol ağtığını ve bu durumun zamandan bağımsız olduğunu belirtmişlerdir (MacDonald, 1984). Bunun aksini söyleyen çalışmalar da mevcuttur (Boyle & Offord , 1991). Bu çalışmalara göre psikiyatrik bozukluk, madde kullanım bozukluğuna bağlı olarak gelişmemekte aksine madde kullanımını başlatan asıl etken olmaktadır. Birlikte görülebilen bu iki tür psikiyatrik rahatsızlığın birbirlerine yönelik etkileri çift yönlüdür. "oklu tanı" denilen bu durumun sebebi psikoaktif madde kullanım bozukluğu ile birlikte olan psikiyatrik bozukluk tanısının genelde birden fazla olmasıdır (Dankı ve diğer., 2005).

zmen ve arkadaşları (2003), madde bağımlılığı için özel bir kişilik tipi belirtilmediğini, normal psikolojik durum içindeki şahıslardan ruh sağlığı bozulmuş hastalara kadar bütün insanlarda madde bağımlılığı gelişebileceğini ifade etmektedir. Genel olarak madde bağımlısı olanların i gerilimleri fazla olan, tatmin edici hayatları olmayan; sevgi, güven, saygı ve kendini gerçekleştirme ihtiyaçlarına doyum bulamayan kişiler olup bu kişilerin madde kullanarak doyuma ulaştıklarını ve bu nedenle bu maddeleri tekrar alarak bağımlı hale gelebileceklerini belirtmektedir.

Koçak (2006), madde bağımlılığının temelinde genel olarak aile sorunları olduğunu belirtmektedir. Bu aile sorunları aile içi şiddet yaşanması, ekonomik sorunlar, boşanmalar, ailenin ilgisizliği veya aşırı düşkünlüğü olarak belirtilmektedir. Sorunlu kişilerle arkadaşlık, özenti, zayıf benlik denetimi, iletişim beceriksizliği, yalnızlık duygusu, negatif eğlence kültürü gibi çok sayıda faktör olduğu anlaşıldığını belirtmektedir.

Bireyin nevroitik kişilik özelliğinin (Byrne ve diğer., 1995), antisosyal davranışlarının (Reitsma ve diğer., 1985), depresif duygulanımının ve psikosomatik yakınmalarının bulunmasının (Sieber ve Angst 1990), diğer psikiyatrik yakınmalarının olmasının (Oei ve diğer., 1986), sosyal ilişkilerinin bozulmasının, saldırgan davranışlarının (Escobedo ve diğer., 1997) ve dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğunun olmasının (Milberger ve diğer., 1997) madde kullanımı için risk oluşturduğu ne sürülmektedir (akt. Herken ve diğer., 2000).

Madde kullanımında cinsiyet farklılığının önemli olduğu ve madde kullanımının kadınlar arasında daha az görüldüğü bilinmektedir (Herken ve diğer., 1997, Clayton 1991; akt. Herken, Bodur ve Kara, 2002).

Uluğ ve Öztürk (2008), kompulsif madde kullanımının nörobiyolojik düzeneklerinden bahsederken maddenin kendi alımını başlatıcı etkisinden söz etmektedir. Madde bağımlılığı geliştiğinde, hem hayvan hem de insan modellerinde bir süre madde alınmasa da yeniden çok az miktarda madde alımı, kompulsif kullanımı başlatabilmektedir. Ayrıca çalışmacılara göre, bağımlılıkla ilgili olarak yıllarca madde kullanımı olmasa dahi, kişilerin madde kullanırkenki davranışlarını sürdürdüğü ve tekrar kullanma arzusu yaşadığı bilinmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

McDougall (1989), bağımlılık nesnesinin bazen ölüme meydan okuyucu potansiyeline rağmen zihinde bu nesneye iyi bir nesne olarak yatırım yapıldığını ileri sürmektedir. Nesne ne olursa olsun nesne ile olan zihinsel ilişkisi sayesinde fiziksel olarak yaşadığı acıyı hızlı bir şekilde gidermesini sağladığı için bağımlı insanın kaçınılmaz bir şekilde bu nesneye maddi ve manevi yatırım yapıldığını belirtmektedir (akt. Duman, 2009).

Koçak (2006), madde bağımlılığının sosyal bir olgu olduğunu ve bu sorunun çözümünden kastedilenin hiç kimsenin madde kullanmadığı bir dünyayı oluşturmak değil, mücadeleciler tüm kurum, kuruluş ve örgütlerin üzerine düşen vazifeyi yerine getirmeleri olduğunu belirtmektedir.

Madde kullanımı nedeniyle iş performansı giderek düşen ve ekonomik kriz yaşayan kişi, maddeyi temin edebilmek için hırsızlık, uyuşturucu madde satıcılığı ya da kuryeliği veya fuhuş gibi suçları işlemeye hazır hale gelmektedir. Ayrıca bazı profesyonel suçları (cinayet, hırsızlık vb.) işlemek için ihtiyaç duyduğu aşırı cesaretin sağlanmasında psikoaktif maddeler, suç ile ilginin bir halkasını oluşturmaktadır (Alpay, Karamusatafaoğlu ve Kükürt, 1995).

Öfke

Günlük hayatımızda önemli bir yere sahip duygularımızdan biri olan öfke, evrensel bir duygu olmakla birlikte her kültürde farklı şekillerde yaşanmaktadır (Balkaya ve Şahin, 2003). Öfke, Biagio tarafından (1989), gerçek veya varsanılan bir engellenme, tehdit veya haksızlık karşısında oluşan bilişlerle ilgili ve kişiyi rahatsız edici uyarıcıları ortadan kaldırmaya yönelten, güçlü bir duygu olarak tanımlanırken Törestad (1990), öfkenin planlanarak ortaya çıkan bir durum olmadığını, çoğunlukla engellenme, haksızlığa uğrama, eleştirilme, küçümsenme gibi durumlarda oluştuğunu belirtmektedir. Novaco'ya göre ise öfke, bilişsel olarak öfke diye etiketlenen ve düşmanlık (antagonist) içerikli bilişlerin eşlik ettiği, yoğun bir fizyolojik uyarılma durumudur (Robins ve Novaco 1999; akt. Balkaya ve Şahin, 2003).

Bir duygulanım olarak öfke ve bununla bağlantılı saldırganlık davranışının ruhsal hastalıklarla ilgisi ve psikopatolojideki yeriyle ilgili yapılan bir çok çalışmada öfke ve saldırganlıkla ilişkili olarak üzerinde en çok durulan ruhsal rahatsızlıklardan ikisinin antisosyal kişilik bozukluğu ve depresif bozukluk olduğu belirtilmektedir. Depresyon ile saldırganlık ve öfke arasındaki ilişkiye en geniş biçimde psikanalitik kuramda değinildiği görülmektedir. Klasik psikanalitik görüşe göre içe dönük öfke, depresyonun ruhsal etiyolojisinde rol oynayan bir etkidir. Freud, yas ve melankoliyi gerçek veya simgesel kayıpların tetiklediğini öne sürerek, depresif hastalardaki suçlanma ve intihar düşüncelerini, kaybedilen nesneye karşı duyulan öfkenin, kendine zarar verme isteği şeklinde kişinin kendisine yönelmesi şeklinde olduğunu belirtmiştir (Gabbard 1995; akt. Türkçapar ve diğer., 2004). Moreno ve arkadaşları (1993; akt. Türkçapar ve diğer., 2004), öfkenin depresyon için olduğu kadar intihar için de belirgin bir tanisal işaret olduğunu belirtmektedir.

Bilgin (2000) de Freud'un (1921/1922; 1927) , I. Dünya Savaşındaki kıyım ve Avrupa'nın kan gölüne çevrilmesinin hayal kırıklığı ile *tanatos* (ölüm iç güdüsü) fikrini geliştirdiğini; bu içgüdünün içe dönük olduğunda intihara yol açıp dışa dönük

olduğunda ise düşmanlık, saldırganlık ve kavgacılık biçimlerini aldığı belirtilmiştir.

Araştırmacılar, öfkenin doğal bir duygu olmasına karşın, kontrol edilememesinin saldırganlığa ve olumsuz davranışlara yol açtığını belirtmişlerdir (Lerner, 1999; Kılıçarslan, 2000; Köknel, 1997; Taylor, 1988; akt. Duran ve Eldeleklioğlu, 2005). Öfkenin fiziksel, bilişsel ve davranışsal boyutları bulunup kas gerginliğinin artması, kaşların çatılması, yüzün kızarması, terleme, üşüme, uyuşma, boğulma hissi, ağzın kurumması gibi belirtiler de öfkenin fizyolojik belirtileri arasında sayılmaktadır (Archier, 1989; Arenofsky, 2001; Geçtan, 1986; Gottlieb, 1999; Retzinger, 1991; Tavris, 1982; akt. Duran ve Eldeleklioğlu, 2005).

Güleç ve arkadaşlarına (2005) göre öfke ve öfkeyi ifade biçimi, depresyon ve bedenselleştirme alanındaki araştırmalarda üstünde durulması gereken önemli konulardan biridir ve öfke, hafif bir sinirlilikten (irritasyon) nefret ve şiddete kadar değişebilen duygusal, bilişsel belirtilerin ve deneyimlerin davranışsal tarzı olan, olumsuz bir duygulanım olarak değerlendirilmektedir. Koh (2003) ise öfke ve bastırılmış düşmanlığı, bedenselleştirme gelişiminde çok önemli bir etmen olarak tanımlamıştır (akt. Güleç, Sayar ve Özkorumak, 2005).

Balkaya ve Şahin (2003), öfkenin, kısa süreli ve orta yoğunlukta ortaya çıktığında yararlı iken, sürekli ya da şiddetli olduğunda yıkıcı olabilen bir duygu olduğunu belirtmektedir (akt. Erdem, Çelik, Yetkin ve Özgen, 2008). Öfke, özellikle açık bir şekilde gösterildiğinde ve bu durum diğer insanlar tarafından olumsuz değerlendirildiğinde kişide düşük benlik saygısına, kişilerarası ve aile içi çatışmalara, sözel ve fiziksel saldırılara ve iş yaşamı ile ilgili uyumsuzluklara neden olabilmektedir. İnsanlar hem öfkenin neden olduğu olumsuz sonuçlardan hem de kültürel nedenlerden dolayı öfkelenmekten korkmakta ve öfkesini göstermek istememektedir. Oysa öfkenin bastırılması, var olan enerjinin içe döndürülmesidir ve öfkenin bu şekilde yaşanması, bireyin kendisine zarar vermesine neden olmaktadır (Arsakay, 2001; akt. Erdem ve diğer., 2008). Erdem ve diğerlerine göre (2008), öfke

ve hostile, anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasında ve sürmesinde önemli role sahiptir.

Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Beşiroğlu ve Ağargün (2006), obsesyonların hastalar tarafından “takıntı, saplantı, evham ya da vesvese” gibi terimlerle tanımlandığını, kompulsiyonların “zorlantı” olarak ifade edildiğini ve OKB’ nin Amerikan Psikiyatri Birliği’nin hazırladığı DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition) sınıflandırma sisteminde anksiyete bozuklukları grubunda yer aldığını belirtmektedir.

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), obsesyon ve/veya kompulsiyonlar ile karakterize olan ruhsal bir bozukluk olup obsesyon (saplantı), kendiliğinden bilinç alanına giren, yineleyici, sıkıntı yaratan, kişinin saçma ve yanlış olduğunu bildiği düşünce, dürtü yada imajlardır. Kompulsiyon (zorlantı) ise genelde bir obsesyona engel olmak için belli kurallarla yapılan motor veya mental eylemlerdir. Obsesyon ve kompulsiyonlar’dan psikiyatri tarihinde ilk kez Esquirol (1838) tarafından bahsedilmektedir (akt. Bayar ve Yavuz, 2008). Obsesyon ve kompulsiyonların yaygın olan bazı özellikleri aşağıda verilmektedir (Bayar ve Yavuz, 2008) :

- 1) Bir düşünce ya da dürtü kişinin bilincine tekrarlayıcı şekilde zorla girer.
- 2) Bu duruma endişe ya da korku hissi eşlik eder ve kişiyi düşünce ya da dürtüye karşı tedbir almaya iter.
- 3) Obsesyon ya da kompulsiyonlar egoya yabancıdır.
- 4) Obsesyon ya da kompulsiyonları kişi acayip ve mantıksız olarak algılar.
- 5) Obsesyon ve kompulsiyonlardan yakınan kişi genellikle onlara direnmeye güçlü bir arzu duyar.

Bazı verilere göre OKB hastaları sıklıkla ailenin ilk ya da tek çocuğudur ve saldırganlık, cinsellik ve dini içerikli obsesyonları olan hastalarda yoğun suçluluk duyguları ve major depresyon gelişebilmektedir (Beşiroğlu ve Ağargün, 2006).

Purdon ve Clark (1993) ise cinsel ve saldırganlık içerikli obsesyonlara klinik olmayan örneklemede daha az rastlandığını ileri sürmektedir (akt. Beşiroğlu ve Ağargün, 2006). Obsesif kompulsif bozukluğun ayırıcı tanısında şizofreni, major depresyon, Gilles de la Tourette hastalığı ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu dikkate alınması gereken bozukluklardır. OKB'nin tedavisinde psikodinamik psikoterapi uygulanabilir. Ancak psikodinamik psikoterapinin vazgeçilemez materyali olan sözcüklerin bu hastalarda büyüsel (majik) bir nitelik kazanması ve izolasyon mekanizmasının yoğun bir biçimde kullanılması, bu hastaların psikodinamik psikoterapiye oldukça sınırlı yanıt vermesine neden olmaktadır. Farmakoterapi ve/veya davranışçı-bilişsel terapi teknikleri hastalarda önemli ölçüde düzelmeye sağlamaktadır. Obsesif-kompulsif bozukluğun davranışçı-bilişsel terapisinde en çok teknik temelleri, “belirti” olarak karşımıza çıkan eski uyumsuz tepkilerin söndürülmesi ve bunların yerine daha sağlıklı ve yeni davranışların kazanılması olan alıştırmaya (exposure) ve tepkiye engelleme (response prevention) teknikleri kullanılır. Her iki uygulamalar sırasında hastalar, kendilerinde bunaltı oluşturan ya da kaçınma davranışına yol açan uyaran veya durumlarla aşamalı olarak karşı karşıya getirilir ancak kompulsiyonlara izin verilmez. Birey anksiyete oluşturan bir durumla karşılaştığında anksiyete giderek artmakta; daha sonra varabileceği en üst düzeye ulaşmakta ve ardından yavaş yavaş azalarak ortadan kaybolmaktadır (Bayraktar, 1997).

Günümüzde birçok yönden geçerliliklerini sürdüren ve erişkin OKB’nda saptanan çeşitli bilişlere vurgu yapan bilişsel modellerden Abartılı Sorumluluk Algısı Modeli, Yanlış Yorumlama Modeli ve Bilişsel Kontrol Modeli’ne göre OKB’de etkin olan altı hatalı değerlendirme ve inanç alanı bulunmaktadır. Bunlar; abartılı sorumluluk algısı, düşüncenin önemsenmesi, düşüncelerin kontrolü, abartılı tehdit algısı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve mükemmeliyetçiliktir (Pişgin ve Özen, 2010).

OKB’ye ilişkin hatalı değerlendirme ve inanç alanları incelendiğinde düşüncenin önemsenmesinin, belirsizliğe tahammülsüzlüğün ve mükemmeliyetçiliğin erişkinlikte olduğu gibi, çocukluk ve/veya ergenlik dönemlerinde de bulunduğu; ancak, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde görülen

abartılmış sorumluluk algısının, düşüncelerin kontrolünün ve abartılı tehdit algısının, erişkinlerde olduğu kadar belirgin ve dikkat çekici olmadığı sonucuna ulaşılmaktadır (Pişgin ve Özen, 2010).

OKB tanısı alan bireylerin sıklıkla, çocuk bakımı, ev işleri, mesleki uygulamalar gibi günlük işlerde aksaklıklar, cinsel yaşamda zorluklar, evlilik ilişkilerinde uyum sorunları ve duygusal açıdan tatminsizlik yaşadıkları bilinmektedir (Beşiroğlu ve Ağargün, 2006).

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenleri ile kişinin aile, akademik, meslek ve sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen süregelen bir bozukluktur (Beşiroğlu ve diğer., 2007).

Dürtü kontrol bozukluğu olanlar ve bağımlılık bozukluğu olanlar kompulsif dürtüler; OKB'si olanlar da dürtü kompulsiyonları geliştirebilirler. OKB hastaları, teorik olarak dürtü ve bağımlılık özelliklerini engellemeyi uyuşturucuyla yönetiyor olabilirler. Diğer bir deyişle, obsesif kompulsif bozukluk, dürtü kontrol bozuklukları ve bağımlılıkla ilgili bozukluklar; fenomenolojik, komorbite, nörokimyasal ve aile geçmişini de içeren açılardan değişik seviyelerde örtüşmektedir (Fontenelle, Oostermeijer, Harrison, Pantelis & Yücel, 2011).

ECA çalışma verilerine göre OKB'si olanların üçte ikisinde ayrıca bir psikiyatrik bozukluk bulunmaktadır. Bu bozukluklar sırası ile agorafobi (%39), alkol kötü kullanımı (%34), major depresyon (%32), distimi (%26), madde kötü kullanımı, sosyal fobi (%19), panik bozukluğu (%14) ve bipolar bozukluktur (%10).

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) ile OKB arasındaki ilişki henüz tam sonuçlanmamıştır. Her iki bozukluğun komorbiditesine yönelik araştırmalarda farklı değerler saptanmaktadır (%4-54) (Bayar ve Yavuz, 2008).

Depresyon

Kesebir (2004)'e göre günümüzün en yaygın ruhsal bozukluğu depresyondur. Beck (1976), depresyonun etyolojisinde ve belirtilerin ortaya çıkmasında rol oynayan en belirgin etkenin otomatik düşünceler olduğunu ileri sürülmektedir (akt. Aydemir, Vedin Temiz ve Göka, 2002).

Tanı sınıflandırma sistemlerinde depresyon bir sendrom olarak ele alınmakta ve tanı için bir takım ölçütler sıralanmaktadır. DSM-IV'e göre "depresif duygu durum" tanı koymak için artık tek başına şart değildir. Depresif duygu durumun yanında ya da tek başına "ilgi kaybı ve artık zevk alamama" ölçütü tanı koymak için gerekli ölçütlerden biri olarak yer almaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994; akt. Kesebir, 2004). Depresif bozuklukta duygusal, bilişsel ve vejetatif alanlarda değişiklikler görülmektedir (Kesebir, 2004). Depresyon hastalarında psikomotor hızda belirgin bir düşüş olmakta ve dikkatle ilgili olarak seçici dikkat, reaksiyon zamanında azalma ve sürdürülmesinde bozukluklar bulunmaktadır (Bora, 2004). Ayrıca depresif hastaların, negatif emosyonel yüklü uyaranları algılamada daha hassas oldukları bilinmektedir (Matt ve diğer., 1992; akt. Bora, 2004).

Beck'in (1987) bilişsel teorisi, olumsuz zihinsel şemaları ya da inançları olan bireylerin depresyon için artan risk altında olduğunu belirtir. Buna göre stresli bir yaşam olayı olduğunda olumsuz zihinsel şemalar devreye girer ve bireyin olayı yorumlama etkisi, depresif semptomlara yol açar. Benzer bir süreç, anksiyeteyi açıklamada da kullanılır (Hankin & Abela, 2005).

Depresyon ve anksiyete durumlarında, kognitif bilişsel terapinin etkinliği olduğuna dair kanıtlar vardır (Layard, 2006).

Zorlu (2006), çalışmasında alkol bağımlılığı ve majör depresyonun yüksek oranda birliktelik gösterdiğini, her hastalığın birbirini tetikleyebildiğini ve birbirinin prognozunu olumsuz yönde etkileyebildiğini belirtmiştir.

Öztürk (2004; akt. Özcan, 2009), madde kullanımıyla ilişkili özgül bir kişilik yapısının tanımlanamadığını belirtmekle birlikte sürekli olumsuz duygu durumu ve de uyarılmanın ve olumlu duygu durumunu arttırma isteğinin bu bağlamda üzerinde durulan özellikler olduğunu ifade etmektedir. Çakmak, Duran, Evren ve Cüneyt (2006; akt. Özcan, 2009), madde kullanımının, ya olumlu duygu durumunu arttırarak ya da olumsuzları azaltarak pekiştirici olduğunu belirtmektedir.

Depresyon ile ilgili olarak yapılan çalışmalar, (Swendsen, 2000), özellikle kannabis, hallüsinojen, amfetamin ve kokain kullanımı ilişkili bulunmaktadır (akt. Öz, 2001).

Duygudurum ve anksiyete bozukluklarını geliştiren risk faktörleri arasında ailesel psikiyatrik öykü geçmişi ve çocukluk çağı travması yer almaktadır (de Graaf, Bijl, Smit, Volleberg & Spiker, 2002).

Fobik kaygı bozukluğu

Panik bozukluğunun temel klinik özelliği, yineleyici, beklenmedik panik atakları olmasıdır. Atak aniden başlayıp genellikle on dakika içinde doruk noktasına ulaşmaktadır. Kişide tehlike beklentisi, sonunun geldiği duygusu ve kaçma dürtüsü görülebilmektedir (Gülpek, 2002).

Panik bozukluğu anksiyete bozuklukları arasında en sık görülen, kronik yada yineleyici seyreden, aileyi, sosyal ve işlevsel yeti yitimine neden olan bir bozukluktur ve klinikte en sık agorafobi ile birlikte görülür. Panik bozukluğu ve agorafobinin birlikte grup hastaların yaklaşık % 50'sinden fazlasını oluşturur. Komorbid tanılar panik bozukluğunun klinik görünümünü, tedavisini ve gidişini önemli ölçüde etkilemektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda panik bozukluğu olan kişilerin % 91'inin diğer psikiyatrik bozukluklarla komorbiditesinin bulunduğu; eş tanılar daha çok depresyon, somatizasyon bozukluğu ve diğer anksiyete bozukluklarından olduğu bildirilmektedir (Konkan, Yalçınkaya, Erkiran ve Erkmen, 2003).

