



T. C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı/Klinik Psikoloji Programı

İNSAN ELİYLE OLUŞTURULMUŞ RUHSAL TRAVMA
MAĞDURLARINDA PSİKANALİTİK PSİKOTERAPİNİN ETKİLİLİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Saliha BAYKARA

165180106

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Serap ÇAKICI
ALPARSLAN

İstanbul, 2019



T. C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı/Klinik Psikoloji Programı

**İNSAN ELİYLE OLUŞTURULMUŞ RUHSAL
TRAVMA MAĞDURLARINDA PSİKANALİTİK
PSİKOTERAPİNİN ETKİLİLİĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan: **Saliha BAYKARA**

KABUL VE ONAY

Saliha Baykara tarafından hazırlanan “İnsan Eliyle Oluşturulmuş Ruhsal Travma Mağdurlarında Psikanalitik Psikoterapinin Etkililiği” başlıklı bu çalışma 15.01.2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: [Unvanı, Adı ve SOYADI] (Danışman)

Üye: [Unvanı, Adı ve SOYADI]

Üye: [Unvanı, Adı ve SOYADI]

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Ümit ATAMAN

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

NOT: Bu tezde kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge ve şekillerin kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunundaki hükümlere tabidir.

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “İnsan Eliyle Oluşturulmuş Ruhsal Travma Mağdurlarında Psikanalitik Psikoterapinin Etkililiği” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih ve İmza

15.01.2019

Saliha BAYKARA

ONAY

Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece İstanbul Arel yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

Tarih ve imza

Saliha BAYKARA

TEŞEKKÜR

Lisans yıllarımda Psikanalitik Kuramlar ve Psikanalize Giriş dersleri ile tanıştığım ve yıllardır insanlığın, zihinsel işleyişine, yaptığı işlere, Freud'un izini sürüşüne hayranlık duyduğum, her zaman desteğini hissettiğim, yolundan ilerlemekten gurur duyduğum, çok iyi bir öğretici olmasının yanı sıra, dayanışmanın en güzel örneklerinden birini yaşatan sevgili hocam İlker Özyıldırım'a ne kadar teşekkür etsem duyduğum minnettarlığın karşısında az kalır. Kendisi olmasaydı bu tez de olmazdı. Konu önerisiyle bana yol gösterdiği, zihnindekileri benimle paylaştığı, bana güvenip emanet ettiği ve her aşamasında incelikle ve büyük bir titizlikle destek olduğu için, tezimdeki ve üzerimdeki tüm emekleri, nezaketi için sonsuz teşekkür ederim.

Tez danışmanım sevgili hocam Serap Çakıcı Alparslan'a bu süreçte Boğaziçi Üniversitesi kütüphanesinin yollarını arşınlarken, esprileri ile moral verdiği, kendimi kötü hissettiğim zamanlar yapabileceğime inandırdığı, dikkati ile düzenlemelerimdeki desteği ve danışmanlığı için teşekkür ederim.

Başka bir mesleği bırakıp psikolojiyi kazandığım ilk yıllarda, bilgi almak için odasına gittiğim andan itibaren öğrenim hayatımdaki katkılarını asla es geçemeyeceğim, bilgi aktarımındaki cömertliği, çok yönlülüğü ve yaptığı işe duyduğu sevgi ve saygısı, yardımseverliği ile her zaman bana örnek teşkil eden, sıkıştığım her konuda hep yanımda olan, sevgili hocam Sevda Bıkmaz'a, jürimde de yer aldığı ve üzerimdeki emekleri için teşekkür ederim.

Tez jürimde yer alarak katkılarını sunan değerli hocam Ceylin Özcan'a,

Titizliği ve disiplinli çalışması ile bana TİHV dosyalarını taramamda tüm sevecenliği ile yardımcı olan sevgili Ayşe Çetintaş'a ve dayanışmanın hala yaşadığını gösteren tüm TİHV çalışan ve gönüllülerine, istatistikte yol göstericiliği ile destek olan Elif Yıldırım'a çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans hayatımın bana kazandırdığı, birlikte çalışmaktan, paylaşmaktan, beraber gelişmekten çok büyük keyif aldığım, iyi günümde, kötü günümde hep yanımda olan sevgili dostlarım Gizem Hüroğlu ve Abdullah Kahraman'a çok teşekkür ederim. Biz bu kütüphaneyi birlikte güzelleştirdik, ömürlerimiz yettiğince hayatlarımızı da beraber güzelleştireceğimize,

dönüştüreceğimize eminim, sizleri tanıdığım için çok şanslıyım. Lisanstan bu yana kardeşliği, sevgisi, ilgisiyle hep yanımda olan Gizem Aksakal'a, tezimin başından itibaren tüm inişlerimi çıkışlarımı sabırla dinleyen ve hep sakinleştiren müzisyen dostum Levent Bursalı'ya ve bu süreç içinde görüşme taleplerini reddettiğim halde arayıp sormaktan vazgeçmeyen, sevdiğimi hissettiren tüm dostlarıma teşekkür ederim.

Hayatımın her anında bana destek olmaktan vazgeçmeyen sevgili annem Kübra Baykara'ya, ablam Esra Baykara'ya, ağabeyim Mehmet Baykara ve eşi Şenay Baykara'ya, benimle geçirecekleri vakitleri ertelemekte büyük sabır gösteren yeğenlerim Mert ve Ece Baykara'ya, “*sen yeter ki okumak iste, ben hep senin yanındayım*” diyerek, hangi şartlar içinde olursa olsun sözünün hep arkasında duran sevgili babam Sefer Baykara'ya, hayatıma girdiği andan itibaren dünyamı değiştiren, türler arası ayrımların anlamsızlığını bana her defasında gösteren canım yoldaşım, kedim Bediş'e yanımda oldukları için çok teşekkür ederim.

Son olarak mesleğine duyduğu sevgisiyle, çalışma azmi ve titizliğiyle, zekası ve yaratıcılığı ile devrim yaratan, bıraktığı eserlerle düşünsel ve ruhsal dünyama katkılarını anlatmakta bitiremeyeceğim sevgili Sigmund Freud'a teşekkür ederim. Kendisinin Savaş ve Ölümün Güncelliği'nde (1915) dediği gibi

“Gerçi halklar bu denli farklı varoluş koşulları altında yaşadığı sürece, bireysel yaşamın değerleri birbirinden bu denli uzak olduğu sürece ve onları birbirinden ayıran kincilik bu kadar güçlü ruhsal güdü güçlerini temsil ettiği sürece savaşların sona ermeyeceğini söylemeden edemiyor insan kendine... Yine de başka şeyler ummaya cesareti olmuştur insanın” (s. 13).

“Yine de başka şeyler ummaya cesaret” ederek *“işkencesiz başka bir dünyanın mümkün olması”* dileğiyle.

ÖZET

İNSAN ELİYLE OLUŞTURULMUŞ RUHSAL TRAVMA MAĞDURLARINDA PSİKANALİTİK PSİKOTERAPİNİN ETKİLİLİĞİ

Saliha BAYKARA

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Serap ÇAKICI ALPARSLAN

Ocak, 2019 – 122 Sayfa

Bu çalışmada insan eliyle oluşturulmuş ruhsal travmalarda uygulanan psikanalitik psikoterapinin etkililiği incelenmiştir. Araştırmanın örneklemini 2012-2018 yılları arasında başta işkence olmak üzere yaşamış oldukları insan eliyle oluşturulmuş ruhsal travmalar nedeniyle, tedavi amacıyla TİHV'e başvuran, Travma Sonrası Stres Bozukluğu başta olmak üzere, Akut Stres Bozukluğu, Majör Depresyon Bozukluğu teşhisi konulan, yaşları 20 ile 70 arasında değişen, 49'u kadın toplam 92 kişiden oluşmaktadır. Bireylerin ruhsal tanımı aldıklarındaki hastalık şiddeti ve psikoterapi seyri boyunca hastalığın iyileşme düzeylerini belirlemek için Klinik Global İzlenim Ölçeği kullanılmıştır. Bireylerin tanıları vakfın psikiyatrları tarafından konulmuş ve tedavi seyirleri aynı psikiyatrlar tarafından değerlendirilmiştir. Psikoterapileri ise psikanalist ya da bireysel psikanalitik formasyon sürecinde olan psikoterapistler tarafından yapılmıştır. Araştırma sonucunda, kişilerin psikanalitik psikoterapiye devamlılığıyla birlikte hastalık şiddetinin seyrinde önemli düzelmeler olduğu, psikanalitik psikoterapinin orta büyüklükte bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı olan ve özellikle işkenceye özgü, bireylere uygulanan psikanalitik psikoterapinin etkililiği ile ilgili çalışmaların yok denecek kadar kısıtlı olduğu görülmüştür. Bu nedenle mevcut araştırmanın hem literatüre, hem klinik alana katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, insan eliyle oluşturulmuş travmalar, işkence, psikanalitik psikoterapi, psikanalitik psikoterapi etkililiği

ABSTRACT

EFFECTIVENESS OF PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY ON TREATMENT OF VICTIMS OF HUMAN-CAUSED PSYCHIC TRAUMA

Saliha BAYKARA

Master Thesis, Department of Psychology

Supervisor: Serap ÇAKICI ALPARSLAN

January, 2019- 122 pages

In this study, the effectiveness of psychoanalytic psychotherapy on human-caused psychological traumas is investigated. Sample of this study includes 92 people 49 of whom are women ranging from 20 to 70 years old who consulted HRFT to receive treatment because of torture and human-caused psychological traumas they experienced in 2012-2018. They were diagnosed as having post-traumatic stress disorder, acute stress disorder, major depression disorder. The Clinical Global Impressions Scale was used to determine the severity of the disease when individuals received psychological diagnosis and the level of progression during psychotherapy. The diagnosis of the individuals was made by the psychiatrists of the foundation and the treatments were evaluated by the same psychiatrists. Psychotherapies were designed by psychoanalysts or psychotherapists who were in the process of individual psychoanalytic formation.

As a result of the research, it was found that there was a significant improvement in the severity of the disease with the help of a continuous psychoanalytic psychotherapy and it had a moderate effect.

When the literature is examined, it has been observed that the studies on the effectiveness of the psychoanalytic psychotherapy applied to individuals who have a diagnosis of Post Traumatic Stress Disorder -particularly related to torture- are very limited. Therefore, it is considered that this research will contribute to both the literature and the clinical field.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder, human-caused traumas, torture, psychoanalytic psychotherapy, psychoanalytic psychotherapy effectiveness

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	ii
YEMİN METNİ.....	iii
ONAY.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
TABLolar LİSTESİ.....	xiv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xv

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Önemi.....	2
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırma Soruları.....	3

2. BÖLÜM

ARAŞTIRMA KONUSU İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

2.1. İşkencenin Tanımı.....	5
2.2. İşkencenin ve İşkenceyi Önlemeye Yönelik Hareketin Tarihçesi.....	5
2.2.1. Türkiye’de İşkencenin ve İşkenceyi Önlemeye Yönelik Hareketin Tarihçesi.....	8
2.3. İşkence Yöntemleri.....	9
2.3.1. Fiziksel/Psikolojik İşkence.....	9
2.3.1.1. Kabadayak ve Diğer Künt Travma Çeşitleri.....	10
2.3.1.2. Pozisyonel İşkenceler.....	10
2.3.1.3. Tecavüz.....	10
2.3.1.4. Elektrik Şoku.....	11
2.3.1.5. Falaka.....	11
2.3.1.6. Askı.....	12
2.3.1.7. Diş İşkencesi.....	12
2.3.1.8. Boğma.....	12
2.3.1.9. Aşırı Fiziksel Aktivite.....	13
2.3.2. Psikolojik İşkence.....	13

2.3.2.1. Hakaret/Aşağılama	13
2.3.2.2. Uyumama	14
2.3.2.3. İşkenceye Görsel ve İşitsel Tanıklık Etme	14
2.3.2.4. Yalancı İnfaz	15
2.3.2.5. İşeme ve Dışkılamanın Engellenmesi	15
2.3.2.6. Ajanlık Teklifi	15
2.4. İşkence ve Psikopatoloji İlintisi	15
2.5. İşkence ile İlintili En Sık Rastlanan Ruhsal Hastalıklar	17
2.5.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanımı	17
2.5.1.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırılması	18
2.5.1.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Görülme Sıklığı	20
2.5.1.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Risk Faktörleri	21
2.5.2. Akut Stres Bozukluğu Tanımı	21
2.5.2.1. Akut Stres Bozukluğu Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırılması	22
2.5.2.2. Akut Stres Bozukluğu Görülme Sıklığı	23
2.5.3. Majör Depresyon Bozukluğu Tanımı	23
2.5.3.1. Majör Depresyon Bozukluğu Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırılması	23
2.5.3.2. Majör Depresyon Bozukluğu Görülme Sıklığı	25
2.5.3.3. Majör Depresyon Bozukluğu Risk Faktörleri	26
2.6. Psikoterapinin Tanımı	26
2.7. Başlıca Psikoterapi Ekolleri	27
2.7.1. Psikanalitik Psikoterapi	27
2.7.1.1. Aktarım	28
2.7.1.2. Karşı Aktarım	29
2.7.1.3. Direnç	30
2.7.1.4. Temkinli Yansızlık/Nötralite	30
2.7.1.5. Psikanalitik Çerçeve	31
2.7.1.6. Serbest Çağrışım ve Dalgalı Dikkat	32
2.7.1.7. Yorumlama	33
2.7.1.8. Düşler ve Çözümlemesi	33
2.7.1.9. Psikanalitik Kuramın Travmayı Ele Alışı	35
2.7.2. Davranış Terapisi	40
2.7.3. Bilişsel Psikoterapi	41
2.7.4. Bilişsel ve Davranışçı Psikoterapiler	42

2.7.5. Anlatısal/Öyküsel Maruz Bırakma Terapisi (NET)	42
2.7.6. Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) ...	43
2.8. İşkence İle İlintili Oluşan Ruhsal Hastalıklarda Uygulanan Psikoterapiler ve Etkililikleri	44
2.9. İşkence ve Travma İle Çalışan Psikanalitik Yönelimli Psikoterapistlerin Yayın İncelemeleri.....	48
2.10. Psikanalitik ve Psikodinamik Terapilerin Travma ve Depresyon Tedavilerindeki Etkililikleri.....	51

3. BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Örneklemi	55
3.2. Veri Toplama Araçları.....	56
3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	56
3.2.2. Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI).....	56
3.3. İşlem	58
3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	58

4. BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler	59
4.2. Bireylerin İşkence ve Kötü Muamele Görme Durumları	60
4.3. Klinik Bulgular	62
4.4. Değişkenlerin CGI-S ve CGI-I Puanları ile Karşılaştırılması	66
4.4.1. Sosyodemografik Özelliklerin CGI-S ve CGI-I Puanları ile Karşılaştırılması	66
4.4.2. İşkence Öyküleri İle CGI-S ve CGI-I Puanlarının Karşılaştırılması ..	67
4.4.3. Klinik Belirti ve Bulguların CGI-S ve CGI-I Puanları İle Karşılaştırılması	68
4.4.4. Psikoterapiye Devamlılığı ile CGI Boyutları ve Diğer Değişkenlerin İncelenmesi	69
4.5. Psikanalitik Psikoterapinin Etkililiği	72

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1. Tartışma	78
5.1.1. Sosyodemografik Değişiklikler Açısından Travmatik Deneyim ve Tedavi Süreci	78
5.1.2 İşkence Öyküsü ve Tedavi Süreci	79

5.1.3 Klinik Belirti, Tanı, Komorbidite ve Tedavi Süreci	80
5.1.4 Devamlılık ve Tedavi Süreci.....	82
5.1.4 Psikanalitik Psikoterapi Etkililiği	84
5.1.5. Metodolojik Değerlendirme.....	90
5.1.6. DSM-V ve DSM-IV Kriterleri Açısından Sonuçların Değerlendirilmesi.....	91
5.2. Sonuç	91
5.3. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları	92
5.4. Öneriler.....	92
KAYNAKÇA	94
EK 1: KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)	105
EK 2: ETİK KURUL ONAYI.....	106

KISALTMALAR LİSTESİ

- AİHM:** Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi
- ASB:** Akut Stres Bozukluğu
- BDT:** Bilişsel ve Davranışçı Terapiler
- BM:** Birleşmiş Milletler
- CGI:** Klinik Global İzlenim Ölçeği
- CGI-I:** Klinik Global İzlenim Ölçeği – İyileşme Düzeyi
- CGI-S:** Klinik Global İzlenim Ölçeği - Hastalığın Şiddeti
- CİB:** Cinsel İşlev Bozukluğu
- DSM:** Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı
- EMDR:** Hızlı Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma
- MDB:** Majör Depresif Bozukluğu
- NET:** Anlatısal/Öyküsel Maruz Bırakma Terapisi
- PSDA:** Psikososyal Dayanışma Ağı
- SPSS:** Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
- TİHV:** Türkiye İnsan Hakları Vakfı
- TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 2.1. DSM-IV Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı Kriterleri.....	19
Tablo 2.2. DSM-IV Akut Stres Bozukluğu Tanı Ölçütleri.....	22
Tablo 2.3. DSM-IV Major Depresif Epizod Tanı Kriterleri.....	24
Tablo 2.4. DSM-IV Major Depresyon Bozukluğu-Tek Epizod Tanı Kriterleri	25
Tablo 4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri	60
Tablo 4.2. Uygulanan İşkence Yöntemleri	61
Tablo 4.2. Uygulanan İşkence Yöntemleri Devam	62
Tablo 4.3. Bireylerin CGI Ölçeği Puanları.....	63
Tablo 4.4. Bireylerin Klinik Bulguları	64
Tablo 4.5. Katılımcıların Psikolojik Belirti ve Bulguları	65
Tablo 4.5. Katılımcıların Psikolojik Belirti ve Bulguları Devam	66
Tablo 4.6. Bireylerin Aylara Göre CGI-I Değişim Tablosu.....	76
Tablo 4.7. Bireylerin CGI Ölçeği Frekansları	76

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. Bireylerin Seans Sürelerinin Oranları	70
Şekil 4.2. Bireylerin Seans Süreleri ve CGI-I Puanlarının Karşılaştırılması....	72
Şekil 4.3. Bireylerin CGI Boyut Skorlarının Aylara Göre Değişim Ortalamaları	74



1. BÖLÜM

GİRİŞ

Ruhsal travmanın yarattığı etkiler önemli sağlık sorunları oluşturmanın yanı sıra (Rosenbaum ve Varvin, 2007), bireylerin sosyal ilişkilerini ve işlevselliklerini çeşitli şekillerde etkilemektedir. Travma deneyimleri doğal nedenlere bağlı olabileceği gibi insan eliyle de oluşturulmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1998). Sel, deprem, fırtına gibi doğal nedenli travmalarda, bu tecrübeyi başkaları ile birlikte paylaşıyor olmak, travmatik yaşantıyla daha iyi baş edebilmeye yardımcı olabilmektedir (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2016, s. 437). Tecavüz, işkence, evde yaşanabilen kazalar gibi bireysel travmalar ve doğal afetler, savaş ve savaş koşullarında sıklıkla görülen esir kampları, soykırım gibi kitlesel travmalar şeklinde de travma sınıflaması yapılabilmektedir (Kaptanoğlu, 1991). Ancak travmatik etki her ne kadar bireysel olsa da etkinin yaşanılması, deneyimlenmesi, içselleştirilmesi ve biçimlenmesi toplumsal çerçevede gerçekleşmektedir (Özyıldırım, 2017).

İnsan eliyle yapılan travmaların bir çeşidi olan işkence, kuralların keyfi olduğu, kişinin kendisi üzerindeki kontrolünün alındığı, süregiden ve sistematik olarak uygulanmakta olan bir zulümdür (McIvor ve Turner, 1995) ve ruhsal etkileri ağır ve uzun süreli olabilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1998). Etkilerinin derin ve uzun sürmesinin nedenlerinden biri, bireye kasıtlı olarak psikolojik açıdan zarar vermeyi içermesidir (Williams, 1996). İşkencenin üç temel amacı vardır; bilgi almak, bireyin ruhsal örgütlenmesini bozmak ve toplumda korku yaratmaktır (Kapkın, 1996). İşkencenin en önemli amacı itiraf ettirmek olarak görünse de bireyin kişiliğine zarar verici, ego işlevini yıpratıcı ve bireyin insanlığa olan inancını yok edici etkileri bulunmaktadır (McIvor ve Turner, 1995). İşkence uygulaması, yalnızca bireyin özgürlüğünün kısıtlı olduğu cezaevi, polis karakolu gibi yerlerle sınırlı kalmamakta kamusal alanda, sokakta, kişilerin evlerinde de olabilmektedir. Böyle durumlarda özellikle aile bireyleri ve arkadaşlar gibi diğer kişiler de işkenceye şahit olabilmekte, doğrudan kendilerine işkence edilmemiş olsa bile travma yaşayabilmektedirler (Wenzel, Kastrup ve Eisenman, 2007). Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda,

işkencenin tüm toplumu ilgilendiren bir halk sağlığı sorunu olduğu, birey ve toplumların sağlığı bakımından yıkıcı sonuçları olduğu görülmektedir. Bireylerin fiziksel ve psikolojik olarak acı çekmelerine neden olurken bir yandan da toplumun tüm üyeleri arasındaki güven ve birliği olumsuz yönde etkilemektedir (PHR (Physicians for Human Rights), 1996).

Bu araştırmada insan eliyle oluşturulan bir travmatik olay olarak işkence görenler ile yakınlarında ve bombalı intihar saldırıları gibi toplumsal şiddete maruz kalanlarda, yaşananlarla ilintili olarak ruh sağlığından oluşan etki ve rahatsızlıklar incelenecek; bu travmatik yaşantılar ve yarattığı rahatsızlıklar dolayısıyla Türkiye İnsan Hakları Vakfı'na başvuran yetişkin bireylere uygulanan psikanalitik psikoterapinin etkililiği değerlendirilecektir.

1.1. Araştırmanın Önemi

Dünya ülkeleri, işkencenin önlenmesine yönelik İşkenceye Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesi, Minnesota Protokolü, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (TİHV, 2017) gibi birçok sözleşme yapmış olmasına rağmen ne yazık ki işkence günümüzde hala uygulanan bir şiddet türüdür. İşkenceye maruz kalan bireylerde yaşanan işkenceyle bağlantılı olarak Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) başta olmak üzere, depresyon, kaygı bozuklukları ve kimi bireylerde ruhsal tanı kriterlerinin hepsini kapsamasa bu ruhsal bozuklukların belirtileri, psikosomatik belirtiler, kişilik değişiklikleri görülmektedir (Campbell, 2007). Literatür incelendiğinde işkence mağduru bireylere uygulanan psikoterapilerin TSSB, depresyon, kaygı bozuklukları gibi ruhsal hastalık belirtilerinin yanı sıra sosyal ve işlevsel alanlarda da olumlu etkileri olduğu görülmektedir (Weiss ve diğerleri, 2016).

İşkence ve sistematik şiddete maruz kalan bireylere uygulanan psikoterapilerin etkililiğine dair son yıllarda yapılan meta-analiz çalışmasında (Weiss ve diğerleri, 2016) ülkemizden bir araştırma bulunamamıştır. Oysaki Türkiye, gerek yaşanan toplumsal olaylar, gerek aldığı göçler nedeniyle içinde işkence ve insan eliyle oluşturulmuş travmalara maruz kalmış bireyleri barındıran bir ülkedir. İşkence mağduru bireylerin psikolojik durumu ile ilgili yapılan bir derleme çalışmasında da bu bireylerle yapılan psikoterapi alanına

dair eksiklikler olduğu belirtilmektedir (Paker ve Buğu, Kasım 2016). Bu çalışma bu bağlamda ÷lkemizde yürüt÷len çalışmalar açısından önemli bir boşluğu doldurabilecektir.

Ayrıca, literatürde işkence gören bireylerde ve TSSB tanılı hastalarda psikanalitik psikoterapinin etkinliğine dair çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu çalışmanın bu açıdan da literatüre önemli bir katkısı olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Türkiye İnsan Hakları Vakfı (TİHV), işkencenin belgelenmesi, önlenmesi, işkence mağdurları ve yakınlarına yönelik rehabilitasyon çalışmalarıyla uluslararası tanınırlığı olan bir oluşumdur (TİHV, 2017). TİHV İstanbul Şubesi, 1991 yılından beri rehabilitasyon çalışmalarını sürdürmektedir. Vakıf kuruluş amacında belirtildiğı gibi dil, din, ırk, cinsiyet, siyasal görüş, inanç ayırımı yapmaksızın, kar amacı gütmeyen, işkence, insanlık dışı ya da onur kırıcı davranış ile karşılaşan, fiziksel ya da ruhsal sağlık sorunu yaşayan kişilere, tekrar sağlıklarına kavuşmaları için yardımcı olmaktadır (TİHV, Aralık 2014). İstanbul Şubesi psikoterapistleri tarafından TİHV'e bağlı olarak yapılan, rehabilitasyon çalışmalarının bir kolu olan psikoterapi ile ilgili olarak etkinliği, varsa eksikliklerin tespiti ve giderilebilmesi amacıyla 2015 yılı itibariyle 2019 senesinde tamamlanması planlanan bir araştırma tasarlanmıştır. Bu tez çalışması ise tasarlanan bu araştırmanın bir pilot çalışmasıdır ve amacı TİHV'e başvuran ve ruhsal tedavi gören işkence mağdurları, yakınları ve bombalı intihar saldırıları gibi toplumsal şiddete maruz kalan, ağır insan hakları ihlallerine uğrayan bireylerden yola çıkarak, literatür ve klinik alana katkı sağlamaktır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Sosyodemografik değişkenler, ruhsal hastalık tanısı ve tedaviye yanıt ilişkisi açısından incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılığa neden olmakta mıdır?
2. Tedaviye yanıtla terapi devamlılığı arasında nasıl bir ilişki vardır?

3. İnsan eliyle oluşturulmuş travmalara maruz kalarak (işkence ve kötü muamele gören, işkence ve kötü muamele görenin yakını olan ve toplumsal şiddete -örneğin Suruç ve Ankara'da olduğu gibi intihar saldırılarında patlamalara- maruz kalan) TİHV'e başvuran ve ruhsal hastalık tanısı konulan bireylere uygulanan psikanalitik psikoterapi etkili midir?



2. BÖLÜM

ARAŞTIRMA KONUSU İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

2.1. İşkencenin Tanımı

10 Aralık 1984'te kabul edilen İşkence ve Diğer Zalimane Gayriinsani veya Küçültücü Muamele veya Cezaya Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesi'nde işkencenin tanımı, kamu görevlisi ya da benzer şekilde resmi görevli konumunda olan başka bir kişinin göz yumması, teşviki ya da rızasıyla, bir kişiden ya da üçüncü bir şahıstan, işlediği düşünüldüğü ya da işlediği bir davranıştan dolayı ya da ayrımcılık içeren herhangi bir nedenden dolayı, cezalandırmak amacıyla itiraf ettirmek, bilgi almak için uygulanan, fiziki ve/veya ruhsal ıstırap ya da yoğun acı veren her türlü eylem şeklinde yapılmıştır (İstanbul Protokolü, 2003, s. 1).

Birçok fiziksel ve psikolojik problemlere yol açabilen işkencenin, aşırı zorlayıcı doğası nedeniyle kişinin bu deneyim öncesi ruhsal durumuna bağlı olmaksızın kendi başına ruhsal ve duygusal etkiler yaratacak kadar güçlü bir deneyim olduğu yaygın olarak kabul görmektedir (İstanbul Protokolü, 2003 , s. 44).

2.2. İşkencenin ve İşkenceyi Önlemeye Yönelik Hareketin Tarihçesi

İşkence ve kötü muamele insanlık tarihinin her döneminde görülmektedir. Dinsel ritüellerden, topluma kabul törenlerine kadar zulmün çok çeşitli örnekleri mevcuttur. Kabile yaşantılarında ölüm ve işkence sıklıkla uygulanmakta birlikte, düşman olarak görülen kabilelerin canlı eline geçmemek için bireyler kendi canlarına kıymaktaydılar. Karşı kabilenin yakalanan bireyleri tanrılara kurban olarak sunulmakta, oldukça vahşi şekilde öldürülme biçimleri uygulanmaktaydı. Örneğin, Meksika Aztekleri, esir olarak yakaladıkları bireyleri, tanrı Tezcatepoca'ya kurban ederken uyguladıkları yöntem, bireyi kurban taşına yatırarak, kolları ve bacaklarından rahipler tarafından sıkıca

tutularak, cellat tarafından keskin bir aletle kurbanın göğsü yarılarak, yüreğini söküp çıkarma şeklindeydi (Scott, 2001, s. 51-3).

Antik Yunan ve Roma'da işkencenin sadece kölelere uygulandığı, Yunanistan'da tanıklık ya da itiraf ettirmek için özgür vatandaşa işkence uygulanmamakta olduğu söylene de hainlik suçlaması gibi durumlar dahil edildiğinde her sınıftan bireylere uygulanan bir cezalandırma yöntemi olarak kullanıldığı görülmektedir. Hükümdar olarak bulunan kişilere göre işkence görmeye neden olarak kabul edilen suçlar çeşitlilik göstermiştir. Örneğin, Severus döneminde zina ile suçlanan kişilere, Maximus döneminde ensest ilişki ile suçlanan bireylere, Constantinus dönemindeyse büyü ve sihir işleri ile uğraşan kişilere işkence uygulanabilmekteydi. İşkence ve kötü muamelenin Cumhuriyet zamanlarında uygulanmasına, borçlu birinin özel hapisanelere kapatılarak ödeme alınana kadar, ölüme neden olmayacak biçimde her türlü uygulamanın yapılması, kiliseye karşı suç işleyenlere karşı işkence cezası, kilisede papaz ya da piskoposa hakaret nedeniyle bireyin suçlanması durumunda Iustinianos'un açık emri ile işkence uygulanması örnek teşkil etmektedir (Scott, 2001, s. 62-3).

Avrupa Devletleri'ne baktığımızda, başlangıçta Antik Roma hukukunda mevcut ilkelerin benimsendiğini, sonraları bu ilkelerin ötesine taşınarak yaygınlaştığı görülmektedir. Örneğin, delillerin sanığın suçluluğunu gösterdiği ve yalnızca itirafı kabul etmesi istendiği zaman işkence uygulanabilirliği kuralı önemini yitirerek, sadece suç ortaklığından kuşku duyulmasının işkence uygulanması için yeterli bir nedeni olarak görülmeye başlanmıştır. Avrupa mahkemelerinde ve Roma Katolik Kilisesi tarafından din sapkınılığını bastırmak için oluşturulmuş Engizisyon'da işkence aynı zamanda kullanılmakla birlikte bu mahkemelerin tavırları birbirlerini etkilemiştir. Engizisyon'un güçlü olmadığı ülkelerde dahi medeni mahkemeler ve kilise mahkemelerinde işkence uygulamaları olduğu görülmektedir (Scott, 2001, s. 78-9).

İngiltere, Japonya, Hindistan ve Çin gibi daha birçok ülkede ve dönemde benzer uygulamaların kullanımı söz konusudur (Scott, 2001, s. 102-17).

İşkence ve kötü muamelenin yaygınlığı karşısında her zaman için bu uygulamalara muhalifler olmuştur. İşkencenin adaletsizliği ve gerçeğe ulaşmakta kullanılan bir araç olarak yararsızlığını kabul edenlere Seneca (yaklaşık olarak M.Ö.3-M.S.65), Cicero (M.Ö.106-M.Ö.43), Aziz Augustinus (354-430), ünlü Romalı hukukçular Ulpianus (bilinmiyor-228) ve Tertullianus (160-220) sayılabilir. Yasal olarak kullanılan işkenceye karşı çıkışlar olmakla birlikte, bunun pratikteki karşılığı işkencenin tamamen ortadan kalkması anlamında mümkün olamamıştır. İngiltere’de Magna Carta hükümlerinde, işkencenin İngiliz özgürlük ilkesiyle uyuşmadığından bahsedilmiştir. Avrupa’da işkence uygulamasına ilk kez karşı çıkan isimlere örnek olarak İspanyol bilgin Juan Luis Vives ve 1624’te yazdığı *Tribunal Reformation* eserinde işkenceye karşı tavrını ortaya koyan Johann Graefe verilebilir. Montaigne de işkencenin zalimliğini ve işkence uygulamasını yargılamıştır. 1740 senesinde Büyük Frederick Prusya’da işkenceyi kaldırmıştır. Aynı dönemlerde Voltaire güçlü kalemini muhalefet için kullanmıştır. Bir diğer muhalif Cesare Bonesana Beccaria 1764’te Milano’da yayımlanmış olan *Dei Delitti e Delle Pene* eseriyle büyük yankı uyandırmıştır. Beccaria’nın çabaları 1786’da İtalya’da işkencenin kaldırılmasını sağlamıştır. Voltaire’nin Fransa’da 1789’da işkence tezgahı ve kırbaçlama uygulamalarına getirdiği ağır darbenin etkisi diğer ülkelere yansımıştır. Böylelikle 1801’de Rusya, 1812’de İspanya işkence uygulamalarına son vermiştir. Buna rağmen cezalandırma adı altında birçok ülkede işkence uygulamaları devam etmiştir (Scott, 2001, s. 146-49).

İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra o dönemlerde yaşananların da etkisiyle bazı düzenlemelere gidilmiştir. 1949 yılında, uluslararası silahlı çatışmalarda uyulması gereken kuralları, yaralılar ve tutsak alınan sivillere, çatışmalara dahil olmamış ve olmayan bireylere ne şekilde davranılmasına dair kuralları içeren Cenevre Sözleşmesi, 188 devlet tarafından imzalanmıştır. Silahlı çatışmalar hakkındaki düzenlemeleri yapan böyle uluslararası anlaşmalar ve uluslararası hukukun getirdiği işkence yasağı, bir nebze savaş mağdurlarını koruyucu bir etki oluşturur. Birleşmiş Milletler de işkence ve zalimane muamelelere karşı, evrensel düzeyde koruyucu olabilecek standartlar oluşturma çabasıdadır. Üye olan devletlerin kabul etmiş olduğu sözleşmeler ve bildirgeler sayesinde işkence yasağının her ne olursa olsun bir istisnası olamayacağı ortaya konulmaktadır.

İşkenceyi Önleme Komitesi, İnsan Hakları Komitesi gibi oluşumlar sayesinde de taraf olan devletlerdeki uygulamalar takibi yapılmaktadır. Soykırım, insanlığa karşı işlenen suçlar ve savaş suçları işlemiş bireyleri yargılayacak devamlılığı olan Uluslararası Ceza Mahkemesi, 17 Temmuz 1998'de Roma Sözleşmesi'nin kabul edilmesiyle kurulmuştur (İstanbul Protokolü, 2003 , s. 3-4,10).

Uluslararası Af Örgütü'nün Danimarka Tıp Grubu ve Yunanistanlı doktorların çabalarıyla, özel bir alan olan işkence ve yarattığı sekeller üzerine düzenlenen ilk tıp semineri 1978'de Atina'da gerçekleştirilmiştir (Vesti ve Genefke, Ekim 1990, s. 29).

