



## CEZAEVİ POPÜLASYONUNDA DÜNYA ÖRNEKLERİYLE RUH SAĞLIĞI UYGULAMALARI VE YOL HARİTASI

Burak AMİL<sup>1</sup> , Yasin Hasan BALCIOĞLU<sup>2</sup> , Fatih ÖNCÜ<sup>3</sup> 

### Makalenin

**Geliş Tarihi:**  
28.10.2021

**Kabul Tarihi:**  
26.11.2021

**Yayın Tarihi:**  
27.12.2021

### Atıf/Citation:

Amil, B., Balcioğlu, Y. H. ve Öncü, F. (2021). Cezaevi popülasyonunda dünya örnekleriyle ruh sağlığı uygulamaları ve yol haritası. *Current Research and Reviews in Psychology and Psychiatry*, 1(1), 46-76.

### ÖZ

Cezaevi popülasyonunda ruh sağlığı hizmetlerinin ve uygulamalarının önemi her geçen gün daha fazla artmaktadır. Gerek mahkûmların sağlık sorunlarının tespiti gerek cezaevlerinin huzur ve güven ortamının sağlanması gerekse suç işlemiş bireyleri yeniden suçtan uzak tutabilecek rehabilitasyon süreçlerinin devamlılığı açısından cezaevlerinde nitelikli ruh sağlığı hizmetine ulaşımın kolaylaşması gerekir. Cezaevlerinin kendine özgü koşul ve dinamiklerinden kaynaklanan birtakım güçlükler cezaevi popülasyonuna ruh sağlığı hizmetlerini ulaştırma açısından çeşitli sorunlar yaratabilir. Bununla birlikte dünyanın farklı ülkelerinde cezaevlerinde ruh sağlığı uygulamalarını başarıyla yürüten örnekler de mevcuttur. Uygur bir toplum düzeninin gereği olarak cezaevi ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik insan hakları temelli ve bilimsel yöntemi esas alan kapsamlı politikalara ihtiyaç vardır. Bu politikaların oluşturulmasında konunun paydaşlarının görüşlerini içeren ve dünyadaki farklı uygulamaları harmanlayan bütünlüklü bir anlayış esas alınmalıdır. Ruh sağlığı hizmetlerine yönelik yürütücü organizasyon şemasıyla başlayan ve mahkûmla gerçekleştirilen ilk görüşmeden cezaevi sonrası müdahalelere kadar her basamağı ayrıntılı şekilde planlanmış bir politikanın cezaevlerinde yaşanan ruh sağlığı temelli sorunları en aza indireceği öngörülebilir. Ayrıca ruhsal bozuklukların türüne göre farklılaşan tanı ve tedavi süreçlerinin mahkûmlara sağlanabilmesi büyük önem taşımaktadır. Bununla birlikte kadın, çocuk ve yaşlı mahkûmlar, cinsel ya da yineleyici suç işleyenler ve toplumsal cinsiyete uymayan bireyler gibi özel gereksinimi olan grupların da kendilerine özgü ruhsal ihtiyaçlarının iyi bilinmesi ve bu ihtiyaçların olabildiğince karşılanması gerekir. Bütün bu hizmetleri uygulayacak nitelikli personelin eğitimi de cezaevlerinde ruh sağlığı hizmetlerinin niteliğinin artması açısından kilit

<sup>1</sup>Arş. Gör., Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye, [bamil@medipol.edu.tr](mailto:bamil@medipol.edu.tr)

<sup>2</sup>Uzm. Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adli Psikiyatri Ünitesi, İstanbul, Türkiye, [yhasanbalcioglu@gmail.com](mailto:yhasanbalcioglu@gmail.com)

<sup>3</sup>Prof. Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adli Psikiyatri Ünitesi, İstanbul, Türkiye, [fatihoncu@yahoo.com](mailto:fatihoncu@yahoo.com)

noktalardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yazıda da cezaevlerinde ruh sağlığı hizmetlerini geliştirmeye odaklanan bir yol haritasının sunulması amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Adli Psikiyatri, Cezaevi Ruh Sağlığı, Cezaevi Hizmetleri, Mahkûm, Rehabilitasyon Psikiyatrisi

## MENTAL HEALTH PRACTICES AND ROADMAP IN PRISON POPULATION WITH WORLD EXAMPLES

### ABSTRACT

The importance of mental health practices for the prison population is increasing day by day. Access to quality mental health services in prisons should be enhanced to identify health problems of prisoners, ensure peace and security of the setting and provide sustainable rehabilitation processes that can keep prisoners away from recidivism. A number of difficulties arising from the unique circumstances and dynamics of prisons can possess various problems in terms of delivering mental health services to the prison population. On the other hand, there are examples of successful mental health practices in prisons of different countries of the world. As a requirement of a civilized society, comprehensive policies based on human rights and scientific method are needed to improve prison mental health services. In the formation of these policies, a holistic understanding that includes the views of the addressees of the issue and blends different examples from the world should be taken as a basis. It can be envisaged that a policy that starts with the executive organization chart for mental health services and is planned in detail at every step, from the first interview with the prisoner to post-prison interventions, will minimize the mental health-based problems experienced in prisons. In addition, it is of great importance to provide prisoners with diagnosis and treatment processes that differ according to the type of mental disorders. In addition, an awareness should be raised for the needs of special groups such as women, children, elderly, sexual or repetitive offenders, or gender-nonconforming prisoners and their needs to be met. The training of qualified personnel who will implement all these services is one of the key points in terms of increasing the quality of mental health services in prisons. In this article, it is aimed to present a roadmap that focuses on improving mental health services in prisons.

**Keywords:** Forensic Psychiatry, Prison Mental Health, Prison Services, Inmate, Correctional Psychiatry

### Sorumlu Yazar:

Yasin Hasan BALCIOĞLU\*

\*Uzm. Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adli Psikiyatri Ünitesi, İstanbul, Türkiye, [yhasanbalcioglu@gmail.com](mailto:yhasanbalcioglu@gmail.com)

“Bir toplumdaki uygarlık derecesi, hapishanelerine girilerek değerlendirilebilir.”

Fyodor Dostoyevski

## GİRİŞ

Dünya genelinde yaklaşık 11 milyon kişi cezaevlerinde tutuklu veya hükümlü olarak bulunmaktadır (Walmsley, 2018). Cezaevi popülasyonundaki sayıca yükselişin yanı sıra ceza sürelerinin artışına dair çeşitli bulgular da söz konusudur. Örneğin, İngiltere verilerinden hazırlanan bir raporda, Haziran 2019-Haziran 2020 döneminde 10 yıl ve üzeri ceza verilen mahkûm sayısının 2017-18 yıllarının aynı dönemine göre tam üç kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Prison Reform Trust, 2021). Cezaevi popülasyonundaki bu artış, son yıllarda tutuklu ve hükümlülerin psikopatolojik ve psikososyal özelliklerine ve gereksinimlerine olan ilgiyi arttırmıştır. Cezaevlerinde ruhsal bozukluk prevalansının genel popülasyona oranla daha yüksek olduğuna ilişkin de veriler mevcuttur. Özellikle psikotik bozukluklar, major depresif bozukluk, alkol-madde kullanım bozuklukları ve intihar girişimlerinin cezaevi popülasyonunda genel popülasyona göre daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Fazel ve ark., 2016). Bu durumun bir yansıması olarak, cezaevlerinde ruhsal desteğe ihtiyaç duyan tutuklu ve hükümlülerin bu ihtiyaçlarının bir organizasyon şeması dahilinde karşılanması yadsınamaz bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu ihtiyaçların karşılanamadığı hallerde sadece ruhsal bozukluğu olan mahkûmların değil ruhsal bozukluğu bulunmayan mahkûmların da bu eksiklikten olumsuz etkileneceği açıktır.

2020 yılına ait Avrupa Konseyi'nin yayımladığı ceza istatistiklerine göre, 31 Ocak 2020 tarihi itibarıyla 100 bin kişide 357.2 tutuklu ve mahkûm sayısı ile Türkiye, Avrupa ülkeleri arasında ilk sıradadır (Aebi & Tiago, 2020). Yine aynı rapora göre cezaevlerindeki yoğunluk bakımından da Türkiye Avrupa ülkeleri arasında ilk sıradadır. Ülkemizdeki ceza infaz kurumlarındaki bu yoğunluk, sağlık hizmetlerine erişimde, rehabilitasyon çalışmalarında ve ceza infaz süreçlerinin işleyişinde aksama tehlikesini ortaya çıkarmakta, bunlara bir de ruhsal bozuklukların yönetiminde yaşanan sorunlar eklendiğinde cezaevlerinin huzur ve güvenliğinin bu durumdan olumsuz etkilenmesi kaçınılmaz gözükmektedir. Bu bağlamda şeffaf ve iş birlikçi bir yaklaşımla cezaevlerinde ruh sağlığı hizmetlerini iyileştirmeye yönelik atılacak adımların uzun vadede toplumsal huzur ve psikososyal iyilik haline de katkı sağlayacağı düşünülebilir (McLeod ve ark., 2020).

Dünyanın farklı ülkelerinde cezaevi ruh sağlığı hizmetleri ve uygulamalarına dair kimi noktalarda birbirine benzeyen kimi noktalarda ise ilgili ülkenin kendi dinamiklerine bağlı olarak özgün sayılabilecek yaklaşımlar mevcuttur. Bu yazıda, dünya örnekleri üzerinden cezaevlerinde ruh sağlığı uygulamalarına genel bir perspektiften bakılması ve bu sayede ülkemizdeki cezaevi ruh sağlığı hizmetleri ve uygulamalarına yönelik program ve model geliştirme çalışmalarına ışık tutulması amaçlanmıştır. Ayrıca bazı ruhsal bozukluk türlerine özgü ve kadınlar, yaşlılar, çocuk ve ergenler gibi özel grupların ihtiyaçlarına yönelik geliştirilen uygulama örnekleri gözden geçirilecektir.

## Yöntem

MEDLINE ve EMBASE veritabanları sistematik olarak tarandı. 1989-2021 yılları arasında yayımlanmış çalışmaların verileri yazıya dahil edildi. Prison, mental health, incarceration, inmates, psychiatric interventions, psychotic disorders, affective disorders, suicide, self-harm, alcohol and drug dependence, women, juvenile, old age, sexual assault, recidivism ve konu ile ilişkili diğer anahtar kelimeler farklı kombinasyonlarda aratıldı. Yalnızca İngilizce dilinde yayımlanmış çalışmalar yazıya dahil edilirken yayımlanmamış tezler ve konferans sunumları dahil edilmedi. Uluslararası nitelikteki ve ülkelerin münferit cezaevi ruh sağlığı uygulamalarına yönelik kılavuzları ve yayımlanmış verileri gözden geçirildi.

### 1. Cezaevi Ruh Sağlığı Hizmetlerine Dair Temel İlkeler ve Uygulamalar

Uluslararası belge ve sözleşmelerde mahkûmların haklarına ilişkin çok sayıda ifade yer almaktadır. Cezaevi ruh sağlığı hizmetlerini düzenlerken evrensel etik değerlere sadık kalabilmek adına bu ifadelerin özümsemesine ihtiyaç vardır. Bu uluslararası belgelerden biri de Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi'dir. 16 Aralık 1966'da Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu tarafından kabul edilen bu sözleşmede Türkiye'nin de imzası bulunmaktadır. İlgili sözleşmenin 12. maddesinde "herkesin en yüksek düzeyde beden ve ruh sağlığına sahip olma hakkı vardır" ifadesi dikkat çekmektedir (UN General Assembly, 1966). Bu maddeden hareketle cezaevi popülasyonunun genel popülasyonla eşit sağlık hizmeti alma hakkına sahip olduğu görülmektedir. 1955 yılında Cenevre'de BM konferansı tarafından kabul edilen ve yine Türkiye'nin de kabul ettiği Mahkûmlara Uygulanacak Muameleye İlişkin Standart Asgari Kurallar belgesinin 22. kuralının ilk maddesi ise şu şekildedir: "Her kurumda, psikiyatriden de anlayan en az bir nitelikli sağlık görevlisi hizmet verir. Kurumdaki sağlık hizmetleri, toplumun veya ulusun genel sağlık yönetimiyle yakın ilişki içinde düzenlenir. Kurumdaki sağlık hizmetleri, psikiyatrik vakalarda teşhisi ve gerektiğinde ruh sağlığındaki normal dışı olan halleri tedavi etmeye imkân verecek şekilde düzenlenir." (TBMM İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2014 yılında hazırladığı cezaevlerinde ruh sağlığı raporunda da yer verilen ve BM tarafından 2015 yılında kabul edilen Nelson Mandela kurallarında sözü edilen temel ilkelere göre de cezaevlerinde ruh sağlığı uygulamalarına yer verirken ilk olarak herhangi bir din, dil, ırk, cinsiyet, cinsel yönelim, ideoloji, sosyoekonomik statü ayrımı yapmadan her hükümlünün ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanma hakkı olduğu vurgulanmaktadır (Enggist ve ark., 2014; McCall-Smith, 2016). Yine Kanada cezaevlerindeki uygulamalara yönelik hazırlanan ruh sağlığı stratejisi belgesinde de benzer ilkelere atıf olduğu görülmektedir. Bu belgede cezaevi ruh sağlığı hizmetlerinin toplumun genel standartlarından farklı olamayacağı, danışan merkezli ve gruplara özgü (kadın, çocuk-ergen, yaşlı vs.) ihtiyaçları karşılayabilen bir ruh sağlığı sisteminin oluşturulması gerektiği, damgalamadan uzak bir anlayışın sisteme yerleşmesi ve cezaevi sonrasına da devam edebilecek bir ruh sağlığı hizmetinin sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır (A Federal-Provincial-Territorial Partnership, 2010).