Bayraktar ve Atalay (1997), panik bozukluğu olan hastaların bir bölümünün anksiyetelerini gidermek üzere “madde bağımlılığı” geliştirebileceklerini; buna karşılık alkol, barbitürat ve benzodiazepin yoksunluğunun panik atakla sonuçlanabileceğini belirtmektedir.

Agorafobi, “pazar yeri korkusu” anlamına gelen bir terimdir; bozukluk tipik olarak yalnız kalmaktan, kaçmanın zor olabileceği açık yerlerde bulunmaktan, kalabalığın arasında kalmaktan, otomobille seyahat etmekten ve tünel ya da köprüden geçmekten korkmak gibi çoklu ve yoğun korkuları içerdiği bilinmektedir (Morris, 2002).

Sosyal fobi, konuşurken, piyano çalarken veya yazı yazarken başkaları tarafından gözlenme korkusu duyan hastaları tanımlamak için ilk kez 1903’de Janet (phobias des situations sociales) tarafından kullanılmıştır (Dilbaz, 1997).

DSM III-R tanı ölçütlerine göre sosyal fobi, “başkaları tarafından değerlendirileceği bir veya birden çok durumdan sürekli ve gerçeğe uygun olmayan bir korku duyma ve bu durumdan kaçınma; utanç duyacağı ya da rezil olacağı biçimde davranabileceğinden korkma” olarak tanımlanmışsa da DSM-IV’teki (1994) tanı ölçütlerine “bireyin belirgin anksiyete belirtileri göstermesinden korkması” koşulu eklenmiştir (Dilbaz, 1997).

Sosyal fobi, çocukluk çağı ruhsal bozuklukları arasında en sık görülen kaygı bozukluğudur. Çocuk ve ergenlerin %1’inin sosyal fobi tanısı aldığı ve sosyal fobinin çoğunlukla ergenlik döneminde başladığı belirtilmektedir (Öztürk, 2005; akt. Karagün, 2008).

Sosyal fobinin eşlik ettiği hastalarda, panik bozukluğunun var olan belirtilerine benlik saygısı düşüklüğü, kendine yönelik olumsuz değerlendirme eğilimi, kişilerarası ilişkilerde aşırı duyarlı olma gibi özelliklerin eklenmesinin

depresyon riskini arttırdığından söz edilmiştir (Lenze ve diğer., 2000; Tükel, 1997; akt. Kavak, 2009).

Sosyal fobi, sosyal ilişkilerde bozulmalara yol açmakta, şiddetli alkol/madde kötüye kullanımı ve depresyon ile sonuçlanarak hastalarda önemli yeti yitimlerine sebep olmaktadır (İzgiç, Akyüz, Doğan ve Kuğu, 2000). Sosyal anksiyete ve kendilik saygısı tedavilerinde, kognitif bilişsel terapinin etkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Proudfoot et al., 1997; Della-Posta & Drummand, 2006).

Erkmen'e (1997) göre özgül fobi, toplumda fazla olan ancak klinik olarak az bulunan özel bir anksiyete bozukluğuna verilen addır ve bu bozukluk bazı nesnelere ve durumlara karşı olağan dışı korku ve bilinçli kaçınma ile ortaya çıkmaktadır.

Somatizasyon

Somatizasyon terimini ilk kez Stekel adında bir psikanalist kullanmıştır (Lipowski 1990; akt. Kesebir, 2004). Geleneksel psikanalitik görüşe göre somatik belirtiler, kabul edilemeyen dürtü ve isteklerin bilinç alanına çıkmasını engelleyen savunma araçlarıdır ve rahatsız edici duyguların inkarı, bastırılması ya da rasyonalizasyonu somatizasyonla sonuçlanmaktadır (Kellner 1990; akt. Kesebir, 2004).

Kesebir (2004), bazı bireylerin çocukluk çağı travmatik yaşantıları nedeniyle duygusal yaşantılarını söze dökme yeteneğinin kısıtlandığı belirtmiştir. Kleinman (1988; akt. Kesebir, 2004), aile üyelerinde bedensel hastalık ya da hastalık davranışlarının bulunması ve çocuğun bedensel yakınmalar yoluyla çevreden ilgi ve sevgi toplamaya ilişkin erken deneyimleri ve ikincil kazançların varlığının somatizasyonu destekleyen etkenler olduğunu; bu şekilde somatize eden bireyin kişisel ve kişilerarası sorunlarının bedensel belirtiler üzerinden iletilmesi ve tıbbi yardımın bedensel belirtiler yoluyla aranması biçiminde bir davranış özelliği gösterdiğini ifade etmektedir.

Chaturvedi ve Bhandari (1989; akt. Kesebir, 2004)' ye göre somatizasyon, bu yönüyle kültürel bir iletişim şekli ve davranış biçimidir ve somatik yakınmalarla başvuran olgular arasında gençlerin hastalık fobisi ve hastalıkla aşırı uğraş biçiminde bir hastalık davranışı sergilerken daha yaşlı olguların hastalıklarının ve yakınmalarının fiziksel bir nedeni olduğuna dair güçlü bir inanç beslemeleri biçiminde bir hastalık davranışı ortaya koyduklarını belirtmektedir.

Somatizasyon, çok sayıda fiziksel belirti, sağlık kurumlarına sık başvurma ve belirtilerin fiziksel veya biyokimyasal açıklaması için inatçı bir arayış gibi bir dizi davranış tanımlamakta kullanılan bir terim olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlamalardaki ortak görüş, hastanın dile getirdiği belirti veya tedavi arayışlarının, klinik olarak saptanan patolojik süreçle uyuşmayacak kadar aşırı olmasıdır (Henningsen ve diğer., 2005; akt. Özen, 2007).

Klinisyenler açısından zihin karıştırıcı olan, somatizasyon ile bir psikiyatrik tanı olarak somatizasyon bozukluğunun DSM-IV-TR'ye (American Psychiatric Association 2005) göre somatoform bozukluklar içinde yer alan farklı kavramlar olmasıdır. DSM-IV-TR'nin (American Psychiatric Association 2005) kesin tanı kriterleri nedeniyle somatizasyon bozukluğu aslında seyrek rastlanan bir durumdur; oysa daha hafif bir formu olan somatizasyon, genel toplumun yaklaşık %4'ünde görülür ve psikiyatrik bir tanı olmaktan çok, bireysel farklılıkların ön planda olduğu, yani psikolojik yönü ağır basan bir tablodur (Henningsen ve diğer., 2005; akt; Özen, 2007).

Bedensel yakınmaların ön planda olduğu ancak organik bir bozukluğun saptanamadığı rahatsızlık durumları yeni bir olgu olmamakla birlikte günümüzde bu durum "Somatizasyon" ve "Somatoform Bozukluklar" adı altında tanı sınıflandırmalarına girmiş ve ayrı bir hastalık birimi olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Oysa, somatizasyon, sözel anlatımın zorlaştığı, sakıncalı olduğu veya yetersiz kaldığı durumlarda, duyguların açıklanmasında dolaylı bir araç olup sözcüksüz iletişim görevini üstlenen bir iletişim yolu, bir anlatım biçimidir (Özen, 2007).

Kişilerarası duyarlık

Süre giden kişilerarası ilişkilerde öncelikle bireyin önemli değerlerine (ebeveynler, yakın arkadaş-akranlar, öğretmenler, romantik partnerler vb.) atfettikleri ve daha sonra önemli değerlerinin bireye sundukları çerçevesinde karşılıklı bir etkileşim söz konusu olmaktadır. Kişilerarası ilişkilerde duyarlılığa sahip bireyler için önemli değerlerinin sözel ya da sözel olmayan iletişim biçimleri, duyguları, düşünceleri ve davranışları oldukça önemlidir; çünkü kişilerarası ilişkilerinde duyarlı olan bireyler, ilişkilerinde diğer bireyler için çok da önemli olmayan problemlere kolaylıkla kırılabilen; sıradan ve çözülmesi oldukça basit sorunları büyüterek - içinden çıkılmaz bir hale dönüştürerek- ilişkinin ilerlemesine engel olan, hassas bireylerdir (Boyce & Mason, 1996; akt. Erözkan, 2005). Bu durum, değerleri tarafından algılanan ya da gerçek eleştirilme korkusu ve değerlerinin davranış ve ifadeleri hakkında artan kaygı ve değerlerinin tepkilerine ilişkin kontrollü davranmalar şeklinde sosyal geri bildirimde genel bir duyarlılık olarak tanımlanmaktadır. Kişilerarası duyarlılık; bir kişisel yetersizlik duygusu, sık sık değerlerinin davranışlarını yanlış yorumlama ve kişilerarası kaçınma, güvenli olmayan davranış gibi değerleri ile bir arada olunan ortamlarda huzursuzluk yaşanması ile belirmektedir (Boyce ve diğer., 1992; akt. Erözkan, 2005).

Kişilerarası ilişki biçimi, kişilerin birbirleriyle nasıl ilişki kurduğunu ve kişilerin değerleriyle ilişkilerinde kendilerini nasıl algıladığını tanımlar (Daffern, Howells & Ogloff, 2006). Uyumsuz kişilerarası ilişki biçimi, sıklıkla problemlili bir ilişki biçimini yansıtır (Blackburn & Renwick, 1996) ve kişilik bozukluklarının başlıca özelliğidir (Blackburn 1988; Blackburn & Glasgow, 2006; Wiggins & Pincus, 1989).

Kişilerarası ilişkiler son dönemlerde bireylerin yaşamlarında oldukça önemli bir yeri kapsamakta ve bu ilişkilerinde yaşadıkları problemler -örneğin değerleri tarafından kabul görmeme- bireylerin incinebilirlik düzeylerini artırmaktadır. Önemli değerleri (ebeveynler, yakın arkadaşlar, akranlar, romantik ilişki yaşanan kişiler vb.)

tarafından kabul edilmeme/reddedilme çeşitli problemlere de sebep olabilmektedir; çünkü tüm bireyler için kabul görme isteği diğer temel ihtiyaçlar kadar önemlidir. Reddedilme ise, zamanla reddedilme duyarlılığı ve depresyon, reddedilme duyarlılığı ve sosyal kaygı gibi bireylerin uyumlarını güçleştirici yaşantılara neden olabilen bir durumdur (Erözkan, 2007).

Bowlby (1969, 1973, 1980)'nin bağlanma kuramı, kişilerarası işlevsellik ile reddedilme arasında bir ilişkinin olduğunu gösteren önemli bir modeldir. Bowlby'e göre çocuklar zihinsel modellerini ve onların gelecek ilişkilerini etkileyen oluşumları kendi kendilerine geliştirirler. Bowlby'e göre çocukların ifade ettikleri ihtiyaçları ebeveynleri tarafından reddedilme ile karşılandığında çocuklar reddedilmeye duyarlı olurlar. Çocuklar bu durumda, önemli diğerleri tarafından destek aradıklarında muhtemelen reddedilmiş olacakları beklentisini geliştirir ve bu tür reddedilmeden kaçınmak için özellikle çaba harcamak gerektiğini öğrenirler. Algılanan reddedilme sonradan muhtemelen öfke ve düşmanlık, ümitsizlik, kıskançlık ve önemli diğerlerinin davranışlarını uygun olmayan bir biçimde kontrol etmeyi içeren duygusal ve davranışsal aşırı tepkilere dönüşür (akt. Erözkan, 2007). Benzer şekilde, ebeveyn madde bağımlılığı, ebeveyn tutumunu ve çocuğun aile algısını etkileyebilir (Olson, 1988). Bu durumda çocuk, ailesine karşı geliştirdiğini algısını, ileriki yaşlarında kişilerarası ilişki biçimine, diğer kişilere yönelik algılarına genelleylebilir. Bu çalışmalardaki çocukların çoğunda, ebeveynlerinin kendilerini kontrol ettiği ve reddettiği algısı olduğu ve çoğunluğunda da agresif ve asi tutumları olduğu bildirilmiştir (Jones & Prinz, 2005). Bu duygusal ve davranışsal aşırı tepkiler ise bireylerin kişilerarası ilişkilerde başarısız olmalarına neden olur. Downey, Lebolt ve O'shea (1995)'ya göre reddedilme duyarlılığı, kaygılı reddedilme beklentilerini de içine alan, yakın ergen/yetişkin ilişkilerinde -onların ebeveyn, öğretmen, arkadaş ve romantik partnerleri ile- zorluklar oluşturarak kişilerarası ilişkileri bozan bir süreçtir (akt. Erözkan, 2007).

Kaygı (Anksiyete)

Alkol kullanımına bağı bozukluklar ile birlikte en sık görülen tanılar; diğr madde kullanım bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu, affektif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarıdır (İnce ve diğr., 2002).

Anksiyete sözcüğü, sıkışma ve darlık anlamına gelen "angh" kökünden türetilmekle birlikte değışik kültür ve dillerde farklı anlamlar çağrıştırmaktadır. Türkçe'de "bun", "bunaltı", "can sıkıntısı" veya "hoş olmayan heyecansal bir endişe hali" olarak tanımlanabilir (Sürmeli, 1997).

Kaygının ölçülmesi konusunun literatüre yaklaşık 50 yıl önce girdiğı söylenebilir. 1951 yılında öğrenme psikologu Taylor'un gözkapağının hareketlerini koşullandırma yolu ile incelerken yaptığı bir deney sırasında bireyin kaygısını ölçmek zorunluluğı ortaya çıkınca Taylor, "Taylor Açık Kaygı Ölçeğı" geliştirmiştir. Cattel ve Scheier (1958), kaygının tanım ve ölçülmesi konusunda yaptıkları çok yönlü analizler sonucu "durumluk kaygı" ve "sürekli kaygı" olmak üzere iki kaygı türü saptamış ve bu faktörlere uygun bir kaygı ölçeğı geliştirmişlerdir (Bindak, 2005).

Sullivan, ilişkiler kuramında, anksiyetenin insan ilişkilerinin bir ürünü olduğunu, kökenini annenin çocuğa geçirdiğı anksiyeteden aldığını ve sonraki yaşamda güven duygusunu tehdit eden durumlarda tekrar belirlediğini belirtmektedir (Geçtan, 1974). Sullivan, özellikle ergenlik döneminde, ana- baba ya da diğr yetişkinlerin alaycı ve küçük düşürücü tutumlarının çocuğun üzerinde yıkıcı etkiler yaratacağını ifade etmektedir (Geçtan, 2004).

Horney (1945), ana-baba tutumları sonucu çocuklukta oluşmaya başlayan temel anksiyeteyi "düşman bir dünya içinde yalnızlık ve çaresizlik duygusu" olarak tanımlamaktadır. Temel anksiyetenin üç ögesinin çaresizlik, düşmanlık ve insanlardan soyutlanma duyguları olduğunu belirtmektedir (Geçtan, 2004).

Freud' a göre; ego süreli olarak

- Engellemeler ve dış dünyadan gelebilecek saldırılar
- İdin içgüdüsel ve gerçekdışı istemleri
- Süper egonun cezalandırılması

tehlikeleriyle karşı karşıya olduğundan bu tehlikelere karşı gerçeklik anksiyetesi, vicdani anksiyete ve nevrotik anksiyete olarak üç tür anksiyete geliştirilir (Geçtan, 2004). Anksiyete, fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu yapabilme ve yaşamı sürdürebilme işlevlerine katkıda bulunur; ancak anksiyete, “nevrotik anksiyete”de olduğu gibi gerçek dışı ve mantığa aykırı bir nitelik alırsa uyum işlevini yitirir ve normal dışı davranışların kökeni olur (Geçtan, 1974).

Paranoid düşünce

Hocaoğlu (2001) 'na göre paranoid semptomlar, ileri yetişkinlik döneminde daha sık görülmektedir. Bu noktada, yaşın ilerlemesi ile sayıları artan düş kırıklıkları, yeni olanakların sınırlanması ve yıllar boyunca paranoid eğilimlerini dengeleyebilen kişilerin bu kayıplarla baş etmede giderek zorlanmaya başlamalarının rolü olduğu düşünülmektedir. Paranoid bozuklukların cinsiyet yönünden dağılımı konusunda yeterli veri bulunmamakla birlikte kadınlarda biraz daha sık görüldüğü düşünülmektedir. Kolb (1968), paranoid bozukluk tanısı konulanların büyük çoğunluğunu hiç evlenmemiş kişilerin oluşturduğunu ve bu durumu eşcinsel yönelimlerin ve sürekli yaşanan hostile eğilimlerin varlığı ile açıklamıştır (akt. Hocaoğlu, 2001). Paranoid semptomların nedeni ve gelişmesi ile ilgili özgül psikodinamik kuramlar, bu kişilerin aşırı duyarlı oldukları ve karşıt tepki kurma, yansıtma ve yadsıma gibi savunma düzeneklerini kullandıkları üzerinde durmaktadır. Paranoid semptomların büyük çoğunluğunu perseküsyon sanrıları ve ondan daha az olarak alınma, grandiyöz, kıskançlık erotomanik, hak arama ve dinsel sanrılar oluşturduğu ileri sürülmektedir (Hocaoğlu, 2001).

Perseküsyon sanrılarındaki başlıca tema, kişinin kendisine karşı elbirliği ile çalışıldığı, aldatıldığı, gözetlendiği, zehirlendiği, iftira edildiği, taciz edildiği ya da uzun süreli amaçlarının peşinde koşarken engellendiği üzerinedir. Bu tip sanrılar olan kişiler çoğu zaman kızgın ve kırgındırlar ve kendilerine zarar verdiğini düşündükleri kişilere yönelik şiddete başvurabilecekleri ifade edilmektedir (Hocaoğlu, 2001).

Grandiöz sanrılar, kişinin kişisel öneminin abartılması biçiminde görülür ve primer olarak benlik saygısının eksikliğine dayanır; bu tip sanrıların bilinç dışı yetersizlik duyguları için bir kompansasyon sağladığı düşünülmektedir (Hocaoğlu, 2001).

Alınma (referans) sanrılarını ise çeşitli obje, olaylar veya insanların hasta için bireysel ve özel bir önemi olması ile ilgili düşünceleridir. Bu durumda hastaya göre, gazetede okunan bir makale veya televizyonda izlenen bir olay veya bir söz doğrudan kendisine yönelmektedir ya da kişi, komşularının ya da yakınlarının herhangi bir eylem ya da jestini kendisine yönelik özel bir şey anlatılmaya çalışıldığı biçimde algılayabilmektedir (Hocaoğlu, 2001).

Psikotizm

Psikoz sözcüğü ilk kez Ernst von Feuchtersleben tarafından 1845'te delilik ve maniye alternatif olarak kullanılmıştır. Sözcük Yunanca *psyche* ("zihin, ruh") ve *-osis* ("hastalıklı" veya "anormal durum") dan türemiştir (tr.wikipedia.org/wiki/Psikoz).

Psikoz belirtileri şöyle sıralanabilir (tr.wikipedia.org/wiki/Psikoz) :

- Düşünce bozukluğu - düşüncelerin belirli bir düzene oturtulamaması, karmaşık bir hale gelmesi bunun sonucu olarak konuşmada bozukluklar, dikkat toplamada sorunlar vb.
- Duygudurumda değişkenlik - belirli sebepler olmaksızın kişinin duygudurumunda değişiklikler olabilir, değişkenlik görülebilir. Örneğin

herhangi bir neden olmaksızın kişi çok üzülebileceği gibi yine bir neden yokken çok coşkulu olabilir.

- Delüzyonel inançlar - kişinin gerçek dışı düşünce ve inançlara sahip olması. Bu inançlar çok güçlü ve ısrarcı olabilir.
- Halüsinasyonlar - kişiler gerçekte var olmayan şeyleri görme, koklama, duyma veya koklama gibi duyu bozuklukları görülebilir.
- Kişilik değişikliği - kişinin kişiliğinde ve davranışlarında büyük değişiklikler olması.

Belirtiler bireyden bireye büyük oranda farklılık gösterir. Ayrıca bazı bireyler psikozla diğerlerinden daha yatkındırlar ve psikozun tipine ve arka planda yatan zihinsel hastalığa göre belirtiler ve yoğunlukları değişebilir. Örneğin duygu durum değişkenliği bipolar bozukluğun belirtisi olarak psikoz geçiren bir kişide daha yoğunken, halüsinasyonlar şizofreninin belirtisi olarak psikoz geçiren bir kişide daha yoğun olabilir (tr.wikipedia.org/wiki/Psikoz).

Psikoz, herhangi bir beyin zedelenmesi ya da bozukluğuna bağlı değilse fonksiyonel psikoz; beyin zedelenmesi, beyin tümörü ya da beynin çalışmasındaki aksaklıklardan doğan bir psikozsa organik psikoz olarak tanımlanır. Fonksiyonel psikozlardan en yaygın olanları, şizofreni ve psikotik duyuusal bozukluktur (Cüceloğlu, 1999).

Şizofreni en sık görülen psikotik bozukluk olmakla birlikte, şizofreni tanı ölçütlerini karşılamayan diğer psikotik bozukluklar: şizofreniform bozukluk, şizoaffektif bozukluk, sanrısız bozukluk ve kısa psikotik bozukluktur (Kaplan ve Sadock, 2004).

Madde kullanımının yol açtığı psikotik bozukluk tanısı, madde kullanımının yol açtığı psikotik belirtileri olan ve gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuş olan kişilere yöneliktir (Kaplan ve Sadock, 2004).

Hem şizofreni hem OKB için düşünce süreci, algı patolojisi ve klinik gidiş açısından örtüşmeler olabileceği ve bozukluğun birinden diğerine geçişin mümkün olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır (Yaryura- Tobias ve diğer., 1995; Özdemir, Tükel ve diğer., 2000; akt. Öztürk, 2003).

Şizofren hastalar maddeleri genellikle mutluluğu artırmak, depresyon, anksiyete ve apatiyi azaltmak için kullandıklarını belirtmektedirler (Akvardar, Tümüklü ve Alptekin, 2003).