2.2.1. Türkiye'de İşkencenin ve İşkenceyi Önlemeye Yönelik Hareketin Tarihçesi

Türkiye'de 1980 darbesi ile birlikte yaşanan ağır hak ihlallerinin yoğunluğu bu alanda insan hakları mücadelesini de hızlandıran bir süreç olmuştur. 1990 yılında kurulan TİHV'e 1991-2012 yılları arasında işkence ve kötü muamele yaşadığını belirten ya da mağdur kişilerin yakını olarak tedavi amacıyla yardım talebinde bulunan 13477 başvuru olmuştur. Bu başvuruların %97'si (13033 kişi) işkence ve kötü muameleye maruz kaldığını bildirenlerden oluşmaktadır. Başvuruların bildirmiş oldukları son işkence ya da kötü muamele tarih aralığı 1971-2012'dir (TİHV, Aralık 2014, s. 12-4,26). TİHV'in 2016 yılı raporunda ise 2017 yılına kadar başvuruda bulunan işkence ve kötü muameleye maruz kalmış bireyler ve yakınlarının sayısı 16.262 olarak verilmiştir (TİHV, Mayıs 2017, s. 9). 2017 yılı raporunda, 2018 yılına değin TİHV'in işkence ya da kötü muameleye maruz kalmış ve onların yakını olan bireylerin 16.878 kişiye ulaştığı bildirilmiştir (TİHV, Temmuz 2018).

TİHV, Birleşmiş Milletler (BM) tarafından tüm dünyada kullanılması tavsiye edilen ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından da adli muayenelerde standart olarak kabul edilen BM İşkence ve Diğer Zalimane, Gayri İnsani veya Aşağılayıcı Muamele ve Cezanın Etkin Soruşturulması ve Belgelenmesi Kılavuzu (İstanbul Protokolü)'nun hazırlanmasına öncülük etmiştir (TİHV, Mayıs 2017, s. 9-10). İstanbul Protokolü, işkence ve diğer kötü muamelelerin

soruşturulması ve belgelenmesi amacıyla oluşturulmuş ilk uluslararası tüzük ya da kılavuz olmasıyla önemini korumaktadır (İstanbul Protokolü, 2003 , s. XII).

2.3. İşkence Yöntemleri

Ağır fiziki işkence yöntemleri ve kişinin direkt ruhsal bütünlüğünü bozmaya yönelik psikolojik yöntemler olmakla birlikte, fiziksel yöntemlerin de kişinin ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olduğu göz önünde bulundurularak (TİHV, Aralık 2014, s. 32), yöntemler fiziksel/psikolojik, psikolojik olarak incelenecektir. İşkence yöntemleri, işkenceye mağdurlarının tanımladıkları üzerinden listelense de bu listenin tamamlanması, yöntemlerin bölgelere göre farklılık göstermesi ve sürekli çeşitlendirilmeleri nedeniyle çok mümkün olmayabilir (Wenzel, Kastrup ve Eisenman , 2007).

2.3.1. Fiziksel/Psikolojik İşkence

TİHV'in 1991-2012 yıllarını değerlendirdikleri raporda, en fazla bildirilen işkence yöntemi %78,5 oranıyla kabadayak olmuştur. Başvuruların bildirmiş olduğu diğer ağır fiziksel yöntemlere bakıldığında; kişiyi fazlasıyla zorlayıcı aşırı aktivite, falaka, basınçlı su, kimyasal maddelere maruz bırakma (biber gazı da dahil), elektrik şoku, zorlayıcı pozisyonel işkenceler, çeşitli şekillerde askı yöntemleri, genital organ araması, tecavüz, havasız bırakma gibi örnekler olduğu görülmektedir. Ağır fiziksel acı veren ve kişilerde sekellere neden olan yöntemlerin daha çok 80-90'lı yıllarda uygulandığı, son dönemlerdeyse, toplumsal olaylarda biber gazı gibi ağır etkileri uzun vadede ortaya çıkan kimyasalların uygulandığı görülmektedir (TİHV, Aralık 2014, s. 34-5-7). Sadece TİHV başvurularında değil, çeşitli ülkelerde işkence mağdurlarının bildirmiş olduğu sıklıkla maruz kalınan fiziksel işkence yöntemlerinin bir kısmı detaylarıyla açıklanacaktır. Bu yöntemlerin psikolojik etkileri olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır.

Fiziksel yöntemler kişide fiziksel sekel bırakabildiği gibi uygulamasındaki esas amaçlardan biri de psikolojik etkileri olmasıdır ve bu etkiler uzun vadeli olabilmektedir (Vesti ve Genefke, Ekim 1990, s. 15).

2.3.1.1. Kabadayak ve Diğer Künt Travma Çeşitleri

İşkence mağdurlarının büyük bir çoğunluğu vücutlarının çeşitli bölgelerine yumruk, tekmeleme ya da bir takım aletlerle (cop, sopa, hortum, demir çubuk vs) şiddetli darbe alırlar, yüksekte düşme gibi fiziksel/psikolojik travmaya maruz kalırlar. Yarattıkları işlevsel ve fonksiyonel sekeller, kaba dayak ve künt travma ile ilişkili belirtiler, saldırı ve trafik kazaları gibi diğer travmalarla benzerlik gösterir (Skylv, 1992, s. 39). Tokatlama, yumruklama, tekmeleme, odun, kalas, demir çubuk, hortum gibi sert cisimlerle vurmaya ek olarak, dayak başlığında sayılabilecek diğer işkence yöntemleri kamçılama, çığneme, duvara veya sert zemine fırlatma, kafasını duvara ya da sert zemine vurma, sürekli olarak vücudun bir noktasına vurma, yüksek bir yerden veya merdivenden aşağı atmadır (Pirp 1998 akt. Özkalıpçı, ve diğerleri, 2010, s. 10; Skylv 1992).

2.3.1.2. Pozisyonel İşkenceler

Ağır kronik sakatlığa neden olabilen ancak nadiren bulgu bırakan yöntemlerdir ve birçok çeşidi vardır. Kişiyi bağlayarak ya da bükülmüş durumda tutarak, aşırı gererek ya da doğal olmayan şekillerde tutarak, kişinin şiddetli ağrı yaşamasına ve tendonların, bağların, sinir ve kan damarlarının hasarlanmasına neden olabilen pozisyonlardır. Bu yöntemlere örnek olarak, papağan tüneği, muz tüneği ya da klasik sandalye üstünde veya yerde muz bağı, motosiklet, zorla ayakta tutma, tek ayak üstünde durmaya zorlama, kolları ve elleri vücudun yukarısında bir durumda tutarak duvara yaslanmış şekilde uzunca bir süre ayakta tutmak, uzun süre çömelmiş bir şekilde tutmak, insanları ufak hayvan kafeslerinde uzun süre hareketsiz tutmak sayılabilir (İstanbul Protokolü, 2003 , s. 39).

2.3.1.3. Tecavüz

Cinsel işkence, kişinin zorla çıplak bırakılmasıyla başlar ve çıplak kalma, kişinin kırılabilirliğini artıran, işkencenin psikolojik etkisini artıran bir unsur olmakla birlikte arka planında çoğunlukla tecavüz ve sodomi potansiyelini barındırır. İşkence prosedürünün bir basamağı olan sözlü cinsel tehdit ve

tacizler, yalancı tecavüz girişimleri, kişide utanma ve aşağılanmaya sebep olması nedeniyle cinsel işkencenin bir parçasıdır. Kadınlara elle dokunmak da her zaman travmatik bir etki yaratır ve bu nedenle işkence olarak kabul edilir (İstanbul Protokolü, 2003 , s. 40).

Kadınlar ve erkeklere uygulanan ortak cinsel işkenceler olduğu gibi, farklılıklar da söz konusudur. İşkence uygulamalarının birçoğu cinsel organlara yöneltilmiştir. Örneğin erkeğe uygulanan elektrik akımı ve darbeler sıklıkla genital organlara yöneltilmektedir, bazen bunlara anal işkence de eşlik edebilmektedir. Fiziksel travmaların etkisini artırmak için sözlü taciz kullanılmaktadır. Bu sözlü tacizler erkeklerde çoğunlukla toplumsal itibarını ve erkekliğini kaybetmeye yönelik tehditler şeklinde olmaktadır. Diğer bir yaptırım tuvaleti bulunan gözaltı mekanında kişilerin tuvalet ihtiyacını herkesin içinde karşılamak zorunda bırakılmasıdır. Kişilerin duygusal baş etme gücünü zorlayıcı yollardan biri de birbirlerini taciz etmeye zorlamadır. Kadınlar açısından bakıldığında tecavüze uğrama ihtimali, tecavüzle ilgili kültürel damga, hamile kalma riski, çocuk sahibi olamama endişeleri gibi travmatik etkenler söz konusudur (İstanbul Protokolü, 2003 , s. 40).

2.3.1.4. Elektrik Şoku

Yaygın olarak kullanılan vücut bölgeleri eller, ayaklar, el ve ayak parmakları, kulaklar, meme uçları, dudaklar ve genital bölge olmakla birlikte, vücudun herhangi bir yerine elektrotlar yerleştirilerek elektrik akımı verilmesidir. Etkiyi artırmak, elektrik akımının bedene giriş noktalarını artırmak ve olası yanıkları önlemek için vücuda su dökülür veya çeşitli jeller kullanılır (İstanbul Protokolü, 2003 , s. 39-40).

2.3.1.5. Falaka

Falaka, cop, uzun çubuk ya da benzeri bir cisimle tekrarlı bir biçimde, çoğunlukla ayaklara, nadir olarak görülse de kimi durumda ellere ve kalçalara uygulanan künt travma olarak tanımlanmaktadır. Falaka, kişinin kronik bir şekilde sakatlanmasına yol açabilir, yürümesi zorlaşabilir ve ağrılı olabilir (İstanbul Protokolü, 2003 , s. 37-8).

2.3.1.6. Askı

Askı, çok az miktarda araz bırakan ya da hiç bırakmayabilen buna rağmen kişinin yoğun bir şekilde ağrı duymasına neden olan, sıklıkla kullanılan yöntemlerden biridir (İstanbul Protokolü, 2003, s. 38). Çeşitli şekillerde uygulanmaktadır. Bunlar;

1. Çapraz askı: Kişinin kollarının her iki yana açılıp, kollar yatay olacak şekilde bir direk ya da sırığa bağlanması biçimde uygulanır.
2. Kasap askısı: Kişinin tek ya da iki elinden bağlanarak asılmasıdır.
3. Ters kasap askısı: Kişinin başı aşağıya sarkacak şekilde ayaklarından asılmasıdır.
4. Filistin askısı: Farklı uygulanış biçimleri vardır. Bunlardan biri, kişinin ön kolları arkaya alınıp 90 derece kırılarak birbirine bağlanır ve ön kollar direk ya da bir sırığa bağlanarak, kişi asılı halde bırakılır. Bir diğerinde ise kişinin kolları arkaya alınıp, el bilekleri ya da dirseklerinden bir direk ya da sırığa bağlanır.
5. Papağan tüneği: Kişinin dizleri fleksiyona getirilir ve politeal bölgenin altından bir sıruk geçirilerek, genellikle eller ve ayaklar birbirine bağlanarak uygulanır (İstanbul Protokolü, 2003 , s. 38).

Askı yöntemi uygulanırken, sıklıkla kaba dayak gibi yöntemlere de maruz kalırlar (İstanbul Protokolü, 2003 , s. 39).

2.3.1.7. Diş İşkencesi

Bu yöntem, dişleri kırmak, çekmek ya da dişlere elektrik akımı vermek şeklinde uygulanır (İstanbul Protokolü, 2003 , s. 40).

2.3.1.8. Boğma

Genellikle hiç iz bırakmayan yöntemlerden biridir. Boğulmaya ramak kalana kadar havasız bırakma şeklinde uygulanır. Bu yöntem Latin Amerika’da sıkça uygulandığından, İspanyolca anlamı “submarino” insan hakları terminolojisine yerleşmiştir. Başa plastik torba geçirmek, ağız ve burunun kapatılması, boyuna çepeçevre saran bir bağla veya başka bir şeyle baskı

uygulamak, toz, biber, çimento gibi şeyleri zorla solutulması gibi kişinin nefes almasını engelleyecek şekilde uygulanan yöntemler “kuru submarino” olarak adlandırılır. Başın zorla idrar, dışkı, kusmuk ya da diğer pisliklerle bulaşık suya sokulması boğulmayla neticelenebilir veya boğulmaya ramak kala sonlandırılabilir, bunlar “ıslak submarino” olarak adlandırılır (İstanbul Protokolü, 2003 , s. 40).

2.3.1.9. Aşırı Fiziksel Aktivite

Bireyin fiziksel gücünün üzerinde, zorlayıcı, ağır işlerin ve hareketlerin yaptırılmasıdır. Belirli bir eksen etrafında koşturma, döndürme, oldukça ağır bazı cisimlerin taşınmasıdır. Yoksun bırakma gibi tekniklerle birlikte uygulandığında bireyin direncini azaltan bir etki oluşturmaktadır (Kaptanoğlu, 1991).

2.3.2. Psikolojik İşkence

Psikolojik işkencenin bireyi zayıflatıcı ve benliğinde yıkıcı etkiler bırakabilecek denli kuvvetli etkileri olduğu, psikolojik sekeller incelendiğinde görülebilmektedir. Bireyde çaresizlik ve tükenme yaratmak, suçluluk yüklemek, korku ve aşağılanma hissine neden olmak öz saygısını azaltma, ruhsal çatışmalarını yoğunlaştırma ve içsel dengesini bozma amacına yöneliktir (Vesti ve Genefke, Ekim 1990, s. 11). Literatürde genel olarak işkencenin fiziksel yöntemleri ile ilgili bilgi çeşitliliği olmakla birlikte, psikolojik işkence çeşitlerinin ayrıntılarına yer açan çalışmalar daha azdır ve genellikle bireyde oluşturduğu psikolojik rahatsızlık açısından ele alınmıştır.

2.3.2.1. Hakaret/Aşağılama

Hakaret birçok işkence yöntemine eşlik etmektedir. TİHV başvurularının 22 yıllık değerlendirilmesinde, bildirilen hakaret işkence oranı %72,6 ($n = 9780$), aşağılanma/ağıza tükürme oranı ise %21,4 ($n = 2879$) olarak saptanmıştır (TİHV, Aralık 2014, s. 34-5). Hakaret, sözel bir şiddet türüdür. Sözel şiddet, korkutma ve sindirme amacıyla, cezalandırma ve kontrol etmenin bir aracı olarak söz ve hareketlerin düzenli şekilde uygulanmasıdır (Yetim ve Şahin, b.t.). Aşağılanma, bireyin ego ve süperegosu ya da dış dünya arasında bir çatışma ile

ilgilidir. Aşağılanan bir birey beklenmedik bir onur kırıklığına uğratılmaktadır ve özsaygısında düşüşe neden olabilmektedir (Vesti ve Genefke, Ekim 1990, s. 19).

2.3.2.2. Uyumama

Temel fizyolojik ihtiyaçlardan biri olan uyumanın engellenmesinin, birey üzerinde birçok olumsuz etkisi vardır. Uykunun genler ve hücre içi düzenekleri, motor faaliyetleri, uyarılmışlığı, otonomik fonksiyonları, davranış ve bilişsel işlevleri, yani biyolojik yapının pek çok yönünü etkilediği söylenebilir (Ertuğrul ve Rezaki, 2004). Uykudan yoksun kalma, yönetici dikkat, çalışma belleği gibi bilişsel fonksiyonları etkilemekte ve bireylerde sinirlilik, anksiyete, halsizlik, kafa karışıklığı oluşumuna neden olmaktadır (Durmer ve Dinges, 2005). Yapılan çalışmalar uyku yoksunluğunun özellikle duygusal verilere dayanan bilişsel işlevler üzerine olumsuz etkileri olduğunu göstermektedir (Killgore, 2010). Uykudan mahrumiyet kişinin ruhsal yapısını bozmakta (Vesti ve Genefke, Ekim 1990, s. 21), psikolojik ve fiziksel dayanma gücünün azalmasına neden olmaktadır (Keller, b.t., s. 31). Uyku yoksunluğu bir süreden sonra kişinin halüsinasyon görmesine, paranoyaya ve yönelim bozukluklarına neden olabilmektedir (Reyes, 2007).

2.3.2.3. İşkenceye Görsel ve İşitsel Tanıklık Etme

İşkenceye maruz kalınan yerler cezaevlerinden, karakola, sokaklardan evlere kadar çeşitlilik gösterdiğinden, bir başkasının, arkadaş ya da aile üyesinin işkence ve kötü muameleye uğramasını şahit olmak mümkün olmakla birlikte, bireyin kendisine uygulanmamış olsa bile, böyle bir olaya tanıklık etmesi travmatik etki yaratmaktadır. 1980'lerde Orta Amerika'nın savaştan etkilenen ülkelerinde bir başkasının işkence gördüğüne tanıklık etmek zorunda kalmak, dolaylı yoldan uygulanan bir işkence yöntemi olarak uygulanmaktaydı. İşkence mağdurlarında sıklıkla, kendilerinde en çok kalıcı etkileri olan yöntemin arkadaşlarının işkencesine tanık olmak olduğunun vurgulandığı görülmüştür. (Wenzel, Kastrup ve Eisenman, 2007).

2.3.2.4. Yalancı İnfaz

Kişiye ölüm korkusu yaşatarak, dehşet uyandıran bir yöntemdir. Travmanın tanımında olan ölümlle karşılaşma yaşantısına maruz kalan birey, yaşadığı dehşete düşme nedeniyle travmatize olur.

2.3.2.5. İşeme ve Dışkılamamanın Engellenmesi

Bu yöntem ve genel olarak bireylerin zaruri ihtiyaçlarının engellenmesi, yoksunluk yöntemi başlığı altında incelenir. Tüm yoksunluk yöntemlerindeki amaç kişinin direncini kırmaya yöneliktir. Genellikle tek başlarına uygulanmak yerine, birçok yoksunluk yöntemi birlikte uygulanmaktadır. İşeme ve dışkılamamanın engellenmesi, bireyin üzerinde tahakküm kurmanın ve ona kendi üzerindeki kontrol hissini kaybettirmenin yollarından biridir. Uluslararası Af Örgütü'nün Uruguay'da uygulanmış bir işkence haberinde, birey 100 saat boyunca ayakta tutulmuş, tuvaletini yapması, yemek yemesi ve içmesi engellenmiştir. Bunun neticesinde kişi halüsinasyonlar görmüş ve işkence uygulayıcılarına teslim olmuştur (Keller, b.t., s. 39).

2.3.2.6. Ajanlık Teklifi

Bireyin kendi ideolojisinden çok karşıtı olan bir şeyi yapmasının istenmesi öz saygısını yitirici bir yan barındırır (Vesti ve Genefke, Ekim 1990, s. 19-20). Ajanlık teklifi bireyde, kendisine ve ideolojisine ihanet hissi ve bunun getirdiği suçluluk duyguları ve öfke uyandırmaktadır.

2.4. İşkence ve Psikopatoloji İlintisi

TİHV 1991-2012 yılları başvurularının ruhsal değerlendirilmesi incelendiğinde %45,5 gibi bir çoğunluğun psikiyatrik belirti ve bulgulara sahip olduğu görülmektedir. Bu bulguların başında doğrudan travmatik yaşantıyla ilintili problemler gelmektedir. Belirtilere bakıldığında, anksiyete, uyku problemleri; uykuya dalmada ve sürdürmede zorluklar, uyku miktarındaki ileri derecede artma ya da azalmalar, sinirli olma hali ve/veya tepki eşiğinde düşüş, travmatik yaşantıyı anımsatan uyarılarla karşılaşıldığında fizyolojik tepkiler yaşama ve şiddetli huzursuzluk, travmatik yaşantının yineleyici ve zorlayıcı

tarzda hatırlanması ve kabus biçimde rüyalar, insanlardan uzaklaşma ve yabancılaşma duygusu, çevresine ve etkinliklere karşı ilgi azlığı, konsantrasyon problemleri, bellekle ilgili sorunlar, halsizlik, yorgunluk gibi TSBB ve depresyon belirtileri olduğu görülmektedir (TİHV, Aralık 2014).

TİHV başvurularında 1991-2012 yılları arasında sıklıkla karşılaşılan tanılar; %16,8 ile TSSB, %9,6 ile Majör Depresif Bozukluk, %3,2 ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu, %2,8 ile Akut Stres Bozukluğu, %2,3 ile Uyum Bozukluğu, %1,8 ile Diğer Anksiyete Bozuklukları, %1,3 ile Distimik Bozukluk olarak saptanmıştır (TİHV, Aralık 2014). Başka bir araştırmada psikoterapi için en çok odaklanılan konular sırasıyla TSSB, depresyon ve anksiyete olarak verilmiştir. Bunları işlevselleştirme, ağrı, panik atak ve madde kullanımı izlemektedir (Weiss, ve diğerleri, 2016). Bu oranlar sıklıkla görülen tanılar olsa da oldukça geniş bir spektrumda diğer psikiyatrik tanıların da görülebildiği vakalar söz konusudur. 2016 yılı başvuruları incelendiğinde 438 başvurudan %37 oranında (126 kişi) en az bir psikiyatrik tanı olmak üzere toplam 167 tanı mevcut olduğu görülmektedir. Başvuranların en sık aldıkları tanılar ise %10 ile TSSB Kronik, %7 ile MDB-yineleyici, %4 ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu, %4 ile TSSB Akut, %3 ile Akut Stres Bozukluğu, %3 ile MDB-tek epizod, %2 ile Karışık Anksiyete-Depresyon Bozukluğu, %1 Distimik Bozukluk, %1 Uyum Bozukluğu şeklindedir (TİHV, Mayıs 2017). 2017 yılı başvuruları incelendiğinde ise en sık alınan tanıların %28,9 ile TSSB-Kronik, %17,8 ile MDB-tek epizod olduğu görülmüştür (TİHV, Temmuz 2018, s. 63-4).

TİHV başvurularının ruhsal değerlendirilmesi, psikiyatrik tanı grupları olarak incelendiğinde en sık karşılaşılanlar; %19,2 ile travmatik bozukluklar (Akut Stres Bozukluğu ve TSSB), %10,1 ile Depresif Bozukluklar (Tek ve yineleyici epizodların olduğu Majör Depresif Bozukluk, Distimik Bozukluk), %5,7 ile Anksiyete Bozuklukları (Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Diğer Anksiyete Bozuklukları, Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu, Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu ve Panik Bozukluk Öyküsü Olmadan Agorafobi), %2,3 ile Uyum Bozuklukları, %1,6 ile Psikotik Bozukluklar (Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Kısa Psikotik Bozukluk, Sanrısız Bozukluk ve Diğer Psikotik

Bozukluklar), %1,5 ile Somatoform Bozukluklar (Somatizasyon Bozukluğu, Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk, Konversiyon Bozukluğu, Ağrı Bozukluğu, Hipokondriazis, Beden Dismorfik Bozukluğu ve Diğer Somatoform Bozukluklar'dır (TİHV, Aralık 2014).

Travmatik yaşantıyla, başvuruların almış oldukları psikiyatrik tanıların ilişkisi 'ilişki yok, etkenlerden biri, var olan patolojiyi ağırlaştırdı/ortaya çıkardı, tek etiyolojik etken ve ilinti belirlenemedi' alt maddelerine ayrılarak incelenmiştir. %86,5 ile Akut Stres Bozukluğu'nun (ASB), %79,5 ile TSSB'nun, %41,6 ile Majör Depresif Bozukluğu (MDB)'nin tek etiyolojik etkeni olduğu, %11,3 ile ASB'nin, %15,8 ile TSSB'nin, %32,6 ile MDB'nin etkenlerinden biri olduğu saptanmıştır. Ayrıca travmatik yaşantının mevcut ruhsal bozukluğu ağırlaştırıcı etkisi MDB için %16,7'dir (TİHV, Aralık 2014, s. 67).

Son uygulanan işkence yönteminin, fiziksel/psikolojik ve yalnızca psikolojik olarak sınıflandırılıp, kişinin ruhsal tanısının ilişkisi incelendiğinde, sadece psikolojik yöntemlerle işkenceye maruz kalan kişilerde depresif bozukluklar, somatoform ve psikotik bozuklukların görülme oranı fazlalığı fiziksel/psikolojik işkence yöntemlerine maruz kalan kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0.05$) (TİHV, Aralık 2014).

2.5. İşkence ile İlişkili En Sık Rastlanan Ruhsal Hastalıklar

Yukarıda bahsedilen işkence ve travmatik durumlara maruz kalan bireylerde sıklıkla karşılaşılan TSSB, ASB, MDB tanıları bu bölümde ayrıntıları ile incelenecektir.

2.5.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanımı

Kişinin ruhsal ve bedensel varlığını tehdit eden, sarsan deneyimlere travma denir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM)'nin dördüncü baskısında TSSB, kişinin ciddi bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da fiziksel bütünlüğünü tehdit eden tehlikeli bir durumu yaşaması, biri/birilerinin bunları yaşadığına tanık olması, ailesinden birinin ya da bir yakının ani ölümünü, bir şiddet olayına maruz kalarak öldürülmesini, ağır yaralandığını, ölüm ya da yaralanma tehdidi aldığını

duyması gibi şiddetli travmatik stres yaratan durumların ardından gelişen, kendine özgü belirtileri olan bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1998).

2.5.1.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırılması

Ruhsal hastalıkların tanı ve sınıflandırılmasında kullanılan DSM'nin 5.Baskısı yayınlanmıştır ancak TİHV'na başvuran kişilerin ruhsal değerlendirilmesi DSM-IV üzerinden yapılmaktadır. Bu nedenle tanı ölçütleri için DSM-IV temel alınacak olup, tartışma bölümünde DSM-V ile birlikte tanıya getirilen değişikliklerin, verilerin değerlendirilmesi açısından ne gibi etkileri ve yorum farklılığı yaratabileceğine yer verilecektir.

DSM-IV'te bireyin yaşadığı olay karşısında aşırı korku, çaresizlik veya dehşete düşme tepkileri göstermesi gerektiği belirtilir. Bu olay karşısında gösterdiği semptomlar arasında, travmatik olayı süreklilik içinde tekrar tekrar yaşama, travmatik olaya eşlik eden uyarılardan kaçınma hali, genel olarak tepki gösterebilme düzeyinde bir azalma, artmış uyarılmış halinin bulunması sayılabilir. Bu belirtiler en az bir aydır bulunmalıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1998).

DSM-V'in DSM-IV'e TSSB açısından getirdiği değişiklik, travmaya maruz kalmayı tanımlayan A kriterinin ikinci maddesindeki stresör kaynağı; aşırı korku, dehşete düşme veya aşırı çaresizliği içermemesidir. Cinsel saldırı, beden bütünlüğüne dair bir tehdit içermediğinde de, fiziksel şiddetin dahil olmadığı çocukluk istismarı da, travma kapsamına alınmıştır (Briere, Scott ve Jones, 2016, s. 32).

DSM-IV'ün TSSB tanı kriterleri Tablo 2.1.'de verilmiştir.

Tablo 2.1. DSM-IV Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı Kriterleri

- A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:
1. Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.
 2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. Not: Çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışavurabilirler.
- B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:
1. Olayın elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşümler, düşünceler ya da algılar vardır. Not: küçük çocuklar, travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler.
 2. Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme. Not: Çocuklar içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler.
 3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, halüsinasyonları ve disosiyatif "flashback" epizodlarını kapsar).
 4. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma
 5. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme
- C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)
1. Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları
 2. Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları
 3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama
 4. Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması
 5. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları
 6. Duygulanımda kısıtlılık (Ör. sevme duygusunu yaşayamama)
 7. Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (Ör. bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama)
- D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:
1. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük
 2. İrritabilite ya da öfke patlamaları
 3. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme
 4. Hipervijilans
 5. Aşırı irkilme tepkisi gösterme
- E. Bu bozukluk (B, C VE D Tanı Ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer.
- F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

Akut: Semptomlar 3 aydan kısa sürerse

Kronik: Semptomlar 3 aydan daha uzun sürerse

Gecikmeli Başlangıçlı: Semptomlar, stres etkeninden en az 6 ay sonra başlamışsa

2.5.1.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Görülme Sıklığı

DSM-IV'te TSSB'nin yaşam boyu görülme sıklığının, topluma dayalı çalışmalar neticesinde %1 ile %14 arasında değiştiği belirtilmektedir. Görülme sıklığında bu değişkenliğin nedeni değerlendirme yöntemleri ve örneklem grubundan kaynaklanmaktadır. Travma ile ilişkili olarak risk altındaki bireylerde (savaş gazileri, yanardağ patlamalarından etkilenenler ya da şiddete dayalı bir olayın mağduru olanlar gibi) görülme sıklığı %3 ile %58 arasında değişmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1998).

Başka bir kaynakta ise TSBB'nun yaşam boyu sıklığının %9 ile %15 arasında olduğu, yaşam boyu yaygınlığının ise toplam nüfusun %8'inde görüldüğü, TSBB'nun eşik altı formlarının %5 ile %15 arasında olma olasılığı bilgisi verilmiştir. Yaşam boyu yaygınlık oranı cinsiyetler açısından incelendiğinde, kadınlarda %10, erkeklerde %4 olduğu görülmektedir (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2016, s. 437).

Türkiye'de 2000-2012 yılları arasında travma ile ilgili epidemiyoloji çalışmalarını inceleyerek bulgularını değerlendiren bir araştırmada, travma yaşantısı doğal nedenli ve insan kaynaklı olarak iki ayrılmıştır. Bu değerlendirme araştırmasında insan kaynaklı travma yaygınlık çalışması sayısı sadece üç adettir ve Diyarbakır'da yapılmıştır. Çalışmaların sonuçlarına bakıldığında, Yasan ve arkadaşlarının çatışmalı bölge yaygınlık araştırmasında TSSB'nin yaşamboyu görülme oranı %34,9 ve nokta yaygınlık %15,1, Eşsizoglu ve arkadaşlarının terör saldırısına tanıklık eden ya da doğrudan maruz kalan yetişkinlerle yaptıkları çalışmada TSSB'nun nokta yaygınlığı 1. ay için %12,5 ve 3. ay için %9,6, yine Yasan ve arkadaşlarının motorlu araç kazası sonrası nokta yaygınlık 12 ay sonunda TSSB için %17,5 olduğu görülmektedir (Binbay, ve diğerleri, 2014).

TSSB her yaşta görülebilmekte ancak travmatik yaşantılarla karşılaşma olasılığı daha yüksek olan yetişkinlerde daha yaygınlık göstermektedir. Karşılaşılan travmatik yaşantı açısından cinsiyetler arası bazı farklar vardır. Erkeklerde daha çok çatışma içeren yaşantılar, kadınlarda sıklıkla görülen

travmatik yaşantılarda saldırı ya da tecavüz olmaktadır (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2016, s. 437).

2.5.1.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Risk Faktörleri

TSSB oluşumu için ana etken tetikleyici kaynağın olmasıdır ancak tek başına yeterli değildir. Travmatik bir olaydan sonra herkeste TSBB gelişmemektedir. Travmatik yaşantıya bireyin verdiği yanıt aşırı korku ya da dehşet duygularını içermelidir. Kişinin önceden var olan biyolojik ve psikososyal özellikleri, travmadan önce ve sonrasında yaşadığı olaylar, travmatik tetikleyici unsurun kişi için öznel anlamı dikkate alınmalıdır. Bekar, boşanmış, dul, düşük sosyoekonomi, sosyal olarak çekinik olma TSBB görülme olasılığı artıran faktörlerdendir. Kişinin maruz kaldığı travmanın şiddeti, süresi ve kişiye olan yakınlığı en önemli risk etkenleri arasında sayılır. Depresyon öyküsü olan bireylerin birinci dereceden yakınlarında, travmatik bir yaşantı sonrası TSSB geliştirme riski daha yüksektir (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2016, s. 437-8).

Kişide TSBB oluşumunu kolaylaştıran yatkınlaştırıcı etmenler, çocukluk çağı çağı travması olması, borderline, paranoid, bağımlı, antisosyal kişilik bozukluğu özellikleri gösteriyor olması, aile ve akran desteğinin yetersiz olması, kadın olmak, psikiyatrik hastalıklara genetik yatkınlık, yakın geçmişinde stresi artıran yaşam olayları olması, dış denetim odaklılık, yakın geçmişinde aşırı alkol kullanım öyküsü olarak sayılabilir (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2016, s. 438).

2.5.2. Akut Stres Bozukluğu Tanımı

Akut Stres Bozukluğunun en belirgin özelliği, aşırı travmatik stres yaratan bir deneyim yaşadıktan sonraki ilk bir ay içerisinde, sadece bu hastalıkla ilgili anksiyete, dissosiyatif ve benzeri belirtilerin meydana gelmesidir. Travmatik yaşantı gerçekleşirken ya da sonrasında kişide, öznel bir uyuşukluk, dalgınlık hissi ya da duygusal açıdan bir tepki verememe, çevreyi algılayışta bir düşünüş gibi belirtilerin en az üçü olmalıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1998).

2.5.2.1. Akut Stres Bozukluğu Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırılması

DSM-IV ASB'nin tanı kriterleri Tablo 2.2.'de verilmiştir.

Tablo.2.2. DSM-IV Akut Stres Bozukluğu Tanı Ölçütleri

-
- A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:
1. Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.
 2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır.
- B. Sıkıntı doğuran olayı yaşarken ya da bu olayı yaşadıkdan sonra kişide aşağıdaki dissosiatif semptomlardan üçü (ya da daha fazlası) bulunur:
1. Özne uyusukluk, dalgınlık duyuları ya da duygusal tepkisizlik
 2. Çevrede olup bitenlerin farkına varma düzeyinde azalma (örn. "afallama").
 3. Derealizasyon
 4. Depersonalizasyon
 5. Dissosiatif amnezi (yani travmanın önemli bir yanını anımsayamama)
- C. Travmatik olay şunlardan en az biri yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır: Göz önüne tekrar tekrar gelen görüntüler, rekürren düşünceler, rüyalar, illüzyonlar, "flashback" epizodları, o yaşıntıyı yeniden yaşar gibi olma ya da travmatik olayı anımsatan şeylerle karşılaşınca sıkıntı duyma.
- D. Travma ile ilgili anıları uyandıran uyarılardan belirgin kaçınma (örn. düşünceler, duygular, konuşmalar, etkinlikler, yerler, insanlar).
- E. Belirgin anksiyete ya da artmış uyarılmışlık semptomları (örn. uyumakta zorluk çekme, irritabilite, düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü, hipervijilans, aşırı irkilme tepkisi gösterme, motor huzursuzluk).
- F. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur ya da bireyin travmatik yaşantısını aile bireylerine anlatarak kişisel destek kaynaklarını harekete geçirmek ya da yardım almak gibi gerekeni yapmasının peşinde koşma yetisini bozar.
- G. Bu bozukluk en az 2 gün, en fazla 4 hafta sürer ve travmatik olaydan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkar.
- H. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir, Kısa Psikotik Bozukluk olarak açıklanamaz ve daha önceden var olan bir Eksen I ya da Eksen II bozukluğunun sadece bir alevlenmesi değildir.

(Amerikan Psikiyatri Birliği, 1998)

2.5.2.2. Akut Stres Bozukluğu Görülme Sıklığı

Ağır travmatik stres deneyimi neticesinde toplumlarda ASB'nin görülme sıklığı, travmanın şiddeti ve devamlılığıyla birlikte bu travmatik durumla karşılaşma derecesine bağlı olmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1998).

Türkiye'de 1998 yılında Adana'da yaşanan deprem felaketinden sonra, bölgede yapılan bir araştırmada, akut stres bozukluğunun ortaya çıkma durumu irdelenmiş olup olaydan sonra araştırmaya katılan 525 gönüllüden %23'ü ($n = 119$) ASB tanısı almıştır (Uğuz, Levent, Soylu, Kocabaş ve Demirci, 2000). Başka bir araştırma 1999 Marmara depreminden etkilenen çocuklarla yapılmış olup %16,5 oranında ASB tanısı almışlardır (Demir ve diğerleri, 2010).

2.5.3. Majör Depresyon Bozukluğu Tanımı

Kişide derin bir üzüntü halinin olduğu, bazen bu üzüntü haline bunaltının eşlik edebildiği, düşünce, konuşma, hareketlerde yavaşlamanın meydana geldiği, değersizlik, suçluluk, isteksizliğin ve karamsarlığın belirginleştiği bir tablodur (Öztürk ve Uluşahin, 2011, s. 342).

