
TIHV
Türkiye İnsan Hakları Vakfı

Tedavi ve Rehabilitasyon
Merkezleri Raporu
2000

Türkiye İnsan Hakları Vakfı Yayınları (25)
Kapak Resmi: Turhan Selçuk
Sayfa Düzeni: Levent Kutlu
Baskı&Cilt: Pelin Matbaası, Ankara

TÜRKİYE İNSAN HAKLARI VAKFI
Menekşe 2 Sok. 16/6-7 Kızılay, 06440-Ankara/TÜRKİYE
Tel: (90-312) 417 71 80 Faks: (90-312) 425 45 52
E-mail: tihv@tr.net
<http://tihv@tihv.org.tr>

Yayına Hazırlayan: Ümit Erkol

ISBN 975-7217-29-8

Türkiye İnsan Hakları Vakfı, Türk Medeni Yasası'na göre kurulmuş, hükümet dışı ve bağımsız bir kuruluştur.
Statüsü 30 Aralık 1990 tarihli ve 20741 sayılı
Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.



TIHV
Türkiye İnsan Hakları Vakfı

TEDAVİ ve REHABİLİTASYON
MERKEZLERİ RAPORU
2000

Ankara, Haziran 2001

**English version of
Treatment and Rehabilitation Centers Report-1999
is available at the HRFT.**

İÇİNDEKİLER

İçindekiler	5
Sunuş	7
<i>M.Bakkalcı</i>	
Önsöz Yerine	11
<i>Y.Önen</i>	
2000 Değerlendirme Sonuçları	17

İŞKENCE ve İŞKENCENİN SONUÇLARIYLA İLGİLİ ÇALIŞMALAR ve DEĞERLENDİRMELER

Travma Sonrası Ortaya Çıkan Kas İskelet Sistemi Patolojileri	43
<i>D. Dülgeroğlu</i>	
Gözetiminde Tecavüz ve Cinsel Saldırıda Raporun Yeri: Bir Vaka Sunumu	51
<i>U. Sezgin, Ş. Yüksel, V. Keser</i>	

Kaba Dayak ya da İşkence Sonrası Rutin Otoskopik Muayenenin Yeri	65
<i>H. Arslan, Ö. Özkalıpçı, Ş. İrençin</i>	
İnsan Kaynaklı Travmaya Maruz Kalan Kişilerde Fizyoterapi-Rehabilitasyon	71
<i>M. Kerem</i>	
Deprem ve İşkence Sonrası Oluşan Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi	79
<i>S. Doğan</i>	

SUNUŞ

Metin Bakkalacı*

Türkiye İnsan Hakları Vakfı'nın, kuruluşundan bu yana yürüttüğü temel projelerinden biri işkence görenlere yönelik Tedavi ve Rehabilitasyon Projesi'dir.

Çalışmalar, 1990 yılında başlamış ve 2000 yılı başına kadar merkezlerimize 4696 kişi başvuruda bulunmuştur. Bu rakam, 2000 yılında 1023 kişinin başvurusuyla, toplam 5719'a ulaşmıştır. Vakfımıza başvuran kişilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarının çözümü için, profesyonel ve gönüllü, sayıları yüzlerle ifade edilen sağlık çalışanı, multidisipliner ekipler halinde hizmet sunmaktadır.

2000 yılına Vakfımız bünyesindeki arkadaşlarımıza yönelik dava ve soruşturmalar ile girdik ve aslında çalışmalarımızı bir şekilde etkisizleştirme amacı güden bu atmosfer yıl boyu sürdü.

Bu atmosferin bizatihi kendisi, başta TİHV bünyesinde dava/soruşturmalara maruz kalan kişiler olmak üzere, "işkencenin önlenmesi" zemininde çok değerli bir çabaya dönüştürüldü. Bu vesile ile Tedavi ve Rehabilitasyon çalışmalarının boyutları zenginleşti. Çalışmalarımızın kuvveti, dayanışma ortamımızın zenginliği göz önüne alındığında, bu süreçten daha da etkinleşerek çıkacağımızı ifade etmek yerinde olur.

2000 yılı sonlarında ülke yakın tarihinde en olumsuz sonuçları doğuran "Cezaevleri operasyon süreci" ile yaşanmakta olan olumsuz atmosfer daha da pekiştirilmeye çalışıldı.

Yine bu atmosfere karşın "rutin" çalışmalar sürdürülmüş, işkencenin önlenmesinde uluslararası düzeyde son derece önemli bir çalışma olan "İşkencenin Etkin Dokümantasyonu için El Kitabı Geliştirme-İstanbul Protokolü'ne (İP) ilişkin 5

senedir yürütölen çabalar olumlu sonuçlar vermeye başlamıştır. Birleşmiş Milletler düzeyinde onay süreçleri ilerlemiş, BM resmi dillerine çevirileri başlamış, İP El kitabının Türkçe'ye kazandırılması ile de ilgili kesimin kullanımına sokulmuştur. İP'nin 2001 sonbaharında BM Genel Kurulu'nda onaylanması beklenmektedir. İP'nin tanıtım, eğitim ve pilot uygulamasına yönelik proje hazırlanmaktadır.

Geçtiğimiz yılın sonunda gündeme gelen açlık grevlerinde yer alan kişilerin sağlıklarının korunması ve isteyenlerin sağlık durumlarının iyileştirilmesi için merkezlerimiz katkıda bulunmuştur. F-tipi cezaevleri ile ilgili tutuklu-hükümlü yakınlarının, yakınlarına sahip çıkma çabalarını şiddet ile bastırma uygulamaları sonucu çok sayıda başvuru olmuştur.

Fizyoterapi çalışmalarının merkezlerimiz bünyesinde oluşturulması çabaları hazırlanan projelerin gerçekleşmemesi üzerine 2000'de de başlayamamıştır. Ancak İstanbul vakıf binasının 2001'de hizmete girmesi ile bu merkezimiz bünyesinde fizyoterapi birimi çalışmaya başlayacaktır.

İşkence görenlere yönelik sosyal destek projesi hazırlıkları 2000'de tamamlanmış ve 2001 yılı başından itibaren özellikle çocuklara yönelik sosyal destek projesi başlamıştır.

İşkence görenlere yönelik hukuk destek projesi hazırlıkları tamamlanmış olup, uygulamanın 2001 yılı içinde başlaması planlanmıştır.

Tüm bu gelişmelerin yanı sıra, TİHV çalışmalarının etkinleştirilmesi için Tedavi ve Rehabilitasyon projesinde somut olumlu programlar geliştirilmiştir.

Tedavi Projesi, tedavi hizmetleri için yapılan çalışmalar yanı sıra, bu hizmetin niteliğinin artmasına yönelik, eğitim, bilimsel araştırma ve bilimsel etkinlik çalışmalarını da içermektedir. Bu çerçevede ulusal ve uluslararası çok sayıda toplantı düzenlenmiş ve toplantılara katılmıştır.

Proje, Adana, Ankara, Diyarbakır, İstanbul ve İzmir Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerince yürütölmüştür. Diyarbakır Merkezimizin açılması, İçel'in Adana Merkezimiz ile ortak çalışmaya başlamasından sonra, yoğun insan hakları ihlallerinin varlığına karşın, henüz merkezlerimizin olmadığı bölgelere yönelik 5 il projesi (Malatya, Gaziantep, Hatay, Adıyaman, Şanlıurfa) uygulaması 2000'de de sürmüştür.

Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi Projesi'nin 2000 yılı çalışma sonuçlarını içeren bu rapor, geçmiş yıllarda olduğu gibi Türkçe ve İngilizce olarak iki dilde kitap haline getirilmiştir.

Türkiye İnsan Hakları Vakfı 2000 Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu Yönetim Kurulu adına Başkan Yavuz Önen'in insan hakları açısından 2000 yılı içinde yaşananlara ilişkin değerlendirmesini içeren "Önsöz" yazısından sonra iki bölümden oluşmaktadır.

İlk bölümde, 2000 yılında Vakfın sağlık çalışmalarının dökümü sunulmaktadır. Bu döküm Adana, Ankara, İstanbul, İzmir ve Diyarbakır illerinde, TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerine, işkence ve kötü muameleye bağlı yakınmaları sebebiyle başvuran kişiler hakkında bilgileri ve yorumları içermektedir.

Raporun ikinci bölümünde ise, 2000 yılında Tedavi Merkezleri'mizin de çaba gösterdiği kimi konulara ilişkin makaleler yer almaktadır.

Bu bölümün ilk yazısı olan, Dr. Deniz Dülgeroğlu'nun "Travma sonrası ortaya çıkan kas iskelet sistemi patolojileri" başlıklı makalesi işkence sırasında travmanın türüne, sıklığına ve uygulanan güce bağlı olarak oluşan hasarları son derece sistematik ortaya koymaktadır. Fiziksel ve ruhsal yakınmaların birbirleri ile yakın ilişkisini kavramak açısından son derece yararlı bir çalışma olduğuna inanıyoruz.

İkinci yazı ise, tecavüz ve cinsel saldırı alanında öteden beri değerli çalışmalar yapan Dr. Şahika Yüksel, Dr. Psk. Ufuk Sezgin ve Dr. Vehbi Keser'in "Gözaltında tecavüz ve cinsel saldırıda raporun yeri" başlıklı makalesidir. Söz konusu yazı, işkence görenler ve toplum için olumlu etkisi olan ve adalet duygusunun sağlanmasında önemli katkısı olan raporların özellikle fiziksel kanıtları olmayan işkence olaylarındaki önemini örnekle sunmaktadır.

Dr. Hıdır Arslan ve arkadaşlarının "Kabadayak ya da işkence öyküsü olan kişilerde rutin otoskopik muayenenin önemi" başlıklı makalelerinde, Vakfımız İstanbul Temsilciliğine 1998, 1999, 2000 yıllarında gözaltı veya cezaevi sürecinde gördüğü işkence ve diğer şiddet delillerinin belgelenmesi ve tedavi talebiyle başvuran olgular değerlendirilmiştir. Yazıda, otoskopik muayenenin yapılması gerekliliği gerek tedavi gerekse adli tıp raporları açısından değerlendiriliyor ve travmaya maruz kalan kişinin yakınma dile getirmese dahi rutin olarak yapılmasının önemi vurgulanıyor. İşkencenin önlenmesi bakımından işkencenin belgesinin önemi düşünüldüğünde, adli muayenelerde rutin otoskopik muayene yapılmasının önemi açıktır.

İnsan kaynaklı oluşan travma sonrası gerekli rehabilitasyon yaklaşımlarıyla, herhangi bir travma sonrası rehabilitasyon yaklaşımları arasında uygulanan fizyoterapi ve bu uygulamalarda fizyoterapistin rolü açısından belirgin bir farklılık bulunmamakla birlikte, insan kaynaklı travma sonrası rehabilitasyon yaklaşımlarında bazı önemli noktalara dikkat etmek gerektiğini "İnsan kaynaklı travmaya maruz kalan kişilerde fizyoterapi rehabilitasyon" başlıklı makalesiyle değerlendiren Yrd. Doç. Dr. Mintaze Kerem, travma sonrası ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarında fizyoterapi yaklaşımlarının önemini bir kez daha ortaya koyuyor.

Raporun son yazısında; Dr. Serpil Doğan'ın "Deprem ve İşkence Sonrası Oluşan Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi" başlıklı uzmanlık tezinin bir özeti yer alıyor. İnsan eliyle amaçlı olarak oluşturulan travma (işkence) ile doğal felaketi (deprem) izleyerek ortaya çıkan TSSB'yi

karşılaştıran bu araştırmada, deprem ve işkence sonrası ortaya çıkan TSSB'nin görülme sıklığı, seyri, semptom profili, semptomların sıklık ve şiddetlerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Bu araştırma doğal felaketlerle insan eliyle gerçekleştirilen travmalar arasındaki ayrımın kalktığı ya da ayırt edici niteliğini yitirdiği günümüz dünyasında, hangi travma türlerine özellikle hangi tür tepkilerin verildiğinin, hangi belirtilerin normal veya beklenir olduğunun aydınlatılması travma sonrası müdahalelerin gelişimine odaklanmada yardımcı olacaktır.

TİHV'nin başarılı çalışmaları, ülkenin değişik kentlerinde ortak bir amaç için özveriyle çalışan sağlık çalışanı ve insan hakları savunucusu yüzlerce duyarlı insanın eseridir. Bu çalışmalara katkıda bulunan, bizi yalnız bırakmayan tüm dostlarımıza, çalışmalarımıza başından bu yana destek veren İnsan Hakları Derneği ve Türk Tabipleri Birliği'ne şükranlarımızı sunarız.

Ankara, Nisan 2001

TİHV 2000

Yavuz Önen*

Ekonomik ve sosyal politikalara karşı toplumun emek cephesinde başlayan ve etkinliğini giderek arttıran eylemli muhalefeti geriletmek için hükümetin başlattığı baskılar, başta yaşam hakkı olmak üzere örgütlenme, toplanma, düşünce açıklama özgürlüğü ve **siyasal haklara** yönelik ihlallere neden olmuştur. Bu durum, TİHV'nin siyasi partilerle demokratik kitle örgütleriyle, sendikalarla, halkla, basın yayın kuruluşlarıyla ve resmi makamlarla ilişkilerinin artmasına, çeşitli etkinliklere katılmasına yol açmıştır. 2000 yılının TİHV açısından geçmiş dönemlerden daha yoğun bir kurumsal ilişki ağı yarattığı söylenebilir.

Yıl boyunca toplumsal muhalefete yönelen şiddet, emniyet ve karakol binalarından sokağa taşmış ve çok sayıda insanın yaralanmasına sakat kalmasına yol açan hak ihlalleri yaşanmıştır. Cezaevlerine yönelik tartışmalar yılın ikinci yarısında hızlanmış ve yıl sonuna doğru başlayan açlık grevleri, ölüm oruçları insan hakları kuruluşları başta olmak üzere toplumun çeşitli kesimlerinin bu konuya ilgilerini yoğunlaştırmıştır. Yirmi cezaevinde yaşanan ve 32 kişinin ölümüne yol açan cezaevi operasyonları ve F Tipi Cezaevlerine nakiller ülkenin gündeminin bir numaralı maddesi haline gelmiştir. Operasyonlar sırasında sayıları on bin kadar olan güvenlik güçlerinin sergilediği ölçsüz şiddet ve cezaevi koşullarında yaratılan dehşet sahneleri TV ekranlarına yansıtılmış ve toplum travmatize edilmiştir.

Operasyonlar açlık grevi ve ölüm orucunda bulunan mahkumlara insani yardım sunma amacı ile yapıyor imajı yaratılarak toplumdan onay alınmaya çalışılmış, bu dönemde medya izlediği yayın politikası ile operasyon öncesi ve sonrasında tek yanlı yayın yaparak özel bir rol oynamıştır. Operasyon ile birlikte

* TİHV Başkanı

gerçek amacın F Tipi Cezaevlerinin açılması olduğu ve uzun süredir planlandığı açıkça ortaya çıkmıştır. Açlık grevleri ve ölüm oruçları, F tipi cezaevlerine nakiller yapıldıktan sonra da sona ermemiş, katılanların sayıları artarak devam etmiştir. Grevcilerle diyalog tamamen kesilmiş, sakat kalmalara ve ölümlere seyirci kalınmıştır. Operasyon sırasındaki ölümler ve yaralanmaların sorumluları hakkında soruşturma açılmamış, müdahale edilen cezaevlerinde tarafsız uzman heyetlerin incelemede bulunması talepleri karşılanmamıştır. Cezaevlerinde yaratılan ortam hükümet tarafından toplumun muhalif eylemlerini geriletmek, toplumu sessizleştirmek için kullanılmıştır. Bütün tartışmalara karşı tutuklu ve hükümlüler halen Terörle Mücadele Yasası'nın 16. maddesinin öngördüğü tam tecrit uygulamasını yaşamaktadırlar.

'Hayata dönüş' adı altında yapılan ve 32 kişinin hayatını kaybettiği operasyonun ardından, İnsan Hakları Derneği, İstanbul Barosu, Türk Tabipleri Birliği, Tüm Yargı Sen, Halkevleri gibi cezaevleriyle ilgilenen kuruluşlar baskı altına alınmaya çalışıldı. İHD'nin altı şubesi kapatıldı, bazı yöneticileri gözaltına alındı. İHD Genel Merkezi, Yunanistan Hükümetinden para yardımı aldığı yalan haberine dayanarak, polisçe arandı ve sonra da savcılığın istemi üzerine, para yardımı aldığı için değil de amaç dışı faaliyette bulunduğu gerekçesiyle hakkında kapatma davası açıldı. Benzer gerekçeler ile diğer dört örgütün yöneticileri hakkında çeşitli davalar açılmıştır.

12 Aralık 2000 tarihinde F Tipi Cezaevleri'ne karşı gösteriler sırasında sokakta ülkücülerle işbirliği içinde polis terörü yaşandı. Tutuklu ailelerinin bulunduğu bir siyasi parti (ÖDP) polisin gözetiminde ülkücü grupların saldırısına uğradı ve ardından parti binasına baskın düzenleyen polis, binada bulunanları şiddet kullanarak gözaltına aldı. TİHV Ankara Tedavi Merkezi Sorumlusu'nun da aralarında bulunduğu çok sayıda kişiye yönelik gözaltı ve tutuklamalar oldu. Valiler, İller İdaresi Yasası'nın kriz yönetimi uygulaması çerçevesinde siyasi partilere, sendikalara, demokratik kitle örgütlerine, dernek ve vakıflara yazı göndererek düşünme, açıklama, toplanma özgürlüklerinin kullanılmasını yasakladılar. DGM ve RTÜK'de örgütlenme, haber alma haber kaynaklarına ulaşma özgürlüklerine kısıtlama getirdi.

2000 yılı, 57. Hükümetin İnsan Haklarından Sorumlu Devlet Bakanlığınca (İHSDB) düzenlenen Bölge Toplantıları, 2 Kasım 2000 tarihinde yayınlanan İnsan Hakları Kurullarının Görev, Kuruluş, ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelikle oluşturulan İl ve İlçe İnsan Hakları Kurulları toplantıları, cezaevlerindeki olaylar sırasında diğer örgütlerle birlikte Adalet Bakanı ile olan görüşmeler, İHSDB'nin Evrensel Bildirge'nin yıldönümü resmi etkinliğine çağrılmamız nedenleriyle geçmiş yıllara oranla yönetim organlarıyla da merkezi ilişkilerimizi arttırmıştır. Ancak, Hükümetin cezaevlerindeki sorunu şiddete başvurarak çözmeye yönelmesi, il ve ilçe kurulları toplantılarında yaşanan olumsuzluklar, bazı valilerin bu kurullara kuruluş amacının dışında görevler yüklemesi nedenleriyle TİHV Yönetim Kurulu il ve ilçe kurulları toplantılarına geçici olarak katılmama kararını almıştır.

İki bin yılı çalışmalarımız Türkiye'nin dünya ilişkilerinde önemli gelişmelerin olduğu bir ortamda gerçekleşti. 57. Hükümetin IMF ve Dünya Bankasıyla ilişkilerinin toplumda oluşturduğu tepkiler, 8 Kasım'da AB Katılım Ortaklığı Belgesinin ve 13 Aralık 1999 tarihli Helsinki toplantısında Türkiye'nin adaylık statüsünün kabulünden sonra siyasi kriterler çerçevesinde yoğunlaşan Kıbrıs sorunu, Azınlıklar sorunu ve Kürtçe dili ve Kürtçe TV tartışmaları, AB'nin ve bazı ülkelerin parlamentolarında gündeme giren Ermeni soykırım iddialarının yarattığı gerginlikler Türkiye gündemini önemli ölçüde belirlemiştir. Bu gündem, TİHV'nin de çalışmalarını etkilemiştir. Avrupa Birliği'nin, Avrupa Konseyi'nin, Birleşmiş Milletlerin, Avrupa ülkeleri hükümetlerinin, büyükelçiliklerinin, parlamentolarının, politikacılarının, uluslararası insan hakları kuruluşlarının, yabancı gazete radyo ve televizyonlarının temsilcileriyle ilişkilerimiz sıklaşmış ve sayısı artmıştır.

Geçen bir yıllık dönemde Vakıf çalışmalarında nicel ve nitel gelişmeleri olanaklı kılacak düzenlemelerin yapılması gündeme gelmiş, vakıf ortamında ve yönetim kurulunda görüşülerek gerekli kararlar üretilmiştir. Tedavi hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi, daha verimli kılınması için alınan kararlar uygulamaya başlanmıştır.

Birinci ölüm yıldönümünde Vakıf kurucu üyemiz Mahmut Tali Öngören için, Dünya Kitle İletişim Vakfı, Ankara Üniversitesi İletişim Fakültesi, Ankara Üniversitesi İletişim Fakültesi Mezunları Vakfı, Gazi Üniversitesi İletişim Fakültesi, Çağdaş Gazeteciler Derneği, TRT ve Cumhuriyet Gazetesi ile birlikte anma etkinlikleri düzenlenmiştir. Ülkemiz insan hakları mücadelesine unutulmayacak katkıları olan değerli dostumuzun anısına bir kitap hazırlanarak yayınlanma aşamasına getirilmiştir.

2000 yılı içerisinde Vakfımızın, en yakın çalışma ortamlarını paylaştığı TTB ve İHD ile ortak etkinlikler düzenlenmiştir. İzmir'de TTB, TİHV ve Uluslararası Sağlık ve İnsan Hakları Örgütleri Federasyonu (İFHHRO) ile birlikte konulu bilimsel bir toplantı düzenlenmiş ancak polis müdahalesi nedeniyle yapılamamıştır. İHD ile birlikte her yıl düzenlenen Geleneksel İnsan Hakları Konferansı ile 10 Aralık İnsan Hakları Haftası etkinliklerini ayrıca belirtmekte yarar vardır. Geçen yıl vakıf merkezinin ve temsilciliklerimizin diğer örgütlerle birlikte katıldığı toplantı, basın açıklaması, resmi toplantı, ziyaret vb etkinliklerin yanında ilk kez olmak üzere İnsan Hakları Evrensel Bildirgesini halka doğrudan Ankara Kızılay'da dağıtmak suretiyle merkezde de eylem biçimlerimizi çoğalttık ve halkla sokakta da buluştuk.

İzmir Temsilciliğimizden arkadaşlarımız, Günseli Kaya ve Alp Ayan'ın Ankara Ulucanlar Cezaevinde öldürülen bir kişinin cenazesinin kaldırılması sırasında gözüaltına alınmalarından sonra haklarında dava açılmış ve dört ay kadar tutuklu kalmışlardır. Bu süreç içerisinde İzmir Temsilcisi Veli Lök ile Vakıf Başkanı Yavuz Önen hakkında yaptıkları açıklamalar nedeniyle dava açılmıştır. Davalar devam etmektedir.

İzmir'de hakkında gizli örgüt üyelerini tedavi ettiği gerekçesiyle soruşturma açılan ve bu aşamada oğluyla birlikte ağır işkence gören gönüllü hekimimiz Zeki Uzun hakkında açılan davalar da izlenmiş ve arkadaşımıza Vakıf ortamı olarak destek olunmuştur.

Vakıf kurucu üyemiz ve İstanbul Temsilciliğimiz gönüllü hekimlerinden adli tıp uzmanı Prof. Dr. Şebnem Korur Fincancı hakkında, güvenlik güçlerini zan altında bırakan adli tıp raporları düzenlediği gerekçesiyle başlatılan soruşturma ve açılan dava izlenmiş ve dayanışma sağlanmıştır. Vakıf kadroları ve gönüllülerine yönelik bu baskılara karşı uluslararası alanda da destek verilmiş ve değişik ülkelerden dayanışma amacıyla gelen temsilciler duruşmaları izlemişlerdir.

Cezaevlerinde açlık grevleri ve ölüm oruçlarının yoğun olarak yaşandığı süreçle birlikte genel olarak insan hakları savunucuları ve özel olarak da TTB ve İHD bazı gazeteler ve TV kanallarında hedef alınarak yıpratılmak istenmiştir.

Yıl içerisinde yürüttüğümüz çalışmaların bir kısmını da şöyle sıralayabiliriz:

▪Uluslararası çalışmalarımız çerçevesinde çok önemli bir belgenin hazırlayıcıları arasında yer aldık. Türkçe basımı TİHV tarafından yapılan BM tarafından diğer resmi dillere de çevrilen bu çalışma İstanbul Protokolü adıyla 2001 yılı eylül ayında Newyork' ta toplanacak genel kurulun onayından sonra BM'nin de el kitabı olarak yayınlanacaktır. Bu çalışmada TİHV' nin ve TTB'nin deney ve birikimlerinden önemli ölçüde yararlanılmıştır. Ayrıca, beş yıl süren hazırlık çalışmaları süresince 'İşkence, Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı, Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesi' alanıyla ilgili değişik ulusal ve uluslararası kişi ve kuruluşla önemli bir işbirliği yaşanmış, değerli bir ilişki ağı geliştirilmiştir.

▪Gözlemci üye statüsüyle ilişkide olduğumuz FİDH'nin Fas'ta yapılan genel kuruluna ayrıca IRCT genel kuruluna katıldık. Vakıf merkezinden ve temsilciliklerinden yurtdışındaki etkinliklere katılan arkadaşlarımız bu çalışmalar hakkında raporlar hazırlamışlardır.

▪Vakfımız geçen yıl işkence mağdurlarına hukuksal yardım projesinin hazırlık çalışmalarını tamamlamıştır. Projenin 2001 yılında başlaması planlanmıştır. Uzun yıllar başlatmayı tasarladığımız işkenceye uğrayan çocuklara yönelik Sosyal Destek Projesi de başlamış bulunmaktadır.

▪TİHV çalışanları ve gönüllüleri aracılığıyla Psikiyatri, Ortopedi, Adli Tıp, Sosyal Hizmetler kongrelerine ve etkinliklerine katılmıştır.

▪Cezaevleri sorununun ülke gündeminde önemli bir yer tuttuğu bir dönemde Yılmaz Güney Vakfı ile birlikte Duvar filminin hazırlanmasına ilişkin bir dokümanter film gösterisini AST salonlarında gerçekleştirilmiştir.

Geçen bir yıllık dönemde vakfın çalışmalarına katkıda bulunmuş olan tüm Temsilciliklerimize, çalışanlara, Yönetim Kurulu üyelerine, gönüllülerimize ve bizi destekleyen dostlarımıza teşekkür ediyorum.

***TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon
Merkezleri Raporu***

**2000
Değerlendirme Sonuçları**

TİHV TEDAVİ ve REHABİLİTASYON MERKEZLERİ 2000 YILI DEĞERLENDİRME SONUÇLARI

"Etken patojeni insan olan bir hastalıktır işkence" ve dünyanın en ücra köşelerine kadar yayılmış insanı ve insanlığı kemirmektedir. Türkiye İnsan Hakları Vakfı işkenceye karşı oluşturulan cepheye işkenceye bağlı sağlık sorunlarının çözümü ve işkencenin dokümantasyonu alanında özgün çalışmaları ile katılmıştır. İşkence ortadan kaldırılıp yarattığı sorunlar çözüme kavuşturuluncaya kadar da çalışmalarını devam ettirme kararlılığındadır. Çalışmaların sonuçlarını insan hakları savunucuları ve işkence karşıtı çalışmalar yapan sağlık çalışanları ile paylaşabilmek rapor yayınlamanın öncelikli amacıdır. Raporların işkence karşıtı bir haykırış olarak tüm dünyada yankılanması, zorluklarla dolu bir ülkede özveri ile çalışan yüzlerce TİHV çalışanı ve dostunun yorgunluğunu giderecektir.

YÖNTEM

TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu 2000, TİHV Ankara, İstanbul, İzmir, Adana, Diyarbakır Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerine başvuruda bulunan 1023 kişiden 972 kişiye ait bilgilerin retrospektif değerlendirilmesi ile hazırlanmıştır. 36 kişi işkence gören yakını olarak başvuruda bulunduğundan, 15 kişi ise bilgilerinde eksiklikler bulunması nedeni ile değerlendirmeye dahil edilmemiştir.

Verileri değerlendirmede kullanılan 47 sorudan oluşan form, sosyal ve demografik özellikler, gözaltı ve cezaevi süreçlerine ait bilgiler, uygulanan işkence yöntemleri ve yerleri, ruhsal ve fiziksel yakınmalar ile tanıları saptamaya yönelik düzenlenmiştir.

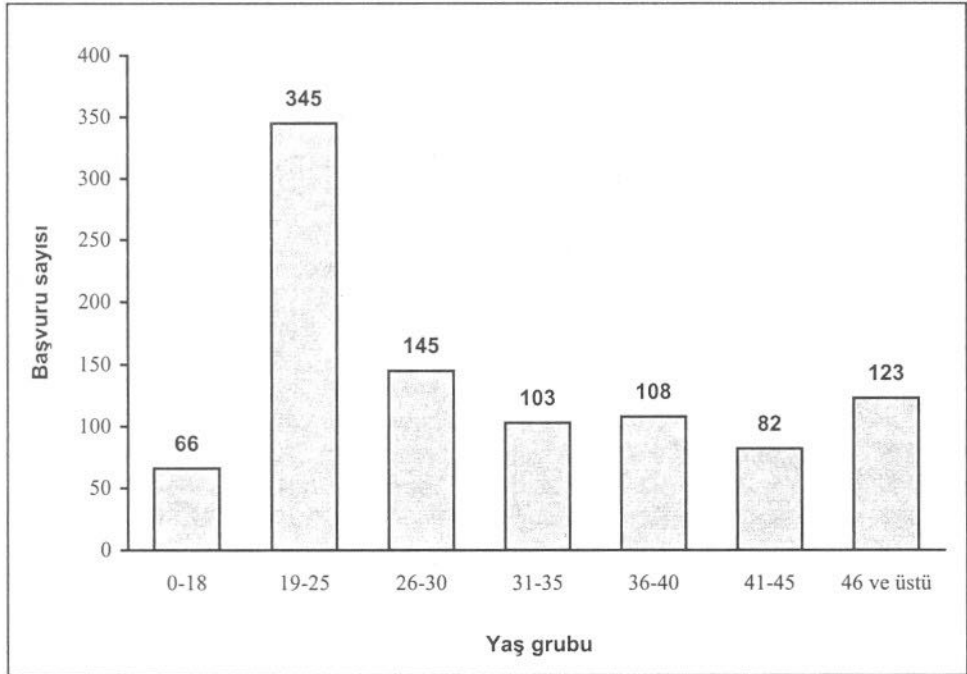
Farklı merkezlerde bilgi toplanmasının yarattığı standardizasyon sorunları, bazı başvuruların geçmiş dönemlere ait çeşitli bilgileri hatırlamakta zorlanmaları, çalışmaların raporlaştırılmasında güçlük yaratan nedenler olarak belirlenmiştir.