Şizofreni ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda antisosyal kişilik bozukluğunun olması, madde kullanım bozukluğu seyrini olumsuz etkilemektedir; bu durumda madde kullanımına daha erken yaşta başlama, yüksek miktarda madde kullanımı ve daha ciddi sonuçlar görülmektedir. Bu hastalarda, ailelerinde madde kötüye kullanımı öyküsünün daha sık olduğu, daha şiddetli psikiyatrik belirtiler, kendine bakımda daha belirgin azalma, kendine ya da başkalarına yönelik agresyonun daha fazla olduğu bildirilmiştir (Akvardar, Tümüklü ve Alptekin, 2003).

Şizofreni hastalarında madde kötüye kullanımının bir dizi olumsuz sonuca neden olduğunu (örneğin; tedaviye uyumsuzluk, psikotik belirtilerde alevlenme ve hastaneye yatış sayısının artışı, yasal problemler, şiddet, evsizlik, HIV enfeksiyonu, aile çatışması gibi) bildiren çalışmalar mevcuttur (Mueser & Drake, 1998; Buckley , Thompson, Way & Meltzer, 1994; Soyka, 2000).

Gençlerde daha sık görülen psikoz ağır bir zihinsel hastalığın belirtisi olabilmektedir (tr.wikipedia.org/wiki/Psikoz). Psikotik belirtiler genellikle, bireylerin sosyal yaşama daha etkin olarak katılacağı geç ergenlik ve erken erişkinlik yaş dönemlerinde (genellikle 15 yaş sonrasında) ortaya çıkmakta ve belirtiler, kişisel ve toplumsal bir çok sorumluluğun aksamasına ya da yerine getirilememesine yol açmaktadır. Bu durum, kişinin çalışmasını, çevresindekilerle iletişim kurmasını, bağımsız bir yaşam sümesini güçleştirmektedir (Buchanan ve Carpenter 2005; akt. Binbay, 2009).

Bulgular ve yeni yayınlar, psikotik bozuklukların zamana ve mekana bağlı olarak genel toplumun öngörülenden daha fazla kesimini etkilediğini belirtmektedir ve psikotik bozukluklar, göreceli olarak toplumun küçük bir kesimini etkilerken sanrı ya da varsanılara benzeyen düşünce ve algılar ise genel nüfus içinde çok daha yaygın görülmektedir (Johns ve diğer., 2004, Kendler ve diğer., 1996, van Os ve diğer., 2000; akt. Binbay 2009). Bu nedenle psikozun “var ya da yok” şeklinde ikili bir kategorik olgu olarak değil de belirti şiddetinin farklılık gösterdiği bir süreklilik (continuum) içinde dağılım gösterdiğine dair görüş önem kazanmaktadır (Eaton ve diğer., 1991, van Os ve diğer., 2000, Johns ve van Os 2001; akt. Binbay 2009). Sürekliliğin bir ucunda hiçbir sanrı ya da varsanı benzeri yaşantısı olmayan bireyler bulunurken, diğer ucunda ise psikotik bozukluk hastaları; iki ucun arasında ise belirtileri farklı şiddetlerde yaşantılayan ama farklı klinik tanımlar alan ya da almayan kişiler bulunmaktadır (van Os ve Verdoux 2003; akt. Binbay 2009).

Kırpınar (2006), sanrılarının psikolojik bir uzlaşma olduğunu ve hastanın içsel bir kaos hissine karşı mücadele etmesine yardımcı olduğunu belirtmektedir. Kırpınar (2006)’a göre sanrılar, diğer düşünce içeriği kusurlarından sarsılmaz olmalarıyla ayrılmaktadır.

Madde kötüye kullanımının psikotik bozukluğa neden olup olmadığı sorusuna gelince; madde kötüye kullanımı ve madde kullanımına bağlı kısa psikotik ataklar arasındaki ilişki konusunda yeterli kanıt olduğu; ancak şizofreni gelişimindeki rolü hakkındaki kanıtların tutarlı olmadığı ileri sürülmektedir (Phillips & Johnson, 2001). Psikotik bozukluklarla madde kötüye kullanım arasındaki ilişkinin yönünün karmaşık görüldüğü; bu durumun madde kullanımının psikotik tablolara yol açabileceği ve psikotik hastalığı bulunan bireylerde de madde kullanımına bağlı alevlenmeler görülebileceği ile açıklanabileceği ileri sürülmektedir (Öğüt, 2006) .

Psikotik bozukluğa sebep olabilen maddeler arasında en sık kannabis maddesi ile ilgili çalışmalara rastlanmaktadır (Dankı ve diğer., 2005). Kullanıcı üzerinde psikotik etkiler gösterebilen psikoaktif maddelerden birisi de kokaindir ve

kokain kullanımının şizofren hastalarda psikotik belirtileri şiddetlendirdiği, hastanede kalma süresini uzattığı belirtilmektedir (Reid et al., 2004).

Ek Ölçek

Ek ölçek, suçluluk duygularıyla yeme ve uyku bozuklukları gibi genel zorlanma belirtilerini içermektedir (Dağ, 1991).

Yeme bozukluğu

Maner (2001), Anoreksiya nervozayı , kilo kaybetmeye yönelik, amaçlı ve istekli davranış biçimleri, kilo kaybı, beden ağırlığı ve yiyeceklerle aşırı uğraşı, özel yemek yeme biçimleri, kilo almaktan aşırı korku, beden imajı bozukluğu ve amenore ile karakterize olduğu şeklinde tanımlamakta ve hastaların yaklaşık yarısının bütün yiyecek alımını ileri derecede azaltarak kilo kaybettiği, bazılarının yoğun egzersiz yaptığı, diğer yarısının katı bir diyet uygulayıp ara sıra kontrolü kaybederek kusma davranışlarının ardından tıknırcasına yemek yediği, bazı hastaların ise küçük miktarda yemek yedikten sonra kustuğu şeklinde açıklamaktadır. Maner (2001)'a göre 30 yıllık süreç içerisinde anoreksiya nervoza hastalarının %25'i hayatlarını kaybetmekte, %25'i kronikleşmekte, bu hastaların yaklaşık %40'ı düzelmekte, geri kalanı hafif belirtilerle yaşamlarını sağlıklı bir biçimde sürdürmektedir ve yeme bozukluklarında mizaç, anksiyete ve madde kullanım bozukluğu prevalansı yüksektir.

Maner (2001), bulimiyada benzer koşullarda ve sürede, çoğu kişinin yediğinden daha fazla tıknırcasına yemek yeme eşliğinde yoğun olarak kontrolünü kaybetme duygusu olduğunu; bulimiyanın tıknırcasına yeme beden biçimi ve ağırlığı ile aşırı ilgilenen ve tıknırcasına sırasında aldığı kaloriyi kaybetmeye yönelik düzenli davranışları olan, görece normal ağırlıkta veya kilolu kişilerde görüldüğünde bulimia nervosa olarak değerlendirildiğini belirtmektedir.

Canat (1999)'a göre yeme bozuklukları, yeme davranışında ciddi bir bozulma ile karakterize olan bir klinik durumdur. Yeme bozukluklarının duygu

durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları gibi diğer psikopatolojilerle birlikte olabileceği son yıllarda dikkati çeken bir konudur (Kuruoğlu, 1995; Cinemre, 1999).

Yeme bozukluğu sıklığı bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artmakta ve bu artış özellikle ergenlik dönemindeki genç kızlarda görülmektedir (Büyükkal, 1995).

Bir çok araştırmacı, yeme bozuklukları ile bağımlılık arasında dolaylı bir ilişkinin olabileceğini belirtmektedir. Depresyonun yeme bozukluğunu doğrudan presipite etmesi, ya da cinsel travma gibi birçok etmenin etkisiyle patolojik yeme davranışının ortaya çıkmasının söz konusu olabileceği ortaya konmaktadır (Schuckit et al., 1996; Higuchi, Suzuki, Yamada, Parrish & Kono, 1993; Stern et al.,1992).

Yeme bozuklukları, % 90-95 oranında kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü ve toplumda da ender rastlandığı için kadınlar üzerinde yapılan çalışmalar ile araştırılmıştır (Kuruoğlu, 1995; Maner, 2001).

Maner (2001), yeme bozuklukları için özgün bir neden bilinmediğini; bu bozuklukların gelişimiyle ilgili çok yönlü açıklamalarla birlikte diyet yapma davranışının yeme bozukluğunun gelişimine yol açan ortak uyarıcı olduğunu; maladaptif yeme davranışının psikolojik ve fizyolojik pekiştiricilerinin temeldeki işlevi bozulmuş yeme bozukluğu davranışlarının döngüsünü devam ettirdiğini vurgulamaktadır.

Uyku bozukluğu

Şenol (2006), uykunun beyin işlevi ve psikoloji ile ilgili yaşamsal bir durum olduğunu; Stores (2001), uykuyla ilgili bir çok teorinin uykunun, fiziksel ve psikolojik düzenleme, enerjiyi koruma, duygu boşaltımı, beyin gelişimi ve bağışıklık sistemini de içeren biyolojik işlevlerin sürdürülmesi gibi fonksiyonlara sahip olduğunu belirtmektedir (akt. Seven, 2008).

Uyku sorunları, bir semptom olarak hemen her hastalıkta karşılaşılan ve yıllardır üzerinde durulan alanlardan birisi olarak göze çarpmaktadır. 2. Dünya Savaşı'ndan sonraki yıllarda gelişen teknolojinin katkısıyla önemli adımlar atıldığı ve yıllar içinde de çalışmaların “uyku tıbbı” başlığı adı altında toplanmaya başladığı anlaşılmaktadır. Uyku bozukluklarının DSM-IV'e göre sınıflandırılması şu şekildedir (DSM-IV, 1994; akt. Aydın ve Özgen, 1998):

Dissomnialar:

Primer insomnia

Primer hipersomnia

Narkolepsi

Solunumla ilişkili uyku bozukluğu

Sirkadiyen ritm bozukluğu

Başka türlü adlandırılmayan dissomnia

Parasomnialar :

Kabus bozukluğu

Uyku terörü bozukluğu

Uyurgezerlik bozukluğu

Başka türlü adlandırılmayan parasomnialar

Suçluluk

Klasik psikoanalitik kurama göre “suçluluk” benliğin id ve süperego arasındaki çatışmaları dengelemesine hizmet etmektedir.

Sosyal olarak yapılandırılmış, sosyal iletişim ile edinilen ve sosyal etkileşim ile ilişkili olan suçluluk duygusunun belirli bir hareket eğilimi ile ilgili olduğu ve dışa dönük, harekette bulunma hedefinde olduğu belirtilmektedir (Damka, 2009).

Leskela, Dieperink ve Thruas (2002; akt. Damka, 2009) kişinin suçluluğa yönelik içselleştirilmiş standartları temel alarak farklı düşünmesi, hissetmesi ya da davranması gerektiği inancına eşlik eden pişmanlık ve vicdan azabı gibi nahoş bir duygu olarak tanımlamaktadır. Damka (2009) 'ya göre suçluluk, kişinin "yanlış" veya "kötü" bir şey yaptığı inancını içermektedir ve bireyin suçluluk deneyimi, kişinin kötü biri olduğuna dair anlık düşünceleri içerebilmesine rağmen bu deneyim yaşandığında kişinin benlik kavramının ve kimliğinin sağlam kaldığı; dolayısıyla suçluluğun, utançtan daha az acılı olabileceği ve sıklıkla düzeltmeye götürebileceği ortaya konmaktadır.

Farrell ve Barrett'a (2006) göre çocuklar ve ergenler, erişkinlere göre daha az kişisel sorumluluk yaşamaktadırlar; ancak ergenlikle birlikte zarara ilişkin kişisel suçluluğu dikkate alma tutumlarında yükselme görülmektedir.

Erken çocukluk yıllarında ebeveyn-çocuk ilişkisi; empati, özgecilik (karşılık beklemeden ve bencilce olmayan şekilde yardımseverlik) , merhamet, saygı, adalet, dürüstlük, cömertlik, sadakat gibi ahlaki açıdan önemli değerlerin kazanımı ve suçluluk- utanç gibi duyguların gelişiminde de önemle vurgulanmaktadır (akt. Erdoğan ve diğer., 2010).

Duyguların, kültüre göre toplumsallaştığını ifade eden Kemper, içerisinde depresyonun da yer aldığı dört temel duygu olduğunu belirterek suçluluk duygusunu, toplumsallaşmış korku; utancı ise, toplumsallaşmış öfke olarak değerlendirmektedir (Lupton, 2002: 34; akt. Yaşar, 2007).

Suçluluk ve utanç duygularının birbirinden farklı olan bu özellikleri alkol bağımlılığı tedavi sürecinde de gözlenebilmektedir. Özellikle utanç duygularının alkol bağımlılarının tedavi sürecinde iyi anlaşılması gerektiği, inkar ve çekilme savunmalarının arkasında bu duyguların olabileceği yorumu yapılmaktadır (Kalyoncu ve diğer., 2002).

Suçluluğun özellikle doğu toplumlarında daha yaygın olduğu ileri sürülmüşse de bu savın nesneliliği ile ilgili çalışmalar bulunmamaktadır (Kalyoncu ve diğer., 2002).

İlgili Araştırmalar

Bu bölümde, denetimli serbestlik, madde kullanımı, ruh sağlığı, öfke, somatizasyon, obsesif- kompulsif, kişilerarası duyarlık, depresyon, kaygı, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikotizm ve ek ölçekle ilgili yurt dışında ve yurt içinde yapılan bazı araştırmalara yer verilmiştir.

Yurt Dışında Yapılan Bazı Çalışmalar

Denetimli Serbestlik

Türkiye ve dünya ölçeğinde yapılmış çeşitli çalışmaların, denetimli serbestlik görevlilerinin yoğun bir stresle baş etmek zorunda olduğunu belirttiği bilinmektedir (Slate ve diğer., 2000; akt. Kaleli, 2010).

Yine araştırma sonuçlarında, denetimli serbestlik yöneticilerinin daha fazla mesleki tatmine sahip olmasından ve daha az tükenmişlik belirtileri göstermesinden bahsedilmektedir (Slate ve diğer., 2000; akt. Kaleli, 2010).

Ruh sağlığı

Kanada'da ruhsal bozuklukların çocuklar ve ergenlerde yaşam boyu yaygınlığının % 13-18 olduğu tahmin edilmektedir. Bunlardan en yaygınlarının anksiyete bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu ve depresif bozukluklar olduğu ileri sürülmektedir (Costello, Mustillo, Erkanli, Keenler & Angold, 2003; Waddell, Offord, Shepherd, Hua & McEvan, 2002).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (2001) raporu, dünyada 450 milyon insanın mental bozukluklardan ya da davranış bozukluğundan; aynı zamanda 150 milyondan fazla insanın depresyondan; 25 milyon insanın şizofreniden ve 38 milyon insanın epilepsi ve alkol ya da madde bağımlılığından acı çektiğini ve her yıl yaklaşık 1 milyon insanın intihar girişiminde bulunduğunu ortaya koymaktadır (Afolayan, Riaz, Odo & Berefagha, 2011).

Madde kullanımı

Son yıllarda yapılan çalışmalar alkol ve madde kullanım bozukluklarına eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıkların görülme sıklığının fazlalığını ortaya koymaktadır (Merikangas ve diğer., 1996; akt. Karatay ve Kubilay, 2004).

Psikoaktif madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olan hastalardaki psikiyatrik bozukluk görülme sıklığının bağımlılığı olmayan hastalarda psikiyatrik bozukluk görülme sıklığından 2.7 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Ebert, Loosen & Nurcombe, 2003).

1994'de İngiltere'de (British Crime Survey) madde kullanımının kadınlara oranla erkeklerde iki kat fazla görüldüğü saptanmıştır. En sık kullanılan maddenin esrar olduğunu bildirilmektedir. Esrar kullanım oranının özellikle 30-59 yaş grubunu oluşturan bireylerde %15 oranında görüldüğü ve zaman içinde kullanım sıklığının daha erken yaşlarda görülmeye başladığı ve giderek arttığı bildirilmektedir. 16-29 yaş arasında bu oranın %45, bir başka deyişle erişkinlerden üç kat fazla olduğu saptanmıştır (Yüncü, Aydın, Coşkunol, Altıntoprak ve Bayram; 2006). 16-29 yaş arası bireylerde herhangi bir uyuşturucu maddenin en az bir kez kullanılma oranları sırasıyla amfetamin %14, uçucular %13, mantar hallüsinojenleri %10, LSD %9, ekstazi %6, kokain %3, eroin, krak kokain veya metadon %1 olarak tespit edilmiştir (Yüncü ve diğer., 2006).

Yaklaşık 29 ülkede 1995 yılında yürütülen ESPAD çalışmasının sonuçları incelendiğinde yaşam boyu en az bir kez esrar kullanım oranının %12 olduğu görülmektedir. Bu oran İngiltere de %41, İrlanda da %37, İtalya da %19, Danimarka

da %17, Ukrayna da %14, Polonya da %8, İsveç de %6, Finlandiya da %5, Norveç de %6, Türkiye de %4, Macaristan da %4 olarak saptanmıştır (Hibell, 1995).

Öfke

Boden, Fergusson ve Horwood (2007; akt. Kaleli, 2010)'a göre ergenlik dönemindeki kendine güven ile ileriki yaşam döneminde şiddet içeren suç işleme ve düşmanlık arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmalarında, 15 yaşında kendine güvenin düşük olması ile 18-21 ve 25 yaş döneminde şiddet içeren suç işleme ve diğer insanlara karşı yaşanan düşmanlık hissinin yüksek düzeyde olması arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Hayvan davranışı üzerine çalışanlar, bazı türlerde erkeğin daha saldırgan olduğunu ileri sürmektedir (Scott, 1958; akt. Bilgin, 2000). Bu nedenle saldırgan erkek hükümlülerin bazen tedavi amacıyla iğdiş edildikleri bildirilmektedir. ABD'de bu girişimlerin ilk kez İndiana hapisanesinde gerçekleştirildiği ifade edilmektedir (Le Marie, 1956; akt. Bilgin, 2000). İğdiş etmenin uysallaşma ve suç işleme oranlarında düşüş sağladığı bildirilmektedir (Johnson, 1972; akt. Bilgin, 2000).

Çocukluk agresyonuyla ilişkili olarak artan madde kullanım bozukluğu riski, birkaç boylamsal çalışmada ortaya konmaktadır (McCord, McCord & Gudeman, 1960; Kandel, Simcha-Fagan & Davies, 1986). Erkek çocuklardaki agresyon düzeyinin bu kişilerin yetişkin olduklarında işleyecekleri şiddet içeren suçların oranını tahmin edebilmeye katkısı olduğu ortaya konmaktadır (Henn, Bardwell & Jenkins, 1980). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, karşı gelme bozukluğu gibi yıkıcı davranış bozukluklarının çocukluk agresyonuyla yakından ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (Biederman, Newcan & Sprich, 1991). Çocuklarda bu bozukluğun görülmesinin, onların alkol ve madde bağımlılığına yakalanmaları açısından yüksek düzeyde bir risk faktörü oluşturduğu ileri sürülmektedir (Alterman ve diğer., 1982; Gittleman ve diğer., 1985).

Robins (1966), babanın antisosyal davranışı ile birlikte sosyo-ekonomik düzeyin düşük olmasının erkek çocukların agresif davranışını oldukça etkilediğini

belirtmektedir. Düşük sosyoekonomik düzeyin ayrıca, çocuklar ve ergenler arasındaki antisosyal ve agresif davranışlar ile özellikle çocuk suçluların şiddet içeren suçlarıyla ilişkili olduğu gösterilmektedir (Becker, Peterson, Luria, Shoemaker & Hellmer, 1962 ; Eliot, Huizinga & Ageton, 1985).

Dışa yansıyan öfkenin yanı sıra bastırılmış öfke ile depresyon arasında da anlamlı ilişkiler olduğu öne sürülmektedir. Baş ağrısı yakınmasıyla başvuran hastalarda özellikle içe yönelmiş öfke ile depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Tschannen ve diğer., 1992; akt. Türkçapar ve diğer., 2004).

Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan ulusal epidemiyolojik tarama (Epidemiologic Catchment Area=ECA) çalışmalarına göre OKB'nin toplumda yaşam boyu yaygınlığı %2-3; 6 aylık yaygınlığı ise %1-2 olarak saptanmıştır. Ergenlik ve genç erişkinlik dönemi (ortalama 20 yaş) bozukluğun en sık başladığı yaş grubunu oluşturmaktadır ve bozukluk kırk yaşından sonra nadiren başlar. Çocukluk döneminde gelişen OKB'de hastaların %75'ini erkek çocuklar (kız çocuklarına oranla erkek çocukluklarda 3-4 kat daha fazla) oluşturmaktadır. Oysa OKB, erişkinlerde her iki cinsiyette eşit sıklıkta görülmektedir (Beşiroğlu ve Ağargün, 2006).

Masellis ve arkadaşları (akt. Beşiroğlu ve diğer., 2007), hem obsesyonların, hem de depresif belirtilerin yaşam kalitesi üzerinde bağımsız etkilerinin olduğunu, kompulsiyonların ise ilişkili olmadığını; ancak hastaların %73'ünün cinsel yaşamlarında da sorunlar yaşandığını ve bu hastaların yaklaşık olarak yarısının cinsel yaşamlarındaki sorunların kaynağının obsesif kompulsif belirtiler olduğunu ortaya koymaktadır.

Baret ve arkadaşları (2002), OKB'li çocuğu olan ailelerin sıcak ve şefkatli davranışlarının daha az olduğunu ve olumlu problem çözme yöntemlerini daha az kullandıklarını; çocuklarına, onlara duydukları güveni yansıtmadıklarını

belirtmektedir. Dawood & Hamid (2003), OKB hastalarının aile yapılarına ve ebeveyn tutumlarına bakıldığında, OKB hastalarının yaygın olarak otoriter ebeveyn stiline sahip ebeveynlerin çocukları olduğunu ifade etmektedir.

Valleni –Basile ve arkadaşları (1995), cinsiyet, yaş, sosyoekonomik durum ile koruyucu ebeveyn tutumlarının, istenmeyen ya da arzu edilen yaşam olaylarının OKB'nin önemli belirleyicileri olmadığını; sadece aile bağlılığı ile OKB arasında ilişki olduğunu belirtmektedir.