2.5.3.1. Majör Depresyon Bozukluğu Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırılması

Majör Depresyon Bozukluğunun en belirgin özelliği, kişinin yaşam öyküsünde daha önce Manik, Mikst ya da Hipomanik bir dönem geçirildiğine dair bir bulgu olmadan, birden fazla Majör Depresif Epizodun olduğu klinik gidişin söz konusu olmasıdır. Majör Depresif Epizodun en belirgin özelliği ise depresif duygudurum veya hemen hemen bütün etkinliklere karşı ilgi yitimi ya da bu etkinliklerden zevk alamamanın söz konusu olduğu en az 2 hafta süren bir dönemin bulunmasıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1998).

DSM-IV'ün Majör Depresif Epizod için tanı kriterleri Tablo 2.3.'te verilmiştir.

Tablo 2.3. DSM-IV Major Depresif Epizod Tanı Kriterleri

- A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en birinin ya (1) depresif duygu durumu ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.
Not: Açıkça genel tıbbi bir duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olmayan hezeyan ya da halüsinasyon semptomlarını katmayınız.
- (1) Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hissediyor) ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. **Not:** Çocuklarda ve ergenlerde irritabil duygudurum bulunabilir.
 - (2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi kadar zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)
 - (3) Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahının artmış ya da azalmış olması **Not:** Çocuklarda, beklenen kilo alımının olmaması.
 - (4) Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomniyanın (aşırı uyku) olması
 - (5) Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir)
 - (6) Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması
 - (7) Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısız olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)
 - (8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir)
 - (9) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması
- B. Bu semptomlar bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.
- C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel bir tıbbi durumun (örn. hipotroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- E. Bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha fazla uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle, hastalık düzeyinde uğraşp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

(Amerikan Psikiyatri Birliği, 1998)

DSM-IV'ün MDB-Tek Epizod için tanı kriterleri Tablo 2.4.'te verilmiştir.

Tablo 2.4. DSM-IV Major Depresyon Bozukluğu-Tek Epizod Tanı Kriterleri

-
- A. Tek bir Majör Depresif Epizodun varlığı
 - B. Bu Majör Depresif Epizod Şizoaffektif Bozukluk olarak daha iyi açıklanamaz ve Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Sanrısız Bozukluk yada Başka Türlü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk üzerine binmiş değildir.
 - C. Daha önce bir Manik Epizod, bir Mikst Epizod ya da bir hipomanik epizod geçirilmemiştir. **Not:** Bütün manik benzeri, mikst benzeri ya da hipomanik benzeri epizodlar madde kullanımına bağlı ya da tedavi sonucu ortaya çıkmışsa ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı ise bu dışlama ölçütü uygulanmaz

(Amerikan Psikiyatri Birliği, 1998)

2.5.3.2. Majör Depresyon Bozukluğu Görülme Sıklığı

MDB'nin yetişkin toplumdaki sıklık oranı ile ilgili olan çalışmaların sonucunda geniş bir dağılım gösterdiği ortaya konulmuştur. MDB'nin yaşam boyu gelişme ihtimali, toplum örneklem çalışmalarında, kadınlar için %10 ile %25 arasında, erkekler için %5 ile %12 arasında değiştiği gösterilmiştir. Bu bozukluğun toplum örneklemindeki nokta yaygınlığı kadınlarda %5 ile %9, erkekler için %2 ile %3 arasında değişim göstermektedir. Yaygınlık oranlarındaki bu değişimde etnik köken, eğitim, gelir ve medeni durumun ilişkisi pek söz konusu değildir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1998).

Yapılan en yeni araştırmalarda MDB'lerin psikiyatrik bozukluklar içinde yaşam boyu görülme yaygınlığı en yüksek bozukluklar olduğu bildirilmiştir. Buna göre majör depresyonun yaşam boyu yaygınlık oranı %5 ile %17 arasındadır (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2016, s. 348).

Türkiye'de depresyon ile ilgili yapılan epidemiyolojik araştırmalar, sınırlı olanakları nedeniyle daha çok yerel çalışmalar olup, ülke genelini temsil edecek çalışmalar değildir. Bu çalışmaların çoğunluğu tanı görüşmesinden ziyade öz bildirim ölçekleri kullanılarak yapıldığından, MDB yerine depresif semptomların yaygınlığı ile ilgili olduğu düşünülmelidir (Binbay ve diğerleri, 2014).

2.5.3.3. Majör Depresyon Bozukluğu Risk Faktörleri

Duygudurum bozukluklarının kalıtsal özelliği olduğu aile, evlat edinme ve ikiz çalışmalarıyla gösterilmiştir. Aile verilerine bakıldığında bir ebeveynde duygudurum bozukluğu olması halinde, çocukta duygudurum bozukluğu görülme riski %10 ile %25 arasındadır. Eğer iki ebeveynde duygudurum bozukluğu söz konusuysa bu risk neredeyse iki katına çıkmaktadır. Yaşam olaylarının depresyonun başlangıcı ve zamanlamasında rolü olduğu düşünülmektedir. Özellikle 11 yaşından önce ebeveyn kaybı depresyon gelişimiyle ilişkilendirilmiştir. Eş kaybının depresyon dönemi başlangıcıyla ilişkili olduğu ve işsizliğin de ilişkili unsurlardan biri olduğu kabul edilmektedir. Çalışan kişilerle karşılaştırıldığında, çalışmayan kişilerde majör depresyon belirtileri üç kat daha fazla görülmektedir. Kişilik özellikleri açısından bakıldığında depresyon yatkınlığı ile ilişkilendirilmiş tek bir kişilik bozukluğu olduğunu söylenemez. Obsesif-Kompulsif kişilik bozukluğu, histriyonik ve borderline kişilik bozukluğu gibi bazı kişilik bozukluğu olan kişiler, antisosyal ve paranoid kişilik bozukluğu olan bireylere göre depresyon gelişimi açısından daha fazla risk altındadır. Çünkü antisosyal ve paranoid kişilik bozukluğu olan bireyler, iç öfkeden korunmak için yansıtma gibi dışsallaştırıcı savuma mekanizmalarını kullanırlar. (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2016, s. 352-4).

2.6. Psikoterapinin Tanımı

Psikoterapi Walpold'un tanımına göre, psikoloji biliminin temel ilkelerine bağlı, gerekli eğitimleri alarak psikoterapi yapabilme yetkinliğine sahip psikoterapist tarafından, psikolojik problemi, bozukluğu ya da durumu ile ilgili rahatsızlığı olan bireye, bu problemleri ortadan kaldırabilmek amacıyla, çoğunlukla karşılıklı ilişkiye dayalı olarak uygulanan bir takım müdahalelerdir (Walpold, akt Murdock, 2014, s. 2).

Öztürk ise psikoterapinin en genel anlamı ile bireye ruhsal yollarla yardım etme ve iyileştirmeyi ifade ettiğini belirtir. Walpold'un tanımına benzer şekilde, karşılıklı ilişki ve iletişime dayalı uygulamaların psikiyatri ve psikoloji bilgilerini esas aldığı vurgular (Öztürk, 2016, s. 1).

2.7. Başlıca Psikoterapi Ekolleri

Bu aşamada temel bazı psikoterapi ekollerinin yanı sıra, travmaya özgü olarak sıklıkla kullanılan bazı terapi yöntemlerinden bahsedilecektir.

2.7.1. Psikanalitik Psikoterapi

Psikanalitik psikoterapi, Sigmund Freud'un kurucusu olduğu psikanalizi temel alarak, ondan bazı açılardan farklılaşan ancak belirli kurallarına sadık kalmaya devam eden uygulamalardır. Ruhsal problemlerin ve hastalıkların tedavisinde psikanalizin katkılarından yararlanılmaya başlanarak, teknik açıdan yeniliklerle birlikte psikanalitik oyun terapileri, psikanalitik psikodrama, psikanalitik aile terapileri gibi uygulamalarla birlikte çalışma alanları genişletilmiştir. Tüm bu uygulamalar psikanalitik psikoterapiler başlığı altında birleşir ve psikanalizden farklı olarak, divanın uygun olmadığı hastalarla çalışılabilme imkanı getirirler (Parman, 2011, s. 17).

Psikanalitik psikoterapide psikanalizde olduğu gibi zihinsel süreçler araştırma konusu olmakla beraber, nevrotik düzeyde savunmaları olan bireyler dışında, daha alt düzey, ilkel savunma düzeneklerine sahip hastalarla da çalışılabilmektedir. Psikanalitik psikoterapide, seans sayısı psikanalize göre daha az, görüşmeler ise yüz yüze yapılmaktadır. Seansların sıklığı konusunda hastanın katlanabileceği gerileme seviyesiyle birlikte yarar göreceği sıklık arasında bir denge kurulması belirleyici unsur olmaktadır. Seans sayısının azaltılması, hastanın tedaviye olan yatırımının da azalmasına neden olmakta, aktarımın yeteri kadar gelişmemesine ve hatta dirençleri kuvvetlendirmeye neden olabilmektedir. Psikanalitik psikoterapi müdahaleleri biraz daha psikoterapist açısından serbestlik tanır. Sessizliğe tahammül edemeyecek hastalar karşısında psikoterapist daha etkin olmaktadır. Çoğunlukla aktarımla psikanalizde olduğu gibi derinlemesine çalışılmamakta ve dış gerçeklik, bireyin dışarıdaki ilişkileri, çatışmaları, uyumu, problem çözümleri üzerinden çalışılarak yorumlanmaktadır (Köşkdere, 2011, s. 19-20).

Psikanalitik psikoterapinin uygulanabilir olduğu hasta popülasyonu oldukça geniştir; kronik huzursuzluk, çabuk değişen duygular, kararsız ilişkiler,

kişinin gerçeğine uygun olmayan hedefler, eşduyum problemleri, kendini merkeze alarak gerçekliği yorumlama, sevme ve yakınlaşma sorunları, yas tutabilme becerisinde problemler, cinsel problemler yaşayan bireylerle çalışılabilir. Bazı hastaların benliği, çalışma sırasında dağılma kaygısı yaşayabilir. İç ve dış gerçekliğinin sınırları açısından sorunlar olabilir. Böyle bir durumda hasta terapi ve iyileşme sürecine yönelik saldırma şeklinde yaklaşım gösterebilir (Köşkdere, 2011, s. 21).

Psikanalitik psikoterapinin psikanaliz temelinde önemli teknik kavramları:

2.7.1.1. Aktarım

Freud, hastanın analistin kendisine bir rehber gibi yol gösterecek olmasıyla yetinmediğini, analistte, geçmişinden önemli bir kişinin geri dönüşünü ya da yeniden canlanışını bulduğunu ve bu sebepten analiste o ilişki biçimindeki duygu ve tepkileri aktardığından bahsetmektedir (Freud, 1938, s. 397-8). Aktarım, erken çocukluk dönemindeki sevgi, rekabet ve otorite ilişkisi kurmuş olduğu bireylerle yaşanan tecrübelerden kaynağını alan, analitik ortamın yineleme karakteristiği ile canlanan, analiste yönelen duyguların tamamıdır (Aytekin, 2011, s. 438; Tükel, 2016, s. 13). Aktarım kavramının psikanalitik anlamda kullanıldığı eser, Freud ve Breuer tarafından birlikte yazılan Histeri Üzerine Çalışmalar'ın tedavi bölümüdür (Aytekin, 2011, s. 438; Tükel, 2016, s. 13).

Freud, aktarımın yeri doldurulamayacak değerinde bir araç olarak görmekle birlikte bir takım tehlikeler barındırdığını, geçmişten kaynağını alan duyguların hem olumlu, hem olumsuz yanlar barındırmasıyla aktarımın çifte değerli olduğundan bahsetmektedir. Aktarımla birlikte ortaya çıkan iki yarar vardır. Freud bunlardan ilkinin, hastanın yaşam öyküsünün başka hiçbir yolla ortaya konulamayacağı kadar canlı bir şekilde ortaya çıkışı olduğu şeklinde söyler. İkinci olaraksa hastanın analisti ebeveyni yerine koyduğunda, süpergonun kaynağını oluşturan konuma geçişiyle, süpergonun ego üzerinde kullandığı gücü analiste vermiş olur. Bu durumda analist, bireye ebeveynlerinin hatalarını düzeltebilecek bir yeniden eğitim olanağı kazanmış olur. Ancak Freud

burada analistlere, kendi arzularına yönelik bir girişimden uzak durulması, kişinin bağımsızlığına, bireyselliğine saygı duyularak hareket edilmesine dikkat çekerek uyarıda bulunur. Olumlu aktarımın, hastayla işbirliği oluşturma açısından yararlı bir yanı vardır, ancak olumlu aktarımın etkisiyle gerçekleşenlerin telkinsel doğada olması söz konusu olabilmektedir. Olumlu aktarımın kökeni erotik arzuların gelmekte olduğundan, bu arzular analiz sırasında da doyuma ulaşmaya çalışacak, ancak bunun mümkün olmayacağını analist tarafından gösterilmesiyle, olumlu aktarımı olumsuz aktarım takip edecek ve sevecenlik duyguları bir anda düşmanlık duygularına dönüşecektir (Freud, 1938, s. 398-9). Olumlu aktarımın telkinsel yönüne son vermesi açısından olumsuz aktarım değişim için önemlidir (Roustang (1989)'dan akt. Tükel, 2016, s.18). Olumsuz aktarımın çok yoğun olması, kişinin analizi bırakmasına neden olabilecek denli direnç oluşturabileceği, olumlu aktarımın telkinsel doğasının, kişiye tedavinin asıl amacını unutturabileceğinden, analist sevginin de, düşmanlık duygularının da uç boyutlara ulaşmamasına dikkat etmeli, hastayı olumlu aktarımın oluşmasından sonra olumsuz aktarım için hazırlamalıdır (Freud, 1938, s. 400).

2.7.1.2. Karşı Aktarım

Karşı aktarımın psikanalitik kuram içindeki klasik tanımı, psikanalistin hastaya ve onun kendisine karşı yaptığı aktarıma karşı gelişen bilinçdışı tepkilerin tümü şeklindedir (Küey, 2011, s. 443; Küey, 2016, s. 27). Freud ilk olarak karşı aktarım kavramına 1910 yılında yayınlanan Psikanalitik Tedavinin Gelecekteki Hedefleri isimli metninde yer açarak kurama dahil etmiştir ve bu metinde karşı aktarımı, fark edilip üstesinden gelinmesi gereken bir durum olarak tanımlamıştır. 1912 yılında yayınlanan Hekimlere Analitik Tedavi Üzerine Öğütler metninde ise analistin bilinçdışını alıcı bir cihaza benzeterek, onun hastanın bilinçdışına dönük olması gerekliliğinden bahsetmektedir. Analistin kendi bilinçdışının analitik kürde kullanacağı bir araç olabilmesi için onu iyi tanıması ve bu nedenle kendi analizinden geçmesinin önemini, analistin bazı ruhsal koşulları taşımasının gerektiği ve o koşulları sürdürebilmesinin önem arz ettiğini belirtir. Aynı metinde analistin görevinin bir aynanın yansıması gibi olmaktan bahseder (Küey, 2016, s. 28).

1950'lere kadar analitik kuram içinde karşı aktarım, analistin nötraliteyi koruyabilmesi için başa çıkması gerektiği bir alan olarak görülmekle birlikte, sonrasında Winnicot, Bion ve onların devamındaki bazı analistler tarafından üstesinden gelinmenin ötesinde, faydalanılacak bir noktaya taşınmasını sağlamışlardır. Analiz süreci içinde olması ve anlaşılması gereken duygular şeklinde aktarıma yaklaşım değiştirilerek, terapötik araç olarak kullanılmaya başlanmıştır (Küey, 2016, s. 29).

2.7.1.3. Direnç

Freud, 1985 yılında Breuer ile birlikte yazdıkları Histeri Üzerine Çalışmalar eserinde direnç kavramını, kişinin kabul edemeyeceği bir düşünceyi, başka çağrışımlardan uzaklaştıran güç olarak tanımlamıştır (Freud, 1895, s. 208). Direnç, psikanalitik kür içinde kişinin bilinçdışına erişebilmesini ve bilinçdışı kavrayışına engel oluşturan, sözel veya eylemsel kendini gösteren her şey olarak tanımlanabilir. Tedavide kendini gösterdiği noktalar; seansa geç kalmak, seansa hiç gelmemek ya da unutmak, yapılan yorumları hatırlayamamak, çağrışımlara ara vererek sessiz kalmak, söylemek istediği şeyin unutulduğunun ya da söyleyecek bir şey bulamadığının, kalmadığının ifade edilmesi, meselenin etrafında dönüp dolaşmak ama bir türlü ifade edememek ya da önemsiz konulardan oldukça uzun şekilde bahsetmek şeklinde olabilmektedir. Kişinin gördüğü düşleri hatırlayamaması da bir direnç türüdür. Direnç, bireyin eylemlerinde de kendini gösterebilir. Sözel olarak ifade etmekten uzaklaşıp eyleme dökme yoluna gitmesi de bir direnç sayılabilir (Topçuoğlu, 2011, s. 432). Freud'a göre, hastanın bilmediğini söyledikleri, bilmek istemedikleridir. Psikoterapistin görevinin, hastanın çağrışımlarını engelleyen bu dirençlerin ortadan kaldırılması olduğunu vurgulamaktadır (Freud, 1895, s. 320).

2.7.1.4. Temkinli Yansızlık/Nötralite

Freud, analizin başlangıcında hasta ile analist arasında bir anlaşma yapıldığından bahseder ve bu anlaşmada iki önemli ögeye vurgu yapar. Biri hastanın analiste sunduğu içtenlik ilkesi, diğeri ise analistin hastasına karşı özenliliğidir. Özenlilik güvencesini, hastanın zihninin, onu etkileyen ancak

bilinçdışında olan malzemesini yorumlayarak, egosunun hakimiyetinden uzak kısımları üzerinde yeniden hakimiyet kurabilmesine yardımcı olacak bir ortam sunmak olduğu biçimde tanımlar (Freud, 1938, s. 396). Özenlilik ilkesi, yansız olmayı da içinde barındırır. Freud, analistin yansızlığı hakkında, tüm hislerini bir kenara koyarak sadece işine odaklanmış, ameliyatını ustalıkla gerçekleştiren bir cerrah titizliğinde olması gerektiğinden bahseder. Böylelikle hem hasta, hem analist için ideal koşullar gerçekleşebilecek, hastanın dirençlerini kuvvetlendirebilecek her türlü etkiler uzakta tutulabilecektir. *Terapötik gururun* da bir analist için istemeyen bir yaklaşım olduğunu ve böyle bir tutumun analisti, hastanın dirençleri karşısında çaresiz kılacak bir durum yaratabileceğini belirtir (Freud, 1912).

Hastanın anlattıklarını kişisel meraktan uzak, sorgulayıcı bir yaklaşımdan öte, içtenliği ve doğallığı koruyarak, anlatılanlar üzerinden kişiyi doyurmadan, taraf olmadan analiz etme, anlama ve yorumlamayı içerir. Anlatılanlara kişisel fikir beyan etmeden, hak verip/vermeden, eleştirmeden ya da suçlamadan, hastanın söylediklerini ‘neden tam da şuan hasta bana bunları anlatıyor’ şeklinde yaklaşmaktır (Köşkdere, 2011, s. 419-20).

2.7.1.5. Psikanalitik Çerçeve

Freud, psikanaliz için bazı uygulama kuralları belirlemekle birlikte çerçeve kavramını doğrudan kullanmamıştır. Ancak psikanalizin ilk zamanlarından beri çok tartışılan ve görüş ayrılıklarına neden olan konularından biri psikanalitik çerçevedir. Psikanalitik çerçevenin kapsayıcı, sınırlayıcı ve simgeleştirme işlevi vardır. Bireyin annesi yani öteki ile ilk ilişki kurduğu döneme yaptığı hatırlatma, psikanalitik çerçevenin anne rahmine benzer şekilde kapsayıcı ve çevreleyici olması, birincil duygulanımların ve tümgüçlülük düşlemlerinin oluşmasını sağlaması ve aktarımı kolaylaştırması çerçevenin kapsayıcı işlevidir. Kurallar ve yasaklar sınırlayıcı işlevidir. Bu işlev, zaman, mekan, para, psikanalizin yansızlığını vurgulayan yoksunluk kuralı ve bu kuralı kabul etmekle birlikte tümgüçlülük düşleminden vazgeçme alanlarını kapsar, bu yanılla da gerçekliğe vurgu yapar. Psikanalizin eylemden öte sözü ön plana çıkarması, dürtülerin eylem yoluyla boşalım sağlamanın önüne geçerek, bireyin düşlemeleştirme ve simgeleştirme yapabilmesine kolaylık sağlar. Dili

oluşturan sözel simgeleri kullanmak çerçevenin simgeleştirme işlevine vurgu yapar. Psikanalitik psikoterapiler için de bu çerçeve önem arz eder ve belirlenen çerçeve içinde hareket edilir (Parman, 2011, s. 390-93).

2.7.1.6. Serbest Çağrışım ve Dalgalı Dikkat

Freud, hasta ile yaptığı anlaşmanın içtenlik ilkesi ile düşüncelerini aktarma konusunda psikanalizin önkoşulu olarak gördüğü serbest çağrışımına vurgu yapar. Serbest çağrışım, hastayı belirli bir konu üzerine bir şeyler söylemeye yönlendirmektense, düşüncelerine bilinçli bir yönlendirmede bulunmadan, önemsiz, ilgisiz, anlamsız olduğu gerekçesiyle vazgeçmeden, aklına geldiği hali ile söylemeye davet etmektir. Freud, serbest çağrışımın gerçekten serbest olmadığını da vurgulamaktadır (Freud, 1925, s. 219-20). Freud, serbest çağrışım tekniğini kullanarak, düşünceleri bilinçli bir şekilde seçmenin önüne geçmeyi, bilinçdışı dirençleri ve bilinçdışı ile bilinçöncesi arasındaki sansürü ortaya çıkarmayı hedeflemiştir. Nedensellik ilkesine dayanarak, çağrışımların rastlantısal olmadığını, bireyin ruhsal karmaşasının belirleyici olduğu görüşü mevcuttur (Parman, 2011, s. 424).

Freud, 1912 yılında Psikanalitik Tedavi için Hekimlere Öneriler metninde, analiste hastalarını dalgalı dikkatle dinlemesi gerekliliğine vurgu yapar. Analistin herhangi bir konu üzerine dikkatini yönlendirmesinin, bazı noktalara sabitlenmesine, bir takım bilgileri göz ardı edebilme riski oluşturabileceğine, beklentileri ve kuramsal eğilimleri doğrultusunda dikkat kesilmesine neden olabileceği uyarısında bulunur. Not almak da dahil olmak üzere herhangi bir dikkat odaklanmasına neden olabilecek uygulamaları bir kenara bırakıp, analiste kendi bilinçdışını serbest bırakmasını önerir (Freud, 1912). Analist bilinçdışını serbest bıraktığında hastanın anlattıklarındaki bilinçdışı bağlantıları duyabilecektir. Bu uygulamadaki zorlukları aşmanın yollarından biri psikoterapistin kendi analizinden geçmesidir (Parman, 2011, s. 425).

2.7.1.7. Yorumlama

Freud, psikanalitik çalışmada direnci ortaya çıkarmak ve onu yenebilme amacıyla, başarılı bir uygulamasını yapabilmenin incelik ve deneyim gerektirdiği ancak öğrenmenin çok zor olmadığını belirttiği bir yöntem olarak *yorumlama sanatından* bahseder (Freud, 1925, s. 220). Psikanalizin yorumlama sanatı olduğunu ifade eder ve hastanın çağrışımları yoluyla ortaya çıkan malzemenin, başka anlamlar ifade edebileceğini göz önünde bulundurarak, bu anlamları irdeleme ve onu hastaya iletilebilmenin yolu olarak yorumlamanın önemini ele alır (Freud, 1922, s. 136). *Yorumlama*, hastanın düşlerinde, sakar eylemlerinde, dil sürçmelerinde, unutkanlıklarında, söyleminde görünür olana, analistin müdahalesi ile başka bir anlam kazandırılmasıdır (Tunaboşlu, 2011, s. 406).

Yorum sanatının kesin kuralları olmadığını, analistin deneyimi ve duyarlılığı, duyuşu ve tarafsız oluşuyla güvenilir sonuçlara ulaşılabileceğini belirtir (Freud, 1922, s. 137). Belli ölçüde özdenetim kazanan ve hastanın anlattıklarıyla oluşan bilgileri yorumlayan analistin, kendi analizinden geçmiş olmasının da etkisiyle, yaptığı yorumların isabetli, uygun ve kişisel etkilerden uzak olacağını belirtir. Yorumlama yaparken aceleci olmamak konusunda uyarıda bulunur. Erken, sabırsızca ve hızlıca yapılan yorumun, egonun bastırılmış malzemeye baş edebilmesine izin vermeden direnç oluşumuna neden olabileceğini, bu nedenle bastırılmış malzemeye yaklaştıkça yorum yapmanın daha uygun olduğunu belirtir (Freud, 1926, s. 314-5).

Hastanın serbest çağrışımla dile getirdiği duygu, düşünce, anı, arzu, düş gibi malzemelerin, görünürdeki ardındaki bilinçdışı anlamlarını ortaya koyabilmek için yorum yapılır. Yorumlamanın topografik bir ölçütü vardır; bilinç düzeyine yakın olan malzemelerle ilgili yorum yapılırken, hastanın hazır olmadığı yorumlamalardan uzak durulur (Tura, 2005, s. 32).

2.7.1.8. Düşler ve Çözümlemesi

Freud, 1900 yılında yayınlanan *Düşlerin Yorumu* eserinde amacının, her bir düşün, uyanıklık yaşamının zihinsel etkinlikleri gibi anlamı olan önemli bir

ruhbilimsel bir yapı olduğunu ve bunun düş yorumlamasını mümkün kılan bir teknikle ortaya konulabileceğini kanıtlamak olduğu belirtir. Kendinden önce düşler üzerine değinilmiş yapıtları inceleyerek, insanlığın düşlere yaklaşımıyla ilgili oldukça geniş bir literatür bilgisi sunar. Düşlerin uyanıklık yaşamı ile olan ilişkisi, düşlerin kaynağı, düş malzemeleri ile ilgili çeşitli görüşlere yer vererek, kendi tekniğinin incelikli oluşumunu ve kendisinden önce gelenlerden ayrıldığı noktaları detaylandırır. Tekniğin ayrıldığı en önemli noktanın, düşün belli bir unsurunun analistte yarattığı etkiden ziyade düşü görenin kendisinde oluşan etkinin olduğunu vurgular ve bu nedenle düşü yorumlama, analistten ziyade analizana bırakılır (Freud, 1900, s. 55, 151).

Freud, düşün içerik malzemesinin, yaşantıdan türetilmiş olduğunu, diğer bir deyişle düşte yeniden üretildiğini veya anımsandığını söyler. Bu düş içeriği malzemelerinin kaynaklarından bir tanesi çocukluk yaşantısıdır ve Freud bu malzemelerin *hiperamnezik* düşler ürettiğini söyler. Diğer bir düş malzemesi kaynağı, birkaç gün öncesine ait unsurlardan oluşmaktadır. Düşleri oluşturan bu yeniden üretilen malzemelerin, yaşantıdaki önemli görünen unsurlardan çok önemsiz ya da anlamsız görünenlerinden seçildiğini belirtir (Freud, 1900, s. 65-9, 70-2).

Freud, düşlerin kaynağını aldığı uyaranları ve işlevlerini netleştirmenin yanı sıra düşlerin tetikleyicisi olarak bilinçdışı arzuları merkeze almıştır. Bilinçdışı arzuları, kökenleri çocukluğa dayanan dürtü talepleri oluşturmaktadır. Düş işlevinin, dürtü taleplerinin doyurulmasına hizmet ettiğini, düşlerin istek doyurma olduğunu belirtir. Düşler, görünür içeriğinin yanında *düş düşüncesi* olarak adlandırılan gizli bir içeriğe sahiptir. Serbest çağrışım sayesinde, her düş ögesi ele alınarak, düş düşünceleri ortaya çıkarılır (Keser, 2011, s. 429-30). Freud, bir düşün anlamını ortaya çıkarılmasını sağlayan görünür içerikten ziyade, gizil içeriğin olduğunu söyler ve düşün gizil içeriğine, görünür içerikten yola çıkılarak, görünürdeki bu içeriklerle düş düşünceleri arasındaki ilişkiler incelikte araştırılarak ulaşıldığını belirtir (Freud, 1900, s. 11). Düşün uyandıktan sonra hatırlanan kısmını *görünür içerik* oluşturmaktadır. Bu içeriğin yorumlanmasıyla ulaşılan ise görünür içeriğin ardında saklı duran ve temsil edilen *düş düşünceleridir*. Düş düşüncelerini, görünür içeriğe dönüştürmeye *düş*

işlemi denir (Freud, 1913, s. 36). Düş işlemi esnasında *yoğunlaştırma* kullanılır. Yoğunlaştırma, bir düşün birçok unsur ve zengin bir içerik içermesine rağmen görünürde çok kısa ve özet görünmesini sağlar. Freud bu nedenle, bir düşün birçok farklı anlamı olabileceğini, hiçbir zaman tümüyle yorumlanmış kabul edilemeyeceğini belirtir. Yoğunlaşma işlemine bir örnek olarak, düşte görülen bir kişi imgesinin, birden fazla insanın birleşiminden oluşması sayılabilir. Freud bunu *kolektif ve bileşik tip* üretme olduğunu ve yoğunlaşmanın ana unsurlarından biri olduğunu söyler. Düş işlemiyle, düşün temel öğelerini içeren unsurlar, önemsizlermiş gibi gösterilebilirler ya da onların yerine düş düşüncelerindeki değeri daha az bir takım unsurlar geçebilir, buna *yer değiştirme* denir (Freud, 1900, s. 11, 27, 39). Düşler çoğunlukla görsel, az bir oranda ise işitsel malzemelerden oluşmakta, soyut kavramlar somut imgelere dönüştürülmektedir. Düş düşüncelerinin imgelere dönüştürüldüğü bu mekanizmaya *temsil edilme* denir. Düşlerde sansüre hizmet eden bir diğer mekanizma ise *ikincil düzeltme*dir. Bu mekanizma, çok rahatsız edici bir düş esnasında, bunun bir düş olduğunu duyumsatan veya birey uyandığında görülenin bir düş olduğuna dair müdahalede bulunan bir unsurdur (Keser, 2011, s. 430). Tüm bunlar uykunun sürdürülmesi ve bu sırada dürtünün doyumuna hizmet eder.

Düş çözümü, bir düşün bütün halinden bağımsız bir şekilde, düşü oluşturan öğelerin ayrıca ele alınarak, hastanın serbest çağrışımı esasına dayanarak yapılmaktadır (Keser, 2011, s. 431).

2.7.1.9. Psikanalitik Kuramın Travmayı Ele Alışı

Laplanche ve Pontalis, Psikanaliz Sözlüğü'nde psikanalizin, travmanın tıbbi tanımında kullanılan şiddetli bir şok, yaralanma ve organizmanın bütünü etkileyen sonuçları olmak üzere üç önemli noktayı ruhsallık alanına taşıdığını belirtirler. Ruhsal travmayı ise öznenin yaşamında, yoğunluğu ve karşı koymadaki yetersizliği ile tarif edilen, ruhsal organizasyonda karmaşıklığa sebep olan ve etkileri uzun süre devam eden olaylar, ekonomik terimlerle bakıldığında, travma öznenin tolerans gösterebileceğinden, başa çıkabileceğinden ve ruhsal olarak çözümleyebileceğinden daha fazla uyarının/uyarımın içeri girmesi ile karakterize olduğu şeklinde tanımlarlar (Laplanche ve Pontalis, 1967, s. 465). Yani Laplanche ve Pontalis, tıbbi tanımda

belirtilen bu önemli unsurların yanı sıra, yaşanan bu durumun kişide travmatik bir etki yaratmasında bireyin dayanıklılığı, gelen uyarıları yönetebilme ve özümseyebilme kapasitesinin de rol aldığını belirtmektedirler (Parman, 2017, s. 20). “Erken Cinsel Travmatizmin Freud Tarafından Bulunuşu” adlı metninde Didier Anzieu (1991), fiziksel travma dışında, ruhsal travmadan ilk kez bahsedenlerin Freud ve Breuer olduğunu belirtir. Charcot’nun 1880’li yıllarda histeri ve travmatik nevrozu birbirlerine yakınlattığını, onun çalışmaları sayesinde beyinde sinir sistemine etki eden bir durumun söz konusu olduğu görüşünün benimsenmeye başladığını, Freud ve Breuer’in ruhsal travmayı ele almalarında bir öncül olduğunu belirtir ancak travmanın ruhsal alanındaki yerini açanlar Freud ve Breuer’dir (akt. Parman, 2017, s. 25).

Freud ve Breuer, birlikte kaleme aldıkları *Histeri Üzerine Çalışmalar* (1985) eserinde, travmatik nevrozların oluşumunda fiziksel bir yaralanmadansa korku duygusunun belirgin rol oynadığını ve bunun ruhsal travma olduğunu belirtirler. Birçok histeri vakasında da başlatıcı neden olarak ruhsal travmaya rastlamakla birlikte korku, utanç ya da ruhsal acı gibi rahatsız edici duygulara neden olan bir deneyim de ruhsal travmaya benzeyebilmektedir. Böyle bir benzerlik oluşabilmesi için kişinin yatkınlığı önemlidir. Bazen de histeride bir tek büyük travmatik deneyim yerine aynı neden üzerinden birden fazla küçük deneyim birikerek etki gösterebilmektedir. Önemsiz gibi görünen bir deneyim, çok daha rahatsız edici ve kişiyi etkileyen bir olay ile birleştiğinde veya uyarılmanın kolaylıkla gerçekleşebileceği bir yatkınlık zamanında meydana geldiğinde, kendi başına etkili olamayacak bu durum böylelikle travmatik bir deneyim değeri kazanmaktadır. Ruhsal travma ya da bu travmanın anısı, uzun süreler geçse bile bireyin ruhsallığında yabancı bir cisim gibi davranmaktadır (Freud ve Breuer, 1895, s. 54).

Freud, 1920 yılında yayınlanan *Savaş Nevrotiklerinin Elektrikle Tedavisi Üzerine Resmi Görüş* metninde, travmatik olguları organik hastalıklar sınıfında değerlendirenler ile işlevsel bozukluklar olarak değerlendirenler arasında yaşanan tartışmalarda, savaşın sonlanmasından sonra çok daha fazla olgunun görülmesiyle birlikte, işlevsel bozukluklar olarak değerlendiren kişilerin görüşlerinin kabul gördüğü ve bu görüşü savunanların bir kısmının *zihinsel*

değişim kavramını kabul ettiklerinden bahsetmektedir (Freud, 1920b, s. 28). Yine aynı dönemde, başka bir metninde savaş sonrası ortaya çıkan tablonun mekanik bir şiddetin sinir sistemine etkisi sonucu organik bir hasar meydana gelme fikrinden uzaklaşıldığına değinmiştir (Freud, 1920a, s. 25).