### **1.1. Organizasyon Şeması**

Bu evrensel ilkelerin ortaya koyulmasından sonra gündeme gelebilecek ana konulardan biri mevcut cezaevi ruh sağlığı sisteminin idaresinin hangi kurum tarafından sürdürüleceğidir. Avrupa ülkelerinde bu konuda farklılıklar olduğu göze çarpmaktadır. Avusturya, Belçika, Danimarka, Hollanda, İspanya, İsveç gibi ülkelerde cezaevi ruh sağlığı sisteminin idaresi Adalet Bakanlığı ve cezaevi yönetiminin kontrolünderken; İngiltere, Fransa, İzlanda ve Norveç gibi ülkelerde süreç Sağlık Bakanlığı eliyle yürütülmektedir. Macaristan, Lüksemburg, Slovenya ve İtalya'da ise her iki Bakanlığın da sorumluluk aldığı karma bir yapı mevcuttur (Dressing & Salize, 2009). Bu konuya ilişkin çalışmalarda cezaevlerindeki sağlık sisteminin Sağlık Bakanlığı ve mevcut halk sağlığı sistemi idaresinde olmasının mahkûmlara daha hızlı ve etkili sağlık hizmeti sunulması açısından faydalı olduğu bildirilmiştir (Enggist ve ark., 2014). Türkiye'de ise cezaevi ruh sağlığı hizmetleri idari olarak Adalet Bakanlığı kontrolünde olmakla birlikte aile hekimi ve gerektiğinde psikiyatri uzmanı görevlendirilmesi Sağlık Bakanlığı yetkisindedir. Mahkûmlar ihtiyaç duyulduğu takdirde kurum dışı yönlendirmeye Sağlık Bakanlığı kuruluşlarına yönlendirilmektedirler (Türkiye Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı, 2017). Bu yönüyle ülkemizdeki sistemin karma bir tarafı olduğu da düşünülebilir ancak ilgili sistemin karar vericisi ve politika üreticisi olarak yine de tek yetkili mercii Adalet Bakanlığı'dır. Buradaki ikilemin Türkiye'ye has olmadığı açıktır. Tüm dünyada konunun muhatabı araştırmacılar tarafından organizasyon şemasına ilişkin ideal modelin nasıl olması gerektiği tartışılmaktadır.

Genel hatlarıyla üzerinde uzlaşılan konulardan biri her ülkede Sağlık Bakanlığı'nın personel desteği konusunda aktif rol oynamasının gerekliliğidir. Genel popülasyona sağlık hizmeti veren personelin cezaevlerinde dönüşümlü çalışması söz konusu olabileceği gibi cezaevlerine ait kalıcı sağlık personeli modeli de benimsenebilir. Bu noktada esas önemli olan genel popülasyona hizmet veren tıbbi personel ile cezaevlerine sağlık hizmeti veren tıbbi personelin mesleki nitelik ve eğitim düzeyi bakımından aynı standartlara sahip olmasıdır. Örneğin, Finlandiya'da her hekim meslek hayatının bir döneminde zorunlu olarak cezaevi rotasyonunda çalışmakta ve tüm hekimlerin cezaevi sağlık hizmeti pratiğine aşina olmaları hedeflenmektedir. Keza Portekiz'de zorunlu olmamakla birlikte benzer bir uygulama söz konusudur (World Health Organization, 2020).

Sonuç olarak yönetim ve organizasyon şeması bakımından tek başına ideal bir sistem bulunmadığı görülmektedir. Cezaevi sağlık hizmetlerini yürüten tüm paydaşların iş birliği ve şeffaf iletişim içinde süreci yönetmeleri, cezaevi ruh sağlığı hizmetlerinin temel ilkelerinin kurumlar tarafından benimsenmesi, hizmet planlarının konunun muhatabı sağlık ve adalet sisteminin farklı bileşenlerinden görüş alınarak oluşturulması, oluşturulan sistemin periyodik olarak denetlenmesi ve karşılaşılan olası eksiklerin hızlıca giderilmesi için gerekli adımların ortak akılla atılması daha etkili bir cezaevi sağlık politikasına ve haliyle daha başarılı bir cezaevi ruh sağlığı sistemine zemin hazırlayacaktır (World Health Organisation, 2013).

## *1.2. Cezaevlerinde Ruh Sağlığı Hizmet Kapasitesi, Hizmet Veren Personelin Sayısı ve Dağılımı*

Cezaevlerinde gerek ruh sağlığı hizmeti veren gerekse diğer cezaevi hizmetlerini yürüten personelin sayısı ve mahkûm sayısına oranı nitelikli hizmet sunumu açısından büyük önem taşımaktadır. Türkiye’de 2019 yılı Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 300 bine yakın tutuklu ve hükümlü bulunmakta olup (Türkiye İstatistik Kurumu, 2019) cezaevinde görevli tüm personel sayısı Adalet Bakanlığı verilerine göre 70 bin düzeyindedir (T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, 2021). 70 bin personelin içinde 842 psikolog, 270 sosyal çalışmacı bulunmaktadır. Güncel verilere göre ülkemizdeki cezaevlerinde bulunan yaklaşık her 350 mahkûma 1 psikolog, her 1100 mahkûma 1 sosyal çalışmacı hizmet vermektedir. Sağlık memuru ve diğer sağlık personeli sayısı ise toplam 889 olarak bildirilmiştir. Bununla birlikte pratik uygulamada cezaevlerinde kadrolu çalışan psikologların mahkûmların cezaevine giriş görüşmesini yaptıktan sonra talebe bağlı görüşme gerçekleştirdikleri ve bu görüşmelerin de oldukça seyrek olduğu bilinmektedir. Ülkemizdeki cezaevlerinde bulunan yüksek yoğunluklu mahkûm popülasyonu göz önünde bulundurulduğunda, psikososyal destek sağlayacak ve istihdam edilmiş personel sayısının yetersiz olduğu göze çarpmakta, ayrıca pratikte aktif rol oynayan ruh sağlığı çalışanlarının mahkûmlarla olan etkileşiminin de ne yazık ki istenen verimlilik düzeyine erişemediği tecrübe edilmektedir. Ülkemizde mevcut uygulamada, rehabilitasyon tipi ceza infaz kurumları hariç halen cezaevlerinde kadrolu çalışan psikiyatri uzmanı bulunmamakla birlikte Sağlık Bakanlığı’na bağlı psikiyatri uzmanı hekimler, bazı cezaevlerine görevlendirilerek periyodik şekilde ruh sağlığı hizmeti verebilmektedir. Bazı ceza infaz kurumlarında ise kurum kampüsünde yer alan ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde psikiyatri uzmanları görev yapmakta olup mahkûmların psikiyatrik değerlendirme ve tedavi süreçlerini yönetmektedir. Bu duruma örnek olarak, yaklaşık 11 bin kişi kapasiteli Silivri Ceza İnfaz Kurumu kampüsünde yer alan Silivri Ceza İnfaz Kurumu Devlet Hastanesi verilebilir. Bu hastanede 1 adet psikiyatri uzmanı çalışmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Silivri Ceza İnfaz Kurumu Devlet Hastanesi, 2021). Türkiye’de fiziksel veya ruhsal engelli hükümlü ve tutukluların cezalarının infazı ve tedavilerini sağlamak amacıyla açılan 2 rehabilitasyon (R) tipi cezaevinden İstanbul’da bulunan Metris Ceza İnfaz Kurumu bünyesindeki R tipi rehabilitasyon merkezinde 150 kişilik mahkûm kapasitesi mevcut olup 4 pratisyen hekim, 1 psikiyatri uzmanı ve 1 adet fizyoterapist görev yapmaktadır (T.C. Adalet Bakanlığı Metris 2 Nolu Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Müdürlüğü, 2021). İzmir’de bulunan Menemen R Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu’nda ise sağlık faaliyetleri kurum tabipliği tarafından yürütülmektedir (T.C. Adalet Bakanlığı Menemen R Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Müdürlüğü, 2021). Kurum tabipliğinde kadrolu 2 doktor, 1 geçici görevli dış hekimi, kadrolu 8 sağlık memuru, ayrıca sağlık hizmetlerinde yardımcı olması için 2 infaz ve koruma memuru görev yapmaktadır. Psikiyatri ve diğer branşların uzman hekimleri ise Sağlık Bakanlığı’nca haftanın belli günleri görevlendirilerek bu kurumda çalışmaktadır.

Türkiye’deki cezaevlerinde ruh sağlığı hizmet ve uygulamalarının kapasitesini ve ruh sağlığı hizmeti veren personel sayısının ve dağılımının diğer ülkelerdeki verilerle karşılaştırmalı değerlendirilmesinin, ruh sağlığı uygulamaların ülkemizde geliştirilmesi ve iyileştirilmesi hususunda faydalı olacağı kanaatindeyiz. Bu kapsamda, tam zamanlı çalışan cezaevi sağlık personeline ait Avrupa verileri incelendiğinde 1000 mahkûm başına düşen psikiyatrist sayısı



Belçika'da 3.4 iken Çek Cumhuriyeti'nde sadece 0.2'dir. Psikolog sayılarında ise 1000 mahkûma İzlanda'da 14.6 psikolog düşerken Lüksemburg'da bu sayı 0.2'dir. Toplam hekim sayısı açısından ise İtalya 1000 mahkûma 29 doktor sayı ile Avrupa ülkelerinde başı çekmekte, İrlanda'da ise 3 olarak kalmaktadır. Macaristan'da 1000 mahkûma yaklaşık 42 hemşire hizmet verirken Bulgaristan'da bu sayı yaklaşık 7'dir. Bazı Avrupa ülkelerinde ise henüz erişilebilir veri olmadığı göze çarpmaktadır. Avrupa ülkelerinde bulunan psikiyatri yataklarına bakıldığında mahkûm başına en yüksek sayı Belçika'da (1000 mahkûma 41 yatak) bildirilmiş olup 2005 verileri itibarı ile İngiltere, Fransa, İzlanda, İrlanda, Norveç, Slovenya'nın da aralarında bulunduğu bazı ülkelerdeki cezaevlerinde ise psikiyatri yatağı bulunmamaktadır. Bu ülkelerde mahkûmların psikiyatrik açıdan hastanede yatarak değerlendirilmelerine ihtiyaç duyulan hallerde ruh sağlığı hizmetleri güvenli hastanelerde, hastanelerin özelleşmiş bölümlerinde veya cezaevlerinin genel tıbbi yataklı birimlerinde sürdürülmektedir (Salize ve ark., 2007). İngiltere ve Galler'deki cezaevi ruh sağlığı servisleri arasındaki çeşitlilikleri inceleyen bir çalışmaya göre ise ilgili ülkelerin cezaevlerinde ortalama 500 mahkûma tam zamanlı çalışan bir psikiyatri hemşiresi ve 3700 mahkûma ise bir psikiyatri uzmanı düşmektedir (Forrester ve ark., 2013). ABD'de ise, eyaletler arası farklılıkların bulunduğu bilinmekle birlikte cezaevi ruh sağlığı çalışan sayılarına ilişkin tutarlı ve erişilebilir veriler bulunamamıştır.

Türkiye ve Dünya verileri incelendiğinde personel sayılarıyla ilgili ülkeden ülkeye hatta aynı ülkenin kurumları arasında bile önemli farklılıklar olduğu görülebilir. Neticede nihai hedef mahkûmların ruh sağlığı ihtiyaçlarını karşılayabilecek hizmet kapasitesini ve nitelikli personel sayısını olabildiğince artırmaktır. Cezaevi ruh sağlığı politikaları oluşturulurken bu planlamaların yapılması; yapılandırılmış hizmet içi eğitimlerin düzenli şekilde yürütülmesi, cezaevi bünyesinde kurulacak ruh sağlığı birimlerinin artırılması ve hemşire, psikolog, sosyal çalışmacılar ve psikiyatristleri bu birimlerde çalışmalarını konusunda teşvik edebilecek sosyal ve ekonomik formüllerin üretilmesi gerekir.

### **1.3. İlk Değerlendirme**

Mahkûmun cezaevine kabulünden sonra ilk ruhsal durum değerlendirmesinin önemi büyüktür. Bu değerlendirme genellikle kişinin ruhsal bozukluk varlığından bağımsız şekilde rutin olarak gerçekleştirilmektedir. Ancak burada ilk değerlendirmeyi yapacak personelin kim olacağı önemli bir sorudur. Dünya uygulamalarına bakıldığında, ilk değerlendirmeyi yapan kişinin tıbbi ekipte yer almayan personelden psikiyatri uzmanlarına kadar farklılaşabildiği görülmektedir. Yunanistan ve Slovenya'da tıbbi ekipten olmayan personel ilk değerlendirmeyi yaparken Çek Cumhuriyeti, Litvanya ve İsveç'te klinik psikolog veya psikiyatristler ilk değerlendirmeyi yapmaktadır. Avrupa genelinde çoğunlukla kabul gören uygulama ise hemşireler ya da pratisyen hekimlerin ilk değerlendirmeyi yapmasıdır (Dressing & Salize, 2009). Burada Britanya'da bulunan Shropshire yerel idaresinin mevcut uygulamalarına bir parantez açılabilir. İlgili bölgede basamaklı bir sistem uygulanmaktadır. Cezaevi koşullarında ilk değerlendirmeyi alanında uzman hemşirelerin yaptığı bu sistemde ruhsal durum değerlendirmesi, risk taraması, yapılandırılmış bire bir desteğin sağlanması ve müdahale ihtiyacına dair tespitler ilk görüşmede şekillendirilmektedir. Eğer kişinin üst bir birime sevkine karar verilirse hızlıca tutuklu birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinden sorumlu pratisyen hekime yönlendirilmektedir. Buradaki

değerlendirmeye göre de gerekli görülürse ikinci basamakta psikiyatrist ve ekibine sevk gündeme gelebilmektedir (Shropshire Community Health NHS Trust, 2018).

Birleşik Krallık parlamentosu avam kamarası raporlarına göre mahkûmların ruh sağlığı ihtiyaçlarının ilk görüşmede yaklaşık %75 oranında ıskalandığına dair çarpıcı bir veri dikkat çekmektedir (House of Commons Committee of Public Accounts, 2017). Haliyle ilk değerlendirmede ruhsal bozukluğu olan kimseler ile çalışma deneyimi bulunan ve bu konuda yeterli eğitimi olan tıbbi personelin yer alması mahkûmların ruh sağlığına yönelik ihtiyaçların ıskalanmasını önleyecektir. Yine bir çalışmada gösterildiği gibi ideal olan sistem ruh sağlığı taramasının alanında uzman ve cezaevi sistemi içindeki insanlarla çalışma deneyimi olan ruh sağlığı profesyonelleri tarafından yapılmasıdır (Georgiou & Townsend, 2019).

#### *1.4. Akut Müdahaleler*

Cezaevi ruh sağlığı uygulamaları içerisinde hayati öneme sahip konulardan biri ajitasyon-eksitasyon durumlarında ya da akut psikotik veya manik epizod hallerinde müdahalenin hızlı ve etkili biçimde gerçekleştirilebilmesidir. Burada müdahalenin nerede yapılacağına dair farklı uygulamalar söz konusudur. Akut tablolarda çoğu zaman yatarak tedavi gerektiği için mahkûmun adli nitelikteki bir sağlık kuruluşuna mı, sivil psikiyatri hastanesine mi sevk edileceği yoksa cezaevi bünyesindeki bir hastanede mi bakım göreceği önceden planlanmalıdır. Çoğunlukla uygulamada olan model mahkûmların cezaevi hastanesinde tedavi görmesi ya da psikiyatri hastanelerine sevki üzerinedir. Finlandiya, Almanya, Macaristan, Polonya ve Portekiz’de sistem bu şekilde işlemektedir (Dressing & Salize, 2009).