TEDAVİ ve REHABİLİTASYON MERKEZLERİ ÇALIŞMALARI

A. Sosyal ve Demografik Özellikler

Bilgileri değerlendirilen 972 kişinin başvuru merkezlerine göre dağılımları yapıldığında, TİHV İstanbul Temsilciliği'nin 419 başvuru ile başvuru yoğunluğu açısından ilk sırayı aldığı görülmüştür. Bu merkezi 207 başvuru ile Adana, 120 başvuru ile İzmir, 115 başvuru ile Ankara ve 111 başvuru ile Diyarbakır illeri izlemektedir. İstanbul Temsilciliği'ne yapılan başvurularda görülen artış dikkat çekicidir. Başvuru tarihleri açısından yapılan değerlendirmede ise 972 başvurudan 393'ünün Eylül, Ekim, Kasım, Aralık aylarında başvuruda bulunduğu anlaşılmıştır. Yılın son dört ayını kapsayan dönemde başvurularda yoğunluk oluşmasında (tüm başvuruların %40.4'ü) önemli bir neden F Tipi Cezaevlerini protesto eylemlerine karşı güvenlik güçlerinin aşırı şiddet kullanması ve yoğun gözaltına alınma olayları yaşanması olarak değerlendirilmiştir.

Grafik 1. 2000 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin yaş gruplarına göre dağılımı



Başvuruların yaş ortalamasının 31.3 ± 12.1 olduğu, başvuru yaşlarının 5 ile 81 arasında değiştiği belirlenmiştir (Grafik 1). 0-18 yaş grubunda 66 kişi bulunmaktadır. Bilimsel çalışmalar çocukluk ve gençlik döneminde karşılaşılan işkence

uygulamalarının erişkin dönemde karşılaşılan işkence uygulamalarına göre sağlık üzerine daha ağır etkilerinin olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle işkencenin önlenmesi için yapılması önerilen değişikliklerin tartışılmasında çocuklara özel bir bölüm ayrılması gerekmektedir. İşkencenin toplumda ortadan kaldırılması talebi ile bağlantılı olarak çocuklar için özel bir duyarlılık göstermenin işkencenin küçük bedenlerde ve ruhlarında yarattığı etkileri önlemek açısından önemi unutulmamalıdır.

Kanunlarımızda küçükleri korumak amacı ile bazı düzenlemeler yapılmıştır. CMUK Madde 136 da: "Yakalanan kişi veya sanık soruşturmanın her hal ve derecesinde bir veya birden fazla müdafinin yardımından faydalanabilir..." denilmektedir. Böylelikle gözlem altına alınan kişinin her aşamada avukat yardımı alabilmesine olanak sağlanmıştır. Yine CMUK 138. maddesi " Yakalanan kişi veya sanık 18 yaşını bitirmemiş ise... talebi aranmadan kendisine müdafii tayin edilir." diyerek, 18 yaşından küçükler için pozitif ayırıcı bir tutumla kişinin talebi olmasa dahi baro tarafında avukat görevlendirilmesi zorunluluğunu düzenlemiştir.

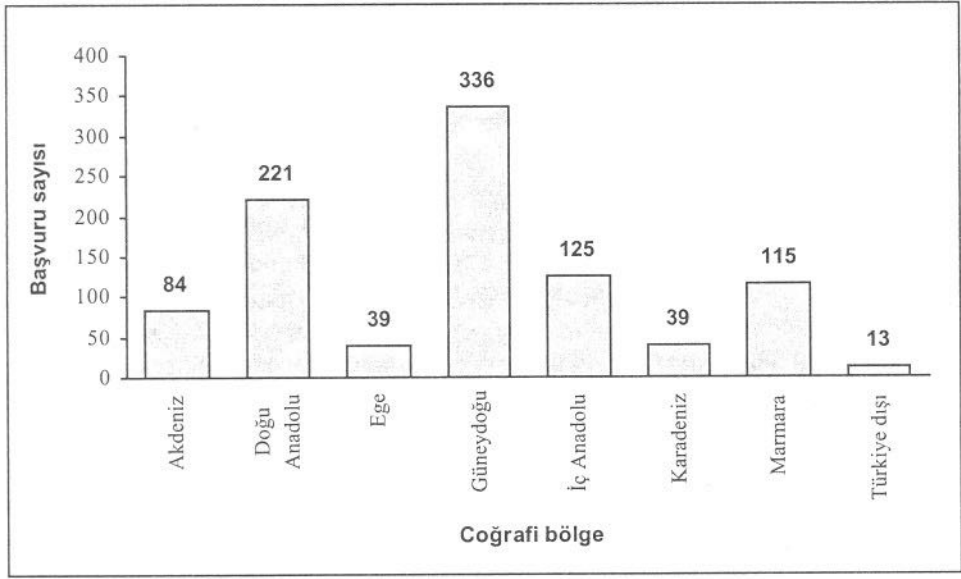
Ancak Devlet Güvenlik Mahkemeleri (DGM) kapsamında yargılmalarda CMUK değil DGM yargılama usulü geçerlidir. DGM yargılama usullerinde 11 yaşını tamamlamış küçükler için (11-18 yaş arası) bu hak tanınmamıştır. Yani bu yaş grubunda yer alan çocuklardan siyasal nedenlerle gözü altına alınanlar, ifadesi alınırken ya da sorgu hakimliğinde avukat yardımından yararlanma hakkından yoksun bırakılmıştır.

Yine Çocuk Mahkemeleri Kanunu 19. Maddesinde "...Hazırlık soruşturması bizzat Cumhuriyet Savcısı tarafından yapılır..." denilerek çocukları korumayı amaçlayan ve "susma hakkı" da dahil hakların kullanımını kolaylaştıran düzenlemeler mevcut olmasına karşın, DGM kapsamında yargılanan çocuklara bu hak tanınmamıştır. Mevcut yasal düzenlemeler ve uygulamalar, erişkinlerde olduğu gibi çocukların yargılanması alanında da siyasal nedenle gözü altına alınanlara işkence yapılabilmesini kolaylaştırmaktadır. BM Çocuk Hakları Sözleşmesi 18 yaş altını çocuk sayarken, Çocuk Mahkemeleri Kanunu 15 yaş altını çocuk olarak değerlendirmektedir. Bu durumun düzeltilmesi çocuk hakları açısından öncelikli görevlerden bir tanesidir.

Başvuruların cinsiyet açısından değerlendirilmesinde 374 kişinin kadın, 598 kişinin ise erkek olduğu görülmüştür.

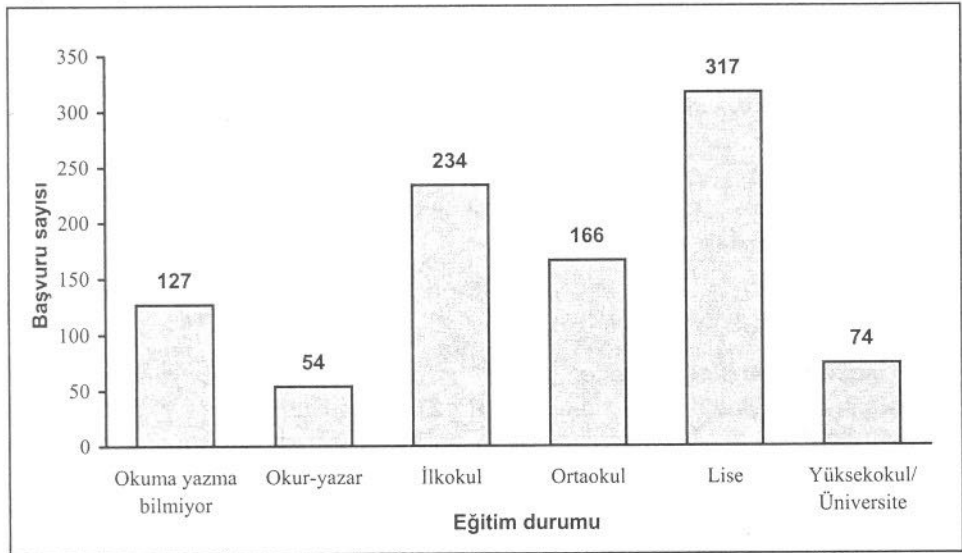
Başvuruların doğum yerleri incelendiğinde 336 kişinin Güneydoğu Anadolu Bölgesi doğumlu olduğu görülmüştür (Grafik 2). Siyasal nedenlerle işkence görenler arasında Kürt kökenli insanların yoğun olarak bulunması doğum yerlerine göre dağılımda görülen bölgesel yoğunlaşmanın en önemli nedeni olarak düşünülmüştür. Etnik kimlikleri dolayısıyla yaşadıkları bölgelerde baskı görmeleri bu durumun nedenleri arasında sayılabilir.

Grafik 2. 2000 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin doğum yerlerine göre dağılımı



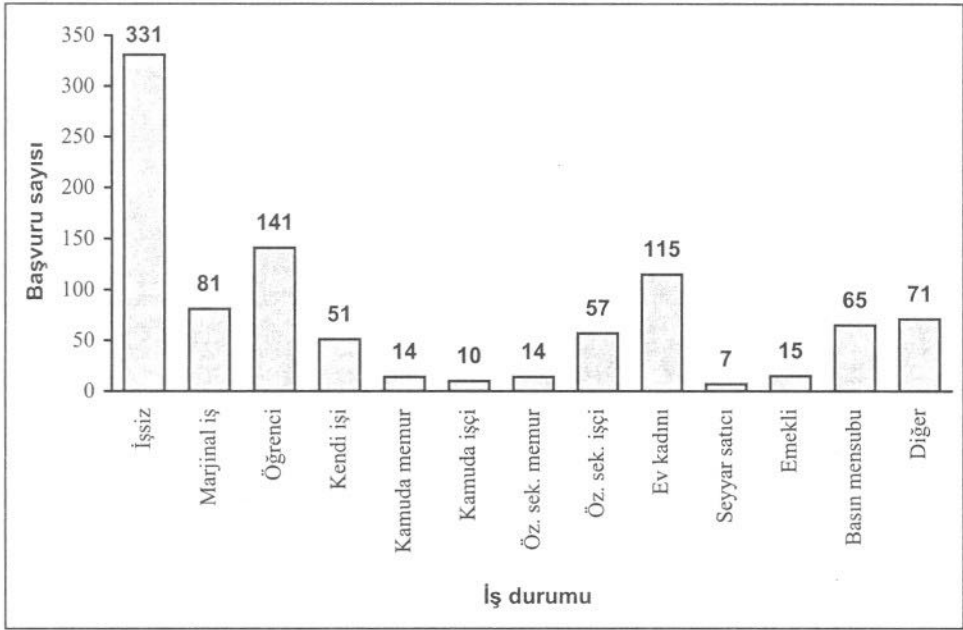
Öğrenim durumları değerlendirildiğinde, 317 kişinin lise mezunu olduğu anlaşılmıştır (Grafik 3).

Grafik 3. 2000 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin eğitim durumlarına göre dağılımı



İş durumları açısından yapılan değerlendirme, işsizlik oranı yüksekliğinin işkence görenlerin karşılaştığı önemli sorunlar arasında yer aldığını göstermiştir (Grafik 4). Gözaltı ve cezaevi süreçleri nedeniyle işten atılmalar, öğrenimin yarıda kalması, iş başvurusu yapılan kurumların adli sicil nedeni ile başvuruları reddetmesi vb. işsizlik oranlarının artmasına doğrudan etkide bulunmaktadır.

Grafik 4. 2000 yılında TIHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin iş durumlarına göre dağılımı



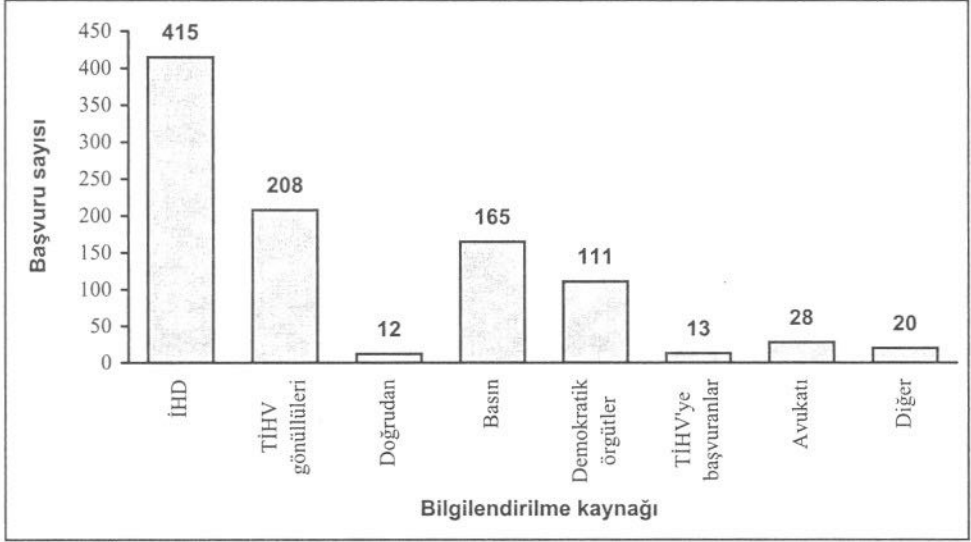
Başvuruların bilgilendirme kaynakları ve ilişki kurma aşamasında aracılık yapan kişi ve kurumlar incelendiğinde, İnsan Hakları Derneği en önemli kurum olarak ortaya çıkmaktadır (Grafik 5). Bütün baskı ve engellemelere karşın İHD'nin insan hakları alanında vazgeçilmeyen bir başvuru merkezi olduğu bu verilerle bir kez daha ortaya konmaktadır.

B. İşkence Süreci

Başvurulardan 540 (%55.6) kişi 2000 yılı içerisinde işkence gördüğünü belirtmiştir (Grafik 6). Başvuruların son olarak ne zaman işkence gördükleri, işkence uygulamalarının sistematik olarak uygulandığı iddialarını değerlendirmede nesnel bir ölçüt oluşturmaktadır. İşkence gören kişiler içerisinde küçük bir grubun tedavi amacıyla başvuruda bulunması ve işkence uygulamalarını kanıtlamada karşılaşılan zorluklara karşın 540 kişinin 2000 yılı içerisinde işkence

gördüğü için TİHV'ye başvuruda bulunması tek başına bile anlamlıdır. Hükümet yetkililerinin iddialarının aksine işkence ve kötü muamele Türkiye'nin insan hakları gündeminde öncelikli sorun olma özelliğini 2000 yılı içerisinde de korumuştur.

Grafik 5. 2000 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin bilgilendirilme kaynaklarına göre dağılımı



Grafik 6. 2000 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin, son kez işkence uygulamasına ne kadar süre önce maruz kaldıkları

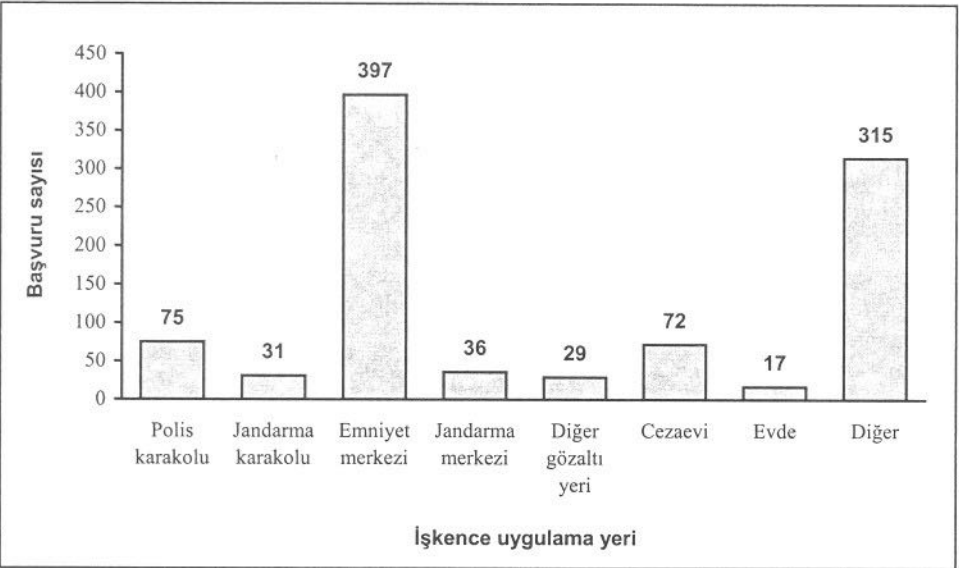


Başvurulardan 924 (%95.1'i) kişi siyasal nedenlerle işkence gördüğünü belirtirken, 48 (%4.9'u) kişi adli nedenlerle işkence gördüğünü beyan etmiştir. Adli nedenlerle gözaltına alınan kişilere gözaltı sürecinde avukat yardımı alabilme hakkı tanınması ve gözaltı sürelerinin kısaltılması işkence uygulamalarının, bir ölçüde, azalmasına katkı sağlayacaktır. Ayrıca bu grubun TİHV'yi yeterince tanımaması ve başvuruda bulunmaktan çekinmesi de başvurular arasında sayılarının az olmasının nedenlerindedir.

Başvurular arasından 183 kişi OHAL Bölgesi içerisinde işkence gördüklerini beyan etmişlerdir.

İşkence uygulanan kurumlar arasında ilk sırayı 397 kişi ile Emniyet Müdürlükleri almıştır (Grafik 7). Anlatımlardan Emniyet Müdürlüğü Terörle Mücadele Şubelerinin işkence uygulanan birimler arasında öne çıktığı görülmüştür. "Diğer" olarak ifade edilen, açık alanlar, işyerleri ve ev benzeri yerlerde işkence uygulamalarına maruz kalanların 315 kişi ile ikinci sırada yer alması dikkat çekici bulunmuştur. Güvenlik güçlerinin özellikle gösteri yürüyüşlerine müdahale sırasında, gözaltına alma anında ve gözaltı birimine götürülen araç içerisinde şiddet uygulamasının bu sayıyı artırdığı anlaşılmaktadır.

Grafik 7. 2000 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin, son işkence uygulamalarını gördükleri yerlerinin dağılımı



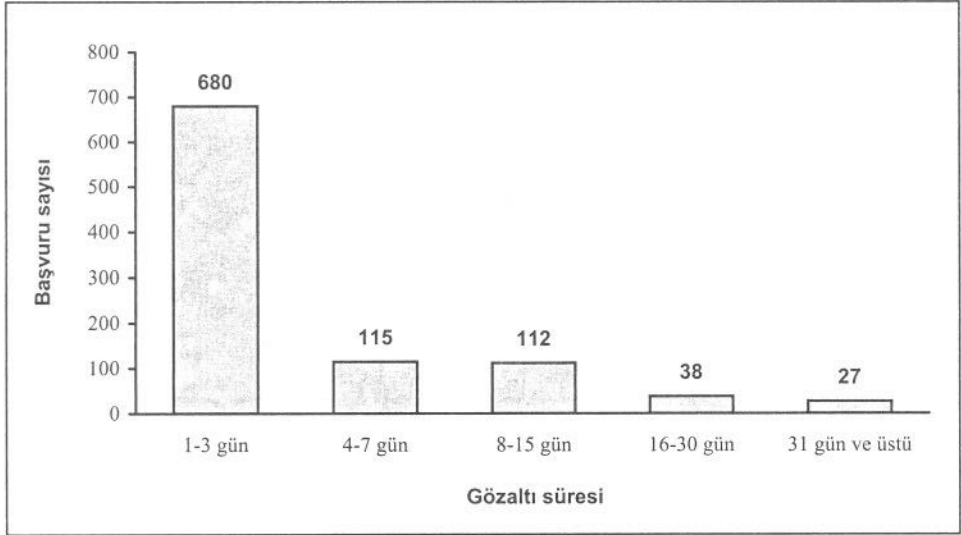
315 kişinin önemli bir kısmı insan hakları açısından 2000 yılına damgasını vuran F Tipi Cezaevleri karşıtı gösteriler sırasında işkence ve kötü muamele uygulamalarına maruz kalanlardır. Resmi olmayan kaçırma ve gözaltı olayları da "Diğer" başlığı altında ifade edilmiştir. Bu tür olaylar yetkililer tarafından kabul

edilmediğinden görevliler hakkında işlem yaptırmak genellikle mümkün olmamaktadır. Bu durum işkencenin önlenmesi tartışmaları içerisinde güvenlik güçlerinin gözüaltına alma yetkilerini çeşitli açılardan tartışmayı ve bireyleri koruyan düzenlemeler yapılmasını öncelikli olarak ele almanın gereğini bir kez daha işaret etmektedir.

Son işkence uygulaması üzerinden 15 gün ve daha kısa zaman geçen grup "erken (akut)" dönemde başvuranlar, 15 gün ve daha fazla zaman geçtikten sonra başvuruda bulunan grup ise "geç dönemde başvuranlar (kronik)" olarak değerlendirilmektedir. Başvurulardan 463 kişi erken dönemde TİHV'ye başvuruda bulunmuştur. Bu grup içerisinde F Tipi Cezaevleri karşıtı gösteriler sırasında işkence ve kötü muamele uygulamalarına maruz kalanlar çoğunluktadır.

Gözaltı süreleri açısından değerlendirdiğimizde, 488 kişinin bir gün süren gözaltı yaşadığı, 7 günden uzun gözaltı yaşayanların ise 177 kişi olduğu anlaşılmıştır (Grafik 8). Rakamlar 2000 yılı içerisinde gözaltında kalma sürelerinde kısalma görüldüğünü ancak bu kısalmanın işkenceyi önlemek konusunda gelişme sağlamadığını ortaya koymaktadır.

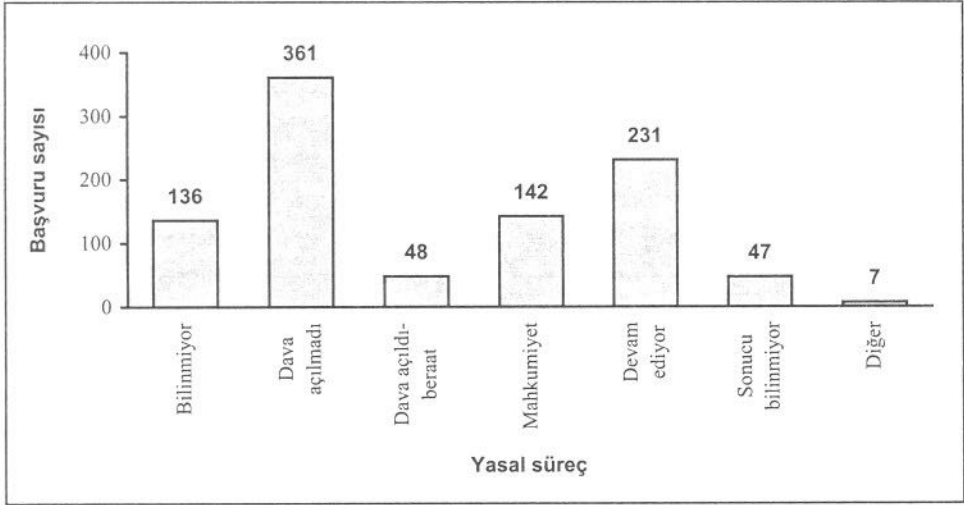
Grafik 8. 2000 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuruların yaşadıkları son gözaltı sürecinde gözaltı süreleri



Başvuruların %70.2'si (682 kişi) gözaltı sürecinin sonunda savcı karşısına çıkarılmadan ya da savcılık/mahkeme tarafından dava açılmasına gerek görülmeden ya da tutuksuz yargılanmak üzere serbest bırakıldığını belirtmiştir. Özellikle DGM yargılama süreçlerinde CMUK'a uygun olmayan yöntemlerle delil toplanması, savunma hakkının engellenmesi yakınmaları sıkça dile getirilmiştir.

Gözaltı ile başlayan hukuksal sürecin sonuçları adalet sistemine yönelik tartışmalarda önemli bir tartışma materyali olarak değerlendirilebilir (Grafik 9).

Grafik 9. 1999 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuruların yaşadıkları son gözaltı süreci sonrasında dava açılıp açılmadığı, dava açıldı ise sonucuna göre dağılımı



Değerlendirme kapsamına alınan 972 başvurunun son gözaltı sürecinde karşılaştıkları işkence yöntemleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

İşkence yöntemleri sayısal olarak değerlendirildiğinde iki ve daha fazla işkence yönteminin aynı gözaltı sürecinde uygulandığı başvuru sayısı 952 olarak bulunmuştur. Başvuruların %68.5'ine ise (666 kişi) aynı gözaltı sürecinde beş ve daha fazla yöntem birlikte uygulanmıştır (Grafik 10). Kişinin özgürlüğünden yoksun bırakıldığı andan itibaren başlayan ve birden fazla fiziksel ve/veya ruhsal acı ve/veya ızdırap verici mumeleye maruz kalmayı içeren bu süreci, genellikle yapıldığı gibi, tek tek yöntemlere bakarak işkence ya da kötü muamele diye ayırmak pek anlamlı görünmüyor. Gözaltı sürecinde birden fazla muameleye maruz kalınması, bu sürecin ve işkence uygulamalarının sistematikliğini ortaya koyuyor.

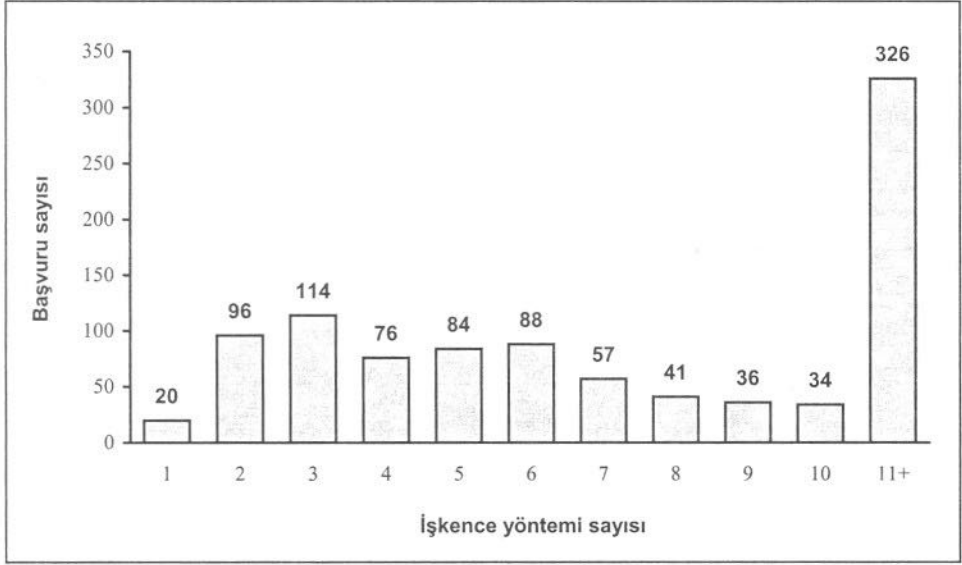
Başvurulardan 320 kişi bir kez, 202 kişi iki, 450 kişi ise üç ve daha fazla kez gözaltına alındığını ifade etmiştir. Gözaltı süreçlerinin ardından, başvuruların %70.2'sinin savcılığa çıkarılmadan ya da savcılık/mahkemeden serbest bırakıldığı hatırlandığında gözaltı kurumunun keyfi olarak kullanıldığı bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

Tutuklu ya da hükümlü olarak cezaevinde kalan kişiler ve kalma süreleri Grafik 11'de belirtilmiştir.