Sarsıcı mekanik sarsıntı, tren çarpışmaları ve ölüm tehlikesi yaratabilecek çeşitli kazalar sonucu gerçekleşen olaylar o dönemlerde *travmatik nevroz* olarak adlandırılmıştır. Freud, travmatik nevroz görünümüne, yoğun öznel acının eşlik ettiğini, ruhsal yetide bir zayıflama ve parçalanma durumunun eşlik ettiğini belirtir (Freud, 1920a, s. 25). Bu durumun sadece mekanik şiddete maruz kalanlarda değil cephe gerisinde böyle ağır bir mekanik şiddete maruz kalmayanlarda da görüldüğünden bahsetmiştir (Freud, 1920a, s. 25; Freud, 1920b, s. 28). Travmatik nevrozda iki önemli unsur ön planda olmaktadır. Bunlardan biri, şaşırma ve korku (Freud ve Breuer, 1895, s. 54), diğeri ise aynı anda meydana gelen bir yaralanma ya da sakatlığın söz konusu olmasının nevrozu ortaya çıkarmada karşıt bir rol oynamasıdır. Freud bu noktada, korku, kaygı ve dehşetin aynı anlamda kullanılamayacağına dikkat çekerek, dehşetin beklenmedik bir tehlike anında ortaya çıkmasıyla şaşkınlık yaratan esas etken olduğunu vurgular (Freud, 1920a, s. 25).

Freud, uyarıların bireyde hoşnutsuzluk yaratan bir gerilim oluşturduğu, ruhsal süreçlerinse bireyi bu gerilimin azaltılacağı, hazzın oluşacağı bir yöne doğru yönelme eğiliminde olduğunu belirterek, bunu *ekonomik* bakış açısı olarak tanımlar ve *dinamik, topografik* unsurlara ekleyerek *metapsikolojiyi* oluşturan üç koordinatı bütünleştirir. Uyarılmanın artışı hoşnutsuzluğa, azalışı ise hazza denk gelmektedir (Breuer, 1895, s. 246-7; Freud, 1917, s. 354; Freud, 1920, s. 21; Freud, 1925, s. 236-37,369; Freud, 1938, s. 422). Ruhsal aygıt, içeriden ve dışarıdan gelen uyarılma durumunu olabildiğince az ya da en azından sabit tutma çabası içindedir ve bu da *sabitlik ilkesinden* (Breuer, 1895, s. 247) gelmektedir. Freud haz ilkesinin, sabitlik ilkesinden geldiğini ve sabitlik ilkesinin de Fechner'in *istikrar eğilimi* ilkesinin altında yer aldığını söyler. Ruhsallık hazza yönelik bir eğilim içindedir ancak hazzın egemenliği mümkün olmamaktadır, çünkü her zaman çabalar hazla sonuçlanmamakta ve güçler ya da ilişkiler

arasında bir çatışma söz konusu olmaktadır (Freud, 1917, s. 355; Freud, 1920, s. 22).

Freud, organizmayı basitleştirilmiş hali ile uyarılabilir bir maddeden oluşmuş bir veziküle benzeterek, organizmanın kendini ölümden korumak amacıyla dış cephesinin değişim göstererek bir *kalkan* oluşturduğunu söyler. Uyarı kalkanını delebilecek kadar kuvvetli olan dış uyaranları *travmatik* olarak adlandırır. Travmatik dış uyarıcılar, organizmanın olağan enerji dengesinde bir bozulmaya yol açar ve tüm savunmaları harekete geçiren bir etki yaratır. Haz ilkesi de bu esnada devreden çıkar. Ruhsal aygıt, şiddetli uyarının etkisinden korunamaz hale gelir ve bu uyarana başa çıkabilmek, uyarının güçlü enerjisini ruhsal olarak bağlayabilme ve son olarak da bundan kurtulabilme sorunları meydana gelir. Organizmanın yoğun olarak gelen bu uyarana, *karşı yatırım* olarak tüm enerji gücünü bu noktaya yönlendirir. Bu nedenle de ruhsal becerilerinde bir felç durumu ortaya çıkar. Sistem, kendisine gelen enerjiyi alarak, onu durağan bir yatırıma çevirir. Kendine olan bu durağan yatırım ne kadar yüksek olursa, bağlayıcı kuvveti de o derece yüksek, ne kadar düşük olursa koruyucu kalkanın yıkım etkileri o denli büyük olacaktır. Travmatik nevroz da bu denli bir yıkıcı etki yaratmaktadır. Travma, korku ve yaşama yönelik tehdit nedeniyle oluşmaktadır (Freud, 1920a, s. 39-41). Travmatik nevrozda sıklıkla karşılaşılan diğer bir durum, olayın bir kez yaşanması ile belirtilerin uzun seneler sürmesi arasındaki orantısızlıktır. Çocuklukta yaşanmış bazı olaylar, yaşanan bu olayın bu denli uzun yıllar sürmesine ve aşırı, ağır belirtilerin oluşumuna neden olmaktadır (Freud ve Breuer, 1895, s. 52). Nevroz oluşumu, yalnızca dışsal tehlike gibi nedenlere bağlı olarak gelişmemekte, bireyin ruhsal aygıtının derin katmanları da devreye girmektedir. Ölüm korkusu, kastrasyon korkusu ile benzerlik göstermektedir. Böyle bir durumda ego, koruyucu süperego tarafından terk edilme ve tehlikeler karşısında korumasız kalmaya da tepki göstermektedir (Freud, 1926, s. 265-6).

Freud, 1926 tarihli *Ketlenme, Belirti ve Kaygı* metninde, kaygının kökenine dair önceki görüşlerinden farklı bir yaklaşım benimsemiştir. Kaygının kökeni hakkında benliği ele alan yeni hipotezler öne sürmektedir. Yeni görüşünde kaygıyı, ayrılma ve nesne kaybı korkusu anlamı içerebilecek bir

tehlike durumunda benliğin deneyimlediği bir duygulanım olduğu şeklinde yorumlamaktadır. Freud, bu metinle birlikte kaygı türleri tarifler; gerçek bir tehlike durumunda oluşan kaygı, travmatik bir olay karşısında oluşan ve güçsüz benliği kaplayan otomatik kaygı, kişinin tehlikeli durumu öngörmesi ile oluşan kaygı sinyali (Quinodoz, 2016, s. 239).

Ketvurmalar, Belirtiler ve Anksiyete (1926) metnine ek olarak yazdığı *Anksiyete Hakkında Tamamlayıcı Görüşler* bölümünde, metin içinde el aldığı kavramları toparlar. Burada, anksiyetenin iki özelliğinden bahseder. İlki, bir şey hakkındaki anksiyeteye, *beklenti anksiyetesi* demektir. İkincisi, bu anksiyetenin *belirsizlik ve nesne eksikliği* niteliği olduğuna vurgu yapar. Eğer bir nesnesi olursa bu *korkudur*. *Gerçekçi anksiyete*, bilinen gerçek bir tehlike karşısında oluşur ve iki tepki meydana gelir; duygulanımsal bir tepki olarak anksiyete patlaması olabilir, bir de korunmaya dair bir eylem oluşur. Freud burada, nevrotik anksiyetenin de dürtüsel bir tehlike durumunda benzerlik olduğunu söyler ve bazen gerçekçi anksiyete ile nevrotik anksiyete niteliklerinin birbirine karıştığından bahseder. Nevrotik bir öğenin söz konusu olduğu durumda gerçek tehlikeli durum karşısında aşırı bir anksiyete oluşmaktadır (Freud, 1926, s. 299-300).

Bireyin tehlikeli durum karşısında, tehlikenin niceliği ile kendi gücünü değerlendirmesi sonucunda, kendisinde bir çaresizlik hissedebilir. Bu tehlikeli durum gerçekçi bir nitelikteyse fiziksel çaresizlik, dürtüsel bir nitelikteyse ruhsal çaresizlik oluşturur. Bu çaresizlik durumunu *travmatik durum* olarak belirtir. Travmatik durum ile *tehlikeli durumu* ayrı ele almayı önerir. Kişide çaresizlik uyandıran durum karşısında, onun ortaya çıkmasını beklemektense, böyle bir durumu öngörebilir ve kestirebilirse kendini korumaya yönelik bir beceri elde etmiş olacaktır. Kişide bu beklentiyi uyandıran durumu *tehlikeli durum* diye adlandırmayı önerir. Tehlikeli durum, bireyin deneyimleri ile bağlantılandırılarak *anksiyete sinyali* oluşturur. Bu anksiyeti sinyali, benzerlik nedeniyle oluştuğu için gerçekleşme dahi kişiyi benzer davranışa yöneltir. Bu nedenle Freud, anksiyetenin hem travmatik durumun bir beklentisi, hem onun daha hafifletilmiş bir tekrarı olduğunu belirtir. Başta belirtmiş olduğu anksiyenin iki önemli özelliğini bu farklı iki kökene dayandırır; anksiyetenin beklenti ile

olan bağlantısı tehlikeli durumla, belirsizliği ve nesne eksikliği ise travmatize edici çaresizlik durumu ile ilgili olduğunu söyler. Freud, kavramları tekrar özetleyerek birbiri ile bağlantılandırır. Tehlikeli durum, tanınan, hatırlanan, deneyimlenmiş, beklenen bir çaresizlik durumudur. Anksiyete, travmatik durumdaki çaresizliğe karşı oluşturulan birinci tepkidir ve daha sonra tehlikeli bir durum oluştuğunda yardım sinyali şeklinde tekrar üretilir. Benlik travmatik durumu ilk başta edilgin bir şekilde yaşarken daha sonra onu daha zayıflamış hali ile etkin bir biçimde tekrar ederek, gidişatı üzerinde değişiklik yapabilme, onu kontrol altına alabilme umudu taşımaktadır (Freud, 1926, s. 300-1).

Freud, travmatik nevrozların düşlerinin, sürekli olarak travma durumuna götürmesini, haz ilkesinin devreden çıkarak daha köklü bir işlevin ortaya çıkmasından kaynaklandığını söyler. Bunun aktarımında da ortaya çıkan *yineleme zorlantısı* olduğunu söyler. Travmatik nevrozların düşlerindeki bu yineleme, bir yandan uyaranla başa çıkma amacına hizmet etmektedir (Freud, 1920a, s. 43).

2.7.2. Davranış Terapisi

Davranış, kısaca gözle görülen eylemler ve tepkiler olarak tanımlanır. Davranış terapisi ise kişilerin kaybolan işlevselliğini yeniden kazandırmak ve yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla, davranışları değiştirmeye odaklanan bir terapi sistemidir. Zihinsel içeriğin herkes tarafından gözlenemeyeceği, bilimsel araştırmaya tabi tutulamayacağı görüşünden yola çıkarak zihinsel süreçler yerine, herkes tarafından görülebilen açık davranışlar ve çevresel etkileri üzerine odaklanır (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2016, s. 877).

Davranış terapisinde sistematik duyarsızlaştırma, gevşeme eğitimi, hiyerarşi listesi, uyarana duyarsızlaştırma, terapötik aşamalı alıştırmaya, taşıma, katılımcının model alması, sanal gerçeklikle uyarana alıştırmaya, girişkenlik eğitimi, sosyal beceri eğitimi, tiksindirme terapisi, olumlu pekiştirme (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2016, s. 877-882) gibi teknikler kullanılmaktadır.

2.7.3. Bilişsel Psikoterapi

Bilişsel terapi, kişinin yaşamakta olduğu sorunların, gerçeklikteki bazı çarpıklıklara neden olan yanlış varsayım ve ön yargılardan kaynaklandığını benimsemektedir. Kişinin bilişsel gelişim sürecinde gerçekleşen hatalı öğrenmeleri nedeniyle yanlış kavramsallaştırmalar oluşmaktadır. Terapistin görevi, hastaya düşünme sistemindeki bu çarpıklıkları fark edip yakalayabilmesi ve sorunlara yaklaşımda daha gerçekçi alternatif yollar oluşturabilmesi için yardımcı olmaktır (Beck, 2008).

Beck, psikoterapi ve ruhsal rahatsızlıklarda bilişin rolü üzerine düşüncelerinin oluşma sürecinde bir hastasının seansların birinde, kendisini eleştirdikten sonra, bu hastanın bu eleştiriden dolayı suçluluk duygusu ifade ettiğini belirtir. Bu hasta Beck'in diğer hastalarda da söylemedikleri bir düşünce dizisi olduğunu keşfetmesini sağlamıştır. Hastalar, eğer dikkatleri o noktaya çekilmezse, anlatmadıkları bu düşünceleri fark etmemektedirler. Bu düşüncelerin ortak özellikleri otomatik ve hızlı ortaya çıkmalarıdır. Bu nedenle Beck onları otomatik düşünceler olarak adlandırmıştır. Hastaların bu düşünceleri fark edebilmeleri için anlatmadıkları düşüncelerini gözlemlenmeleri konusunda eğitilmeleri gerektiğini söylemiştir (Beck, 2008, s. 36-41).

Bilişsel terapi ruhsal rahatsızlıkların oluşumunda, biyolojik, çevresel ve bilişsel faktörlerin etkileşiminde ortaya çıkabilen sorunun sürmesinde, bilişsel etkenlerin önemli bir rolü olduğunu, ruhsal ve davranışsal problemlere neden olabilen düşüncelerin, bilgi işleme sürecindeki bazı yanlışlıklardan veya bilişsel eksikliklerden kaynaklandığını savunur. Bu nedenle duygu, düşünme ve davranış arasındaki ilintileri belirleyerek, sorun yaratan anlam atıflarını ve yorumları birey için işlevsel ve gerçeğe daha uyumlu olanlarla değiştirmeye odaklanır (Türkçapar, Sungur ve Sargın, 2009, s. 97-8).

Bilişsel terapide, yönlendirilmiş keşif, çifte standart tekniği, alternatif açıklamalar, davranış teknikleri, mantıksal çürütme, ampirik çürütme (Türkçapar, Sungur ve Sargın, 2009, s. 117-129) gibi teknikler kullanılmaktadır.

2.7.4. Bilişsel ve Davranışçı Psikoterapiler

Albert Ellis'in düşünceyi ele alarak kurmuş olduğu, bireylerin ruhsal rahatsızlık yaşamalarındaki nedenlerin kişinin akılcı ve gerçeğe uygun olmayan inançlarının büyük ölçüde etkisi olduğunu savunduğu Akılcı Duygusal Terapi ve Beck'in kurucusu olduğu Bilişsel Terapi, düşüncenin ruhsal sorunların oluşmasındaki yerini sağlamlaştırmıştır. Davranışçı terapinin cevaplamamış olduğu sorunlara çözüm getiriyor olmasıyla birlikte, 1980'li yıllarda birçok davranışçı terapist, bilişsel terapiyi de kullanım alanına dahil etmiş ve böylelikle bu iki sistemin birlikte kullanımını Bilişsel ve Davranışçı Terapiler adını almıştır. Bilişsel ve Davranışçı Terapi, öğrenme kuramları ve bilişsel psikoloji ilkelerine dayanarak, uyum bozucu davranış ve duyguların değiştirilmesi için uğraşan, terapistlerin davranış ve bilişsel teknikleri kendi pratiklerine göre seçebildiği bir sistemdir (Türkçapar, 2017, s. 35,55).

2.7.5. Anlatısal/Öyküsel Maruz Bırakma Terapisi

Anlatısal/Öyküsel Maruz Bırakma Terapisi (NET), özellikle örgütlü şiddet gibi travmatik deneyimlere maruz kalmış, TSSB yaşayan bireylere, kısa zamanlı ve hızlıca tedavi hizmeti sunabilmek amacıyla oluşturulmuş, maruz kalma bileşenlerini içeren bir terapi sistemidir (Schauer, Neuner ve Elbert, 2005'den akt Robjant ve Fazel, 2010; Onyut, ve diğerleri, 2005). Yüksek gelirli ülkelerde, mülteci kamplarında, sığınmacı ve mülteci olan kişilerin ihtiyaçlarını pragmatik bir şekilde karşılamak için kullanılmaya başlanmıştır. Travmatik deneyimlerin kişinin yaşam öyküsü bağlamında ele alınması ve bu deneyimlerin kişinin öyküsünde oluşturduğu kopuklukları gidererek tutarlı bir anlatıya dönüştürülmesini içerir (Robjant ve Fazel, 2010).

Çoklu olumsuzluklar ve stresörlere maruz kalma nedeniyle travma ağı genişlemekte ve bireyde travma ile ilgili acı yaşantısına yol açmaktadır. Kişi ipuçlarını bağlamsallaştıramamakta ve böylelikle geçmişte yaşantılananlar güncele dönüşmektedirler (Elbert, Schauer ve Neuner, 2015, s. 232).

NET sistemine göre, travmatik hafıza temsillerinin yapısı göz önüne alındığında, bireydeki tetikleyici etkenlere odaklanarak, *sıcak bellek* ve *soğuk*

bellek bileşenlerini birleştirmeye odaklanmak gerekmektedir. Bu nedenle NET sisteminde, terapistin yardımıyla, bireyin travmatik deneyimlerine odaklanarak yaşam öyküsünün kronolojik bir anlatımı gerçekleştirilmesi sağlanır. Seans sayısı genellikle önceden belirlenmekte ve ortalama 4-12 seans ve 90 dakikalık oturumlar şeklinde yapılmaktadır ve bu oturumlarda travmatik yaşantıların parça parça anlatımları, kişinin yaşamıyla tutarlı bir anlatıya dönüştürülmektedir. NET uygulayan bir terapistin tutum ve davranışlarının temel bileşenleri, empatik anlayış, aktif dinleme, uyumluluk ve koşulsuz saygıdır (Elbert, Schauer ve Neuner, 2015).

Terapist, kişinin travmatik deneyimlerinin yarattığı duyuşsal bilgiyi de göz önünde bulundurarak, yaşananların bilişsel, duyuşsal ve fizyolojik etkilerini tek tek araştırır. Bireyi *şimdi ve burada* ile bağlantıyı kaybetmeden anlatırken bu deneyimleri yeniden yaşamaya teşvik eder. Duyguların ve fizyolojik tepkilerin, sıcak anıların aktive olmasından kaynaklandığını tekrar tekrar hatırlatarak, anımsatıcıları zamana ve mekana yani soğuk belleğe bağlar. Hayalinde canlandırma ile geçmiş travmatik deneyimlere maruz bırakma uygulaması, kişinin bunlarla ilgili korku ve duygulanımları sona erinceye kadar devam ettirilir (Elbert, Schauer ve Neuner, 2015).

2.7.6. Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR)

EMDR, bir kuram olmamakla birlikte özellikle travma alanında kullanılan bir yöntem olması nedeniyle bu bölümde açıklanacaktır.

EMDR yöntemini keşfeden Francine Shapiro, yöntemin adında geçen göz hareketleri ile duyarsızlaştırmanın, çift yönlü dikkat uyarılarından sadece bir tanesi olduğunu, yöntemin amacının sadece kaygıyı azaltmak olmadığını, aslında bu yöntem *Yeniden İşleme Terapisi* isminin daha uygun olduğunu vurgulamaktadır. Çift yönlü dikkat uyarımının EMDR süreçlerinin sadece bir bileşeni olduğunu, yöntemin etkilerine ulaşmak için imgelere, kognisyonlara, bedensel duyuşlara, artmış farkındalığa ve kişiler arası etkileşimlere önem verildiğini belirtmektedir. EMDR'ın amacınınsa kişiyi işlevsizleştirici geçmiş deneyimlerinin etkilerinden kurtararak, sağlıklı ve işlevsel bir şimdi yaşantısında ulaştırmak olduğunu söylemektedir (Shapiro, 2016, s. 33-4).

EMDR, birçok psikoloji kuramından parçaları bir araya getirmektedir. Psikedinamik terapinin etiyolojik olaylara atfettiği önem, davranışçı terapinin şartlı refleksi, bilişsel terapinin inançları, deneyimsel terapinin duyguları, hipnotik terapilerdeki imgeleştirme gibi örnekleri barındırmakla birlikte EMDR'ın işleyişini açıklamak için *Adaptif Bilgi İşleme Modeli* geliştirilmiştir. Bu modele göre, kişinin erken dönem anılarının etkisi, güncelde yaşanan olayın, erken dönemde yaşananlarla biçimlenmiş olumsuz duygu ve inançları tetikleyerek ortaya çıkarmasından kaynaklanmakta ve kişinin geçmişteki bu anılardan bağımsız davranamamasına sebep olmaktadır. Travmatik anıların bellekteki depolanması dahil işlevsellikten uzak doğası nedeniyle, olumsuz duygu ve inançların bireyin geçmişinden geleceğe taşınmasına neden olmaktadır. EMDR ile hedeflenen; bu anıların işlenerek daha olumlu duygu ve inançların nörofizyolojik ağlar sayesinde, bireyin ilgili anılara genellemesinin sağlanması ve yaşanan yeni olaylarda daha işlevsel davranışlarda bulunmasını sağlamaktır. Bireyin vücudunda oluşan fiziksel bir yaranın kendiliğinden iyileşmesi gibi psikolojik kendiliğinden iyileşmeye eğilimi olmasına rağmen, bu eğilim travmanın etkisi ile engellenebilmekte ya da dengesi bozulabilmektedir. Böylelikle uyum bozucu tepkiler ortaya çıkabilmektedir. Engelleme kaldırıldığında ise işleme devam etmekte ve bilgi, adaptif çözüm üretme ve işlevsel bütünleşmeyi sağlamakta kullanılır. Yani bireyin olayla bağlantılandığı görüntüler, duygular ve inançlarında bir değişim meydana gelir. Bu değişim olumlu ve uyuma doğru bir değişimdir (Shapiro, 2016, s. 35, 55-60).

2.8. İşkence İle İlişkili Oluşan Ruhsal Hastalıklarda Uygulanan Psikoterapiler ve Etkililikleri

Weiss ve arkadaşlarının, 2008-2014 yıllarını kapsayan, uluslararası işkence ve travma topluluklarını bilgilendirmek amacıyla yaptıkları kapsamlı bir literatür taramasında 88 çalışma değerlendirmeye alınmıştır. Bu çalışmalar bir çok terapi kolunun ayrı ya da birlikte kullanımını içermekte olup 37'si BDT, 19'u psikososyal, 18'i multidisipliner, 10'u holistik terapi, 9'u farmakoterapi, 5'i mutliterapi, 3'ü psikedinamik, 1'i kişilerarası terapi şeklindedir. Bu çalışmaların 78'i TSSB belirtilerine odaklanmıştır. Analiz sonuçlarında, maruz kalmayı içeren BDT, TSSB'yi gidermek için sivil toplum kurumlarına önerilen,

etkililiği en fazla kanıtlanan terapi sistemi olmuştur. Umut verici terapiler ise Öyküsel Maruz Bırakma Terapisi (NET), Kişilerarası Terapi, Farmakoterapi (Tek Başına), Çok Disiplinli Terapiler (BDT ve Farmakoterapi ile birlikte uygulananlar) olarak değerlendirilmiştir. Psikodinamik tedavi etkinliği ise belirsiz olarak değerlendirilmiş olup, kodlamayı yapan kişinin makale içeriğinden TSSB belirtilerinin sonuçlarını belirleyemediği bir durum olarak not düşülmüştür. Yapılan çalışmada 55 müdahale kolu depresyon tedavisine odaklanmış olup depresyon tedavisi için sivil toplum kuruluşlarına önerilebilecek olan tedavi şekli yine maruz kalmayı içeren BDT olmuştur. Umut verici müdahaleler, Öyküsel Maruz Bırakma Terapisi, Kişilerarası Terapi, Farmakoterapi (tek başına), Çok Disiplinli Yaklaşımlar (BDT ve Farmakoterapi bileşenlerini içeren) şeklinde verilmiştir. 55 müdahale kolunun 23'ü BDT, 10'u multidisipliner, 8'i psikososyal, 6'sı farmakoterapi, 3'ü holistik terapi, 3'ü multiterapi, 1'i kişilerarası psikoterapi, 1'i psikodinamik terapi kullanan araştırmalara aittir. Psikodinamik müdahaleyi Yalom Grup Psikoterapisi oluşturmakta olup anekdot rapordur ve depresyon belirtilerinde azalma göstermiştir (Weiss ve diğerleri, 2016). Bu çalışmada bahsedilen ve psikodinamik müdahale koluna dahil edilen çalışma Amerika'ya göç etmiş Kamboçyalı 15 mülteci kadınla yapılmıştır. Kadınlarda belirgin olarak görülen psikiyatrik rahatsızlıklar anksiyete, depresyon ve TSSB'dir. 2 yıl boyunca yapılan Yalom Grup Psikoterapisi'nde ana temayı üzüntü, depresyon ve kaygı ile nasıl baş edebilecekleri oluşturmuştur. Çalışmanın sonunda bu belirtilerdeki azalmanın yanında, benlik saygılarında ve işlevselliklerinde artış sağlanmıştır (Nicholson ve Kay, 1999).

Kinzie ve diğerlerinin (2012) yapmış oldukları bir çalışma, şubat 2009 ile ocak 2010'a kadar başvuran 22 işkence mağduru mülteci ile Oregon Health&Science University'nin mültecilere hizmet veren psikiyatri kliniğinde yapılmıştır. İşkence mağduru bireyler, İran, Afganistan, Somali, Etiyopya'dan Amerika'ya gelmiş kişilerdir ve araştırma sonuçları hastaların bir yıllık tedavi sonuçlarını vermektedir. Araştırmada kullanılan tedavinin, kapsamlı değerlendirme, eğitim, destekleyici psikoterapi, ilaç ve etnik danışmanlık içermekte olduğunu belirtmişlerdir. 22 kişinin hepsinde depresyon tanısı, 17'sinde ise TSSB tanısı mevcuttur. TSSB tanısı olan hastalar için bir yıllık

tedavi sonuçları olumlu olarak belirtilmiştir. Tedavi içeriğindeki ilaç uygulamasının özellikle kabus ve sinirlilik halinin giderilmesinde etkili olduğu bildirilmiştir. Depresyon tanısı almış 22 hastanın 20'sinin bir yıllık tedavi sonuçları olumlu olarak belirtilmiştir.

Rwandan soykırımı yetimleri ile yapılan bir çalışmada, TSSB için Öyküsel Yüzleştirme Terapisi ile Kişilerarası Psikoterapi'yi karşılaştırmışlardır. Başvuran 26 kişinin, 14 kişi kişilerarası psikoterapinin grup uyarlaması ile 12 kişi bireysel öyküsel yüzleştirme terapisi ile tedavi görmüştür. Bireysel öyküsel yüzleştirmenin son oturumunda yas rehberliği uygulanmıştır. Tedavi programı 4 haftalık seanslardan oluşturulmuş ve sonuç ölçümleri tedaviden 3 ay sonra ile 6 aylık izlemede TSSB ve depresyonun tedaviden önceki durumu için belirlenmiştir. Araştırma sonucunda her iki terapi grubu arasında anlamlı bir fark bulunamadığı belirtilmiş ve bazı ayrıntılar sebebiyle bireysel öyküsel yüzleştirme terapisinin, grup temelli yas terapisi ile birlikte verilmesinin soykırım nedeniyle kayıplar yaşamış, TSSB ve depresyon semptomları yaşayan bireylerin tedavisi için etkili olduğu vurgulanmıştır (Schaal, Elbert ve Neuner, 2008).

Holmqvist ve arkadaşları (2006), İsveç'teki Linköping University Hospital'a bağlı Medical Center for Refugees'de, savaş ve işkence mağduru 14 mülteci ile yapmış oldukları kendilik imajındaki değişimler ve TSBB belirtilerinin kısa süreli terapi ile değişimini inceledikleri bir araştırmanın sonuçlarında, TSSB belirtilerinde hatırı sayılır bir düzelme, kendilik imajındaki ise ılımlı değişimler olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmadaki terapistler kısa süreli psikodinamik psikoterapi kullanmışlardır.

Amerika'ya mülteci olarak gelen, ülkesinde açlık, dayak, keyfi infaz tanıklıkları, aile üyelerinin ayrılması gibi işkenceye maruz kalan, TSSB'si ve komorbid MDB'si olan 23 Kamboçyalı mültecinin ilaç tedavisi ile birlikte destekleyici psikoterapi gördüğü 10 yıllık tedavi sonuçlarının değerlendirilen bir çalışmada, semptomlarda azalma görülse de takiplerde TSSB semptom nüksleri ile karşılaşabildiği, bu nedenle kısa süreli değerlendirme ve takiplerin uygun olmadığı bildirilmiştir (Boehnlein ve diğerleri, 2004).

Eski Yugoslavya savaş döneminde doğrudan travmatik yaşantıya maruz kalan ve TSSB tanısı olan bireylerde, psikoterapi etkinliğinin ve tedaviden 12 ay sonraki iyileşme durumunun incelendiği bir araştırmaya, Bosna-Hersek (Saraybosna), Hırvatistan (Rijeka ve Zagreb) ve Sırbistan (Belgrad)'da olmak üzere dört tedavi merkezi dahil edilmiştir. Çalışmaya 463 kişi ile başlanmış olup 12 aylık takip görüşmesi 380 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Psikoterapi yöntemi olarak, psikoeğitim, bilişsel-davranışçı, psikodinamik, gevşeme, EMDR ve medikasyon kullanılmıştır. 12 ay sonunda görüşülen 380 kişiden 55'inde (%14'ü) TSSB kriterlerinin artık karşılanmadığı görülmüştür. Örneklemin %86'sında tanı kriterlerini karşılama açısından bir değişiklik olmaması nedeniyle tedavi başarı oranı düşük olmakla birlikte tüm örneklem için semptomlarda azalma ve yaşam kalitesinde artışın istatistiksel olarak anlamlı ancak küçük olduğu belirtilmiştir (Priebe ve diğerleri, 2010). Bu çalışmada hangi psikoterapi yönteminin ne kadar etkili olduğu konusunda bir bilgiye yer verilmemiştir.

1980-2010 yılları arasında yetişkin işkence ve travma mağdurlarına uygulanan terapilerin etkililik çalışmalarını inceleyen bir araştırmaya 40 çalışma dahil edilmiştir. Bu çalışmaların çoğunluğu (%60) TSSB üzerinedir. İnceleme sonucunda müdahale çalışmalarının %90'ının etkili ve etki büyüklüklerinin orta ile büyük olduğu belirtilmiştir. Tedavi etkileri 3 ile 18 ay kadar değişen sürelerde devam ettiği bildirilmiştir. Yapılan bu incelemelerde hangi tedavinin kimler için daha uygun olduğu ya da bir tedavinin diğerinden üstün olup olmadığı hakkında bir bilgi edinilemediği belirtilmiştir (McFarlane ve Kaplan, 2012).

İşkence mağdurlarının rehabilitasyonu için geliştirilmiş psikososyal sistemin etkinliğinin değerlendirildiği Afrika'da bulunan Center for Study of Violence and Reconciliation'da yapılmış yarı deneysel bir çalışmada, işkenceye maruz kalmış bireyler, tedavi grubu ($n = 44$) ve bekleme listesine dahil edilen karşılaştırma grubu ($n = 38$) olarak ikiye ayrılmıştır. Tedavi grubundaki bireyler çalışmanın başlangıcında tedaviye alınmış olup karşılaştırma grubundaki kişiler ise çalışmadan 3 ay sonra tedaviye alınmıştır. Aynı zamanda karşılaştırma grubu 3 ay süren bekleme sürecinde iki haftada bir telefon görüşmesi, hukuki, tıbbi ve

insani yardım için öneriler, psikoz, intihar veya acil başka bir sorun olması halinde talep etmeleri durumunda destek almışlardır. Ölçümler her iki gruba da çalışma başlangıcından önce, çalışma başlangıcından 3 ay sonra ve ikinci ölçümden 3 ay sonra yani çalışma başlangıcından 6 ay sonra yapılmıştır. Başlangıçta yapılan ölçümlerde tedavi grubunun kontrol grubuna göre psikolojik sağlık ve işlevselliğinin daha iyi durumda olduğu belirtilmiştir. 3 ay sonucunda yapılan ölçümden iki grup arasındaki farklılık, araştırmanın tedavi grubunun karşılaştırma grubuna göre uygulamadan daha fazla yararlanmış olacağını yönündeki beklenen hipotezinin kanıtlanması açısından istenen sonucu vermediği belirtilmiş olup bireyler anksiyete ve işlevsellik açısından gelişmeler göstermişlerdir. 6 ay sonucunda yapılan ölçümler her iki gruptaki katılımcı sayısındaki azalmalar üzerinden yapılmıştır (Tedavi grubu $n = 20$, karşılaştırma grubu $n = 16$). Başlangıçtan 6 ay sonuna kadar olan süreç değerlendirilmesinde karşılaştırma grubundaki iyileşme alanları tedavi grubuna göre daha fazla görünmektedir. Aradaki bu farklılıkların gruplarda kalan ve ayrılan katılımcı işleyişlerinden kaynaklanabileceği belirtilmiştir. Örneğin; 3 ay sonra tedavi grubundan ayrılan bireyler psikolojik sağlık ve fonksiyonellik açısından iyileşme gösterenlerden oluşurken, karşılaştırma grubundan ayrılan bireyler genel iyileşme düzeyi göstermeyen bireylerden oluşmaktadır. Araştırma neticesinde her iki gruptaki bireyler araştırma başlangıcından 6 ay sonuna kadar olan süreçte iyileşme göstermişlerdir (Dix-Peek ve Werbeloff, 2018).

2.9. İşkence ve Travma İle Çalışan Psikanalitik Yönelimli Psikoterapistlerin Yayın İncelemeleri

Norveç Şiddet ve Travmatik Stres Araştırma Merkezi'nde araştırmacı olan psikanalist Sverre Varvin, işkence, sistematik şiddet ve buna benzer travmalara maruz kalmış bireylerde psikanalitik tedavinin yararları üzerine çeşitli çalışmalar yapmıştır. Varvin, travmatik bir deneyimin bireyde yarattığı etkinin olayın şiddetine, karmaşıklığına ve süresine, aile içi ya da dışsal oluşuna, bireyin gelişim evresine bağlı olduğunu belirtir. Meydana gelen bu etkinin merkezinde esasen travmanın bireyin içsel nesne ilişkilerini nasıl etkilediğine, örneğin erken dönem travmatik ilişkilerin aktifleşip aktifleşmediği, travmatik yaşantıdan sonra algılanan destek ve tedavinin etkisinin olduğunu belirtir. İnsan eliyle oluşturulan travmalar bireyin içsel nesne ilişkilerini farklı

şekillerde etkilemektedir. Güncelde yaşanan travmatik deneyim, kendisine az çok benzerlik gösteren erken dönem travmaları aktive edebilir, bu nedenle mevcut travmayı daha erken kayıplarla, aşağılanmalarla daha travmatik deneyimler. Erken dönemde yeterli-güvenli ilişkiler kurulmuş olsa bile, otoriter bir baba figürü ile işkenceci kaynaşabilmekte, babanın yeterince iyi olan tüm yönleri travmatize edici ilişkilerin etkisi altında kalarak silinebilmektedir (Varvin, 2016). Ağır travmalar insan ilişkilerinin; beden-dünya boyutu denilen duyguları düzenleme, kişisel bakım, temel kimlik sorunları gibi intrapsişik ve kişilerarası fonksiyonlarla ilgili yakın ilişkiler düzeyinde, özne-grup boyutu denilen bireyin kişisel kimlik ve gelişimsel düzeyinin değerlendirildiği grupla olan ilişkileri düzeyinde, özne-söylem boyutu denilen birey ve grup seviyelerinde ilişkileri ve gelişimleri anlamlandıran ve stabilize eden anlatıların oluşturulduğu kültürel ve söylem düzeyinde olmak üzere üç düzeyde istikrarsızlaşmasına neden olmaktadır (Rosenbaum ve Varvin, 2007). Bunlar göz önünde bulundurulduğunda, savaş, soykırım, ağır işkence gibi şiddet içeren sosyal bağlamlarda travmatize olmuş bireylere yaklaşımda, sağlık ve hastalık davranışı, psikopatoloji ve gelişim üzerindeki sosyal ve kültürel etkilere duyarlı olunmalı ve dikkate alınmalıdır (Varvin, 2016). Varvin (2016), psikanalitik psikoterapi ile 1,5 sene çalıştığı işkence görmüş ve çeşitli travmatizasyonları olan mülteci bir vakasını örnek vererek, psikanalitik psikoterapinin işleyişi ve hastadaki değişim hakkında detaylı bilgi verir. Bu örnekle travmatize bireylerde psikanalitik psikoterapinin yararları hakkında sistematik olmasa da faydalarını gösteren bir vaka çalışması sunar. Bir başka vaka örneği olarak Rosenbaum ve Varvin (2007) 6 sene psikanalitik psikoterapi ile çalışılmış, işkence ve çoklu travmatizasyonu olan mülteci bir hastadaki değişimleri sunarlar.