Depresyon

Mahmood & Ijaz (2007), Pakistan'da kız öğrencilerle yaptıkları çalışmada, ebeveynlerinin davranış stili otoriter olan kız öğrencilerin depresyon, anksiyete ve engellenme toleransı arasında pozitif ilişki olduğunu ileri sürmektedir.

Duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları, ruh sağlığı problemlerinde geniş yer kaplamaktadır. Öyle ki popülasyonun % 20.8'i hayatında bir dönem duygu durum bozukluğu yaşarken % 28.8'inin bir dönem anksiyete bozukluğu yaşadığı ileri sürülmektedir (Kessler et al., 2005).

Fobik kaygı bozukluğu

ABD'de kadınlarda en yaygın, erkeklerde ise madde ile ilişkili bozukluklardan sonra ikinci en yaygın bozukluk olarak özgül fobilerin bulunduğu ileri sürülmektedir (Erkmen, 1997).

Somatizasyon

Somatizasyon, genel nüfusta yaygın olup, temel sağlık hizmetlerinde görülme oranlarının %20-30 arasında olduğu bildirilmektedir (Goldberg ve Bridges 1988; akt. Kesebir, 2004).

Kişilerarası duyarlık

Alkol ya da madde bağımlısı ebeveynlerin çocuklarının sosyal gelişimi ile ilgili yapılan çalışmalarda bu çocukların , normal kişilerarası ilişkileri sürdürmede zorluklar yaşayabileceği iddia edilmektedir (Fitzgerald et al., 1993; Kupermon et al., 1999).

Kaygı (Anksiyete)

Araştırmalar zihinsel veya bedensel engelli çocuğa sahip anne-babaların (özellikle annelerin) engelli çocuğa sahip olmayan anne-babalara göre daha çok stres altında olduklarını ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Esdaile ve diğer., 2003, Frey ve diğer., 1989, Glidden ve diğer., 2003, Hasting 2003, Macias ve diğer., 2003, Pelchat ve diğer., 1999, Ryde-Brandt 1990; akt. Uğuz, Toros, İnanç ve Çolakkadıoğlu, 2004).

Ekeland ve diğerleri (2005), fiziksel etkinliklerin çocuk ve ergenlerde benlik saygısı, depresyon, kaygı ve davranış sorunları üzerinde olumlu etkisinin olduğunu belirtmiştir (akt. Karakaya ve diğer., 2006).

Paranoid düşünce

Yapılan çalışmalarda, paranoid psikozlu hastaların yakınlarında paranoid kişilik yapısının daha fazla bulunduğu ileri sürülmektedir (Kendler, Gruenberg & Tsuang; 1985).

Psikotizm

Rosen, 30 şizofreni hastasının kayıtlarını incelediği çalışmada hastaların çoğunda psikozun başlangıcından yıllar önce, obsesif-kompulsif belirtilerin bulunduğunu ortaya koymaktadır (Wayne, 1986; akt. Kayahan, 2000).

Bir çok çalışmada, şizofren hastaların dörtte üçünden fazlasının sigara içtiği ve % 30-50 sinin alkol kötüye kullanım ve bağımlılığı ölçütlerini karşıladığı, diğer sık kullanılan iki maddenin esrar (%15-25) ve kokain (%5-10) olduğu belirtilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004).

Varsanı ya da sanrılara benzeyen yaşantıların yaşam boyu yaygınlığının % 5,3 ve sıklığının da % 3,1 olduğu bildirilmiştir (van Os ve diğer., 2009; akt. Binbay 2009).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalarda psikoaktif madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk gelişmesinin görülme sıklığının diğer psikotik bozukluk türlerine göre % 20-30 arasında değiştiği bildirilmektedir (Dankı ve diğer., 2005).

Rottanburg ve arkadaşları (1982) da kannabis kullanan ve kullanmayan psikotik hastaları araştırmışlardır. Bu çalışmada araştırmacılar, kannabis kullanan hastalarda hipomanik özelliklerin ve ajitasyonun daha fazla bulunduğunu, kannabis psikozu olan hastalarda işitsel varsanıların, duygulanımda düzleşmenin, anlamsız konuşmanın ve histerinin psikoaktif madde kullanımı olmayan psikotik bozukluk tanılı hastalara oranla daha az görüldüğü ifade etmektedir.

Ek Ölçek

Avrupa ve Amerika'da 1981-1989 yılları arasında bulimia nervosa sıklığına ilişkin 50 çalışma gözden geçirildiğinde, bulimia nervosanın ergen ve erişkin genç kadında görülme sıklığının % 1 olarak saptandığı bildirilmektedir. Kısmi yeme bozukluklarının toplumun genelinde daha sık olduğu ve genç kadınlarda yaklaşık %5-10 oranında görüldüğü ileri sürülmektedir (Maner, 2001).

Yurt İçinde Yapılan Bazı alışmalar

Denetimli Serbestlik

Denetimli Serbestlik ile ilgili çalışmalar ülkemizde sınırlı sayıdadır. Altıntoprak ve arkadaşları (2006, 2007), Ege Üniversitesi Bağımlılık Tedavi Birimi'ne başvuran denetimli serbestlik olgularını değerlendirdikleri çalışmada denetimli serbestlik uygulamasının madde bağımlılarının tedaviye alınabilmeleri için önemli bir olanak olduğunu; uygulamadaki aksaklıkların giderilmesinin uygulamanın etkinliğini arttırmada ve madde kullanımında caydırıcı bir etki oluşturmasında yardımcı olacağını belirtmektedir (akt. zcan, 2009).

Ruh sağlığı

Uzman hekimler, katıldıkları araştırmada, kendilerine başvuran hastaların %20'sinde ruhsal sorun olduğunu düşündüklerini; bu hastalara eşit oranlarda depresyon, anksiyete ve somatizasyon bozukluğu tanısı koyduklarını belirtmektedirler (zmen ve diğer., 2003).

Madde kullanımı

Kuğu ve diğerleri (2000) tarafından Sivas ili sanayi bölgesinde çalışan ıraklarla yapılan bir çalışmada, deneklerde madde kullanımının % 42.8, sigara kullanımının % 21.7, alkol kullanımının % 12 ve uçucu madde kullanımının % 9.1 oranında; davranım bozukluğunun % 8.5 ve depresyonun % 10.9 oranında olduğu saptanmıştır. Ayrıca davranım bozukluğu olan deneklerde madde kullanımının, olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

1998 yılında 15 ilde 15-17 yaş grubunda yapılan SAMAY isimli araştırmada ise, yaşam boyu madde kullanım yaygınlıklarının sırasıyla şöyle bulunduğu ileri sürülmektedir: Esrar %3.5, uçucu maddeler %8.6, sedatif hipnotik %3.2, eroin %1.6'dır (Ögel ve diğer., 2001). Yaşam boyu esrar kullanımının en sık grldğu iller İzmir (%4), İstanbul ve Diyarbakır (her biri %3.6), Muğla (%3.4), Antalya

(%3.2), Adana (%3.1) dir. Yaşam boyu esrar kullanımının en az görüldüğü illerin Malatya (%0.5), Sivas ve Van (%1.9) olduğu ileri sürülmektedir. Uçucu madde kullanımının en sık Muğla (%12.8), Kocaeli (%12.6), Sivas (%12.4), Eskişehir (%11.8), Antalya (%11.2) ve İzmir (%11.1)'de görüldüğü ileri sürülmektedir (Ögel, 2005).

2001 yılında 9 ayrı ilde 11.989 ilköğretim ve 12.270 ortaöğretim öğrencisi (10-12 ve 15-17 yaş grubu) ile yapılan araştırmada, ilköğretim grubunda yaşam boyu madde kullanım yaygınlıkları esrar için %0.4, uçucu madde için %3, diğer uyuşturucu ve uyarıcı maddeler içinse %0.4 olarak saptanmıştır (Ögel, ve diğer., 2004). Ortaöğretim öğrencilerinde bu oranlar esrar için %3, uçucu maddeler için %4.3, eroin için %2.1, ecstasy için 1.3 ve kokain içinse %1.2'dir. Özel okullarda okuyanlarda devlet okulunda okuyanlara göre esrar kullanım riskinin 2.6, uçucu madde kullanım riskinin 1.8, eroin kullanım riskinin 3.2, ecstasy kullanım riskinin 4 ve kokain kullanım riskinin 3.8 kat daha fazla olduğu ileri sürülmektedir (Ögel, 2005).

Üniversitelerde 1990 yılında İstanbul'da yapılan bir çalışmada sedatif ilaç kullanan öğrencilerin oranı %15, uyarıcı ilaç kullananlar (amfetamin vb) %2.6, esrar kullanım oranı ise %6 olarak saptanmıştır (Ekşi, 1990). Ankara'da üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada esrar ve eroin kullanımı %8, halüsinojen ve kokain kullanımı ise %5 olarak saptanmıştır (Yüksel, Dereboy ve Çifter, 1994).

1999-2000 öğretim yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada 2. dönemde eğitim alan 121 öğrencinin %11.7'sinin yasal olmayan madde kullanmayı düşündüğü, %6.7'sinin bir madde denediği ortaya konmaktadır (Akvardar, Aslan, Ekici, Ögün ve Şimşek, 2001). Selçuk Üniversitesi merkez kampüslerinde 2002 yılında 323 öğrenciyle yapılan araştırmada CIDI (Uluslararası Bileşik Tanı Çizelgesi) kullanılmış ve öğrenciler arasında madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı tanısı alan öğrenci olmadığı saptanmıştır (Kaya ve Çilli, 2002). Boğaziçi Üniversitesinde eğitim gören farklı sınıflardan seçilmiş 735 öğrenci ile 2005 yılında tamamlanan bir araştırmada yaşam boyu en az bir kez esrar

kullanımı %9.2, ecstasy kullanımı %2.7, uçucu madde kullanımı %1.2, eroin kullanımı %0.3, benzodiazepin kullanımı %3.4 ve flunitrazepam kullanımı %0.6, kokain kullanımı ise %0.4 olarak saptanmıştır (Taner, 2005).

Dünyada 2006 yılında madde kullanımı tanısı alan 1,6 milyon vaka bulunduğu; bu vakaların % 65'inin esrar, % 14'ünün afyon, % 9'unun kokain, % 2'sinin depresanlar, % 2'sinin ecstasy, % 5'inin amfetamin ve % 5'inin diğer maddeler olduğu belirtilmektedir. Dünyadakine benzer şekilde ülkemizde de çalışmalar yürütülmüştür (Özer, 1991; Ögel, 1996; Ögel, Tamar, Evren, Çakmak, 2001; Ögel ve diğer., 2001; Ögel ve diğer., 2003; Ögel ve diğer., 2004).

Madde kullanımı ile ilgili yapılan araştırmalarda, erkeklerde madde kullanım yaygınlığının, kadınlardaki madde kullanım yaygınlığına oranla daha fazla olduğu görülmektedir. Yüncü ve arkadaşları (2006; akt. Kaleli, 2010), çocuk ve ergenlere yönelik bir bağımlılık merkezine iki yıl süresince başvuran olguların sosyo-demografik verilerini değerlendirdikleri çalışmada olguların %88.5'inin erkek, %11.5'inin kız olduğunu ifade etmektedir.

Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne başvuran 985 kişiyle yürütülen, DS olgularının sosyodemografik özelliklerini ve madde kullanım özelliklerini araştıran bir çalışmada; olguların % 98,5'inin erkek olduğunun, % 58,9'unun 30 yaş ve altında olduğunun, % 52,6'sı bekar iken % 42,3'ünün evli olduğunun tespit edildiği belirtilmektedir (Parlar Ayşe, Ayer Ahmet, 2009; akt. Berk, 2010).

Özkan'ın (2009; akt. Berk, 2010) DS olguları ile yürüttüğü küçük örneklemlili (n=30) bir başka bir çalışmada da katılımcıların % 100'ünün erkek olduğu ve yaş ortalamasının ise $40,1 \pm 15,7$ olduğu saptanmıştır. % 73,3'ünün ilkokul mezunu olduğu bu örnekleimde, kişilerin % 60'ının evli olduğu ifade edilmiştir.

Öfke

Araştırmalar öfke duygusunun cinsiyete göre değiştiği belirtmektedir. Averill (1983; akt.Balkaya ve Şahin, 2003) öfkelenme sıklığı açısından kadınların, erkekler

kadar ve onlara benzer yoğunlukta ve benzer nedenlerle öfkelenildiğini belirtmektedir. Erkekler, kadınlara kıyasla öfke duygularını daha doğrudan ifade etmektedirler; kadınların ifade biçimi ise daha dolaylı olmaktadır (Lerner 1996, Sharkin 1993; akt. Balkaya ve Şahin, 2003). Öfke tepkilerinin yaşa göre azaldığını da tespit eden pek çok araştırma bulunmaktadır (Stoner ve Spencer 1987, Siegel 1986; akt. Balkaya ve Şahin, 2003).

Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk, psikiyatrik bozukluklar içinde fobiler, madde kullanımı ve duygulanım bozukluklarından sonra dördüncü sıklıkta görülmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda yaşam boyu yaygınlık oranının %2.5-6.2 arasında olduğu, 12 aylık yaygınlık oranının %0.5- 5.6 arasında olduğu saptanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre OKB, işlevselliği olumsuz yönde etkileyen fiziksel ve ruhsal hastalıklar arasında genelde onuncu sırada, 15-44 yaş arasındaki kadınlarda ise beşinci sırada yer almaktadır (Beşiroğlu ve diğer., 2007).

Bir çalışmada evli olan hastaların %25'inin cinsel obsesyonlar nedeniyle hiç cinsel ilişkiye giremediği bulunmuştur (Beşiroğlu ve diğer., 2007).

Depresyon

Ülkemizde 1991'den bu yana huzurevlerinde yapılan çalışmalarda depresyonun görülme sıklığının %10.2-58.3 arasında olduğu bildirilmiştir (Bahar, Tutkun ve Sertbaş, 2005). Spor ve fiziksel etkinliklerle stres, kaygı ve depresyon düzeyi arasında ters orantılı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca düzenli egzersiz yapan ergenlerin anne-babalarıyla daha az çatışma yaşadığı, daha az depresif belirti ve madde kullanımı tanımladığı, akademik başarılarının ortalamanın üstünde olduğu; bu etkinliklerin, çocuk ve ergenlerde benlik saygısı, depresyon, kaygı ve davranış sorunları üzerinde olumlu etkisinin olduğu ifade edilmektedir (Karakaya, Coşkun ve Ağaoğlu, 2006).

Majör depresyonun yaşam boyu gelişme olasılığı kadınlar için %10-25, erkekler için %5-12 arasında değişmektedir (Aydemir ve diğer., 2002).

Fobik kaygı bozukluğu

Agorafobi sıklığında, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte cinsiyetler arasında fark olduğu saptandığı, agorafobinin erkeklerde % 71.8, kadınlarda % 66.7 oranında bulunduğu görülmektedir. Turgeon ve arkadaşları (1998)'nin, fobik kaçınmaları değerlendirdikleri çalışmalarında, kadın ve erkek arasında sadece fobik kaçınma bulgularında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, agorafobinin diğer bileşenlerinde cinsiyetler arasında fark olmadığı saptanmıştır (Konkan ve diğer., 2003).

Sosyal fobinin yaşam boyu yaygınlığının % 0.5 – 22.6 arasında olduğu bilinmektedir; ancak araştırmacılara göre, sosyal fobi, toplumda daha sık görülmektedir (İzgiç ve diğer., 2000).

Ülkemizde, panik bozukluğu olan hastaların somatizasyon ve anksiyete puanlarının, sosyal fobilerde ise kişilerarası duyarlılık puanının diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tükel, Kızıltan, Demir ve Demir; 1998).

Somatizasyon

Erkeklerin depresif epizod sırasında ortaya çıkan çoğul somatik belirtilerden kadınlara göre iki kat daha fazla yakındığı ileri sürülmektedir (Koroğlu, 1998).

Kişilerarası duyarlık

Ev kadınları ve çalışan evli kadınların psikolojik belirtilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, ev kadınlarının kişilerarası duyarlılık ve somatizasyon puanlarının yüksek öğrenimli çalışan kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çilli, Kaya, Bodur, Özkan ve Kucur; 2004).

Kaygı (Anksiyete)

Mehmet'in (2001; akt. Damka, 2009) yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre şiddete maruz kalan kadınların şiddet sonrası çektikleri rahatsızlıklar nedensiz baş ağrısı (%34), nedensiz mide ağrısı (%46), ağlama krizleri (%44), intiharı düşünme (%44), depresyon (%44), sürekli bir yorgunluk (%58), endişe (%58), olayı unutmaya çalışma (%56), sık baygınlık geçirme (%58), uykusuzluk (%56), kendine güvensizlik (%54), gece kabusları (%50), suçluluk duygusu (%52), uyuşturucuya başvurma (%58), cinsel isteksizlik (%56), korku (%56), panik (%56), ölme isteği (%56) ve aşırı yeme (%54) olarak saptanmıştır.

Paranoid düşünce

Şizofreni hastalarının ailelerinde, özellikle hostilete, paranoid düşünce ve psikotizm puanlarının ileri derecede anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Yener ve diğer., 1991).

Psikotizm

Literatüre bakıldığında yüzyılın başlarında bazı klinisyenlerin obsesif-kompulsif fenomenlerle şizofreni arasında yakın bir ilişki olduğunu ve daha sonra yapılan çalışmalarda OKB olan hastaların %1-16 sının daha sonraki yıllarda şizofreni tanısı aldığı gözlemlendiği belirttikleri bildirilmektedir (Kayahan, 2000).

Yıldız ve arkadaşları (2002)'nin yaptıkları çalışmada, pratisyen hekimlerin psikotik bozukluğu olan hastalara karşı çok olumsuz tutumlar takınmadıklarını, ancak tedavilerinde pek istekli olmadıkları halde tanı ve tedavide kendilerini yeterli hissetmek için eğitim almaya istekli olduklarının gözlemlendiğini belirtmektedir (akt. Özmen ve diğer., 2003). Üçok ve arkadaşları (2001)'nin yaptıkları başka bir çalışmada ise şizofreni hastalarına yönelik ön yargıların genel pratisyenler başta olmak üzere psikiyatri çalışanları dışındaki hekimler arasında da yaygın olduğu, hekimlerin muayene ya da tedavi ettikleri kişinin şizofreni hastası olmasının mesleki uygulamalarını etkilemeyeceğini bildirmekle birlikte komşuluk, sosyal ilişkiler gibi

alanlarda ve hastayı potansiyel tehlike gibi görme konusunda ciddi sorunlar yaşadıklarının görüldüğü belirtilmektedir (akt. Özmen ve diğer., 2003).

Ek Ölçek

Büyükkal' ın (1995), 15-18 yaş arası 800 öğrencide yaptığı çalışmada % 3 oranında yeme bozukluğu saptanmış, bunların % 70'i BN olup, tümünün kız olduğu bildirilmiştir Yeşilbursa'nın (1990) ise 15-19 yaş arası 1978 öğrencide yaptığı çalışmada BN kızlarda % 4.3, erkeklerde % 0.6 oranında bulunduğu belirtilmektedir.

Hantaş, Maner, Erkıran, Turan ve Gökalp (2003) 'ın yeme bozuklukları ile ilgili yaptıkları çalışmada, alkol ve/veya madde bağımlılığı olan grupta aynı zamanda yeme bozukluklarının, depresif bozuklukların ve çocuklukta geçirilmiş cinsel travmanın daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır.

Sığınma evinde kalan şiddet mağduru kadınlarla yapılan çalışmada, travmaya bağlı suçluluk duygusu, intihar girişimi ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (Damka, 2009).

BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın modeli, evreni, örnekleme, veri toplama araçları ve verilerin analizine yönelik bilgilere yer verilmiştir.

Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, betimsel tarama modelinde bir araştırmadır.

Betimsel araştırma modeli, verilen bir durumu olabildiğince tam ve dikkatli şekilde tanımlar. Eğitim alanındaki araştırmada en yaygın betimsel yöntem tarama çalışmasıdır; çünkü araştırmacılar bireylerin, grupların ya da fiziksel ortamların (okul gibi) özelliklerini (yetenekler, tercihler, davranışlar, vb.) özetler. Etnografik ve tarihi yöntemler gibi yöntemler de yapıları bakımından betimseldir. Eğitim alanındaki betimsel çalışmalara verilecek örnekler; çeşitli öğrenci gruplarının başarılarını belirlemek; öğretmenlerin, yöneticilerin ya da danışmanların davranışlarını tanımlamak; ebeveynlerin tutumlarını ve okulun fiziki şartlarını tanımlamak olabilir. Olgunun tanımlanması tüm araştırma gayretlerinin başlangıç noktasıdır (Büyüköztürk ve diğer., 2009, s.21).

Evren ve Örneklem

Çalışma Evreni: Madde kullanan Denetimli Serbestlik hükümlüleridir.

Örnekleme: Nazilli Cumhuriyet Başsavcılığı Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlüğü'nde madde kullanımı sebebiyle haklarında denetimli serbestlik tedbiri bulunan 18-45 yaş arasındaki 100 hükümlüden oluşmuştur. Çalışmanın yapılabilmesi için Adalet Bakanlığı Ceza İnfaz Kurumları Genel Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır.

Katılımcıların yaş, medeni durum, anne- babanın öğrenim durumu, anne-baba tutumları, sosyoekonomik durumu algılayış, göç yaşantısı değişkenleri açısından dağılımları aşağıda verilmektedir. Toplam 100 katılımcı olduğu için frekans ve yüzde değerleri birbirine eşittir. Bu nedenle sadece yüzde değerleri üzerinden açıklamalar yapılmaktadır.

Tablo 1
Katılımcıların yaşlarına göre dağılımı

Yaş	n	%
18-22	14	14
23-34	67	67
35-45	19	19
TOPLAM	100	100

Tablo 1'de görüldüğü üzere katılımcıların % 67'si 23-34 yaş aralığında, % 19'u 35-45 yaş aralığında ve % 14'ü 18-22 yaş aralığındadır.

Tablo 2
Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımı

Medeni durum	n	%
Evli	32	32
Bekar	58	58
Boşanmış	10	10
TOPLAM	100	100

Tablo 2'de görüldüğü üzere katılımcıların % 58'si bekar, % 32'si evli ve % 10'u ise boşanmıştır.