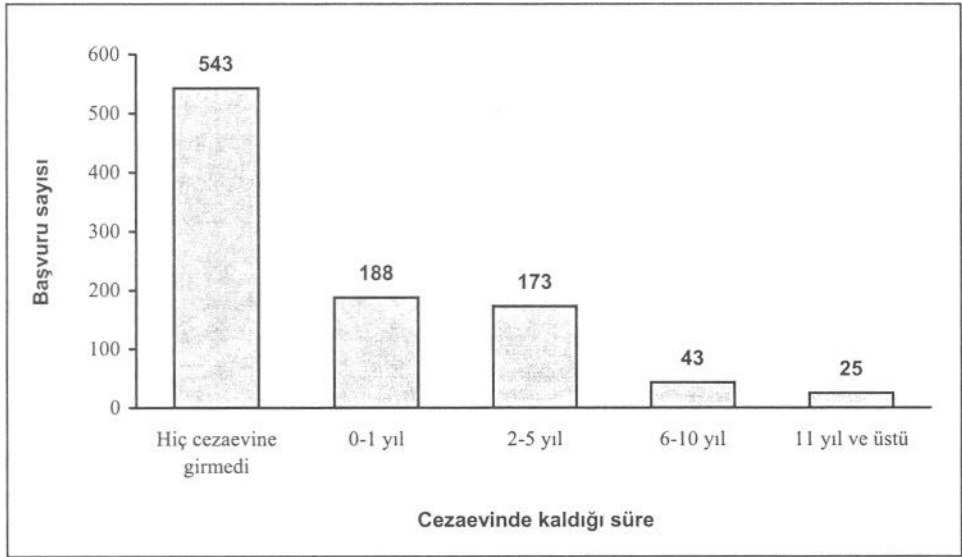
Tablo 1. 1999 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuruda bulunan kişilere son gözaltı sürecinde uygulanan işkence yöntemleri

İşkence yöntemi	Sayı	Yüzde
Hakaret	754	77.9
Dayak	723	74.4
Kendisine yönelik başka tehditler	549	56.5
Öldürme tehdidi	455	46.8
Göz bağlama	383	39.4
Saç, sakal, bıyık yolma	382	39.3
Yeme içmenin kısıtlanması	354	36.4
Soğuk zeminde bekletme	346	35.6
İşeme ve dışkılamanın engellenmesi	346	35.6
Hücrede tecrit	313	32.2
İşkenceye görsel/işitsel tanıklık ettirme	300	30.8
Soyma	264	27.2
Yakınlarına yönelik tehditler	250	25.7
Cinsel taciz	246	25.3
Aşırı fiziksel aktiviteye zorlama	243	25.0
Gürültülü müzik ya da marş dinletme	236	24.3
Vücudun tek bir noktasına sürekli vurma	225	23.2
Anlamsız istemlere itaat etmeye zorlama	225	23.2
Basıncılı/soğuk su	223	22.9
Uyutmama	212	21.8
Elektrik	183	18.8
Askı	155	15.9
Haya burma	145	14.9
Yakınlarının yanında işkence yapma	127	13.1
Falaka	113	11.6
Ajanlık teklifi	103	10.6
Havasız bırakma	87	8.9
Yalancı infaz	75	7.7
Buz üzerine yatırma	26	2.7
Yakma	19	1.9
Tecavüz	18	1.8
Diğer	238	24.5

Grafik 10. 2000 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin, maruz kaldıkları işkence yöntemlerinin sayısı



Grafik 11. 2000 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin, cezaevlerinde kaldıkları sürelerin dağılımı



Cezaevinde tutuklu ya da hükümlü olarak kalan 429 kişinin cezaevinde karşılaştıkları işkence uygulamalarının dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. 2000 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerden cezaevi yaşantısı olanların, cezaevinde karşılaştıkları işkence yöntemleri

İşkence yöntemi	Sayı	Yüzde
Hakaret	224	52.2
Dayak	152	35.4
Anlamsız istemlere itaat etmeye zorlama	124	28.9
Yeme içmenin kısıtlanması	120	27.9
İşeme ve dışkılamanın engellenmesi	107	24.9
Kendisine yönelik başka tehditler	82	19.1
Öldürme tehdidi	77	17.9
Hücrede tecrit	77	17.9
İşkenceye görsel/işitsel tanıklık ettirme	51	11.9
Soğuk zeminde bekletme	46	10.7
Saç, sakal, bıyık yolma	45	10.5
Aşırı fiziksel aktiviteye zorlama	41	9.6
Vücudun tek bir noktasına sürekli vurma	35	8.2
Uyutmama	31	7.2
Gürültülü müzik ya da marş dinletme	31	7.2
Soyma	31	7.2
Basıncılı/soğuk su	28	6.5
Falaka	24	5.6
Cinsel taciz	23	5.4
Göz bağlama	17	3.9
Yakınlarına yönelik tehditler	13	3.0
Havasız bırakma	13	3.0
Elektrik	12	2.8
Askı	11	2.6
Yalancı infaz	8	1.8
Ajanlık teklifi	7	1.6
Yakınlarının yanında işkence yapma	7	1.6
Haya burma	7	1.6
Buza Yatırma	6	1.4
Yakma	5	1.2
İçeriği bilinmeyen şeyler yedirme içirme	5	1.2
Tecavüz	1	0.2
Diğer	169	39.4

Tutuklu ya da hükümlü olarak cezaevinde kalan 429 başvurunun 8 başlık altında ve olumlu, kısmen olumlu, olumsuz seçenekleri dahilinde cezaevi koşullarını değerlendirmeleri istenmiş, cezaevlerini gerçeğine ışık tutan bu veriler tablo halinde değerlendirilmiştir.

Tablo 3. 2000 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerden cezaevi yaşantısı olanların, cezaevi koşulları konusundaki değerlendirmeleri

	Olumlu	Kısmen olumlu	Olumsuz
Beslenme	5	109	315
Barınma	5	103	321
Hijyen	7	93	329
İletişim	5	101	323
Sağlık	2	69	358
Havalandırma ve sportif etkinlikler	11	133	285
Basına ulaşabilme	11	123	295
Sevkler	2	32	395

Cezaevlerinde kalanlar için iaae bedeli adı altında ayrılan kaynakların yetersizliğı yıllardır bilinen bir gerçektir. Yemeklerin kaliteleri de genel olarak iyi değıldir. Tutuklu ve hükümlülerin kendi imkanları ile yetersiz gıda alımından doğan açıkları kapatmaya çalıştığı bilinen bir gerçektir. F Tipi Cezaevi projesi ile birlikte dışarıdan gıda maddesi alma ve yemek yapma olanağı fiilen ortadan kalkacağından yetersiz beslenmenin tıbbi sonuçlarının görülme sıklığının da artması beklenebilir.

Başvuru anlatımları, öncelikle cezaevi revirlerinin kadro ve malzeme açısından eksik olduğunu, hastanelere sevk işlemlerinin yeterli güvenlik görevlisi olmadığı gerekçesi ile engellenebildiğini, hastanelerde jandarma ve infaz koruma memurlarının güvenlik gerekçesi ile muayene odalarında bulunmak istemelerinin (insan haklarına, hekimlik meslek etik ilkelerine aykırı bu duruma hekim ve mahkumlar tepki gösterebilmektedir) birçok kez tedavi olma hakkının engellenmesi ile sonuçlandığını göstermektedir.

Açlık grevleri sonucunda sağlığını kaybedenler başta olmak üzere CMUK 399 kapsamında tedavisine cezaevi dışında devam edilmesi gerektiğı halde tahliye edilmeyen kişiler ile ilgili sorunların devam ettiği anlaşılmaktadır.

Başvurular adli rapor süreçlerinde, muayene ortamının işkence uygulamalarını yapan görevlilerden arındırılmaması, hekimlerin yakınmaları dinleyerek ayrıntılı kayıt yapma yükümlülüklerini yerine getirmemeleri, gerekli muayene ve görüntüleme yöntemlerinin kullanılmasında isteksizlik, bulguların raporlara objektif olarak yansıtılmaması yakınmalarını ifade etmişlerdir.

Birçok adli rapor örneğinde standart rapor formlarının kullanılmadığı ya da yeterli ve usule uygun doldurulmadığı görülmüştür.

Psikolojik değerlendirmelerin adli rapor içerisinde yer alması konusunda az sayıda olumlu örnek bulunmasına karşın henüz adli raporlarda standart olarak yer almadığı anlaşılmıştır.

C. Tedavi Süreci

Bu bölümde yakınmalar, tanılar, tedavi yöntemleri ve tedavi süreçleri değerlendirilmektedir. Tanılar işkence süreçleri ile ilişkileri açısından:

a."işkence ya da cezaevi yaşantısı etiolojik faktörlerden bir tanesi",

b."işkence ya da cezaevi yaşantısı temel etiolojik faktör",

c."işkence ya da cezaevi yaşantısı patolojinin ortaya çıkmasında tetikleyici faktör ya da tabloyu ağırlaştırıcı etken",

d."işkence ya da cezaevi yaşantısı ile etiolojik açıdan ilişkili bulunmadı"

e."işkence ya da cezaevi yaşantısı ile etiolojik ilişkisi belirlenemedi" seçenekleri kapsamında değerlendirilmektedir. Başvuruların tanılarının değerlendirilmesinde a,b,c şıkları kapsamına giren tanılar işkence süreçleri ile ilişkili tanılar olarak yorumlanmaktadır.

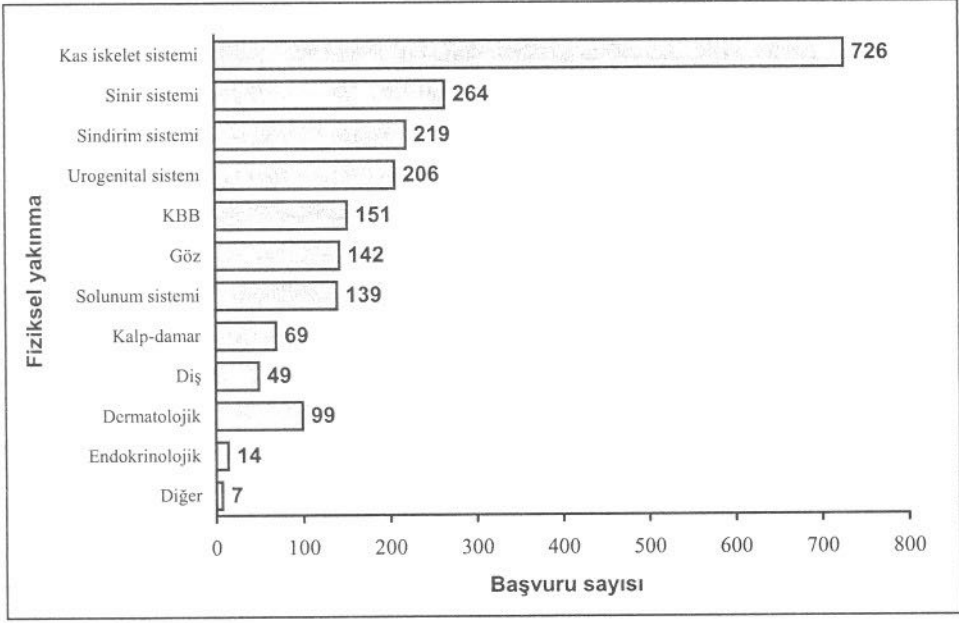
2000 yılı içerisinde başvuruda bulunan 972 kişinin yakınmaları incelendiğinde, 538 kişinin yalnız fiziksel, 54 kişinin yalnız ruhsal, 380 kişinin ise hem fiziksel hem de ruhsal yakınmalarla başvurduğu görülmektedir. İşkence sonrasında ruhsal olarak etkilenmenin de beklenen sonuçlar arasında olduğunun, başvurular arasında giderek daha fazla kabul görmesi, hızlı ve etkin terapötik ilişki kurulabilmesine olanak sağlayan bir faktör olarak belirlenmiştir.

Başvuranların fiziksel yakınmalar görülme sıklığı açısından değerlendirildiğinde kas iskelet sistemi yakınmalarının önceki yıllarda da olduğu gibi ilk sırayı aldığı görülmüştür (Grafik 12).

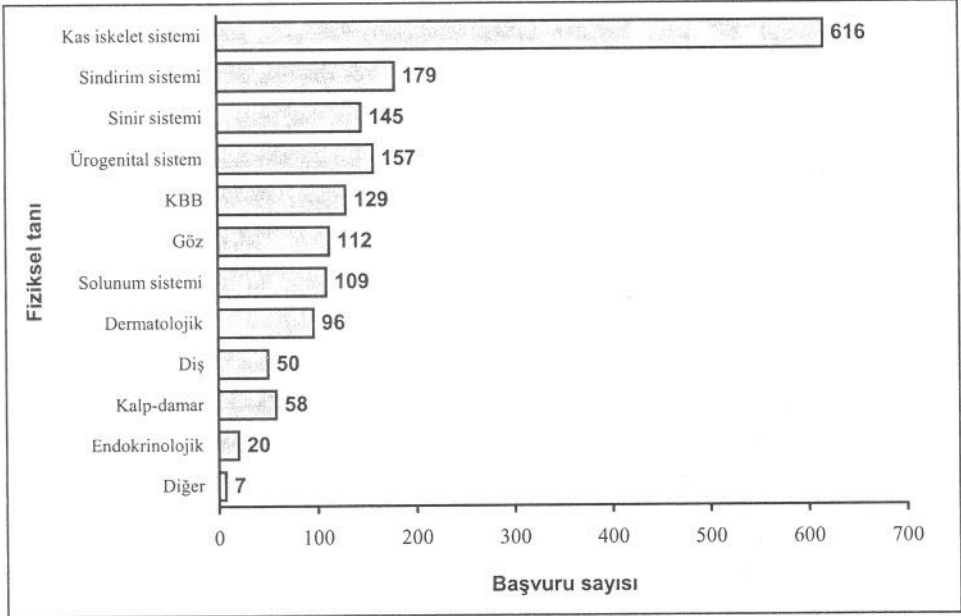
Fiziksel yakınmalara bağlı tanılar görülme sıklığı açısından değerlendirildiğinde, 6 kişinin herhangi bir fiziksel tanı almadığı, ilk sırayı ise kas-iskelet sistemi ile ilgili tanılarının aldığı görülmüştür (Grafik 13).

Fiziksel yakınması olduğunu ifade eden başvuruların bir kısmında bu yakınmalara ilişkin fiziksel bir rahatsızlık saptanamamıştır. Örneğin kas iskelet sistemi ile ilgili yakınması olan 726 başvurunun 110'unda fiziksel bir rahatsızlık saptanamamıştır. Bu 110 başvurunun bir kısmında vakıfla olan ilişki süresi, varolan rahatsızlığı tespit edebilmek için yeterli olmamıştır. Bir bölümünde ise yakınmaların organik bir kökeni olmadığı tespit edilmiştir. Önerilen ruhsal değerlendirmeyi ve tedaviyi kabul edenler tedavi programına alınmıştır.

Grafik 12. 2000 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin, fiziksel yakınmalarının dağılımı

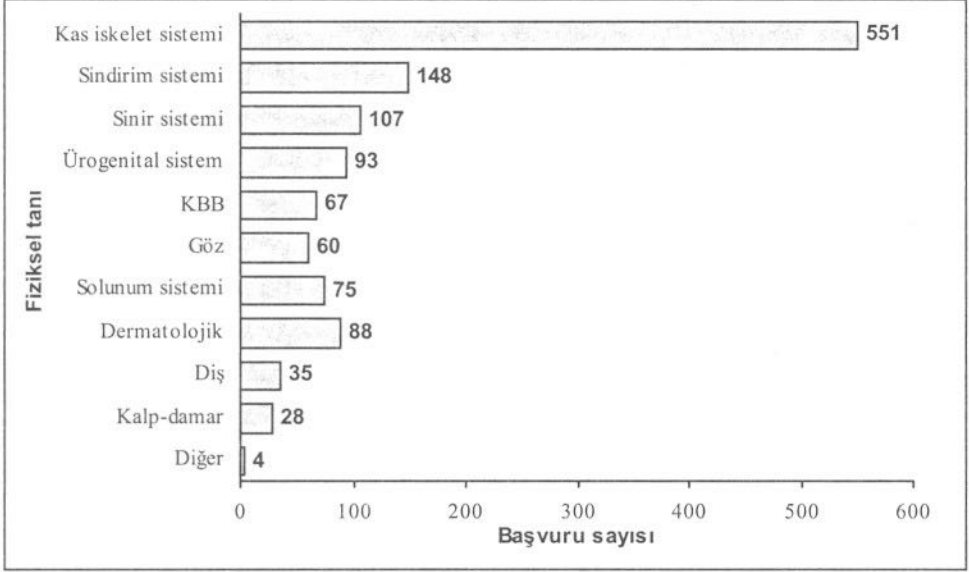


Grafik 13. 2000 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin, fiziksel tanılarının dağılımı



Fiziksel tanıların işkence süreçleri ile ilişkileri ise Grafik 14'de gösterilmiştir.

Grafik 14. 1999 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuruda bulunan kişilerin, işkence ile ilişkili fiziksel tanılarının dağılımı

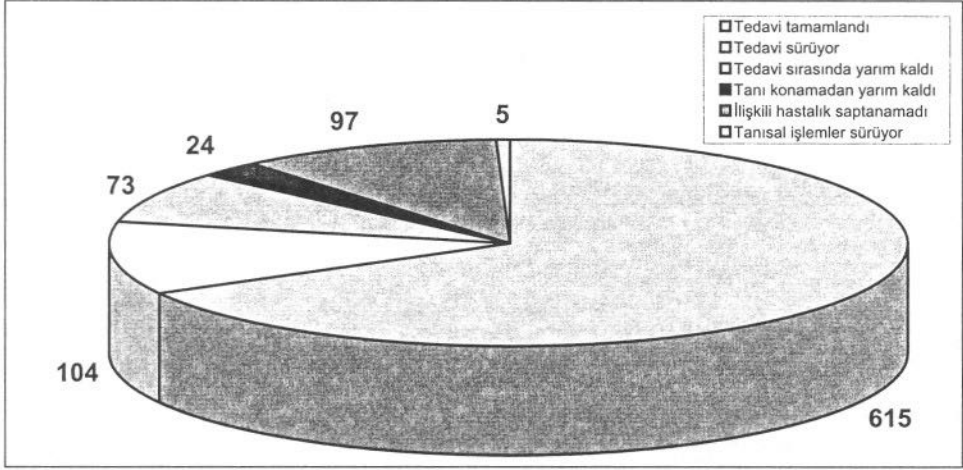


Fiziksel yakınmaları olan 918 başvurunun 01.01.2001 itibarı ile, 615'inin tedavisinin tamamlandığı, 104'ünün tedavilerinin, 5'inin tanı amaçlı işlemlerinin sürdüğü anlaşılmıştır. 24 başvuruyu tanı konulamadan, 73 başvuruyu ise tedavi devam ederken ilişkinin koptuğu anlaşılmıştır (Grafik 15). Tedavi ve rehabilitasyon süreci devam ederken başvuruyu ilişkinin kopmasındaki temel nedenlerden birisi başvuruların kendilerini buldukları yerde güvende hissetmemeleri sonucunda yer değiştirmeleri olduğu söylenebilir. Tedavi merkezlerinin bulunduğu iller dışından gelenlerin tedavi ve rehabilitasyon sürecinin uzun olması nedeniyle birkaç geliş gidişten sonra tekrar gelememeleri de bir başka neden olarak sayılabilir.

TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuru sürecinde tüm başvuranların tedavi ekibinin tüm üyeleri ile görüşmeleri amaçlanmakta, ancak psikiyatrist ile görüşme yapmak istemeyenlere istedikleri an bu görüşme imkanının olduğu belirtilerek ısrarcı olunmamaktadır.

Akut başvurularda da henüz ruhsal yakınmaları olmaması ya da ortaya çıkmaması nedeniyle psikiyatristle görüşme yapmaları konusunda kişiler zorlanmadan ileride karşılaşılabilecekleri sorunlar kendilerine aktarılmakta ve böyle bir durumda merkezlerde görüşebilecekleri bir psikiyatristin olduğu kendilerine anlatılmaktadır. Bu koşullar altında başvuruda bulunan 972 kişiden 414'ü psikiyatrist hekimlerle görüşme yapmıştır. Ruhsal yakınmaları bulunan başvuru sayısı ise 434 olarak saptanmıştır.

Grafik 15. 2000 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin, fiziksel tedavi süreçlerinin durumlarına göre dağılımları



Ruhsal yakınmaları bulunan 434 başvurunun görülme sıklığı açısından yakınmaları gruplandırıldığında anksiyete yakınmasının ilk sırayı aldığı anlaşılmıştır. Görülme sıklığı açısından anksiyetenin arkasından uykuya dalma ya da sürdürmede güçlük, konsantrasyon güçlüğü ve halsizlik/yorgunluk yakınmaları gelmektedir (Tablo 4).

İşkence süreçleri ile ilişkili bulunan tanıları, görülme sıklığı açısından değerlendirildiğinde ilk sırayı geçtiğimiz yıl olduğu gibi TSSB'nin aldığı anlaşılmaktadır (Tablo 5). TSSB tanısı alan 166 kişi TSSB'nin alt tipleri açısından değerlendirildiğinde 32 kişinin akut, 127 kişinin kronik ve 7 kişinin geç başlangıçlı TSSB tanısı aldığı saptanmıştır. Başvurularda tespit edilen ruhsal bozukluklar arasında sıklık açısından TSSB'den sonra major depresif bozukluk, ile anksiyete bozukluklarından akut stres bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu yer almaktadır.

TİHV ortamlarında travmanın ruhsal etkileri konusunda artan bilgi birikimi, TSSB'nin daha iyi tanınması ve psikiyatristlerin işkence görenlerle çalışma konusunda deneyim kazanmaları ruhsal tanıların görülme sıklığı açısından yapılan sıralamayı çalışmaların ilk yıllarına göre değiştirmiştir. TİHV başvuruları arasında TSSB'nin görülme sıklığı 1997 yılında %21.0, 1998 yılında %27.5, 1999 yılında ise %38.3 olarak belirlenmiştir.

Ruhsal tanı alan başvuruların tedavi süreçleri değerlendirildiğinde, 01.01.2001 tarihi itibarı ile 122 kişinin tedavisinin tamamlandığı, 140 kişinin tedavilerinin devam ettiği, 2 kişinin tanı konma aşamasında, 66 kişinin ise tedavi sürerken ilişkisini kestiği anlaşılmıştır (Grafik 16). Ruhsal tedavi sürecinin uzunluğu dikkate alındığında devam etme oranının geçen senelere göre oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

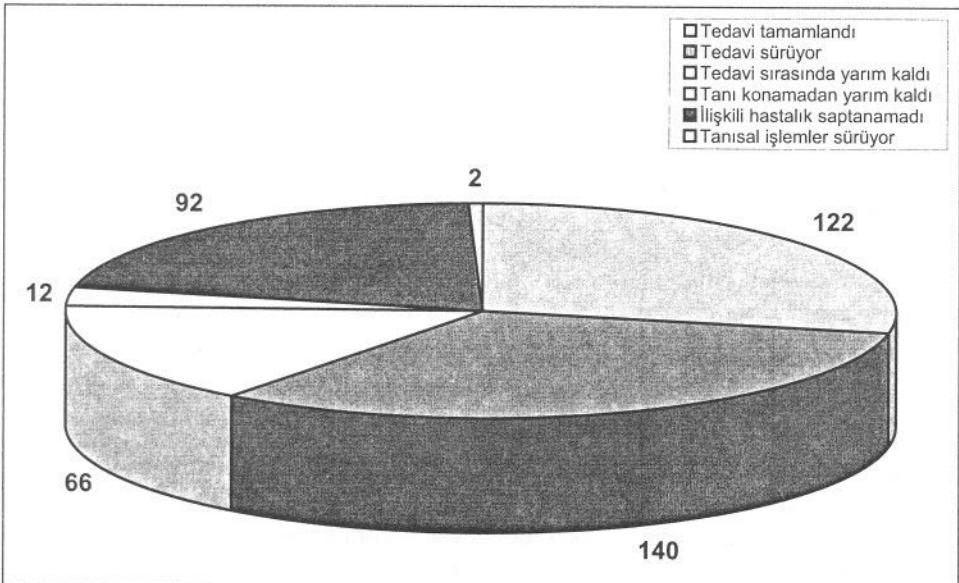
Tablo 4. 2000 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin, ruhsal yakınmalarının dağılımı

Ruhsal yakınma ve belirtiler	Sayı	Yüzde
Anksiyete (sıkıntı)	316	72.8
Uykuya dalma ya da sürdürme güçlüğü	290	66.8
Konsantrasyon güçlüğü	254	58.5
Yorgunluk, halsizlik	252	58.1
Sinirlilik ya da öfke patlamaları, tepki eşliğinde düşme	232	53.5
Travmayı anımsatan uyarılarla karşılaştığında şiddetli huzursuzluk duygusu	227	52.3
Bellek kusuru	220	50.7
Depresif afekt	208	47.9
Uyku niceliğinde ileri derecede azalma ya da artma	203	46.8
Travmayı anımsatan uyarılarla karşılaştığında fizyolojik tepkiler	195	44.9
İnsanlardan uzaklaşma ya da onlara yabancılaşma duyguları	179	41.2
Ajitasyon (huzursuzluk, yerinde duramama)	174	40.1
Geleceğinin kısıtlandığı duygusu	172	39.6
Önemli etkinliklere ilgi ya da katılımında belirgin azalma	166	38.2
Travmanın yineleyen ya da zorlayıcı tarzda anımsanması	162	37.3
Travmanın yineleyici ya da rahatsız edici tarzda kabus biçiminde görülmesi	155	35.7
Aşırı uyanıklık (tetikte olma duygusu)	153	35.2
Abartılı irkilme tepkileri	148	34.1
Duyusal kısıtlılık (ya da küntlük)	144	33.2
Flashback yaşantısı ya da travmatik süreç yeniden yaşanıyormuşçasına duygu ve davranışlar	142	32.7
Psikomotor etkinlikte azalma	139	32.0
Travma anılarını uyaran etkinlik, durum ya da insanlardan kaçınma	129	29.7
İştah değişikliği (azalma ya da artma)	128	29.5
Disforik mizaç	125	28.8
Yaşanmış ya da tanık olmuş travmatik olay(lar)a şiddetli korku, umutsuzluk ya da dehşet yanıtı	123	28.3
Travma ile ilgili düşünce, duygu ya da söyleşilerden kaçınma çabaları	112	25.8
Cinsel istekte azalma	68	15.7
Travmanın önemli bir kesitini anımsayamama	64	14.7
İntihar düşüncesi ya da girişimi	46	10.6
Obsesyon	21	4.8
Varsanı (görsel, işitsel taktil)	19	4.4
Sanrı	18	4.1
Alkol ya da madde kullanımı	13	3.0
Kompulsiyon	6	1.4

Tablo 5. 2000 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerde, işkence ile ilişkili bulunan ruhsal tanılarının dağılımı

Ruhsal tanılar	Sayı	Yüzde
TSSB (Travma Sonrası Stres Bozukluğu)	166	38.2
Majör depresif bozukluk	106	24.4
Akut stres bozukluğu	25	5.7
Yaygın anksiyete bozukluğu	23	5.3
Somatizasyon bozukluğu	17	3.9
Öbür anksiyete bozukluğu	15	3.5
Uyum bozukluğu	13	3.0
Şizofreni	8	1.8
Distimik bozukluk	7	1.6
Öbür duygu durum bozuklukları	6	1.4
Konversiyon bozukluğu	6	1.4
Öbür somatoform bozuklukları	5	1.2
Öbür psikotik bozukluklar	4	1.0
Panik bozukluğu	4	1.0
Diğer	27	7.4

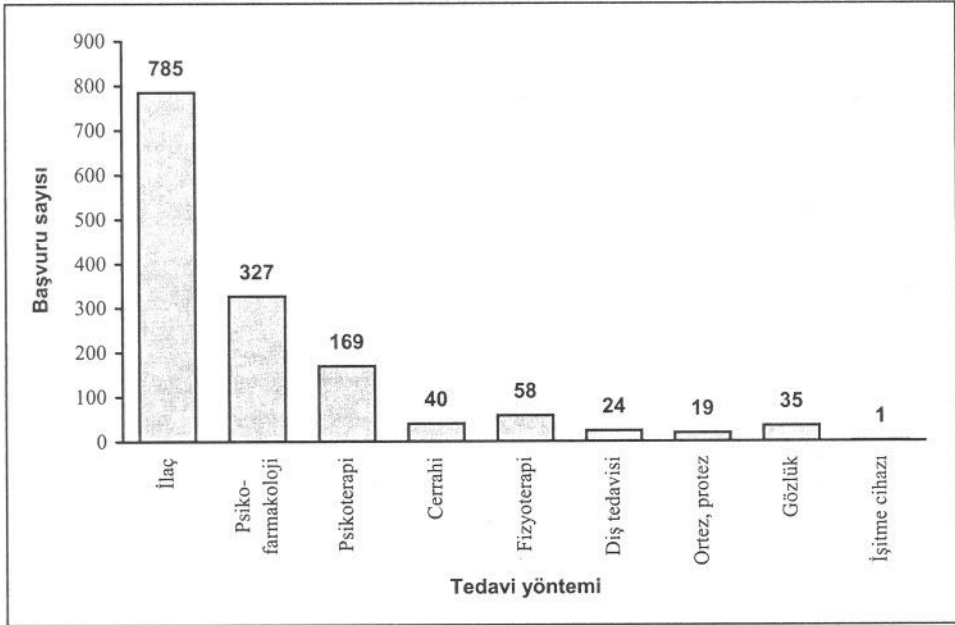
Grafik 16. 2000 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin, ruhsal tedavi süreçlerinin durumlarına göre dağılımları



Tedaviyi yarıda bırakma sorun olma özelliğini korurken önceki yıllara göre oranların azaldığı anlaşılmıştır.

Başvulara uygulanan tedavi yöntemlerinin dağılımları Grafik 17'de gösterilmiştir.

Grafik 17. 2000 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilere uygulanan tedavi yöntemlerinin dağılımları



SONUÇ

Ülkemizde yaşanan işkence uygulamalarının küçük bir bölümüne tanıklık eden ve işkence görenlere tıbbi bakım sağlayan TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'nin 2000 yılı çalışmalarının verileri bir kez daha göstermektedir ki, ülkemizde işkence halen sistematik olarak uygulanmakta ve insan hakları ihlalleri arasındaki yerini korumaktadır.

İşkencenin önlenmesi için çeşitli kurumlar tarafından önerilen düzenlemeler konusunda somut adımlar atılmaması, işkence yaptığı ispatlanan kamu görevlilerinin bile cezalandırılmaması hatta önemli görevlere terfi ettirilmeleri siyasi iktidarların vaatlerinin samimi olmadığına bir göstergesidir.

DGM yargılama süreçlerinde uygulanan usullerin işkenceye ortam hazırladığı çeşitli kurumlar tarafından ifade edilmiştir. İşkencenin önlenmesi için DGM yargılamalarının kaldırılması, tek bir yargılama usulünün kabul edilmesi ile birlikte

"İşkencenin Önlenmesine Dair Kanun" ile işkence suçu ve işkence yapan görevliler hakkında yeni düzenlemeler yapılarak, cezaların ağırlaştırılması gereklidir. Halen devam eden davalarda işkence yapan görevlilerin büyük çoğunluğu Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) işkence suçunu düzenleyen TCK 243. maddesi kapsamında değil, kötü muamele suçunu düzenleyen TCK 245. maddesi kapsamında yargılanmaktadır. Sistematik olarak işkence uygulanan ülkemizde halen işkence yapmak suçundan cezaevinde bir tek mahkumun bile olmaması önemli bir göstergedir.

Siyasal iktidarların dolaylı olarak işkence yapanları cesaretlendirdiği örnekler 2000 yılında da devam etmiştir. Ceza indirim yasası tartışmaları arasında Emniyet Genel Müdürü'nün işkence yapmaktan ceza alan emniyet mensuplarını affettirmek için verdiği mücadele bir fotoğraf karesi olarak bütün canlılığıyla hafızalarımıza kazandı.