Bir dönem Latin Amerika Psikanaliz Fedarasyonu başkanlığı da yapmış olan Marcelo N. Vinãr, işkence ve travma üzerine çalışmalar yapan bir psikanalisttir. İşkencenin insanın ayrılmaz bir parçası olduğu sosyal ağın yapısını bozduğunu söyler ve nesilden nesile aktarıldığına klinik pratikte sıklıkla rastlanıldığını belirtir. Soykırım, toplama kampı, işkence gibi aşırı deneyimler karşısında psikanalistin konumu ve ne yapabileceği ile ilgili kendi pratiğinden yola çıkarak düşüncelerini tartıştığı bir makalesinde psikanalistin amacının, her şeyi nesnelleştirmeyi amaçlayan ve travmanın sonuçlarından bahseden dışsal bir

semiyoloji ile kalmadan, yakın deneyimlerden yola çıkarak, ilişkisel bir semiyoloji dayanağının oluşmasını, öznenin travma sonrası etkileri, insan olma statüsüne geri döndüren yaratıcı bir özelliğe dönüştürmesini sağlamak olduğunu söyler (Vinâr, 2005).

Bir dönem İstanbul Psikanaliz Derneği başkanlığını yapmış ve şuan Formasyon Komitesi analistlerinden olan, son dönemde Türkiye’de yaşanan toplumsal travmaların etkisiyle kurulan Psikososyal Dayanışma Ağı (PSDA)’nın bir bileşeni olan TİHV’in koordinasyonluğunda süpervizyon grupları yöneten psikanalist Ayça Gürdal Küey ile yapılan bir söyleşide, travmaya maruz kalan kişilerle yapılan psikoterapilerle ilgili kendi deneyimlerinden yola çıkarak bazı gözlemlerini paylaşmıştır. Küey (2017), yaşanan toplumsal travmaların, kişinin bu son travmatik deneyiminden önceki bedensel ve ruhsal travmalarını harekete geçirmekte olduğunu söyler. Travmanın etkisi her bireyin ruhsal örgütlenmesine göre yaşanmakta ve o doğrultuda belirti vermektedir. Ruhsal travma başlı başına bir hayal kırıklığı oluştururken bir de ona eklenebilen bedensel travma nedeniyle, şefkat noktasında annesele dair, güven noktasında ise babasala dair büyük bir kırılma meydana gelmektedir. Bu nedenle psikoterapiler esnasında hızlıca ebeveyn ya da bakım verenlerle ilgili geçmiş çatışmalar gündeme taşınmaktadır. Bunun yanında kardeş rekabeti ve dolayısıyla suçluluk duyguları da hareketlenmektedir. Psikoterapinin zamanı belirli olduğunda, kişilerde sürecin devamına dair kaygıları artırabilmekte ve bağlanma konusunda sorunlar yaratabilmektedir. Bu nedenle kendi süreci tamamlanmadan psikoterapinin bitirilmeyeceğinin belirtilmesi önemli olmaktadır (Küey, 2017, s. 150-2).

İstanbul Psikanaliz Derneği üyelerinden ve TİHV gönüllülerinden olan psikanalist İlker Özyıldırım, bireysel ve toplumsal travmaları psikanalitik açıdan düşünmekle ilgili yayınlanan bir çalışmasında, travma kavramının psikanaliz içindeki konumunun çetrefilli olduğunu belirtir. Travma, psikanalizin ortaya çıkışından beri temel olan ve oldukça sık kullanılan bir kavram olmakla birlikte, bir taraftan da unutulup, yok sayılmaya çalışılan ve psikanalitik duyuş ve anlayış ile ilişkisi açısından kimi zaman önemsizleştirilmekte olan bir kavramdır. Psikanaliz, travma çerçevesinde biçimlenirken diğer yandan travma odaklı

yaklaşımlara diyalektik bir biçimde karşıtlaşan bir konumdadır ve yaratıcı, kapsayıcı, kavrayıcılığını buralardan almaktadır (Özyıldırım, 2017, s. 31-2).

Özyıldırım, travmatik durumları, birincil ve ikincil olarak iki düzeye ayırır. Birincil travmatik durumlar, kendi içinde soyoluşsal ve toplumsal düzenleniş diyalektiğinde hazırlılık taşıyan, bebeğin evrensel çaresizliği, memeden ayrılması, ebeveynlerin cinsel ilişkisi, kardeş doğumu, ödipal mesele, kastrasyon kaygısı gibi deneyimlerdir ve yetişkin hayatında bazı durumlar için hazırlayıcı olabilmektedirler. Bu durumlara örnek olarak aşağı yukarı beklenir olabilen bireyi zorlayıcı çaresizlikler, ebeveyn ölümü gibi kayıp yaşantıları, sevilen birinden vazgeçmek zorunda olmak gibi yoksunluklar, gerçekliğin kabullenilmesinin gerekli olduğu bireysel, toplumsal ve doğal düzeydeki kastratif engellemeler sayılabilir. İkincil travmatik durumlar, soyoluşsal bakımdan yeterince hazırlılık halinde olunmayan, *sosyopsikolojik ilişkisel matriste* kapsanamayan, şok ve kaos etkisi yaratabilen, travmatik etkilerin meydana gelmesi için daha olası ve doğrudan durumları kapsamaktadır. Bireysel ruhsal işlemeyi tutan matrisin, birincil travmatik durumlarda gerilmeler, gevşemeler, taşıyıcılığında zorlanmalar içinde olduğu, ikincil travmatik durumlar söz konusu olduğunda çöktüğü, delindiği, bölündüğü, yırtıldığı şeklinde bir tasarımlama yapılabilir. İşkence, ensest, zorla kaybedilmeler ikincil travmatik durumlardan sayılır ve ikincil düzeydeki bu travmalarda evrensel iyi nesne dağılıp, işlevleri çökmektedir (Özyıldırım, 2017, s. 51-3). Travmatik bir deneyimin işgali ile bilinçdışının mevcut ekonomik ve içsel nesnelere arasındaki dinamik düzen, saldırgan nesnelere ve sahnelerin hakim olduğu yeni bir düzene dönüşmektedir. Nesne ilişkileri düzenlenişinde meydana gelen bu değişiklik, geçmiş içsel çatışmaların hareketlenmesine neden olabilmektedir (Özyıldırım, Orhon Baykal, Gürsel ve Kula Güney, 2017, s. 118-9).

2.10. Psikanalitik ve Psikodinamik Terapilerin Travma ve Depresyon Tedavilerindeki Etkililikleri

Literatürde işkence ile ilgili etkililik çalışmalarının azlığı, özellikle psikanalitik psikoterapiler açısından incelendiğinde daha da az olduğu göz önünde bulundurularak, genel olarak travma ve depresyonun tedavisinde psikanalitik ve psikodinamik tedavilerin etkililik bulguları incelenecektir.

Travmaya duyarsızlaştırma, hipnoterapi ve psikodinamik terapinin travma sonrası stres bozukluğu tedavisindeki etkililiklerinin, bekleme listesi kontrol grubu ile karşılaştırıldığı bir araştırmada, tedavi gören vakaların travma ile ilişkili semptomlarında, kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüş olduğu gösterilmiştir. Travmaya duyarsızlaştırma ve hipnoterapi intruzyon semptomlarında daha fazla azalma sağlarken psikodinamik psikoterapi kaçınma semptomlarında daha fazla azalma sağladığı tespit edilmiştir (Brom, Kleber ve Defares, 1989).

Savaşla ilişkili travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinde uygulanan bilişsel-davranışçı terapi ve psikodinamik terapinin etkililiğin karşılaştırıldığı bir çalışmada iki tedavi de etkili bulunmuş olup etkinlik ölçütü bakımından bir farklılık tespit edilemediği belirtilmiştir (Levi, Bar-Haim ve Fruchter, 2015).

Kronik travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinde kullanılan terapilerin incelendiği bir sistematik gözden geçirme ve meta-analiz çalışmasında terapi yöntemleri, travma odaklı bilişsel-davranışçı terapi, EMDR, stres yönetimi ve gevşeme, diğer terapiler (destekleyici terapi/yönlendirme olmayan danışmanlık dahil, psikodinamik terapiler, hipnoterapiler), grup bilişsel-davranışçı terapi olarak sınıflandırılarak, araştırmaya 38 randomize kontrollü çalışma dahil edilmiştir. Meta-analiz sonuçlarına göre travma odaklı bilişsel-davranışçı terapinin travma semptomlarından klinik açıdan önemli yarar sağlamaktadır. Depresyon ve anksiyete üzerinde önemli klinik etkiye sahip olduğuna dair ise sınırlı kanıtlar vardır. EMDR desteklenmekte ancak kanıt tabanı, çalışmaların sayısı ve klinik yararı travma-odaklı bilişsel-davranışçı terapi kadar güçlü değildir. Travma odaklı bilişsel-davranışçı terapi ve EMDR'ın destekleyici/yönlendirici olmayan tedavilerden daha üstün olduğuna dair yeterli bir kanıt gösterilememiştir. Diğer terapiler başlığı altında incelenen destekleyici/yönlendirici olmayan tedaviler, psikodinamik terapiler ve hipnoterapilerin ise TSSB semptomları, depresyon ve anksiyete üzerinde önemli klinik etkiler göstermediği, bunun nedenininse sınırlı sayıda çalışmadan kaynaklanabileceği ve bu tedavilerin etkisiz olduğu anlamına gelmediği belirtilmiştir (Bisson ve diğerleri, 2007).

Depresyon tedavisinde kullanılan kısa süreli psikodinamik psikoterapi, bilişsel-davranışçı terapi ve davranışçı terapinin karşılaştırıldığı bir meta-analiz çalışmasında depresif belirtiler, genel psikiyatrik semptomlar ve sosyal işlevsellikteki etkiler bakımından, bu tedaviler arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı, eşit derece etkili oldukları belirtilmiştir (Leichsenring, 2001).

Yetişkinlerde görülen bazı ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılan psikodinamik psikoterapinin etkinliği konusunda randomize kontrollü çalışmaların 2013 yılında güncellenerek gözden geçirildiği bir çalışmada, psikodinamik psikoterapinin depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatik semptom bozuklukları, kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları, komplike yas, TSSB ve madde kullanım ile ilgili bozukluklar gibi klinikte yaygın olarak görülen rahatsızlıklarda etkili olduğuna dair kanıtlar bulunduğu belirtilmiştir. Bu derlemeye 44 randomize kontrollü çalışma dahil edilmiştir. TSSB ile ilgili bir adet araştırma dahil edilmiş olup, bu araştırma yukarıda ayrıntısı verilen Brom ve arkadaşlarının 1989 yılında yaptıkları çalışmadır. TSSB ile ilgili daha çok araştırmaya ihtiyaç olduğu belirtilmiştir. Depresyon ile ilgili dahil edilen psikodinamik psikoterapi etkinlik çalışmaları incelendiğinde birçok randomize kontrollü çalışmanın psikodinamik psikoterapinin etkinliği için kanıt sağladığı ancak bunların daha çok kısa süreli oldukları, uzun süreli tedavi çalışmalarına ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (Leichsenring, Klein ve Salzer, 2014). Derleme çalışmasında bahsi geçen depresyon ile ilgili araştırmaların bazılarında yer verilecektir. Psikoterapiye ulaşımı kısıtlı olabilen hastalar için internet tabanlı, psikodinamik rehberli kendi kendine yardım tedavisinin etkililiğinin incelendiği bir çalışmada, online olarak psikodinamik psikoterapi alan gruba, kontrol grubu karşılaştırılmış, psikodinamik psikoterapi alan grubun kontrol grubuna göre iyileşme düzeyleri daha üstün bulunmuştur (Johansson ve diğerleri, 2012). Depresyon için kısa psikodinamik psikoterapilerin etkililiğinin değerlendirildiği derleme içindeki başka bir meta-analiz çalışmasına 23 araştırma dahil edilmiş olup araştırmacılar, kontrol grubuna oranla tedavi sonrası 1 yıllık izleme birlikte kısa süreli psikodinamik psikoterapinin daha etkili olduğu bulgulamışlardır (Driessen ve diğerleri, 2010).

Uzun süreli psikanalitik psikoterapilerin etkililiğinin gözden geçirildiği bir çalışmada, 1970'den 2007'ye dek uzun süreli psikanalitik psikoterapilerin

etkinliğini ele alan 27 çalışma araştırmaya dahil edilmiştir. Dahil edilen bu çalışmalarda semptom azalması ve kişilik değişimi üzerindeki etkiler ele alınmıştır. Araştırmanın sonucunda uzun sureli psikanalitik psikoterapiler geniş bir psikopatoloji alanında orta ve buyuk etkiye sahip olarak bulgulanmıştır (Maat, Jonghe, Schoevers ve Dekker, 2009).

Özetlemek gerekirse, travma ile ilişkili TSSB ve ASB başta olmak üzere travmatik bozukluklarda psikanalitik psikoterapilerin etkililiğini değerlendiren yeterince geniş örnekleme sahip, sistematik çalışma yok denecek kadar azdır. Bu alanda bildirilen az sayıdaki çalışmalarda ise psikanalitik psikoterapinin temel ilkelerinin ve psikoterapistlerin psikanalitik formasyonlarının belirgin standardı yapılmamıştır.

3. BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örnekleme işkence ya da kötü muameleye maruz kalma, gözüaltında zorla kaybedilen yakını olma, bombalı intihar saldırısı gibi toplumsal şiddet ve ağır insan hakları ihlallerine uğrama nedenleriyle TİHV'e başvuran, psikiyatrik değerlendirme sonucunda TSSB, ASB ve MDB tanısı konulan, psikoterapi görmeleri için vakfın gönüllü psikoterapistlerine yönlendirilen 2012-2018 yılları arasında gönüllü psikoterapistler tarafından psikanalitik psikoterapi uygulanmış yaş ortalamaları 37 (ss = 11,79), 49'u (%53,3) kadın toplam 92 kişiden oluşmaktadır. TİHV'e işkence görme nedeniyle başvuran kişiler, ilk olarak vakfın başvuru hekimleri ve sosyal hizmet uzmanları tarafından değerlendirilmektedir. Bu aşamadan sonra başvuran kişinin kabulü doğrultusunda ruhsal değerlendirme yapılması için vakfın psikiyatristine yönlendirilmektedir. Değerlendirme sonucunda bireyin özel koşulları da göz önünde bulundurularak, ihtiyacına uygun olduğu düşünülen tedavi sürecine başlaması önerilmektedir. Kişinin ruhsal tedaviyi onayı ile kendisine uygun olabilecek psikoterapi süreci başlatılmaktadır. Ruhsal değerlendirmeyi yapan ve psikoterapiyi yürüten kişiler aynı değildir. Psikoterapi süreci, vakfın çalışan ya da gönüllü, gerekli eğitim donanımına sahip psikoterapistleri tarafından gerçekleştirilmektedir.

Psikoterapistler kendi analiz süreçlerinden geçmiş ya da halen devam eden, psikanalitik formasyonu bitirmiş ya da bu sürecin içinde bulunan kişilerden oluşmaktadır. Psikoterapi için herhangi bir süre belirtilmemekte ve tedavi süresi açık uçlu bırakılmakta, bireyin ihtiyaçları esas alınmaktadır. Psikoterapi süreci herhangi bir çalışma yapmak için tasarlanmamış olup bireylere TİHV tarafından doğal gidişatta psikanalitik psikoterapi olanağı sunulmuştur; başvuruların kendi klinik gereklilikleri dahilinde aldıkları

psikanalitik psikoterapinin etkililiğin değerlendirilmesi psikoterapi dışındaki bağımsız psikiyatristler tarafından geręekleřtirilmiřtir.

Ruhsal değerlendirme psikiyatri uzmanı tarafından yapılmakta, varsa tanısı bu uzman tarafından konulmaktadır. Kişinin bu ilk değerlendirme görüşmesindeki tanısının şiddeti ve psikoterapi süreci devam ederken iyileşmeye dair değerlendirme aynı psikiyatri uzmanı tarafından yapılmaktadır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Veriler TİHV'e insan eliyle oluşturulmuş travmaya maruz kalma nedeniyle başvuran ve psikanalitik psikoterapileri tamamlanmış kişilerin dosyaları incelenerek toplanmıştır. Başvuran dosyaları içeriğinde bulunan, kişilerin *Sosyodemografik Bilgilerininin* de olduğu kapsamlı bir *Başvuru Formu* ve psikiyatrist tarafından bireylerinin süreci içerisinde değerlendirilmesini içeren *Klinik Global İzlenim leği* incelenerek veriler elde edilmiştir.

3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

TİHV tarafından oluşturulan başvuru formu, kişilerin sosyodemografik bilgileri ve uğramış olduğu işkencenin değerlendirmesini de içeren detaylı bir formdur. Bu tez çalışması için ayrıca bir sosyodemografik form oluşturulmamış olup, gerekli bilgiler TİHV'in başvuru formundan alınmıştır.

3.2.2. Klinik Global İzlenim leği (CGI)

Klinik Global İzlenim leği (CGI), klinisyenin bir tedavi sürecine başlamadan önceki hastalık şiddetini ve tedavi sürecinde hastanın genel işleyişine dair görüşünü, kısa ve bağımsız bir şekilde değerlendirebilmesi için oluşturulmuş bir ölçektir. Klinisyen tarafından belirlenen zet bir ölçüm sağlamaktadır. Değerlendirme süreci, hastanın geçmişi, psikososyal durumu, semptomları, davranış ve semptomların hastanın işlevselliği üzerindeki etkisini de dahil ederek, mevcut tüm bilgileri dikkate alarak geręekleřtirilir (Busner ve Targum, 2007).

CGI şizofreni araştırmaları sırasında geliştirilmiş olup 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Maddeler evrensel olduğundan hem yetişkinler için hem çocuklar

için kullanılabilir. *Hastalığın şiddeti* ve *iyileşme* olan ilk iki alt ölçeklerinde 7 puanlık bir derecelendirme kullanılır. Üçüncü alt ölçek *etkililik indeksi* ise ilaç yan etkilerini değerlendirmek için oluşturulmuştur. CGI ölçeği tüm araştırma popülasyonlarında kullanılabilir (Guy, 1976).

Hastalığın şiddeti (CGI-S) ölçeğinin kullanımı, bir kez tedavi öncesi ve en az bir kez tedavi sonrası değerlendirme yapılarak uygulanır. Ara ölçümler klinisyenin araştırma deseni tercihindedir (Guy, 1976). Yapılan değerlendirme son yedi gün içindeki gözlemlenen ve bildirilen semptomlara, davranışlara ve işlevselliğe dayanılarak yapılmaktadır. Bireyin bir haftalık süreç içerisinde çeşitli dalgalanmaları olsa da ortalama değerini yansıtmalıdır (Busner ve Targum, 2007).

İyileşme (CGI-I) ve *etkililik indeksi* ölçeklerinin kullanımı için tedavi öncesi uygulaması gerekli olmamakla birlikte en az bir defa tedavi sonrası değerlendirilmesi yapılması gerekmektedir. Ara ölçümler araştırmacının tercihi doğrultusundadır (Guy, 1976). *İyileşme* değerlendirmesi, bireyin tedavi başlamadan bir hafta önceki durumu göz önünde bulundurularak, tedavi başlangıcından sonraki görüşmelerde, ilk durumla karşılaştırılarak yapılır. Başlangıçta yapılan *hastalığın şiddeti* puanı bu değerlendirmeyi yapmak için temel teşkil etmektedir (Busner ve Targum, 2007).

CGI'nın kullanımında ilk zamanlara göre, alt ölçeklerin değerlendirileceği bağlamlarda, güvenilirliği ve kesinliği artırmak için bazı revizyonlar yapılmıştır. *Hastalığın şiddeti* değerlendirmesi ilk zamanlar klinisyenin genel hasta grubundaki deneyimleri üzerinden yapılırken daha sonra sadece spesifik hasta grubu deneyimleri üzerinden değerlendirilmesi şeklinde değiştirilmiştir. Böylelikle kişinin yaşı, hastalığın kronikliği gibi özel bağlamlar göz önünde bulundurularak değerlendirilme yapılması sağlanmıştır (Guy, 1976).

CGI, kısa zaman içinde klinik ilerlemeyi izlemeye yardımcı olur ve klinisyene yapılan müdahalenin işe yarayıp yaramadığını belirlemesine olanak sağlar. Depresyon, anksiyete, şizofreni gibi birçok psikiyatrik tanı ile ilgili kullanılan daha uzun, daha zaman alıcı değerlendirme aracı ile ilişkili olduğu tespit edilmiş kullanışlı bir ölçektir. Yapılan araştırmalar CGI'nin, Hamilton Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Pozitif ve Negatif Sendrom

Ölçeği, Leibowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği, Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği gibi bir çok değerlendirme aracı ile korelasyon gösterdiğini ispatlamıştır (Busner ve Targum, 2007).

CGI'nin eski versiyonunda ilaç yan etkisini değerlendirme için kullanılan *etkililik indeksi*, daha yeni versiyonlarında kaldırılmıştır (Busner ve Targum, 2007). Bu araştırma için de CGI-S ve CGI-I boyutları kullanılmıştır.

3.3. İşlem

Araştırmacı, işkence ve ağır insan hakları ihlali nedeniyle oluşan ruhsal problemler nedeniyle psikoterapi gören kişilerle görüşme yapmamış, TİHV psikoterapistlerince psikoterapi süreci tamamlanan bireylerin dosyalarını inceleyerek araştırmayı yürütmüştür. İstanbul Arel Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik onay (Ek 2) alınarak araştırma başlatılmıştır.

3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

TİHV başvuruçularının dosya incelemesiyle toplanan veriler, IBM SPSS 22.0 kullanılarak istatistiksel analizler yapılmıştır. İlk adım olarak verilerin ön analizleri yapılmış, normal dağılım kontrolleri için Kolmogorov-Smirnov Testi uygulanmıştır. Bu testin sonucunda değişkenlerin normal dağılım göstermedikleri tespit edilerek, esas istatistiksel analizler için parametrik olmayan testler uygulanmıştır. Gruplar arası farklılık incelemeleri için iki kategori olanlarda Mann-Whitney U Testi, iki kategoriden fazla olanlara Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerin incelenmesi için toplam puanlar alınarak Spearman Rank Analizi yapılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler için Ki-Kare Bağımsızlık Testi uygulanmıştır. Tedavi etkililiği için Friedman Testi uygulanıp, hangi zaman ölçümlerinde farklılık olduğu tespiti yapabilmek için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır.

4. BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırma örneklemini yaşları 20 ile 70 arasında değişen 49'u (%53,3) kadın toplam 92 kişiden oluşmaktadır. 92 kişinin 70'i (%76) işkence ve kötü muamele görme, 11'i (%12) bombalı intihar saldırıları gibi toplumsal şiddete maruz kalma, 11'i (%12) işkence görenin yakını olma nedeniyle TİHV'e başvurmuştur. İşkence görenin yakını olarak belirtilen başvuruçular, gözetiminde zorla kaybedilen yakınlarından oluşmaktadır.

Katılımcıların 77'si (%83,7) Türkiye doğumludur. Doğum bölgesi Türkiye dışı olan tüm katılımcılar ($n = 15$) işkence ve kötü muamele nedeniyle TİHV'e başvurmuşlardır. Öğrenim durumları okuryazar olmayandan, yüksek lisans ve doktora kadar değişmekte olup 1'i (%1,1) okuryazar değil, 3'ü (%3,3) okuryazar, 5'i (%5,4) ilkokul mezunu, 15'i (%16,5) ortaokul mezunu, 33'ü (%35,9) lise mezunu, 3'ü (%3,3) yüksekokul/üniversite terk, 30'u (%32,6) yüksekokul/üniversite mezunu, 2'si (%2,2) yüksek lisans/doktora mezunu şeklindedir. İstatistiksel analizlerin gücü düşünülerek bireylerin öğrenim durumu lise öncesi, lise mezunu, yüksekokul mezunu ve üzeri olarak sınıflandırılmıştır. Medeni durumları; 58'i (%63) bekar, 30'u (%32,6) evli, 1'i (%1,1), 2'si (%2,2) boşanmış, 1'i (%1,1) eşini kaybetmiş şeklindedir. Analizler için kişilerin medeni durumları bekar, evli, diğer olarak sınıflandırılmıştır. Başvuruların alındığı senelerde kullanılan başvuru dosyasındaki değişiklik nedeniyle 61 kişinin çalışma durumu bilgisi mevcut olup 27'si (%29,3) işsiz, 30'u (%32,6) çalışan ve 4'ü (%4,3) diğer şeklindeyken istatistiksel analizler için çalışan ve çalışmayan olarak sınıflandırılmıştır. Böylelikle 31'i (%33,7) çalışmayan, 30'u (%32,6) çalışmayanlardan oluşmaktadır.

Bireylere ait sosyodemografik bilgilerin özeti Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

	Toplam N - %	İşkence ya da kötü muamele gören n - %	İşkence görenin yakını n - %	Toplumsal Şiddet/patlamaya maruz kalan n - %
N	92 - %100	70 - %76	11 - %12	11 - %12
Cinsiyet				
Kadın	49 - %53,3	31 - %44,3	9 - %81,8	9 - %81,8
Yaş	20-70 ort.= 37,0 ss = 11,79	20-70 ort.= 36,4 ss = 12,15	28-53 ort. = 39,9 ss = 10,44	22-53 ort.= 38,3 ss = 11,05
Doğum Bölgesi				
Yurtiçi	77 - %83,7	55 - %78,6	11 - %100	11 - %100
Yurtdışı	15 - %16,3	15 - %21,4	-	-
Eğitim Durumu				
Lise Öncesi	24 - %26,1	18 - %25,7	4 - %36,4	2 - %18,2
Lise mezunu	36 - %39,1	30 - %42,9	3 - %27,3	3 - %27,3
Yüksek okul ve üzeri	32 - %34,8	22 - %31,4	4 - %36,4	6 - %54,5
Medeni Durum				
Bekar	58 - %63	46 - %65,7	4 - %36,4	8 - %72,7
Evli	30 - %32,6	20 - %28,6	7 - %63,6	3 - %27,3
Diğer	4 - %4,3	4 - %5,7	-	-
Çalışma Durumu				
Çalışmayan	31 - %33,7	23 - %32,9	5 - %45,5	3 - %27,3
Çalışan	30 - %32,6	22 - %31,4	1 - %9,1	7 - %63,6

4.2. Bireylerin İşkence ve Kötü Muamele Görme Durumları

Katılımcıların 69’unun son göz altına alınma, son işkence ve kötü muamele görme seneleri 1979-2017 (sırasıyla ort.= 2010 ss = 9,04 , ort.= 2009,9 ss = 8,99) seneleri arasında değişmektedir. 70 kişinin son gözaltında geçirdiği süre 1 ile 82 (ort.= 7,8 ss = 15,43) gün arasında değişim göstermektedir. 65 kişi (%70,7) son gözaltında işkence ve kötü muamele görmüştür. Bireylerin 61’i (%66,3) siyasi, 4’ü (%4,3) adli, 2’si (%2,2) cinsel kimliği/yönelimi nedeniyle, 2’si (%2,2) sığınmacı, 1’i (%1,1) dinsel nedenlere bağlı olarak gözaltına alınmışlardır. Son gözaltında uygulanan işkence tipi 57’sinde (%62) fiziksel/psikolojik, 10’unda (%10,9) psikolojik yöntemlerdir. Uygulanan işkence yöntemleri istatistiksel analiz için belirli işkence yöntemi başlıkları altında toplanmıştır. Bu başlıklar; zorlayıcı yöntemler, hakaret, cinsel taciz, fiziksel müdahaleler, fiziksel etkenler, pozisyonel işkenceler, temel ihtiyaçlar ve diğerlerdir. En sık uygulanan işkence yöntemleri 44 kişi (%50) ile hakaret, 44 kişi (%47,8) ile aşağılama, 38 kişi ile (%41,3) dayaktır.

Bireylere uygulanan işkence yöntemlerinin detayları Tablo 4.2.'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Uygulanan İşkence Yöntemleri

İşkence Yöntemleri	n = 70	%
Zorlayıcı Yöntemler		
Gözbağı	12	%13
İşkenceye görsel/işitsel tanıklık ettirme	9	%9,8
Gürültülü müzik ve marş dinletme	2	%2,2
Ajanlık teklifi	7	%7,6
Yakınlarının yanında işkence yapma	2	%2,2
Anlamsız istemlere itaat ettirmeye zorlama	3	%3,3
Hakaret		
Hakaret	46	%50
Aşağılama	44	%47,8
Öldürme Tehdidi	23	%25
Kendisine yönelik diğer tehditler	23	%25
Yakınlarına yönelik tehditler	8	%8,7
Ev yakma/basma	1	%1,1
Cinsel Taciz		
Soyma	12	%13
Sözlü cinsel taciz	10	%10,9
Fiziksel cinsel taciz	5	%5,4
Makat araması/çıplak arama	1	%1,1
Tecavüz	2	%2,2
Tecavüz tehditi	3	%3,3
Fiziksel Müdahaleler		
Dayak	38	%41,3
Vücudunun tek bir noktasına sürekli olarak vurma	9	%9,8
Falaka	5	%5,4
Elektrik	5	%5,4
Haya burma	1	%1,1
Saç, sakal, bıyık yolma	3	%3,3
Ateşli silah kullanma	3	%3,3
Araçtan atma, çarpma, sürüklenme	3	%3,3
Fiziksel Etkenler		
Basınçlı/soğuk su	1	%1,1
Kimyasal boyalı basınçlı su	1	%1,1
Kimyasal maddelere maruz bırakma	12	%13
Göz yaşartıcı kimyasallar (biber gazı, CN, CS, vb)	6	%6,5
Diğer	2	%2,2
Yakma	2	%2,2
Soğuk/sıcak ortamda bekletme	3	%3,3
Havasız bırakma	3	%3,3

Tablo 4.2. Uygulanan İşkence Yöntemleri devam

Pozisyonel İşkenceler		
Askı	7	%7,6
Düz askı ya da çarmıh	3	%3,3
Ayaktan ters askı	2	%2,2
Filistin askı	2	%2,2
Diğer pozisyonel işkenceler	18	%19,6
Temel İhtiyaçlar		
Hücrede tecrit	7	%7,6
Yeme içmenin kısıtlanması	13	%14,1
İşeme ve dışkılamanın engellenmesi	15	%16,3
Temel ihtiyaçlarının kısıtlanması (Uyutmama, ilaç vb)	13	%14,1
Diğer	11	%12

30 kişinin (%32,6) daha önce gözaltı geçmişi bulunup, işkence gördüğünü belirtmiş olmakla birlikte en sık uygulanan işkence yöntemleri 26 kişi (%28,3) ile hakaret, 26 kişi (%28,3) ile dayak, 21 kişi (%22,8) ile aşağılamadır.

Daha önce cezaevi süreci olan toplam 18 kişi mevcut olup cezaevinde işkence gördüğünü belirten 13 kişi mevcuttur. En sık uygulanan işkence yöntemleri 12 kişi (%92,3) ile dayak, 11 kişi (%86,4) ile hakaret, 9 kişi (%69,2) ile aşağılama, 6 kişi (%46,2) ile öldürme tehdididir.

4.3. Klinik Bulgular

Araştırma örneklemini oluşturan 92 kişiden 1 tanesinin CGI-S ve diğer CGI-I puanları bulunmamaktadır. Bu kişi psikoterapiye yönlendirilip devam ettiği halde psikiyatrik görüşmesine katılamamış olması nedeniyle puanları mevcut değildir. Bu nedenle klinik bulguların elde edildiği analizlere dahil edilmemiştir.

Bireylerin CGI ölçeğinden almış olduğu puanların detayları Tablo 4.3.'te verilmiştir.

Tablo. 4.3. Bireylerin CGI Ölçeği puanları

CGI	n	Ort.	<i>Md.</i>	ss.	Aralık
CGI-S	91	4,58	4	1,18	2-7
CGI-I 1.ay	67	3,39	3	0,65	2-5
CGI-I 3.ay	47	2,89	3	0,66	2-4
CGI-I 6.ay	37	2,19	2	0,70	1-3
CGI-I 9.ay	24	2,00	2	0,59	1-3
CGI-I 12.ay	19	1,53	1	0,61	1-3

Araştırmanın örnekleminin 71'i (%77,2) TSSB, 6'sı (%6,5) ASB, 9'u (%9,8) MDB, 6'sı (%6,5) diğer psikiyatrik tanıları almışlardır. Diğer psikiyatrik tanıları; 2 kişi (%2,2) ile Uyum Bozukluğu, 2 kişi (%2,2) ile Karışık Anksiyete-Depresyon Bozukluğu, 1 kişi (%1,1) ile Diğer Anksiyete Bozukluğu, 1 kişi (%1,1) ile Diğer Disosiyatif Bozukluğu oluşturmaktadır. 38 kişi (%41,3) temel tanıya ek olarak birinci eksen bozukluklarından bir psikiyatrik tanı almışlardır. Temel tanıya ek olarak görülen birinci ek tanı 27 kişi (%29,3) ile MDB'dir. Onu 4 kişi (%4,3) ile Distimik Bozukluk izlemektedir. İkinci ek tanı alan 5 kişi (%5,4) mevcuttur. İkinci ek tanısı olanlarda Distimik Bozukluk 2 kişi (%2,2) ile ilk sırada yer almaktadır.

İşkence ve kötü muamele görme nedeniyle TİHV'e başvuran araştırma katılımcılarından 58'i (%82,9) TSSB, 2'si (%2,9) ASB, 5'i (%7,1) MDB, 5'i (%7,1) diğer birinci eksen psikiyatrik tanıları almıştır. Diğer psikiyatrik tanıları 1 kişi (%1,4) ile Uyum Bozukluğu, 2 kişi (%2,9) ile Karışık Anksiyete-Depresyon Bozukluğu, 1 kişi (%1,4) ile Diğer Anksiyete Bozukluğu, 1 kişi (%1,4) ile Diğer Disosiyatif Bozukluk oluşturmaktadır. 32 kişi (%45,7) temel tanıya bir ek psikiyatrik tanı almıştır. Bu ek tanıları alanların 23'ü (%32,9) MDB, 4'ü (%5,7) Distimik Bozukluk, 3'ü (%4,3) Karışık Anksiyete-Depresyon Bozukluğu, 2'si (%2,9) Panik Bozukluk, 2'si (%2,9) OKB, 1'i (%1,4) Kafa Travmasının Nörolojik Sekelleri, 1'i (%1,4) Cinsel İşlev Bozukluğudur (CİB). 5 kişi (%7,1) ikinci psikiyatrik ek tanı almıştır. İkinci ek tanısı olanların 2'si (%2,9) Distimik Bozukluk, 1'i (%1,4) Yaygın Anksiyete Bozukluğu, 1'i (%1,4) CİB, 1'i (%1,4) Dürtü Kontrol Bozukluğudur.

İşkence görenin yakını olma/gözaltında kaybedilen yakını olma nedeni ile TİHV'e başvuran araştırma katılımcılarının tanılarını incelediğinde 6'sı (%54,5) TSSB, 1'i (%9,1) ASB, 3'ü (%27,3) MDB, 1'i (%9,1) diğer psikiyatrik tanılarından birini almıştır. Diğer psikiyatrik tanıyı Uyum Bozukluğu oluşturmaktadır. 6 kişide (%54,5) ek bir psikiyatrik tanı mevcuttur. Bu ek tanıları 3 kişi (%36,4) ile MDB, 1 kişi (%9,1) ile Yas, 1 kişi (%9,1) ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu oluşturmaktadır. Bu bireyler içinde ikinci ek tanı alan mevcut değildir.