Cezaevinde ruh sağlığı hizmetine ihtiyaç duyan mahkûmlara bu hizmetin cezaevinde mi yoksa psikiyatri hastanelerinde mi verileceğine ilişkin Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) yapılan çalışmalar son yıllarda ruh sağlığı uygulamalarının giderek cezaevi bünyesine taşındığını göstermektedir (Lamb & Weinberger, 2005). Öyle ki ABD’deki eyalet ruh sağlığı hastanelerindeki yatak sayısı 1955 yılında 559 bin iken 2000 yılında 59.403’e gerilemiştir. Oysa aynı dönemde ülke nüfusu 165 milyondan 273 milyona yükselmiştir (Foley ve ark., 2006). Bu veriler ruh sağlığı hizmetlerinin sadece cezaevi popülasyonu için değil genel popülasyon için de geçmişe oranla çok daha fazla ölçüde toplum içinde gerçekleştirildiğine ve psikiyatri hastanesinde uzun soluklu yatarak tedavi görme ihtiyacının giderek azaldığına kanıt oluşturur niteliktedir. Cezaevi popülasyonunun artışı ve ruhsal bozukluğu olan mahkûm sayısının da yükselmesinden hareketle California, Colorado, Connecticut, New York ve Wisconsin eyaletlerinin cezaevi ruh sağlığı sistemindeki düzenlemeleri inceleyen bir derleme çalışmasında da ilgili eyaletlerdeki cezaevi ruh sağlığı servislerinin ihtiyaç doğrultusunda kapasite artışına gittiği ve hizmet niteliğini de yükselttikleri görülmüştür (Maier & Fulton, 1998).

Yukarıdaki örneklerden de anlaşılacağı gibi hem akut hem de uzun soluklu müdahaleler için cezaevi koşullarında ruh sağlığı uygulamalarını daha nitelikli hale getirebilmek hem hastaya daha hızlı müdahale edilmesini sağlayacak hem de hastanın dış bir merkeze sevk edilmesi ve tedavi sonrası tekrar cezaevine dönmesi sürecinde yaşanabilecek olası aksaklıkları da en aza indirecektir. Her ne kadar tıbbi açıdan ruh sağlığı hizmetinin psikiyatri hastanelerinde daha kaliteli ve etkili biçimde sunulacağı düşünülse de mevcut örnekler bize toplum sağlığı hizmetleriyle iş birliği içinde olunması ve gerekli tıbbi personel ile ekonomik kaynak desteğinin



sağlanması halinde cezaevlerini mahkûmların ruh sağlığına yönelik ihtiyaçların giderilmesinde ana merkez olarak konumlandırılan bir modelin gayet sağlıklı biçimde işletilebileceğini göstermektedir.

### **2. Bazı Ruhsal Bozukluklara Özgü Cezaevi Ruh Sağlığı Uygulamaları ve Bu Bozuklukların Uzun Süreli Yönetimi**

En az akut psikiyatrik tablolara yaklaşım kadar önemli bir alan da mahkûmların kronik psikiyatrik bozukluklarının nasıl yönetileceği ve psikiyatrik bozuklukların türüne göre farklı müdahalelerin nasıl uygulanacağıdır. Cezaevi popülasyonunda özellikle psikotik bozuklukların, majör depresif bozukluğun, alkol-madde kullanım bozukluklarının, intihar ve kendine zarar verme davranışının hem görülme sıklığı hem de yarattıkları yönetim güçlüğü bakımından önemi büyüktür. Yine kişilik bozuklukları da cezaevi popülasyonunu oluşturan bireylerin suç kavramı ile olan ilişkilerini daha iyi anlayabilmek adına üzerine sıkça araştırma yapılan bir başlıktır. Bu bölümde sözü edilen ilgili bozukluklara özgü uygulamalar ve uzun soluklu yönetim yaklaşımlarına değinilecektir.

#### **2.1. Psikotik Bozukluklar**

Dünya genelinde cezaevi popülasyonunda psikotik bozukluk görülme oranı 24 ülkeden 33 bini aşkın katılımcılı 74 çalışmalık sistematik bir derlemeye göre %3.6 olarak bildirilmiştir (Fazel & Seewald, 2012). Cezaevlerinde psikotik bozukluk vakalarına yaklaşımda ilk adım sağlıklı tarama yöntemini kullanabilmek ve risk faktörlerine sahip mahkûmları tespit edebilmekten geçer. Kişinin birinci derece yakınlarında psikotik bozukluk öyküsünün varlığı, madde kullanım bozukluğu komorbiditesinin bulunması, düşük eğitim seviyesi, evsizlik ve işsizlik gibi durumlarla karşı karşıya kalması, sosyal desteğinin zayıf olması gibi etmenler psikotik bozukluk riskini artırabilirler (Jarrett ve ark., 2012). Haliyle mahkûmlarla görüşme yapan personelin risk faktörleri konusunda eğitilmiş ve bilgili olması büyük önem taşır. Bu nedenle cezaevi personelinin tıbbi ekipten olsun olmasın periyodik olarak eğitim görmesi önerilmektedir.

Amerika'nın Oklahoma eyaletindeki uygulamada ruh sağlığı hizmetleri kapsamında ruh sağlığı profesyonelleri cezaevi personeline ciddi ruhsal hastalığı olan mahkûmlarla çalışma konusunda farkındalık eğitimi vermektedir (Oklahoma Department of Corrections, 2021). Yine prodrom belirti ölçeklerinin kullanımı ile erken teşhis veya yönlendirmenin önemine atıfta bulunan çalışmalar mevcuttur (Chowdhury ve ark., 2019; Miller ve ark., 2002). Psikotik bozukluğun tanısının koyulmasından sonra antipsikotik ilaçlara ulaşımın kolay olması, tıbbi ekibin bu ilaçların uygulanması konusunda deneyim sahibi olması gerekir. Kanada cezaevi ruh sağlığı sistemi içerisinde serviste yatan hastaların tedavi planlarının oluşturulması ve takibinin sorumlu hekim tarafından yapılması konusu ilgili raporlarda özel bir şekilde belirtilmiştir ve tedavinin takip süreçleri periyodik olarak denetlenmektedir (A Federal-Provincial-Territorial Partnership, 2010).

Cezaevlerinde psikotik bozuklukların tedavisinde tıpkı klinik popülasyonda olduğu gibi farmakolojik ve psikoterapötik yaklaşımlar ön plana çıkmaktadır. Farmakolojik seçeneklere bakıldığında klinik açıdan kullanılması hedeflenen antipsikotiğe rahatlıkla erişim sağlanması oldukça önemlidir.

Psikolojik yaklaşımlar açısından cezaevlerinde ruhsal bozukluğu olan bireylerde bilişsel davranışçı terapi (BDT) temelli uygulamaların ön plana çıktığı görülmektedir. İran'dan 120 mahkûmun katıldığı bir çalışmada BDT uygulanan grupta psikolojik iyilik hali anlamlı olarak artmıştır (Khodayarifard ve ark., 2010). İngiltere'den bir vaka takdiminde ise psikotik bozukluk tanısı almamış ancak psikoz riski açısından tarama ölçeklerinde yüksek puan almış bir olguda BDT temelli bir yaklaşımla yürütülen terapi süreci ile risk skorları anlamlı şekilde düşürülmüş ve mahkûmun içgörüsü artmıştır (Huddy ve ark., 2016).

Tüm bu örnekler psikotik olgularda henüz tanı almamış ancak risk faktörleri taşıyan olgulardan kronik vakalara kadar geniş bir spektrumda tedavi ihtiyacı olan mahkûmlara farmakolojik ve psikolojik yaklaşımlarla müdahalenin önemini vurgulamaktadır.

## **2.2. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları**

Toplam 7563 mahkûmun verilerini içeren 13 çalışmanın gözden geçirildiği sistematik bir derlemeye göre mahkûmlar arası alkol kullanım bozukluğu prevalansı erkeklerde %18-30 arasında iken kadınlarda %10-24 arasındadır (Fazel ve ark., 2006). Aynı çalışmanın verilerine göre madde kullanım bozukluğu prevalansının ise erkek mahkûmlarda %10-48, kadın mahkûmlarda ise %30-60 arasında olduğu bildirilmiştir. Etiyopya'dan 347 mahkûmun katıldığı bir çalışmada ise mahkûmların %59,1'inin cezaevine girmeden önce alkol kullanım bozukluklarının olduğu tespit edilmiştir (Haile ve ark., 2020). Kenya'da yapılan 271 erkek ve 124 kadın mahkûmun katıldığı bir başka çalışmada ise yaşam boyu madde kullanımı oranı %66,1 olarak tespit edilmiştir (Kinyanjui & Atwoli, 2013). Tüm bu veriler cezaevi popülasyonunda alkol ve madde kullanım bozukluğu oranlarının genel popülasyona göre yüksek olduğunu göstermektedir. Buna bağlı olarak cezaevlerinde alkol ve madde kullanımına yönelik ilave uygulamaların ve rehabilitasyon programlarının hayata geçirilmesi büyük önem taşımaktadır.

ABD'deki Cezaevleri Federal Bürosu'nun verilerine göre ABD cezaevi sisteminde madde kullanım bozukluğuna yönelik genel yaklaşım, ilk görüşme ve izlem sonucunda madde kullanım bozukluğu tespit edilen mahkûmların bu bozukluğa yönelik bir eğitim programına dahil edilmesidir. Bunun dışında 12 haftalık BDT uygulaması içeren ve grup terapisi formatında bir program mevcuttur. Diğer bir program ise 9 aylık yoğun psikoterapi ve rehabilitasyon programdır. Bu programa dahil edilen mahkûmlar, günün yarısında BDT desteği alırken günün diğer yarısında mesleki etkinliklere, çeşitli uğraş ve eğitim alanlarına dağılarak sürekli bir faaliyet içinde bulunurlar. Bu programlar devam ederken medikal tedavi ihtiyacı bulunan mahkûmlara tedavi seçenekleri de profesyonel tıbbi ekip tarafından sağlanır (US Federal Bureau of Prisons, 2021).

İngiltere'deki cezaevlerinde madde kullanım bozukluğu olan bireylerin rehabilitasyonunda öncelikle tarama ve gruplandırma algoritması işletilir. Madde kullanım bozukluğu tespit edilen mahkûmlar opioid kullananlar, sadece non-opioid kullananlar, hem non-opioid hem alkol kullananlar ve sadece alkol kullananlar şeklinde 4 gruba ayrılırlar. Daha sonra bu gruplara yönelik klinik değerlendirme ile mahkûmların her birinin tedavi ihtiyacı belirlenir. Burada da 4 tedavi grubu söz konusudur. Azınlıkta olmakla birlikte bir gruba herhangi bir rehabilitasyon yaklaşımı uygulanmazken diğer 3 gruba ihtiyaçlarına göre sadece farmakolojik tedavi, sadece

psikososyal tedavi ve hem farmakolojik hem de psikososyal tedavi uygulanır. Son veriler İngiltere’de bu sistemle opioid bağımlılığı dışındaki gruplarda başarı oranlarının %40’ın üzerinde olduğunu opioid bağımlılığı grubunda ise oranın %14’te kaldığını göstermektedir (Public Health England, 2020).

Yeni Zelanda cezaevi sağlık hizmetleri bünyesinde de alkol ve madde kullanım bozukluğuna yönelik rehabilitasyon programları mevcuttur. Öncelikle mahkûmların alkol ve madde kullanım bozukluğuna yönelik taramaları ve kısa görüşmeleri gerçekleştirilir. Bu görüşmelerde tedavi ihtiyacı olan mahkûmlar hem cezaevi koşullarında hem de toplum içinde rehabilitasyon sürecine dahil olma konusunda cesaretlendirilirler. Daha sonra mahkûmlar ihtiyaçlarına göre farmakoterapi, grup terapisi, BDT uygulamaları gibi farklı birimlere dahil edilirler (New Zealand Department of Corrections, 2021).

DSÖ’nün cezaevlerinde alkol kullanım bozukluğunun yönetimine dair hazırladığı raporda da aydınlatıcı sistematik yaklaşımlar dikkat çekmektedir (World Health Organization, 2012). Mahkûmların cezaevine girmelerinden hemen sonra AUDIT gibi alkol kullanım bozukluğu tarama testleriyle ön değerlendirme yapılması, yoksunluk veya detoksifikasyon bulgularının olup olmadığının tespiti ilk aşamada oldukça faydalıdır. Ayrıca kişinin işlediği suçun veya alkolle olası şiddet eylemi davranışının tetiklenme riski varlığının tespiti de önemlidir çünkü alkolle ilişkili suçların sıklığına yönelik çalışmalarda farklı zamanlarda Belçika’da %20, Finlandiya’da %47 gibi oranlar tespit edilmiştir (P., 2007). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar, alkol kullanımı ile homisidal davranış arasında yakın ilişki bildirmiştir (Eriksson ve ark., 2011; Eronen ve ark., 1996; Rasanen ve ark., 1998; Schanda ve ark., 2004)

Alkol ve madde kullanım bozukluklarına ilişkin tedavi yaklaşımları açısından dünyada genel kabul görmüş farmakolojik ve psikolojik uygulamalara bakıldığında ülkeler arasında çeşitli farklılıklar olduğu söylenebilir. 11 ülkeden 49 çalışmalık sistematik bir derlemeye göre psikolojik yaklaşımlar açısından BDT, grup terapisi, motivasyonel görüşme, kabul ve kararlılık terapisi, meditasyon programları gibi farklı uygulamalar söz konusudur. Farmakolojik tedavilerde ise metadon, buprenorfin, nalokson, naltrekson ön plana çıkmaktadır (De Andrade ve ark., 2018).

Neticede tedavi yönteminin seçiminde vaka bazlı bir değerlendirmenin daha doğru olacağı ve bu nedenle her mahkûmun alkol-madde kullanım şablonuna ilişkin özgün analizler yapılması gerektiği görülmektedir. Bu bağlamda cezaevlerinde alkol-madde kullanım bozukluğuna ilişkin ruh sağlığı uygulamaları planlanırken mahkûmların farklı tedavi ihtiyaçları olabileceği ön kabulüyle planlama yapılmalı ve farklı tedavi seçeneklerinin uygulanması konusunda esnek ve yetkin bir sistem ve personel kadrosu oluşturulmalıdır.