İnsan Haklarından Sorumlu Devlet Bakanlığı'nın girişimleriyle oluşturulan İl ve İlçe İnsan Hakları Kurulları 2000 yılı içerisinde yaşantımızdaki yerini aldı. İnsan hakları savunucuları umutlu yaklaşımla da her olanağı olabildiğince iyi kullanabilmek düşüncesiyle kurullara katılım gösterdiler. İlk aylar kurulların üyelerinin tanışması ve çalışma alanlarının tartışılması ile geçirildi. Devlet yetkililerinin bu kuruma "insan hakları ihlalleri olmadığını gösterme" misyonu yüklemesi ve katılımcıların önemli bir kısmının insan hakları sorunu konusunda yeterli bilgisinin olmaması çalışmaların önündeki engellerden bazıları oldu.

2000 yılının son aylarında F Tipi Cezaevlerinin açılmasını protesto etmek amacıyla yapılan basın açıklamaları ve gösteriler başta olmak üzere göstericilere yönelik gözaltına alma ya da gözaltı döneminde uygulanan şiddet, her tür demokratik etkinliği bastırmaya dönüşen bir nitelik kazanmıştır.

F Tipi Cezaevlerine karşı yapılan gösteriler sırasında Ankara'da göstericilere güvenlik güçleri desteğinde MHP taraftarı sembol ve sloganları kullanan sivil faşist güçlerin saldırması ve yaşanan sokak çatışmaları yılın kaygı uyandıran olayları arasında yer almıştır. Gösteriler sırasında ve çatışmaların sonrasında güvenlik güçlerinin faşist saldırganları etkisizleştirmek yerine o sırada bazı parti ve kitle örgütü binalarında bulunan demokratik kitle örgütü ve siyasi parti üye ve yöneticilerini ciddi yaralanmalar oluşturacak derecede döverek sivil faşistlerin önüne atması ya da gözaltına alması basın organları tarafından da izlenmiştir.

İşkence uygulamaları konusunda bir dizi başarılı çalışma yapan ve raporlar hazırlayan TBMM İnsan Hakları Komisyonu Başkanı Dr. Sema Pişkinsüt'ün hükümet ortaklarının anlaşmasıyla bu görevinden alınması, olumlu beklentilere vurulan darbelerden bir tanesi olmuştur.

Yine Adli Tıp Kurumu bünyesinde görev yapan ve işkence karşıtı çalışmaları nedeniyle çeşitli baskılara maruz kalan Prof. Dr. Şebnem Korur Fincancı'nın Adalet ve İçişleri Bakanlıklarının girişimleri ile Adli Tıp Kurumu'ndaki görevinden

alınması siyasal iktidarların işkence yapanları değil işkenceyi önlemeye çalışanları baskı altına almaya çalıştığını gösteren örnekler arasında yerini almıştır.

Önceki yıllarda olduğu gibi 2000 yılında da Kürt kökenli yurttaşlarımıza yönelik işkenceli gözaltı uygulamaları başvurular arasında önemli bir yer tutmuştur.

İşsizlik 2000 yılında da özellikle siyasal nedenlerle haklarında dava açılanlar için bu sürecin doğrudan yarattığı sonuçlar arasında yer almaya ve tedavi süreçlerinde olumsuz bir faktör olarak varlığını sürdürmeye devam etmiştir.

Gözaltı sürelerinin kısaltılması kısmi bir iyileşme sağlamakla beraber özellikle siyasal nedenlerle gözaltına alınanların gözaltı sürelerinin 7 güne kadar uzatılabilmesi, savunman haklarının kısıtlanması işkence uygulamalarını kolaylaştıran faktörler arasında yer almıştır.

İşkence insan üzerinde ruhsal ve fiziksel etkiler yaratan bir uygulama olmasına karşın, işkencenin saptanması için tek yol olan tıbbi kanaat raporlarında (adli rapor) yalnızca gözle görülebilen travmatik lezyonların değerlendirilmesi halen yaygın olarak devam eden bir hatalı hekimlik uygulamasıdır. TTB ve Adli Tıp Uzmanları Derneği (ATUD) ile bazı psikiyatristlerin çabaları ile sınırlı sayıda olguda da olsa ileri görüntüleme metodlarının uygulanması ya da ruhsal bulguların rapor içerisinde değerlendirilmesi umut veren bir gelişme olarak değerlendirilebilir.

Adli Tıp Kurumu'nun yapısal ve fonksiyonel açıdan değişimi, hekimlik mesleğinin özünde mevcut olan işkence karşıtı duruşunun adli tıp eğitimi ve uygulamaları içerisinde pratik ifadesini bulabilmesi için çaba gösterilmesi ihtiyacı güncel bir sorun olarak varlığını korumaktadır.

Önceki yıllarda olduğu gibi TİHV'ye cezaevlerinden çok sayıda mektupla başvuru yapılmıştır. Bu başvuruların bir çoğu işkence ve kötü muamele ile ilgili bulunmasına karşın ilişki kurmada yaşanan güçlükler nedeniyle başvuru olarak kabul edilememişlerdir.

Başvuruların anlatımları ve F Tipi Cezaevlerine karşı başlatılan yaygın açlık grevi eylemleri, cezaevlerinde hak arama yolları kapalı olan mahkumların açlık grevini bir eylem biçimi olarak seçmek zorunda kalabileceklerini bir kez daha ortaya koymuştur. Açlık grevleri karşısında hekimlerin tavrı etik ve bilimsel açıdan tartışılmaktadır. Bu tartışmalar sırasında özellikle medya kuruluşlarının siyasal iktidar yanlısı bir tutum takınarak, etik değerleri savunan hekimlere yönelik "otorite" tavrıyla eleştiriyi aşan saldırılarda bulunmaları, "Hayata Dönüş Operasyonu" tamamlandıktan sonra da eylemler yok gibi davranmaları ibret verici bir anı olarak hafızalarımızda yer etmiştir.

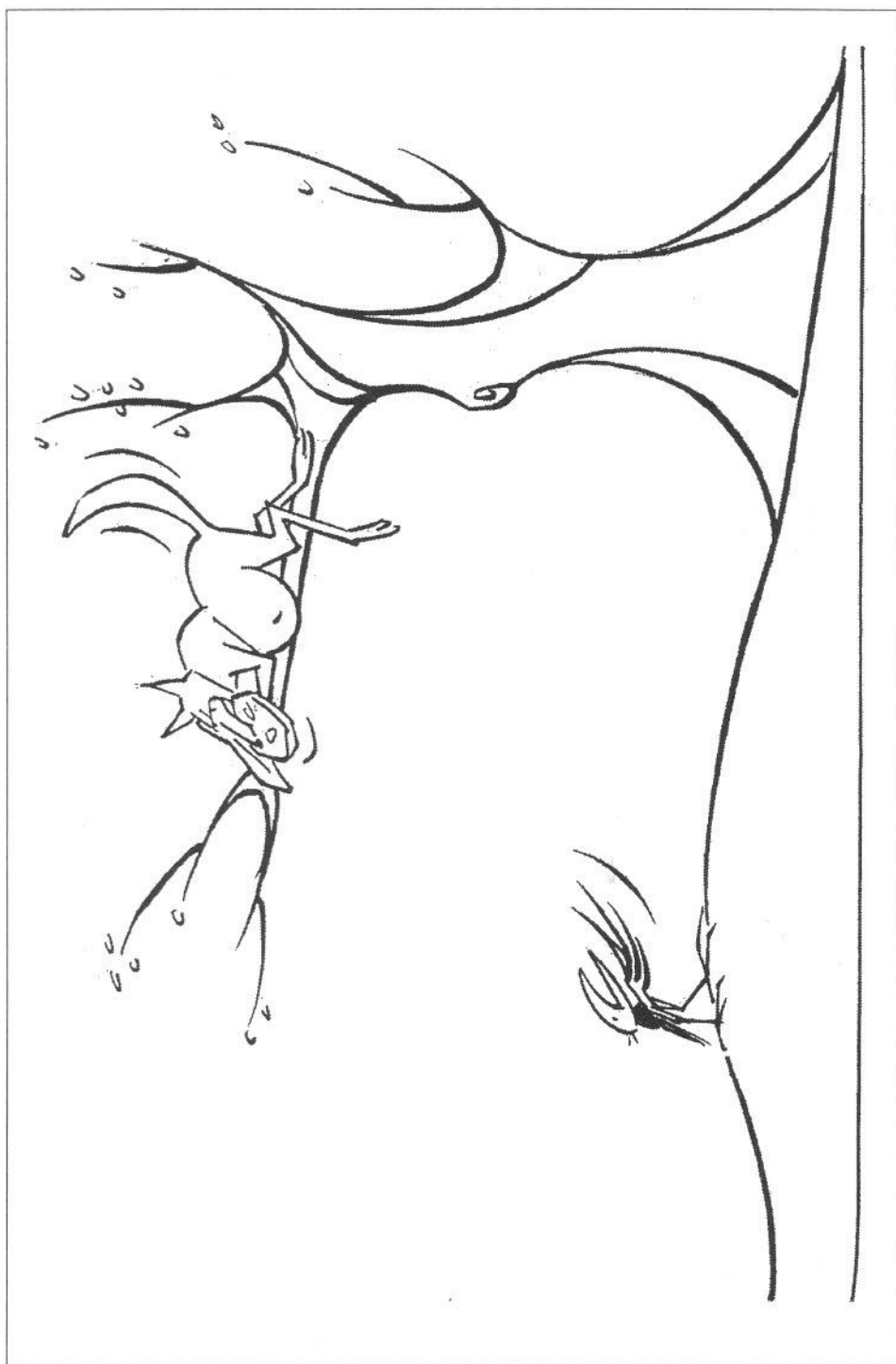
1996 açlık grevi sonrasında sekel ortaya çıkan çok sayıda mahkumun CMUK 399 kapsamında yapılan başvuruları henüz beklerken, 2001 yılı içerisinde halen devam eden açlık grevi eylemleri nedeniyle çok sayıda mahkumun Wernicke-

Korsakoff Sendromu ya da başka rahatsızlıklar ve sekellerle karşılaşması cezaevlerinde sağlık ve insan hakları konusunda sorunlar yumağının büyümeye devam edeceğini göstermiştir.

Tutuklu ve hükümlülerin tedavi amacıyla başvurdukları hastanelerde insan hakları ve hasta hakları normlarına uygun olmayan davranışlar ile karşılaşmalarına ait yakınmalar 2000 yılı içerisinde de güncel bir sorun olma özelliğini korumuştur. Mahkumların hekimler ve diğer sağlık çalışanlarından yakınmaları olduğu gibi, hekimlerin güvenlik güçlerinden yakınmaları da gündem oluşturmuştur. Ankara'da Dr. Aysel Ülker, Dr. Gülay Temuçin ve Dr. Özge Yenier Duman iki farklı olayda jandarma ve infaz koruma memurlarının muayene odası dışında güvenlik önlemi almalarını istemeleri üzerine, güvenlik güçlerinin şikayeti ile haklarında dava açılmıştır. Dr. Özge Yenier Duman ilk duruşmada örnek bir kararla beraat ederken, diğer iki hekim hakkında açılan davalar devam etmektedir.

Tutuklu ve hükümlülere sağlık kuruluşlarından yeterli düzeyde ve insanca koşullarda faydalanma hakkı tanımayan uygulamalar 2000 yılında da sorunlar listesindeki yerini almıştır. Hasta hakları ve hekimlik meslek ilkelerine uygun olmayan davranışlar karşısında tepki gösteren mahkumlar ve sağlık çalışanları çeşitli şekillerde saldırılara maruz kalmaktan kurtulamamışlardır.

İşkencenin ve insan hakları ihlallerinin utanç müzesine kaldırıldığı bir gelecek umudunu diri tutma kararlılığımızı artan bir inançla sürdürmeye katkı olması dileğiyle.



***İşkence ve İşkencenin
Sonuçlarıyla
İlgili Çalışmalar ve
Değerlendirmeler***

TRAVMA SONRASI ORTAYA ÇIKAN KAS İSKELET SİSTEMİ PATOLOJİLERİ

Deniz Dülgeroğlu*

İşkence gözle görülebilen ya da görülemeyen fiziksel ve/veya psikolojik hasarla sonuçlanır, bu durum yıllarca sürebilen sırt ağrısı, nedeni açıklanamayan sürekli baş ağrısı, uykusuzluk ya da tekrarlayan kabuslar ve yorgunluk şeklinde kendini gösterebilir. İşkence mağdurları genellikle her sabah yada gecenin bir saatinde uyandıklarında ağrılarını fark edip yaşadıkları kötü deneyimi hatırlar ¹.

İşkence sırasında travmanın türüne (yumruk, tekme, askı), sıklığına ve uygulanan güce göre kas, tendon, eklem ve eklem bağlarında (ligamanlarında) hafiften ağıra doğru hasarlar meydana gelir. Lokomotor sistemde ağrının kaynakları sinir, kas ya da eklem olabilir. Kaynaklandığı dokuya göre ağrı nöropatik ağrı, miyalji ve artralji şeklinde sınıflandırılır.

Nöropatik Ağrı

Nörojenik inflamasyon olarak da tanımlanabilir. Çünkü duyu sinirlerinde temel doku yaralanmalarını inflamasyon izler. Sinir yaralanması sonucu oluşan ağrı, yaralanma iyileştikten sonra uzun süre devam eder. Bazı durumlarda ise sinirlerde belirgin bir hasar olmaksızın da ağrı görülebilir (örneğin bir eklem yaralanmasını izleyen dönemde refleks sempatetik distrofi gelişmesinde olduğu gibi). Burada C fibrillerinin nosiseptörleri ve sempatetik sistem arasında bir etkileşim söz konusudur. C fibril nosiseptörlerinin sürekli duyarlılığı sonucu sempatetik irritasyon ve norepinefrin salınımı görülür. Normal ağrının tanımlanmasına kozalji, hiperalji gibi semptomlar eklenir. Bu konuda bir örnek de bir eklemde travma ve inflamasyon olduğunda simetrik eklemde tutulum olmasıdır. Nörojenik

* Dr., Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanı

inflamasyonda patofizyolojik olarak önce nörojenik vasodilatasyon ve akson refleksi görülür. Olayda; substance P (SP), nörokinin A (ANKA), calitonin gene related peptid (CGRP), vasoaktif intestinal peptid (VIP) gibi biyolojik aktif peptidler rol oynar.

Miyalji

İskelet kası ağrısı da denebilir. Travma ya da egzersiz bu ağrıyı başlatabilir. Özelliği geçici oluşudur. Kas nosiseptörleri; ince miyelinli A delta ve miyelinsiz C fibrillerinin nosiseptörleridir. Kas içciklerinde ve tendonlardaki lifler ağrı taşımaz. Kas ağrısı reseptörleri; 1-Kemonosiseptörler, 2-Mekanosiseptörler diye adlandırılır. Bu reseptörleri aktive eden maddeler; bradikinin, 5-hidroksitriptamin (5HT), histamin, potasyum ve hidrojendir. İskelet sisteminden kaynaklanan ağrıyı; tendon, bağ, kemik, eklem ve eklem kapsülünden kaynaklanan ağrıdan ayırmak zordur. Genel olarak kas-iskelet sisteminden kaynaklanan ağrı kullanımla ve yüklenmeyle artarken, dinlenmekle rahatlar .

Artralji

Bu tip ağrının değerlendirilmesinden önce ağrının kaynağı iyi bilinmelidir. Daha sonra lokal ve santral patofizyolojik olay değerlendirilmeli, ağrının şiddetini etkileyen psikososyal faktörler göz önünde tutulmalıdır. Eklemde anatomik olarak; 1-A beta liflerinin reseptörleri; derin duyu sorumludur. 2-A delta ve C liflerinin nosiseptörleri; zararlı stimulusa duyarlıdır. 3-Normal koşullarda duyarlı (mekanoinsensitif) ancak inflamasyonda duyarlı olan lifler, bulunmaktadır. Eklem sinirlerine sempatik sisteminde etkileri olmaktadır. Normal koşullarda eklem sinirleri sempatik sistemden etkilenmez. Kronik artritde sempatetik aktivite artar ve eklem duyuusal lifleri yanıt verir yani aktifleşir ².

Travmayla yumuşak dokuda meydana gelen strain (gerilme), sprain (burkulma), laserasyon (yırtık, sıyrık) akut ve kronik ağrının nedenidir.

Ağrı süresine göre akut ya da kronik olarak da sınıflanabilir. Akut ağrı, genel olarak, altında yatan bir nedenin ortaya konabildiği ve 6 aydan kısa süren ağrı olarak tanımlanır. Akut ağrı gerçek ya da potansiyel doku hasarına yanıt olarak hissedilir ve doku hasarı ya da tehdidi geçtikten sonra ortadan kalkar. Kronik ağrı doku iyileşmesi için gerekli olan süre sonrasında da devam eden ağrıdır.

1-Akut Ağrı

Subkutanöz, perivaskuler ve periartiküler sinir pleksuslarının zorlanması (distorsiyonu) hızlı, keskin nosiseptif ağrıya neden olur. Bazen ciddi yaralanmalar, doku ezilmelerinde zihinsel uyarı ya da şok durumu varsa nispeten ağrısız bir dönem görülebilir.

2-Gecikmiş-Kronik Ağrı

Çeşitli aralıklardan sonra derin, sıkıcı, sürekli bir ağrı başlar ve artar. Bu muhtemelen eklem kapsülünün fiziksel gerilimi ya da fasiyal kompartmanların kan ya da doku sıvısıyla gerilmesinden olur. Esnek olmayan (rijit) fasiyal kompartmanda basıncın artması ve buna ikincil beslenmenin bozulması sonucu kronik iskemiye bağlı ağrı olur. Ağrının ortaya çıkmasına, kinin ve prostoglandin maddelerinin aktivasyonunda olduğu gibi doku hasarı sonucu transmitter maddelerin salınması neden olur³.

Tek başına ya da vurma, elektrik verme ile birlikte uygulanan askı işkenesi sırasında en çok yüke ve zorlanmaya maruz kalan glenohumeral, akromiyo-klavikular, sternoklavikular eklemler, el bileği, servikal vertebralar, brakial pleksus ve periferik sinirler (ulnar, median ve radyal) etkilenir. Daha az sıklıkla eklemlerde hipermobilité, subluksasyonlar ortaya çıkabilir. Kollar arkada sırt hizasında bağlanırsa omuz ekleminin ön bölümünde kapsül zayıf olduğu için çıkık (luksasyon) görülebilir. Askı sonrası en sık torasik outlet sendromu görülür; brakial pleksus lezyonu, ulnar, radyal ve mediyan sinirin tuzak nöropatisi gelişebilir⁴.

Torasik outlet sendromu (TOS)

Brakial pleksus, subklavian arter ve vene bası, traksiyon sonucu ortaya çıkan semptomlar torasik outleti oluşturur. Bu patolojik tabloyu ortaya çıkaran asıl yapılar ise; klavikula, servikal 7. vertebra transvers çıkıntısı ya da fibroz bant, 1. kosta ya da skalen kaslar olabilir. Aynı anatomik bölgede bulunmamasına karşı pektoralis minör kası da sorumlu olabilir. Damar sinir demetinin basısına bağlı nörolojik, arteryel ve venöz belirtiler görülür. Belirtilerin %90'ı sinir, %10'u arter ya da ven basısından kaynaklanır. Nörolojik belirtiler, boyun ve kol ağrısı, değişik duyuşsal ve motor kusurlar, uyuşma ve iğnelenmelerdir. Arteryel belirtiler, iskemik ağrı, klodikasyon, ekstremitede yorulma, soğukluk ve uyuşmadır. Venöz belirtiler ise ağrı, şişme ve siyanozdur. Ağrı, TOS'da %70-90 sıklıkta görülen bir semptomdur, brakial pleksus basısına bağlı ortaya çıkar. Boyun, kol ağrısı ve uyuşma ile nörolojik belirtilerin dağılımı ulnar nöropati ile uyumludur. Bunun nedeni C8 ve T1 köklerinin en sık tutulmasıdır.

TOS tanısında tomografi (fibroz band varlığı), manyetik rezonans görüntülemenin (brakial pleksusda herhangi bir yerde kopmanın/avulsiyonun görülmesi) önemi vardır. Kesin tanı için elektronöromiyografi (ENMG) gereklidir. Tedavide cerrahi girişime gerek olmadığına karar verilirse, öncelikle ağrıyı gidermek için analjezik-antienflamatuvar ilaçlar verilmeli ve postür düzeltilmelidir; bu postürü etkileyen emosyonel faktörler göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Skalen kaslardaki spazma da etken olan sinir kökü inflamasyonu için elektriksel akım dışındaki fizik ajanlar kullanılabilir. Tedavinin esas prensibi ise omuz kuşağı kaslarının güçlendirilmesidir. Bunun için uygulanan egzersizler şunlardır: Trapez

ve romboid güçlendirici egzersizler, omuz elevasyonu, omuz retraksiyonu, omuz mobilizasyonu, üst ekstremitte sirkumdiksiyonu, köşeye karşı push-up (itme), postural egzersizler, servikal ve lomber ekstansiyon⁵.

Üst ekstremitede periferik sinirlerin lezyonu sonucu refleks sempatik distrofi (RSD) gelişebilir. RSD'ye bağlı kolda şiddetli ağrı, hiperestezi, vazomotor değişiklikler ortaya çıkabilir.

Ellerin arkadan bağlanması ile vertebranın hiperekstansiyonu sonucu kosto-vertebral eklemlerde gerilme, göğüste ağrı ve göğüs kafesinin disfonksiyonu görülebilir. Zorlamaya bağlı eklem çevresinde görülen tendinitler en sık omuz ekleminde ortaya çıkar. Ani stresler önceden dejeneratif değişiklikler de mevcutsa tendon ve hatta kas rüptürlerine neden olabilir. Omuzda hiperabduksiyonda tekrarlayan travmalar sonucu teno-periostal bileşkede impingement sendromuna, parsiyel ya da total rotator kaf rüptürüne yol açabilir. Ayak bileğine vurma sonucu aşıl tendiniti ya da rüptürü görülebilir. Ayak tabanına uygulanan falaka ile yumuşak dokuda ödem, plantar fasiit gelişir. Teknetyum-99m kemik sintigrafisi ile 2-4 hafta aralarla 12 aya kadar kemikte düz radyografiyle görülemeyen kırıklar ve kırık olmaksızın periostal hasar artmış aktivite şeklinde görülebilir⁶.

Genel olarak eklemlerin zorlanması eklem kapsülü ve bağlarındaki mekanoreseptörlerde sensoryal afferent impuls kaybına neden olduğu için hastalarda eklemde boşluk hissine yol açar. Bunun sonucunda kas gerginliği ve eklem stabilitesinde önemli rolü olan proprioepsiyonun kaybı eklemdeki patolojiyi artırır ve doku iyileşmesini geciktirir³.

Türkiye İnsan Hakları Vakfı'nın (TİHV) tedavi merkezlerine son 5 yılda başvuran kişilerin yakınma ve tanılarının bakıldığında erken dönemde (ilk 15 gün) ortalama %84,0, geç dönemde (15 günden sonra) %60,0 oranında birinci sırada kas iskelet sistemi ile ilgili patolojiler yer almaktadır⁷. Peterson'un işkenceye maruz kalmış mültecilerin genel sağlıklarını değerlendirdiği çalışmada da, 31 mültecinin 29'unda kas iskelet sisteminde ağrı yakınması olduğu bildirilmiştir⁸. 1996-2000 yılları arasında TİHV Ankara Tedavi Merkezi'ne geç dönemde başvuran ve bize konsülte edilen kişilerden kas iskelet sisteminde yakınması olan 41 kişinin muayenesi sonucu birinci sırada miyofasiyal ağrı sendromu (%34.1), ikinci sırada lomber strain (%24.3), üçüncü sırada lomber diskopati (%12.1) saptadık. TİHV İstanbul Tedavi Merkezi'nde 1996-98 yılları arasında kas iskelet sistemi yakınmaları ile başvuran 65 kişinin değerlendirildiği çalışmada ise sırasıyla lomber strain (%26.8), miyofasiyal ağrı sendromu (%14.6) ve lomber diskopati (%11,0) görüldüğü bildirilmiştir⁹.

Myofasiyal Ağrı Sendromu (MAS)

İskelet sistemi ağrılarının en sık rastlanan nedeni olup, sıklıkla ense ve belde zaman zamanda periferde ortaya çıkar. Prevalansı toplumda %12 olarak

bildirilir. MAS genellikle bölgesel bir kas grubunda ya da kasta ağrı, tetik noktalar ve bunları içeren derin kas dokusunda hassas lokal alanlar ve bu kas içinde sert bantlar ve tetik nokta palpasyonu ile ortaya çıkarılan karakteristik yansıyan ağrı bölgeleri olarak tanımlanır. Patogenezi tam bilinmeyip mekanik nosiseptif ve primer kas patolojileri sorumlu tutulmuştur. Fibromiyaljiye olduğu gibi psikojenik ağrılar, psikonevrozlar, kişilik bozuklukları ile ilgili olduğu düşünülmektedir. İşkençeye bağlı kasta zorlanmalar, soğukta ve nemli ortamda bırakılma, sonraki dönemde ortaya çıkan psikolojik sorunlar, depresyon, anksiyete MAS gelişimini kolaylaştırır. Tedavisinde, işkençe mağdurunu rahatsız etmeyecekse tetik noktaya %1'lik prokainden 1-2 ml lokal anestetik enjeksiyonu, soğutucu sprey ve kasın gerilmesi faydalıdır. Bu tedavilerin birkaç ay boyunca tekrarlanması gerekebilir. Hastadan tutulan kası istemli ya da istemsiz olarak kuvvetli kontraksiyonlardan sakınması önerilir. Relaksasyon egzersizleri, masaj ve ıslak sıcak uygulaması önerilebilir. MAS'ın prognozu iyi olmakla birlikte tedaviye dirençli vakalar olabilir.

Bel ağrıları

Bel ağrısı, tüm dünya nüfusunun %85'e varan oranlarda, hayatlarında en az bir kez geçirdikleri bir rahatsızlıktır. Akut bel ağrısı vakalarının %80'e yakın oranında 6-8 hafta içinde tedaviye bağlı olmaksızın iyileşmesine rağmen, bunların %38'inde bir yıl içinde ikinci atak, subakut bel ağrılarının %41'inde ve kronik bel ağrılı olanların %81'inde bir yıl içinde yeni atak gelişmektedir. Bel ağrısında risk faktörlerini bilmek akut dönemde bel ağrısını kronikleşmeden tedavi edebilmek açısından önemlidir ¹⁰.

Risk faktörleri

➤ Ağır kaldırma: 11,3 kg üzerinde yük kaldırma, dizleri bükmeden kaldırma, kaldırma sırasında lomber fleksiyonla beraber rotasyon, asimetrik kaldırma, hareketin sürekli tekrarı.

➤ Vibrasyon: 4,5-5 Hz'den yüksek vibrasyona maruz kalmanın sıklık kas aktivitesini artırarak kas yorgunluğuna ve disk beslenmesini bozarak disk dejenerasyonuna yol açtığı, disk hernisi insidansını artırdığı yapılan çalışmalarda kanıtlanmıştır.

➤ Sportif aktiviteler: Halter, güreş gibi.

➤ Kişisel faktörler: Sigara içmek gibi.

➤ Psikolojik faktörler: Stres, işinden memnun olmama. Ayrıca depresyonun bel ağrısında tedavinin başarısını azalttığı, engelliliği (disabiliteyi) artırdığı saptanmıştır ^{10,11}.

Akut dönemde bel ağrısı tedavisi (0-4 hafta)

➤ Ciddi patolojilerin ekarte edilmesi

➤ Postür düzeltme, bel egzersizleri

- Lomber destek
- Analjezik antienflamatuvar ilaç
- Bir süre istirahat
- Nelerden sakınılacağına öğretilmesi
- Günlük yaşam aktivitelerinin uygun yapılmasının öğretilmesi
- İlaçla düzelmeyen ağrı ve spazmda hoş olmayan elektriksel akımlar ve soğuk dışındaki fizik ajanlar ve masaj denenebilir.

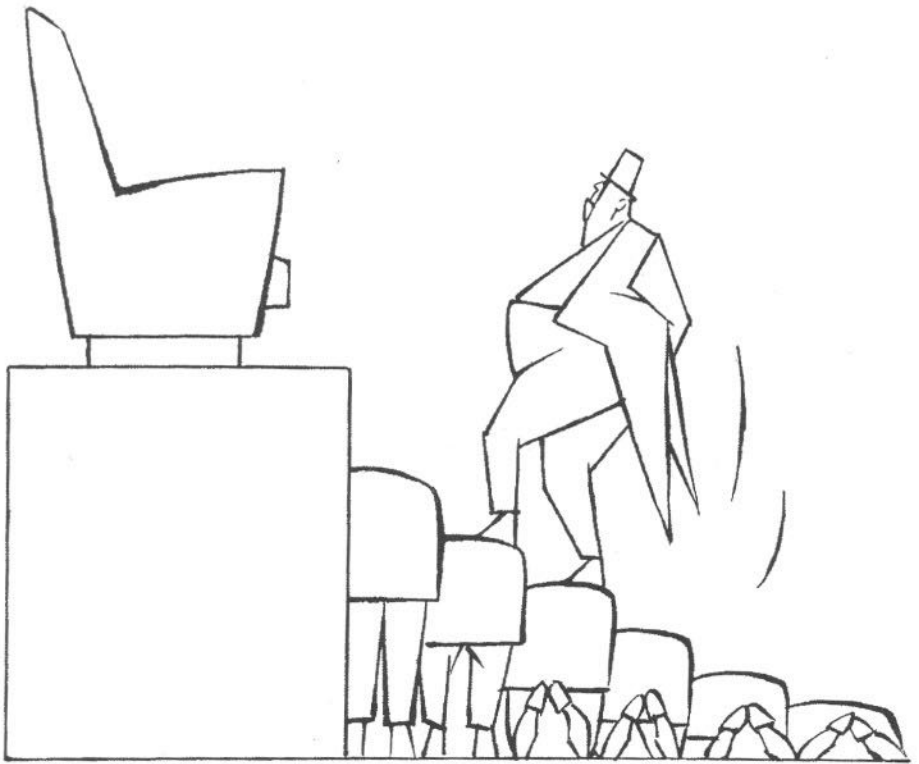
Kronik bel ağrısında tedavinin amacı daha çok rehabilitasyona yöneliktir.