Bombalı intihar saldırısı gibi toplumsal şiddete maruz kalma nedeniyle TİHV'e başvuran katılımcılardan 7'si (%63,6) TSSB, 3'ü (%27,3) ASB, 1'i (%9,1) MDB tanılarını almış olup herhangi bir psikiyatrik komorbidite bulunmamaktadır.

Psikiyatrik tanıların özeti Tablo 4.4.'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Bireylerin Klinik Bulguları

	Toplam N = 92 - %	İşkence ya da kötü muamele gören n = 70 - %	İşkence görenin yakını n = 11 - %	Toplumsal Şiddet/patlamaya maruz kalan n = 11 - %
Hastalık Şiddeti	2-7	2-7	3-6	3-6
CGI-S	ort. = 4,5 ss = 1,18	ort. = 4,6 ss = 1,21	ort. = 4,8 ss = 1,03	ort. = 4,18 ss = 1,07
Temel Tanı				
TSSB	71 - %77,2	58 - %82,9	6 - %54,5	7 - %63,6
ASB	6 - %6,5	2 - %2,9	1 - %9,1	3 - %24,3
MDB	9 - %9,8	5 - %7,1	3 - %27,3	1 - %9,1
Diğer	6 - %6,5	5 - %7,1	1 - %9,1	-
Komorbidite				
Yok	49 - %53,3	33 - %47,1	5 - %45,5	-
1 ek tanı	38 - %41,3	32 - %45,7	6 - %54,5	-
2 ek tanı	5 - %5,4	5 - %7,1	-	-

CGI-S = Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti, TSSB = Travma Sonrası Stres Bozukluğu, ASB = Akut Stres Bozukluğu, MDB = Majör Depresyon Bozukluğu

Psikiyatrik tanıların travma ile ilişkisi incelendiğinde TSSB ve ASB tanısı olan hastaların hepsinde travmanın tanıyı *tek belirleyici faktör* olduğu görülmüştür. Psikiyatrik tanısı MDB olan bireylerde travmanın tanıyı belirleyici rolü 2'sinde (%22,2) *tek belirleyici faktör*, 5'inde (%55,6) *var olan patolojiyi ağırlaştırdı ya da ortaya çıkardı*, 2'sinde (%22,2) *faktörlerden biri* şeklindedir.

Bireylerin psikolojik belirtileri istatistik analizleri için belirli başlıklar altında toplanmıştır. Bu başlıklara göre belirti bulguları Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcıların Psikolojik Belirti ve Bulguları

Psikolojik Belirtiler ve Bulgular	n = 90	%
TSSB		
Yaşanmış ya da tanık olunmuş travmatik olay(lar)a şiddetli korku, umutsuzluk ya da dehşet yanıtı	60	%65,2
Travmanın yineleyen ya da zorlayıcı tarzda anımsanması	59	%64,1
Travmanın yineleyen ya da rahatsız edici tarzda kabus biçiminde görülmesi	54	%58,7
Flashback yaşantısı ya da travmatik süreç yeniden yaşanıyormuşçasına duygu ve davranışlar	49	%53,3
Travmayı anımsatan uyarılarla karşılaşıldığında şiddetli huzursuzluk duygusu	62	%67,4
Travmayı anımsatan uyarılarla karşılaşıldığında fizyolojik tepkiler	59	%64,1
Travma ile ilgili düşünce, duygu ya da söyleşilerden kaçınma çabaları	47	%51,1
Travma anılarını uyarıcı etkinlik, yer ya da insanlardan kaçınma	49	%53,3
Travmanın önemli bir kesitini anımsayamama	21	%22,8
Önemli etkinliklere ilgi ya da katılımı belirgin azalma	52	%56,5
İnsanlardan uzaklaşma ya da onlara yabancılaşma duyguları	54	%58,7
Duygusal kısıtlılık ya da küntlük	41	%44,6
Geleceğinin kısıtlandığı duygusu	54	%58,7
Derealizasyon	9	%9,8
Depersonalizasyon	31	%33,7
Çevrede olup bitenlerin farkına varma düzeyinde azalma, afallama, şaşkınlık	29	%31,5
Dalgınlık, uyuşukluk duyuları	49	%53,3
ANKSİYETE		
Anksiyete (Sıkıntı)	80	%80,7
Ajitasyon (Huzursuzluk, yerinde duramama)	56	%60,9
Somatik anksiyete belirtileri (Çarpıntı, daralma, terleme vb.)	64	%69,6
Kas gerginliği	62	%67,4
Uykuya dalma ya da sürdürme güçlüğü	72	%73,8
Uyuku niceliğinde ileri azalma ya da artma	62	%67,4
Sinirlilik ve/veya tepki eşiğinde düşme, iritabilite	56	%60,9
Aşırı uyanıklık (Tetikte olma duygusu)	59	%64,1
Abartılı irkilme tepkileri	54	%58,7
DEPRESYON		
Anhedoni, ilgisizlik	49	%53,3
Depresif duygudurum	57	%62
Disforik duygudurum	24	%26,1
Değersizlik düşünceleri ve düşük benlik saygısı	52	%56,5
Umutsuzluk, çaresizlik	66	%71,7
Karar verme güçlüğü	54	%58,7
Suçluluk duyguları	47	%51,1
Psikomotor etkinlikte azalma	47	%51,1
Yorgunluk, halsizlik, enerji azlığı	59	%64,1
İştah/kilo değişikliği (Artma ya da azalma)	49	%53,3
Cinsel istekte azalma	28	%30,4
İntihar düşüncesi ve/veya girişimi	15	%16,3

Tablo 4.5. Katılımcıların Psikolojik Belirti ve Bulguları devam

PSİKOTİK		
Negatif belirtiler (Afektif küntleşme, yüzeyelleşme, avolüsyon)	1	%1,1
NÖROLOJİK		
Konsantrasyon güçlüğü	40	%43,5
Bellek kusuru	11	%12
KONVERSİF		
Konversif bayılma	2	%2,2
Diğer konversif belirtiler ve defisitler	2	2,2
OKB		
Obsesyon	3	%3,3
Kompulsiyon	1	%1,1

4.4. Değişkenlerin CGI-S ve CGI-I Puanları ile Karşılaştırılması

4.4.1. Sosyodemografik Özelliklerin CGI-S ve CGI-I Puanları ile Karşılaştırılması

Kadınlar ve erkeklerin başlangıçta almış oldukları hastalık şiddeti (CGI-S) puanları ve hastalığın düzelmesi (CGI-I) puanlarının tümünde fark olup olmadığı Mann-Whitney U testi ile incelenmiş olup testin sonucunda aralarında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p > .05$).

Yaş ve CGI-S puanları arasındaki ilişki Spearman Rank Analizi ile incelendiğinde, yaş ve CGI-S puanları arasında pozitif yönde, küçük, istatistiksel olarak anlamlı ($r = .21$, $n = 91$, $p = .04$) bir ilişki bulunmuştur. Yaş ile tüm CGI-I puanları incelendiğinde aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p > .05$).

Medeni durumlarına göre bireylerin CGI-S puanları açısından anlamlı bir farklılık olup olmadığı Kruskal-Wallis Testi ile incelenmiş ve medeni durumu bekar, evli ve diğer olan kişiler arasında marjinal düzeyde anlamlı bulunmuştur (Gp1, $n = 57$: bekar, Gp2, $n = 30$: evli, Gp3, $n = 4$: diğer), $\chi^2(2, n = 91) = 5,87$, $p = .05$. Hangi gruplar arasında farklılık olduğuna ikişerli olarak Mann-Whitney U Testi ile tekrar bakılmış, farklılığın evliler ($Md = 52,60$, $n = 30$) ve bekarlar ($Md = 39,47$, $n = 57$) arasında olduğu tespit edilmiştir ($U = 597$, $z = -2,378$, $p = .01$, $r = .25$). Medeni durum ile CGI-I tüm ay puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > .05$).

Bireylerin öğrenim durumları ile CGI-S puanlarının Kruskal-Wallis Testi ile karşılaştırılması sonucunda aralarında bir farklılık olmadığı görülmüştür (Gp1, $n = 24$: lise öncesi, Gp2, $n = 36$: lise mezunu, Gp3, $n = 31$: yüksekokul mezunu ve üzeri), $\chi^2(2, n = 91) = .55, p = .75$. CGI-I tüm ay puanları ve öğrenim durumu karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > .05$).

Bireylerin çalışma durumuna göre CGI-S puanlarının Mann-Whitney U Testi ile karşılaştırılması sonucunda aralarında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($U = 418, z = -.494, p = .62, r = .06$). CGI-I tüm aylar puanlarının çalışma durumlarına göre karşılaştırılması neticesinde bireyler arası anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p > .05$).

4.4.2. İşkence Öyküleri İle CGI-S ve CGI-I Puanlarının Karşılaştırılması

Bireylerin son gözaltında uğramış oldukları işkence yöntemleri 8 alt başlık altında değerlendirilerek her bir alt başlık için toplam skor hesaplanıp istatistiksel analizler bu skora göre yapılmıştır. Kişilerin son gözaltında uğramış oldukları işkence ile CGI-S, CGI-I puanlarının ilişkisi Spearman Rank Analizi ile incelenmesi sonucunda fiziksel etkenler başlığı altında toplanan işkence yöntemleri ile 6.ay CGI-I puanları arasında negatif yönde, orta büyüklükte istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -.45, n = 25, p = .02$). Pozisyonel işkenceler başlığında toplanan işkence yöntemleri ve CGI-I 9.ay puanları arasında negatif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r = -.57, n = 17, p = .01$). Diğer işkence yöntemleri ile CGI puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > .05$).

Daha önce gözaltı geçmişi olanlar ve olmayanların CGI ölçeği boyutlarından almış olduğu tüm puanlar Mann-Whitney U Testi ile karşılaştırılmış olup skorların birbirine benzer olduğu görülmüştür ($p > .05$).

Cezaevi geçmişi olanlar ve olmayanların CGI ölçeği boyutlarından almış olduğu skorlar Mann-Whitney U Testi ile incelenmiştir. Test sonucunda cezaevi geçmişi olanlar ($Md = 61, n = 11$) ile cezaevi geçmişi olmayanlar ($Md = 43,94, n = 80$) arasında CGI-S skorları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (U

= 275,00, $z = -2,076$, $p = .03$, $r = .21$). CGI-I puanları açısından ise aralarında fark yoktur ($p > .05$).

Bireylerin son gözaltında uğramış oldukları işkence tipinin fiziksel/psikolojik ve psikolojik olmasına göre CGI boyutları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Yapılan test sonucunda CGI-I 9.ayda fiziksel/psikolojik işkence görenlerle ($Md = 6,33$, $n = 9$), psikolojik işkence görenler ($Md = 10,5$, $n = 6$) arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($U = 12$, $z = -2,118$, $p = .03$, $r = .54$). CGI-S ve diğer CGI-I değerlendirilmeleri açısından benzer oldukları görülmüştür ($p > .05$).

4.4.3. Klinik Belirti ve Bulguların CGI-S ve CGI-I Puanları İle Karşılaştırılması

Psikolojik belirti ve bulgular 8 alt başlıkta sınıflandırılıp her birinin toplam puanı alınarak, CGI puanlarıyla olan ilişkisi Spearman Rank Analizi ile incelenmiştir. Depresyon başlığı altında toplanan belirti grubu ile CGI-S puanları arasında pozitif yönde, orta büyüklükte istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .36$, $n = 90$, $p = .00$). Nörolojik belirtiler grubu ile CGI-I 6.ay puanları arasında negatif yönde, orta büyüklükte istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r = -.32$, $n = 37$, $p = .04$). Diğer belirti grupları ile CGI alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p > .05$).

Katılımcıların almış oldukları psikiyatrik tanılara göre CGI puanları Kruskal-Wallis Testi ile karşılaştırılmıştır. Kruskal-Wallis Testi sonucunda, 4 farklı tanı grubundaki bireylerin CGI-S düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür (Gp1, $n = 70$: TSSB, Gp2, $n = 6$: ASB, Gp3, $n = 9$: MDB, Gp4, $n = 6$: Diğer), $\chi^2(3, n = 91) = 14,25$, $p = .003$. ASB tanı grubu, TSSB ($Md = 47,76$), Diğer ($Md = 45,33$) tanı grubundan daha düşük bir medyan değeri ($Md = 9,5$) ortaya koyarken MDB daha yüksek bir medyan değeri ($Md = 57,06$) ortaya koymuştur. Gruplar arasındaki anlamlı farklılığın hangileri arasında olduğunu tespit edebilmek için ikişerli olarak Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu testin sonucunda TSSB ($Md = 41,07$, $n = 70$) ve ASB ($Md = 8,5$, $n = 6$) tanısı alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($U = 30$, $z = -3,602$, $p = .00$, $r = .41$). MDB ($Md = 11$, $n = 9$) ve ASB ($Md = 3,5$, $n = 6$) arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($U = .00$, $z = -3,357$, $p = .00$, $r =$

.86). ASB ($Md = 4,5, n = 6$) ve diğer ($Md = 8,5, n = 6$) psikiyatrik tanı grubu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($U = 6, z = -2,309, p = .02, r = .66$). Tanıların diğer karşılaştırılmalarında CGI-S skorları açısından benzer olduğu görülmüştür ($p > .05$). Tanı grupları ve CGI-I tüm ay ölçümlerinin karşılaştırılması sonucunda benzer oldukları görülmüştür ($p > .05$).

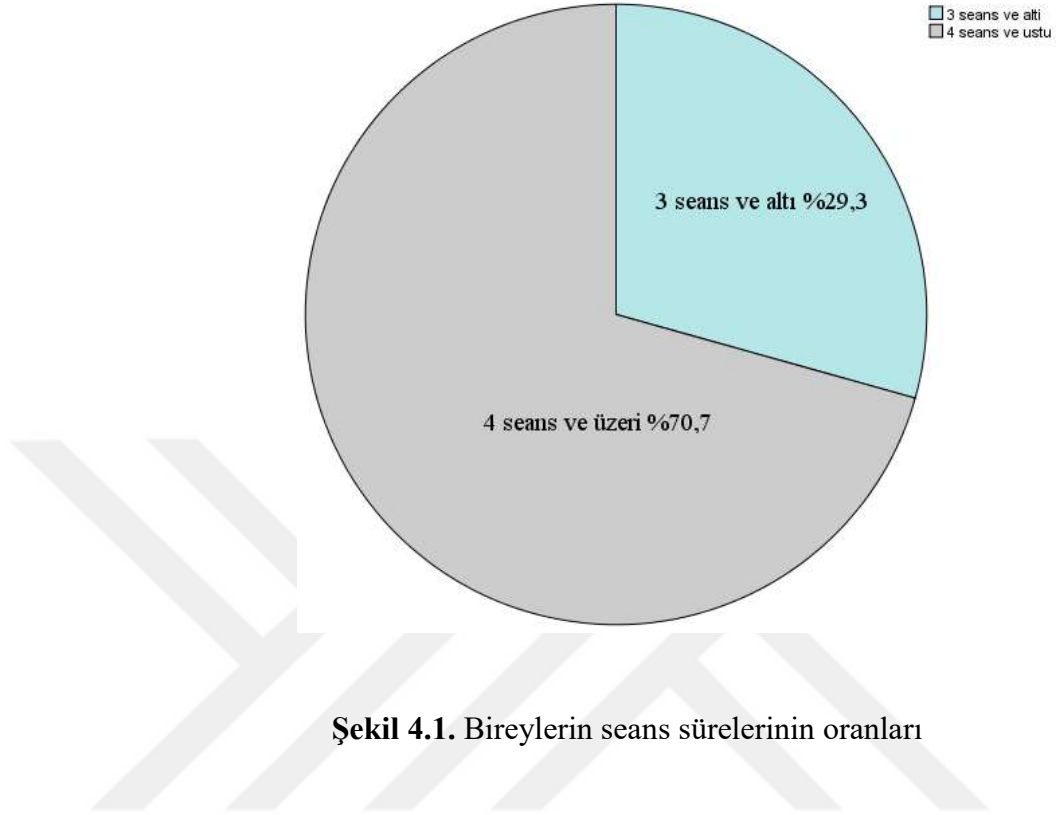
Bireylerin psikiyatrik komorbiditesi olup olmadığına göre CGI-S puanları Mann-Whitney U Testi ile karşılaştırıldığında komorbiditesi olanlar ($Md = 54,64, n = 38$) ve olmayanlar ($Md = 34,68, n = 48$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($U = 488,5, z = -3,80, p = .00, r = .40$). Psikiyatrik komorbiditesi bulunanlar ($Md = 22,6 n = 15$) ve bulunmayanların ($Md = 14,55, n = 20$) CGI-I 6.ay puanları karşılaştırılmasında aralarında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($U = 81, z = -2,52, p = .01, r = .42$). CGI-I diğer ölçüm aylarında psikiyatrik komorbiditesi olanlar ve olmayanların karşılaştırılmasında benzer oldukları tespit edilmiştir ($p > .05$).

Psikiyatrik ilaç kullananlar ($Md=57,39, n = 19$) ve kullanmayanların ($Md=42,99, n = 72$) CGI-S puanları açısından karşılaştırılması neticesinde aralarında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($U = 467,5, z = -2,18, p = .02, r = .22$). CGI-I boyutu tüm aylar için ölçümlerde ilaç kullanan ve kullanmayanların benzer oldukları görülmüştür ($p > .05$).

4.4.4. Psikoterapiye Devamlılığı ile CGI Boyutları ve Diğer Değişkenlerin İncelenmesi

92 kişinin 12 ay boyunca görmüş oldukları seans sayısı 0 ile 51 arasında değişmektedir (ort. = 19,48, ss = 18,55). 12. Aya kadar psikoterapiye devam eden kişilerin 20'si 48 seans, 1'i 51 seans psikoterapi görmüş olup 2 kişinin psikoterapisi devam ederken psikiyatrik görüşmeye katılamaması nedeniyle birinin 1.aydan, diğerinin 3.aydan sonra CGI-I değerlendirilmesi yapılamamıştır. Bu kişiler yalnızca CGI-I değerlendirmesi yapılan aylar için analizlere dahil edilmiştir. Alınan psikoterapi süresi ay bazında değerlendirildiğinde 92 kişiden 40'ı (%43,4) 6 ay ve üzerinde psikoterapi görmüşlerdir.

Bireylerin almış oldukları seans süreleri 3 seans ve altı, 4 seans ve üzeri şeklinde sınıflandırılarak, oranları Şekil 4.1’de gösterilmiştir.



Şekil 4.1. Bireylerin seans sürelerinin oranları

Bireylerin görmüş oldukları seans sayısı ile CGI boyutlarının Spearman Rank Analizi ile incelenmesi sonucunda, CGI-S ile seans sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .22, p = .03$). Diğer CGI-I ölçümleri ile seans sayısı arasında anlamlı bir ilişki mevcut değildir ($p > .05$).

Cinsiyetin, psikoterapi seans sayısı ile Mann-Whitney U Testi ile karşılaştırılması sonucunda kadınlar ($Md = 53,01, n = 49$) ve erkekler ($Md = 39,08, n = 43$) arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($U = 734,5, z = -2,517, p = .01, r = .26$). Medeni durumları, çalışma durumu, öğrenim durumları ve doğum bölgesinin Türkiye olup olmadığına göre ayrı ayrı psikoterapi seans sayısı incelendiğinde aralarında bir fark olmadığı görülmüştür ($p > .05$).

Belirli başlıklar altında alınarak toplam puanları elde edilen işkence yöntemleri ile psikoterapi seans süresi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p > .05$).

Bireylerin fiziksel tanısı olup olmaması, psikoterapi süresi açısından incelendiğinde benzer oldukları görülmüştür ($p > .05$).

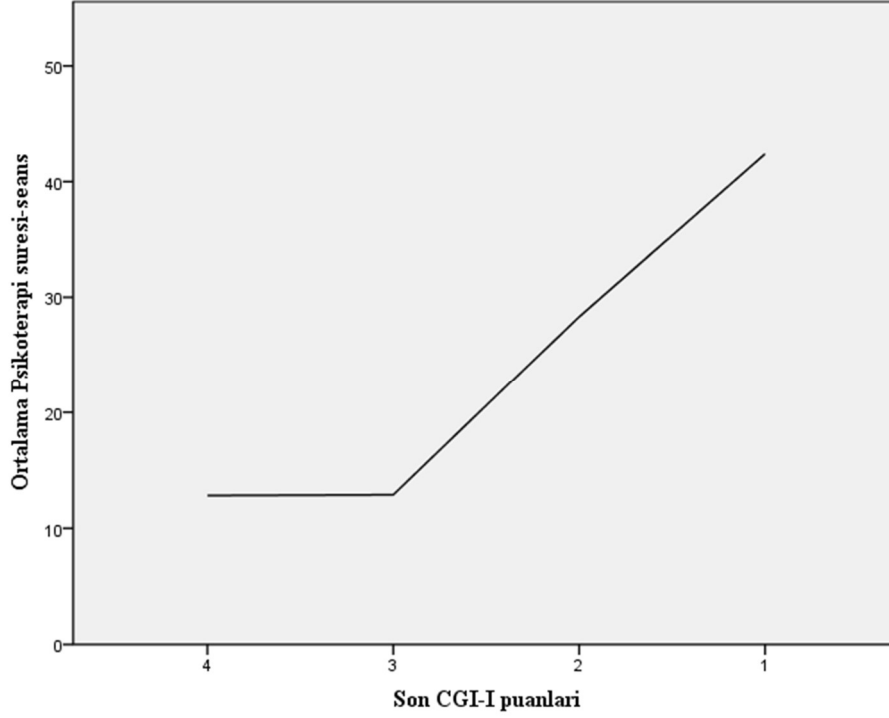
Gözü altında işkence görmüş olanlar ve olmayanların psikoterapi seans sürelerinin karşılaştırılması sonucunda benzer oldukları görülmüştür ($p > .05$).

Cezaevinde işkence görmüş olanlar ($Md = 10.59$) ve olmayanların ($Md = 3.90$) psikoterapi seans sayısının Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılması sonucunda aralarında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($U = 4,5, z = -2,639, p = .00, r = .65$).

Bireylerin almış oldukları tanı ve psikoterapi seans süreleri Kruskal-Wallis Testi ile incelenmiştir. Test sonucunda psikoterapi seans sürelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (Gp1, TSSB: $n = 71$, Gp2, ASB: $n = 6$, Gp3, MDB: $n = 9$, Gp4, Diğer: $n = 6$), $\chi^2 (3, n = 92) = 11,27, p = .01$. TSSB ($Md = 48,40$) ve MDB ($Md = 48,61$) birbirine yakınken, ASB ($Md = 12$) tanısı olan bireyler daha düşük, Diğer ($Md = 55,33$) tanı grubundaki bireyler daha yüksek bir medyan değeri göstermektedir. Psikoterapi seans süresine göre tanıları arasındaki farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu görebilmek için ikişerli olarak Mann-Whitney U Testi uygulanmıştır. Testin sonucunda TSSB ($Md = 41,31, n = 71$) ve ASB ($Md = 11,67, n = 6$) tanıları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($U = 49, z = -3,146, p = .00, r = .35$). Psikoterapi seans süresi açısından ASB ($Md = 3,83, n = 6$) ve MDB ($Md = 10,78, n = 9$) arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($U = 2, z = -2,962, p = .00, r = .76$). Psikoterapi seans süresi açısından ASB ($Md = 3,5, n = 6$) ve diğer ($Md = 9,5, n = 6$) tanı grubu arasında farklılık olduğu görülmüştür ($U = .00, z = -2,913, p = .00, r = .84$). Yalnızca ASB tanıları bireyler açısından farklılık görülmüş olup TSSB, MDB ve diğer tanı grubunun ikişerli gruplar halinde incelenmesi sonucunda aralarında farklılık tespit edilmemiştir ($p > .05$).

Bireylerin son değerlendirilmiş oldukları CGI-I puanları ile psikoterapi süresinin Kruskal-Wallis Testi ile incelenmesi sonucunda aralarında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (Gp1, 1-Çok düzeldi: $n = 15$, Gp2, 2-Oldukça düzeldi: $n = 23$, Gp3, 3-Biraz düzeldi: $n = 18$, Gp4, 4-Hiç değişiklik yok: $n = 11$), $\chi^2 (3, n = 67) = 22,219, p = .00$. Testin sonucuna göre Gp1 ($Md = 51,03$) diğerlerinden yüksek bir medyan değeri ortaya koymuştur. (Gp2 $Md = 36,85$,

Gp3 $Md = 24,22$, Gp3 $Md = 20,82$). Mann Whitney U Testi ile ikili gruplar halinde incelenmiş ve sonuçlar Şekil 4.2. ile benzerlik gösterdiği için ayrı ayrı yazılmamıştır.



Şekil 4.2. Bireylerin seans süreleri ve CGI-I puanlarının karşılaştırılması

Bireylerin psikiyatrik komorbitesi olup olmadığı, psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmadığı göre psikoterapi süresi açısından ayrı ayrı incelenmiş olup herhangi bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p > .05$).

4.5. Psikanalitik Psikoterapinin Etkililiği

Psikanalitik psikoterapi etkililiğinin değerlendirilmesi için Friedman Testi kullanılmıştır. Testin sonucu, ölçülen zaman noktalarında, CGI ölçeğinden elde edilen veriler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir (Psikoterapi öncesi CGI-S, psikoterapi uygulaması sonrası CGI-I 1.ay, CGI-I 3.ay, CGI-I 6.ay, CGI-I 9.ay, CGI-I 12.ay $\chi^2(5, n = 19) = 81,44, p < .001$). Medyan değerlerine bakıldığında CGI ölçeğinden alınan puanların, CGI-S'den ($Md = 4$), sonraki ölçümlere doğru CGI-I 1.ay ($Md = 3$), CGI-I 3.ay ($Md = 3$),

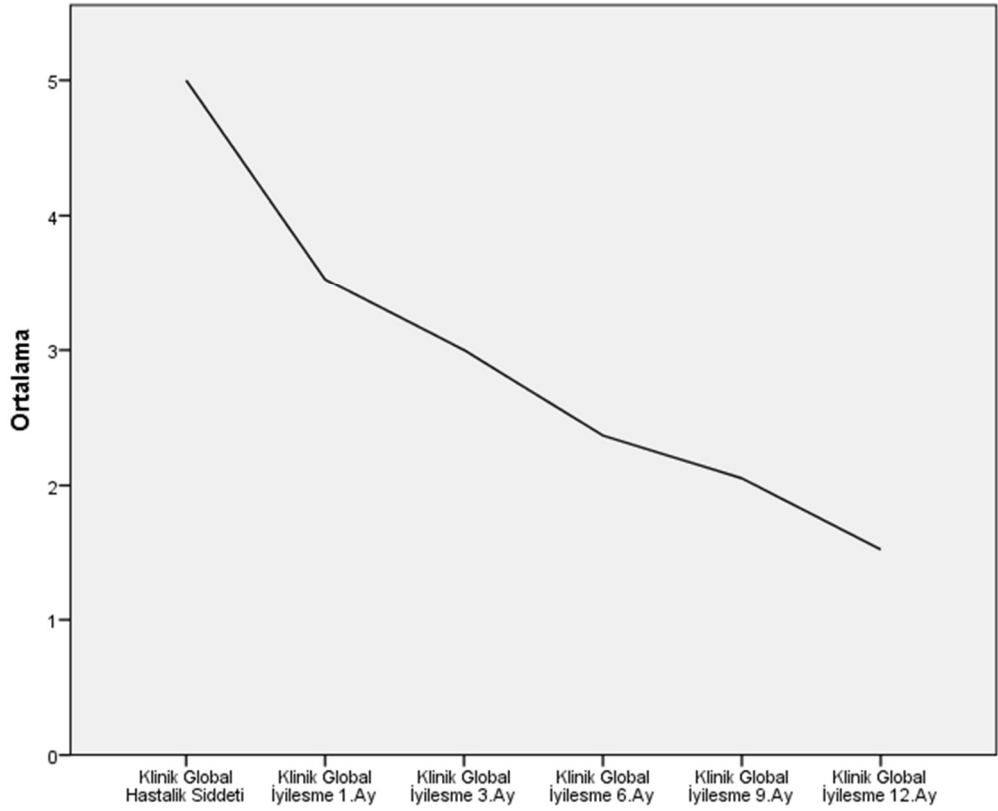
CGI-I 6.ay ($Md = 2$), CGI-I 9.ay ($Md = 2$), CGI-I 12.ay ($Md = 1$) şeklinde azalma olduğunu göstermektedir.

Değerlendirmeler arası farklılığın hangi aylar arasında olduğunu görebilmek için Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi uygulanmıştır. Tip 1 hatanın düzeltilmesi için Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır ($p < .003$). Bu test sonucunda CGI'den alınan puanların bireyler psikanalitik psikoterapi görmeye başladıktan sonra CGI-S'den CGI-I 1.ay arasında, orta büyüklükte ($r = .47$) istatistiksel olarak anlamlı değişimler olduğu görülmüştür ($z = -6,03, p < .001$). CGI ölçeğinden elde edilen medyan değerleri incelendiğinde psikanalitik psikoterapi öncesi CGI-S'den ($Md = 4$), psikanalitik psikoterapi sonrası CGI-I 1.aya ($Md = 3$) azalma göstermiştir.

CGI-I 1.ay ile CGI-I 3.ay arasında, orta büyüklükte ($r = .44$) istatistiksel olarak anlamlı değişimler olduğu ortaya konulmuştur ($z = -4,70, p < .001$). CGI-I 1.ay'dan elde edilen medyan değeri ($Md = 3$), CGI-I 3.ay aya ($Md=3$) değişim göstermemiştir. CGI-I 3.ay ile CGI-6.ay arasında, orta büyüklükte ($r = .41$) istatistiksel olarak anlamlı değişiklik olduğu görülmüştür ($z = 4,70, p < .001$). CGI-I 3.ay medyan değerinin ($Md = 3$) CGI-I 6.aya ($Md = 2$) azalma gösterdiği ortaya konulmuştur. CGI-I 6.ay ile CGI-I 9.ay arasında küçük bir etki büyüklüğü olsa da ($r = .27$) aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($z = -2,11, p = .002$). CGI-I 6.ay medyan değerine göre ($Md = 2$) CGI-I 9.ay medyan değerinde ($Md = 2$) değişim olmamıştır. CGI-I 9.ay ile CGI-I 12.ay arasında orta büyüklükte ($r = .43$) istatistiksel olarak anlamlı değişiklik olduğu ortaya koyulmuştur ($z = -2,88, p < .001$). CGI-I 9.ay medyan değerine göre ($Md = 2$), CGI-I 12.ay medyan değerinde ($Md = 1$) azalma olduğu görülmüştür.

CGI-S'den CGI-I 12.ay arasında, orta büyüklükte ($r = .36$) istatistiksel olarak anlamlı değişimler olduğu ortaya koyulmuştur ($z = -3,851, p < .001$).

CGI boyutlarının aylara göre değişim ortalamaları Şekil 4.3.'te verilmiştir.



Şekil 4.3. Bireylerin CGI boyut skorlarının aylara göre değişim ortalamaları

CGI-S'den alınan skorlar, CGI-I boyutlarından alınan puanlarla değerlendirilirken 4 = değişmemiş ya da kötüleşmiş, 3 = hafif değişim, 1 ve 2 = belirgin değişim göstermiş olduğu şeklinde sınıflandırılmıştır. CGI-S'den CGI-I 1.aya 67 (%72,8) kişinin devam ettiği, bireylerin hastalık düzeyindeki değişimler incelendiğinde ise 5'inin (%7,5) belirgin düzeyde değişim gösterdiği, 32'sinin (%47,8) hafif düzeyde değişim gösterdiği, 30'unun (%44,8) değişmemiş ya da kötüleşmiş kategorisinde olduğu görülmüştür. 25 (%27,2) kişinin 1.ay CGI-I ay puanı bulunmamaktadır. Bu kişilerin 10'u (%40) psikoterapiye devam ettiği halde psikiyatrik görüşmeye katılmamış olmasından dolayı CGI-I değerlendirmesi yapılamamış olup, 4 kişi 12 seans, 2 kişi 24 seans, 4 kişi ise 4 seans ve üzerinde psikoterapi görmüştür. 15 kişinin (%60) ise psikoterapiye devam göstermemiş olup, bu bireylerin yalnızca 3'ü hiç

psikoterapiye gelmemiş, 12 kişi ise 4 seans altında psikoterapi görmüşlerdir. Görüldüğü üzere psikoterapiyi ilk ayda bırakan kişilerin oranı %16,3'tür.

CGI-I 1.aydan CGI-I 3.aya 47 kişinin devam ettiği, bireylerin hastalık düzeylerindeki değişimler incelendiğinde 13'ünün (%27,7) belirgin değişim gösterdiği, 26'sının (%55,3) hafif değişim gösterdiği, 8'inin (%17) değişmemiş ya da kötüleşmiş olduğu görülmüştür. 20 kişinin psikoterapiyi bıraktığı görülmüş olup bu kişilerin 8'inin (%40) değişmemiş ya da kötüleşmiş kategorisinde olduğu, 8'inin (%40) hafif değişim gösterdiği, 4 kişinin (%20) ise belirgin değişim göstermiş olduğu görülmüştür.

CGI-I 3.aydan CGI-I 6.aya 37 kişinin devam ettiği, bireylerin hastalık düzeylerindeki değişimler incelendiğinde 24'ünün (%64,9) belirgin değişim gösterdiği, 13'ünün (%35,1) hafif değişim gösterdiği görülmüştür. 10 kişinin psikoterapiyi bıraktığı, bu kişilerin 3'ünün (%30) değişmemiş ya da kötüleşmiş kategorisinde olduğu, 5'inin (%50) hafif değişim gösterdiği, 2 kişininse (%20) belirgin değişim gösterdiği görülmüştür.

CGI-I 6.aydan CGI-I 9.aya 24 bireyin devam ettiği, kişilerin hastalık düzeylerindeki değişimlere bakıldığında 20'sinin (%83,3) belirgin değişim gösterdiği, 4'ünün (%16,7) hafif düzeyde değişim gösterdiği görülmüştür. 13 kişinin psikoterapiyi bıraktığı, bu kişilerin 3'ünün (%23,1) hafif düzeyde değişim gösterdiği, 10'ununsa (%76,9) belirgin düzeyde düzelmeye gösterdiği görülmüştür.

CGI-I 9.aydan CGI-I 12.aya 19 kişinin devam ettiği, bireylerin hastalık düzeylerindeki değişimler incelendiğinde 18'inin (%94,7) belirgin değişim gösterdiği, 1'inin (%5,3) hafif düzeyde değişim gösterdiği görülmüştür. 5 kişinin psikoterapiyi bıraktığı, bu kişilerin 1'inin (%20) hafif düzeyde değişim gösterdiği, 4 kişinin (%80) belirgin düzeyde değişim gösterdiği görülmüştür.