### **2.3. Kişilik Bozuklukları**

Cezaevi popülasyonunda kişilik bozukluklarının prevalansı ve yönetimi, üzerine sıkça çalışılan bir konu olmakla birlikte bazı yönlerden tartışmalı bir alan olarak da dikkati çekmektedir. Psikiyatrik tanı dizgelerindeki kriterler göz önünde bulundurulduğunda, özellikle suç eylemine karışan bireylerin bazı ortak özellikleri üzerinden kolaylıkla bir kişilik bozukluğu grubuna dahil edilmeleri önemli bir sorun gibi gözükmektedir. Cezaevlerindeki mahkûmların genel popülasyona göre engellenme eşiklerinin düşük olması, saldırganlık ve şiddet davranışı

göstermeye yatkınlıkları, kurallara ve yasalara uyum sorunlarının daha fazla olması, yaşadıkları olumsuz deneyimlerden ders çıkarma becerilerinin yetersizliği bu bireyleri tanımlayıcı bir yaklaşımla potansiyel bir kişilik bozukluğu adayı yapabilir (Fazel ve ark., 2016). Nitekim İspanya’da yapılan ve 204 mahkûmun katıldığı bir çalışmada mahkûmların %49,5’i kişilik bozukluğu tanısı almıştır (Flórez ve ark., 2019). Cezaevlerinde gerçekten de bu kadar yüksek oranda kişilik bozukluğu tanısı olan mahkûmun bulunup bulunmadığı bir yana kişilik bozukluğu olan bireylerin cezaevlerinde uyum sorunları yaşayacaklarına ve kişilik bozukluğu bulunmayan mahkûmlara potansiyel tehdit oluşturabileceklerine dair bir kabul de söz konusudur. Oysa ABD merkezli 353 mahkûmun katıldığı bir çalışmanın bulgularına göre cezaevlerinde en sık görülen kişilik bozukluğu olduğu bildirilen antisosyal kişilik bozukluğunun (Coolidge ve ark., 2011), uyum bozukluğu ve şiddet eğilimi açısından yordayıcı olmadığı ve antisosyal kişilik özellikleri taşıyan mahkûmların diğer mahkûmlara kıyasla daha fazla şiddet eğilimi taşımadıkları gösterilmiştir (Edens ve ark., 2015). Bununla birlikte kişilik bozukluğu tanısı alan mahkûmların şiddet eğilimi taşıyıp taşıyamamalarından bağımsız olarak özgün ve yenilikçi bir yaklaşımla kendi ihtiyaçlarına uygun bir program dahilinde rehabilitasyon hizmetlerine katılmaları büyük bir gerekliliktir. Kişilik bozukluğu tanısı alan mahkûmların ruh sağlığı kaynaklarını daha fazla kullandıkları ve eksitasyon sıklıklarının daha fazla olduğu bilinmektedir (Rotter ve ark., 2002). Haliyle bu hastaların yönetiminde yapılacak iyileştirmeler ruh sağlığı hizmetlerinin zaman ve kaynak bakımından belirli bir mahkûm popülasyonu tarafından sürekli meşgul edilmesinin de önüne geçecek ve ruh sağlığı hizmetleri ihtiyacı olan tüm mahkûmlara daha dengeli şekilde sunulabilecektir.

Dünyada cezaevi popülasyonunda kişilik bozukluğu yönetimine ilişkin programlara bakıldığında Büyük Britanya’daki HMP Grendon örneği dikkat çekmektedir. 1962 yılında sadece antisosyal kişilik bozukluğu bulunan mahkûmlar için açılmış ve 233 mahkûmluk kapasitesi olan bu cezaevinde mahkûmların şiddet eğilimini azaltma ve davranış kontrolü yönetimlerini sağlayabilme anlamında özelleşmiş psikoterapötik eğitimler verilmektedir. Ayrıca ilgili merkezde mahkûmların kendine zarar verici davranışlarına yönelik çalışmalar da yapılmaktadır. Bu sayede 2020’nin ilk 9 ayında 2019’un aynı dönemine göre kendine zarar verici davranış oranlarında belirgin azalma gözlenmiştir (HM Chief Inspector of Prisons, 2021).

İngiltere merkezli bir başka uygulamada ise Borderline kişilik bozukluğu bulunan kadın mahkûmlar ile diyalektik davranışçı terapi programı aracılığıyla bir rehabilitasyon çalışması yapılmıştır. Programı tamamlayan mahkûmlarda kontrol grubuna göre psikometrik veriler anlamlı olarak iyileşmiş ve kendine zarar verici davranış anlamlı olarak azalmıştır (Nee & Farman, 2005). DSÖ’nün cezaevlerinde kişilik bozukluğuna yönelik uygulama önerilerine bakıldığında ise cezaevi personelinin farklı kişilik bozukluklarının davranış şablonları konusunda bilgi sahibi olmaları gerektiği önemle vurgulanmaktadır (Enggist ve ark., 2014).

Sonuç olarak kişilik bozukluklarının kendine özgü niteliklerinin sadece cezaevi koşullarında değil toplum içinde de bu bozukluklara sahip bireylerin yönetimini zorlaştırdığı görülmektedir. Öte yandan cezaevlerinde kişilik bozukluklarına yönelik özelleşmiş rehabilitasyon programlarının faydalı sonuçlar verdiği görülmektedir. Ayrıca bu konuda cezaevi personeline ve ruh sağlığı profesyonellerine yol gösterecek eğitim materyallerine de ihtiyaç vardır. Cezaevi popülasyonuna yönelik ruh sağlığı uygulamaları konusunda dünyada öncü konumda kabul

edilen ve bu alanda çok sayıda çalışmanın yürütüldüğü Birleşik Krallık'ta kişilik bozukluğu bulunan suçlulara yönelik hazırlanmış oldukça detaylı bir rehber bulunmaktadır (Her Majesty's Prison and Probation Service & NHS England, 2015). Türkiye'de de buna benzer bir materyalin hazırlanması cezaevi popülasyonunda kişilik bozukluklarının yönetimi açısından önemli bir başlangıç olabilir.

#### **2.4. Duygudurum Bozuklukları**

Duygudurum bozukluklarının erişkinlerde görülme oranı bir çalışmada yaklaşık %10 düzeyinde bildirilmiştir (Kessler ve ark., 2005). Bir başka çalışmaya göre en yaygın görülen duygudurum bozukluğu alt türü major depresif bozukluktur (Waraich ve ark., 2004). Bir suç nedeniyle cezaya çarptırılma ve cezaevine girme sürecinin bireylerde depresif duygudurumu artırdığını gösteren bulgular da söz konusudur (Nwaopara & Stanley, 2015). Ayrıca bipolar bozukluğu olan bireylerin manik epizod dönemlerinde suç eğilimlerinin artabileceği bildirilmiştir (Fovet ve ark., 2015). Bu bilgilerden hareketle cezaevi popülasyonunda cezaevine girmeden önce duygudurum bozukluğu bulunan bireylerin oranı genel popülasyona göre daha fazla olabileceği gibi cezaevine girdikten sonraki süreçte de bireylerin duygudurum epizodu yaşama ihtimallerinin artabileceği düşünülebilir. Ayrıca major depresif bozukluk varlığının cezaevi popülasyonunda mükerrer suç işleme eğilimini artırdığı bilinmektedir (Baillargeon ve ark., 2009). Yine major depresif bozukluğu olan ve madde kullanım bozukluğu bulunan mahkûmların bağımlılığa yönelik tedavi başarı oranları düşmektedir (Brown ve ark., 1998). Bu sebeplerle cezaevi popülasyonunda özellikle major depresif bozukluk ve bipolar bozukluk tanısı almış ya da bu bozukluklar açısından risk faktörlerine sahip mahkûmlara yönelik özellikli programlara ihtiyaç vardır.

Major depresif bozukluğu olan mahkûmlara yönelik ABD'nin Rhode Island eyalet hapishanesinde 8 haftalık bir grup temelli kişiler arası ilişkiler psikoterapisi programı uygulanmıştır. 38 mahkûmun katıldığı bu programda mahkûmların depresyon skorları program sonunda anlamlı olarak azalmıştır (Johnson & Zlotnick, 2012). Kuzey Florida'da 39 katılımcının tamamladığı 4 haftalık sanat terapisi programının da majör depresif bozukluğu olan mahkûmların depresif semptomlarında anlamlı gerileme sağladığı gösterilmiştir (Baillargeon ve ark., 2000). Major depresif bozukluğu olan mahkûmların tedavisinde farmakolojik açıdan hangi ajanların tercih edileceği de önemli bir sorudur. Her ne kadar bu sorunun cevabının vakadan vakaya değişkenlik göstereceği bilinse de ilaç uyumu açısından cezaevi popülasyonunu mercek altına alan bir çalışmada Texas cezaevlerinde kayıtlı ve antidepresan kullanımı olan 5.305 mahkûm arasında trisiklik antidepresanlara uyum serotonin geri alım inhibitörleri kullanan grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca erkek mahkûmlarda ve yaşlı mahkûmlarda da antidepresan uyumunun daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Baillargeon ve ark., 2000).

Cezaevlerinde bipolar bozukluğu olan mahkûmların tespiti için doğru tanısız araçların seçimi gerekmektedir. Ohio'da 526 mahkûmun katıldığı bir çalışmada duygudurum bozuklukları ölçeğinin (MDQ) bipolar bozukluk tip 1 alt grubunun tespitinde bipolar bozukluk tip 2 alt grubuna göre anlamlı olarak daha başarılı olduğu tespit edilmiştir (Fovet ve ark., 2015). Buna benzer tarama ölçeği handikaplarını aşabilmek adına detaylı klinik değerlendirmenin büyük önemi vardır. Çeşitli vakalarda uzun süreli izlem ile tanısı konan bipolar bozukluğun kesitsel



olarak cezaevi koşullarında atlanabileceği öngörülebilir. O nedenle bipolar bozukluk açısından mahkûmlarla görüşme yapılırken işlenen suçun niteliğinden aile öyküsüne; madde kullanımından antidepresan tedavi yanıtına kadar geniş bir perspektifte incelemeye ihtiyaç vardır.

Bipolar bozukluğu bulunan ve tedavi ihtiyacı tespit edilen mahkûmların tedavisinde farmakolojik tedaviye ihtiyaç duyuluyorsa burada hastayı değerlendiren hekimin tedavi kararının en az standart algoritmalara başvurarak yapılan tedavi tercihi kadar semptomları azaltmada ve ilaç uyumunu sağlamada etkili olduğu gösterilmiştir (Ehret ve ark., 2013). Haliyle farmakolojik tedavinin seçiminde mahkûmu değerlendiren klinisyenin klinik kanaatinin önemi büyüktür.

### **2.5. İntihar ve Kendine Zarar Verici Davranış**

İntihar ve kendine zarar verici davranış, cezaevlerinde meydana gelen ölümlerin en sık sebebi olarak bildirilmiştir (U.S. Department of Justice Office of Justice Programs Bureau of Justice Statistics, 2015). DSÖ'nün raporuna ve bu alanda yürütülen çok sayıda çalışmaya göre genç ve yaşlı erkekler, alkol-madde kullanım bozukluğu olan mahkûmlar, ruhsal bozukluğu olan mahkûmlar ve daha önce intihar öyküsü olan bireyler intihar açısından daha fazla risk taşımaktadırlar (Favril ve ark., 2020; Saavedra & López, 2015). Bu anlamda cezaevlerinde mahkûmların intihar riskini tanımlamaya ve intihar önleme programlarını hayata geçirmeye mutlak surette ihtiyaç vardır. Bu konuda gündeme gelebilecek örneklerden biri İngiliz modelidir. Hawton ve ark. yaptıkları çalışmada kendine zarar verme davranışının iyi bir intihar yordayıcısı olduğunu göstermişlerdir (Hawton ve ark., 2012). Bu anlamda mevcut model oluşturulurken önce cezaevinde kendine zarar verme eylemi bulunan kişilerin listesi çıkarılmış ve bu eylemlerin sıklığı tespit edilmiştir. Sonra bu kişilerle intihar riski tespit etme ve intihar riski olan kişilerle görüşme yapma konusunda eğitim almış personelin iletişim kurması sağlanmıştır. Ne var ki eğitimli personelin her kurumda bulunmaması devamlılık açısından bir sorun yaratmıştır. Cezaevi ortamında intihar riski tespiti ve intihar önleme stratejileri açısından yapılan çalışmalarda temel yaklaşım mahkûmun cezaevine girdiği andan itibaren mevcut ruhsal durumunun sağlıklı bir analizi, risk faktörlerinin tespiti, varsa ruhsal bozukluğa yönelik psikolojik ve farmakolojik tedavi planlarının oluşturulması ve psikososyal problemlere yönelik uzman ve akran desteğinin sağlanması gibi başlıkları esas almaktadır. Diğer başlıklarda ve İngiltere örneğinde de vurgulandığı gibi cezaevindeki intihar olaylarının önlenmesinde cezaevi personelinin sağlık ekibinden olsun olmasın intihar riskini değerlendirme ve intihar riski olan bireylerle çalışma konusunda eğitilmesi ve deneyim kazanması büyük önem taşımaktadır. Aksi takdirde hem risk taramasında sorun yaşanacak hem de intihar riski taşıyan mahkûmlarla doğru iletişim kurulması konusunda aksaklıklar yaşanacaktır (WHO Management of Mental and Brain Disorders Team & International Association for Suicide Prevention, 2007).

Fiziksel çevrenin de intihar riskine uygun olarak düzenlenmesi gerekir. Bu anlamda cezaevinin kamera ile doğrudan gözlemlenmesi ancak bu gözlemlenmenin de personel kontrolünün yerine geçmemesi ve mahkûmlara emosyonel destek sağlanarak anlatılması faydalı olacaktır (Paton & Jenkins, 2013). Cezaevlerinde izolasyonun da mahkûmların intihar eylemine yönelmeleri açısından bir risk oluşturduğu bilinmektedir. Şayet böyle bir gereklilik söz konusuysa mahkûmun düzenli olarak gözlemi sağlanmalıdır (Way ve ark., 2005). Eğer cezaevinde bir

intihar eylemi gerçekleşmişse ilk 4 hafta oldukça kritiktir. Özellikle genç mahkûmların akut dönemde gerçekleşen intihar girişiminin kopyası olabilecek intihar girişimlerinde bulunabilecekleri akılda tutulmalı ve cezaevi personeli bu konuda tetikte olmalıdır (Hales ve ark., 2003).