Tablo 3
Katılımcıların annelerinin öğrenim durumuna göre dağılımı

Anne öğrenim durumu	n	%
Okur-yazar değil	41	41
İlkokul mezunu	47	47
Lise mezunu	12	12
TOPLAM	100	100

Tablo 3'te görüldüğü üzere katılımcıların annelerinin % 47'si ilkokul mezunudur. % 41'i ise okur yazar değilken % 12'si lise mezunudur.

Tablo 4
Katılımcıların babalarının öğrenim durumuna göre dağılımı

Baba öğrenim durumu	n	%
Okur-yazar değil	21	21
İlkokul mezunu	53	53
Lise mezunu	26	26
TOPLAM	100	100

Tablo 4'te görüldüğü üzere katılımcıların babalarının % 53'ü ilkokul mezunudur. % 26'sı lise mezunudur ve % 21'i okur-yazar değildir.

Tablo 5
Katılımcıların ebeveyn tutum algısına göre dağılımı

Ebeveyn tutumu	n	%
Koruyucu	72	72
Demokratik	16	16
İlgisiz	12	12
TOPLAM	100	100

Tablo 5'te görüldüğü üzere katılımcıların % 72'si koruyucu, % 16'sı demokratik ve % 12'si ilgisiz ebeveyn tutum algısına sahiptir.

Tablo 6
Katılımcıların sosyoekonomik düzeylerini algılamalarına göre dağılımı

Sosyoekonomik düzey algısı	n	%
Düşük	21	21
Orta	74	74
Yüksek	5	5
TOPLAM	100	100

Tablo 6'da görüldüğü üzere katılımcıların % 74'ü orta, % 21'i düşük ve % 5'i yüksek sosyoekonomik algıya sahiptir.

Tablo 7
Katılımcıların göç yaşantısına göre dağılımı

Göç yaşantısı	n	%
Var	41	41
Yok	59	59
TOPLAM	100	100

Tablo 7'de görüldüğü üzere katılımcıların % 59'unun göç yaşantısı yokken % 41'inin göç yaşantısı bulunmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama araçları olarak (SCL-90-R) Symptom Check List-90 Revised- Belirti Tarama Listesi ve Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır.

Uygulamaya başlamadan önce hükümlülere, çalışmanın amacı, gönüllülük esasına dayandığı ve gizlilik ilkesi çerçevesinde olduğu açıklanmıştır.

SCL-90-R

Bu araştırmada, madde kullanan denetimli serbestlik hükümlülerinin ruhsal durum düzeyleri açısından farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla SCL-90-R ölçeği kullanılmıştır (Bkz., Ek-1).

SCL-90-R, kendini değerlendirme türü bir psikiyatrik tarama aracı olup son şekline Derogatis (1977) tarafından getirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerliliğine ilişkin Fidaner ve Fidaner (1984) ve Dağ (1991) tarafından çalışmalar yapılmıştır. Ölçek psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 90 maddesi ile 9 ayrı belirti boyutunda (somatizasyon, obsesif kompulsif özellikler, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, paranoid düşünce, psikotizm, yeme ve uyku bozuklukları) değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır (Aksu ve Hocoğlu, 2004).

Ölçeğin geliştirilmesinde dört amaç belirtilmektedir (Dağ, 1991) :

1. Görünüşte “normal” kişilerdeki belirti düzeyini bulma
2. Belirti düzeylerindeki değişimleri değerlendirme
3. Klinik yordamalara (prediction) yardımcı olma
4. Psikiyatrik hastaları tanı gruplarına yerleştirmede kolaylık sağlama

Dağ'ın (1991) çalışmalarına göre, SCL-90-R'nin güvenilirliği ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda, ölçeğin psikiyatrik bir örnekleme uygulanması sonucu elde edilen iç tutarlılık katsayılarının alt ölçeklere göre .77 ile .90 arasında değiştiği; ölçeğin 1 hafta arayla uygulanması sonucu elde edilen test- tekrar test güvenilirlik katsayılarının alt ölçeklere göre .78 ile .90 arasında değiştiği bildirilmiştir.

SCL-90-R'nin geçerliğiyle ilgili olarak yapılan çalışma sonuçları ise bu testin genel olarak psikopatolojiyi ölçebileceği, fakat alt ölçeklerin birbirinden farklı psikiyatrik belirti gruplarını ayırt edemeyeceği; ancak bir bütün olarak “psikiyatrik

belirtiselliği” çok iyi gösterecek bir yapı geçerliğinin bulunduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Dağ 2000; akt; Özbay, Örsel, Akdemir ve Cinemre, 2002).

Deragotis ve Cleary (1977)’nin ölçeğin revizyonunu yaptıkları çalışmalarında 1002 psikiyatrik poliklinik hastası deneğin verilerine uyguladıkları faktör analizinde, toplam varyansın % 53’ünü açıklayan ve rasyonel yolla oluşturulan boyutların (alt ölçekleri) da yansıtan 9 faktör elde edildiği bildirilmiştir. Ancak daha sonra başka araştırmacılarca yapılan faktör analizi çalışmalarında bu sonuç desteklenmemiş ve genellikle ‘psikiyatrik yakınmalar’ adı verilebilen bir tek boyut elde edilmiştir. Ayrıca ölçeğin alt ölçeklerinin birbirleriyle .41 ile .74 korelasyonlar gösterdiği de bulunmuştur. Tüm bu sonuçlar ölçeğin yapı (construct) geçerliğinin bulunduğu şeklinde yorumlanmıştır (Dağ, 2000).

Ölçeğin alt ölçeklerinin benzer bazı klinik ölçeklerin ilgili alt ölçekleri ile .50’ler civarında korelasyon gösterdiği bildirilmiş ve bu sonuçlar ölçeğin her zaman ya da uyum (concurrent) geçerliğine esas kabul edilmiştir (Dağ, 2000).

SCL-90-R’nin puanlanması ise şu şekildedir: Ölçekte; her soruya hiç/çok az/orta derece/oldukça fazla/ileri derecede seçeneklerine uygun olarak yanıt verilmektedir. Her bir sorudan bu yanıtı göre 0 ile 4 arasında bir puan elde edilmektedir. SCL-90-R değerlendirilirken kendine ait bir hesaplama cetveli ile hesaplanmakta ve 1’in üstündeki değerler (+) olarak kabul edilmiştir. Daha sonra ölçekten üç ayrı genel puan hesaplanabilmektedir (genel belirti düzeyi, pozitif belirti toplamı, pozitif belirti düzeyi) (Çıgırkçı, 2007).

1. **Genel belirti düzeyi (Global Symptom Index/GSI):** Boş bırakılanlar hariç tüm maddelere yapılan derecelemelerin ortalamasıdır (0 ile 4 arasındadır) (Dağ, 2000).
2. **Pozitif belirti toplamı (Positive Symptom Total/PST):** ‘Hiç’ seçeneğiyle işaretlenenler hariç diğer maddelerin ham sayı toplamıdır (0 ile 90 arasındadır) (Dağ, 2000).
3. **Pozitif belirti düzeyi (Positive Symptom Distress Index/PSDI):** ‘Hiç’ olarak işaretlenenler haricindeki maddelerin dereceleme puanları toplamının PST’ye bölünmesiyle elde edilen ortalama değerdir (0 ile 4 arasındadır). Ölçeğin ayrıca

9 ayrı belirti grubunu yansıtan alt ölçekleri bulunmaktadır. Alt ölçek puanları da kapsadıkları maddelerin ağırlıklı puan ortalamalarından oluşmakta ve 0 ile 4 arasında bir değer alabilmektedir (Dağ, 2000).

Ölçek genel ortalama puanı olan GSI'deki artış bireydeki psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntının artışına işaret eder ve ölçeğin en iyi endeksidir. PST arttıkça, bireyin kendisinde ne kadar çeşitli psikiyatrik belirti algıladığını gösterir. PSDI'deki artış ise, bireyin kendisinde var olduğunu algıladığı belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlıklı ortalamasını gösterir (Dağ, 2000).

Kişisel Bilgi Formu

Bu formda örneklemeyle ilgili özellikleri saptamak amacıyla cinsiyet, yaş, medeni durum, anne- babanın öğrenim durumu, anne-baba tutumları, sosyoekonomik durumu algılayış, göç yaşantısı değişkenlerine yer verilmiştir (Bkz., Ek-2).

Verilerin Toplanması

Verileri toplamak amacıyla gerekli izin alındıktan sonra Nazilli Cumhuriyet Başsavcılığı Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlüğü'nde madde kullanımı sebebiyle denetimli serbestlik tedbiri bulunan 18-45 yaş arasındaki 100 hükümlüye SCL-90-R ölçeği uygulanmıştır. Uygulamaya başlamadan önce ölçeklerle ilgili yönergeler okunmuş ve uygulamayla ilgili bilgi verilmiştir.

Verilerin Analizi

Araştırmada, madde kullanan denetimli serbestlik hükümlülerinin bazı değişkenlere göre ruhsal durum düzeylerinin farklılaşp farklılaşmadığını incelemek amacıyla kişilere öncelikle bilgi formu verilip doldurulması istenmiş ve ardından amacı ve yönergeleri anlatılıp SCL-90-R ölçeği verilerek ölçeğin her bir maddesi için kendilerine uygun olan derecelemelerin işaretlenmesinin istediği anlatılmıştır.

Normallik Dağılımı

Araştırma verilerinin 50'den fazla olması durumunda Kolmogorov-Smirnov testi kullanılabilir. Verilere ilişkin P değeri incelendiğinde, tüm boyutlarda ($p < 0,05$) normallik varsayımı karşılanmadığı görülmektedir (Büyüköztürk, 2007). Bu nedenle araştırma verileri üzerinde nonparametrik istatistik tekniklerinden Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H testleri uygulanmıştır. Bağımsız değişkenin ikiden çok değer aldığı durumlarda Kruskal Wallis H testi uygulanmış, sonucunda anlamlı fark çıktığında, farkın kaynağının anlaşılması için ikili kombinasyonlarla Mann Whitney U testi uygulanmıştır. İlgili araştırma sonuçları Tablo 8'de verilmektedir.

Tablo 8
Normallik Analizi Sonuçları

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	Sd	İstatistik	Sd	İstatistik	Sd
Somatizasyon	,155	99	,000	,873	99	,000
Obsesif-kompulsif	,130	99	,000	,950	99	,001
Kişilerarası ilişkilerde duyarlılık	,124	99	,001	,943	99	,000
Depresyon	,131	99	,000	,908	99	,000
Kaygı	,163	99	,000	,826	99	,000
Düşmanlık	,154	99	,000	,881	99	,000
Fobik anksiyete	,213	99	,000	,768	99	,000
Paranoid düşünce	,141	99	,000	,923	99	,000
Psikotizm	,191	99	,000	,826	99	,000
Ek ölçek	,086	99	,070	,946	99	,000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Bu amaçla bu çalışmada, non-parametrik testlerden Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Verilerin çözümlenmesi için SPSS paket programının 17. sürümü kullanılmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR VE YORUMLAR

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen veriler, alt problemlerin sırasına göre tablolaştırılarak verilmiş ve yorumlanmıştır.

Yaşa göre katılımcıların SCL-90-R ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanların sıra ortalamalarına ilişkin değerler Tablo 9'da verilmektedir.

Tablo 9
Yaşa Göre Ruhsal Durum Düzeyleri

Değişkenler	Yaş	n	Sıra Ort.	Sd	χ^2	P	Anlamli fark
Somatizasyon	18-22	14	43,93	2	1,632	,442	
	23-34	67	50,09				
	35-45	19	56,79				
Obsesif-kompulsif	18-22	14	41,75	2	6,304	,043*	18-22<35-60 23-34<35-60
	23-34	67	48,28				
	35-45	19	64,79				
Kişilerarası duyarlık	18-22	14	40,61	2	8,172	,017*	18-22<35-60 23-34<35-60
	23-34	67	47,95				
	35-45	19	66,79				
Depresyon	18-22	14	40,04	2	6,932	,031*	18-22<35-60 23-34<35-60
	23-34	67	48,56				
	35-45	19	65,05				
Kaygı	18-22	14	38,43	2	6,511	,039*	18-22<35-60 23-34<35-60
	23-34	67	49,28				
	35-45	19	63,68				
Düşmanlık	18-22	14	43,14	2	2,315	,314	
	23-34	67	49,84				
	35-45	19	58,26				
Fobik kaygı	18-22	14	46,93	2	3,127	,209	
	23-34	67	48,31				
	35-45	19	60,84				
Paranoid düşünce	18-22	14	52,75	2	,371	,831	
	23-34	67	49,27				
	35-45	19	53,18				
Psikotizm	18-22	14	42,43	2	3,324	,190	
	23-34	67	49,45				
	35-45	19	60,16				
Ek ölçek	18-22	14	45,54	2	,694	,707	
	23-34	67	50,54				
	35-45	19	54,03				

*p< 0.05

Tablo 9'da görüldüğü üzere, katılımcıların yaşa göre obsesif kompulsif boyutunda ($\chi^2=6,304$; $p<0,05$), kişilerarası duyarlık boyutunda ($\chi^2=8,172$; $p<0,05$), depresyon boyutunda ($\chi^2=6,932$; $p<0,05$), kaygı boyutunda ($\chi^2=6,511$; $p<0,05$) sıra ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır. Obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlık, depresyon ve kaygı boyutlarının sıra ortalamaları incelendiğinde yaş düzeyi arttıkça sıra ortalamalarının arttığı anlaşılmaktadır. Mann Whitney U testi sonucuna göre 35-45 yaş düzeyindeki katılımcıların sıra ortalamalarının hem 18-22 hem de 23-34 yaş düzeyindeki katılımcıların sıra ortalamalarına göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Yaş düzeyine göre somatizasyon boyutunda ($\chi^2=1,632$; $p=,442$), düşmanlık boyutunda ($\chi^2=2,315$; $p=,314$), fobik kaygı boyutunda ($\chi^2=3,127$; $p=,209$), paranoid düşünce boyutunda ($\chi^2=,371$; $p=,831$), psikotizm boyutunda ($\chi^2=3,324$; $p=,190$) ve ek ölçek boyutunda ($\chi^2=,694$; $p=,707$) katılımcıların sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir.

Medeni duruma göre katılımcıların SCL-90-R ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanların sıra ortalamalarına ilişkin değerler Tablo 10'da verilmektedir.

Tablo 10
Medeni Duruma Göre Ruhsal Durum Düzeyleri

Değişkenler	Medeni durum	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p	Anlamlı fark
Somatizasyon	Evli	32	49,70	2	,039	0,98	
	Bekar	58	50,96				
	Boşanmış	10	50,40				
Obsesif-kompulsif	Evli	32	52,08	2	,265	0,88	
	Bekar	58	49,24				
	Boşanmış	10	52,75				
Kişilerarası duyarlık	Evli	32	55,25	2	1,864	,394	
	Bekar	58	47,14				
	Boşanmış	10	54,80				
Depresyon	Evli	32	54,38	2	1,543	,462	
	Bekar	58	47,46				
	Boşanmış	10	55,75				
Kaygı	Evli	32	49,63	2	,113	,945	
	Bekar	58	50,53				
	Boşanmış	10	53,15				
Düşmanlık	Evli	32	49,08	2	,129	,938	
	Bekar	58	50,99				
	Boşanmış	10	52,20				
Fobik kaygı	Evli	32	52,92	2	,709	,702	
	Bekar	58	48,49				
	Boşanmış	10	54,40				
Paranoid düşünce	Evli	32	49,53	2	,220	,896	
	Bekar	58	50,36				
	Boşanmış	10	54,40				
Psikotizm	Evli	32	48,61	2	,206	,902	
	Bekar	58	51,47				
	Boşanmış	10	50,90				
Ek ölçek	Evli	32	50,30	2	,041	,980	
	Bekar	58	50,31				
	Boşanmış	10	52,25				

*p< 0.05

Tablo 10'da görüldüğü üzere, katılımcıların medeni duruma göre somatizasyon boyutunda ($\chi^2=,039$; $p=,981$), obsesif kompulsif boyutunda ($\chi^2=,265$; $p=,876$), kişilerarası duyarlılık boyutunda ($\chi^2=1,864$; $p=,394$), depresyon boyutunda ($\chi^2=1,543$; $p=,462$), kaygı boyutunda ($\chi^2=,113$; $p=,945$), düşmanlık boyutunda ($\chi^2=,129$; $p=,938$), fobik kaygı boyutunda ($\chi^2=,709$; $p=,702$), paranoid düşünce boyutunda ($\chi^2=,220$; $p=,896$), psikotizm boyutunda ($\chi^2=,206$; $p=,902$) ve ek ölçek boyutunda ($\chi^2=,041$; $p=,980$) sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir.

Anne eğitim durumuna göre katılımcıların SCL-90-R ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanların sıra ortalamalarına ilişkin değerler Tablo 11'de verilmektedir.

Tablo 11
Anne Eğitim Durumuna Göre Ruhsal Durum Düzeyleri

Değişkenler	Anne eğitim durumu	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p	Anlamlı fark
Somatizasyon	Okur yazar değil	41	50,46	2	,245	0,89	
	İlkokul	47	51,47				
	Lise	12	46,83				
Obsesif-kompulsif	Okur yazar değil	41	51,51	2	,085	0,96	
	İlkokul	47	49,76				
	Lise	12	49,96				
Kişilerarası duyarlık	Okur yazar değil	41	52,07	2	2,059	,357	
	İlkokul	47	52,00				
	Lise	12	39,25				
Depresyon	Okur yazar değil	41	53,22	2	1,419	,492	
	İlkokul	47	50,32				
	Lise	12	41,92				
Kaygı	Okur yazar değil	41	48,99	2	,896	,639	
	İlkokul	47	53,15				
	Lise	12	45,29				
Düşmanlık	Okur yazar değil	41	52,39	2	,346	,841	
	İlkokul	47	48,77				
	Lise	12	50,83				
Fobik kaygı	Okur yazar değil	41	51,54	2	,937	,626	
	İlkokul	47	51,50				
	Lise	12	43,04				
Paranoid düşünce	Okur yazar değil	41	48,82	2	1,953	,377	
	İlkokul	47	49,18				
	Lise	12	61,42				
Psikotizm	Okur yazar değil	41	52,45	2	,612	,736	
	İlkokul	47	50,17				
	Lise	12	45,13				
Ek ölçek	Okur yazar değil	41	53,15	2	,582	,747	
	İlkokul	47	48,59				
	Lise	12	48,96				

*p< 0.05

Tablo 11'de görüldüğü üzere, katılımcıların anne eğitim durumuna göre somatizasyon boyutunda ($x^2=,245$; $p=,885$), obsesif kompulsif boyutunda ($x^2=,085$; $p=,958$), kişilerarası duyarlılık boyutunda ($x^2=2,059$; $p=,357$), depresyon boyutunda ($x^2=1,419$; $p=,492$), kaygı boyutunda ($x^2=,896$; $p=,639$), düşmanlık boyutunda ($x^2=,346$; $p=,841$), fobik kaygı boyutunda ($x^2=,937$; $p=,626$), paranoid düşünce boyutunda ($x^2=1,953$; $p=,377$), psikotizm boyutunda ($x^2=,612$; $p=,736$) ve ek ölçek boyutunda ($x^2=,582$; $p=,747$) sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir.

Baba eğitim durumuna göre katılımcıların SCL-90-R ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanların sıra ortalamalarına ilişkin değerler Tablo 12'de verilmektedir.

Tablo 12
Baba Eğitim Durumuna Göre Ruhsal Durum Düzeyleri

Değişkenler	Baba eğitim durumu	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	P	Anlamli fark
Somatizasyon	Okur yazar değil	21	53,00	2	1,052	,591	
	İlkokul	53	51,94				
	Lise	26	45,54				
Obsesif-kompulsif	Okur yazar değil	21	56,98	2	3,371	,185	
	İlkokul	53	52,04				
	Lise	26	42,13				
Kişilerarası duyarlık	Okur yazar değil	21	56,12	2	5,994	,050*	Lise<okur yazar değil Lise<ilkokul
	İlkokul	53	54,10				
	Lise	26	38,62				
Depresyon	Okur yazar değil	21	54,43	2	4,794	,091	
	İlkokul	53	54,19				
	Lise	26	39,81				
Kaygı	Okur yazar değil	21	51,64	2	4,523	,104	
	İlkokul	53	55,02				
	Lise	26	40,37				
Düşmanlık	Okur yazar değil	21	54,90	2	1,985	,371	
	İlkokul	53	51,99				
	Lise	26	43,90				
Fobik kaygı	Okur yazar değil	21	56,38	2	2,705	,259	
	İlkokul	53	51,75				
	Lise	26	43,21				
Paranoid düşünce	Okur yazar değil	21	47,36	2	,380	,827	
	İlkokul	53	51,92				
	Lise	26	50,15				
Psikotizm	Okur yazar değil	21	54,67	2	4,265	,119	
	İlkokul	53	53,76				
	Lise	26	40,48				
Ek ölçek	Okur yazar değil	21	52,17	2	1,390	,499	
	İlkokul	53	52,66				
	Lise	26	44,75				

*p< 0.05

Tablo 12’de görüldüğü üzere, katılımcıların baba eğitim durumuna göre kişilerarası duyarlık boyutunda sıra ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır ($\chi^2=5,994$; $p<0,05$). Sıra ortalamaları incelendiğinde babanın eğitim düzeyi arttıkça, kişilerarası duyarlık düzeylerinin azaldığı anlaşılmaktadır. Mann Whitney U testi sonucuna göre baba eğitim durumu “lise” olan katılımcıların sıra ortalamalarının , baba eğitim durumu “okur yazar değil” ve “ilkokul” olan katılımcıların sıra ortalamalarına göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Baba eğitim durumuna göre somatizasyon boyutunda ($\chi^2=1,052$; $p=,591$), obsesif kompulsif boyutunda ($\chi^2=3,371$; $p=,958$), depresyon boyutunda ($\chi^2=4,794$; $p=,091$), kaygı boyutunda ($\chi^2=4,523$; $p=,104$), düşmanlık boyutunda ($\chi^2=1,985$; $p=,371$), fobik kaygı boyutunda ($\chi^2=2,705$; $p=,259$), paranoid düşünce boyutunda ($\chi^2=,380$; $p=,827$), psikotizm boyutunda ($\chi^2=4,265$; $p=,119$) ve ek ölçek boyutunda ($\chi^2=1,390$; $p=,499$) katılımcıların sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir.