Bireylerin aylara göre CGI değişimi Tablo 4.6’da, CGI boyutlarından almış oldukları puanların frekansları Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.6. Bireylerin Aylara göre CGI-I değişim tablosu

CGI-I Aylar	CGI-I 1. ay		CGI-I 3. ay		CGI-I 6. ay		CGI-I 9.ay		CGI-I 12. Ay	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Devam Edenler	67		47		37		24		19	
Belirgin D	5	7,5	13	27,7	24	64,9	20	83,3	18	94,7
Hafif D.	37	47,8	26	55,3	13	35,1	4	16,7	1	5,3
Değişmemiş K.	30	44,8	8	17	-	-	-	-	-	-
Ayrılanlar	25		20		10		13		5	
Belirgin D			4	20	2	20	10	76,9	7	80
Hafif D.			8	40	5	50	3	23,1	1	20
Değişmemiş K.			8	40	3	30	-	-	-	-

Tablo 4.7. Bireylerin CGI Ölçeği Frekansları

CGI	CGI-S n = 91		CGI-I 1.ay n = 67		CGI-I 3.ay n = 47		CGI-I 6.ay n = 37		CGI-I 9.ay n = 24		CGI-I 12.ay n = 19	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
7	5	5,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	18	19,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	20	21,7	1	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-
4	31	33,7	29	31,5	8	8,7	-	-	-	-	-	-
3	16	17,4	32	34,8	26	28,3	13	14,1	4	4,3	1	1,1
2	1	1,1	5	5,4	13	14,1	18	19,6	16	17,4	8	8,7
1	-	-	-	-	-	-	6	6,5	4	4,3	10	10,9
Kayıp veri	1	1,1	25	27,5	45	49	55	59,7	68	73,9	73	79,4
Toplam	92	100	92	100	92	100	92	100	92	100	92	100

Bireylerin CGI-I puanları 1-2 = belirgin değişim göstermiş, 3-4-5 = belirgin değişim göstermemiş olarak belirlenip değişkenlerle ilişkisi incelenmiştir. Yapılan ki-kare bağımsızlık testi sonucunda (süreklilik için Yates düzeltmesi ile birlikte) ilaç kullanımı ile tedavi değişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür, $\chi^2 (1, n = 67) = 9,23, p = .00, phi =$

.41. Psikiyatrik ilaç kullanımı olmayan 54 kişinin, 36'sının (%66,7) belirgin değişim gösterdiği, 18'inin (%33,3) belirgin değişim göstermediği, psikiyatrik ilaç kullanımı olan 13 kişinin, 2'sinin (%15,4) belirgin değişim gösterdiği, 11'inin (%84,6) belirgin değişim göstermediği görülmüştür.



5. BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ, KISITLILIKLAR VE ÖNERİLER

5.1. Tartışma

Bu araştırmada insan eliyle oluşturulmuş travmalar nedeniyle TSSB, ASB, MDB psikiyatrik tanılarına almış bireylere uygulanan psikanalitik psikoterapinin etkililiği incelenmiştir. Bunun yanı sıra çeşitli sosyodemografik değişikliklerin ve işkence öyküsünün bireylerin aldıkları tanı ve tedavi sürecine etkisi irdelenmiş ve kişilerin psikanalitik psikoterapiye devamlılığında etkili olabilecek faktörler ele alınmıştır.

Araştırmanın bu bölümünde, elde edilen bulgular literatürdeki bulgular ile karşılaştırılıp, hipotezler literatür çerçevesinde tartışılmıştır. Son olarak araştırmanın literatüre katkısı, kısıtlılıkları ele alınıp yeni araştırmalar için önerilerde bulunulmuştur.

5.1.1. Sosyodemografik Değişiklikler Açısından Travmatik Deneyim ve Tedavi Süreci

Sosyodemografik bulgularda yaşın CGI-S ile ilişkili olduğu görülmüştür. Yaşın artışı, CGI-S'in de görece artışına neden olmaktadır. Bu bulgu daha yüksek yaşın TSSB için risk faktörü oluşturduğuna dair bulgular bulan bazı araştırmalarla benzerlik göstermektedir (Cardozo, Vergara, Agani ve Gotway, 2000; Dahl, Mutapcic ve Schei, 1998; DiGrande, ve diğerleri, 2008).

Medeni durumu evli olanlar, bekarlara göre daha yüksek CGI-S puanları almışlardır. Bu bulgu marjinal düzeyde anlamlı olup literatürdeki bazı çalışmalardan farklılık göstermektedir. Kaltman, Green ve diğerlerinin (2010) Latin Amerikalı göçmenlerle yapmış oldukları bir çalışmada, medeni durumu evli olmayan kadınların, TSSB-MDB komorbiditesi grubunda olma riskini artırdığını bulmuşlardır. Bu farklılık çalışmanın yalnızca göçmen kadınlarla yapılmış olması ve kültürel bazı etkenlerden kaynaklanıyor olması olası görünmektedir. Araştırmada evli olmanın hastalık şiddeti puanını artırması ise

evliliğin getirmiş olduğu başka stres faktörlerinin devreye girmesinden kaynaklanıyor olabilir. Bir başka çalışmada evliliğin erkekler için travmatik stres belirtileri için koruyucu bir faktör olduğu, kadınlar içinse evliliğin travmatik stres üzerinde bir etkisi olmadığı belirtilmiştir (Israel-Cohen ve Kaplan, 2016).

5.1.2 İşkence Öyküsü ve Tedavi Süreci

Fiziksel etkenler başlığı altında toplanan işkence yöntemlerine maruz kalış arttıkça, bireylerin psikoterapi sürecinde 6.aya gelindiğinde diğerlerine nazaran görece daha fazla iyileşme gösterdikleri araştırmada görülen bir bulgudur. Fiziksel etkenler altında toplanılan işkence yöntemlerinde en sık karşılaşılan uygulamaların; kimyasal maddelere maruz bırakma (%13) ve göz yaşartıcı kimyasal kullanımı (%6,5) olduğu görülmektedir. Bu bulgu, toplumsal olaylarda sıklıkla kullanılan biber gazı gibi maddelerin 20-30 dakika içinde kaybolduğu söylenen ani fizyolojik etkilerinin yanı sıra (nefesin kesilmesi, gözlerde ve burunda yanma, bulantı, öğürtü vs.) yarattığı ruhsal etkinin azalabilmesi için bireylerin uzunca bir zamana ihtiyaç duyduğu anlamına gelebilir. Biber gazı etkisini saniyeler içinde gözlerin istemsiz kapanması, nefes darlığı, vücudun motor kontrolünün kaybı gibi (Çorbacıoğlu ve diğerleri, 2016) kişinin kendisi üzerinde kontrol kaybına neden olan travmatik bir etkiye sahip olmanın yanında, fiziksel yaralanmalara da sebep olabilmesi travmatik etkiyi artırmaktadır. Tüm bu etkilere maruz kalan kişilerde ölüm korkusu, anksiyete ve başka ruhsal belirtilerin görülmesinde bir etken olabilmektedir (akt Ünüvar, Yılmaz, Özyıldırım, Kutlu ve Korur Fincancı, Aralık, 2013).

Pozisyonel işkenceler başlığı altında toplanan işkence yöntemlerine daha fazla maruz kalmış bireylerin, 9. Aya gelindiğindeki iyileşme miktarları diğerlerine göre anlamlı bulunmuştur. Pozisyonel işkence başlığı altında toplanan yöntemlere bakıldığında %18 oranında *diğer pozisyonel işkenceler* olduğu görülmektedir. Bu kategori daha çok ters kelepçe için kullanılmaktadır. Kelepçe kullanımı Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AİHM) tarafından onur kırıcı ve aşağılayıcı bir muamele olarak kabul görmekte ve bazı kriterler dışında kullanımı uygun görülmemektedir (Yılmaz, 2015). Toplumsal olaylarda kullanımını sıklıkla gördüğümüz bu yöntemin ruhsal etkilerinin uzun süreli olduğuna işaret etmektedir.

Bireylerin son gözaltında uğramış oldukları işkencenin fiziksel/psikolojik ya da psikolojik olmasına göre CGI boyutları açısından bir farklılık var mı diye bakılmış ve 9. ayda CGI-I düzeylerinin medyan değeri, psikolojik yöntemlerle işkence görmüş bireylerde daha yüksek bulunmuştur. Bu yöntemlerin uygulanması, bireylerin olanlardan kendilerinin sorumlu hissetmesini sağlayarak, korku, utanç, suçluluk ve keder gibi duygular uyandırdığı (Reyes, 2007) düşünüldüğünde, geçmişindeki benzer nesne ilişkileri çatışmalarını hareketlendirebileceği (Özyıldırım, Orhon Baykal, Gürsel ve Kula Güney, 2017; Varvin, 2016) ve psikoterapi sürecinde, duyulan rahatsızlığın belirli bir zamanda artış gösterebileceği anlamına gelebilir. Ancak, bu değişkenler ile bazı aylardaki CGI-I puanları arasındaki görece anlamlı ilişki rastlantısal ve çok belirleyenli süreçlerin dolaylı yansıması olabilir; bu noktada daha ayrıntılı ve özgül çalışmalara ihtiyaç vardır.

Araştırma bulgularında cezaevi geçmişi bulunanların bulunmayanlara göre daha yüksek CGI-S skorlarına sahip olduğu görülmüştür. Cezaevi geçmişinin olmasının, bireyin almış olduğu tanının şiddetinin daha ağır olmasına neden olduğu söylenebilir. Literatür incelendiğinde cezaevinde yapılmış çalışmalarda yüksek düzeyde psikiyatrik hastalıklar görüldüğü, cezaevine girmeden önce yaşanan travmatik olayların etkisi, cezaevine girmeden önce psikiyatrik tanı varlığı, cezaevinin kendisinin insan üzerinde yarattığı olumsuz etkisiyle birleşince durumu daha da kötüleştirdiği yönündeki bulgular araştırma bulgularını destekler niteliktedir (Harner, Budescu, Gillihan, Riley ve Foa, 2015; Kaya, Güler, & Çilli, 2004).

5.1.3 Klinik Belirti, Tanı, Komorbidite ve Tedavi Süreci

Mevcut çalışmada katılımcıların %77,2'si TSSB, %9,8'i MDB tanılarına almışlardır. Tüm katılımcılar içinde %29,3 MDB komorbiditesi bulunmaktadır. İşkence ve kötü muamele görmek nedeniyle başvuranlarda %82,9 TSSB görülmekte, %32,9 MDB komorbiditesi bulunmaktadır. Bu bulgu işkence ve diğer potansiyel travmatik yaşantılara maruz kalanlarda TSSB ve MDB prevalasının daha yüksek olduğu ve işkencenin TSSB ile ilişkili en güçlü faktör olduğu yönündeki literatür bilgisi ile tutarlılık göstermektedir (Steel ve ark., 2009). TSSB'nin ortaya çıkışıyla birlikte depresyon gibi başka klinik

görünümünün ortaya çıktığı bilgisiyle benzerdir (Roth ve Fonagy, 2005). TSSB tanısı almış bireylerin, TSBB tanısı almamış bireylere kıyasla SCL-90-R ölçeğinden her boyutta daha yüksek skorlara sahip oldukları, özellikle depresyon semptomları açısından farklılık olduğuna dair literatür bilgisine benzerlik göstermektedir (Kaptanoğlu,1991).

Depresyon belirtileri arttıkça bireylerin CGI-S puanları da artış göstermektedir. Literatürde bu bulguyu destekleyen nitelikte MDB'nin TSSB'ye komorbid olması durumunda semptom şiddetinin arttığı yönünde bir bilgi mevcuttur (Shalev ve diğerleri, 1998).

Nörolojik belirti grubundan yüksek puan almış bireyler, CGI-I 6.ayda diğerlerine oranla daha fazla iyileşme göstermişlerdir. Nörolojik belirti grubuna bakıldığında %43,5 gibi bir oranla en sık karşılaşılan konsantrasyon güçlüğü bulunmaktadır. Konsantrasyon güçlüğüne sahip bireyler psikoterapinin 6. Ayına gelindiğinde iyileşme yönünde etkilerin görüldüğü söylenebilir. Konsantrasyon güçlüğü TSSB ve MDB'nin ortak belirtilerinden biri olması nedeniyle iyileşmeye daha uzun süre sonrası yanıt vermesi olasıdır (Hurlocker, Vidaurri, Cuccurullo, Maieritsch ve Franklin, 2018). Bu bulgu TSSB'nin hafıza, konsantrasyon ve dikkat gibi bazı bilişsel işlevleri etkilediği, yeterli tedavi ile bazılarının iyileştiği yönündeki literatür bilgisi ile uyumludur (akt Schottenbauer, Glass, Arnkoff, Tendick ve Hafter Gray, 2008).

Tanı gruplarının CGI-S'ten almış oldukları puanlar karşılaştırıldığında ASB tanısı alan bireylerin daha düşük CGI-S puanları aldığı görülmüştür. Bunun bir nedeni örnekteki ASB tanılı birey sayısının 6 kişi olması ve istatistiksel analiz gücünün, örneklem azlığı nedeniyle azalmasından kaynaklanıyor olabilir. Diğer taraftan başlangıçta ASB tanısı koyulmuş bireylerin bir kısmı daha sonra TSSB'ye dönüşmüş ve örnekte TSSB olarak ele alınmıştır. ASB'nin TSSB'ye dönüşmeyen hastalardan oluşması CGI-S puanlarında düşük skor görünmesine neden olmuş olabilir.

Araştırmada psikiyatrik komorbiditesi bulunan bireylerin CGI-S skorları daha yüksek bulunmuştur. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre komorbiditenin olması hastalığın şiddetini artırmaktadır. Literatür incelendiğinde TSSB'ye komorbid depresyonun hastalık şiddetini artırdığı

yönünde bilgiler araştırma bulgusunu desteklemektedir (Shalev ve diğerleri, 1998). Bunun yanı sıra komorbitesi bulunan bireylerin CGI-I 6.ayda komorbiditesi bulunmayanlara göre görece daha az iyileşme gösterdikleri görülmüştür. Bu bulgu da komorbiditenin iyileşme seviyesini düşürdüğü yönündeki literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir (Shalev ve diğerleri, 1998). Psikiyatrik komorbiditesi bulunan bireylerle çalışırken daha uzun süreli bir psikoterapi uygulanması daha uygun gibi görünmektedir.

Örnekleme içinde ilaç kullanan bireyler ile kullanmayanlar karşılaştırıldığında, ilaç kullananların CGI-S puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Daha sonraki CGI-I karşılaştırmaları açısından da bir farklılık bulunamamış olması, ilaç kullanımı uygun görülen bireylerin başlangıçtaki semptomların şiddetini hafifletmek ihtiyacından kaynaklandığı, psikoterapi sürecindeyse ilaç kullanımının bireyi stabil tuttuğu ya da extra bir iyileşmeye neden olmadığı anlamına gelebilir. CGI-I puanlarının normal dağılım göstermemesi nedeniyle ilacın etkisi kontrol altında tutularak, karıştırıcı etken ortadan kaldırılamamıştır. Literatür incelendiğinde TSSB'ye komorbid MDB görülmesi durumunda psikoterapi ile antidepresan kullanımı tavsiye edildiği görülmektedir (Tural, Önder ve Aker , 2012).

5.1.4 Devamlılık ve Tedavi Süreci

Araştırma bulgularında bireylerin CGI-S skorları yükseldikçe, diğerlerine oranla görmüş oldukları psikoterapi seans sayısının bir miktar arttığı görülmüştür. Araştırmanın travma alanında çalışmalar yapan ve deneyimlerini paylaşan psikanalistlerin yayın incelenmesinde de bahsedildiği gibi bireylerin psikoterapi sürecine, kendi süreçleri tamamlanmadan psikoterapinin bitirilmeyeceğinin belirtilerek başlanması psikoterapiye bağlılığı artırıcı ve kaygıyı azaltıcı (Küey, 2017) bir etki yapıyor gibi görünmektedir. Bireyler terapiye devam ettikçe iyileşme düzeyleri de daha iyi olmaktadır. Literatürde bireylerin psikoterapi başlangıcında ve erken evresinde ayrılma göstermesi, travma odaklı kanıta dayalı psikoterapilerde, özellikle genç hastalar için bir problem olduğu, tedaviye devam edenlerin iyileşme gösterdiği ancak tedavi aşamasında dördüncü seansını tamamladıktan bazı hastalarda travma odaklı terapinin modifiye edilerek kullanıldığı ya da hastaların başka tedaviye

geçtikleri bildirilmiş olup gelecek çalışmaların, modifikasyonların neleri kapsamı gerektiğini ele almasının literatüre ve uygulamaya büyük katkı sağlayacağı belirtilmiştir (Niles ve diğerleri, 2018). Başka bir gözden geçirme ve metaanaliz çalışmasında, kronik TSSB'li bireylere travma odaklı psikoterapilerin önerilebileceği ancak her kronik TSBB'li bireyin travma odaklı psikoterapiden yararlanamayabileceğini, bu nedenle seans oturumlarının artırılması, ilaç kullanımının eklenmesi gibi yolların düşünülebileceğinden bahsedilmektedir (Bisson ve diğerleri, 2007). İşkence, keyfi infaz ve aile bireylerinin kaybı gibi ağır insan hakları ihlalleri yaşamış TSSB'ye komorbid MDB'si bulunan ilaç tedavisi ile birlikte destekleyici psikoterapi uygulanarak Kamboçyalı mültecilerle çalışılmış bir araştırmada, bu grupların gittikleri ülkelerde dil, finansal ve kültürel birçok uyum sorunu yaşadıkları, bu nedenle kısa vadeli değerlendirme ve takiplerin kesinlikle uygunsuz olduğu bildirilmiş olup ilerleyen dönemlerde belirtilerin nüks edebildiğine dair uyarılarda bulunulmuştur (Boehnlein ve diğerleri, 2004). Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda, bireylerin ihtiyaçları göz önünde bulundurularak süre sınırlaması olmadan psikoterapi görmeleri, hem terapötik ittifakı kolaylaştırıp terapiden erken ayrılmaları azaltabilir, hem belirti nüksünü önlemeye yardımcı olabilir.

Kadınlar ve erkeklerin almış oldukları seans sayılarında anlamı bir fark olduğu, kadınların erkeklerden daha fazla psikoterapi seansı aldığı görülmüştür. Bu bulgu literatürdeki erkek cinsiyetin psikoterapiyi erken bırakma açısından risk faktörü oluşturduğu, ruh sağlığı uzmanından yardım almanın yararsız olduğunu düşünen erkeklerin tedaviyi bırakmasının muhtemel olduğu, kadınların da ruh sağlığı uzmanından yardım almaya duydukları güven nedeniyle, daha çok yardım alma eğilimi içinde oldukları yönündeki bulgu ile uyumludur (Leaf ve Livingstone Bruce, 1987).

Araştırmada cezaevinde işkence görmüş olan bireylerin, görmeyenlere göre daha fazla psikoterapi seansı aldığı yönünde bir bulgu ortaya koyulmuştur. Cezaevi sürecinin başlı başına bireyi dış dünyadan, birlikte olduğu insanlardan, olağan yaşantısından uzaklaştıran doğası nedeniyle bireyde olumsuz ruhsal etkilere neden olmaktadır. Bu olumsuzlukların üzerine işkence görmesi ise bireyin benliğine yıkıcı etkileri olabilecek denli travmatik bir yaşantıdır. Bu

kişilerin cezaevi süreçleri bittikten sonra sosyal alanda yaşayabileceği sorunlar da göz önünde bulundurulduğunda, ruhsal desteğe daha uzun süreli ihtiyaç duyuyor olmaları şaşırtıcı değildir. Yukarıda da değinildiği gibi psikoterapinin süresinin açık uçlu bırakılarak, bireylerin süreçleri tamamlanana kadar devam edeceğinin belirtilmesi hem psikoterapiye bağlayıcı (Küey, 2017) hem de iyileşmeyi artırıcı yönde bir etki gösterebilmektedir.

Araştırma bulgularında ASB tanılı bireylerin, diğer tanıları almış bireylere göre daha az sayıda psikoterapi seansı aldıkları görülmüştür. ASB'nin zaman kriterinin 30 gün olduğu, tanısı TSSB'ye dönüşmeyen bireylerin, belirtilerinin şiddetinin azalması, düzelme göstermeleri nedeniyle daha az psikoterapi seansına dahil oldukları düşünülebilir. Rothbaum ve arkadaşlarının (1992) tecavüz mağduru kadınlarla yapmış oldukları bir çalışmada bu bulguyu destekler nitelikte bir sonuç olduğu görülmüş, bireylerin başlangıçta %94 oranında TSSB belirtilerini karşılarken, bir ay geçtikten sonra müdahale olmadan yapılan ölçümde bu oranın %65'e düştüğü bildirilmiştir. ASB'de bekleme listesi grubuna göre psikoterapi uygulamasını karşılaştıran bir çalışmanın sonuçlarında, bekleme listesi grubunun %33'ünün TSSB belirtileri göstermediği bildirilmiştir (Bryant ve diğerleri, 2008). Belirti grubu açısından ASB'nin TSSB'ye göre daha az özgüleştirilmesi nedeniyle, ASB tanısı konulmuş ama TSSB'ye dönüşmemiş bireylerin olacağını beklenildiği literatürde yer almaktadır (Briere, Scott ve Jones, 2016, s. 35). Bryant'ın (2011) yapmış olduğu bir sistematik gözden geçirmede, ASB'nin TSSB için makul bir öngörücü olduğu ancak başlangıçta ASB tanılarını karşılayan bireylerin TSSB'ye dönüşme oranının zayıf olduğu belirtilmiştir.

5.1.4 Psikanalitik Psikoterapi Etkililiği

Literatür incelendiğinde TSSB'de psikanalitik psikoterapi, psikodinamik psikoterapi ile yapılmış etkililik çalışmaları oldukça sınırlı sayıdadır. Özellikle işkence ve kötü muamele görmüş, ağır insan hakları ihlaline uğramış bireylerle yapılan psikanalitik psikoterapi ya da psikodinamik psikoterapi etkililik çalışmaları neredeyse yok denecek kadar azdır. Bu nedenle psikoterapi etkililiği irdelenirken bu sınırlı sayıda çalışma ile karşılaştırmaların yapıldığı akılda tutulmalıdır.

Araştırmanın etkililiği incelendiğinde, bireylerin psikiyatristle yapmış oldukları ilk görüşmede aldıkları CGI-S puanı baz alınarak devam eden CGI-I puanlarında 12 aylık izlemde, psikoterapi ilerledikçe istatistiksel olarak anlamlı bir düzelme görülmektedir. Literatürdeki işkence ve kötü muamele görmüş bireylerle yapılan çalışmaların gözden geçirildiği Weiss ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu en kapsamlı çalışmada, travma çalışmaları yapan kurumlara öncelikle önerilen psikoterapi yöntemi TSSB ve MDB için BDT olmuştur. Bu araştırmada psikodinamik çalışma başlığı altında incelenen çalışmaların ne denli psikodinamik çalışma olduğu oldukça tartışmaya açıktır. Değerlendirilen her bir çalışma için referans gösterilirken TSSB’de psikodinamik başlığı altında ele alınan çalışma için metin içi referans verilmemiş, bu nedenle referans kısmında bu çalışmanın hangisi olduğu bulunamamış ve ayrıntılı olarak incelenememiştir. Yazarlar bu çalışmayı etkisi belirsiz olarak nitelendirip, makale içeriğinden TSSB belirtilerinin sonuçları belirlenemediğini not düşmüşlerdir. MDB için psikodinamik başlığı altında incelenen çalışma ise Yalom Grup Terapisi uygulanarak yapılmış olup, bireylerin depresyon belirtilerinde azalma olduğu belirtilmiştir (Nicholson ve Kay, 1999). Weiss ve arkadaşlarının (2016) bu çalışmasında da görüldüğü gibi işkence ve kötü muamele görmüş bireylerle yapılmış, psikodinamik ilkeler doğrultusunda gerçekleştirilmiş bir çalışma olduğunu söylemek pek mümkün görünmemektedir. Bunun bir nedeni ağır travmatik deneyimler yaşamış bireylerle psikanalitik ya da psikodinamik çalışma yapan psikoterapistlerin önceliğinin uygulanan psikoterapinin etkililiği olmaması, hastaları herhangi bir araştırma prosedürü içine sokmayı istememeleri olabilir. Diğer nedeni bu alanda daha çok vaka örnekleri üzerine çalışmalar bulunması (Spermon, Darlington ve Gibney, 2010) ve bu çalışmaların derleme çalışmalarına dahil edilememesinden kaynaklanıyor olabilir. Ancak kanıta dayalı genellemelerin yanında her bireyin ayrı dinamikleri olduğu düşünüldüğünde olgu sunumlarının da değeri göz ardı edilmemelidir. Weiss ve arkadaşları (2016) da vaka çalışmalarını dahil ettiklerini belirtmişlerdir. Literatürdeki işkence ve kötü muamele görme ile ilgili çalışmaların büyük bir kısmı mültecilerle yapılmaktadır. Hizmet kurumlarının kısıtlı finansları ve hızlı çözüm arayışları, bunun yanında psikanalitik psikoterapi uygulayan bir psikoterapistle çalışmak için psikanalitik bir formasyon sürecini tamamlamış ya da en azından bu süreç içerisinde belli bir aşamaya gelmiş olmak gerekliliği, bu

kurumların daha çok diğer ekollerdeki psikoterapistlerle çalışmalar yapıyor olmalarında bir etken olabilir. Çünkü bu çalışma incelendiğinde TSSB ile yapılmış BDT çalışma sayısı 33, MDB ile yapılmış çalışma sayısı 23'tür. Bu nedenle sonuçlar, kurumlara BDT önerilmesi yönünde beklenen bir durum oluşturmaktadır. Weiss ve arkadaşları (2016), diğer yöntemler yeterli kanıt sağlayana kadar, kanıta dayalı tedavileri kullanmayı teşvik ettiklerini belirtmişlerdir. Bir sistematik gözden çalışmasında ise TSSB için öncelikli olarak BDT önerilse de uygulamada klinisyenlerin alternatif olarak psikodinamik psikoterapiyi tercih etme eğiliminde oldukları belirtilmiştir (Paintain ve Cassidy, 2018). Bir sistematik gözden geçirme ve metaanaliz çalışmasında travma odaklı BDT'nin bekleme listesi kontrol grubuna göre TSSB semptomlarının tüm ölçümlerinde önemli klinik etkiler gösterdiğini, diğer terapi grubu altında ele alınan destekleyici/yönlendirici olmayan, hipnoterapi, psikodinamik psikoterapi gibi tedavilerin önemli klinik etkiler göstermediğini ancak bunun sınırlı sayıda çalışma olmasından kaynaklanabileceği ve bu nedenle bu psikoterapilerin etkisiz olduğu anlamını taşımadığı belirtilmiştir (Bisson ve diğerleri, 2007).

Randomize kontrollü çalışmaların dahil edildiği gözden geçirme ve metaanalizler incelendiğinde TSSB'de psikodinamik psikoterapinin etkililiği için genellikle bir çalışma üzerinden değerlendirilme yapıldığı görülmektedir (Bisson ve diğerleri, 2007; Bisson, Roberts, Andrew, Cooper ve Lewis, 2013; Leichsenring, Klein ve Salzer, 2014). Brom ve arkadaşlarına (1989) ait olan kontrol grubuna göre travmaya duyarsızlaştırma, hipnoterapi ve psikodinamik psikoterapiyi karşılaştıran bu çalışmada, kontrol grubuna göre tümü tedavi sistemlerinde, travma semptomlarında anlamlı düşüş olduğu belirtilmiş olup dinamik psikoterapinin kaçınma semptomlarında diğerlerine göre daha fazla düşüş sağladığı, travmaya duyarsızlaştırma ve hipnoterapinin ise intruzyon semptomlarında daha fazla azalma sağladığı belirtilmiştir. Yukarıda da belirtildiği gibi psikanalitik ve psikodinamik psikoterapilerin TSSB semptomlarını azaltmada etkisiz olduğuna dair yeterli kanıt olmamasına rağmen etkili görüldüğüne dair en azından kontrol grubu ile yapılmış bir adet çalışma mevcuttur.

Bu tezin araştırma bulgularına bakıldığında en son 12.aya gelindiğinde tedaviye devam eden 19 kişi bulunmaktadır. Bireylerin tedaviden ayrılırken ki puanları incelendiğinde 1.ayda psikoterapiye bırakan 25 kişi olduğu görülmektedir. Bisson ve arkadaşlarının (2007) sistematik gözden geçirme ve çalışmasında, psikoterapiyi bırakan tüm katılımcıları, tedavinin kabul edilemediği gibi istenmeyen bir sonuca sahip oldukları, TSSB tanısı oldukları için tedaviyi bıraktıkları kabul ettiklerini belirtmişlerdir. Ancak mevcut araştırmadaki 25 kişinin hepsi tedaviyi kabul etmediği için psikoterapiye başlamadıkları ya da bıraktıkları söylenemez. Bazı hastaların psikoterapiye devam ettikleri halde psikiyatrik görüşmeleri yapılamadığı için CGI-I boyutu değerlendirmesi bulunmamaktadır. Bu hastalar çıkarıldığında ilk ay psikoterapiyi bırakan hasta oranı %16,3'tür. Bu bireylerin 3'ü hiç seansa gelmemiş, 12 kişi ise 3 seans ve altında katılım göstermiştir. Bırakma oranı zaman ilerledikçe gittikçe azalmakla birlikte, psikoterapiyi bırakma nedeni olarak, düzelme gösterdiği için psikoterapiden ayrılma oranı artış göstermiştir. TSBB'de bekleme listesine göre BDT, hipnoterapi ve psikodinamik psikoterapinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, terapiden erken ayrılma oranı %10,5'tir (Brom, Kleber ve Defares, 1989). Literatürde tedaviyi bırakmakla ilgili başka bir metaanaliz çalışmasında, uygulanan psikoterapiye göre farklılık göstermekle birlikte ortalama oranın %18 olduğu bildirilmiştir (Imel, Laska, Jaccupcak ve Simpson, 2013). Yetişkinlerde görülen TSSB ile yapılmış bir sistematik gözden geçirme çalışmasında, psikodinamik psikoterapi *diğer terapiler* kategorisinde ele alınmış olup diğer terapilerin tedavi ayrılımlarında, travma odaklı BDT'den daha iyi durumda olduğu bildirilmiştir (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper ve Lewis, 2013). Literatürle karşılaştırıldığında mevcut çalışmadaki terapiyi bırakma oranının, psikoterapi uygulamasının başlangıcında ortalama değerlerde olduğu görülmektedir. Her ne kadar psikoterapi uygulamasının başlangıcındaki kişi sayısı ile 12 ay sonundaki kişi sayısı arasında büyük farklılık varmış gibi görünse de bu farklılığın, tedaviyi bırakmaktan ziyade iyileşme nedeniyle olması daha olasıdır. Bu bulgu, TSSB'li bireylerin öngörülen psikoterapi süresinden önce tedaviyi bırakmasının iyileşme nedeni mi yoksa düzelme olmadığı için mi ayrıldıklarına dair inceleme yapan bir araştırmanın, bu katılımcıların büyük bir oranının (%35-55) iyileşme nedeniyle

ayrılmış oldukları bulgusu (Szafranski, Smith, Gros ve Resick, 2017) ile benzerlik göstermektedir.

CGI-I 1.aydan CGI-I 3. Aya gelindiğinde psikoterapiden ayrılan 20 kişi bulunmaktadır. 8 kişinin (%40) değişim göstermemiş ya da kötüleşmiş, 8 kişinin (%40) hafif değişim gösterdiği, 4 kişinin (%20) ise belirgin değiştiği görülmüştür, yani 4 kişi düzelme nedeniyle psikoterapiyi bırakmıştır. CGI-I 3.aydan CGI-I 6.aya gelindiğinde 10 kişi psikoterapiyi bırakmıştır. 3 kişi (%30) değişmemiş ya da kötüleşmiş, 5 kişi (%50) hafif değişim göstermiş, 2 kişi (%20) ise belirgin değişim göstermiştir.

Göze çarpan bir bulgu olarak, CGI-I 6.aydan CGI-I 9.aya gelindiğinde bırakan kişi sayısı 13 ve bu kişilerin 10'unun (%76,9) belirgin düzeyde düzelme gösterdiği için psikoterapi sonlandırılmış olmasıdır. Diğer 3 hasta (%23,1) hafif düzeyde düzelme göstermiş olup, değişmemiş ya da kötüleşmiş hasta bulunmamaktadır. Bu bulgu 6.- 9.ayda bireylerde psikanalitik psikoterapi ile önemli ölçüde değişimler gözleniyor anlamını taşıyor olabilir. CGI-I 9.aydan CGI-I 12.aya gelindiğinde, 5 kişi psikoterapiyi bırakmıştır. 1 kişi (%20) hafif düzelme gösterirken, 4 kişi (%80) belirgin düzeyde düzelme göstermiştir. CGI-I 12.ayda ise 18 kişinin (%94,7) belirgin düzeyde düzelme gösterdiği, 1 kişinin (%5,3) hafif düzeyde düzelme gösterdiği görülmektedir. 9. Aydan itibaren değişmemiş ya da kötüleşmiş hasta bulunmamaktadır. Psikoterapiyi bir yıla tamamlamadan bırakma nedenleri bu araştırmanın özellikle odaklandığı bir konu olmasa da, etkililikle ilişkisi bağlamında örneklemdaki bireylerde, psikoterapiyi bir yıldan önceki sonlandırmaların, bir devam etmeme isteği ya da fayda görmemekten çok –özellikle 3.aydan sonraki sonlanmalarda- hastaların bir kısmında hafif, birçoğununsa belirgin düzeyde düzelmeye bağlı olarak gerçekleşmiş olduğunu varsayabiliriz. Dolayısıyla, bir yıldan önce gerçekleşen sonlanmalar doğrudan bir tedavi sınırlılığına işaret etmemektedir. Zira literatürde deneysel olarak destelenen BDT gibi psikoterapilerde tedaviden ayrılma oralarının yüksek olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (Schottenbauer, Glass, Arnkoff, Tendick ve Hafter Gray, 2008). Brom ve arkadaşlarının (1989) yapmış olduğu çalışmada, psikodinamik psikoterapinin diğer psikoterapi türlerine göre daha yavaş etki göstermesine rağmen, bu etkinin tedavi bittikten sonra devam ettiği belirtilmiştir. Araştırmamız örneklemini içinden ayrılan

bireylerin gecikmiş psikoterapi etkisi gösterebilecekleri ihtimali bulunabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Bireylerin tedavi değişimi ve ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Psikiyatrik ilaç kullanımı olmayan 54 kişinin 36'sı (%66,7) belirgin değişim gösterirken, psikiyatrik ilaç kullanımı olan 13 bireyin 2'sinde (%15,4) belirgin değişim olduğu görülmüştür. Literatürde TSSB için ilaç ve psikoterapi uygulamaları konusunda farklı bulgular mevcuttur. TSSB'de psikofarmakoloji ve psikoterapi uygulaması içeren araştırmalardan birinde ilaca başlangıçta olumlu yanıt gösteren hastaların, tedavi devamında ilaçtan da psikoterapiden de fayda görmemiş olduğuna dair bir bulgu mevcuttur (Rothbaum ve diğerleri, 2006). Bir başka çalışmada ise TSSB için ilaç ve psikoterapi kombininin, psikoterapi ve plaseboya göre daha etkili olduğunu ama daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (Schneier ve diğerleri, 2012). Literatürden örnek verilen bu iki çalışma da uzun süreli maruz bırakma tedavisi ile psikiyatrik ilaç uygulaması içermektedir, ayrıca literatürde TSSB'ye komorbid MDB görülmesi durumunda ilaç kullanımı tavsiye edilmektedir (Tural, Önder ve Aker , 2012). İlacın bireylerin psikoterapi sürecinde ne gibi etkileri olduğu, hangi özelliklerden dolayı ilaç kullanımı olan bireylerin daha az iyileşme göstermiş olduğuna dair bir bilgi araştırma içeriğinin dışında olup detaylıca incelenememiş, bu konunun ayrıca çalışılması önerilmektedir.