Cezaevinde bulunan kadın mahkûmların intihar girişimleriyle ilgili bazı özel durumlara da dikkat çekmek gerekir. Almanya’da yapılan bir çalışmada 2000-2013 yılları arasında kadın mahkûmlar arası intihar oranı 100 binde 53,5 olarak bildirilmiştir (Opitz-Welke ve ark., 2016). Kadın popülasyonunda intihar girişimleriyle çocukluk çağı travmaları arasında pozitif korelasyon olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Clements-Nolle ve ark., 2009; Roe-Sepowitz, 2007). O nedenle cezaevi popülasyonunda intihar riskine yaklaşırken travmatik yaşantı öyküsü olan kadın mahkûmların gözlemine özel bir önem vermek gerekmektedir. İntihar eylemini önleme haricinde de kadın hükümlüler başta olmak üzere çeşitli grupların kendilerine özgü birtakım özelliklerine göre cezaevlerinde ruh sağlığı uygulamalarının çeşitlendirilmesi bu gruplardaki mahkûmların ruh sağlığı yönetiminin niteliğini artıracaktır.

### 3. Özel Gruplar

#### 3.1. Kadın Hükümlüler

Dünya genelinde cezaevlerinde yaklaşık 700 bin kadın bulunduğu tahmin edilmektedir (Walmsley, 2015). Cezaevleri üzerine yapılan çalışmalarda kadınların cezaevi sistemi içerisinde sağlık sorunlarıyla yüzleşme ihtimali bakımından risk altındaki gruplardan biri olduğu gösterilmiştir (Davis & Pachiana, 2004). Kiev deklarasyonunda da belirtildiği üzere kadınların cezaevlerinde gebelik dönemi ya da menstrüasyon dönemi gibi özellikli koşulların gerektirdiği ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir. Bunun yanında cezaevlerinin erkek mahkûmları merkeze alan bir anlayışla yönetilmemesi ve kadınların mahremiyet, beslenme, hijyen, egzersiz olanakları gibi çeşitli alanlarda yüksek hassasiyet düzeyiyle hizmete arkabilmesi önemle vurgulanmaktadır. Kadınların cezaevlerinde ihtiyaç duyduğu başlıca sağlık konuları ruh sağlığı sorunları, intihar davranışı, madde kullanım problemleri ve üreme sağlığına ilişkin sorunlardır (World Health Organization, 2009). Ruh sağlığı sorunlarında travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) dikkati çekmektedir. İntihar davranışı bakımından da kadın mahkûmların erkek mahkûmlardan daha fazla risk altında olduğu bilinmektedir (Bartlett & Hollins, 2018).

Cezaevlerindeki kadın mahkûmların ruh sağlığı ihtiyaçlarının karşılanmasında ilk adım cezaevine girildiği andan itibaren alanında deneyimli bir personel tarafından yapılacak detaylı bir ilk görüşme, özellikle travma öyküsünün tespiti, kişinin sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu ihtiyaçlara uygun bir yönetim planının oluşturulmasıdır (World Health Organization, 2009). Travma odaklı yaklaşımlarda İngiltere’deki “One Small Thing” programı dikkati çekmektedir. Cezaevlerinin travma merkezli olması ve travmatik öyküsü bulunan kadın mahkûmlara hizmet verebilmesi anlayışını esas alan bu programda hem mahkûmların hem de cezaevi çalışanlarının travmatik olaylar ve olası etkileri konusunda eğitilmeleri, gerekli hallerde travma mağduruna terapötik desteğin sağlanması ve psikolojik tedavilerin uygulanması konusunda destek olma, bu konularda farkındalık yaratma amacıyla medyada yayınlar

gerçekleştirme gibi hedefler üzerine çalışılmaktadır (One Small Thing Initiative, 2020). ABD, Kanada ve Avustralya'da da benzer girişimler olduğu bilinmektedir (Schauer, 2006).

Kadın mahkûmların ruhsal bozukluklarına yönelik farmakolojik tedavilere bakıldığında İngiltere merkezli bir çalışmaya göre kadın mahkûmlara depresif şikayetler ya da anksiyete bozukluğu nedeniyle antidepresan ilaçlar genel popülasyona kıyasla 4 kat daha fazla reçete edilmektedir. Anksiyolitik ve hipnotik ilaçlarda da bu oran 3 kat olarak tespit edilmiştir. Psikotik bozukluğu ya da bipolar bozukluğu olan kadın mahkûmlar için antipsikotik veya duygudurum düzenleyici ilaç reçete edilme oranı ise genel popülasyonun 7 kat üzerindedir (Hassan ve ark., 2016). İlgili ruhsal bozukluğa uygun ilaç seçilirken kadın mahkûmların gebelik ve emzirme durumlarının, metabolik parameterelerinin, alkol-madde kullanım bozuklukları olup olmadığının iyi değerlendirilmesi gerekir (Friedman ve ark., 2019). TSSB bulguları olan kadın mahkûmlar için ise tedavi önerileri çeşitli çalışmalarda farklılık göstermekle birlikte grup bazlı psikoterapilerin ve gerektiği hallerde buna ek olarak farmakolojik tedavi desteğinin sağlanması ön plana çıkmaktadır (Martin ve ark., 2016).

10 ülkeden katılımcıların olduğu bir çalışmada madde kullanım bozukluğunun erkek mahkûmlarda %30, kadın mahkûmlarda ise %51 olduğu bildirilmiştir. Oysa aynı çalışmada alkol kullanım bozukluğu oranları kadın ve erkek mahkûmlar karşılaştırıldığında benzer çıkmıştır (Fazel ve ark., 2017). Alman kadın mahkûmların katıldığı bir çalışmada ise madde kullanım bozukluğu olan kadın mahkûmların %90'ının komorbid ruhsal bir bozukluğu sahip olduğu gösterilmiştir (Mir ve ark., 2015). Madde kullanım bozukluğunda metadon ve buprenorfin tedavileri ön plana çıkarırken gebe mahkûmlarda buprenorfinin yan etki profili bakımından daha iyi tolere edilebileceği bildirilmiştir (Mir ve ark., 2015).

Sonuç olarak kadın mahkûmların ruh sağlığı ihtiyaçlarının karşılanmasında risk faktörleri, klinik örüntüler, tedavi seçenekleri gibi farklı alanlarda özgün bir yaklaşım benimsenmesi gerektiği görülmektedir. Bu anlamda cezaevlerinin kadınların ihtiyaçlarına yanıt verecek personel kadrosu ve fiziki koşullarla donatılması ve ruh sağlığı uygulamalarının planlamasında kadın mahkûmların ihtiyaçlarının ayrıca ele alınması önem arz etmektedir.

### **3.2. Çocuk ve Ergen Mahkûmlar**

Cezaevlerinde çocuk/ergen popülasyona yönelik ruh sağlığı uygulamaları konusunda literatürdeki bilgiler oldukça kısıtlıdır. Bununla birlikte ABD'de 2009 yılında 1,5 milyonu aşkın çocuk/ergen suç vakası kaydedilmiştir (Knoll & Sickmund, 2012). Yine ABD'de her yıl 130 binin üzerinde çocuk tutuklandığı tahmin edilmektedir (Aizer & Doyle, 2015). Her ne kadar cezaevlerinde çocuk ve ergen mahkûm sayısı erişkin popülasyonun çok gerisinde olsa da cezaevlerinde çocuk ve ergen popülasyona yönelik özel düzenlemeler yapılması gerektiği açıktır.

İlk olarak erişkin popülasyonda olduğu gibi çocuk ve ergenlerde de cezaevine giriş anından itibaren genel tıbbi durum ve ruh sağlığına ilişkin etraflıca bir tarama ve değerlendirmenin önemi büyüktür. Keza genel popülasyona kıyasla cezaevi çocuk/ergen popülasyonunda ruhsal bozukluk oranınının 2 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Underwood ve ark., 2006). Bu noktada özellikle intihar düşüncesine yönelik tarama ayrıca önemlidir (Trestman ve ark., 2015). Almanya merkezli bir çalışmada tutuklanmanın çocuk/ergen popülasyonda intihar riskini aynı

yaş grubundaki genel popülasyona göre 23 kat artırdığı tespit edilmiştir (Radeloff ve ark., 2015). Aynı çalışmaya göre intihar bakımından göreceli risk çocuk/ergenlerde erişkin mahkûmlara göre 3 kat daha fazladır.

Tarama ve risk faktörlerine yönelik değerlendirmeden sonra çocuk/ergen popülasyona yönelik ruh sağlığı uygulamalarını planlamak adına bir çerçeve çizilmesi ve ruhsal bozukluğu olan çocuk/ergenlerin tespit edilen bozukluğun türüne göre afektif, anksiyete temelli, psikotik, alkol-madde kullanım bozukluğu eşlik eden, kişilik bozukluğu temelli, davranış bozukluğu temelli ve nörolojik temelli gibi farklı kategorilerde ele alınması düşünülebilir (Underwood ve ark., 2014). Bu gruplamanın avantajı çocuk/ergenlerin farklı nitelikteki ruh sağlığı ihtiyaçlarına göre odak gruplar halinde ele alınabilmesidir. Daha sonra bu odak grupların ruh sağlığı ihtiyaçlarına yönelik ve grubun üyelerini tek tek ele alan vaka bazlı değerlendirmeler de ihmal edilmeden çeşitli tedavi stratejileri uygulanır. Edimsel koşullanma, olumlu pekiştirme, davranış modifikasyonu; bilişsel veya diyalektik davranışçı terapi gibi yöntemlerin yanında gerekli olgularda farmakolojik tedavilere de başvurulabilir. Bunun yanında mutlaka ailenin de rehabilitasyon sürecine dahil edilmesi ve çocuk/ergenin ailesinden de destek almasının sağlanması gerekir (Underwood ve ark., 2004).

### **3.3. Yaşlı Hükümlüler**

Dünya genelinde yaşam beklentisinin giderek artmasıyla birlikte 65 yaş üstü popülasyonunun oranı da belirgin şekilde yükselmiştir. 20. yüzyılın başında %1'in altında olan 65 yaş üstü bireylerin toplum içindeki oranının 2050'de %20'nin üzerine çıkması beklenmektedir (Romano ve ark., 2020). Kuşkusuz bu durum cezaevi popülasyonunun yaş skalasını da etkilemektedir. ABD'de 2017 yılında 55 yaş ve üzeri yaklaşık 200 bin kişinin tutuklandığı bilinmektedir (Bronson & Carson, 2019).

Cezaevlerindeki yaşlı popülasyonun suç dağılımlarını inceleyen Britanya merkezli bir çalışmada 65 yaş üstü mahkûmların %56'sının cezaevine girmesine sebep olan suç eylemi cinsel saldırı olarak tespit edilmiştir ve bu grubun %16'sına da demans tanısı konulmuştur (Curtice ve ark., 2003). Farklı çalışmalarda da bu bulguların desteklendiği görülmekte ve yaşlı popülasyonda cinsel suçlar ve demansiyel süreçlerin ön plana çıktığı anlaşılmaktadır. Ruhsal bozukluklar açısından ise Fazel ve ark. tarafından yapılan çalışmada yaşlı popülasyonda gizli kalmış şiddetli psikiyatrik hastalık oranının oldukça fazla olduğu ve çalışmaya katılan 60 yaş üstü mahkûmların %53'ünde ruhsal bozukluk bulunduğu bildirilmiştir (Fazel ve ark., 2001).

Tüm bu veriler hem suç profilleri hem de demansiyel süreçler ve ruhsal bozuklukların sıklığı açısından cezaevindeki yaşlı popülasyona yönelik ruh sağlığı uygulamalarına ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır. Ne var ki dünya genelinde yaşlı mahkûmların ruh sağlığına yönelik hizmetlerin yetersiz olduğu görülmektedir. ABD'nin North Carolina ve Britanya'nın West Midlands bölgelerinde yapılan çalışmalara göre yaşlı mahkûmlara fiziksel ve ruhsal tedavilerin sağlanması konusunda mevcut ihtiyacın gerisinde kaldığı anlaşılmaktadır (Kakoullis ve ark., 2010; Koenig ve ark., 1995).

DSÖ'nün cezaevindeki yaşlı popülasyonun tıbbi bakımına yönelik önerileri doğrultusunda cezaevlerinin de ilgili önerileri hayata geçirecek düzenlemeleri bünyelerine katmaları yerinde olacaktır. Bu öneriler arasında geriatrik popülasyon bakım hizmetleri konusunda tecrübeli

personelin istihdamının yanında bilişsel yetmezlik, geriatrik sendromlar, işlevsel yetersizlik gibi alanlarda risk faktörlerinin belirlenmesi, tedavide polifarmasinin olabildiğince önüne geçilmesi, düşme ve sosyal izolasyonun önüne geçecek çevresel düzenlemelerin yapılması, yaşlı mahkûmların çeşitli faaliyetlerle uğraşarak aktif kalmalarının sağlanması sayılabilir (Enggist ve ark., 2014).

### **3.4. Cinsel Suç İşleyen Hükümlüler**

Cinsel suç işleyen mahkûmlara yönelik cezaevi uygulamalarına ilişkin somut örneklerden biri İngiltere ve Galler merkezli yürütülen Çekirdek Cinsel Suç İşleyenler Tedavi Programı'dır. 20 yılı aşkın süredir devam eden bu programda grup bazlı bilişsel davranışçı terapi yöntemleri uygulanarak özellikle tekrar cinsel saldırı gerçekleştirme potansiyeli orta-yüksek düzeyde bulunduğu düşünülen mahkûmların rehabilitasyonu amaçlanmaktadır. Bu programın başarısına ilişkin yapılan analizlerde programa katılan mahkûmların yeniden cinsel saldırı gerçekleştirme girişimlerinin anlamlı olarak azaldığı tespit edilmiştir (Henry, 2017). Cinsel suç işleyen mahkûmlara yönelik yine İngiltere'de yürütülen bir diğer program ise Sağlıklı Cinsel İşlevsellik Programı'dır (Cumming & Wilson, 2010). Bu programda 18 yaş üzeri, cinsel suç işlemiş ve 12 ay üzeri ceza almış ve yoğun tedavi ihtiyacı olduğu düşünülen mahkûmlara 3-4 ay boyunca seansı 1-1,5 saat süren ve toplam 12-20 seans arası süren BDT temelli bireysel bir terapi uygulanır (Middleton ve ark., 2009).

Cinsel suçların niteliği, toplum nezdindeki algısı ve bu suçları işleyen bireylerin bazı kişilik özellikleri de göz önüne alındığında cezaevlerinde yukarıdaki örneklere benzer özellikli uygulamalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

### **3.5. Yineleyici Suç İşleyen Hükümlüler**

Cezaevlerinin giderek artan hükümlü nüfusu ve toplum içinde suç eylemlerinin yarattığı olumsuz etkiler göz önüne alındığında üzerinde durulması gereken önemli konulardan biri de yineleyici suç işleyen hükümlülerin rehabilitasyonu ve aynı kişilerin defalarca suç işleme ihtimalinin önüne geçilebilmesidir (Balcıoğlu ve ark., 2021).