Ebeveynlerinin tutumlarını algılamalarına göre katılımcıların SCL-90-R ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanların sıra ortalamalarına ilişkin değerler Tablo 13’te verilmektedir.

Tablo 13
Ebeveyn Tutumlarını Algılamalarına Göre Ruhsal Durum Düzeyleri

Değişkenler	Ebeveyn tutum algısı	n	Sıra Ort.	Sd	χ^2	p	Anlamlı fark
Somatizasyon	Koruyucu	72	49,08	2	,765	,682	
	Demokratik	16	52,31				
	İlgisiz	12	56,58				
Obsesif-kompulsif	Koruyucu	72	50,98	2	1,396	,498	
	Demokratik	16	43,81				
	İlgisiz	12	56,54				
Kişilerarası duyarlık	Koruyucu	72	50,47	2	5,144	,076	
	Demokratik	16	39,84				
	İlgisiz	12	64,92				
Depresyon	Koruyucu	72	50,40	2	1,940	,379	
	Demokratik	16	44,16				
	İlgisiz	12	59,54				
Kaygı	Koruyucu	72	49,42	2	3,809	,149	
	Demokratik	16	44,50				
	İlgisiz	12	65,00				
Düşmanlık	Koruyucu	72	49,08	2	2,898	,235	
	Demokratik	16	47,03				
	İlgisiz	12	63,67				
Fobik kaygı	Koruyucu	72	51,38	2	2,991	,224	
	Demokratik	16	40,53				
	İlgisiz	12	58,54				
Paranoid düşünce	Koruyucu	72	50,88	2	2,555	,279	
	Demokratik	16	42,03				
	İlgisiz	12	59,50				
Psikotizm	Koruyucu	72	50,61	2	,113	,945	
	Demokratik	16	48,66				
	İlgisiz	12	52,29				
Ek ölçek	Koruyucu	72	51,65	2	2,064	,356	
	Demokratik	16	41,44				
	İlgisiz	12	55,67				

*p< 0.05

Tablo 13'te görüldüğü üzere, katılımcıların ebeveynlerinin tutumlarını algılamalarına göre somatizasyon boyutunda ($\chi^2=,765$; $p=,682$), obsesif kompulsif boyutunda ($\chi^2=1,396$; $p=,498$), kişilerarası duyarlık boyutunda ($\chi^2=5,144$; $p=,076$),

depresyon boyutunda ($x^2=1,940$; $p=,379$), kaygı boyutunda ($x^2=3,809$; $p=,149$), düşmanlık boyutunda ($x^2=2,898$; $p=,235$), fobik kaygı boyutunda ($x^2=2,991$; $p=,224$), paranoid düşünce boyutunda ($x^2=2,555$; $p=,279$), psikotizm boyutunda ($x^2=,113$; $p=,945$) ve ek ölçek boyutunda ($x^2=2,064$; $p=,356$) sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir.

Sosyoekonomik düzey algılarına göre katılımcıların SCL-90-R ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanların sıra ortalamalarına ilişkin değerler Tablo 14'te verilmektedir.

Tablo 14
Sosyoekonomik Düzey Algısına Göre Ruhsal Durum Düzeyi

Değişkenler	Sosyoekonomik düzey algısı	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	P	Anlamlı fark
Somatizasyon	Düşük	21	56,31	2	2,059	,357	
	Orta	74	49,80				
	Yüksek	5	36,50				
Obsesif-kompulsif	Düşük	21	59,60	2	4,895	,087	
	Orta	74	49,36				
	Yüksek	5	29,20				
Kişilerarası duyarlık	Düşük	21	66,07	2	11,787	,003*	Yüksek<Düşük Orta<Düşük
	Orta	74	48,07				
	Yüksek	5	21,00				
Depresyon	Düşük	21	65,17	2	8,957	,011*	Yüksek<Düşük Orta<Düşük
	Orta	74	47,84				
	Yüksek	5	28,30				
Kaygı	Düşük	21	57,40	2	1,622	,444	
	Orta	74	48,94				
	Yüksek	5	44,60				
Düşmanlık	Düşük	21	54,12	2	1,011	,603	
	Orta	74	50,19				
	Yüksek	5	39,90				
Fobik kaygı	Düşük	21	59,48	2	3,490	,175	
	Orta	74	48,88				
	Yüksek	5	36,80				
Paranoid düşünce	Düşük	21	55,57	2	1,278	,528	
	Orta	74	49,72				
	Yüksek	5	40,70				
Psikotizm	Düşük	21	63,55	2	5,483	,064	
	Orta	74	47,18				
	Yüksek	5	44,90				
Ek ölçek	Düşük	21	62,40	2	5,433	,066	
	Orta	74	48,16				
	Yüksek	5	35,20				

*p< 0.05

Tablo 14’te görüldüğü üzere, katılımcıların sosyoekonomik düzey algılarına göre, kişilerarası duyarlık boyutunda ($\chi^2=11,787$; $p<0,05$) ve depresyon boyutunda ($\chi^2=8,957$; $p<0,05$) sıra ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır. Sıra ortalamaları incelendiğinde sosyoekonomik düzey algısı arttıkça, sıra ortalamalarının önemli ölçüde azaldığı anlaşılmaktadır. Mann Whitney U testi sonucuna göre sosyoekonomik düzey algısı “düşük” olan katılımcıların sıra ortalamalarının ,sosyoekonomik düzey algısı hem “orta” hem de “yüksek” olan katılımcıların sıra ortalamalarına göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Sosyoekonomik düzey algısına göre somatizasyon boyutunda ($\chi^2=2,059$; $p=,357$), obsesif kompulsif boyutunda ($\chi^2=4,895$; $p=,087$), kaygı boyutunda ($\chi^2=1,622$; $p=,444$), düşmanlık boyutunda ($\chi^2=1,011$; $p=,603$), fobik kaygı boyutunda ($\chi^2=3,490$; $p=,175$), paranoid düşünce boyutunda ($\chi^2=1,278$; $p=,528$), psikotizm boyutunda ($\chi^2=5,483$; $p=,064$) ve ek ölçek boyutunda ($\chi^2=5,433$; $p=,066$) katılımcıların sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir.

Göç yaşantısına göre katılımcıların SCL-90-R ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanların sıra ortalamalarına ilişkin değerler Tablo 15’ te verilmektedir.

Tablo 15
Göç Yaşantısına Göre Ruhsal Durum Düzeyi

Değişkenler	Göç yaşantısı	n	Sıra ort.	Sıra top.	U	P
Somatizasyon	Var	41	52,99	2172,50	1107,500	,474
	Yok	59	48,77	2877,50		
Obsesif-kompulsif	Var	41	50,52	2071,50	1208,500	,994
	Yok	59	50,48	2978,50		
Kişilerarası duyarlık	Var	41	54,45	2232,50	1047,500	,255
	Yok	59	47,75	2817,50		
Depresyon	Var	41	53,46	2192,00	1088,000	,393
	Yok	59	48,44	2858,00		
Kaygı	Var	41	54,76	2245,00	1035,000	,220
	Yok	59	47,54	2805,00		
Düşmanlık	Var	41	54,22	2223,00	1057,000	,283
	Yok	59	47,92	2827,00		
Fobik kaygı	Var	41	54,22	2223,00	1050,000	,254
	Yok	59	47,92	2827,00		
Paranoid düşünce	Var	41	47,38	1942,50	1081,500	,367
	Yok	59	52,67	3107,50		
Psikotizm	Var	41	51,04	2092,50	1187,500	,877
	Yok	59	50,13	2957,50		
Ek ölçek	Var	41	50,06	2052,50	1191,500	,899
	Yok	59	50,81	2997,50		

*p< 0.05

Tablo 15'te görüldüğü üzere, katılımcıların somatizasyon boyutunda (U=1107,500; p=,474), obsesif kompulsif boyutunda (U=1208,500; p=,994), kişilerarası duyarlık boyutunda (U=1047,500; p=,255), depresyon boyutunda (U=1088,000; p=,393), kaygı boyutunda (U=1035,000; p=,220), düşmanlık boyutunda (U=1057,000; p=,283), fobik kaygı boyutunda (U=1050,000; p=,254), paranoid düşünce boyutunda (U=1081,500; p=,367), psikotizm boyutunda (U=1187,500; p=,877) ve ek ölçek boyutunda (U=1191,500; p=,899) göç yaşantısına göre sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

BÖLÜM V

SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu bölümde madde kullanan hükümlülerin ruhsal durum düzeylerinin yaş, medeni durum, sosyoekonomik düzey algısı, ebeveyn tutum algısı, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu ve göç yaşantısına göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin elde edilen bulgular tartışılmaktadır. Ayrıca konuyla ilgili öneriler sunulmuştur.

Sonuçlar

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar şu şekilde sıralanmıştır:

1. Yaşa göre obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlık, depresyon ve kaygı boyutlarında sıra ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır. Bu sonuca göre, yaş düzeyi arttıkça ilgili boyutlardaki bozuklukların arttığı anlaşılmaktadır.
2. Medeni duruma göre, ölçülen hiçbir alt boyutta (somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlık, depresyon, kaygı, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikotizm, ek ölçek) sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir. Medeni durumun bu örneklemede bozukluklar üzerinde etkili bir değişken olmadığı saptanmıştır.
3. Anne eğitim durumuna göre, ölçülen hiçbir alt boyutta (somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlık, depresyon, kaygı, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikotizm, ek ölçek) sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir.

Anne eğitim durumunun bu örnekleme bozukluklar üzerinde etkili bir değişken olmadığı saptanmıştır.

4. Baba eğitim durumuna göre, kişilerarası duyarlık boyutunda sıra ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır. Bu sonuca göre, babanın eğitim seviyesi azaldıkça kişilerarası duyarlık düzeyinin yükseldiği anlaşılmaktadır.
5. Ebeveyn tutum algısına göre, ölçülen hiçbir alt boyutta (somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlık, depresyon, kaygı, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikotizm, ek ölçek) sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir. Bu örneklemin, ebeveynlerinin tutumlarını algılamasının bozukluklar üzerinde etkili bir değişken olmadığı saptanmıştır.
6. Sosyoekonomik düzey algısına göre, kişilerarası duyarlık ve depresyon boyutunda sıra ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır. Bu sonuca göre, sosyoekonomik düzey algısı azaldıkça kişilerarası duyarlık ve depresyon düzeylerinin arttığı anlaşılmaktadır.
7. Göç yaşantısının varlığına göre, ölçülen hiçbir alt boyutta (somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlık, depresyon, kaygı, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikotizm, ek ölçek) sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir. Göç yaşantısının bu örnekleme etkili bir değişken olmadığı saptanmıştır.

Tartışma

Bu araştırmada ilk olarak madde kullanan hükümlülerin ruhsal durum düzeylerinin yaşa göre farklılık gösterip göstermediği incelenmektedir. Bulgular, yaşa göre obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlık, depresyon ve kaygı boyutunda madde kullanan hükümlülerin puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığını göstermektedir. Buna göre tüm alt boyutlarda 35-45 yaş arasında olan katılımcıların puanlarının 23-34 yaş arasında olan katılımcıların puanlarından ve 23-34 yaş arasında olan katılımcıların puanlarının da 18-22 yaş arasında olan katılımcıların puanlarından yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuç, madde kullanan 35-45 yaş

arasında olan hükümlülerin obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlık, depresyon ve kaygı düzeylerinin, madde kullanan 23-34 ve 18-22 yaş arasında olan hükümlülerin obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlık, depresyon ve kaygı düzeylerinden yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Kaygıların dinmesi, mutlu olabilme duygusu, depresyon giderilmesi madde kullanan bağımlılar için çıkar yol gibi görülebilmektedir (Karatay ve Kubilay, 2004). Ancak genel olarak, madde bağımlısı olanlar, iç gerilimleri fazla ve hayatları kendileri için tatmin edici olmayan şahıslardır (Özmen ve diğer., 2003). Kanada'da çocuklar ve ergenlerde yaşam boyu en yaygın görülen ruhsal bozuklukların anksiyete bozukluğu ve depresif bozuklukları da içerdiği belirtilmektedir (Costello et al., 2003; Waddell et al., 2002). Bu sonuçlar, yaptığımız çalışma sonuçları ile tutarlı görülmektedir.

Öfke ve saldırganlıkla ilişkili olarak üzerinde en çok durulan ruhsal rahatsızlıklardan ikisi antisosyal kişilik bozukluğu ve depresif bozukluktur (Gabbard 1995; akt. Türkçapar ve diğer., 2004). Ayrıca, öfke ve hostilitenin anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasında ve sürmesinde önemli role sahip olduğu öne sürülmektedir (Erdem ve diğer., 2008); ancak depresyon ve kaygı boyutunda anlamlı sonuçlar bulunmasına rağmen, depresyon ve kaygı ile ilişkili olduğu düşünülen öfke boyutunda anlamlı bir sonuca ulaşılmamıştır. ECA çalışmalarına göre ergenlik ve genç erişkinlik dönemi (ortalama 20 yaş) bozukluğun en sık başladığı yaş grubunu oluşturmaktadır (Beşiroğlu ve Ağargün, 2006). Bu sonuçlar, çalışma sonuçları ile tutarlı görünmemektedir.

Araştırmalara göre, OKB'si olanların üçte ikisinde ayrıca bir psikiyatrik bozukluk bulunmaktadır. Bu bozukluklar sırası ile agorafobi (%39), alkol kötü kullanımı (%34), major depresyon (%32), distimi (%26), madde kötü kullanımı, sosyal fobi (%19), panik bozukluğu (%14) ve bipolar bozukluktur (%10) (Bayar ve Yavuz, 2008). Çalışma sonuçları, yaşa göre 35-45 yaş grubunda OKB ile birlikte hem kişilerarası duyarlık, hem depresyon hem de kaygı boyutunda diğer yaş gruplarına göre anlamlı farklılık bulunması açısından bu sonuçlarla tutarlı;

fobik kaygı boyutunda anlamlı farklılık bulunmaması açısından çelişkili görünmektedir. Valleni –Basile ve diğerleri (1995), ise yaşın OKB için önemli bir belirleyici olmadığını ifade etmektedir; ancak çalışma sonuçları hükümlülerin OKB boyutunda yaşa göre anlamlı düzeyde farklılaştığı sonucunu ortaya koymasıyla paralellik göstermemektedir.

Öztürk (2004), madde kullanımıyla ilişkili özgül bir kişilik yapısının tanımlanamadığını belirtmekle birlikte sürekli olumsuz duygu durumu ve uyarılmanın, olumlu duygu durumunu artırma isteğinin bu bağlamda üzerinde durulan özellikler olduğunu ifade etmiştir (akt. Özcan, 2009). Bu sonuç, depresyon boyutunun anlamlı düzeyde farklılaşmasıyla tutarlı görünmektedir. Duygu durum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarının, ruh sağlığı problemlerinde geniş yer kapladığını belirten çalışma sonuçları (Kessler et al., 2005), bu çalışma ile tutarlı görünmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalarda psikoaktif madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk gelişmesinin diğer psikotik bozukluk türlerine göre görülme sıklığının % 20-30 arasında değiştiği ifade edilmektedir (Dankı, ve diğer., 2005). Yüzyılın başlarında bazı klinisyenler, obsesif-kompulsif olgularla şizofreni arasında yakın bir ilişki olduğunu (Kayahan, 2000) ve şizofren hastaların maddeleri genellikle mutluluğu artırmak, depresyon, anksiyete ve apatiyi azaltmak için kullandıklarını belirtmektedir (Akvardar ve diğer., 2003). Bu sonuçlar, araştırma bulgularıyla tutarlı görünmemektedir; öyle ki bu çalışmada OKB, depresyon ve anksiyete boyutlarında anlamlı farklılık bulunmasına rağmen, psikotizm boyutunda anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Yeme bozukluklarında mizaç, anksiyete ve madde kullanım bozukluğu (Maner, 2001; Kuruoğlu, 1995; Cinemre, 1999), duygu durum bozuklukları (Kuruoğlu, 1995; Cinemre, 1999) görülme sıklığı yüksektir. Hantaş ve diğerleri (2003) 'ın yeme bozuklukları ile ilgili yaptıkları çalışmada, alkol ve/veya madde bağımlılığı olan grupta aynı zamanda yeme bozukluklarının daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, bu araştırma bulgularıyla tutarlı görünmemektedir;

öyle ki yeme bozukluğunu içeren ek ölçek boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yeme bozukluklarının % 90-95 kadınlarda görüldüğü ve toplumda da ender rastlandığı için kadınlar üzerinde çalışma yürütüldüğünü belirtilmiştir (Kuruoğlu, 1995 ; Maner, 2001). Bu sonuç, neden % 100'ü erkek olan bir örnekleme yeme bozukluklarına rastlanmadığını ortaya koymaktadır.

Bu araştırmada ikinci olarak madde kullanan hükümlülerin ruhsal durum düzeylerinin medeni duruma göre farklılık gösterip göstermediği incelenmektedir. Sonuçlar, madde kullanan hükümlülerin medeni duruma göre ruhsal durum düzeylerinin hiçbir alt boyutunda anlamlı düzeyde farklılaşmadığını ortaya koymaktadır. Kesebir (2004), günümüzün en yaygın ruhsal bozukluğunun depresyon olduğunu belirtmektedir. Ancak bu durum, çalışma sonucuyla tutarlı görünmemektedir. Depresyonun, yaşamın her alanında ve her boyutunda yaygın olarak yaşandığı göz önünde tutulduğunda bu araştırmada ölçülen boyutlar açısından başka çalışmalara rastlanılmaması, elde edilen sonuçların orijinalliğini ortaya koymaktadır.

Kolb (1968), paranoid bozukluk tanısı alanların büyük çoğunluğunu hiç evlenmemiş kişilerin oluşturduğunu (akt. Hocoğlu, 2001) açıkladığı çalışma ile bu araştırma bulguları tutarlılık göstermemektedir.

Bu araştırmada üçüncü olarak madde kullanan hükümlülerin ruhsal durum düzeylerinin sosyoekonomik düzey algısına göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Bulgular, madde kullanan hükümlülerin sosyoekonomik düzey algısına göre kişilerarası duyarlık ve depresyon boyutunda anlamlı düzeyde farklılaşma saptandığını göstermektedir. Öyle ki bu alt boyutlarda madde kullanan ve “düşük” sosyoekonomik düzey algısına sahip katılımcıların puanlarının “orta” sosyoekonomik düzey algısına sahip katılımcıların puanlarından ve “orta” sosyoekonomik düzey algısına sahip katılımcıların puanlarının “yüksek” sosyoekonomik düzey algısına sahip katılımcıların puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Böylece madde kullanan “düşük” sosyoekonomik düzey algısına sahip hükümlülerin kişilerarası duyarlık ve depresyon düzeylerinin, madde kullanan “orta”

ve “yüksek” düzey algısına sahip hükümlülerin kişilerarası duyarlık ve depresyon düzeylerinden daha yüksek olduğu söylenebilir.

Hortaçsu (2003), üst sosyoekonomik düzeydeki ana babaların alt sosyoekonomik düzeydeki ana babalara kıyasla çocuğun gelişimini olumlu şekilde etkileyecek tutum ve düşünceleri daha sıklıkla taşıdıklarını belirtmektedir ve bu, çalışma sonuçlarıyla tutarlıdır. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin, sosyal ilişkileri sürdürmede daha fazla zorluk yaşadığı bildirilmiştir (Gould et al., 2003) ancak; bu durumun sosyoekonomik düzeyle ilişkisine dair herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bulgular, düşük sosyoekonomik düzeyin, çocuklar ve ergenler arasındaki antisosyal ve agresif davranışlar ve özellikle çocuk suçluların şiddet içeren suçlarıyla ilişkili olduğu sonuçlar ile tutarlılık göstermemektedir (Becker et al.,1962 ; Eliot et al.,1985). Bu araştırma bulguları, hem düşük sosyoekonomik düzey hem de yaş boyutunda hükümlülerin öfke düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığını ortaya koymaktadır. Valleni –Basile ve diğerleri., (1995), sosyoekonomik durumun OKB için önemli bir belirleyici olmadığını belirtmiştir; bu sonuç, çalışma bulgularla tutarlı görünmektedir.

Bu çalışmada dördüncü olarak madde kullanan hükümlülerin ruhsal durum düzeylerinin ebeveyn tutum algılarına göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Bu çalışmaya ilişkin bulgular, madde kullanan hükümlülerin ebeveyn tutum algılarına göre ruhsal durum düzeylerinin hiçbir alt boyutunda anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığını ortaya koymaktadır. Ancak Grant ve diğerleri (2006), ebeveyn-çocuk ilişkisi ve ebeveyn davranışının çocuk ve yetişkinlerdeki patolojiyle oldukça ilişkili olduğunu belirten bulgularla tutarlı görünmemektedir.