- Ağrıyı kontrol etmek ve azaltmak
- Engelliliği (disabiliteyi) azaltmak
- Sıkıntı ve endişeyi azaltmak
- Hastalık davranışını azaltmak
- Verimsizliği azaltmak ve hastayı eğitmek, tedavinin ilkeleridir ¹².

İşkence mağdurlarında ağır yüke maruz kalma, kötü pozisyonda uzun süre tutulma bel ağrılarının sık görülmesinde etkilidir. Bel ağrılarının kronikleşmesinde depresyonun katkısı olabilir; bu yüzden tedaviye psikolojik destek, davranışsal tedavi yaklaşımları ve antidepresan ilaçların eklenmesinin yararı vardır.

KAYNAKLAR

1. Prisoners of pain. Nursing Times 1997; 93-15, 32-4.
2. Durmaz B. Lokomotor sistemde ağrı. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehab. Dergisi, Kasım 1998; özel sayı, 21-4
3. Yates A., Smith M. Musculoskeletal pain after trauma. 2.A.4; 234-9. Wall PD., Melzack R. Textbook of Pain 1985; Butler and Tanner Ltd./ London.
4. Prip K. Physical torture methods and their sequelae. 13-25. Prip K., Tived L., Holten N. Phsiotherapy for Torture Survivors. 1995; IRCT/Copenhagen.
5. Cantürk F. Fibromiyalji ve diğer eklem dışı romatizmal hastalıklar. 1654-77. Beyazova M., Gökçe-Kutsal Y. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. 2000; Güneş Kitabevi/Ankara.
6. Lök V. Bone scintigraphy as clue to previous torture. Letter. The Lancet 1991; 337-6, 846-7.
7. Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu 1995-99; TİHV Yayınları/Ankara.
8. Peterson H.D., Christensen M.A., Kastrup M., et al. General health assesment in refugees claiming to have been tortured. Forensic Science International 1994; 67, 9-16.
9. Şahin Ü. İşkence sonrası geç dönemde ortaya çıkan fiziksel rahatsızlıklar. 49-56. Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu 1998.
10. Berker E. Bel ağrılarının epidemiyolojisi ve risk faktörleri. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehab. Dergisi 1998-Özel sayı; 8-10.
11. Ayaşlı A. Uzmanlık tezi. Kronik bel ağrılı hastalarda fonksiyonel durum ve depresyonun değerlendirilmesi. 1997 / Ankara.
12. Ketenci A. Akut bel ağrılarında tedavi yaklaşımları. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehab. Dergisi 1998-Özel sayı; 53-6.



GÖZALTINDA TECAVÜZ VE CİNSEL SALDIRIDA RAPORUN YERİ Bir Vaka Sunumu

Ufuk Sezgin^{*}, Şahika Yüksel^{**}, Vehbi Keser^{***}

ÖZET

Amaç: İşkencenin kanıtlanması fiziksel izler bırakmayan yeni işkence yöntemlerinin ortaya çıkmasıyla daha da zorlaşmaktadır. Günümüzde, işkencenin insan üzerinde fiziksel ve ruhsal etkileri olduğu bilinmektedir. İşkence ile bağlantılı psikolojik semptomlar, adli tıpta kabul görmekte ve fiziksel kanıtları olmayan vakalarda psikolojik raporlar önem kazanmaktadır.

Cinsel işkence kuvvetli ile zayıf arasındaki güç farklılığı temeline dayanan bir şiddet şeklidir ve kişinin bütünlüğüne yapılan bir saldırdır. Bu yazıda cinsel işkence kavramı van Willigen tarafından yukarıdaki tanıma dayalı, "politik bir durumda ortaya çıkan bir tacizdir" anlayışı esas alınmıştır. Buna göre "Cinsel taciz sadece cinsel bir eylem değildir, aynı zamanda kadına ve erkeğe karşı zorla yapılan, gurur kırıcı bir şiddettir". Bu yazının amacı cinsel taciz vakalarında, rapor hazırlama ve tedavi amaçlı psikolojik amaçlı değerlendirme için gereken gizliliğin olmadığı uygunsuz koşullara ve bütün bunlara karşın yapılan çalışmalara dikkat çekmektir.

Yöntem: Rapor düzenleme bir örnek vaka üzerinden olacaktır. İstanbul Psikososyal Travma Programında tedavi edilen ve rapor verilen vaka ile görüşmeler kişi tutuklu iken gerçekleştirilmiştir.

Sonuç: İşkence ruhsal rahatsızlıklar arasında en önlenebilir olanlarındandır, koruyucu hizmetin gelişmesinde anahtar olayın belgelenebilmesi ve bu belgelerin mahkemeye sunulmasıdır.

Anahtar Kelime; işkence, tecavüz, cinsel saldırı

* Dr. Psk., İstanbul Üni. İstanbul Tıp Fak. Psikiyatri AD, İstanbul Psikososyal Travma Programı

** Prof. Dr., İstanbul Üni. İstanbul Tıp Fak. Psikiyatri AD, İstanbul Psikososyal Travma Programı

*** Uz. Dr., Alman Hastanesi

GİRİŞ

İşkence yöntemleri giderek daha gelişmekte ve işkenceciler hiç bir kanıt bırakmayan yöntemler uygulayabilmektedir. Bugün işkenceyle ilişkili psikolojik belirtiler adli tıp çalışmaları içinde, ispatlanabilmektedir. İşkence uygulamaları üzerinden uzun bir zaman geçtikten sonra, mağdura işkence yapıldığı sadece psikolojik kanıtlarla gösterilebilir ¹.

Tanım

Cinsel işkence güçlü ve zayıf arasındaki güç farkına dayanan bir işkence türüdür ve kişinin bütünlüğüne doğrudan bir saldırı olarak yorumlanabilir. Van Willigen (1984) "cinsel işkenceyi" yukarıdaki tanıma dayandırır ve politik bağlama yerleştirir ². Cinsel istismar sadece cinsel bir hareket değildir, aynı zamanda kadınlara ve erkeklere karşı zor kullanma ve aşağılamanın değişik tiplerini kullanan bir şiddet tipidir. Girişin varlığı aranmadan, zor kullanmayı içeren bütün cinsel hareketler cinsel istismar olarak kabul edilebilir. Giriş, daha sonraki problemlerin ortaya çıkmasında cinsiyet açısından belirleyici değildir.

İşkence çeşitli şekillerde tanımlanabilir; işkencenin uygulanması ve anlamı farklı zamanlarda ve yerlerde farklı olmuştur. Psikolojik anlamda işkence a) bireylerde yıldırma/itiraf, ağrı/acı yaratmak için uygulanan şiddettir. b)toplumlarda ayırım amacıyla psikolojik baskılayıcı/zorlayıcı değişim olarak tanımlanabilir. Türkiye'de işkence, yaygın olarak uygulanmakla birlikte resmi makamlar tarafından sistemli bir uygulama olduğu reddedilmektedir.

Türk Tabipleri Birliğinde (TTB) işkence soruşturmalarında alternatif raporlar hazırlanmaktadır ¹. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 6. Maddesi; Türkiye'deki tıp fakültesinden diploma alan ve Türk olan bütün hekimler, bir kişinin beden ve ruh durumu hakkında rapor düzenleme yetkisine sahiptirler ³. Yasal olarak kişilerin beden ve ruh durumu hakkında rapor düzenleme yetkisine sahip olan bütün hekimler, kendilerine başvuran ve işkence gördüğünü bildiren kişiler hakkında da mesleki, bilimsel ve vicdani kanaatlerine göre rapor düzenleyeceklerdir. Eğer konu işkence değilse, genellikle mahkemeler bu raporları kanıt olarak kabul eder. Fakat rapor işkence hakkındaysa, raporların kabul edilmesi daha problemlidir. Ayrıca, raporu hazırlayan kişiler çok çeşitli baskılara maruz kalabilir.

TTB Hekimlik Meslek Etiği Kurallarınının 33. maddesine göre hekim "tıbbi bilgi ve becerisiyle, işkence ve benzeri uygulamalara katılamaz, yardımcı olamaz, gerçeğe aykırı rapor düzenleyemez. İşkence iddiası olan vakalarla karşılaşan hekim, mesleki bilgi ve becerilerini gerçeğin ortaya çıkarılması için kullanır" ^{1,4}.

Tutuklular için rapor hazırlanması ve mahkumların tedavisi cezaevi hastanelerinde ve Adli Tıp Kurumunda yapılmalıdır. Fakat bu kurumlarda tedavi yapılmadığında, hastalar devlet hastaneleri veya üniversite hastanelerine sevk edilebilir. Baskılar nedeniyle resmi adli raporların sıklıkla işkenceyle ilgili kanıtları reddedilir ve sahte negatif raporlar verilir.



Amaç

Bu yazının amacı vaka hikayesini ve tedavisini anlatmaktan çok psikolojik değerlendirilmesini, yetersiz şartlarda ve mahremiyetin korunamadığı durumlarda rapor hazırlanmasını, tedavinin önemini vurgulamak bu süreçte yaşanan zorlukları tanımlamaktır.

Cinsel istismarı psikolojik tıbbi kanıtlarla ifade etmek dünyada gelişmekte olan bir uzmanlık alanıdır. Türkiye'de konu ile ilgili uzmanların sayısı çok sınırlıdır. Halen tutuklu olan istismara uğramış kişiler, avukatları tarafından ilgili bir merkeze sevk ettirilmeli, randevularına düzenli olarak götürülmeli, görüşme sırasında mahremiyet sağlanmalı ve son olarak da mahkeme, düzenlenen raporu kabul etmelidir. Bu işlem sırasında, kanıta dayalı bilimsel klinik bilgi ve konusunda deneyimli, kararlı uzmanlara ihtiyaç vardır. Fakat bu işlem salt tıbbi değildir çok yönlüdür. Mağdurun kısmen bile olsa iyileşebilmesi için klinisyenin avukatlarla işbirliği yapması gerekmektedir.

Yazıda tartışılacak olan vaka kadın avukatlar tarafından kurulmuş bir organizasyon olan "Gözaltında Tecavüz ve Cinsel Tacize Karşı" projesi tarafından, mahkeme aracılığı ile, İstanbul Psikososyal Travma Programına (İst-PSTP) yollanmıştır.

VAKA

Geliş yolu: Saldırıdan sonra psikolojik bir rahatsızlığının olmadığını sorunlarıyla kendisinin baş edebileceğini söylerken arkadaşlarının teşviki ve avukatları aracılığıyla İst-PSTP hakkında bilgilendirilmiş ve gelmeyi kabul etmiş.

Öykü: 1995 yılında evine yapılan baskında gözaltına alınmış, tecavüze ve işkenceye maruz kalmış. Gözaltında çeşitli fiziksel işkenceler, belden yukarısı çıplak olarak düz ve ters askı uygulanmış. Daha sonra çıplak bırakılmış. Yaşadıklarını kendi ifadesiyle şöyle anlatıyor: "Tim şefinin sesinden tanıdım, gözlerim bağlıydı, 'indirir yere' dedi. Yatırdılar. Kollarım askıdan sonra tutmuyordu, birinin üzerime yattığını hatırlıyorum kollarımı da tutuyordu ondan sonrasını net hatırlamıyorum. Sonra giyiniktim, koltuğun üzerinde yatıyordum, kahverengi bitleştirilmiş iki koltukta yatıyordum. Bir kez oldu. Nasıl giyindim, nasıl giydirdiler hatırlamıyorum boşluk var. İki kez doktora götürdüler sağlam raporu almak için ama yanımda polis vardı. Doktor uzaktan baktı 'sağlam' dedi. Muayeneyi yapan doktorlar Devlet Hastanesi ve DGM adli hekimi idi. İşkenceyi yapanlar işkence izlerine krem sürüp masaj yapıyorlar iz kalmıyor."

Kişisel Öyküsü: 25 Yaşında, dört kardeşin birincisi, 5 yıllık evli, çocuksuz. Üniversite terk. 20 yaşında isteyerek evlenmiş. Cinsel yaşamı sorunsuzmuş.

Suçlama: Örgüt üyeliği **Aldığı ceza:** 12 yıl

Başvuru yakınması: Kendi ifadesiyle: "Uykularım bozuk, kabuslar görüyorum, dikkat-hatırlama zorluğum var. Sık ağlıyorum, aşırı sinirliyim. Yaşadığım olayı

sık sık hatırlıyorum, gözümün önüne yaşadıklarımın görüntüsü geliyor. İsteksizlik, karamsarlık, yorgunluk, diğer insanlardan uzaklaşma var. Erkeklerden rahatsız oluyorum. İnsanlarla fazla konuşmuyorum, olaydan sonra oldu konuşamıyorum, bazen de 1-2 saat hiç aralıksız saçma sapan konuşabiliyorum. Koğuştakilere takılıyor ve kendimi çok garip hissediyorum boğulacak gibi oluyorum o sıkıntıyı dağıtmak için oluyor bunlar. Olayı sonra sürekli unutmaya, yok saymaya çalıştım. Olayı hep yok saymaya çalışıyorum olmadığını düşünüyorum ama bir şekilde karşıma çıktı. Son on gündür sürekli kabus görüyorum: "Adam elime bıçak veriyor boğazımı kesmeye çalışıyor. Aynı adam (yüz olarak tanıdığım biri, şubede benimle çok uğraşmıştı, dövülmüştü, askıda sesinden tanıyorum) beni boğmaya çalışıyor. Hiç bağırmadım, sesim çıkmadı donup kaldım. Bazen rüyadan uyandığımda nefessiz kalıyor gibi oluyorum". Ölüler çağırıyor, asılmış havada sallanırken görüyorum kendimi".

Tecavüzle ilgili tutumu: Yetişme tarzını geleneksel olarak tanımladı. Cinsellik hiç konuşulmamış. Tecavüze uğradığını anne-babası mahkemede öğrenmişler. "Niye ben, niye bana yaptılar, arkadaşlarımdan birine sadece elle dokunmuşlar, birini de tehdit etmişler. Kör olmayı tercih ederdim kaldıramıyorum. Tecavüzle ilgili düşünceler duygular hiç geçmeyecek gibi geliyor. Tekrar aynı şeyleri yaşayacağım gibi oluyor. Bazen polislerle karşılaştığımızda sanki polislerle verecekler gibi hisse kapılıyorum. Konuyla ilgili haberleri izleyemiyor olayları anımsayınca, ellerim titriyor ağlamaya başlıyorum. Cinselliğe dair hiç isteğim yok bu yüzden eşimden boşanmak istiyorum, tecavüze uğradığım için eşimden ve herkesten utanıyorum. Tecavüz edenle ilgili farklı değerlendirmelerim oluyor. Bazen nefret ediyor ve onlarla başa çıkabileceğimi düşünürken bazen de olayın üstüne gitmemeyi kapatıp unutmaya çalışıyorum".

Ruhsal durum muayenesi: Bilincin açık, yönelim kusurunun bulunmadığı saptandı. Motor davranışlarda bir özellik yoktu. Konuşma hızı yavaşlamış ve alçak ses tonundaydı. Sorulara yerinde ve amaca yönelik yanıtlar veriyordu. Konuşma miktarı azalmıştı. Düşünce hızı kısmen yavaşlamıştı. Düşünce içeriğinde hezeyan yoktu. Soyut düşüncesi iyiydi. Zihninde sürekli cinsel tecavüzle ilgili düşüncelerin olduğunu belirtti. Sıkıntılı ve kaygılı idi. Açıklamadan ve ilk görüşmeden sonra sıkıntısının arttığını bildiriyordu. Olayla ilgili konuşmalar sırasında kaygılı hali gözlenmekteydi. Travma ile ilgili konuşmaktan kaçınma çabaları dikkat çekmekteydi. Yaşadıklarından sonra daha önce ilgi duyduğu şeylere karşı ilgisinin azaldığını bildirmekteydi. Anhedoni tanımlamaktaydı. Cinsel tecavüz öncesi cinsel ilgi ve istekte bir sorun yaşamadığını, olaydan sonra cinsellikle ilgili her şeye karşı iğrenme ve utanç duygularının ortaya çıktığını söylüyordu.

Algı bozukluğu halüsinasyon, yanılsama ve depersonalizasyon, derealizasyon yoktu. Zeka düzeyi klinik olarak normal sınırlarda değerlendirildi. Yakın uzak bellek ve tespit belleği normaldi. İmpuls kontrol güçlüğü tanımlamıyordu. Yargılama ve gerçeği değerlendirme yetisinde bozukluk yoktu. İçgörüsü hasta olduğunu bilme anlamında iyiydi. Erken ve orta uykusuzluk tarif ediyordu. Travmatik olayla ilgili kabuslar ve korkuyla uyanmalar tanımlıyordu.

Özgeçmişinde tanımlanan bir özellik yoktu. Soy geçmişinde bir ruhsal sorun tanımlanmadı.

Klinik gözlem ve Tedavi: Ruhsal durum muayenesinde depresif mood, hayattan zevk alamama, intihar düşünceleri olan hastaya Lustral 2x1 başlandı. Koşullar sistemli ve düzenli bir psikoterapi için uygun değildi. Psikolojik bilgilendirme ve destekleyici bir yaklaşım uygulandı. O zamana kadar, avukatına ve arkadaşlarına kısaca söz etmesi hariç, hiç kimseyle konuşmadığı tecavüz yaşantısı ve onun yarattığı duygular hakkında zorlukla da olsa konuşması cesaretlendirildi. Görüşmeler süresince yaşadıklarını ifade ederken sık sık olay anını hatırladı. Bu yaşantılaşma sırasında güçlülük ve gözyaşlarıyla yaşadığı travma ile bağlantılı duygularını dile getirdi. Yaşadıklarıyla yüzleşmesi için bilişsel terapi modeliyle yaklaşıldı⁵. Üzerinde odaklaşılan konu yaşadığı travma ve etkileriydi. Travmanın etkileri zamanla açılmaya başladı ve bu sürelerde destekleyici tedaviyle devam edildi. Hastanın içinde bulunduğu koşullar ve görüşmenin sağlıklı bir ortamda yapılamaması nedeniyle cinsel ve fiziksel travmasından önceki yaşamına derinlemesine inilemedi. Tedavi sürecinde ağlamaları azaldı, olay anını tekrar göz önüne gelmesi ortadan kalktı, olay anına yönelik zorlayıcı düşünceleri azaldı, sosyal uyumu arttı, uykusu düzeldi. Tedavi sekiz ay sürdü. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve Major Depresyon tanılarını alan hastaya depresyonuna yönelik olarak antidepresan ilaç tedavisi uygulamaya karar verildi.

Impact of Event Scale (IES) Travmatik olayın etkilerini değerlendirme ölçeği

	Tedavi başı	Tedavi sonu
Olayın sürekliliğinin yaşantılanması	27	11
Kaçınma	32	4
Toplam	59	11

Şüpheli İşkence Mağdurlarının Psikolojik Değerlendirmesi için Örnek bir Protokol

Değerlendirmede klinik görüşme ve "İstanbul Protokolü" temel alınmıştır⁶. Tıbbi raporlar ve görüşmeler standart olmalıdır ve tıbbi ifadede yer alan bütün bilgiler olayla ilgili ve mahkemede savunulabilir olmalıdır.

Raporda; Özgeçmiş bilgisi, muayene bulguları, tanısal testler, ifadenin doğruluğuna yönelik bilgiler yer almalıdır. Eğer muayene edilen kişinin tedaviye ihtiyacı olduğu saptanırsa, kendisi bu konuda bilgilendirilmeli ve randevu tarihi belirlenmelidir. Zeka ve Rorschach kişilik testi gibi psikolojik testler, hastanın psikotik durumda olup olmadığını ve verdiği bilgilerin ne derecede güvenilir olduğunu belirlemek için yapılır.

Görüşme sürecinde karşılaşılan sorunlar ve tedavideki engeller

Mahremiyet: İşkencenin sıklıkla ve yaygın olarak politik sebeplere bağlı olduğu bir ortamda örgütlü şiddetin etkisi basit bir şekilde değerlendirilemez. Bireyin görüşmeden önce rahat ve gevşemiş olması temel bir ilkedir. Yasalara göre,

tıbbi muayene sırasında mahkumlar için mahremiyetin sağlanması şarttır. Fakat çoğu zaman, görüşme sırasında komutanlar kadın gardiyanları ve askerleri muayene odasında kalmaya zorlamaktadır.

Mahremiyetin sağlanamadığı durumda görüşmeyi kabul veya ret kararı tutuklulara bırakıldı. Ret edenlerin görüşlerine uygun olarak görüşme yapılmadı. Bu şartlar altında tedavi ekibi görüşmeyi kabul edenlerin isteğine uyarak yetersiz şartlarda görüşme yapmaya yönelik stratejiler geliştirmeye çalıştı. Örnek olarak tecavüze ilişkin soruları da içeren travma değerlendirme ölçekleri kendilerine doldurtuldu. Ardından yüz yüze görüşme sırasında tecavüzle ilgili sorular yazılı olarak yöneltildi. Bu sayede kullandığımız ölçekler hem tanı koymamıza hem konuşmadan travmayla ilgili iletişim kurulmasında yararlı oldu.

Travmatik ortamda belirtilerin kışkırtılması: Uzun süredir kapalı tutmaya ve yok saymaya çabaladıkları zorluklar görüşmeler sırasında canlanmaktadır. Bu tür yeniden artan belirtiler travmatik deneyimleri olan kişilerin tedavisinde bilinen bir durumdur. Tedavi edenler de kişileri bu konuda bilgilendirerek hazırlar ve başa çıkma kapasitelerini arttırmaya özen gösterir. Ancak hastaların hapisanede ve kendilerine cinsel saldırıda bulunan kişilerin kontrolünde yaşaması tedavide hem tedavi eden hem tedavi edilen için zorluk kaynağıdır. 7-13.

Tedaviye geç başvuru: Travmatik deneyimi olan kişilerde erken tedavi gerekir. Altıncı aydan sonra travmatik yaşantıya bağlı sorunların sürmesi durumunda vakalar kronik TSSB tanısı alır ve tedaviye daha dirençli olur. Geç başvuru iç ve dış nedenlerden olabilir. Dış koşullara bağlı en temel neden cezaevi hastaneleri dışındaki bir sivil merkezde hastanın sevk edilmesini sağlamak avukatlar için çok zor olmaktadır. Kişisel nedenler olarak organize şiddet ve cinsel taciz anında ve kolayca açığa çıkmaz. Mağdurlar saldırıyı açıkladıkları sırada bile hala şiddeti uygulayan kişilerin kontrolü altındadır. Suç duyurusu anlamını taşıyan ihbar ardından olabileceklerle baş edebileceklerinden emin değillerdir. Tacizi açığa çıkarmak olayın yeniden yaşanması ve olayla ilgili aşırı tedirginlik belirtilerini kışkırtıcıdır.

Tedavinin olumlu özellikleri

Yetersiz koşullara rağmen, görüşmelerin sonucunda mağdurların psikolojik ve sosyal işlevlerinde ilerleme oluyordu. Farklı çelişkiler yaşandı örneğin: Bir yandan şiddetin etrafını saran sır perdesinin indirilmesi gerekirken, bir yandan da açığa çıkan her durumla, bireysel olarak da başa çıkılması gerekiyordu. Görüşülen kişiler, politik kimlikleri olan kadınlardı. Başlangıçta cinsel tacizin açıklamasını politik sebeplere dayandırıyorlardı. Fakat kendilerini açtıktan sonra; problemlerinin bireysel yönleriyle ilgili zorluklarla yüz yüze geldiler. 4

SONUÇ

İşkenceyle ilgili tıbbi raporların işkence mağdurları ve toplum için olumlu bir etkisi vardır ve adalet duygusunu sağlayabilir. Raporların mağdur üzerinde tedavi edici bir etkisi de vardır. Aradan uzun bir zaman geçtikten sonra mağdurların üzerinde işkencenin etkileri olarak salt psikolojik kanıtlar kalabilir. Ancak: işken-

cenin yaygın olduğu ülkelerde, raporla işkenceyi kanıtlama görevini yapan hekimler hassas konumlarda bırakılabilir ve göz dağı verilerek yıldırılmaya çalışılabilir. Bu nedenle sağlık meslek örgütleri üyelerini korumalıdır.

Adli psikiyatri açısından bakarsak, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

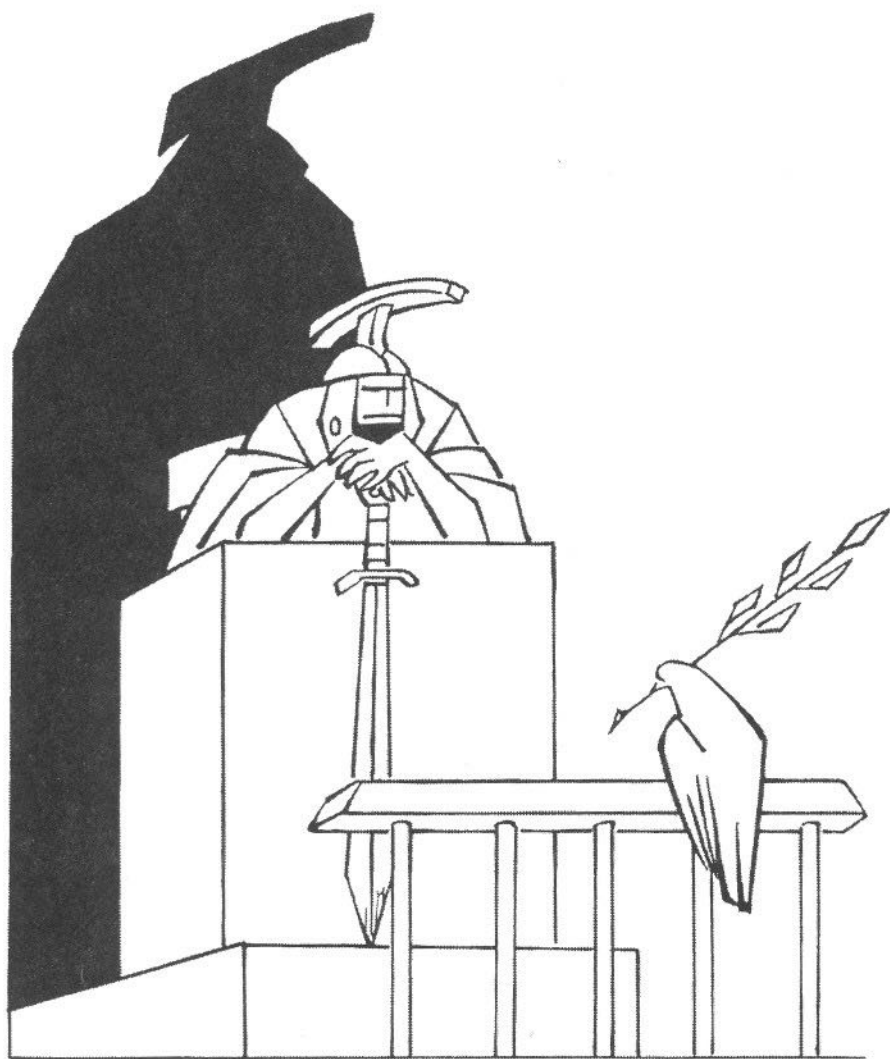
İşkenceyle ilgili olarak psikolojik problemlerin tanımlanması ve bunların raporlarla belgelenmesi, bu bilginin yasal değerlendirilmesini mümkün kılabilir.

Uzun bir süre sonra bile TSSB'nin tecavüzle ilgili belirtilerini açık ve net olarak saptamak mümkündür.

Yazılan psikolojik raporlar, uluslararası düzeyde de somut kanıt olarak kabul edilebilmektedir

Tedavi için uygunsuz ve yetersiz koşullara karşın vakaların psikolojik durumunda belirgin bir düzelme görülmüştür.

Son yıllarda, travma alanındaki bilimsel çalışmalar sayıca artmaktadır. Fakat travmatik olaylar azalmamaktadır. Biz yaraları iyileştirmekte daha yetkin bir hale gelirken ne yazık ki felaket ya da insan eliyle yapılan şiddetin sıklığında bir azalma görmemekteyiz.



RAPOR ÖRNEĞİ

Sayı:2000/

İlgi:YZYZXhk.

Hastanın adı:

Doğum Tarihi:

Tanımlayıcı Bilgi: YZ 25 yaşında, lise mezunu, evli, çocuksuz.

Kliniğimize Gönderilme Nedeni: Avukatlarının isteği üzerine mahkeme tarafından yaşadığını belirttiği cinsel travma ile ilgili ruhsal değerlendirilmesinin yapılması ve sonuçlarının mahkemeye rapor edilmesi.

Öykü: YZ 1995'te evine yapılan baskında gözaltına alındığında soruşturmayı yapan polisler tarafından tecavüze uğradığını, çıplak bırakıldığını ayrıca fiziksel işkence gördüğünü belirtti.

Değerlendirmenin içeriği: YZ'nin 13.5.1995 tarihinde 6768 protokol no ile yapılan ruhsal durum muayenesi sonucunda, "İstanbul - Psikososyal Travma Programı"nda izlenmesi gerektiğine karar verilmiştir. 22.7.1995 ve 30.1.1997 tarihleri arasında 15 günde bir yapılan tanı ve tedavi amaçlı yüz yüze görüşmeler sonucundaki ruhsal durum değerlendirmesi aşağıdadır.