14-16 yaş arası cezaevi popülasyonunda yürütülen bir çalışma yineleyici suçların önlenmesinde ruh sağlığı uygulamalarının hayati bir öneme sahip olduğunu ortaya koymuştur. ABD merkezli bu çalışmada katılımcılar önce sosyal çalışmacılarla görüşmüş ve bir ruh sağlığı taraması gerçekleştirilmiştir. Daha sonra tarama sonucuna göre bir ruhsal bozukluğu olduğu düşünülen mahkûmlar çocuk/ergen psikiyatrisi ve/veya psikoterapi birimlerine sevk edilmiştir. Çalışmanın bulgularına göre ruh sağlığı birimlerine sevk edilen mahkûmlarda herhangi bir birime sevk edilmeyen mahkûmlara göre yineleyici suçların sayısı anlamlı olarak azalmış ve tekrar suç işleme süresi uzamıştır (Zeola ve ark., 2017).

Cezaevinde kalmış olmanın yaratabileceği damgalanma hali ve cezaevinden çıktıktan sonra yaşanabilecek toplumsal hayata uyum sorunları da bireyi yeniden suç eylemine yöneltebilir. Pearlin ve ark. tarafından tartışılmış stres süreci teorisi bu meseleye dikkat çekmektedir (Pearlin, 1989). Bu teoriye göre suç eyleminin kendisinin yarattığı stres bir yana hüküm giyip cezaevine gönderilme birey üzerinde birincil bir stres yükü oluşturur. Cezaevi ortamının gerek fiziki koşulları gerekse toplumsal yaşamdan izole bir hayata adım atılması ile tanımlanabilecek



birincil stres beraberinde cezaevi sonrasına ikincil bir stres yükü taşır. Daha önce cezaevinde kalmış birey ev-iş bulma, kendine yeni bir hayat kurma, yeni ilişkiler oluşturma gibi konularda zorlanabilir ve bu durumlarla baş etmekte zorlanan bireyler çareyi yeniden bir suç işleyerek cezaevine dönmekte bulabilirler (Wallace & Wang, 2020). İşte mahkûmun bu zorlu süreçlerle baş edebilmek için suç eylemini yeniden bir araç olarak kullanmaması için cezaevlerinde ruh sağlığı hizmetlerinin yaygın ve nitelikli hale gelmesi bir kez daha kritik bir öneri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Lamberti ve arkadaşları tam da bu noktada yaptıkları çalışmada ruh sağlığı sistemi ile adalet sistemi arasındaki iş birliğinin önemine dikkat çekmişlerdir. Ayrıca mahkûmlara karşı hem ruh sağlığı profesyonellerinin hem de cezaevi personelinin ortak bir program dahilinde ruh sağlığı hizmeti sunabilmelerinin ve bunu yaparken de yargılayıcı olmadan, empati kurarak ve cesaretlendirici bir tavır takınarak rehabilitasyon sürecini yürütmelerinin mükerrer suç davranışını önleme açısından önemini vurgulamışlardır (Lamberti ve ark., 2014). Yapılan bir başka çalışmada ruh sağlığı hizmetine ihtiyaç duyan bireylerin mükerrer suç davranışını önleme konusunda cezaevlerinde 6 basamaklı bir ruh sağlığı hizmeti modeli önerilmiştir (Lamberti, 2016). Bu modele göre ilk aşamada mahkûmun ruh sağlığı hizmetlerine dahil olması sağlanır ve kişi ile hem içinde bulunduğu yasal sürece ilişkin prosedürler hem de olası tedavi seçenekleri konuşulur. Daha sonra değerlendirme aşamasına geçilir. Psikososyal değerlendirme yapılır ve kriminal riskler tespit edilir. Planlama ve tedavi aşamasında ihtiyaç dahilinde gerekli tedavilerin sağlanması ve adalet sisteminin süpervizyonu gerçekleşir. İzlem basamağında hem ruh sağlığı personeli hem de cezaevi personeli tedavi süreciyle ilgili ilerleme raporlarını hazırlar ve birbirleriyle paylaşır. Problem çözme aşamasında olası tedavi aksaklıklarına çözüm üretilir ve tedavi sürecinin başarısına göre mahkûma sunulabilecek ödüller tartışılır. Son aşamada da rehabilitasyon sürecinin sonlandırılması ve bundan sonra ruh sağlığı ihtiyacına dair alınabilecek destekler mahkûmla birlikte kararlaştırılır.

### ***3.6. Toplumsal Cinsiyet Kalıplarına Uymayan Mahkûmlar***

Toplumsal cinsiyet ve cinsel yönelim kalıplarına uymayan ve LGBTQIA+ olarak da tanımlanan popülasyona yönelik şiddet, ayrımcılık ve nefret söyleminin yanında bu kişilerin toplumsal hayatta var olmaya ilişkin yaşadıkları zorlantılar ve dezavantajlı yaşam koşulları beraberinde işsizlik, evsizlik, madde kullanımı, kendine zarar verici davranışlar, suç eylemleri gibi çok çeşitli olumsuz sonuçlara zemin hazırlayabilmektedir (Grant ve ark., 2011). Toplum içerisinde bu zorluklarla sıklıkla yüz yüze gelmekte olan toplumsal cinsiyet kalıplarına uymayan bireyler, cezaevlerinde mahkûm olarak da bulduklarında birtakım zorluklar yaşamaktadır.

Burada önemli görünen nokta, yargılama ve infaz süreçlerinde bu bireylerin cinsel kimlik ve yönelimlerine saygı duyan, önyargısız, empati odaklı ve eşitlikçi bir yaklaşım benimsenmesidir. Bu tutum hem cezaevi personelinin hem de cezaevlerinde görevlendirilen tıbbi personelin nitelikleri arasında yer almalıdır (Trestman ve ark., 2015). Aksi takdirde cezaevlerinde toplumsal cinsiyete uymayan bireylere yönelik ruhsal ve fiziki saldırı nitelikli eylemlerin gerçekleşme ihtimali ortaya çıkabilir. Nitekim cezaevlerinde heteroseksüel erkek mahkûmların cinsel istismara uğrama oranları %3.4 düzeyindeyken biseksüel ve homoseksüel erkek mahkûmlarda bu oran %34-39 arasındadır (Beck & Johnson, 2012). Yine gay, lezbiyen,

biseksüel mahkûmların cezaevi personeli tarafından istismara uğrama ihtimali heteroseksüel mahkûmlara kıyasla 2-3 kat daha fazladır (Grant ve ark., 2011).

Dünya genelinde cezaevlerinin hemen hemen tümü doğumda atanan ve kimlikte belirtilen cinsiyete göre mahkûmları barındırmaktadır. Bu nedenle transgender bireyler de bulunacakları cezaevi bölümünün tespitine ilişkin zorluklar yaşayabilmektedirler. 2013 yılında ABD eyaletlerinden Texas'ın Harris County bölgesinde yürürlüğe giren LGBT mahkûm politikası belgesi gereğince ilgili bölgede mahkûmların doğumda atanmış cinsiyetlerine göre değil, kendilerini tanımladıkları cinsiyet kimliğine uygun koşullarda kalmaları yönünde bir uygulama başlatılmıştır (Texas' Harris County Moves to Protect LGBT Inmates, 2013). Ayrıca bu popülasyonda yer alan mahkûmların şayet hormon tedavisi ya da cerrahi girişim ihtiyaçları mevcutsa bu konuda kendilerine tıbbi desteğin sağlanması da önemli gözükmektedir (Routh ve ark., 2017).

Sonuç olarak toplumsal cinsiyet kalıplarına uymayan mahkûmların önyargısız bir biçimde, kendi özgün ihtiyaçlarının karşılanabileceği ve diğer mahkûmlardan farklı olmayan bir ruh sağlığı hizmetine ulaşabilecekleri cezaevi koşullarının temin edilmesi bu yazıda daha önce de vurgulanan insan hakları temelli cezaevi hizmetlerinin bir parçası olarak görülmelidir.

#### 4. Cezaevi Sonrası Ruhsal Müdahaleler

Mahkûmların cezaevinde alacakları ruh sağlığı desteğinin cezaevinden çıktıktan sonra da devam etmesi hayati önem taşımaktadır. Bu konuda başarılı örneklerden biri Oklahoma'da yürütülen İşbirlikçi Ruh Sağlığına Yeniden Giriş Programı'dır. Cezaevinden çıkmaya hazırlanan ruhsal bozukluğu olan bireylerin toplum içinde hayatlarını sürdürürken ruh sağlığı hizmetlerinden kopmaması adına oluşturulmuş bu girişimde bireyin cezaevinden çıkmasına 90 gün kala programın yürütücü ekipleri bireyle temasa geçer ve cezaevinden sonra da iletişimi ve birlikte çalışmayı sürdürürler. Bu ekipte ruhsal bozukluklar ve madde kullanım bozukluğu konusunda uzman profesyonellerin yanı sıra daha önce ruhsal rahatsızlık ya da madde kullanım öyküsü olan ve akran desteği konusunda eğitilmiş bir görevli de bulunur. Bu programın başlatılmasından sonra 36 aylık periyotta ruhsal bozukluğu olan bireylerin yeniden cezaevine dönme oranları %42'den %22'ye kadar gerilemiştir. Bu bireylerin cezaevi sonrasında toplum ruh sağlığı sistemine devamlılık oranı da %11'den %55'e kadar yükselmiştir (Oklahoma Department of Corrections, 2021).

Cezaevi ruh sağlığı uygulamalarına ilişkin model oluştururken cezaevi sonrası süreci de ihmal etmemek ve cezaevinde mahkûmların ruh sağlığına yönelik kazanımları cezaevi sonrası süreçte toplumsal hayatta da devam ettirebilecek yukarıdaki örneğe benzer formülleri üretmek gerekir. Ülkemizde giderek önem kazanan Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) sistemiyle cezaevleri arasındaki entegrasyonun daha güçlü biçimde tesis edilmesi bu anlamda yaşanan sorunları en aza indirebilecek bir başlangıç noktası olarak düşünülebilir.

#### SONUÇ VE ÖNERİLER

Cezaevlerinde yaşanan ruh sağlığı sorunları giderek artan cezaevi popülasyonları da göz önüne alındığında tüm dünyada üzerine çalışılması gereken bir meseledir. Bu meseleyi ele alırken alanında deneyimli kişi ve kurumların desteğiyle geniş katılımlı bir cezaevleri ruh sağlığı

politikası oluşturulması oldukça önemli bir başlangıç noktası olacaktır. Bu politika aslında son dönemde sivil toplum örgütlerinin desteğiyle ülkemizin meclis gündemine de taşınan ruh sağlığı yasasının bir uzantısı olarak da görülebilir. Bu politika oluşturulurken evrensel temel hak ve özgürlüklere saygılı, insanca ve ayrımcı yaklaşımlardan arınmış bir bakış açısının hâkim olduğu uygar bir anlayışla yola çıkılmalıdır.

Bu kapsamda yazımızda da irdelenen cezaevlerinde ruh sağlığı hizmetlerinin hangi kurumlar eliyle verileceği, yetki karmaşasının nasıl önüne geçileceği ve organizasyon şemasının sağlıklı bir biçimde nasıl oluşturulacağı başlangıç aşamasında büyük önem taşımaktadır. Dünya örneklerine bakıldığında bu konuda bir uygulama birliği ya da tek bir doğrunun olmadığı açıktır. Ülkemizde de başta Adalet ve Sağlık Bakanlıkları olmak üzere ceza infaz sistemindeki ruh sağlığı hizmetlerine yönelik tüm alanlardan çalışan bilim insanlarının da katıldığı çalıştaylar yapmak ve bu çalıştaylardan çıkan çözüm önerileriyle uygulama planları yapmaktır.

Organizasyon şemasının oluşturulmasından sonra cezaevlerinde ruh sağlığı uygulamalarının somut basamaklarının belirlenmesi gerekir. Dünya örnekleri bu basamakların mahkûmun cezaevine girdiği anda yapılan ilk görüşmeden cezaevi sonrasında yapılacak müdahalelere kadar geniş bir yelpazeye uzandığını göstermektedir (Møller ve ark., 2007).

İlk değerlendirme ve cezaevlerinde ruhsal bozuklukların ve risk faktörlerinin taranması belki de ruh sağlığı hizmetlerinin en can alıcı noktasıdır. Dünyada bu sorunu çözebilme adına daha fazla sayıda eğitim almış ve deneyimli ruh sağlığı profesyoneli ve cezaevi personeliyle mahkûmlara ruh sağlığı hizmetini sunabilmek temel yaklaşım olmuştur. Türkiye ise henüz cezaevlerinde ruhsal sorunları değerlendirme konusunda nitelikli ve deneyimli personel sayısı bakımından istenilen düzeyin çok altındadır. Haliyle eğitimin de sağlık ve adalet başlıklarının kesişim kümesinde gibi gözüken cezaevlerinde ruh sağlığı uygulamaları meselesinin ne denli merkezinde olduğu rahatlıkla anlaşılabilir. Nitelikli ve deneyimli personelin sayıca yeterli olduğu modellerde tarama faaliyetleri çok daha az fireyle gerçekleştirileceği için ruh sağlığı hizmetine ihtiyaç duyan mahkûmların tespiti de daha sağlıklı olacaktır. İhtiyacı olan bireylerin yüksek oranda tespiti ruhsal bozuklukların niteliğine göre cezaevlerinde ruh sağlığı uygulamalarının çeşitlendirilmesini de beraberinde getirecektir. Özellikle psikotik bozuklukların, alkol-madde kullanım bozukluklarının, duygudurum bozukluklarının ve kişilik bozukluklarının cezaevlerindeki yönetimi konusunda dünyada farklı çalışmalar ve uygulamalar mevcuttur. Yine cezaevlerinde kendine zarar verici davranış ve intihar riskinin önlenmesi belki de en çok çalışılan iki başlıktır. Ruhsal bozukluğun niteliğine göre seçilecek rehabilitasyon yöntemi konusunda literatürde çokça örnek bulunsa da örneklemelerin azlığı, çalışmaların metodolojik farklılıkları, toplumların kendilerine has özellikleri cezaevlerindeki tedaviye dönük uygulamaların kanıta dayalı niteliği konusunda birtakım soru işaretlerini de beraberinde getirmektedir. Türkiye gibi cezaevi popülasyonu bu denli yüksek olan bir ülkede cezaevlerinde farklı psikiyatrik bozuklukların prevalansı ve tedavisine ilişkin çalışmalar yapmak hem ülkenin cezaevi ruh sağlığı politikasına yön vermek hem de literatüre taze bir katkı yapabilmek adına oldukça faydalı olabilir.