Koçak (2006), madde bağımlılığının temelinde, ailenin ilgisizliği veya aşırı düşkünlüğü de içeren genel olarak aile sorunları olduğu sonucuna ulaşmaktadır. Bu durumun diğer ruhsal durum düzeyleri ile ilişkisini açıklamasa da bu çalışmada %

72'lik oranla “koruyucu” aile tutumuna sahip olduklarını söyleyen katılımcıların madde bağımlılığı ile ilişkisini açıklamada yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Dawood ve Hamid (2003), OKB hastalarında yaygın olarak otoriter ebeveyn stili bulunduğunu; Sailor (2004), yetkeci stile sahip ebeveynlerin, istediklerini çocuğa yaptırmak için ceza ve güç kullanmalarının çocukta kızgınlık, kindarlık, hileye başvurma gibi duygu ve isteklere yol açabileceğini belirtmektedir (akt. Erdoğan ve diğer., 2010). Öfke boyutunda ebeveyn tutum algısına göre ruhsal durum düzeylerinde anlamlı bir farklılık saptanmadığı bu araştırma bulgularıyla tutarlılık göstermemektedir. Ancak Valleni –Basile ve diğerleri, (1995), koruyucu durumun OKB için önemli bir belirleyici olmadığını belirttiği çalışma ile tutarlılık göstermektedir. Mahmood & Ijaz (2007)'ın Pakistan'da kız öğrencilerle yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin otoriter davranış stili kız öğrencilerin depresyon, anksiyete ve engellenme toleransı arasında pozitif ilişki saptadıkları çalışma ile bulgular tutarlılık göstermemektedir. Bu çalışmada ortaya çıkan, algılanan ebeveyn tutumlarının madde kullanan hükümlülerin ruhsal durum düzeyleri üzerinde etkisinin olmadığına ilişkin sonucun örneklemin yapısıyla ve sayısı ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Öyle ki Bowlby'e göre çocukların ifade ettikleri ihtiyaçları ebeveynleri tarafından reddedilme ile karşılandığında çocuklar reddedilmeye duyarlı olurlar (akt. Erözkan, 2007). Bireylerin yetişkinlikteki madde kullanma durumu, hükümlülüğü ve ruhsal durum düzeyleri üzerinde ebeveyn tutumlarının etkisinin yadsınamayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada beşinci olarak madde kullanan hükümlülerin ruhsal durum düzeylerinin anne eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Bu çalışmaya ilişkin bulgular, madde kullanan hükümlülerin anne eğitim durumuna göre ruhsal durum düzeylerinin hiçbir alt boyutunda anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığını ortaya koymaktadır. Varol (1990), anne-babaların eğitim durumu ile çocukların kaygı düzeyleri arasında önemli bir fark olmadığını belirlerken, Gümüş (1997) anne-baba eğitim durumu ile çocukların sosyal kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğunu, anne-babası yüksek okul mezunu olan çocukların kaygı düzeylerinin düşük olduğunu belirlemiştir (akt. Alisinanoğlu ve Ulutaş, <http://yayim.meb.gov.tr/dergiler/145/alisinanoglu.htm?ref=Sawos.Org>).

Yapılan araştırmalar öz-yeterlik inançları ile anne eğitimi arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir (Mayer ve Kim, 2000; akt. Özkan, 2010). Varol'un çalışma sonuçları ile bu araştırma bulguları tutarlılık göstermekte iken Gümüş (1997) 'ün ve Mayer ve Kim (2000) 'in bulguları ile çelişkili görünmektedir. Bu araştırmada, anne eğitim durumuna göre ne kaygı ne de fobik kaygı boyutunda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Bu araştırmada altıncı olarak madde kullanan hükümlülerin ruhsal durum düzeylerinin baba eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Bu çalışmaya ilişkin bulgular, madde kullanan hükümlülerin baba eğitim durumuna göre "kişilerarası duyarlık" alt boyutunda anlamlı düzeyde farklılaştığını ortaya koymaktadır. Buna göre kişilerarası duyarlık boyutunda, baba eğitim durumu "okur-yazar değil" olan katılımcıların puanlarının baba eğitim durumu "ilkokul" olan katılımcıların puanlarından ve baba eğitim durumu "ilkokul" olan katılımcıların puanlarının baba eğitim durumu "lise" olan katılımcıların puanlarından yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre madde kullanan ve baba eğitim durumu "okur yazar değil" olan hükümlülerin "kişilerarası duyarlık" düzeylerinin, madde kullanan ve baba eğitim durumu "ilkokul ve lise" olan hükümlülerin "kişilerarası duyarlık" düzeylerinden yüksek olduğu söylenebilir.

Phares (1992), yazısında, babaların çocuk ve yetişkin patolojisini daha az temsil ettiklerini, ebeveynliğin daha dışıl bir alan olduğunu vurgulamıştır. Oysa ki bulgular, anne eğitim durumuyla ilgili anlamlı bir sonuç ortaya koymamakta aksine baba eğitim durumunun hükümlülerin ruhsal durum düzeylerine etki ettiğini ortaya koymaktadır.

Bowlby'e göre çocuklukta algılanan reddedilme muhtemelen öfke ve düşmanlık, ümitsizlik, kıskançlık ve önemli diğerlerinin davranışlarını uygun olmayan bir biçimde kontrol etmeyi içeren duygusal ve davranışsal aşırı tepkilere dönüşür (akt. Erözkan, 2007). Bulgular, bu görüş ile tutarlılık göstermemektedir, öyle ki baba eğitim durumuna göre kişilerarası duyarlılık boyutunda anlamlı farklılık bulunmasına rağmen öfke (düşmanlık) boyutunda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Bu araştırmada yedinci olarak madde kullanan hükümlülerin ruhsal durum düzeylerinin g ç yaşantısının varlığına göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Bu çalışmaya ilişkin bulgular, madde kullanan hükümlülerin g ç yaşantısının varlığına göre ruhsal durum düzeylerinin hiçbir alt boyutunda anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığını ortaya koymaktadır. Ancak g ç ve işsizlik problemlerinin yoğun olarak yaşandığı sosyoekonomik düzeyi (SED) düşük olan toplumlarda, yaşam koşullarının ağırlaşması, ekonomik sıkıntılarla gelen aile içi sorunlar, bireylerin baş etme yeteneğindeki yetersizlikler ve gelecekte beklenen kayıpları gibi faktörler ad lesanları madde kullanmaya yönlendirebilmektedir ( zşahin, 1998; Susman ve diğer., 2000; Spoth ve diğer., 2001; Goodman & Huang, 2002; akt. Karatay ve Kubilay, 2004). Bulgular, bu sonuçlar ile tutarlılık göstermemektedir.

Ruhsal durum düzeyi alt boyutlarının yanı sıra, ölçekten elde edilen üç ayrı unsurdan değerlendirme yapılması gereken puanlara da yer verilmektedir. Örneklemenin  lek genel ortalama puanı olan genel belirti düzeyi (GSI) ortalaması 0,8221; bireyin kendisinde ne kadar çeşitli psikiyatrik belirti algıladığını gösteren pozitif belirti toplamı (PST) ortalaması 38,27; bireyin kendisinde varolduğunu algıladığı belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlıklı ortalamasını gösteren pozitif belirti düzeyi (PSDI) ortalaması 1,8943 olarak bulunmuştur. Buna göre her ne kadar patolojik olarak anlamlı sayılmasa da genel belirti düzeyinin 1'e yakın olduğu görülmektedir (ort=0,8221). Pozitif belirti düzeyinin ise 1'den yüksek olması patolojik bir durum olduğunu ortaya koymaktadır (ort= 1,8943). Ayrıca pozitif belirti toplamı ortalamasının 38,27 olarak bulunmasının 90 soruluk bir ölçekte olduğu anlamlı olduğu ve kişilerin kendilerinde büyük ölçüde psikiyatrik belirti algıladığını göstermektedir.

Mojtabai (2011), 18-64 yaşları arası bireylerle y r tt ğu çalışmada, ruhsal bozuklukları kendiliğinden ifade etmenin, önceki yıllarda diğer kronik durumları ya da önemli psikolojik sıkıntılarını olduğu bildirilip ancak ruhsal sağlıkla ilgili girişimi olmayan yetişkinlerde, daha çok değerim konusu olduğunu vurgulamıştır. Ancak mevcut araştırmada, kişilerin kendisini ifade etmede bilinçli ya da bilinçsiz olarak

yetersiz kaldığı düşünülmektedir. Oysa ki yapılan araştırmalar, psikoaktif madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olan hastalardaki psikiyatrik bozukluğun görülme sıklığının; bağımlılığı olmayan hastalarda psikiyatrik bozukluk görülme sıklığından 2.7 kat daha fazla olduğunu bildirmiştir (Ebert, et al., 2003). Bu çalışmada sonuçların yüksek düzeyde çıkmamasının katılımcıların, içinde buldukları şartlar ya da tedbir dışında daha farklı yaptırımlara maruz kalabileceklerini düşünmüş olarak ölçęi yanıtlamış olabilecekleri, bu sebeple ölçek sorularını kendilerini olduğundan daha iyi ya da sağlıklı biçimde cevaplamış olabilecekleri, bu yüzden çalışma sonuçlarının etkilenmiş olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Madde kullanımı ile ilgili yapılan araştırmalarda, erkeklerde madde kullanım yaygınlığının, kadınlardaki madde kullanım yaygınlığına oranla daha fazla olduğu görülmektedir. Yüncü ve arkadaşlarının (2006), çocuk ve ergenlere yönelik bir bağımlılık merkezine iki yıl süresince başvuran olguların sosyo-demografik verilerini değerlendirdikleri çalışmasında olguların %88.5'i erkek, %11.5'i kız olduğu belirtilmektedir (akt. Kaleli, 2010). Bu araştırmanın erkek örnekleme yürütölmüş olması ile literatürde belirtilen erkek madde kullanım yaygınlığının daha fazla olması paralellik göstermektedir. 1994'de İngiltere'de (British Crime Survey) madde kullanımı kadınlara oranla erkeklerde iki kat fazla bulunmuştur. Özkan'ın (2009), DS olguları ile yürüttüğü küçük örneklemlili (n=30) bir başka bir çalışmada da katılımcıların % 100'ünün erkek olduğu görölmüştür (akt. Berk, 2010).

Bu araştırmada, madde kullanan denetimli serbestlik hükümlülerinden 100 erkek katılımcının kendilerinde büyük ölçüde psikiyatrik belirti algıladığı, patolojik özellikler yaşadıkları; yaşı'n artmasının, sosyoekonomik düzey algısının ve baba eğitim durumu seviyesinin düşmesinin ruhsal belirtiler üzerinde etkileri olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda aşağıda öneriler sunulmaktadır.

Öneriler

1. Hükümlülerin ve madde kullanan hükümlülerin ruhsal durum düzeylerinin farklı boyutlarda ya da farklı demografik değişkenler açısından incelenebileceği ayrıca madde kullanan hükümlülerle yapılan bireysel ya da grup görüşmelerinin, ruhsal durum düzeyleri ya da bazı değişkenler üzerindeki etkisinin incelenmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.
2. Bu araştırma, Nazilli Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlüğü'nde denetimli serbestlik tedbiri olan hükümlülerle gerçekleştirilmiştir. Gelecekte yapılacak olan çalışmalar, diğer Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlüklerinde, farklı örneklem gruplarıyla yürütülebilir.
3. Bu araştırma ayrıca, örneklem grubunun sınırlı olması nedeniyle sadece erkek hükümlülerle yürütülmüştür. Bu yüzden gelecekteki çalışmalar, kadın hükümlülerin de yoğun olduğu şubelerde yapılarak cinsiyet etkisi sınanabilir.
4. Bu çalışmada elde edilen veriler, bazı değişkenlere göre ruhsal durum düzeylerinde farklılıklar olabileceğini ortaya koymuştur. Bu sonuçlardan, denetimli serbestlik tedbiri bulunan madde kullanan hükümlülerle bundan sonraki yapılacak çalışmalarda yol gösterici olarak önleyici ve koruyucu tedavi açısından yararlanılabilir.
5. Sonuçların, Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlükleri denetim görevlileri için hazırlanan hizmet içi eğitimler için dikkate alınması önerilmekte, denetim görevlilerinin çalışmalarını kolaylaştıracak ve baş etme gücünü geliştirecek faydalı ve işlevsel hale getirilmesinde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.
6. Denetim görevlilerinin görevinin bu kişilerle rehberlik amaçlı çalışmalar yürütmek olduğu ve denetim görevlilerinin farklı meslek gruplarından

oluştugu göz önünde tutularak denetimli serbestlik tedbirlerinin, hükümlülerin ruhsal durum tedavileri için ruh sağlığı uzmanları ve denetim görevlilerinin işbirliği ile yürütülmesi önerilmektedir. Bu yolla, madde kullanan hükümlülere ruh sağlığı açısından daha fazla yarar sağlanabileceği ve denetim görevlilerinin mesleki doyumlarının da bu şekilde artabileceği düşünülmektedir.

7. İlerleyen dönemlerde yapılması planlanan çalışmalarda, nitel araştırmalar yapılarak madde kullanan hükümlülerle çalışılmak istenen konuda daha ayrıntılı sonuçlar elde edilebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Afolayan, J. A., Riaz, M. N., Odo, P. I. & Berefagha, L. W. (2011). Causal beliefs of mental illness and attitudes towards seeking professional help. *FWU Journal of Social Sciences*, 5(1), 120-133.
- Aksu, G. ve Hoccoğlu, Ç. (2004). Mastalji yakınmasıyla radyolojik incelemeye alınan bir grup hastada aleksitimi, anksiyete, kaygı ve depresyon düzeylerinin araştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 7, 95-102.
- Akvardar, Y., Aslan, B., Ekici, B. Z., Ögün, E. ve Şimşek, T. (2001). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem II öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanımı. *Bağımlılık Dergisi*, 2, 49-52.
- Akvardar, Y., Tümöklü, M. ve Alptekin, K. (2003). Şizofreni ve madde kullanımı. *Bağımlılık Dergisi*, 4, 118-122 .
- Albayrak, B. ve Kutlu, Y. (2009). Ergenlerde öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 57-69.
- Alisinanoğlu, F. ve Ulutaş, İ. Kaygı ve bunu etkileyen etmenler. <http://yayim.meb.gov.tr/dergiler/145/alisinanoğlu.htm?ref=Sawos.Org> adresinden 10 Aralık 2011 tarihinde alınmıştır.
- Alpay, N., Karamusatafaoğlu, N. ve Kükürt, R. (1995). Madde bağımlılarında suç. *Düşünen Adam*, 8(2), 16-17.

- Alterman, A. I., Petrarulo, E., Tarter, R., et al. (1982). Hyperactivity and alcoholism: Familial and behavioral correlates. *Addictive Behaviour*, 7, 413-421.
- Aydemir, Ç., Vedin Temiz, H. ve Göka, A. (2002). Majör depresyon ve özkıyımında kognitif ve emosyonel faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 33-39.
- Aydın, H. ve Özgen, F. (1998). Uyku bozuklukları. C. Güleç ve E. Köroğlu (Ed.), *Psikiyatri temel kitabı* (sy. 681-695, cilt 2). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Bahar, A., Tutkun, H. ve Sertbaş, G. (2005). Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 227-239.
- Balkaya, F. ve Şahin, N.H. (2003). Çok boyutlu öfke ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3), 192-202.
- Barrett, P., Shortt, A., & Healy, L. (2002). Do parent and child behaviours differentiate families whose children have obsessive –compulsive disorder from other clinic and non-clinic families? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(5), 597–607. Retrieved from Blackwell database.
- Bayar, Y. ve Yavuz, M. (2008). Obsesif kompulsif bozukluk. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, 62, 185-192.
- Bayraktar, E. (1997). Obsesif-Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 25-32.
- Becker, W. C , Peterson, D. R., Luria, Z., Shoemaker, J. & Hellmer, L. A. (1962). Relations of factors derived from parent interview rating to behavior problems of five-year olds. *Child Development*, 33, 509-535.
- Beşiroğlu, L. ve Ağargün, M, Y. (2006). Obsesif kompulsif bozuklukta sağlık yardımı arama davranışı ile ilişkili etmenler: hastalık ile ilişkili ve genel etmenlerin rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(3), 213-222.

- Beşiroğlu, L., Uğuz, F., Sağlam, M., Yılmaz, E., Ağargün, M. Y. ve Aşkın, R. (2007). Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilgili etmenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 5-13.
- Beştepe, E., Tüzer, V., Tüzer, T., Okay, Ö. ve Aydemir, Ç. (2002). Travmatik beyin hasarı sonrası travmatik belirtiler. *Klinik Psikiyatri*, 5, 235-239.
- Biederman, J., Newcorn, J. & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.
- Bilgin, N. (2000). *Sosyal psikolojiye giriş* (3. Baskı). İzmir: Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları.
- Binbay, İ. T. (2009). *İzmir kent merkezinde yaşayan 15-64 yaş arası nüfusu temsil eden bir örneklemede toplumsal eşitsizlikler ile psikoz -benzeri yaşantılar,psikotik belirtiler ve psikotik bozukluklar arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir .
- Bindak, R. (2005). İlköğretim öğrencileri için matematik kaygı ölçeği. *Fen ve Mühendislik Bilimleri Dergisi*, 17(2), 442-448.
- Blackburn, R. (1988). On moral judgements and personality disorders: The myth of psychopathic personality disorders revisited. *British Journal of Psychiatry*, 153, 505-512.
- Blackburn, R. & Glasgow, D. V. (2006). *Manual for the Chart of Interpersonal Reactions in Closed Living Environments (CIRCLE)*. Unpublished manuscript, University of Liverpool.
- Blackburn, R. & Renwick, S. J. (1996). Rating scales for measuring the interpersonal circle in

forensic psychiatric patients. *Psychological Assessment*, 8, 76-84.

Bora, E. (2004). *Ötimik bipolar bozukluk tanılı hastalarda psikotik duygudurum dönemi öyküsünün bilişsel işlevlere etkisi – psikotik, psikotik olmayan hastalar ve sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir.

Boyle, M. H. & Offord, D. R. (1991). Psychiatric disorder and substance use in adolescence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 699-705.

Buckley P., Thompson P., Way L. & Meltzer, H.Y. (1994). Substance abuse among patients with treatment-resistant schizophrenia: characteristics and implications for clozapine therapy. *American Journal of Psychiatry* 151, 385-389.

Büyükkal, M. B. (1995). *Duygudurum spektrumunda yeme bozukluklarının yeri*. Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Büyüköztürk, Ş. (2007). *Veri analizi el kitabı*. Ankara: Pegem Akademi.

Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2009). *Bilimsel araştırma yöntemleri* (3. baskı). Ankara: Pegem Akademi.

Cadore, R. J., Troughton, E., O'Gorman, E. & Heywood, E. (1986). An adoption study of genetic and environmental factors in drug abuse. *Archives of General Psychiatry*, 43, 1131-1136.

Canat, S. (1999). Yeme bozukluklarına genel bakış . A. Çelikkol (Ed.), *Yeme bozuklukları* (33-136). İzmir: Ege Psikiyatri Süreli Yayınları 4(2).

- Cinemre, B. (1999). Yeme bozukluklarında epidemiyoloji ve eşlik eden hastalıklar. A. Çelikkol (Ed.), *Yeme bozuklukları* (137-154). İzmir: Ege Psikiyatri Süreli Yayınları , 4(2).
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844.
- Cüceloğlu, D. (1999). *İnsan ve davranışı* (9. baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çıgırıkçı, H. (2007). *Kronik hastalığı nedeniyle devamlı takip edilmekte olan çocukların annelerinin sosyodemografik özellikleri ve annelerin depresyon prevalansı*. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Çilli, A. S., Kaya, N., Bodur, S., Özkan, İ. ve Kucur, R. (2004). Ev kadınlarında ve çalışan evli kadınlarda psikolojik belirtilerin karşılaştırılması. *Genel Tıp Dergisi*, 14(1), 1-5.
- Daffern, M., Howells, K. & Ogloff, J. R. P. (2006). What's the point? Towards a methodology for assessing the function of psychiatric inpatient aggression. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 101-111.
- Dağ, İ. (1991). Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2(1), 5-12.
- Dağ, İ. (2000). Belirti tarama listesi (SCL-90-R). Ö. Aydemir ve E. Köroğlu (Ed.), *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler* (s.33-40). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Damka, Z. (2009). *Sığınma evinde kalan şiddet mağduru kadınlar: anksiyete duyarlılığı, travmaya bağlı suçluluk, travma sonrası stres bozukluğu ve psikolojik belirtiler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Dankı, D., Dilbaz, N., Okay, T., Açıkgöz, Ç., Erdinç, I. B. ve Telci, Ş. (2005). Madde kullanımına bağlı gelişen psikotik bozuklukta atipik antipsikotik tedavisi: Bir gözden geçirme. *Bağımlılık Dergisi*, 6(3), 136-141.
- Dawood, S. & Hamid, F. (2003). Study of parenting styles of obsessive compulsive patients. [Unpublished manuscript] Centre for Clinical psychology, University of the Punjab, Lahore.
- De Graaf, R., Bijl, R. V., Smit, F., Vollebergh, W. A. & Spijker, J. (2002). Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *The American Journal of Psychiatry*, 159(4), 620–629.
- Denetimli Serbestlik Nedir. <http://www.nazilli.adalet.gov.tr/dsym/?sI=sayfaGoster&sId=42> adresinden 20 Kasım 2010 tarihinde alınmıştır.
- Denetimli Serbestlik ve Yardım Hizmetleri El Kitabı*. (2007). (Yayım no:13). Ankara: Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü Denetimli Serbestlik ve Yardım Hizmetlerinden Sorumlu Daire Başkanlığı Yayınları.
- Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Yönetmeliği. Birinci Kısım, Genel Hükümler; Birinci bölüm, amaç, kapsam, dayanak ve tanımlar. <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/> adresinden 10 Aralık 2010 tarihinde alınmıştır.
- Duman, N. (2009). *Hakkında denetimli serbestlik tedbiri verilmiş olan uyuşturucu madde kullanan hükümlülerde psikosomatik düşünce biçiminin Rorschach testi ile incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü.
- Duran, Ö. ve Eldeleklioğlu, J. (2005). Öfke kontrol programının 15–18 yaş arası ergenler üzerindeki etkililiğinin araştırılması. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 25(3), 267-280.