Ruhsal durum muayenesi: Bilinci açıktı, yönelim kusuru yoktu. Dışa vuran motor davranışı sıkıntısı nedeniyle artmıştı. Konuşma hızı kısmen azalmış ve alçak ses tonundaydı. Sorulara yerinde, anlamlı ve amaca dönük yanıtlar veremekteydi. Duygudurumu çökkün, duygulanımı sıkıntılı ve kaygılıydı. Düşünce akışı normaldi Düşünce içeriğinde sanrı yoktu. 1995 yılında olduğunu belirttiği travmatik yaşantıyla (cinsel tecavüz) ilgili preoküstasyonlarının (zihni sıkça meşgul eden düşünceler) olduğu anlaşılıyordu. Olayla ilgili konuşmalar sırasında duygulanımında kaygı yönünde artma gözlenmekteydi. Bu duruma, travma ile ilgili konuşmaktan kaçınma çabaları eşlik etmekteydi ve böyle durumlarda sıkıntısının arttığını kendisi de belirtiyordu. Daha önce ilgi duyduğu etkinliklere karşı ilgisinin azaldığını ifade ediyordu. Ayrıca genel isteksizlik ve anhedoni (hayattan zevk almama) de tanımlıyordu. Algıda sanrı, yanılısma, depersonalizasyon, derealizasyon gibi, gerçeği değerlendirmesini bozan, ağır psikopatolojik belirtiler saptanmadı. Yaşadığı travmayla ilgili görüntülerin sık sık aklına geldiğinden ve olayı tekrar yaşar gibi olduğundan (flashback) yakınıyordu. Zeka düzeyi klinik gözleme göre normal olarak kabul edildi. Soyut düşünce korunmuştu. Bellek işlevleri normaldi. Dikkati ve konsantrasyonu, muhtemelen çökkün duygudurum ve travmatik olayla ilgili aşırı uğraşı nedeniyle azalmıştı. Dikkatini toplayamadığını, düşüncelerini bir konu üzerine yoğunlaştıramadığını bildirmekteydi. İmpuls kontrol güclüğü tarif etmiyordu. Yargılama ve gerçeği değerlendirme yetisinde bozukluk yoktu. İçgörüsü tamdı. Uykusunun travmatik olayla ilgili kabuslar nedeniyle sık bölündüğünü ve korkuyla uyandığını belirtmekteydi.

Tanı ve Ayırıcı Tanı: Belirtildiği gibi, YZ klinik görüşmeler sırasında klinisyene yardımcıydı. Hasta tarafından fizik bütünlüğünü tehdit eden fiziksel, psikolojik ve cinsel travmatik olaylar yaşandığı ifade edilmiştir. Travmatik olay preoküpasyon şeklinde tekrar tekrar anımsanmakta ve bu durum sıkıntı yaratmaktadır. Olayla ilgili düşünce, durum ve konuşmalardan kaçınma çabası vardı. Travmatik olayları aktarması istendiğinde bunu büyük bir kaygı içinde ve yer yer ağlayarak aktarabildi. Günlük hayatla ilgili etkinliklere karşı ilgisi belirgin olarak azalmıştı. Uykuya dalmakta ve sürdürmekte güçlük tarif etmekteydi. Düşüncelerini bir konu üzerinde yoğunlaştırmakta zorlanıyordu. Ruhsal durum muayenesi ve klinik psikolojik değerlendirmelerinde saptanan ve hastanın yaşadığı travmatik olayın ardından ortaya çıktığı anlaşılan belirtiler, Ruhsal Bozukluklar Tanısal ve Sayısal El Kitabı'ndaki (DSM-IV) sınıflandırmaya göre "Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), kronik formu" tanısına uymaktadır.¹⁴ Travmatik yaşantıları değerlendirmekte kullanılan "Travma sonrası stres bozukluğu tanı ölçeği"¹⁵ ve "Olay etkisini değerlendirme ölçeği"nde ¹⁶ aldığı yüksek puanlar da tanıyı destekler niteliktedir.

Ayrıca karamsarlık ve kederle belirli olan depresif ruh hali, yorgunluk, bitkinlik ve enerji azlığı, genel isteksizlik ve anhedoni, düşünceleri bir konu üzerinde yoğunlaştıramama ve değersizlik hissi gibi belirtilerle giden TSSB'ye eşlik eden Majör depresyon tanısını da almaktadır.

Tanı ve Ayırıcı tanı (Çok eksenli değerlendirme)

Eksen I. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Major Depresyon

II. Yok

III. Yok

IV. Güvenlik kuvvetleri tarafından cinsel ve fiziksel taciz, tehdit/korkutma

Birincil destek grubuyla olan sorunlar

Toplumsal çevre ile ilişkili sorunlar

Barınma sorunları

Sağlık kuruluşlarına ulaşma sorunları

Yasal sistemle etkileşim sonucu doğan sorunlar

Diğer psikososyal ve çevresel sorunlar

V. İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi

İGD : 55

GAF: Ağır

Travmanın etkilerini değerlendirme ölçeği'nde 39 puan ile ciddi semptomları ve ağır derecede işlev bozukluğu olduğu saptandı. "Olay etkisini değerlendirme ölçeği"nde ise, çok yüksek olarak değerlendirilen, 63 puan aldı.^{2,4}

Sonuç olarak; travmatik yaşantıların ruhsal etkilerini değerlendiren her iki ölçekte de travmaya bağlı yüksek puanlar almıştır. DSM-IV'de tanımlandığı gibi travma yaşayan kişilerde görülen belirtilerin varlığı, hastanın travmatik bir deneyimi olduğunu kuvvetle düşündürmüştür ve TSSB tanısı almıştır.¹⁵

Tedavi olarak Lustral tb. 3x1 önerilmiştir. Ayrıca, düzenli olarak psikoterapi önerilmiştir. Ancak YZ düzenli olarak tedaviye getirilmediği için düzenli bir psikoterapi uygulanamamıştır. Tedavisi halen devam etmektedir.

KAYNAKLAR

1. TTB Bünyesinde hazırlanan alternatif raporlara ilişkin Türk Tabipler Birliği Mütalaası. 4 Mayıs 1999.
2. Van Willigen LHM. (1984) Woman refugees and sexual violence. *Mediche Cont*; 50: 1613-1614.
3. Şehsuvaroğlu BN (1983): Tıbbi Deontoloji. İstanbul Tıp Fakültesi Vakfı.
4. Yüksel Ş (1994): İşkencede Cinselliğin Kullanılması. Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu, Türkiye İnsan Hakları Vakfı Yayınları, Ankara.
5. Rothbaum BO, Meadows EA, Resick P, Foy DW (2000): *Cognitive Behavioral Therapy*. New York, The Guilford Press. 320-326.
6. İstanbul Protokolü (2001): İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı, Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesi İçin El Kılavuzu TİHV Yayınları 24, İstanbul.
7. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ (2000) (ed): *Effective Treatments for PTSD*. New York, The Guilford Press. 359-379.
8. Keane TM (ed) (2000): *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York, The Guilford Press. 399-411.
9. Kilpatrick DG, Veronen L, Best CL (1985): Factors Predicting Psychological Distress Among Rape Victims. Figley CR (ed), *Trauma and Its Wake*. New York, Brunner / Mazel: 113-141.
10. Mollica RF, Donelan K (1993): The effect of trauma and confinement on the functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camp. *JAMA*, 270: 581-586.
11. Mollica RF, Mac Innes K, Pham T, Smith Fawzi MC, Murphey E, Lin L (1998): The dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms in Vietnamese ex-political detainees and a comparison group. *J Nerv Ment Dis*, 186: 543-553.
12. Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS, Murduck T, Walsh W (1992): Prospective Examination of PTSD in Rape Victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5: 455-476
13. Steketee G, Foa EB (1987): Rape Victims: Post-traumatic stress responses and their treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 1: 69-86.
14. DSM-IV (1994): American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, IVth Edition. Washington DC.
15. Foa.EB (1995): *Post Traumatic Stress Diagnostic Scale*. National computer presses.
16. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W (1979): Impact of Event Scale. A Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine*, 41: 209-218.ss



KABA DAYAK YA DA İŞKENCE SONRASI RUTİN OTOSKOPIK MUAYENENİN ÖNEMİ*

Hıdır Arslan **, Önder Özkalıpcı **, Şükran İrençin **

Giriş

Bu sunuda ilk adli fiziki muayene sırasında odioojik muayene ile kulak zarlarının mutlaka değerlendirilmesi gerektiğine dikkat çekilmeye çalışıldı.

Çalışmada Türkiye İnsan Hakları Vakfı İstanbul Temsilciliği'ne 1998, 1999, 2000 yıllarında gözaltı veya cezaevi sürecinde gördüğü işkence ve diğer şiddet delillerinin belgelenmesi ve tedavi talebi ile başvuran olgular değerlendirilmiştir.

Tartışma

Kabadayak halen en sık başvuru alan işkence ve şiddet yöntemidir. Ülkemizde işkence ve şiddetin vücutta görünen veya görünmeyen delillerinin tıbbi belgelenmesi Adli Tıp Kurumu şubeleri, Üniversitelerin Anabilim dalları, SSK ve Devlet hastaneleri acil poliklinikleri ve en yaygın olarak da Sağlık Ocakları hekimlikleri eliyle yürütülmektedir. Günümüz adli tıp uygulaması pratiğinde başvuru işkence iddiasında bulunsun bulunmasın, gözaltı süreci sonrası hasta özellikle yakınma bildirmediği rutin adli fiziki muayenelerde kulak zarı muayenesi yapılmamaktadır. Oysa bizim çalışmamızda KBB yakınması olmadığı halde kulak zarı perforasyonu bulunan olguların sayısı travma ile ilişkili KBB lezyonu saptanan başvurular arasında %35 oranına ulaşmaktadır

Kulak zarı perforasyonları ile ilgili literatüre göre bütün kulak yaralanmalarının %36.7'sini¹ kulak zarı perforasyonları oluşturmaktadır. Çoğunlukla blast

* Bu çalışma, 25-27 Nisan tarihleri arasında İstanbul'da yapılan T.C Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Yıllık Adli Tıp Toplantıları 2001 de sözlü olarak sunulmuştur.

** Dr., Türkiye İnsan Hakları Vakfı İstanbul Temsilciliği

orijinli yaralanmalarda olmak üzere nadir olarak kemikçik zincir dislokasyonu ve fraktürleri görülebilmektedir.²

Kulak zarı ve kemikçik zincir patolojilerine eksternal kulak kenarında ani bir basınç artışı meydana getiren blast yaralanmalar (akustik travma), endüstriyel kazalardaki patlamalar, bazı ışınlar, termal yanığa neden olan kazalar, kulağa vurma (tokat, avuç içiyle bir veya iki kulağa birden tokat), bilinçsiz kulak lavajı, trafik kazaları (kafa travmaları), sportif faaliyetler (yüzme veya dalgıç kazaları), kulak kanalına sokulan yabancı cisimler ve tıbbi aletler (direkt penetran travma), elektrik kazalarında, ani basınç değişiklikleri gelişen uçak seyahatleri ve nitekim öpmekle dahi gelişebilmektedir.²

Travmatik kulak zarı perforasyonunda en yaygın semptomlar işitme kaybı, tinnitus, ağrı, nadiren de dizziness ve su kaçırılan ya da damla damlatılan kulaklarda akıntıdır. Kulak zarında yırtılma, orta kulakta hematoma, kıkırdak nekrozu ve enfeksiyona neden olabilir. Blast yaralanma sonrası oluşan travmatik perforasyonlarda iç kulağın etkilenmesine bağlı olarak tinnitus ve akustik travmanın patognomonik odimetrik bulguları saptanabilir. Kulak zarının özellikle üst kadranslarına ilişkin penetran travma kemik zincirinde kopmalara, malleusun kolunda kırıklara, oval veya yuvarlak pencere fistüllerine, fasial paraliziye neden olur.²

Travmatik kulak zarı perforasyonunun kısa ve uzun dönemde önemli sekelleri orta ve iç kulakta işitme kaybı, baş dönmesi, kulak çınlaması, denge kusuru, nadiren de fasial sinir paralizisidir.³

Diğer kişiler tarafından darp edilme sonucu kulak zarı perforasyonu oluştuğunda, perforasyonun sol kulak zarında ve çoğunlukla alt kadransları tutan küçük perforasyonlar olduğu, kemikçik zincir dislokasyonu ve fraktürlerin nadir olduğu belirtilmiştir. Ancak blast yaralanma sonrası oluşan perforasyonların alt kadranslarda yerleşmesine rağmen geniş perforasyonların üst kadranslara taşıdığı ve çoğunlukla arka üst kadransın etkilendiği saptanmıştır.¹ Literatürde pars flaccida perforasyonuna rastlanmamıştır. Kenar perforasyonları da nadir olarak bildirilmiştir. En fazla inküdomalleolar olmak üzere bilhassa blast yaralanmalarda %33 oranında kemikçik zincir dislokasyonu ve fraktürü gözleendiği ileri sürülmektedir.^{4,5}

Travmatik kulak zarı perforasyonları genel olarak ön ve daha sıkta arka alt kadrans yerleşimlidir, bu lokalizasyondan kulak zarının dış kulak duvarına oblik bir yerleşimle yapışması ve travma etkisinden sorumlu basıncın ilk önce bu alana rastlaması sorumlu tutulmaktadır.²

Travma sonrası ani gelişen ağrı, kulaktan kanama, kulak çınlaması, baş dönmesi ve ani işitme kaybı kemik zincirde kopma veya travmanın iç kulağı da etkilediğini gösterir.³

Özellikle blast travma sonrası pozitif basınç esnasında perfore timpanik membranın içeri kıvrılması ya da kopan küçük keratinize squamöz epitel parçalarının orta kulak boşluğuna girmesinin kolesteatoma neden olduğu bildirilmektedir.⁴

Klinik ve laboratuvar incelemeleri

Basit otoskopik muayeneyle saptanabileceği gibi mikroskopik muayeneyle daha kolaylıkla çok küçük perforasyonlar dahi saptanabilir.

Taze perforasyon; yara dudakları oldukça düzensiz, yer yer taze kanamalı, bazen flep tarzında uzantılar içerebilir. Blast yaralanmada yara biçim olarak üç açılı veya yıldız şeklinde, diğer travmalarda yarık şeklinde gelişirken, termal veya sıcak sıvı orijinli perforasyonlar oldukça geniş, yara dudakları silik ve lokalizasyonları atipiktir.²

Hasta dışkulak yolundan veya orta kulaktan çeşitli vasıflarda akıntıyla gelebilir. Otorre varsa laboratuvar testleri ile araştırılmalıdır. MRI veya BT kırık bölgesini tanımlanmasında yardımcı olur.³ Temporal kemik kırıklarının ve orta kulak kemik zincirinde bağlantının bozulması; en kolay BT daha sonra hiposikloidal tomografi, en son olarak da lineer tomografi ile saptanabilir.⁶

Basit olarak işitme kaybı durumunda odiogram patolojinin hava yolu veya kemik yolunda olduğunu ayırmayı sağlar. 40 dB den daha fazla işitme kaybı kemik yolunda iletide kesintiyi yansıtır. Sensorionöral kayıp cochlea veya retrocochlear zedelenme nedeniyledir.³ Blast yaralanma sonrası gelişen odimetri bulgusu patognomoniktir, 4000 Hz ve üzerindeki frekanslarda çanak görülür.²

TİHV İstanbul Temsilciliği Deneyimi

1998 yılında 269 başvurudan 159 kişi akut başvuru olarak değerlendirilmiş, 46 kişinin KBB yakınması varken, 32 kişide travmayla ilişkili KBB lezyonu tanısı konmuş, 14 kişide kulak zarı perforasyonu saptanmıştır. Bu başvurulardan 4'ü ilk anamnezinde kulak yakınması ifade etmemiştir.

1999 yılında 207 başvurudan 130 kişi akut olarak değerlendirilmiş; 41 kişi KBB şikayetiyle başvurduğu halde, 24 kişi travmayla ilişkili KBB tanısı almış, 16 kişide kulak zarı perforasyonu saptanmış bunlardan 7 başvuru ilk anamnezinde kulak yakınması ifade etmemiştir.

2000 yılında 429 başvurudan 309 kişi akut olarak değerlendirilmiş, 73 kişinin KBB ile ilişkili yakınması varken 57 kişiye travmayla ilişkili tanı konmuş, 21 kişide kulak zarı perforasyonu saptanmıştır, bu başvurulardan 8'i ilk anamnezinde kulak yakınması ifade etmemiştir.

Çalışmada saptanan bir başka bulgu da 3 yıla dağılmış vakalar arasında 14 olguda ilk adli muayene sırasında kulak ile ilgili herhangi bir lezyondan bahsedilmediği halde kulak zarı perforasyonu saptanmasıdır.

Bu başvurular yönlendirilerek KBB uzmanlarınca kulak zarı perforasyonu teyit ettirilmiş, raporlar kişiler ya da avukatları yoluyla adli kovuşturma dosyalarına intikal ettirilmiştir.

Olgularımızda kulak zarı perforasyonunda travma orijini kaba dayaktır, olguların tümü KBB uzmanı ile konsülte edilmiştir.

Travmatik kulak zarı perforasyonlarında ilk 24 saat içinde iyileşme başlamaktadır, perfore kulak zarı fragmanı uygun pozisyonda değilse perforasyon kenarları kalınlaşmakta, inflame olmakta ve zarın kapanma şansı azalmaktadır.² Ancak ilk on gün içinde yapılan müdahalelerin olumlu sonuç verdiği bildirilmektedir.⁴ Kulak zarındaki 2 mm ve daha küçük travmatik perforasyonlarda iki haftanın altında spontan iyileşme oranının %78³, daha büyük perforasyonlarda ise bu oranın %90 olduğu saptanmıştır.⁴ Üç aydan uzun süre spontan kapanmayan yırtıklar için cerrahi onarım gerektiği bildirilmektedir. Aralıklı işitme kaybı orta kulak kemik zinciri lehinedir, mutlaka araştırılıp cerrahi olarak onarımı gerekir.² Belki de en iyi tedavi komplikasyonsuz perforasyonlarda hastaya kulağın kuru tutulmasına yönelik sıkı tembih olmalıdır, zira bu bile spontan iyileşme için yeterlidir.²

Sonuç ve değerlendirme

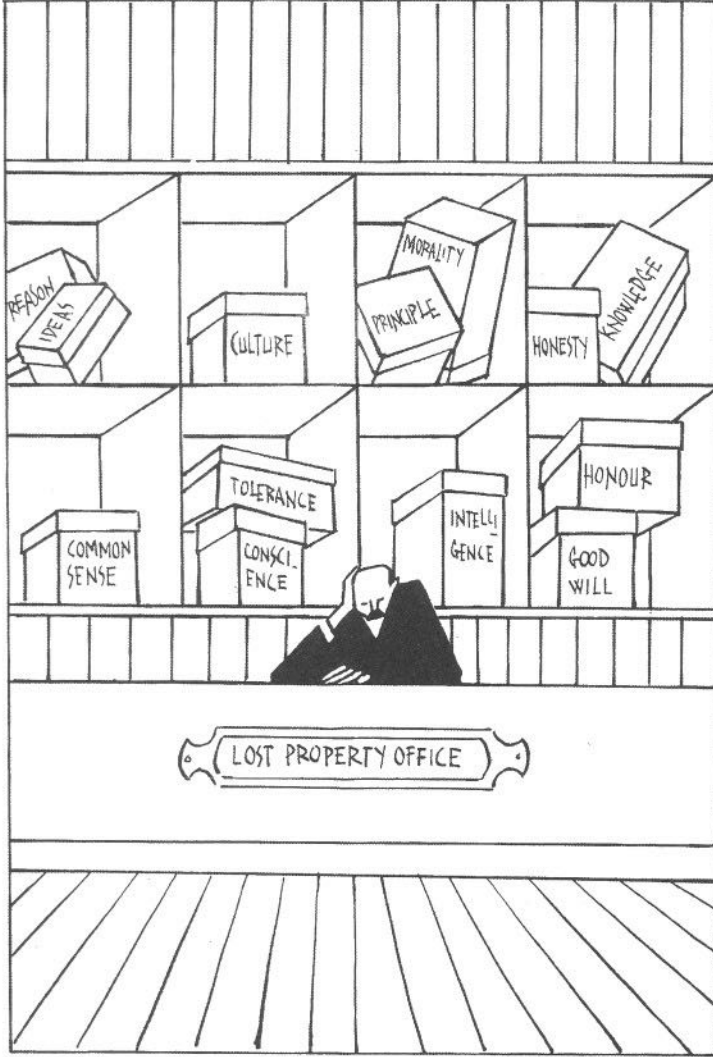
Günümüz adli tıp uygulamasında 15 gün mutad iştigal engeline karşılık gelen kulak zarı perforasyonunun, rutin adli fiziki muayenede özellikle spontan iyileşme süresi göz önüne alındığında mutlaka saptanıp belgelenmesi gereği kaçınılmazdır. İlk muayenede ya da travmadan sonraki ilk günlerde saptanmayan perforasyonların ilerleyen günlerde ikinci bir adli muayene sırasında veya bizim gibi alternatif kurumlardaki muayene aşamalarında saptanması ve orijin tayini güçleşmekte ve travmanın delilleri kaybolmaktadır.

Adli Tıp Kurumunun yayınladığı mutad iştigal cetvellerinde 15 gün mutad iştigale engel teşkil eden kulak zarı perforasyonunun saptanması, kaynağı ne olursa olsun her türlü darp iddiasında mahkeme kararlarını etkileyecek bir tıbbi bulgudur ve dolayısıyla travmaya maruz kaldığını ifade eden kişilerin ilk adli muayenelerinde rutin otoskopik inceleme yapılması zorunlu görülmektedir.

Birinci basamak adli muayene yapılan tüm tıbbi birimlerde ve adli tıp şubelerinde darp iddiasında bulunan kişilerin rutin otoskopik muayenesi uygulamasına geçilmesi için Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'na, Adli Tıp Uzmanları Derneği'ne ve bu kuruluşlarla bağlantılı biçimde Türk Tabipleri Birliği'ne görevler düşmektedir. Bu çalışmayı hazırlayan hekimler bu uygulamaya geçilmesi için ellerinden gelen çabayı göstermeye hazırdırlar.

KAYNAKLAR

1. Chait RH, Casler J, Zajtchuk JT. Blast injury of the ear historical perspective. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 98:9-12,1989
2. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, edited by Cummings, Charles W, 3rd edition, Mosby, Missouri, 1998
3. Kristensen S 1992 Spontaneous healing of traumatic membrane perforations in man: a century of experience, *Journal of Laryngology and Otology* 106: 1037-1050
4. Travmatik Kulak Zarı Perforasyonlarında Patch Materyal Olarak Tegaderm Kullanılması, Doç.Dr. Davut Aktaş, Türk Otorino Laringoloji Arşivi, Cilt 37, Sayı 3-4, 1999.
5. Kronenberg J, Ben- Shoshan J, Wolf M. Perforated tympanic membrane after blast injury. *Am J Otolaryngology*, 14:92-4, 1993.
6. İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı, Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesi İçin El Kılavuzu-İstanbul Protokolü, TİHV Yayınları, sayfa 54, İstanbul 2001.



(Kayıp Eşya Bürosu: Akıl, Fikirler, Kültür, Ahlak, Prensipl, Dürüstlük, Bilgi, Sağduyu, Hoşgörü, Vicdan, Zeka, Şeref, İyi niyet)

İNSAN KAYNAKLI TRAVMAYA MARUZ KALAN KİŞİLERDE FİZYOTERAPİ-REHABİLİTASYON

Mintaze Kerem*

Bu yazıda, insan kaynaklı travma sonrası ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik sorunlarda uygulanması gereken fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımlarının öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

İnsan kaynaklı oluşan travma sonrası gerekli rehabilitasyon yaklaşımlarıyla, herhangi bir travma sonrası rehabilitasyon yaklaşımları arasında uygulanan fizyoterapi ve bu uygulamalarda fizyoterapistin rolü açısından belirgin bir farklılık bulunmamakla birlikte, insan kaynaklı travma sonrası rehabilitasyon yaklaşımlarında bazı önemli noktalara dikkat etmek gerekmektedir.

İşkence sonrası rehabilitasyonda, ele alınan problemlerden en sıklıkla karşılaşılan, psikolojik boyutun ön planda olduğu "vücuda yabancılaşma" sendromudur ve rehabilitasyon büyük önem taşımaktadır. Rehabilitasyonun etkinliği açısından bu sorunun anlaşılması ve tanınması çok önemlidir.

Trafik kazaları, ev kazaları, iş kazaları, spor yaralanmaları, düşme, çarpma, ağır kaldırma gibi nedenlerle oluşan travmalarda travmanın şiddetine göre, değişik sistemlerde fiziksel bütünlük bozulmakta ve kısa yada uzun dönemler için kişinin fiziksel bağımsızlığı, fonksiyonel kapasitesi azalmakta ve günlük yaşam aktiviteleri kısıtlanmaktadır. Travmaya maruz kalan kişilerde fonksiyonelliğin azalması, yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum ve psikolojik yapı gibi birçok nedene bağlı olarak psiko-sosyal sorunlar da ortaya çıkabilmektedir. Kişinin maksimum düzeyde bağımsızlaştırılması ve fonksiyonelliğinin tekrar kazandırılması prensibine dayanan ve multidisipliner bir yaklaşım içinde yürütülmesi gereken rehabilitasyonda fizyoterapi yaklaşımları önemli bir yer tutmaktadır. Fizyoterapi yaklaşımları;

*Yrd. Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu

kas iskelet sistemine bağlı sorunların ortadan kaldırılması, ağrının azaltılması, travmaya bağlı immobilizasyon sonrası ortaya çıkan kas zayıflıklarının önlenmesi, solunum fonksiyonlarının düzenlenmesi, kişinin mobilizasyon ve fonksiyonelliğinin sağlanması, ortez ve protez uygulamaları, ev rehabilitasyonu, mesleki rehabilitasyon gibi birçok yaklaşımı içermektedir.

Şiddet unsurunu içinde barındıran insan kaynaklı travma sonrasında ise oluşan fiziksel yaralanmalar aynı olabilmekle birlikte, travma sonrası yaşanan psikolojik durumlar farklılaşmaktadır.

Psikolojik bütünlüğünü yitirmiş insanlar tarafından uygulanan ve sebebin genellikle cezalandırma, vücuda acı, ağrı yaşatma ve kişiye zarar verme olduğu işlemlerinin tümü *şiddet* olarak adlandırılmaktadır. Şiddete maruz kalan kişilerde en ciddi ve kalıcı rahatsızlıkların ruhsal travmalarda yaşandığı belirtilmiştir. Fiziksel şiddetin etkisi günler, aylar içinde iyileşebilirken, psikolojik şiddete maruz kalma kişide yaşam boyu sürebilen çok ağır sağlık sorunlarına yol açabilmekte, bu durum da ortaya çıkan fiziksel bozuklukların rehabilitasyonunu güçleştirmektedir.

Oluşturduğu fiziksel ve psikolojik bozukluklar nedeniyle fizyoterapi-rehabilitasyon yaklaşımlarına ihtiyaç duyulan insan kaynaklı travma uygulamaları fiziksel ve psikolojik diye genel olarak ikiye ayrılabilir.

Fiziksel

- Dayak (Kaba dayak, sert cisimlerle vurma)
- Yakma
- Saç-sakal-bıyık yolma
- Cinsel organlara yönelik travmatik uygulamalar
- Yeme içmenin kısıtlanması
- Tuvalet aktivitelerinin engellenmesi
- Tecavüz
- Uyutmama
- Soğuk zeminde bekletme
- Falaka

Psikolojik

- Aile içi şiddet uygulamalarında çocukların ve diğer bireylerin şahitliği
- Tecrit
- Hakaret
- Duygusal istismar
- Öldürme tehdidi
- Değişik konularda tehdit
- Göz bağlama
- Cinsel taciz
- Soyma

Yukarıda sıralananlara ve benzeri uygulamalara, BM İşkenkeceye Karşı Sözleşme'de, "bir şahsa veya bir üçüncü şahsa, bu şahsın veya üçüncü şahsın işlediği veya işlediğinden şüphe edilen bir fiil sebebiyle, cezalandırmak amacıyla bilgi veya itiraf elde etmek için veya ayırım gözetin herhangi bir sebep dolayısıyla bir kamu görevlisinin veya bu sıfatla hareket eden bir başka şahsın teşviki veya rızası veya muvaffakatiyle uygulanan fiziki veya manevi ağır acı veya ızdırıp veren fiil" anlamında işkence denilmektedir.

İnsan kaynaklı travmaya maruz kalan kişilerde *rehabilitasyon yaklaşımları*

1. Fiziksel bozukluklar
2. Psikolojik bozukluklar
3. Sosyal sorunlar için gerekli olmaktadır.

Rehabilitasyon multidisipliner bir ekip tarafından yürütülür. Fiziksel bozukluklarda medikal tedavinin yanında fizyoterapi ve rehabilitasyon büyük önem taşır. Travma sonrası oluşan fiziksel sorunlar sıklıkla psikolojik sorunlarla beraber görülmektedir. Psikolojik bozuklukların fizyoterapist tarafından bilinmesi ve yorumlanması rehabilitasyonunun başarısı açısından son derece önemlidir. Fizyoterapi-rehabilitasyon uygulamalarında psikoterapi ve sosyal hizmet çalışmalarının önemi unutulmamalıdır.

İnsan kaynaklı travma sonrası görülen psikolojik belirtiler

- Anksiyete
- Uykuya dalma ve sürdürme güçlüğü
- Konsantrasyon güçlüğü
- Yorgunluk, halsizlik
- Travmayı anımsatan uyaranlarla karşılaşıldığında şiddetli huzursuzluk
- Sinirlilik ya da öfke patlamaları, tepki eşiğinde düşme
- Travmanın yineleyen ya da zorlayıcı tarzda anımsanması
- Uyku niceliğinde ileri derecede azalma ya da artma
- Bellek kusuru
- Flashback yaşantısı
- İnsanlardan uzaklaşma ya da onlara yabancılaşma duyguları
- Geleceğin kısıtlandığı duygusu
- Aşırı uyanıklık (devamlı tetikte olma)
- Ajitasyon
- İştah değişikliği (artma ya da azalma)
- Duyusal küntlük
- Cinsel istekte azalma
- İntihar düşüncesi ya da girişimi
- Sanrı
- Alkol, madde ve sigara tüketiminde artış
- Obsesyon
- Kompulsiyon
- Şiddetli ve dirençli baş ağrısı

Şiddete maruz kalan olgularda görülen önemli bir sendrom da **Post Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB)**'dur. PTSD travmatik yaşantının çeşitli biçimlerde tekrar yaşanması, travmaya eşlik etmiş uyaranlardan sürekli kaçınma veya tepki düzeyinde azalma, artmış uyanıklık durumlarıyla karakterize bir durum olarak tanımlanır.