Ruhsal bozuklukların niteliği haricinde cezaevlerinde özel grupların ruh sağlığına ilişkin de daha özellikli yöntemler uygulamak gerekir. Kadınların, yaşlıların, çocuk ve ergenlerin, cinsel suç ya da yineleyici suç işleyen hükümlülerin genel cezaevi popülasyonundan farklı birtakım

özellikleri ve ihtiyaçları olduğu anlaşılmaktadır. Ne var ki cezaevlerinde bu grupların ihtiyaçlarına özgü nitelikte çözümler geliştirmek pek kolay olmamıştır. Dünya genelinde özellikli grupların ruh sağlığı ihtiyaçlarına ilişkin birtakım karanlıkta kalan ve yanıt bekleyen sorular olduğu görülmektedir. Bilhassa yaşlılar ile cinsel suç işleyen hükümlüler konusunda literatürdeki bilgi oldukça kısıtlıdır. Türkiye için ise henüz emekleme aşamasında sayılabilecek cezaevi ruh sağlığı hizmetlerinin belirli gruplara özgü yeni bir çerçeve kazanması belki lüks olarak görülebilir. Ne var ki ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesini artırmak aslında bütüncül bir yaklaşımdır. Genel cezaevi popülasyonuna dönük adımlar atarken örnekse kadın ya da çocuk mahkûmların kendilerine has sorunlarını göz ardı etmek, halının altına süpürmek bir bakıma o cezaevinde ruh sağlığı ihtiyacı taşıyan her mahkûmun rehabilitasyon sürecini olumsuz etkileyecektir. Bu meselenin birliktelik ve grup dinamiği geri plana atılmadan ele alınması fazlasıyla önem arz etmektedir.

Cezaevlerinde ruh sağlığı ihtiyacı karşılanan bireyin tahliye sonrasında da birtakım ruhsal sorunlar yaşayabileceği pek de haksız bir öngörü sayılmaz. Bu anlamda cezaevi ruh sağlığı hizmetlerinin niteliğini artırmanın bir bileşeni de aslında toplum ruh sağlığı hizmetlerinin niteliğini artırmaktan geçer. Türkiye toplum ruh sağlığı merkezleriyle bu yolda güzel bir adım atmıştır. Ancak bu sistemin belli bölgelerde istenilen düzeyde işlerken belli bölgelerde ciddi tıkanma noktalarından geçtiği bilinmektedir. Suç işleyen hastalara yönelik damgalanma maalesef toplum ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmayı da olumsuz etkilemektedir. Oysa cezaevi sonrası dönemde de ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin ruh sağlığı hizmet sistemine entegrasyonunun sağlanması ve toplum ruh sağlığı merkezleri eliyle cezaevi sonrasında da ruh sağlığı hizmetinin sürmesi gerekir. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin sorunlarının ele alınması ve akılcı bir yaklaşımla bu sorunların giderilmesi cezaevi sonrası ruh sağlığı hizmetlerinin gelişimini de hızlandıracaktır.

Sonuç olarak Dostoyevski'nin meşhur sözünde de dile getirdiği gibi cezaevlerinin genel koşullarına ilişkin tüm iyileştirme adımları aslında uygar bir toplumun inşasının köşe taşlarıdır. Tüm dünyada cezaevi popülasyonu giderek artıyor ve cezaevlerinde sağlıklı bir ortamın tesisi her geçen gün daha fazla zorlaşıyor olsa bile bu meselelere eğilen ülkelerin şartlar ne denli zorlaşırsa zorlaşırsa var olan sorunlara akılcı ve insani çözümler üretmeye çalıştıkları anlaşılmaktadır. Ülkemizdeki cezaevlerinde gerek Anayasa'da gerekse insan ve hasta hakları sözleşmelerinde geçen temel haklardan olan sağlık hakkı ve sağlıklı yaşama hakkı uyarınca bu dezavantajlı popülasyona yönelik önleyici, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici ruh sağlığı hizmetlerini nitelikli olarak verebilmesi için öncelikle eksikliklerin tespitine odaklanması, dünya genelinde cezaevlerinde yaşanan sorunlara ilişkin üretilen çözüm önerilerinin değerlendirilmesi, bu değerlendirmeler sonucunda ülkemize özgü psikososyal özellikle ve ihtiyaçlar da göz önünde bulundurularak tespit edilen eksikliklerin iyileştirilmesi ve mevcut uygulamaların güçlendirilmesine yönelik formüllerin ortaya konması ve buna dair adımların atılması gerekmektedir.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu yazı için herhangi finansal destek almamıştır.

## KAYNAKLAR

- A Federal-Provincial-Territorial Partnership. (2010). *Mental health strategy for corrections in Canada*.  
<https://www.csc-scc.gc.ca/health/092/MH-strategy-eng.pdf>
- Aebi, M. F. ve Tiago, M. M. (2020). *Council of Europe annual penal statistics SPACE I-2020*.  
[https://wp.unil.ch/space/files/2021/04/210330\\_FinalReport\\_SPACE\\_I\\_2020.pdf](https://wp.unil.ch/space/files/2021/04/210330_FinalReport_SPACE_I_2020.pdf)
- Aizer, A. ve Doyle, J. J. (2015). Juvenile incarceration, human capital, and future crime: Evidence from randomly assigned judges. *Quarterly Journal of Economics*, 130(2), 759-804.  
<https://doi.org/10.1093/qje/qjv003>
- Baillargeon, J., Binswanger, I. A., Penn, J. V., Williams, B. A. ve Murray, O. J. (2009). Psychiatric disorders and repeat incarcerations: The revolving prison door. *American Journal of Psychiatry*, 166(1), 103-109. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08030416>
- Baillargeon, J., Contreras, S., Grady, J. J., Black, S. A. ve Murray, O. (2000). Compliance with antidepressant medication among prison inmates with depressive disorder. *Psychiatric Services*, 51(11), 1444-1446. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.11.1444>
- Balcioglu, Y. H., Kirlioglu Balcioglu, S. S., Oncu, F. ve Turkcan, A. (2021). Psychopathy, temperament, and character dimensions of personality as risk determinants of criminal recidivism in schizophrenia patients. *Journal of Forensic Sciences*. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14834>
- Bartlett, A. ve Hollins, S. (2018). Challenges and mental health needs of women in prison. *British Journal of Psychiatry*, 212(3), 134-136. <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.42>
- Beck, A. ve Johnson, C. (2012). *Sexual victimization reported by former state prisoners, 2008*.  
<http://purl.fdlp.gov/GPO/gpo29057>
- Bronson, J. ve Carson, E. A. (2019). *Prisoners in 2017*. <https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/p17.pdf>
- Brown, R. A., Monti, P. M., Myers, M. G., Martin, R. A., Rivinus, T., ... Rohsenow, D. J. (1998). Depression among cocaine abusers in treatment: Relation to cocaine and alcohol use and treatment outcome. *American Journal of Psychiatry*, 155(2), 220-225.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.155.2.220>
- Chowdhury, N. Z., Albalawi, O., Wand, H., Adily, A., Kariminia, A., ... Butler, T. (2019). First diagnosis of psychosis in the prison: Results from a data-linkage study. *BJPsych Open*, 5(6).  
<https://doi.org/10.1192/bjo.2019.74>
- Clements-Nolle, K., Wolden, M. ve Bargmann-Losche, J. (2009). Childhood trauma and risk for past and future suicide attempts among women in prison. *Women's Health Issues*, 19(3), 185-192.  
<https://doi.org/10.1016/j.whi.2009.02.002>
- Coolidge, F. L., Marle, P. D., Van Horn, S. A. ve Segal, D. L. (2011). Clinical syndromes, personality disorders, and neurocognitive differences in male and female inmates. *Behavioral Sciences and the Law*, 29(5), 741-751. <https://doi.org/10.1002/bsl.997>
- Cumming, I. ve Wilson, S. (2010). *Psychiatry in prisons: A comprehensive handbook*. Jessica Kingsley Publishers.



- Curtice, M., Parker, J., Wismayer, F. S. ve Tomison, A. (2003). The elderly offender: An 11-year survey of referrals to a regional forensic psychiatric service. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 14(2), 253-265. <https://doi.org/10.1080/1478994031000077989>
- Davis, L. M. ve Pacchiana, S. (2004). Health profile of the state prison population and returning offenders: Public health challenges. *Journal of Correctional Health Care*, 10(3), 303-331. <https://doi.org/10.1177/107834580301000305>
- De Andrade, D., Ritchie, J., Rowlands, M., Mann, E. ve Hides, L. (2018). Substance use and recidivism outcomes for prison-based drug and alcohol interventions. *Epidemiologic Reviews*, 40(1), 121-133. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxy004>
- Dressing, H. ve Salize, H. J. (2009). Pathways to psychiatric care in european prison systems. *Behavioral Sciences and the Law*, 27(5), 801-810. <https://doi.org/10.1002/bsl.893>
- Edens, J. F., Kelley, S. E., Lilienfeld, S. O., Skeem, J. L. ve Douglas, K. S. (2015). DSM-5 antisocial personality disorder: Predictive validity in a prison sample. *Law and Human Behavior*, 39(2), 123-129. <https://doi.org/10.1037/lhb0000105>
- Ehret, M. J., Shelton, D., Barta, W., Trestman, R., Maruca, A., ... Golay, L. (2013). Medication adherence among female inmates with bipolar disorder: Results from a randomized controlled trial. *Psychological Services*, 10(1), 106-114. <https://doi.org/10.1037/a0031433>
- Enggist, S., Møller, L., Galea, G. ve Udesen, C. (2014). *Prisons and health*. WHO Regional Office for Europe.
- Eriksson, Å., Romelsjö, A., Stenbacka, M. ve Tengström, A. (2011). Early risk factors for criminal offending in schizophrenia: A 35-year longitudinal cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(9), 925-932. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0262-7>
- Eronen, M., Tiihonen, J. ve Hakola, P. (1996). Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 22(1), 83-89. <https://doi.org/10.1093/schbul/22.1.83>
- Favril, L., Yu, R., Hawton, K. ve Fazel, S. (2020). Risk factors for self-harm in prison: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 682-691. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30190-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30190-5)
- Fazel, S. ve Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>
- Fazel, S., Bains, P. ve Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: A systematic review. *Addiction*, 101(2), 181-191. <https://doi.org/10.1111/J.1360-0443.2006.01316.X>
- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M. ve Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 871-881. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)

- Fazel, S., Hope, T., O'Donnell, I. ve Jacoby, R. (2001). Hidden psychiatric morbidity in elderly prisoners. *British Journal of Psychiatry*, 179(DEC.), 535-539. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.6.535>
- Fazel, S., Yoon, I. A. ve Hayes, A. J. (2017). Substance use disorders in prisoners: An updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*, 112(10), 1725-1739. <https://doi.org/10.1111/ADD.13877>
- Flórez, G., Ferrer, V., García, L., Crespo, M., Pérez, M. ve Saiz, P. (2019). Personality disorders, addictions and psychopathy as predictors of criminal behaviour in a prison sample. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 21(2), 62-79. <https://doi.org/10.4321/s1575-06202019000200002>
- Foley, D. J., Manderscheid, R., Atay, J., Maedke, J., Sussman, J. ve Cribbs, S. (2006). Highlights of organized mental health services in 2002 and major national and state trends. In R. W. Manderscheid ve J. T. Berry (Ed.), *Mental health, United States* (pp. 200-236). US Government Printing Office.
- Forrester, A., Exworthy, T., Olumoroti, O., Sessay, M., Parrott, J., Spencer, S. J. ve Whyte, S. (2013). Variations in prison mental health services in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(3-4), 326-332. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.04.007>
- Fovet, T., Geoffroy, P. A., Vaiva, G., Adins, C., Thomas, P. ve Amad, A. (2015). Individuals with bipolar disorder and their relationship with the criminal justice system: A critical review. *Psychiatric Services*, 66(4), 348-353. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400104>
- Friedman, S. H., Tamburello, A. C., Kaempf, A. ve Hall, R. C. W. (2019). Prescribing for women in corrections. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 47(4), 476-485. <https://doi.org/10.29158/JAAPL.003885-19>
- Georgiou, M. ve Townsend, K. (2019). Quality Network for Prison Mental Health Services: Reviewing the quality of mental health provision in prisons. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 30(5), 794-806. <https://doi.org/10.1080/14789949.2019.1637918>
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L. ve Keisling, M. (2011). *Injustice at every turn*. The National Gay and Lesbian Task Force and the National Center for Transgender Equality. [http://transequality.org/PDFs/NTDS\\_Report.pdf%5Cnhttp://2fwww.thetaskforce.org/downloads/resources\\_and\\_tools/ntds\\_report\\_on\\_health.pdf](http://transequality.org/PDFs/NTDS_Report.pdf%5Cnhttp://2fwww.thetaskforce.org/downloads/resources_and_tools/ntds_report_on_health.pdf)
- Haile, Y. G., Kebede, K. B., Limenhe, A., Habatmu, K. ve Alem, A. (2020). Alcohol use disorder among prisoners in Debre Berhan prison, Ethiopia: A cross-sectional study. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*, 15(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00270-w>
- Hales, H., Davison, S., Misch, P. ve Taylor, P. J. (2003). Young male prisoners in a Young Offenders' Institution: Their contact with suicidal behaviour by others. *Journal of Adolescence*, 26(6), 667-685. [https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(03\)00063-0](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(03)00063-0)