- Ebert, M. H., Loosen, P. T. ve Nurcombe, B. (2003). *Current psikiyatri: tanı ve tedavi*. S. Birsöz (Çeviri Ed.). Ankara: Öncü Basımevi, 18-240.
- Ekşi, A. (1990). *Çocuk, genç, anne ve babalar*. Ankara: Bilgi Yayınevi.
- Elliot, D. S., Huizinga, D. & Ageton, S. S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, California: Sage Pres.
- Erdem, M., Çelik, C., Yetkin, S. ve Özgen, F. (2008). Yaygın anksiyete bozukluğunda öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 203-207.
- Erdoğan, İ., Mercan, S. Ç., Çelikkol, A. K., Poyraz, C., Ergin, T., Ergin, H. vd. (2010). Gelişim psikolojisinde aile ve okul etkileşimi. H. Ergin ve A.Yıldız (Ed.), *Gelişim psikolojisi* (s.233-260). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Erdoğan, İ., Mercan, S. Ç., Çelikkol, A. K., Poyraz, C., Ergin, T., Ergin, H. vd. (2010). Ahlak gelişimi. H. Ergin ve A.Yıldız (Ed.), *Gelişim psikolojisi* (s.207-232). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Erözkan, A. (2007). Üniversite öğrencilerinin reddedilme duyarlılıkları ile sosyal kaygı düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17, 225-240.
- Erözkan, A. (2005). Üniversite öğrencilerinin kişilerarası duyarlılık ve depresyon düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14, 1-27.
- Farrell L, Barrett P. (2006). OCD across the developmental trajectory: cognitive processing of threat in children, adolescents and adults. *British Journal of Psychology*, 97, 95-114.
- Fitzgerald, H. E., Sullivan, L. A., Ham, H. P., Zucker, R. A., Bruckei, S., Schneider, A. M. & Noll, R. B. (1993). Predictors of behavior problems in three-years-old sons of alcoholics: Early evidence for the onset of risk. *Child Development*, 64, 110-123.

- Fontenelle, L. F., Oostermeijer, S., Harrison, B. J., Pantelis, C. & Murat Yücel. (2011). Obsessive-Compulsive Disorder, Impulse Control Disorders and Drug Addiction : Common Features and Potential Treatments. *Drugs*, 71 (7).
- Grant et al. (2006). Stressors and child and adolescent psychopathology: Evidence of moderating and mediating effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 2007, Retrieved from ScienceDirect database.
- Geçtan, E. (1974). *Çağdaş insanda normal dışı davranışlar*. Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları.
- Geçtan, E. (2004). *Psikanaliz ve sonrası* (10. Baskı). İstanbul: Metis Yayınları.
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M. & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405.
- Güleç, H., Sayar, K. ve Özkorumak, E. (2005). Depresyonda bedensel belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(2), 90-96.
- Gülpek, D. (2002). *Panik bozukluğu, mitral valv prolapsusu ve eklem hipermobilité sendromu arasındaki ilişkinin araştırıldığı kontrollü bir çalışma*. Tıpta uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir .
- Hankin, B. L. & Abela, J. R. Z. (2005). *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Henn, F. A., Bardwell, R. & Jenkins, R. L. (1980). Juvenile delinquents revisited: Adult criminal activity. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1160-1163.
- Herken, H., Bodur, S. ve Kara, F. (2002). Üniversite öğrencisi kızlarda madde kullanımı ile kişilik ve ruhsal belirti ilişkisi. *Klinik psikiyatri*, 3, 40-45.

- Hibell, B., Anderson, B., Bjarnason, T., et al. (1995). Alcohol and other drug use among students in 26 European countries. The Swedish Council for information on alcohol and other drugs, CAN. Council of Europe., Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drug (Pompidou Group).
- Higuchi, S., Suzuki, K., Yamada, K., Parrish, K. & Kono, H. (1993). Alcoholics with eating disorders. Prevalence and clinical course. *British Journal of Psychiatry*, 162, 403-406.
- Hocaoğlu, Ç. (2001). Paranoid semptomlar ve sendromlar. *Psikiyatri dünyası*, 5, 97-104.
- Hortaçsu, N. (2003). *Çocuklukta ilişkiler: ana baba, kardeş ve arkadaşlar*. Ankara: İmge Kitabevi Yayınları.
- Hortaçsu, N. (2003). *İnsan ilişkileri* (3.Baskı). Ankara: İmge Kitabevi Yayınları.
- İnce, A., Doğruer, Z. ve Türkçapar, M. H. (2002). Erken ve geç başlangıçlı erkek alkol bağımlılarında sosyodemografik, klinik ve psikopatolojik özelliklerin karşılaştırılması. *Klinik psikiyatri*, 5, 82-91.
- İzgiç, F., Akyüz, G., Doğan, O. ve Kuğu, N. (2000). Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi yaygınlığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(4), 207-214.
- Jary, M. L. & Stewart, M. A. (1985). Psychiatry disorder in the parents of adopted children with aggressive conduct disorder. *Neuropsychobiology*, t3, 7-11.
- Jorm, A. F., Körten, A. E., Jacomb, P. A., Churstensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A Survey of we public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about we effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Kale, M. (2009). *Türkiye'de denetimli serbestlik sistemi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,

Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.

- Kaleli, S. (2010). *Denetimli serbestlik tedbirine tabi tutulan kişilerin benlik saygılarının değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü.
- Kalyoncu, A., Mırsal, H., Pektaş, Ö., Gümüş, Ö., Tiryaki, A. ve Beyazyürek, M. (2002). *Remisyondaki alkol bağımlılarında suçluluk ve utanç duyguları*. 38. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Program ve Kongre Bildirileri Özet Kitabı.
- Kandel, D. B., Simcha-Fagan, O. & Davies, M. (1986). Risk factors for delinquency and illicit drug use from adolescence to young adulthood, *J. Drug Issues*, 60, 67-90.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (2004). Diğer psikotik bozukluklar. E. Abay (Ed.), *Klinik psikiyatri* (s. 139-158). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (2004). Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar. E. Abay (Ed.), *Klinik psikiyatri* (s. 75-119). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Karagün, E. (2008). *Sosyal fobi özellikleri gösteren üniversite öğrencilerinde rekreatif aktivitelerin fobik tutumlar üzerine etkisinin araştırılması*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
- Karakaya, I., Coşkun, A. ve Ağaoğlu, B. (2006). Yüzücülerin depresyon, benlik saygısı ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 162-166.
- Karatay, G. ve Kubilay, G. (2004). Sosyoekonomik düzeyi farklı iki lisede madde kullanma durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1-2, 57-70.
- Kaya, N. ve Çilli A. S. (2002). Üniversite öğrencilerinde nikotin, alkol ve madde bağımlılığının 12 aylık yaygınlığı. *Bağımlılık Dergisi*, 3, 91-97.

- Kayaalp, S. A. (1998). Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji (8. baskı, 2. cilt). Ankara: Feryal Matbaacılık Sanayi ve Ticaret A.Ş.
- Kayahan, B. (2000). *Atipik antipsikotik ilaç kullanan şizofrenik bozukluklu hastalarda obsesif-kompulsif belirtilerin araştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir .
- Kavak, V. (2009). *Panik bozukluk tanısı almış hastalarda sosyal fobi görülme sıklığının incelemesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü , İstanbul.
- Kendler, K. S., Gruenberg, A. M. & Tsuang, M. T. (1985). Psychiatric illness in first degree relatives of schizophrenic and surgical control patients. *Archives of General Psychiatry*, 42, 770-779.
- Kesebir, S. (2004). Depresyon ve somatizasyon. *Klinik psikiyatri*, 1, 14-19.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., Warner, L.A, et al. (1997). Lifetime co-occurrence of the DSM III R abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313-321.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of *DSM-IV* disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kırpınar, İ. (2008). *Psikiyatrik semiyoloji: belirtiler, bulgular, sendromlar*. Ankara: HYB Basım Yayın.
- Koçak, N. (2006). Madde bağımlılığına sosyal yaklaşımlar. http://www.tubim.gov.tr/Dosyalar/Makaleler/Makale_Sosyal.pdf adresinden 12 Aralık 2011 tarihinde alınmıştır.

- Konkan, R., Yalçınkaya, S., Erkıran, M. ve Erkmen, H. (2003). Panik bozukluğu ve komorbid tanılar. *Düşünen Adam*, 16(4), 219-222.
- Koptagel-İlal, G. (1999). Hekimlik açısından somatizasyon ve somatoform bozukluklar. *Psikiyatri Dergisi*, 1(1).
- Köroğlu, E.(1997). Psikiyatrik öykü alma kılavuzu ve klinik psikopatoloji. C. Güleç ve E. Köroğlu (Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı* (sy. 23-62, cilt 1.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu, E. (1997). Majör depresif bozukluk. C. Güleç ve E. Köroğlu (Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı* (sy. 389-421, cilt 1). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Kuğu, N., Akyüz, G., Erşan, E. ve Doğan, O. (2000). Sanayi bölgesinde çalışan çıraklarda madde kullanımı ve etkileyen etmelerin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 19-25.
- Layard, R. (2006). The Depression Report: A New Deal for Depression and Anxiety Disorders. London School of Economics and Political Science, London.
- MacDonald, D. I. (1984). Drugs, drinking and adolescence. *American Journal of Diseases of Children*, 13, 17-125.
- Mahmood, Z. & Ijaz, T. (2007).A study of relationship between perceived authoritarian and permissive parenting style and levels of depression, anxiety and LFT in female Postgraduate students.[unpublished MS manuscript].Department of Clinical Psychology, Govt. College University, Lahore.
- Maner, F. (2001). Yeme bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 5(4), 130-139.
- McCord, W., McCord, J. & Gudeman, J. (1960). *Origins of alcoholism*. California, Palo Alto: Stanford University Press.

- Mojtabai, R. (2011). *National Trends in Many Health Disability, 101*, 2156-2163.
- Morris, C. G. (2002). *Psikolojiyi anlamak* (3. Baskı). (B. Ayvaşık ve M. Sayıl Çev. Ed.) Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:23. (Orijinal çalışmanın yayın tarihi 1996).
- Mueser K.T., Drake R.E. & Wallach M.A. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive Behaviour, 23*, 717-734.
- Olson, D.H. (1988). Circumplex model of family system VIII. In D.H. Olson, C.S. Rüssel & D.H. Sprenkle (Eds.), *Circumplex Model: Systematic assessment and treatment of families*. New York: Haworth Pres.
- Ögel, K., Çorapçioğlu, A., Sır, A, ve diğer., (2004). Türkiye’de dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi, 15*, 112-118.
- Ögel, K., Çorapçioğlu, A., Tot, Ş, ve diğer., (2003). Türkiye’de ortaöğretim gençliği arasında ecstasy kullanımı. *Bağımlılık Dergisi, 4*, 67-71.
- Ögel, K., Tamar, D., Evren, C, ve diğer., (2001). Türkiye’de 15 ilde sigara, alkol ve madde kullanımının yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi, 12*, 47-52.
- Ögel, K., Tamar, D., Evren, C. ve Çakmak D. (2001). Lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi, 12*, 47-52.
- Ögel, K. ve Tamar, D. (1996). Uyuşturucu maddeler ve bağımlılık okul eğitim paketi, öğrenci anketi bulguları. *İstanbul: AMATEM- Özel Okullar Derneği Yayını, 12-23*.
- Ögel, K., Uguz, Ş., Sır, A, ve diğer., (2003). Türkiye’de ilköğretim ve ortaöğretim gençliği arasında esrar kullanım yaygınlığı. *Bağımlılık Dergisi, 4*, 15-19.

- Öğüt, M. (2006). *Şizofrenik bozukluğu olan hastalarda nikotin, alkol ve madde kullanım sıklığının ve ilgili özelliklerin araştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir.
- Öz, A. (2001). *Madde kullanım bozukluklarına eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve madde kullanım özellikleri*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir.
- Özbay, M. H. , Örsel, S., Akdemir, A. ve Cinemre, B. (2002). Ergenlerde kendilik algısı ile psikopatoloji arasında bağlantı var mı? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 179-186.
- Özcan, S. (2009). *Denetimli serbestlik uygulamasında motivasyonel görüşmelerin etkinliği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özer, Ö. A. (1991). *Ortaöğretimde öğrencilerin psikoaktif madde kullanımına yaklaşımı ve demografik özellikler*. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.
- Özkan, E. (2010). *Geometri öz yeterliği, cinsiyet, sınıf seviyesi, anne-baba eğitim durumu ve geometri başarısı arasındaki ilişkiler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özmen, E., Ögel, K., Sağduyu, A., Tamar, D., Boratav C. ve Aker, T. (2003). Psikiyatri dışı uzman hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 5-12.
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, A. (2008). *Ruh sağlığı bozuklukları II* (Yenilenmiş 11. baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.
- Öztürk, Ö. (2003). *Şizofrenik bozukluğu olan hastalarda obsesif kompulsif belirtilerin deskriptif ve fenomenolojik yönden incelenmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir.

- Phares, V. & Compas, B. E. (1992). The role of fathers in child and adolescent psychopathology: Make room for daddy. *Psychological Bulletin*, 111(3), 387-412.
- Phillips, P. & Johnson S. (2001). How does drug and alcohol misuse develop among people with psychotic illness? A literature review. *Social Psychiatry Epidemiology* 236, 269-276.
- Pişgin, İ. ve Özen, D. Ş. (2010). Çocukluktan erişkinliğe obsesif kompulsif bozuklukta hatalı değerlendirme ve inanç alanları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1), 117–131.
- Proudfoot, J., Guest, D., Carson, J, et al. (1997). Effect of cognitive-behavioural training on job-finding among long-term unemployed people. *The Lancet*. 350, 9071, 96–100.
- Psikoz. (2010, Aralık 8). <http://tr.wikipedia.org/wiki/Psikoz> adresinden 8 Aralık 2010 tarihinde alınmıştır.
- Reid, M.S., Ciptet, D., O’Leary, S, et al. (2004). Sensitization in the psychosis-inducing effects of cocaine compared with measures of cocaine craving and cue reactivity. *The American Journal on Addictions*, 13(3), 305-15.
- Robins, L. N. (1966). *Deviant children grown up! A sociological and psychiatric study of sociopathic personality*. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins.
- Rottanburg, D., Robins, A. H., Ben-Arie, O, et al. (1982). Cannabis-associated psychosis with hypomanic features. *Lancet*, 2, 1364-1366.
- Schuckit, A. M., Tipp, E. J., Anthenelli, M. R., Bucholz, K. K., Hesselbrock, M. V. & Nurnberger, I. J. (1996). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in alcohol-dependent men and women and their relatives. *American Journal of Psychiatry*, 153(I), 74-82.
- Seven, S. (2008). *Çocuk ruh sağlığı*. Ankara: Pegem Akademi.
- Soyka, M. (2000). Alcoholism and schizophrenia. *Addiction*, 95, 1613-1618.

- Stern, S. L., Dixon, K. N., Sansone, R. A., Lake, M. D., Nemzer, E. & Jones, D. (1992). Psychoactive substance use disorders in relatives of patients with anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 33(3), 207-212.
- Sürmeli, A. (1997). Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. C. Güleç ve E. Köroğlu (Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı* (s.449-459, cilt 1). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Syed, R., Tehseen, S., Gowan, S. A., Wagar, S., Zubair, A., Yousaf, W., Zabairi, A. & Nagvri, H. (2008). Perceptions about the cause of schizophrenia and subsequent help seeking behaviour in a Pakistan population-results of a cross sectional survey. *B.M.C. Psychiatry*, 56.
- Taner, S. (2005). *Boğaziçi Üniversitesi öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı*. Uzmanlık Tezi. Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul.
- Tükel, R., Kızıltan, E., Demir, T. ve Demir, D. (1998). Sosyal fobi ve panik bozukluğu: bir karşılaştırma çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 9(2), 92-98.
- Türkçapar, H., Güriz, O., Özel, A., Işık, B. ve Dönbak Örsel, S. (2004). Antisosyal kişilik bozukluğu olan hastalarda öfke ve depresyonun ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(2), 119-124.
- Uğuz, Ş., Toros, F., İnanç, B. Y. ve Çolakkadıoğlu, O. (2004). Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların ailelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi. *Klinik psikiyatri*, 7, 42-47.
- Uluğ, B. (1997). Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar. C. Güleç ve E. Köroğlu (Ed.), *Psikiyatri temel kitabı* (sy. 299-320, cilt 1). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Usta, İ. ve Öztürk, H. (2010). Denetimli serbestlik. *Ceza Hukuku Dergisi*, 5(13), 2-42. 10 Aralık 2011 tarihinde <http://www.cte->

dsm.adalet.gov.tr/menusayfalari/bilgibankasi/makaleler/makale_ds_cezahukukudergisi.pdf adresinden alınmıştır.

Uyuşturucu başta olmak üzere madde bağımlılığı ve kaçakçılığı sorunlarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırma komisyonu raporu. Kasım 2003. www.tubim.gov.tr adresinden 20 Haziran 2010 tarihinde alınmıştır.

Valleni-Basile, et al.(1995). Family and psychosocial predictors of obsessive compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of Child And Family Studies*, 4(2), 193-206. Abstract retrieved from [http://springerlink.com /content /18017571 44j47368/](http://springerlink.com/content/1801757144j47368/).

Waddell, C., Offord, D. R., Shepherd, C. A., Hua, J. M. & McEwan, K. (2002). Child psychiatric epidemiology and Canadian public policymaking: The state of the science and the art of the possible. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(9), 825-832.

Wiggins, J. S. & Pincus, A. L. (1989). Conceptions of personality disorders and dimensions of personality. *Psychological Assessment*, 1, 305-316.

Yaşar, R. M. (2007). Depresyonun kadınlaşması. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(2), 251-281.

Yener, F., Yargıcı, N., Kirli, S., Solakoğlu, G., Soydan, M. ve Ataç, C. (1991). Şizofrenlerin aile bireylerinde görülen ruhsal bozuklukların ve belirtilerin incelenmesi. *Düşünen Adam*, 4(3), 21-31.

Yeşilbursa, D. (1990). *Lise öğrencilerinde anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve beden imgesi değerlendirmesi*. Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Yüksel, N., Dereboy, Ç. ve Çifter, İ. (1994). Üniversite öğrencileri arasında madde kullanımı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5, 4.

Zorlu, N. (2006). *Depresif alkol bağımlılarında mirtazapin ve amitriptilinin karşılaştırılması*.
Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı,
İzmir.

EKLER

Ek 1: SCL-90-R

SCL-90-R

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra her bir durumun, bugün de dahil olmak üzere son onbeş gün içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, cevap kağıdında belirtilen tanımlamalardan (Hiç / Çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / İleri derecede) uygun olanının (yalnızca bir seçeneğin) altındaki kutuya bir (X) işareti koyunuz. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yaptığınız işaretlemeyi tamamen silmeyi unutmayınız. Lütfen anlamadığınız bir cümleyle karşılaştığınızda uygulamacıya danışınız.

1. Baş ağrısı
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. Zihinden atamadığınız, yineleyici, hoş gitmeyen düşünceler
4. Baygınlık veya baş dönmesi
5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. Olayları anımsamada güçlük
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. Titreme
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. İştah azalması
20. Kolayca ağlama

21. Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. Olanlar için kendini suçlama
27. Belin alt kısmında ağrılar
28. İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. Yalnızlık hissi
30. Karamsarlık hissi
31. Herşey için çok fazla endişe duyma
32. Herşeye karşı ilgisizlik hali
33. Korku hissi
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapma
39. Kalbin çok hızlı çarpması
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi
41. Kendini başkalarından aşağı görme
42. Adale(kas) ağrıları
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. Uykuya dalmada güçlük
45. Yaptığınız işleri bir ya da bir kaç kez kontrol etme
46. Karar vermede güçlük
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. Nefes almada güçlük
49. Soğuk veya sıcak basması
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer ve nesnelere kaçınma durumu
51. Hiç bir şey düşünememe hali
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi
54. Gelecek konusunda ümitsizlik
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. Gerginlik veya coşku hissi
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. Aşırı yemek yeme
61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama

67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği
68. Başkalarının paylaşım kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkışık hissetme
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. Herşeyin bir yük gibi görünmesi
72. Dehşet ve panik nöbetleri
73. Toplum içinde yiyip-içerken huzursuzluk hissi
74. Sık sık tartışmaya girme
75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma
79. Değersizlik duygusu
80. Size kötü bir şey olacaktıymış duygusu
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. Başka bir kişiye asla yakınlık duyamama
89. Suçluluk duygusu
90. Aklınızdan bir bozukluğun olduğu düşüncesi

SCL-90-R CEVAP KAĞIDI

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	İleri derecede		Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	İleri derecede
1						46					
2						47					
3						48					
4						49					
5						50					
6						51					
7						52					
8						53					
9						54					
10						55					
11						56					
12						57					
13						58					
14						59					
15						60					
16						61					
17						62					
18						63					
19						64					
20						65					
21						66					
22						67					
23						68					
24						69					
25						70					
26						71					
27						72					
28						73					
29						74					
30						75					
31						76					
32						77					
33						78					
34						79					
35						80					
36						81					
37						82					
38						83					
39						84					
40						85					

41						86						
42						87						
43						88						
44						89						
45						90						

SCL-90-R alt ölçek maddeleri

- 1) (SOMA) Somatizasyon: 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58 (12 madde)
- 2) (OBKO) Obsesif-Kompulsif: 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65 (10 madde)
- 3) (KADU) Kişilerarası Duyarlık: 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73 (9 madde)
- 4) (DEPR) Depresyon: 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79 (13 madde)
- 5) (KAYG) Kaygı: 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86 (10 madde)
- 6) (DÜŞM) Düşmanlık: 11, 24, 63, 67, 74, 81 (6 madde)
- 7) (FOKA) Fobik Kaygı: 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82 (7 madde)
- 8) (PADÜ) Paranoid Düşünce: 8, 18, 43, 68, 76, 83 (6 madde)
- 9) (PSİK) Psicotizm: 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90 (10 madde)
- 10) (EKÖL) Ek Ölçek: 19, 44, 59, 60, 64, 66, 89 (7 madde)

Ek 2: KİŞİSEL BİLGİ ANKETİ

1. Cinsiyetiniz: Kız () Erkek ()

2. Yaşınız:

3. Medeni durumunuz:

a. Evli () b. Bekar () c. Boşanmış () d. Dul

4. Anne – Babanızın öğrenim durumu

	ANNE	BABA
Okuma-yazma bilmiyor	()	()
İlkokul	()	()
Ortaokul	()	()
Lise	()	()
Üniversite	()	()

5. Size karşı anne ve babanızın genel tutumu:

a. Koruyucu () b. Demokratik () c. İlgisiz () d. Otoriter ()

6- Sosyoekonomik düzeyiniz:

a- Düşük b- Orta c- Yüksek d- Çok yüksek

7. Göç yaşantısı durumu: Var () Yok ()