Şiddete maruz kalan kişilerde en çok etkilenen sistemler; Kas iskelet sistemi, ürogenital sistem, sinir sistemi, sindirim sistemi olarak sıralanabilir. Daha az sıklıkta diğer organlarda etkilenebilir.

Bu kişilerde en sık rastlanan fiziksel sorunlar

- Kapsüler yapılar ve destekleyici bağlarda yırtılmalar
 - Boyun, sırt, bel bölgeleri ve ekstrem itelerde eklem ve kas dokusunu içine alan yaygın ağrı
 - Omuz, dirsek, el ve ayak bileği, çene eklemlerinde çıkık
 - Servikal, torakal, lumbal bölgelerde disk yaralanmaları
 - Tüm eklemlerde mobilite azalması ya da kaybı
 - Sinirleri çevreleyen konnektif dokuya kanın akışının azalması nedeni ile konnektif dokuda fibrosiz ve kısılma
 - Ayak tabanı dokusunda zedelenmeler ve ayak ark mekaniğinin bozulması
 - Kifoz, lordoz, skolyoz gibi postür bozuklukları
 - Baş ağrısı
 - Paraliziler (özellikle brakial pleksus zedelenmesine bağlı)
 - Alt ve üst ekstremitelerde yaygın pareteziler
 - Çeşitli kemiklerde kırık
 - Üriner ya da genital enfeksiyonlar
 - Adet düzensizlikleri
 - Gastrit ve peptik ülser
 - İnce barsak ve kolon rahatsızlıkları
 - Hemoroit
 - Çınlama
 - Kulak zarında yırtılma
-

Lokomotor sistem yakınmaları için en fazla konulan tanılar ise,

- Lumbal, servikal disk hernisi
 - Lumbal, servikal strain
 - Miyofasyal ağrı disfonksiyon sendromu
 - Brakial pleksüs yaralanması
 - Omuz impingement sendromu
 - Lumbal, torakal, servikal osteoporoz
 - Omuz periartriti
 - Skolyoz
 - Spondilolizis
 - Humerus fraktürü
 - Temporomandibular eklem disfonksiyonu
 - Burst fraktürleri
 - Anterior krusiyat ligament rüptürü
-

İnsan kaynaklı travmalar sonrası rehabilitasyon yaklaşımlarında fizyoterapistin travma sonrası rehabilitasyonda görevi, travma sonrası oluşan fiziksel yetersizlikleri özel değerlendirmelerle belirlemek, oluşan fiziksel yetersizliği mümkün olduğunca azaltmak, oluşan özür ve engelliliğe uyumunu sağlamak, ağrıyı azaltmak, günlük yaşam aktivitelerinde yeterliliğin sağlanması olarak özetlenebilir.

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Programında Değerlendirme

Ağrının değerlendirilmesi şu parametreleri içerir.

- Postür analizi
- Kas tonusunun değerlendirilmesi
- Kas testi
- Solunum değerlendirmesi
- Vücudun algılanmasının değerlendirilmesi
- Duyu integrasyonunun değerlendirilmesi
- Yürüme fonksiyonunun değerlendirilmesi
- Denge reaksiyonlarının değerlendirilmesi
- Refleks değerlendirme
- Günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi
- İşkence gören olgularda özel bir sendrom olan Layer Sendromuna ayrıca değerlendirmek gerekir.

Layer Sendromu: Tüm sırt bölgesinde özellikle omurga bölgesindeki kaslarda travma sonrası oluşan hipotrofik ve hipertrofik bölgelerdir. Sırt ve baş ağrılarına neden olabilir. Hipertonik ve hipotonik kasların değerlendirilmesi gerekir. Hipertrofik kaslar, servikal erek-tör spina, üst trapez, levator skapula, torakolumbal erek-tör spinal kaslardır. Hipotrofik kaslar ise skapulayı stabilize eden kaslar, lumbosakral erek-tör spina, gluteus maximus kaslarıdır.

Yazının başında belirttiğimiz gibi insan kaynaklı travma sonrası rehabilitasyonunda dikkat edilmesi gereken ve uygulanan rehabilitasyonun başarısı açısından anlaşılması gereken özel durumlar vardır. Bunlardan en önemlisi **kişinin kendi vücuduna ve benliğine yabancılaşmasıdır.**

Bu tür olgularda genel rehabilitasyonda genel amaç şu şekilde özetlenebilir: Kişinin kimliğinin geliştirilmesine, fiziksel ve sosyal aktivitelerin restorasyonuna, kişisel onurun restorasyonuna, kişinin yeniden vücut ve vücut fonksiyonlarının tanınmasının sağlanmasına, emosyonel streslerin azaltılmasına, kişinin kendine zarar vermesinin engellenmesine, gelecekte toplum içinde üstleneceği rolleri yerine getirilmesi açısından cesaretlendirilmesine, uygulayacağı yaklaşımlarla yardımcı olmaktır. Fizyoterapide ilk adım olguyu el temasına alıştırmak olmalıdır. Vücudun yeniden tanınması ve kimliğin restorasyonu amacı ile **BODY AWARENESS (Vücut tanımı)** eğitimi kullanılır. Bu eğitim gevşeme, solunum egzersizleri, hareket motivas-

yonu, dokunma, masaj ve dans kombinasyonundan oluşur. Rehabilitasyonda vücuda yabancılığın giderilmesi, ağrının azaltılması, postürün düzeltilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Vücut tanıma tekniğini kullanarak yapılan tedavide amaç, vücut bütünlüğünü sağlamak, özsaygı ve özgüveni artırmaktır. Bu amaç için ilk aşamada, vücut bilincini artırmak için;

•Vücudu hissetme yeteneğini artırma, duruşunun farkına varma ve kaslardaki gerginliği hissetme,

•Vücudunun iyi olduğunu anlama yeteneğini artırma,

•Vücudun verdiği, "kendime iyi hissetmiyorum", işaretlerini, bu durum daha kötüleşmeden anlayabilme yeteneğini artırma,

•Vücudun kapasitesini anlama yeteneğini artırma ve "yapabilirim" zamanlarını yaşama,

•Vücudunu sınırlarını ve kapasitesini algılama,

•Hareket halinde iken kendi vücudunun tipini ve kabiliyetini algılama çalışmaları yapılır.

Vücut bilinci artırıldığında, vücuda hakim olma kabiliyeti de artar. İyileştirilmiş vücut hakimiyeti, günlük yaşam aktivitelerini yaparken çok az enerji tüketimi ve gayretle etkili ve ahenkli bir hareket biçimini yapabilmeyi sağlar. Tüm hareketlerde nefes alma ve düzenli solunum önemlidir ve eğitiminin verilmesi gereklidir. Bu eğitim sırasında kas geriliminin artışı hissedilirse, çok fazla artmasının önüne geçilmesine çalışılır. Bazı postür şekilleri ağrı ve kas gerginliği yaratıyorsa o pozisyon değiştirilmeye çalışılır. Kişiye vücudunun sınırları öğretilerek, bu sınırları koruması istenir. Eğer kişiye yapabileceği hareketler ve bunları yapabileceği öğretilirse vücuduyla ilgili olumsuz düşünce ve kötü postürden kurtulmasına yardımcı olunabilir.

Vücut tanıma eğitiminde en önemli nokta kişinin vücut hareketlerini sevinç ve istek duyarak yapmasını sağlamaktır. Eğitimin ilk aşamada basit hareket ve doğal modellerden başlanması gereklidir. Bu şekilde kişinin yetenekleri ortaya çıkarılmaya çalışılır. Eğitimi yaptırılan hareketler o kadar basittir ki fizyoterapist bile bu hareketler çok basit gelebilir. Tedavi seansları üç bölümden oluşur.

Gevşeme (kişinin bilinçli bir şekilde vücudunu yatağa bırakması, kaslarını maksimum kasarak bırakması gibi yöntemler kullanılır)

Sırt üstü ve yüzükoyun ve ayakta yapılan basitten zora doğru giden hareketler (Yere güvenceyle basması, solunum ile hareketlerin birleştirilmesi, koordine hareketleri içerir.)

Masaj (Kıyafetler üzerinden fizyoterapistin öncülüğünde ve ayak parmak ucundan başa kadar vücuda dokunmayı içerir). Masajın, iletişim, kişiyle kontak kurma, kas gerilimini azaltma ve endorfin salınımını artırma özelliklerinden yararlanır.

Tedavinin haftada en az üç gün ve uzun süreyle yapılması, egzersizler sırasında rahat bir kıyafet giyilmesi, sakin ve eşyasız, dinlendirici renge boyanmış bir odada kişinin hoşlanacağı bir müzikle yapılması gerekmektedir. Tedavinin ilerleyen aşamalarında, Tai-Che ve dans teknikleri de kullanılabilir.

Bunun yanında travma sonrası oluşan fiziksel problemlerin tedavisinde genel fizyoterapi yaklaşımlarından,

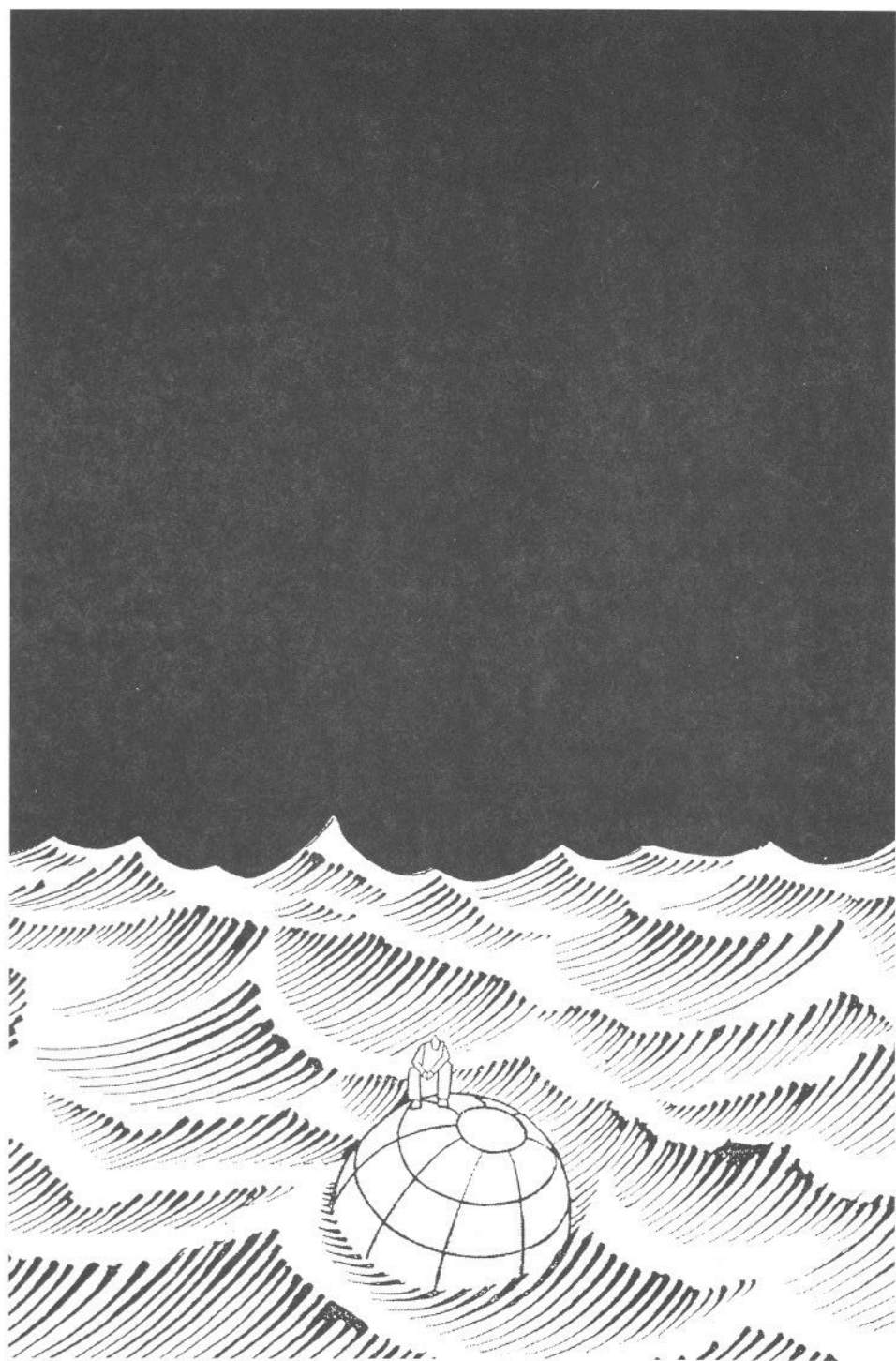
Sıcak-soğuk yastıklar, masaj, egzersiz (postür, kuvvetlendirme egzersizleri) ağrıyı azaltan pozisyonlar, aktif ve/veya pasif mobilizasyon, gevşeme egzersizleri, solunum egzersizleri, duyu integrasyonu, denge eğitimi, olgu kabul ederse elektroterapi uygulamaları, bandaj uygulamaları, ortez uygulamaları, su içi egzersizleri, ev egzersiz programı kullanılan fizyoterapi yöntem ve modalitelerindedir.

Bu tür olgularda ele alınması gereken önemli bir fiziksel sorun DEPRESİF POSTÜR'dür. Bu postür bozukluğunda, fleksör kaslar ve özellikle abdominal kasların aşırı kasılması, omuzların elevasyonu ve protraksiyonu, üst ekstremitelerde abduksiyon ve internal rotasyon, dirsek fleksiyonu, önkol pronasyonu ve elin yumruk şeklinde tutulması, gövde, kalça ve diz fleksiyonu hakimdir. Tedavisinde, gevşeme eğitimi, zayıf kasların kuvvetlendirilmesi, kısa kasların gerilmesi ve ağrının azaltılması önemlidir.

Uygulanacak fizyoterapi rehabilitasyon yaklaşımlarında ve değerlendirme sırasında alınması gereken tedbirleri açıklarsak; fizyoterapist olgunun arkasında durmamalıdır, olgunun güvenini kazanana kadar giysileri çıkartılmamalıdır, tedavi odası aşırı ışıklandırılmamalıdır, tedavi yöntemleri ve ajanları belirlenirken yapılacak uygulamaların şiddeti hatırlamasından kaçınılmalıdır, elektrik, buz ve su ile ilgili şiddete maruz kalanlarda elektroterapi, buz ve su tedavisi kullanılmamalıdır, mümkünse tedavi bayan fizyoterapistlerce yapılmalıdır.

Tedaviye verilen saatte başlanmasına özen gösterilmelidir, suspansiyon ve dişlerin çıkartılması gibi işkenceye maruz kalanlarda manüplasyonlardan kaçınılmalıdır, traksiyon uygulanmamalıdır, ayna kullanılmamalıdır, mümkünse beyaz önlük giyilmemelidir.

İşkence rehabilitasyonunda, klasik fizik tedavi ve rehabilitasyon yaklaşımları yerine, işkencenin bir bütün olarak insan üzerindeki etkileri göz önüne alınarak özel tekniklerden oluşan rehabilitasyon yaklaşımıyla ele alınmasının son derece önemli olduğunu düşünüyoruz.



DEPREM VE İŞKENCE SONRASI OLUŞAN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU'NUN KARŞILAŞTIRMALI OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Serpil DOĞAN*

Yaşadığımız tarihsel süreç, doğal olanla, insan eliyle amaçlı olarak oluşturulan travma arasındaki ayrımı giderek ortadan kaldırıyor ya da doğal felaket de şiddet unsurunu içinde barındıran bir özellik kazanıyor. Bu anlamda doğal felaket giderek bir toplumsal felakete dönüşüyor. Aynı zamanda politik şiddetin ve özgün biçimiyle işkencenin giderek doğal bir olaya dönüşmesi ve sıradanlaşması, yabancılaştırmanın bir biçimi olarak hekim tutumlarını ve psikiyatrinin hem kurumsal hem de bireysel olarak davranış tarzlarını etkiliyor. Travmanın ve şiddetin, gündemimize girmiş can alıcı sorunlardan birini oluşturduğu bu süreçte, sadece "yaraları saran" bir yaklaşımı içeren hekimlik anlayışının yeterli olmadığı biliniyor ve bilimsel bir karşı çıkışın yapılandırılması gerekmektedir.

Bu araştırmada, deprem ve işkence sonrası ortaya çıkan travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) görülme sıklığı, seyri, semptom profili, semptomların sıklık ve şiddetlerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Aynı zamanda, olguların psikolojik değerlendirme ölçeklerinden aldıkları depresyon, anksiyete ve umutsuzluk puanları da karşılaştırılmıştır.

İnsan eliyle amaçlı olarak oluşturulan travma (işkence) ile doğal felaketi (deprem) izleyerek ortaya çıkan TSSB'yi karşılaştıran bu çalışmada, aşağıdaki varsayımlar göz önünde bulundurularak araştırılmıştır:

1) Travma türünün farklılığı akut ve kronik TSSB'nin ortaya çıkış sıklığını etkileyecektir.

2) Travma türünün farklı olması, TSSB semptom profili ile semptomların sıklık ve şiddetini değiştirecektir.

* Uz. Dr., Psikiyatrist.

3) Travma türünün farklı olması, eşlik eden depresyon ve anksiyetenin görülme sıklığını etkilemeyecektir.

Travma Kavramı ve Tarihsel Gelişim

Travma Kavramı

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanımına göre, travmatik olaylar olağan insan yaşantısının dışındadır ve hemen herkes için sıkıntı kaynağıdır. Kişinin;

*Ölüm tehdidi,

*Ağır bir yaralanma ya da yaralanma tehdidinde maruz kalması,

*Başka bir kişinin ölümüne ya da ölüm tehdidi altında kalmasına tanıklık etmesi,

*Başka bir kişinin yaralanmasına ya da yaralanma tehdidi oluşturan bir olaya tanıklık etmesi,

*Ailesinden birinin ya da başka bir yakınının beklenmedik ölümünü ya da şiddete maruz kalarak öldürülmesini, ağır yaralanmasını, ölüm ya da yaralanma tehdidi altında kaldığını öğrenmesi, olayın travmatik niteliğini tanımlayan özelliklerdir. Olayın niteliği kadar, olay karşısında yaşanan tepkiler de önemlidir. Kişinin travmatik olaya verdiği tepkiler arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır (APA, 1994).

Travma Kategorileri

Travma üç başlıkta sınıflanabilir (APA, 1994):

İnsan eliyle amaçlı olarak oluşturulan (savaş, işkence, tecavüz, aile içi şiddet, terör eylemleri, cezaevi ve gözaltı uygulamaları)

İnsan eliyle kaza sonucu oluşan (trafik, uçak, gemi, tren kazaları, iş kazaları, yangınlar)

Doğal afetler (deprem, sel, çığ, tayfun, kasırga, orman yangını)

Doğal olanla, insan eliyle amaçlı olarak oluşturulan travma arasındaki ayrımın giderek kalktığı ya da ayırt edici niteliğini yitirdiği, başka bir deyişle; doğal felaketin toplumsal felakete dönüşmesine katkıda bulunan etkenleri şu şekilde sıralayabiliriz:

1-Erken evrede kurtarma çalışmaları önem kazanmaktadır. Depremde ölümlerin yarısından fazlası ilk 24 saatte olmaktadır. Yani üçüncü gün gelen yardım, ancak enkaz altında kalanların çok az bir kısmı için bir şans doğurmaktadır. Bu şansa sahip olanların da en çok onda biri kurtarılabilmektedir. Bu bireylerin bir kısmı da, sağlık merkezlerine götürülürken kaybedilmektedir. Oluşan ruhsal travmanın kaynaklarından biri budur.

2-İnsanların güvenli bir yaşam alanına taşınmaları, temel yaşam gereksinimlerinin sağlanması ve burada bir iç inisiyatifin ya da örgütlenmenin oluşturulabilmesi gereklidir. Bunun sağlanmaması diğer bir ruhsal travma kaynağıdır.

3-Sağlıklı barınma mekanlarının sağlanması ve yiyecek yardımının sürdürülmesi de önemlidir. Buradaki eksiklik ve adaletsizlikler de travmanın kaynaklarındandır.

4-Bunların ardından olması gereken, birinci basamak sağlık hizmetini öncelikle gerektiren sağlık sisteminin kurulması ve çalıştırılmasıdır. Tüm bunların olmaması ruhsal travmanın oluşumunda belirleyici süreçlerdir. Aynı zamanda, ruhsal desteğin hedef kitleye ve hedefine ulaşmasında da engel oluşturmaktadır.

Araştırma Grupları

Araştırmanın birinci grubu (Grup I) kapsamına, 12 Kasım Düzce depremini yaşamış, Kaynaşlı ilçesi sınırları içinde ikamet eden ve araştırmaya katılmayı kabul eden 60 kişi (33 kadın ve 27 erkek) alınmıştır.

Araştırmanın ikinci grubu (Grup II), Nisan-Kasım 2000 tarihleri arasında Türkiye İnsan Hakları Vakfı (TIHV) Ankara Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi'ne işkence gördüklerini belirterek başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 14 kişi ile İnsan Hakları Derneği Ankara Şubesi'ne başvuran 17 kişi olmak üzere toplam 31 kişiden (16 kadın ve 15 erkek) oluşmaktadır. Bunların 5'ini kendisi politik bir aktivite içinde olmayan ancak, politik aktiviteleri nedeniyle göz altına alınmış ve/veya tutuklanmış birinci derece yakını olan kişiler oluşturmuştur. En fazla etkilendiklerini düşündükleri ve en fazla travmatize olduklarını bildirdikleri işkence deneyimleri temel alındı. Her iki gruba dahil olma ölçütleri şöyle tanımlanmıştır:

*18 yaşından küçük, 44 yaşından büyük olmamak,

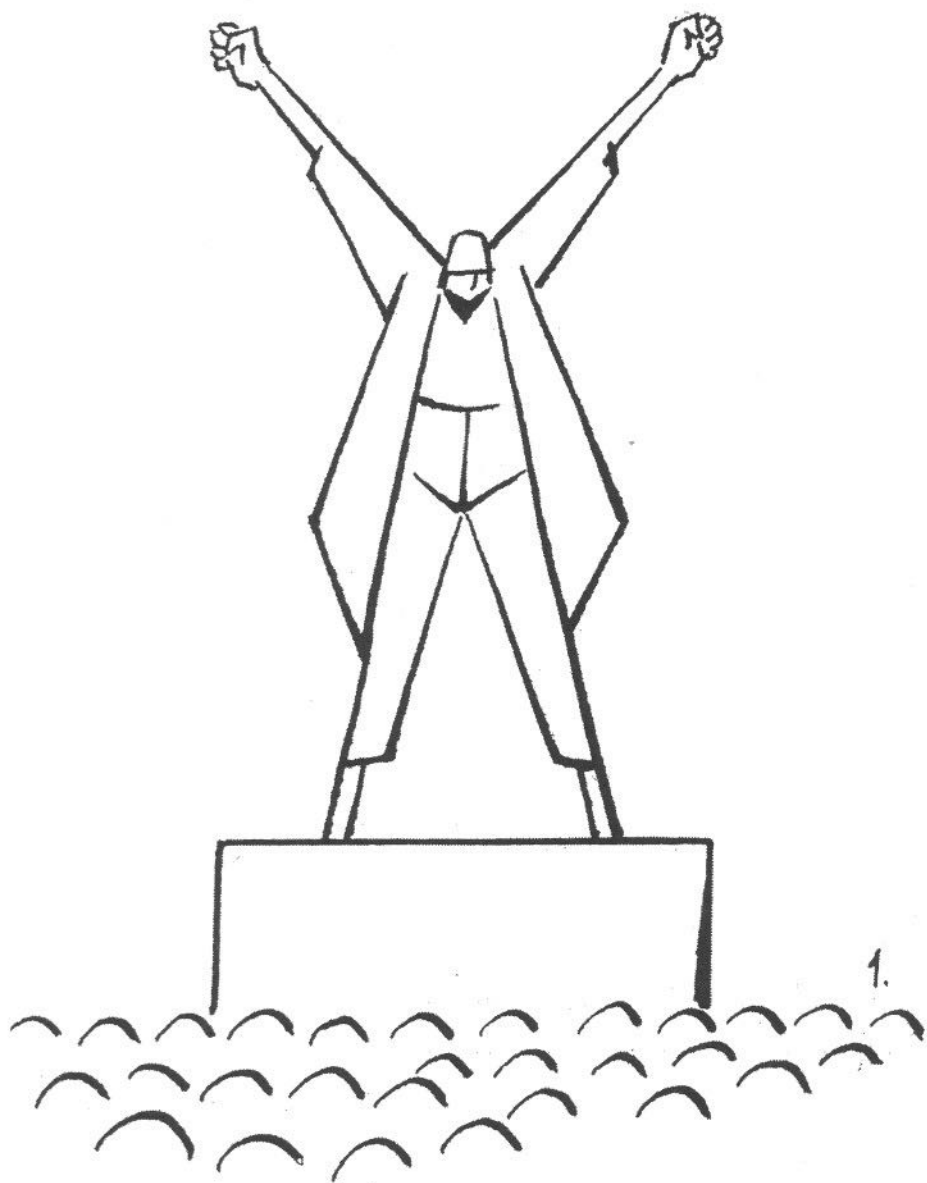
*Fiziksel veya psikolojik işkence görmüş olmak veya 12 Kasım depremini yaşamış olmak,

*Psikotik bozukluk geçirmemiş ve zeka geriliği tanısı almamış olmak,

*Araştırmaya katılmayı kabul etmek.

Veri Toplama Araçları

•Sosyodemografik Bilgi Formu, •Travma Öncesine Ait Bilgi Formu, •Travma Etkilerinin Değerlendirilmesi Ölçeği, •Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği [Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)], •İşkence Mağdurlarını Değerlendirmeye Yönelik Anket Formu, •Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, •Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, •Beck Umutsuzluk Ölçeği, •Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri.



Sosyodemografik Özellikler

Araştırma gruplarının sosyodemografik özellikleri aşağıda verilmiştir.

Yaş: Birinci grubun yaş ortalaması 35.2 (SS 9.8), ikinci grubun yaş ortalaması 29.1 (SS 6.5)'dir. **Cinsiyet:** Birinci grup 60 kişi olup, 33 kadın ve 27 erkekten oluşmaktadır. İkinci grup 31 kişi olup, 16 kadın ve 15 erkekten oluşmaktadır. **Eğitim durumu:** Birinci grupta okur-yazar ve ilkokul mezunu 43, ortaokul mezunu 3, lise mezunu 7, üniversite mezunu 7 kişi vardır. İkinci grupta okur-yazar ve ilkokul mezunu 2, ortaokul mezunu 1, lise mezunu 17, üniversite mezunu 10 kişi bulunmaktadır.

Deprem Sonucu Gelişen Yaşantılar

37 (%61.7) kişi bir ve/veya daha fazla sayıda birinci derece akrabasını kaybetmiş, 25 (%41.7) kişinin birinci derece akrabalarında yaralanma olmuş, 20 (%33.3) kişi yaralanmış ve 2 (%3.3) kişide organ kaybı olmuştu. 58 (%96.7) kişi mal kaybına uğramış, bunların 37 (%63.8)'sinin evi yaşanmaz hale gelmiştir. 39 (%65.0) kişi depremden hemen sonraki dönemde cesetler görmüş, 37 (%61.7) kişi ağır yaralılarla karşılaşmış, 52 (%86.7) kişi enkaz altında kalanların yardım çığlıklarını duymuş, 15 (%25.0) kişi yaralı taşımış, 7 (%11.7) kişi ceset toplanmasına yardım etmiş, 41 (%68.3) kişi ilk birkaç gün barınacak yer bulamamış, 53 (%88.3) kişi depremden sonra almış oldukları psikolojik, tıbbi, sosyal, ve ekonomik desteği yeterli bulurken, 7 (%11.7) kişi yeterli bulmadıklarını belirttiler. Öte yandan, çoğunlukla gönüllülerden ve akrabalardan yardım aldıklarını, devlet kurumlarından sağlanan desteği yetersiz bulduklarını bildirdiler. 58 (%96.7) kişi daha önce de deprem yaşadıklarını ve bunların 42'si 17 Ağustos Körfez depremini yaşadığını belirtti.

İşkence Mağdurlarının Özellikleri

Araştırma grubumuzda 26 kişi politik nedenlerle işkence görmüş, son işkence sürecini 13 (%41.9) kişi 1-6 ay önce, 7 (%22.6) kişi 7 ay-1 yıl önce ve 11 (%35.5) kişi de 1-5 yıl önce yaşamıştı. 26 kişi en az 1, en fazla 14 kez olmak üzere daha önce de işkence gören kişilerdi. Toplam göz altında kaldıkları süre 1-110 gün arasında değişmekteydi (ort: 11.42, SS: 3.41). 26 kişinin 13'ü herhangi bir dönemde tutuklanmıştı ve cezaevinde kaldıkları toplam süre 2 ay ile 5 yıl arasında değişmekteydi.

Deprem ve İşkenceye Olguların Verdikleri Anlam

Birinci gruptaki 60 kişinin 15 (%25)'i depremi ortak kader olarak, 36 (%60)'sı tanrının hikmeti olarak, 11 (%18.3)'i tanrının gönderdiği kitlesel bir ceza olarak değerlendirirken, 23 (%38.3) kişi doğa olayı olarak açıklamış ve 14 (%23.3) kişi de yapılaşmanın hatalı olmasına bağlamışlardır. 5 (%8.3) kişi ülkenin güvenilir olmadığını, 2 (%3.3) kişi ise dünyanın adil olmadığını bildirmiştir.