- Hassan, L., Senior, J., Webb, R. T., Frisher, M., Tully, M. P., While, D. ve Shaw, J. J. (2016). Prevalence and appropriateness of psychotropic medication prescribing in a nationally representative cross-sectional survey of male and female prisoners in England. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1055-7>
- Hawton, K., Saunders, K. E. A. ve O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Henry, O. (2017). Evaluation of the core sex offender treatment programme. *Probation Journal*, 64(4), 425-427. <https://doi.org/10.1177/0264550517740997a>
- Her Majesty's Prison and Probation Service, & NHS England. (2015). *Working with offenders with personality disorder: A practitioners guide*. <https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/12/2015/10/work-offndrs-persnlty-disorder-oct15.pdf>
- HM Chief Inspector of Prisons. (2021). *Report on a scrutiny visit to HMP Grendon*. <https://www.justiceinspectores.gov.uk/hmiprisons/wp-content/uploads/sites/4/2021/04/Grendon-SV-web-2021.pdf>
- House of Commons Committee of Public Accounts. (2017). *Mental health in prisons: Eighth Report of Session 2017-19*. <https://publications.parliament.uk/pa/cm201719/cmselect/cmpubacc/400/400.pdf>
- Huddy, V., Roberts, A., Jarrett, M. ve Valmaggia, L. (2016). Psychological therapy for at risk mental state for psychosis in a prison setting: A case study. *Journal of Clinical Psychology*, 72(2), 142-151. <https://doi.org/10.1002/jclp.22250>
- Jarrett, M., Craig, T., Parrott, J., Forrester, A., Winton-Brown, T., ... Valmaggia, L. (2012). Identifying men at ultra high risk of psychosis in a prison population. *Schizophrenia Research*, 136(1-3), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.01.025>
- Johnson, J. E. ve Zlotnick, C. (2012). Pilot study of treatment for major depression among women prisoners with substance use disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 46(9), 1174-1183. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.05.007>
- Kakoullis, A., Mesurier, N. L. ve Kingston, P. (2010). The mental health of older prisoners. *International Psychogeriatrics*, 22(5), 693-701. <https://doi.org/10.1017/S1041610210000359>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. ve Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.62.6.617>
- Khodayarifard, M., Shokoohi-Yekta, M. ve Hamot, G. E. (2010). Effects of individual and group cognitive-behavioral therapy for male prisoners in iran. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(5), 743-755. <https://doi.org/10.1177/0306624X09344840>
- Kinyanjui, D. W. ve Atwoli, L. (2013). Substance use among inmates at the Eldoret prison in Western Kenya. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-53>

- Knoll, C. ve Sickmund, M. (2012). *Delinquency cases in juvenile court, 2009*. <https://ojjdp.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh176/files/pubs/239081.pdf>
- Koenig, H. G., Johnson, S., Bellard, J., Denker, M. ve Fenlon, R. (1995). Depression and anxiety disorder among older male inmates at a federal correctional facility. *Psychiatric Services, 46*(4), 399-401. <https://doi.org/10.1176/ps.46.4.399>
- Lamb, H. R. ve Weinberger, L. E. (2005). The shift of psychiatric inpatient care from hospitals to jails and prisons. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 33*(4), 529-534.
- Lamberti, J. S. (2016). Preventing criminal recidivism through mental health and criminal justice collaboration. *Psychiatric Services, 67*(11), 1206-1212. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500384>
- Lamberti, J. S., Russ, A., Cerulli, C., Weisman, R. L., Jacobowitz, D. ve Williams, G. C. (2014). Patient experiences of autonomy and coercion while receiving legal leverage in forensic assertive community treatment. *Harvard Review of Psychiatry, 22*(4), 205-212. <https://doi.org/10.1097/01.HRP.0000450448.48563.C1>
- Maier, G. J. ve Fulton, L. (1998). Inpatient treatment of offenders with mental disorders. In R. M. Wettstein (Ed.), *Treatment of offenders with mental disorders* (pp. 126-167). Guilford Press. <https://doi.org/10.4088/jcp.v59n1110c>
- Martin, C., Preedy, V. ve Patel, V. B. (2016). *Comprehensive guide to post-traumatic stress disorders*. Springer.
- McCall-Smith, K. (2016). United nations standard minimum rules for the treatment of prisoners (Nelson Mandela Rules). *International Legal Materials, 55*(6), 1180-1205. <https://doi.org/10.1017/s0020782900030898>
- McLeod, K. E., Martin, R. E., Butler, A., Young, J. T., Southalan, L., ... Topp, S. M. (2020). Global prison health care governance and health equity: A critical lack of evidence. *American Journal of Public Health, 110*(3), 303-308. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305465>
- Middleton, D., Mandeville-Norden, R. ve Hayes, E. (2009). Does treatment work with internet sex offenders? Emerging findings from the internet sex offender treatment programme (i-SOTP). *Journal of Sexual Aggression, 15*(1), 5-19. <https://doi.org/10.1080/13552600802673444>
- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., Somjee, L., Markovich, P. J., ... Woods, S. W. (2002). Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the structured interview for prodromal syndromes: Preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *American Journal of Psychiatry, 159*(5), 863-865. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.863>
- Mir, J., Kastner, S., Priebe, S., Konrad, N., Ströhle, A. ve Mundt, A. P. (2015). Treating substance abuse is not enough: Comorbidities in consecutively admitted female prisoners. *Addictive Behaviors, 46*, 25-30. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.02.016>
- Møller, L., Stöver, H., Jürgens, R., Gatherer, A. ve Nikogosian, H. (2007). *Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health*. WHO Regional Office Europe.

- Nee, C. ve Farman, S. (2005). Female prisoners with borderline personality disorder: Some promising treatment developments. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15(1), 2-16. <https://doi.org/10.1002/CBM.33>
- New Zealand Department of Corrections. (2021). *Rehabilitation programmes*. [https://www.corrections.govt.nz/working\\_with\\_offenders/prison\\_sentences/employment\\_and\\_support\\_programmes/rehabilitation\\_programmes.html](https://www.corrections.govt.nz/working_with_offenders/prison_sentences/employment_and_support_programmes/rehabilitation_programmes.html)
- Nwaopara, U. ve Stanley, P. (2015). Prevalence of depression in Port Harcourt Prison. *African Journal of Psychiatry (South Africa)*, 18(6), 340. <https://doi.org/10.4172/2378-5756.1000340>
- Oklahoma Department of Corrections. (2021). *Overview of ODOC Mental Health Services*. <https://oklahoma.gov/doc/organization/health-services/mental-health-services/overview-of-odoc-mental-health-services.html>
- One Small Thing Initiative. (2020). *One small thing*. <https://onesmallthing.org.uk/>
- Opitz-Welke, A., Bennefeldt-Kersten, K., Konrad, N. ve Welke, J. (2016). Prison suicide in female detainees in Germany 2000-2013. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 44, 68-71. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2016.08.016>
- P., A. (2007). Report: Alcohol in Europe. *London: Institute of Alcohol Studies*, 2, 73-75.
- Paton, J. ve Jenkins, R. (2013). Suicide and suicide attempts in prisons. In K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour* (pp. 307-334). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/MED/9780198529767.003.0018>
- Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3), 241-256. <https://doi.org/10.2307/2136956>
- Prison Reform Trust. (2021). *Bromley briefings prison factfile, winter 2021*. [http://www.prisonreformtrust.org.uk/Portals/0/Documents/Bromley\\_Briefings/Winter\\_2021\\_Factfile\\_final.pdf](http://www.prisonreformtrust.org.uk/Portals/0/Documents/Bromley_Briefings/Winter_2021_Factfile_final.pdf)
- Public Health England. (2020). *Alcohol and drug treatment in secure settings 2018 to 2019: Report*. <https://www.gov.uk/government/statistics/substance-misuse-treatment-in-secure-settings-2018-to-2019/alcohol-and-drug-treatment-in-secure-settings-2018-to-2019-report>
- Radeloff, D., Lempp, T., Herrmann, E., Kettner, M., Bennefeld-Kersten, K. ve Freitag, C. M. (2015). National total survey of German adolescent suicide in prison. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24(2), 219-225. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0568-1>
- Rasanen, P., Tiihonen, J., Isohanni, M., Rantakallio, P., Lehtonen, J. ve Moring, J. (1998). Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: A 26-year followup study of an unselected birth cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24(3), 437-441. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033338>
- Roe-Sepowitz, D. (2007). Characteristics and predictors of self-mutilation: A study of incarcerated women. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17(5), 312-321. <https://doi.org/10.1002/cbm.665>



- Romano, C. A., Ravagnani, L., Convertini, A., Dassisti, L., Fanizza, A. R., ... Grattagliano, I. (2020). The aging process in prison: Pathologies and health conditions in old inmates. An epidemiological research in Italy. *Clinica Terapeutica*, 171(4), E340-E345. <https://doi.org/10.7417/CT.2020.2237>
- Rotter, M., Way, B., Steinbacher, M., Sawyer, D. ve Smith, H. (2002). Personality disorders in prison: Aren't they all antisocial? *Psychiatric Quarterly*, 73(4), 337-349. <https://doi.org/10.1023/A:1020468117930>
- Routh, D., Abess, G., Makin, D., Stohr, M. K., Hemmens, C. ve Yoo, J. (2017). Transgender inmates in prisons: A review of applicable statutes and policies. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61(6), 645-666. <https://doi.org/10.1177/0306624X15603745>
- Saavedra, J. ve López, M. (2015). Risk of suicide in male prison inmates. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(4), 224-231. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2013.07.002>
- Salize, H. J., Dreßing, H. ve Kief, C. (2007). *EUROPEAN COMMISSION Mentally Disordered Persons in European Prison Systems - Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS)*. Central Institute of Mental Health Mannheim, Germany.
- Schanda, H., Knecht, G., Schreinze, D., Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G. ve Waldhoer, T. (2004). Homicide and major mental disorders: A 25-year study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(2), 98-107. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00305.x>
- Schauer, E. J. (2006). Book review: Gender-responsive strategies: Research, practice, and guiding principles for women offenders. *Criminal Justice Review*, 31(1), 78-80. <https://doi.org/10.1177/0734016806288335>
- Shropshire Community Health NHS Trust. (2018). *Policies, procedures, guidelines and protocols, mental health care pathway for HMP&YOI stoke heath*. <https://www.shropscommunityhealth.nhs.uk/content/doclib/10478.pdf>
- T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü. (2021). *Personel durumu*. <https://cte.adalet.gov.tr/Home/SayfaDetay/personel-durumu>
- T.C. Adalet Bakanlığı Menemen R Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Müdürlüğü. (2021). *Sağlık servisi*. <https://menemenrcik.adalet.gov.tr/saglik-hizmetleri>
- T.C. Adalet Bakanlığı Metris 2 Nolu Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Müdürlüğü. (2021). *Metris R Tipi Ceza İnfaz Kurumu (Rehabilitasyon Merkezi)*.
- T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Silivri Ceza İnfaz Kurumu Devlet Hastanesi. (2021). *Doktor listesi*.
- TBMM İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu. (2015). *Mahpusların islahı için asgari standart kurallar*. <https://www.ombudsman.gov.tr/document/mevzuat/876b6--Mahpuslarin-Islahi-Icin-Asgari-Standart-Kurallar.pdf>
- Texas' Harris County moves to protect LGBT inmates. (2013). *Albuquerque Journal*. <https://www.abqjournal.com/300713/texas-harris-county-moves-to-protect-lgbt-inmates.html>
- Trestman, R., Appelbaum, K. ve Metzner, J. (2015). *Oxford textbook of correctional psychiatry*. Oxford University Press.

- Türkiye Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı. (2017). *Ceza infaz kurumlarının yönetim, dış koruma, hükümlü ve tutukluların sevk ve nakilleri ile sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında protokol*. [www.cte.adalet.gov.tr/menudekiler/mevzuat/protokol/P12.doc](http://www.cte.adalet.gov.tr/menudekiler/mevzuat/protokol/P12.doc)
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2019). *Ceza infaz kurumu istatistikleri*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Ceza-Infaz-Kurumu-Istatistikleri-2019-33625>
- U.S. Department of Justice Office of Justice Programs Bureau of Justice Statistics. (2015). *Mortality in local jails and state prisons, 2000-2013 - statistical tables*. <https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/mljsp0013st.pdf>
- UN General Assembly. (1966). *International covenant on economic, social and cultural rights*. United Nations, Treaty Series. <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- Underwood, L. A., Barretti, L., Storms, T. L. ve Safonte-Strumolo, N. (2004). A review of clinical characteristics and residential treatments for adolescent delinquents with mental health disorders: A promising residential program. *Trauma, Violence, & Abuse*, 5(3), 199-242. <https://doi.org/10.1177/1524838004264344>
- Underwood, L. A., Phillips, A., von Dresner, K. ve Knight, P. D. (2006). Critical factors in mental health programming for juveniles in corrections facilities. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2(1), 107-140. <https://doi.org/10.1037/h0100771>
- Underwood, L. A., Warren, K. M., Talbott, L., Jackson, L. T. ve Dailey, F. L. L. (2014). Mental health treatment in juvenile justice secure care facilities: Practice and policy recommendations. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 14(1), 55-85. <https://doi.org/10.1080/15228932.2014.865398>
- US Federal Bureau of Prisons. (2021). *Inmate substance abuse treatment*. [https://www.bop.gov/inmates/custody\\_and\\_care/substance\\_abuse\\_treatment.jsp](https://www.bop.gov/inmates/custody_and_care/substance_abuse_treatment.jsp)
- Wallace, D. ve Wang, X. (2020). Does in-prison physical and mental health impact recidivism? *SSM - Population Health*, 11, 100569. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100569>
- Walmsley, R. (2015). *World Female Imprisonment List third edition: Women and girls in penal institutions, including pre-trial detainees/remand prisoners*. [https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world\\_female\\_imprisonment\\_list\\_third\\_edition\\_0.pdf](https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_female_imprisonment_list_third_edition_0.pdf)
- Walmsley, R. (2018). World prison population list (twelfth edition). *Institute for Criminal Policy Research*, 12, 1-19.
- Waraich, P., Goldner, E. M., Somers, J. M. ve Hsu, L. (2004). Prevalence and incidence studies of mood disorders: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(2), 124-138. <https://doi.org/10.1177/070674370404900208>
- Way, B. B., Miraglia, R., Sawyer, D. A., Beer, R. ve Eddy, J. (2005). Factors related to suicide in New York state prisons. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(3), 207-221. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2004.09.003>

- WHO Management of Mental and Brain Disorders Team & International Association for Suicide Prevention. (2007). *Preventing suicide in jails and prisons*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43678>
- World Health Organisation. (2013). *Good governance for prison health in the 21st century*. WHO Regional Office for Europe. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf)
- World Health Organization. (2009). *Women's health in prison: Correcting gender inequity in prison health*. WHO Regional Office for Europe. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/76513/E92347.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf)
- World Health Organization. (2012). *Alcohol problems in the criminal justice system: An opportunity for intervention*. WHO Regional Office for Europe. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/181068/e96751-ver-2.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/181068/e96751-ver-2.pdf)
- World Health Organization. (2020). *Organizational models of prison health. Considerations for better governance*. WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336214>
- Zeola, M. P., Guina, J. ve Nahhas, R. W. (2017). Mental health referrals reduce recidivism in first-time juvenile offenders, but how do we determine who is referred? *Psychiatric Quarterly*, 88(1), 167-183. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9445-z>