İkinci gruptan 3 (%9.7) kişi dünyanın adil olmadığını, 31 (%100.0) kişi ülkenin güvenilir olmadığını düşündüklerini belirtmiş ve 28 (%90.3)'ü tekrar işkence görebileceklerini ifade ederken, 30 (%96.8) kişi işkencenin, bir devlet politikası ve sistematik olduğunu, kendilerine özel olmayıp, muhalif olan tüm insanlara uygulanabileceğini belirtmişlerdir.

Bu araştırmada, deprem ve işkence travmalarından sonraki dönemde var olan TSSB belirtilerinin araştırmanın yapıldığı sırada devam edip etmediği göz önünde bulundurularak, akut ve kronik TSSB görülme sıklığı değerlendirilmiştir. Birinci grupta 19 (%31.7), ikinci grupta 17 (%54.8) kişinin deprem ve işkenceye maruz kaldıkları dönem ile araştırmanın yapıldığı dönem arasında, herhangi bir zamanda TSSB ölçütlerini karşılamadığı saptanmıştır. **Birinci grupta 28 (%46.7) kişi, ikinci grupta 8 (%25.8) kişi akut TSSB ölçütlerini karşılamıştır. Depreme maruz kalan kişilerde, işkenceye maruz kalanlara göre daha fazla oranda akut TSSB gelişmiştir.** Araştırmanın yapıldığı sırada, birinci grupta 47 (%78.4) kişi TSSB ölçütlerini karşılamazken, 13 (%21.6) kişi ölçütleri karşılayarak TSSB tanısı almıştır. İkinci grupta 25 (%80.6) kişide TSSB saptanmazken, 6 (%19.4) kişi TSSB tanısı almıştır. Gruplar kendi içinde değerlendirildiğinde, işkence grubunda TSSB'nin kronikleşme oranındaki yükseklik belirgindir. Araştırmanın yapıldığı sırada TSSB tanı ölçütlerini karşılayan olgular, bozukluğun kronikleştiği olgulardır. Araştırmanın yapıldığı sırada deprem grubunda akut TSSB olgularının %54 oranında iyileşme gösterdiği saptanırken, işkenceye maruz kalan olgulardaki iyileşme oranı (%25) oldukça düşük kalmıştır. İşkenceye maruz kalan grupta akut TSSB gelişen 8 olgunun 6'sında bozukluğun kronikleştiği, depreme maruz kalan grupta ise akut TSSB gelişen 28 olgunun 13'ünde bozukluğun kronikleştiği görülmektedir. Yani, **işkenceye maruz kalan grupta** travmadan sonra %25.8 olan TSSB oranını araştırmanın yapıldığı sırada %19.4 olarak saptanmış, yani **olguların bir çoğunda bozukluğun kronikleştiği** görülmüştür. Bu çalışmada saptanan, işkence mağdurlarındaki yüksek kronikleşme oranı (%75), TSSB belirtilerinin kronikleşmesinde şiddetin güçlü bir etkisi olduğunun saptandığı ve insan eliyle amaçlı olarak oluşturulan travmalara bağlı TSSB belirtilerinin kronikleşmeye daha eğilimli olduğunun belirtildiği çalışma (Breslau ve ark., 1999) bulguları ile de uyumludur.

Depreme maruz kalan grupta saptanan akut TSSB oranının yüksekliğini, travmanın şiddeti yanında, travmadan sonraki olumsuz yaşantıların yoğunluğu, kişinin travmaya verdiği anlam ve yaptığı olumsuz atflar, travmadan sonra sağlanan desteğin boyutu ve mağdurun bu desteği yeterli bulma düzeyi gibi çok yönlü faktörlerle açıklamak mümkündür. Öte yandan, deprem grubunda travmatik deneyimin daha yakın geçmişte olmasının da, akut dönemdeki farklılıkları açıklamaya katkısı olabilir. Akut TSSB oranının yüksekliği (%46.7) depremin şiddeti ve maruz kalma biçimiyle ilgili olabilir. ayrıca depremden sonra da önemli ölçüde olumsuz yaşantıları da söz konusudur. Travmadan sonraki dönemde benzer durumların yaşandığını gösteren başka çalışmalar da vardır. Örneğin, Ermenistan'daki depremden altı ay sonra 582 kişi ile yapılan bir çalışmada (Goenjian, 1993), TSSB

görülme sıklığı %74 olarak saptanmıştır. TSSB oranının yüksekliğinin, sarsıntının şiddetinden çok deprem sonrası birkaç gün içindeki travmatik yaşantıların (cesetler görme, yardım çılgınlıkları duyma, sevdiklerini arayan insanların yüzlerindeki dehşet verici ifadelere tanık olma) yoğunluğuna bağlı olabileceği belirtilmiştir.

Benzer biçimde işkence grubunda da 26 kişi en az 1, en fazla 14 kez olmak üzere daha önce de işkenceye maruz kalmış ve tekrar işkenceye maruz kalma beklentisi içinde olan kişilerdi. Bu özellikler açısından iki grup benzerlik göstermiştir.

Gerek deprem, gerekse işkence kontrol edilemeyen ve önceden kestirilemeyen, beklenmedik streslerdir. Ancak işkenceye maruz kalan kişinin, güvenliğini sağlamak için yapabileceği bir şey, uzaklaşabileceği bir yer yoktur. Bu nedenle depremden farklı olarak öğrenilmiş çaresizlik gelişir. Kontrol kaybına yol açan ve çaresizlik yaratan yöntemler, örneğin hareketin kısıtlanması, gözlerin bağlanması ve kişinin aşağılanmasına yönelik işkence yöntemlerinin kişiyi çaresiz durumda bırakmasının, daha fazla TSSB'ye yol açması beklenirken, araştırmanın sonuçları böyle çıkmamıştır. **Kişinin önceden hazırlıklı olması, işkence konusunda bilgi sahibi olması ve daha önce benzeri stresli olayların yoğun olarak yaşandığı ortamlarda bulunmuş olmasının**, bu tür stresörlere karşı bir tür bağıklık geliştirmiş olma özelliklerinin koruyucu etki yapmış olabileceği düşünülmektedir. İşkenceye maruz kalan 31 kişinin 26'sı politik aktiviteleri nedeniyle işkenceye maruz kalmış kişilerdi. Öte yandan, travmanın üstesinden gelmede diğer kişilerle olan bağlantıların rolü düşünülürse, politik bir gruba içsel bağlanmanın, işkencenin yarattığı stresin denetim altına alınışını kolaylaştırabilirdi de düşünülebilir.

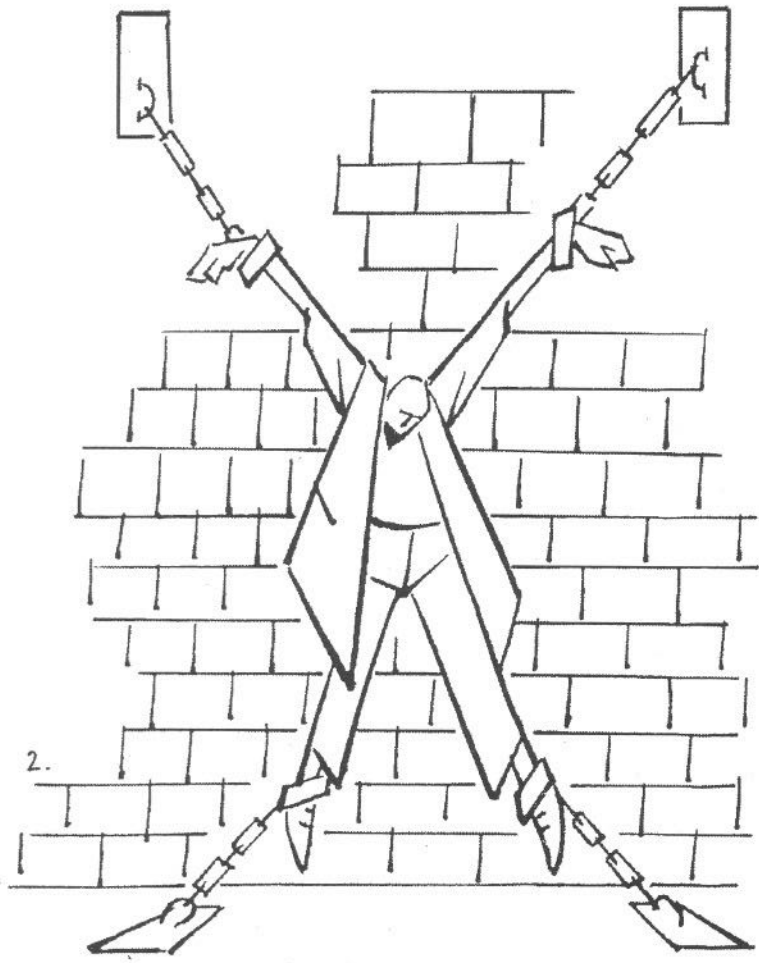
Bu çalışmada, depreme maruz kalan grupla işkenceye maruz kalan grubun yaşadıkları travmayı değerlendirmeleri önemli farklılık göstermiştir. Depreme maruz kalan 60 kişinin sadece 14 (%23.3)'ü yapılaşmanın hatalı olduğunu belirtmiş, geriye kalan 46 (%76.7) kişi yaşadıkları felaketi tanrı veya doğa gibi kontrol edilemez güçlere bağlamışlardır. İşkenceye maruz kalanların tümü (%100.0), ülkenin güvenilir olmadığını düşündüklerini belirtmiş ve 28 (%90.3)'ü tekrar işkenceye maruz kalabileceklerini ifade ederken, 30 (%96.8) kişi, işkencenin bir devlet politikası ve sistematik olduğunu, kendilerine özel olmayıp, muhalif olan tüm insanlara uygulanabileceğini belirtmişlerdir. Travmanın doğal veya insan eliyle amaçlı olarak oluşturulmasının en önemli sonuçlarından biri de, travmaya maruz kalan kişilerin yaşadığı öfke ve hostilite ile ilgilidir. Araştırmanın yapıldığı sırada işkenceye maruz kalan olgulardaki öfke ve hostilite düzeyleri, depreme maruz kalan gruptan anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır. İşkenceye maruz kalan olguların tümünde öfke saptanırken, depreme maruz kalan grupta olguların %22'sinin öfkeli oldukları saptanmıştır.

Travmadan sonra sağlanan sosyal desteğin, travmanın ruhsal etkilerini azalttığı çok sayıda çalışmada ortaya konmuştur (Keane ve ark., 1985). Özellikle yakın ilişkiler, stresle karşılaşıldığında ruhsal bozukluk oluşma riskini anlamlı ölçüde azaltabilir. **Travma sonrası sosyal desteğin yetersiz olmasıyla kronik TSSB arasında saptanan ilişki**, bu çalışmada da doğrulanmıştır. Araştırmanın

yapıldığı sırada, depreme maruz kalan 60 kişinin 53 (%88.3)'ü kendilerine sağlanan psikolojik, tıbbi, sosyal ve ekonomik desteği yeterli bulurken, 7 (%11.7)'si yeterli bulmadıklarını belirtmiştir. Depreme maruz kalan grupta, sağlanan desteğin boyutu ve mağdurun bu desteği yeterli bulma düzeyi ile araştırma noktasında saptanan TSSB sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken, işkenceye maruz kalan grupta böyle çıkmamıştır. Kendilerine sağlanan psikolojik, sosyal, politik, ekonomik desteği yeterli bulan 19 (%61.3) kişinin 13 (%68.4)'ünde araştırmanın yapıldığı sırada TSSB görülmediği, bu bulgunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yani, araştırmanın yapıldığı sırada TSSB ölçütlerini karşılayan olguların aldıkları desteği yetersiz bulmaları, TSSB'nin kronikleşmesinde rol oynamıştır.

Depremden araştırmanın yapıldığı döneme kadar olan süre içinde TSSB ölçütlerini karşılayan olguların 12'si (%44.4) erkek, 16'sı (%48.5) kadinken, bu oran işkenceye maruz kalan grupta 5 (%33.3) erkek, 3 (%18.8) kadın biçimindedir. Araştırmanın yapıldığı anda TSSB ölçütlerini karşılayan olguların cinsiyete göre dağılımına bakıldığında, birinci grupta 3 (%11.1) erkek, 10 (%30.3) kadın ve ikinci grupta 1 (%7.1) erkek, 5 (%31.3) kadın TSSB ölçütlerini karşılamıştır. Bulguların gösterdiği gibi, depremden sonraki dönemde ortaya çıkan TSSB oranı, kadın olgularda daha fazla iken, işkenceye maruz kalan grupta erkek olgular ağırlıktadır. Ancak, araştırma noktasında saptanan, yani TSSB'nin kronikleşme oranları her iki grupta da kadın olgularda daha fazla bulunmuştur.

TSSB belirtileri *travmadan sonraki dönem* için sorgulandığında, depremden sonraki dönemde **en yaygın** olan belirtiler; **travmayla ilgili zorlayıcı ve sıkıntı verici düşünceler** (%93), **travmayı hatırlatan uyarılarla karşılaşıldığında psikolojik zorlanma** (%88), **etkinliklere ilgi ve katılımında azalma** (%82), **irritabilite veya öfke patlamaları** (%78), **travmayla ilgili düşünce, duygu ve konuşmalardan kaçınma** (%70), **uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede güçlük** (%67), **travmayla ilgili etkinlikler, yerler ve insanlardan kaçınma** (%57), **travmayı hatırlatan uyarılarla karşılaşıldığında fizyolojik tepkisellik** (%55), **abartılı irkilme yanıtı** (%55), **artmış tetikte olma hali** (%53) ve **gelecek beklentisinin kalmaması** (%52) olarak saptanmıştır. Diğer belirtiler olguların %50'sinden azında saptanmıştır. İşkenceye maruz kalan grupta, değerlendirmeye alınan işkence yaşantısından sonraki dönem için **en yaygın** belirtiler; **uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede güçlük** (%74), **travmayla ilgili zorlayıcı ve sıkıntı verici düşünceler** (%71), **travmayı hatırlatan uyarılarla karşılaşıldığında psikolojik zorlanma** (%71), **yoğunlaşmada güçlük** (%71) ve **irritabilite veya öfke patlamaları** (%52) olarak bildirilirken, diğer belirtiler olguların %50'sinden azı tarafından bildirilmiştir. Depreme maruz kalan grupta uyku bozukluğu altıncı en sık bildirilen belirti iken, işkenceye maruz kalan grupta en sık bildirilen belirti olmuştur. İntusif düşünceler ve travmayı hatırlatan uyarılarla karşılaşıldığında psikolojik zorlanma sıklığı, depreme maruz kalan grupla benzer şekilde en sık bildirilen belirtiler arasın-



dadır. Etkinliklere ilgi ve katılımı azalma depreme maruz kalan grupta en sık bildirilen belirtilerden biri iken, işkenceye maruz kalan grupta böyle çıkmamıştır ve aradaki farklılık anlamlı bulunmuştur.

İnsan eliyle amaçlı olarak oluşturulan travmalardan sonra sıklıkla gösterilmiş olan **duygulanımda kısıtlılık** belirtisinin (Birkhimer ve ark., 1985), bu çalışmada **en az bildirilen belirti olduğu** (%3) saptanmıştır. Depreme maruz kalan gruptan farklı olarak en yaygın belirtinin, travmayı hatırlatan uyarılarla karşılaşıldığında psikolojik zorlanma olduğu görülmektedir. Ayrıca, insan eliyle amaçlı olarak oluşturulan travmalardan sonra daha yaygın olması beklenen irritabilite veya öfke patlamalarının, depreme maruz kalan grupla aralarında anlamlı farklılık yaratacak ölçüde düşük olması literatür bilgisi ile çelişir görünmekle birlikte, deprem ile ortaya çıkan örselenmenin, yıkımın ve kaybın ne kadar doğal olduğu tartışmasını gündeme getirmektedir. Ayrıca depreme maruz kalan olgular tarafından en sık bildirilen belirti olan öfke patlamaları, insanların çoğunlukla kendi kayıpları ile baş başa kaldıkları ve yardım beklentilerinin yeterli karşılanmadığı geç dönemde daha fazla ortaya çıkmıştır. İşkenceye maruz kalan grupta bir başka dikkat çekici bulgu, TSSB belirtilerindeki iyileşme oranının düşük olmasıdır. Bu grupta olguların %42'sinin son işkence deneyimlerini 1-6 ay önce, %23'ünün 7 ay-1 yıl önce ve %36'sının da 1-5 yıl önce yaşamışlardır. Yani depremle karşılaştırıldığında, değerlendirmeye alınan işkence deneyiminin üzerinden daha uzun bir süre geçmiş olmasına rağmen, TSSB belirtilerindeki iyileşmenin daha yavaş olduğu görülmektedir. Bu çalışmada, **diğer insanlara yabancılaşma duygusu işkenceye maruz kalan grupta daha yaygın** olarak bildirilmiş ve aradaki farklılık anlamlı bulunmuştur.

Bu araştırmada travmayı hatırlatan düşünceler, duygu ve konuşmalardan kaçınma, etkinlikler, yerler ve insanlardan kaçınma ve gelecek beklentisinin kalmaması belirtilerinin depreme maruz kalan grupta, işkenceye maruz kalan gruptan daha fazla oranlarda saptanmasının nedeni olarak; işkenceye maruz kalan grubun ağırlıklı olarak politik bir grup olması gösterilebilir. Ayrıca **umutsuzluk düzeyinin de işkenceye maruz kalan grupta daha düşük** saptanması, bu grubun politik yönelimi ile açıklanabilir. Bu bireylerin politik bir grubun üyesi olmaları, geleceğe dair olumlu beklentilerini besleyen önemli bir faktör olmaktadır. TSSB ile ilişkili özelliklerden; **travma sırasında yapılan veya yapılmayanlarla ilgili suçluluk, işkenceye maruz kalan grupta** istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratacak ölçüde **daha yüksek** bulunmuştur.

Travmadan sonraki dönemde TSSB tanı ölçütlerini karşılayan olgulardaki belirti profili ve sıklığına bakıldığında, depreme maruz kalan grupta en sık bildirilen belirtiler; **travmayla ilgili zorlayıcı ve sıkıntı verici düşünceler** (%93) ve **travmayı hatırlatan uyarılarla karşılaşıldığında psikolojik zorlanma** (%93) olmuştur. Bunları sırasıyla **travmayla ilgili düşünce, duygu ve konuşmalardan kaçınma** (%86), **etkinliklere ilgi ve katılımı azalma** (%86), **irritabilite veya öfke patlamaları** (%82), **uyku bozuklukları** (%79), **gelecek beklentisinin kalmaması**

(%64), flashbackler (%57), travmayı hatırlatan uyarılarla karşılaşıldığında fizyolojik tepkisellik (%57), travmayla ilgili etkinlikler, yerler ve insanlardan kaçınma (%57), abartılı irkilme yanıtı (%53) ve artmış tetikte olma hali (%50) belirtileri izlemiştir. Diğer belirtiler olguların %50'sinden azı tarafından bildirilmiştir. İşkenceye maruz kalan grupta en sık bildirilen belirtiler; **uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede güçlük** (%100), **travmayla ilgili zorlayıcı ve sıkıntı verici düşünceler** (%88), **travmayı hatırlatan uyarılarla karşılaşıldığında psikolojik zorlanma** (%88), **travmayla ilgili düşünce, duygu ve konuşmalardan kaçınma** (%88), **insanlardan uzaklaşma ve onlara yabancılaşma duygusu** (%88), **yoğunlaşmada güçlük** (%88), **gelecek beklentisinin kalmaması** (%50) olarak saptanmıştır. Diğer insanlara yabancılaşma duygusu ile yoğunlaşmada güçlük, depreme maruz kalan grupta TSSB tanısı alan olguların bildirdiği oranlara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratacak ölçüde yüksek bulunmuştur. Bu belirtiler, işkenceye maruz kalan grupta olguların %50'sinden fazlası tarafından bildirilmişken, depreme maruz kalan grupta %50'nin altında kalmıştır. B belirti kümesinden travmayı hatırlatan uyarılarla karşılaşıldığında fizyolojik tepkisellik, C belirti kümesinden travmayla ilgili etkinlikler, yerler ve insanlardan kaçınma, D belirti kümesinden artmış tetikte olma hali ve abartılı irkilme yanıtı depreme maruz kalan grupta olguların %50'sinden fazlası tarafından bildirilmişken, işkenceye maruz kalan grupta olguların %50'sinden azı tarafından bildirilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı sırada TSSB tanı ölçütlerini karşılayan olgulardaki belirtilerin profili ve sıklığına bakıldığında; belirtilerin bir çoğu her iki grupta benzer oranlarda görülmüş ve dağılım açısından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ancak **sıkıntı verici rüyalar, etkinliklere ilgi ve katılımı azalma, bir geleceği kalmadığı duygusu, irritabilite ve öfke patlamaları, artmış tetikte olma hali, abartılı irkilme yanıtı** belirtileri **depreme maruz kalan grupta daha yüksek** oranlarda saptanmış ve TSSB tanısı alan olgularda bu belirtilerin sıklığı açısından iki grup anlamlı farklılık göstermiştir. Farklılık saptanan belirtilerin dağılımı, tüm olgulardaki dağılımla paralellik göstermiştir. **Birinci grupta en sık saptanan belirtiler; etkinliklere ilgi ve katılımı azalma** (%100), **travmayla ilgili düşünce, duygu ve konuşmalardan kaçınma** (%92), **travmayı hatırlatan uyarılarla karşılaşıldığında psikolojik zorlanma** (%85), **uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede güçlük** (%85), **irritabilite veya öfke patlamaları** (%85), **travmayla ilgili zorlayıcı ve sıkıntı verici düşünceler** (%77), **travmayı hatırlatan etkinlikler, yerler ve insanlardan kaçınma** (%77), **abartılı irkilme yanıtı** (%77), **yoğunlaşmada güçlük** (%69), **artmış tetikte olma hali** (%69) ve **travmayı hatırlatan uyarılarla karşılaşıldığında fizyolojik tepkisellik** (%62) olarak saptanmıştır. Diğer belirtiler olguların %50'sinden azı tarafından bildirilmiştir. Etkinliklere ilgi ve katılımı azalma depremden sonraki döneme göre araştırmanın yapıldığı sırada daha yüksek oranda bildirilmiştir. İnsanlardan uzaklaşma ve onlara yabancılaşma depreme maruz kalan grupta depremden sonraki dönemde %4 oranında iken, araştırmanın yapıldığı sırada %46'ya çıkmıştır. Felaketlerden sonraki

genellikle 2 hafta süren ve "balayı devresi" olarak adlandırılan ilk dönemlerde "birliktelik" ve "yakınlık" gibi olumlu duyguların ön planda olması, bu belirtinin erken dönemde daha az bildirilmesinin nedeni olabilir. Çünkü daha sonraki dönemde "birliktelik" duygusu ortadan kalkar ve her birey kendi kaybı ve yaşadığı kaybın, çevresine ve yaşamına yaptığı etkiyle baş başa kalır. Genellikle yardım beklentilerinin de yeterince karşılanamaması mağdurları diğer insanlardan uzaklaştıran bir etken olabilir. Artmış tetikte olma hali ve abartılı irkilme yanıtının gelişmesinde, depremden sonraki ilk dönemlerde devam eden artçı sarsıntılar etken olmakla birlikte, araştırmanın yapıldığı sırada da bu belirtilerin olguların %50'sinden fazlası tarafından bildirilmiş olması, artçı sarsıntıların etkisinin devam ettiğinin bir göstergesi olabilir. **İşkenceye maruz kalan grupta TSSB tanısı alan olgularda en sık bildirilen belirtiler; travmayı hatırlatan uyarılarla karşılaşıldığında psikolojik zorlanma (%83), travmayla ilgili düşünce, duygu ve konuşmalardan kaçınma (%83), travmayla ilgili zorlayıcı ve sıkıntı verici düşünceler (%67), etkinliklere ilgi ve katılımda azalma (%67), insanlardan uzaklaşma ve onlara yabancılaşma (%67), uyku bozuklukları (%67), yoğunlaşmada güçlük (%67), travmayı hatırlatan uyarılarla karşılaşıldığında fizyolojik tepkisellik (%50) ve travmayla ilgili etkinlikler, yerler ve insanlardan kaçınma (%50) olarak saptanırken, diğer belirtiler olguların %50'sinden azı tarafından bildirilmiştir.** Diğer insanlara yabancılaşma duygusu, daha önce belirtildiği gibi işkenceye maruz kalan grupta daha yaygın bulunmuştur. Bütün aşırı uyarılmışlık belirtileri doğal felaketlerle ilgili çalışmalarda gösterildiği gibi (Madakasira ve O'brein, 1987), bu çalışmada da depreme maruz kalan grupta olguların %50'sinden fazlasında saptanırken, işkenceye maruz kalan grupta sadece uyku bozuklukları ve yoğunlaşmada güçlük, olguların %50'sinden fazlası tarafından bildirilmiş, iritabilite veya öfke patlamaları, artmış tetikte olma hali ve abartılı irkilme yanıtı belirtileri olguların ancak %33'ünde saptanmış ve bu belirtiler açısından iki grup anlamlı farklılık göstermiştir.

TSSB belirtilerinin cinsiyete göre dağılımı açısından; TSSB belirtilerinin bir çoğu her iki grupta da kadınlar arasında daha yaygın bulunmuştur.

İki grup **B, C ve D belirti kümelerinin sıklık ve şiddet puanları** açısından karşılaştırıldığında; araştırma noktasında ve travmadan sonraki herhangi bir dönemde C belirti kümesinin (kaçınma ve küntleşme belirtileri) hem sıklık, hem de şiddet puanları işkenceye maruz kalan grupta daha düşük saptanmış ve aradaki farklılık anlamlı bulunmuştur. B (yeniden yaşama belirtileri) ve D (artmış uyarılmışlık belirtileri) belirti kümelerinin sıklık ve şiddet puanları iki grup arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. Politik şiddet ile depremi karşılaştıran bir çalışmada (Goenjian ve ark., 1994), şiddete maruz kalan grupta TSSB belirtilerinin şiddet puanları, depreme maruz kalan gruptakinden anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada işkence mağdurlarındaki TSSB belirtilerinin sıklık ve şiddet puanlarının deprem grubuna yakın veya düşük olması, insan eliyle amaçlı olarak gerçekleştirilen travmalardan sonraki TSSB belirtilerinin daha şiddetli olduğu bilgisi ile çelişmektedir. Bu sonuç, işkenceye maruz kalmış grubun politik yönelimi ile açıklanabilir.

Araştırmanın yapıldığı sırada eş zamanlı TSSB ve depresyon yaygınlığına bakıldığında; birinci grupta TSSB ölçütlerini karşılayan 13 olgunun 10'unda, ikinci grupta ise TSSB tanısı alan 6 olgunun tümünde eş zamanlı depresyon saptanmıştır. TSSB ve depresyon komorbidite oranı depreme maruz kalan grupta %77 iken, işkenceye maruz kalan grupta %100'dür. İki grup arasında depresyon oranları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Her iki grupta da TSSB tanısı alan olgulardaki depresyon sıklığı ile TSSB tanısı almayan olgulardaki depresyon sıklığı arasında anlamlı bir farklılık vardır. Her iki grupta 1 yıllık izlem sonuçları değerlendirildiğinde depresyonun seyri konusunda daha açık bir bilgiye ulaşılabilmektedir. Kanımızca, depresyon sıklığının giderek azalacağı yönündedir.

Dikkat edilmesi gereken bir nokta, bu çalışmadaki işkenceye maruz kalan grubun şiddet içeren travma mağdurları içinde özel bir alt küme oluşturma durumudur. İşkenceye maruz kalmış olgularımızın çoğunun, politik bağlanmaları nedeniyle çaresizlik ve umutsuzluk duygularını daha az yaşamış olmaları, işkenceye hazırlıklı olmaları nedeniyle, bu gruptaki sonuçları diğer insan eliyle amaçlı olarak gerçekleştirilen travma mağdurlarına uyarlarlarken dikkatli davranmak ve bu farkı göz önünde bulundurmamak gerekir. İnsan eliyle amaçlı olarak oluşturulan diğer travmalar (tecavüz, aile içi şiddet vb.) ile doğal felaketleri karşılaştıran benzer çalışmaların yapılması ve örneklem grubunun farklılığının sonuçlar üzerine olan etkisinin gösterilmesi önem taşımaktadır. Doğal felaketlerle insan eliyle gerçekleştirilen travmalar arasındaki ayrımın kalktığı ya da ayırt edici niteliğini yitirdiği günümüz dünyasında, hangi travma türlerine özellikle hangi tür tepkilerin verildiğinin, hangi belirtilerin normal veya beklenir olduğunun aydınlatılması travma sonrası müdahalelerin gelişimine odaklanmada yardımcı olacaktır.

Sonuçta, tüm travmatik yaşantılara yönelik toplumsal duyarlılığın artması, yeterli fizik ve toplumsal destek sistemlerinin geliştirilmesi, varolan acil ve temel gereksinimlerin karşılanması, travmanın uzun dönemdeki olumsuz sonuçlarını azaltacaktır.

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition Revised. Washington, DC pub 248, 1987.
2. Birkhimer LJ, Devane CL, Muniz CE. PTSD: Characteristics and pharmacological response in the veteran population. Compr Psychi, 26; 304-310, 1985.
3. Breslau N, Howard D, Chilcoat SCD ve ark. Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma; results from the Detroit Area survey of trauma. Am J Psychi, 156 (6); 902-907, 1999.
4. Goenjian AK. A mental health relief programme in Armenia after the 1988 Earthquake: Implementation and clinical observations. Br J Psychi, 163; 230-239, 1993.
5. Goenjian AK, Najarian LM, Pynoos RS ve ark. Posttraumatic stress reactions after single and double trauma. Acta Psychi scand, 90; 214-221, 1994.
6. Keane TM, Scott WO ve ark. Social support in Vietnam veterans with PTSD. A comparative analysis. J Consult Clin Psychol, 53; 95-102, 1985.
- Madakasira S, O'brein KF. Acute PTSD in victims of a natural disaster. J Nerv Ment Dis, 175(5); 286-290, 1987.

Bu raporda kullanılan görsel malzemeler Turhan Selçuk'a ait İnsan Hakları isimli eserinden alınmıştır.

Turhan Selçuk'a katkılarından dolayı teşekkür ederiz.