Soykırım, patlama, parçalanmış insan cesetleri görme gibi çoklu travmaya maruz kalmış TSSB'li bireylerin ne kadarının kendiliğinden iyileştiğini inceleyen bir araştırmada, %8 oranında kendiliğinden iyileşme görüldüğünü ve bu oranın diğer nedenli TSSB'li bireylere göre oldukça düşük olduğunu belirtmişlerdir (Kolassa, Ertl, Eckart, Onyut ve Elbert, 2010). TSSB'de kendiliğinden iyileşme ile ilgili yapılmış bir sistematik gözden geçirme ve meta-analiz çalışmasındaysa kendiliğinden iyileşmenin %8 ile %89 oranla oldukça geniş bir aralıkta olduğundan bahsedilmektedir. Kendiliğinden iyileşmenin özellikle travmayı takiben ilk beş ay içinde olduğu (%51,7), beş aydan sonra bu oranın düştüğü (%36,9) bildirilmiştir. Doğal nedenlere bağlı travmatik deneyimleri olan bireylerin kendiliğinden iyileşme oranı, fiziksel hastalığı olan bireylerden daha yüksek olduğu bulunmuş olup, çalışmanın sınırlılıklarında, araştırmaya dahil edilen çok az sayıda depresyon ve anksiyete

bozukluğu gibi komorbid hastalıkları içeren çalışma olduğunu belirtmişlerdir (Morina, Wicherts, Lobbrecht ve Priebe, 2014). Mevcut araştırmadaki bireylerin ne kadarının kendiliğinden iyileşme gstermiş olabileceklerine dair bir bulgu bildirilemese de, özellikle çoklu travma sayılabilecek cezaevi geçmişi ve işkence öyküsü olan bireylerde böyle bir oranın düşük olacağı literatür bilgisi ışığında söylenebilir.

5.1.5. Metodolojik Değerlendirme

Bu araştırma etkililik çalışmalarında önemli bir kural olarak görülen randomize kontrollü grubu olan bir çalışma olmayıp güvenilirliği daha düşük olarak kabul edilen doğal müdahale çalışmalarındandır. Randomize kontrollü çalışmalar için literatürde bazı eleştiriler mevcuttur. Örneğin Patel ve arkadaşları (2016) , işkence mağdurları ile yapılan psikolojik müdahalelerle ilgili yapmış oldukları bir çalışmada, katılımcıların özel ruhsal ihtiyaçlarını değerlendirebilecek doğrultuda olan çalışmaların da önemli olabileceğini, randomize kontrollü çalışmaların tüm avantajları kendinde taşıyan tek yöntem olmadığını belirtmektedirler. Randomize kontrollü çalışmaların klinik pratiği temsil etmeyen yapay koşullar oluşturduğu, doğal müdahale çalışmalarınınsa klinik koşullar altında gerçekte karşılaşıldığı gibi komorbid hastalarla çalışıldığı yönünde tartışmalar mevcuttur. İyi bir doğal müdahale çalışması için de randomize olmayan kaşılaştırma grubu, eşleştirme, dahil ve hariç tutma kriterlerinin açıkça belirtilmesi gibi bazı kriterler sunulmuştur, bu kriterlerin aşama aşama karşılanmaması ile de çalışmanın güvenilirlik seviyesi düşürülmüştür (Leichsenring, 2004). Literatürde kontrol grubu ile yapılan kanıt dayalı araştırmaların işkence mağdurlarından çok TSSB popölasyonu ile yapıldığı, işkence mağdurları ile yapılan çalışmaların birçok zorluk içerdıği, bu nedenle ağırlıklı olarak kontrol grubu olmadan yapılan *Umut Verici ve Geliştirici* olarak kabul edilen, tedavi öncesi ve sonrası ölçümlere dayalı çalışmalar ya da vaka raporu çalışmaları olduğu belirtilmektedir (Fabri, 2011). Buna göre bu araştırmamız kontrol grubu olmayan doğal müdahale çalışmasıdır ve etkililik değerlendirmesi için kontrol grubu olmaması nedeniyle güvenilirlik en üst seviyede olmasa da bazı sonuçlar sunulmaya çalışılmıştır.

5.1.6. DSM-V ve DSM-IV Kriterleri Açısından Sonuçların Değerlendirilmesi

DSM-V ile birlikte TSSB'nin A kriterine getirilen değişiklik, travmanın kapsamının genişlemesini sağlamıştır. Travmaya maruz kalmanın tanımlandığı A kriterinin ikinci maddesi DSM-IV'te aşırı korku, dehşete düşme veya çaresizliği içerirken, DSM-V ile birlikte bu içerik değiştirilmiştir (Briere, Scott, ve Jones, 2016, s. 32). A kriterindeki değişiklik sayesinde tanıklığa daha çok yer açılmıştır. Mevcut çalışmada tanıların DSM-IV'e göre konulmuş olduğu düşünüldüğünde, TSSB kriterleri DSM-V'e göre daha katı kalmıştır.

Sevilen bir kişinin, ailenin bir üyesinin ya da yakın bir arkadaşın ölmesi ya da ölüm tehlikesi geçirmesi, ancak şiddet ya da kazanın dahil olduğu beklendik bir durum olması halinde travmatik bir olay olarak sayılmaktadır (Briere, Scott ve Jones, 2016, s. 32). Mevcut çalışmadaki gözaltında yakınına kaybeden bireyler düşünüldüğünde, bu olayın oldukça travmatik potansiyel taşıdığı ve bu bireylerin yas değil de TSSB tanısı almış olmasını açıklamaktadır.

5.2. Sonuç

Araştırma bulgularından elde edilen bilgiye göre insan eliyle oluşturulan travmalara maruz kalan bireylerde en sık görülen tanı TSSB'dir. Buna ek olarak en sık görülen komorbid psikiyatrik rahatsızlık MDB olmaktadır. TSSB ve ASB tanısı alan bireylerde travma tanının tek belirleyici faktörü iken, MDB tanısı alan bireylerde travmanın tanının tek belirleyici faktör olma oranı %22,2'dir.

İşkence, işkence görenin yakını olma, bombalı intihar saldırısı ve benzeri toplumsal şiddete maruz kalma gibi insan eliyle oluşturulmuş travma mağdurlarına uygulanan psikanalitik psikoterapi bireylerin tedavisinde orta seviyede bir etki büyüklüğü göstermektedir. Bu etkinin ne kadarının yalnızca psikoterapiye ait olduğu bu çalışmada açıklanamamış olsa da, bireylerin psikanalitik psikoterapiye devamlılığıyla birlikte TSSB, MDB bulgularının azaldığı görülmektedir. Psikanalitik psikoterapi ile 6. Aydan sonra bireylerin çoğunluğunda belirgin değişimler olduğu söylenebilir.

TSSB tedavilerinde, bireylerin tedaviyi yarıda bırakmaları karşılaşılan bir durum olmakla birlikte, bu araştırmanın sonuçları, mevcut çalışmadaki

bireylerin daha çok, ilk hastalık şiddetine göre hastalık seyrindeki düzelme nedeniyle tedaviden ayrıldıklarını göstermektedir.

5.3. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları

Bu araştırmanın, bireyleri herhangi bir araştırma prosedürü içine dahil etmeden yapılması nedeniyle kontrol grubu kullanılmamıştır. Kontrol grubunun olmaması uygulanan psikanalitik psikoterapinin etkililiğinin ne kadarının psikoterapiye ait olduğunu açıklamakla güçlük yaratmaktadır. Bu durum araştırmanın kısıtlılıklarından biridir ve çalışmanın genellenebilirliğini düşüren etkenlerin başında yer almaktadır. Öte yandan literatürde TSSB için psikanalitik psikoterapi ya psikodinamik psikoterapi ile yapılmış etkililik çalışmalarının yok denecek kadar az olması ve görece geniş örneklem sayısı nedeniyle bu araştırmanın literatüre katkı sağlamasıyla birlikte, başka çalışmalar için teşvik edici olacağı düşünülmektedir. Mevcut araştırma, TSSB’de psikanalitik psikoterapi kullanımı ile yapılan bir çalışma olmasının yanında, çoğunluğu işkence gören bireylerle yapılmış olması nedeniyle literatürdeki bir başka boşluğun giderilmesine katkıda bulunmaktadır.

Mevcut araştırmanın nicel bir çalışma olması nedeniyle, psikanalitik psikoterapi gören bireylerin içsel süreçlerine, psikoterapide görülen çatışma dinamiklerine, tedaviyi bırakma ve sürdürmeye dair ne gibi dinamiklerin devreye girdiğine dair bilgilere yer verememiştir.

Diğer bir kısıtlılık, psikoterapi süresi boyunca ilaç kullanan bireylerin örneklemden dışlanmamış olması ve ilaç kullanımının kontrol değişkeni olarak tutulup, karıştırıcı faktörünün indirgenememiş olmasıdır.

5.4. Öneriler

TSSB’de psikanalitik psikoterapi ve psikodinamik çalışmanın etkililiği ile ilgili çok az çalışma olması, tedavi etkinliğine kanıt oluşturma açısından kısıtlılık yaratmaktadır. Bu nedenle kontrol grubu ile yapılacak bir çalışma, genellenebilirlik açısından alana sonuçları daha net bir katkı sağlayacaktır. İleride yapılacak çalışmaların bunu göz önünde bulundurması önemlidir.

Araştırmanın bulgularında ilaç kullanımı olan bireylerin iyileşme düzeyleri daha düşük görünmektedir. Bu sonucun hangi faktörlerle ilişkili olduğuna dair ayrıca bir çalışma yapılabilir.

TSSB tanılı bireylerin tedaviyi yarıda bırakma oranlarının yüksek olduğu bilgisi literatürde mevcuttur. İnsan eliyle oluşturulmuş travmalarda bunun nedenlerine ilişkin bir araştırmanın yapılması, psikoterapi alan bireylerde nelere dikkat etmek gerektiğine dair klinik alana ayrıca bir katkı sağlayacaktır.

İleride psikanalitik psikoterapi etkililiğini ele alacak bir çalışmanın nitel yana da ağırlık vererek bireylerin psikoterapiyi bırakma ya da sürdürmedeki dinamiklerine dair bilgiler içermesi, bu alanda çalışan psikoterapistlere daha fazla katkı sağlayabilir.

KAYNAKÇA

- Amerikan Psikiyatri Birliği. (1998). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı* . (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği (Orijinal baskı yılı 1994).
- Aytekin, A. B. (2011). Aktarım ve Aktarım Nevrozu. A.A.Köşkdere (Ed.). *Psikanalitik Psikoterapiler Temel Kavramlar, Kuramlar ve Yöntemler* içinde (s. 438-442). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Beck, A. T. (2008). *Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar*. (V. Öztürk ve A. Türkcan, Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık (orijinal baskı tarihi 1976).
- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., . . . Ulaş, H. (2014). Türkiye'de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek İçin Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(4), 264-81.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richard, D., & Turner, S. (2007). Psychological Treatment for Cronic Post-Traumatic Stress Disorder Systematic Review and Meta-Analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Pscycological Therapies for Chronic Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* .
- Boehnlein, J., Kinzie, D. J., Sekiya, U., Riley, C., Pou, K., & Rosborough, B. (2004, October). A Ten-Year Treatment Outcome Study of Traumatized Cambodian Refugees. *The Journal of Nervous an Mental Disease*, 192(10), 658-63. 26
- Breuer, J. (2013). Kuramsal. (İkinci Basım) (E. Kapkın, Çev.). *Histeri Üzerine Çalışmalar* içinde (s. 233-302). İstanbul: Payel Yayınları. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1895).
- Briere, J. N., Scott, C., & Jones, J. (2016). Travmanın Etkileri. *Travma Terapisinin İlkeleri Belirtiler, Değerlendirme ve Tedavi İçin Bir Kılavuz DSM-5 için Güncellenmiş* (1.Baskı) içinde (s. 17-52). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Brom, D., Kleber, R. J., & Defares, P. B. (1989). Brief Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 607-612.
- Bryant, R. A. (2011). Acute Stress Disoerder as a Predictor of Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review . *J Clin Psychiatry*, 72(2), 233-239.

- Bryant, R. A., Mastrodomenico, J., Felmingham, K. L., Hopwood, S., Kenny, L., Kandris, E., . . . Creamer, M. (2008). Treatment of Acute Stress Disorder . *Arch Gen Psychiatry*, s. 65(6), 659-667.
- Busner, J., & Targum, S. (2007, July). The Clinical Global Impressions Scale: Applying a Research Tool in Clinical Practice. *Psychiatry*, 4(7), 28-37.
- Campbell, T. A. (2007). Psychological assessment, diagnosis, and treatment of torture survivors: A review. *Clinical Psychology Review*, 27, 628-641.
- Cardozo, B. L., Vergara, A., Agani, F., & Gotway, C. A. (2000, August 2). Mental Health, Social Functioning, and Attitudes of Kosovar Albanians Following the War in Kosovo. *The Journal of the American Medical Association*, 287(5), 569-577.
- Çorbacioğlu, Ş. K., Güler, S., Er, E., Seviner, M., Aslan, Ş., & Aksel, G. (2016, March). Rare and Severe Maxillofacial Injury Due to Tear Gas Capsules : Report of Three Cases . *Journal of Forensic Sciences* , 61(2), 551-4.
- Dahl, S., Mutapcic, A., & Schei, B. (1998). Traumatic Events and Predictive Factors for Posttraumatic Symptoms in Displaced Bosnian Women in a War Zone. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 137-145.
- Demir, T., Demir, D. E., Alkas, L., Copur, M., Dogangun, B., & Kayaalp, L. (2010). Some Clinical Characteristics of Children Who Survived the Marmara Earthquakes. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19, 125-133.
- DiGrande, L., Perrin, M. A., Thorpe, L. E., Thalji, L., Murphy, J., Wu, D., . . . Brackbill, R. M. (2008, June). Posttraumatic Stress Symptoms, PTSD, and Risk Factors Among Lower Manhattan Residents 2-3 Years After the September 11, 2001 Terrorist Attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 21(3) 264-273.
- Dix-Peek, D., & Werbeloff, M. (2018). Evaluation of the Efficacy of a South African Psychosocial Framework For The Rehabilitation of Torture Survivors . *Torture*, 28(1), 34-57.
- Driessen, E., Cuijpers, P., Maat, S., Abbass, A., Jonghe, F., & Dekker, J. (2010). The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy for Depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 25-36.
- Durmer, J. S., & Dinges, D. F. (2005). Neurocognitive Consequences of Sleep. *Seminars in Neurolog*, 25(1), 117-129.
- Elbert, T., Schauer, M., & Neuner, F. (2015). Narrative Exposure Therapy (NET): Reorganizing Memories of Traumatic Stress, Fear and Violence. U. Schnyder, & M. Cloitre (Eds.), In *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders A Practical Guide for Clinicians* (pp. 229-253) Newyork: Springer.
- Ertuğrul, A., & Rezaki, M. (2004). Uykunun Nörobiyolojisi ve Bellek Üzerine Etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 15(4), 300-308.

- Fabri, M. R. (2011). Best, Promising and Emergigng Practices in The Treatment of Trauma . *Torture*, 21(1), 27-38.
- Freud, S. (1912). Recommendations to Physicians Practising Psycho-Analysis. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XII (1911-1913): The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works* (pp. 109-120).
- Freud, S. (1998). Nevrozların Genel Kuramı. (Birinci Basım) (E. Kapkın ve A.T. Kapkın, Çev.). *Ruhçözümlemesine Giriş Konferansları* içinde (s.247-442). İstanbul: Payel Yayınevi. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1917).
- Freud, S. (2000) Ruhçözümlemesinin Bilimsel İlişki İddiaları. (Birinci Basım). (E. Kapkın & A. T. Kapkın, Çev.). *Ruhçözümlemesinin Tarihi* içinde (s. 27-57). İstanbul: Payel Yayınevi. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1913).
- Freud, S. (2000). Ruhçözümlemesi. (Birinci Basım) (E. Kapkın & A.T. Kapkın, Çev.) *Ruh Çözümlemesinin Tarihi* içinde (s. 132-152). İstanbul: Payel Yayınevi. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1923).
- Freud, S. (2000). Özyaşamöyküsel Bir İnceleme. (Birinci Basım) (E. Kapkın & A.T. Kapkın, Çev.). *Ruhçözümlemesinin Tarihi* içinde (s. 182-254). İstanbul: Payel Yayınevi. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1925).
- Freud, S. (2000). Meslekdiş Çözümleme Sorunu. (Birinci Basım) (E. Kapkın & A.T. Kapkın, Çev.). *Ruhçözümlemesinin Tarihi* içinde (s. 271-355). İstanbul: Payel Yayınevi. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1926).
- Freud, S. (2000). Ruhçözümlemesi Tekniği. (Birinci Basım) (E. Kapkın & A.T. Kapkın, Çev.). *Ruh Çözümlemesinin Tarihi* içinde (s. 395-405). İstanbul: Payel Yayınevi. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1938).
- Freud, S. (2000). Ruhsal Aygıt ve Dış Dünya. (Birinci Basım) (E. Kapkın & A.T. Kapkın, Çev.). *Ruhçözümlemesinin Tarihi* içinde (s. 419-429). İstanbul: Payel Yayınevi. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1938).
- Freud, S. (2013). Histeriğin Ruhsağaltımı. (İkinci Basım) (E. Kapkın, Çev.). *Histeri Üzerine Çalışmalar* içinde (s. 303-355). İstanbul: Payel Yayınevi. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1895).
- Freud, S. (2013). Ketvurmalar, Belirtiler ve Anksiyete. (İkinci Basım) (H. Atalay, Çev.). *Psikopatoloji* içinde (s. 213-306). İstanbul: Payel Yayınevi. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1926).
- Freud, S. (2014). *Düşlerin Yorumu 2*. (Beşinci Basım) (E.Kapkın, Çev.). İstanbul: Payel Yayınevi. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1900).
- Freud, S. (2015). *Düşlerin Yorumu 1*. (Altıncı Basım) (E. Kapkın, Çev.). İstanbul: Payel Yayınevi. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1900).
- Freud, S. (2016). Haz İlkesinin Ötesinde. (Beşinci Basım). (A. Babaoğlu, Çev.). *Haz İlkesinin Ötesinde Ben ve İd* içinde (s. 21-70). İstanbul: Metis Yayınları Ötekini Dinlemek. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1920a)

- Freud, S. (2016). *Savaşın ve Ölümün Güncelliği*. (Birinci Basım) (Ç. Tanyeri, Çev.). İstanbul: Telos Yayınevi. (Orijinal Çalışman Basım Tarihi 1915).
- Freud, S. (2017). Savaş Nevrotiklerinin Elektrikle Tedavisi Üzerine Resmi Görüş. (B.Ö. Şensoy, Çev.) *Bireysel ve Toplumsal Travmalar 1* içinde (s. 27-37). İstanbul: Bağlam Yayıncılık. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1920b).
- Freud, S., & Breuer, J. (2013). Histerik Görüngülerin Ruhsal Düzenekleri Üzerine: Ön Bildiri. (İkinci Basım) (E. Kapkın, Çev.). *Histeri Üzerine Çalışmalar* içinde (s. 49-66). İstanbul: Payel Yayınevi. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1895).
- Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment Manual For Psychopharmacology*, Rockville, MD: US Department of Health and Human Services Publication (ADM): 218-22.
- Harner, H. M., Budescu, M., Gillihan, S. J., Riley, S., & Foa, E. B. (2015). Posttraumatic Stress Disorder in Incarcerated Women: A Call for Evidence-Based Treatment . *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 7(1), 55-66.
- Holmqvist, R., Andersen, K., Anjum, T., & Alinder, B. (2006, December). Change in Self-Image and PTSD Symptoms in Short-Term Therapies with Traumatized Refugees. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 20(4), 251-265.
- Hurlocker, M. C., Vidaurri, D. N., Cuccurullo, L.-A. J., Maieritsch, K., & Franklin, L. C. (2018, January 8). Examining the Latent Structure Mechanisms for Comorbid Posttraumatic Stress Disorder and Major Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorder*, 229, 477-82.
- Imel, Z. E., Laska, K., Jaccupcak, M., & Simpson, T. L. (2013, June). Meta-analysis of Dropout in Treatments for Post-traumatic Stress Disorder . *J concult Clin Psychol*, 81(3), 394-404.
- Israel-Cohen, Y., & Kaplan, O. (2016). Traumatic Stres During Population-wide Exposure to Trauma in Israel: Gender as a Moderator of the Effects of Marital Status and Social Support. *Stress and Health*, 32, 636-640.
- İstanbul Protokolü. (2003 , Şubat 17). *İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı, Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesi İçin El Kılavuzu*. Ankara: Türkiye İnsan Hakları Vakfı Yayınları .
- Johansson, R., Ekbladh, S., Hebert, A., Lindström, M., Möller, S., Petitt, E., . . . Andersson, G. (2012, May). Psychodynamic Guided Self-Help for Adult Depression Through the Internet: A Randomised Controlled Trial. *Plos One* 7(5), e30821.

- Kaltman, S., Green, B. L., Mete, M., Shara, N., & Miranda, J. (2010). Trauma, Depression, and Comorbid PTSD/Depression in a Community Sample of Latina Immigrants. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2(1), 31-39.
- Kapkın, E. (1996, Eylül-Aralık). İşkence Konusuna Yaklaşımda Düşülen Yanlıklar . *Toplum ve Hekim*, 11(75-76), 50-54.
- Kaptanoğlu, C. (1991). *İşkencenin Ruhsal Etkileri*. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir.
- Kaya, N., Güler, Ö., & Çilli, A. S. (2004, Haziran). Konya Kapalı Cezaevi'ndeki Mahkumlarda Psikiyatrik Bozukluğun Yaygınlığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5, 85-91.
- Keller, G. (b.t.). *İşkence Psikolojisi*. (M. Özdem, Çev.). İstanbul: Fırat Yayınları.
- Keser, V. (2011). Düşler ve Çözümlemesi. A.A. Köşkdere (Ed.). *Psikanalitik Psikoterapiler Temel Kavramlar, Kuramlar ve Yöntemler* içinde (s. 428-431). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Killgore, W. D. (2010). Effects of sleep deprivation on cognition. *Progress in Brain Research*, 185, 105-29.
- Kinzie, J. D., Kinzie, J. M., Sedighi, B., Woticha, A., Mohamed, H., & Riley, C. (2012). Prospective One-year Treatment Outcomes of Tortured Refugees: A Psychiatric Approach. *Torture* 22(1), 1-10.
- Kolassa, I.-T., Ertl, V., Eckart, C., Onyut, L. P., & Elbert, T. (2010). Spontaneous Remission From PTSD Depends on the Number of Traumatic Event Types Experienced . *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2(3), 169-174.
- Köşkdere, A. A. (2011). Analitik Tutum. A.A. Köşkdere (Ed.). *Psikanalitik Psikoterapiler Temel Kavramlar, Kuramlar ve Yöntemler* içinde (s. 416-420). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Köşkdere, A. A. (2011). Psikanalitik Psikoterapi. A.A. Köşkdere (Ed.). *Psikanalitik Psikoterapiler Temel Kavramlar, Kuramlar ve Yöntemler* içinde (s. 19-24). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Küey, A. G. (2011). Karşı Aktarım. A.A. Köşkdere (Ed.). *Psikanalitik Psikoterapiler Temel Kavramlar, Kuramlar ve Yöntemler* içinde (s. 443-445). Ankara: Türkiye Psikiyatri Deneği Yayınları.
- Küey, A. G. (2016). Karşı Aktarım Kavramının Gelişimi. *Psikanaliz Yazıları 17: Aktarım ve Karşı Aktarım* içinde (s. 27-34). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Küey, A. G. (2017). Toplumsal Travmalarda Psikanalitik Çalışma Üzerine Söyleşiler. *Psikanaliz Yazıları 34: Bireysel ve Toplumsal Travmalar 1* içinde (s. 145-161). İstanbul: Bağlam Yayınları.

- Laplanche, J., & Pontalis, J. (1967). *The language of Psycho-Analysis*, Translated by Donald Nicholson-Smith, The Hogart Press and the Institute of Pscho-Anaysis, London, 1973. pp.465.
- Leaf, P. J., & Livingstone Bruce, M. (1987, June). Gender Differences in the Use of Mental Health-Related Services : A Re-Examination. *Journal of Health and Social Behavior* , 28, 171-183.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative Effects of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Depression: A Meta-analytic Approach. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 401-419.
- Leichsenring, F. (2004, June). Randomized Controlled Versus Naturalistic Studies: A New Research Agenda . *Bulletin of the Menninger Clinic* , 68(2), 137-151 .
- Leichsenring, F., Klein, S., & Salzer, S. (2014). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy in Spesific Mental Disorders: A 2013 Update of Empirical Evidence. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 89-130.
- Levi, O., Bar-Haim, Y., & Fruchter, E. (2015). Cognitive-Behavioural Therapy and Psychodynamic Psychotherapy in the Treatment of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder: A Comparative Effectiveness Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 23, 298-307.
- Maat, S. d., Jonghe, F., Schoevers, R., & Dekker, J. (2009, February). The Effectiveness of Long-Term Psychoanalytic Therapy: A Systematic Review of Empirical Studies. *Harv Rev Psychiatry* 17(1), 1-23.
- McFarlane, C., & Kaplan, I. (2012). Evidence-based Psychological Interventions for Adult Survivors of Torture and Trauma: A 30-Year Review. *Transcultural Psychiatry*, 49(3-4), 539-567.
- McIvor, R. J., & Turner, S. W. (1995). Assessment and Treatment Approaches for Survivors of Torture. *British Journal of Psychiatry*, 166, 705-711.
- Morina, N., Wicherts, J. M., Lobrecht, J., & Priebe, S. (2014). Remission From Post-traumatic Stress Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis of Long Term Outcome Studies . *Clinical Psychology Review* , 34, 249-255.
- Murdock, N. L. (2014). *Psikolojik Danışma ve Psikoterapi Yöntemleri Olgu Sunumu Yaklaşımıyla*. F. Akkoyun (Ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Nicholson, B. L., & Kay, D. M. (1999, September). Group Treatment of Traumatized Cambodian Women: A Culture-Specific Approach. *Social Work*, 44(5), 470-9.
- Niles, B. L., Polizzi, C. P., Voelkel, E., Weinstein, E. S., Smidt, K., & Fisher, L. M. (2018). Initiation, Dropout and Outcome From Evidence-Based

Psychotherapies in a VA PTSD Outpatient Clinic. *Psychological Services*, 15(4), 496-502.

Onyut, L. P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M., & Elbert, T. (2005, February 3). Narrative Exposure Therapy as a Treatment for Child War Survivors with Posttraumatic Stress Disorder: Two Case Reports and a Pilot Study in an African Refugee Settlement. *MBC Psychiatry* 5(7), 1-9.

Özkalıpcı, Ö., Şahin, Ü., Baykal, T., Fincancı, Ş. K., Akhan, O., Öztop, F., & Lök, V. (2010). *Atlas of Torture*. Ankara: Human Rights Foundation of Turkey Publications.

Öztürk, M. O. (2016). *Psikanaliz ve Psikoterapi*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. Erişim Adresi: http://tpdyayin.psikiyatri.org.tr/BookShopData/45_Psikoanaliz_ve_Psikoterapi.pdf

Öztürk, M. O., ve Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Cilt-1*. (Yenilenmiş Onbirinci Baskı) Ankara.

Özyıldırım, İ. (2017). Bireysel ve Toplumsal Travmayı Psikanalitik Bağlamda Düşünürken Bazı Kavramlar Üzerine: Gerçeklikler ve Sosyopsikolojik İlişkisel Matris. *Psikanaliz Yazıları 35: Bireysel ve Toplumsal Travmalar 2* içinde (s. 31-56). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Özyıldırım, İ. (2017). Önsöz. *Psikanaliz Yazıları 34: Bireysel ve Toplumsal Travmalar 1* içinde (s. 11-17). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Özyıldırım, İ., Orhon Baykal, A., Gürsel, B., & Kula Güney, A. (2017). Bireysel ve Toplumsal Temasta Psikanalitik Çalışma Üzerine Notlar. *Psikanaliz Yazıları 34: Bireysel ve Toplumsal Travmalar 1* içinde (s. 115-144). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Paintain, E., & Cassidy, S. (2018, September). First-line Therapy for Post-traumatic Stress Disorder: A Systematic Review of Cognitive Behavioural Therapy and Psychodynamic Approaches. *Counselling and Psychotherapy Research*, 18(3), 237-250.

Paker, M., & Buğu, B. (Kasım 2016). Türkiye'de İşkence Mağdurlarının Psikolojisi Üzerine Yapılmış Araştırmaların Gözden Geçirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 19 (Özel Sayı), 76-92.

Parman, T. (2011). Psikanalitik Çerçeve. A.A. Köşkdere (Ed.). *Psikanalitik Psikoterapiler Temel Kavramlar, Kuramlar ve Yöntemler* içinde (s. 390-394). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Parman, T. (2011). Psikanaliz. A.A. Köşkdere (Ed.). *Psikanalitik Psikoterapiler Temel Kavramlar, Kuramlar ve Yöntemler* içinde (s. 15-18). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

- Parman, T. (2011). Serbest Çağrışım ve Dalgalı Dikkat. A.A. Köşkdere (Ed.). *Psikanalitik Psikoterapiler Temel Kavramlar, Kuramlar ve Yöntemler* içinde (s. 424-427). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Parman, T. (2017). Nedenbilimsel Bir Unsur Olarak Travma ve Psikanaliz. *Psikanaliz Yazıları 34: Bireysel ve Toplumsal Travmalar I* içinde (s. 19-26). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Patel, N., Williams, A. C., & Kellezi, B. (2016). Reviewing Outcomes of Psychological Interventions With Torture Survivors: Conceptual, Methodological and Ethical Issues. *Torture*, 26(1), 2-16.
- PHR (Physicians for Human Rights). (1996, Eylül-Aralık). Türkiye'de İşkence ve Adli Tıp. *Toplum ve Hekim*, 11(75-76), 43-49.
- Priebe, S., Gavrilovic, J. J., Matanov, A., Franciskovic, T., Knezevic, G., Ljubotina, D., . . . Schützwohl, M. (2010, June). Treatment Outcomes and Costs at Specialized Centers for the Treatment of PTSD After the War in Former Yugoslavia. *Psychiatric Services*, 61(6), 598-604.
- Quinodoz, J.-M. (2016). Ketlenme, Belirti ve Kaygı. (B. Kolbay, Ö. Soysal, Çev.). *Freud'u Okumak Freud'un Eserlerinin Kronolojik Olarak Keşfi* içinde (s. 239-247). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Reyes, H. (2007 , Eylül). The worst scars are in the mind: psychological torture. *International Review of the Red Cross*, 89(867), 591-617.
- Robjant, K., & Fazel, M. (2010, July 22). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 30, 1030-1039.
- Rosenbaum, B., & Varvin, S. (2007). The Influence of Extreme Traumatization on Body, Mind and Social Relations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88, 1527-1542.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What Works For Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. (Second Edition) New York: The Guilford Press.
- Rothbaum, B. O., Cahill, S. P., Foa, E. B., Davidson, J. R., Connor, K. M., Astin, M. C., & Hahn, C.-G. (2006, October). Augmentation of Sertraline With Prolonged Exposure in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 19(5), 625–638.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2016). *Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri*. (Onbirinci Baskı) A. Bozkurt (Çev. Ed.) Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Schaal, S., Elbert , T., & Neuner, F. (2008, November 3). Narrative Exposure Therapy Versus Interpersonal Psychotherapy A Pilot Randomized Controlled Trial with Rwandan Genocide Orphans. *Psychotherapy and Psychosomatics* 163, 1-9.

- Schneier, F. R., Neria , Y., Pavlicova, M., Hembree, E., Suh , E. J., Amsel, L., & Marshall, R. D. (2012, January). Combined Prolonged Exposure Therapy and Paroxetine for Posttraumatic Stress Disorder Related to the World Trade Center Attacks: A Randomized Controlled Trial . *Am J Psychiatry*, 169(1), 80-88.
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V., & Hafter Gray, S. (2008). Nonresponse and Dropout Rates in Outcome Studies on PTSD: Review and Methodological Considerations. *Psychiatry*, 71(2), 134-168.
- Scott, G. R. (2001). *İşkencenin Tarihi*. (H. Koyukan, Çev.). Ankara: Dost Kitabevi Yayınları.
- Shalev, A. Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (1998, May). Prospective Study of Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma. *Am J Psychiatry*, 155, 630-637.
- Shapiro, F. (2016). *EMDR Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Temel Prensipler, Protokoller ve Prosedürler*.(M. Şaşzade, I. Sansoy, Çev.). İstanbul: Okuyan Us Yayınları.
- Skylyv, G. (1992). The Physical Sequelae of Torture. M. Başoğlu (Ed.). In *Torture and its Consequences: Current Treatment Approaches* (s. 38-53). Cambridge University Press.
- Spermon, D., Darlington, Y., & Gibney, P. (2010). Psychodynamic Psychotherapy for Complex Trauma: Target, Focus, Applications, and Outcomes. *Psychology Research and Behavior Management*, 3, 119–127.
- Szafranski, D. D., Smith, B. N., Gros, D. F., & Resick, P. A. (2017). High Rates of PTSD Treatment Dropout: A Possible Red Herring? *Journal of Anxiety Disorders* , 47, 91-98.
- TİHV. (2017). *Hakkımızda*. Türkiye İnsan Hakları Vakfı. Erişim Adresi: <https://tihv.org.tr/tihv-hakkinda/>
- TİHV. (2017). *İşkenceye Karşı Uluslararası Belgeler*. Türkiye İnsan Hakları Vakfı. Erişim Adresi: https://tihv.org.tr/category/tihv_yayinlari/uluslararasi-belgeler/
- TİHV. (Aralık 2014). *Türkiye'de İşkencenin 22 Yılı Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri 1991-2012 Yılları Arasındaki Olguların Değerlendirilmesi*. Ü. Ünivar ve D. Yılmaz (Ed.). Ankara: Türkiye İnsan Hakları Vakfı Yayınları.
- TİHV. (Mayıs 2017). *Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu 2016*. Ankara: Türkiye İnsan Hakları Yayınları.

- TİHV. (Temmuz 2018). *Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu 2018*. Ankara: Türkiye İnsan Hakları Vakfı Yayınları.
- Topçuoğlu, V. (2011). Direnç. A.A. Köşkdere (Ed.). *Psikanalitik Psikoterapiler Temel Kavramlar, Kuramlar ve Yöntemler* içinde (s. 432-437). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Tunaboşlu, T. İ. (2011). Yorumlama. A.A.Köşkdere (Ed.). *Psikanalitik Psikoterapiler Temel Kavramlar, Kuramlar ve Yöntemler* içinde (s. 406-408). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Tura, S. M. (2005). *Günümüzde Psikoterapi*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Tural, Ü., Önder, E., & Aker, T. (2012). Effect of Depression on Recovery from PTSD . *Community Ment Health J*, 48, 161-6.
- Tükel, R. (2016). Aktarım ve Dinamikleri. *Psikanaliz Yazıları 17: Aktarım ve Karşı Aktarım* içinde (s. 13-25). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Türkçapar, H. (2017). *Bilişsel Terapi, Temel İlkeler ve Uygulama*. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Türkçapar, H., Sungur, M., & Sargın, E. (2009). Bilişsel Davranışçı Terapiler. E. Köroğlu ve H. Türkçapar (Ed.). *Psikoterapi Yöntemleri* içinde (s. 77-144). Ankara: HYB Basım Yayın.
- Uğuz, Ş., Levent, B. A., Soylu, L., Kocabaş, Ö., & Demirci, S. (2000). 98 Adana-Ceyhan Depreminden Sonra Ortaya Çıkan Akut Stres Bozukluğunun Araştırılması . *Klinik Psikiyatri*, Ek:3, 16-20.
- Ünüvar, Ü., Yılmaz, D., Özyıldırım, İ., Kutlu, L., & Korur Fincancı, Ş. (Aralık, 2013). *Medical Evaluation of Gezi Cases Human Rights Foundation of Turkey*. TİHV .
- Varvin, S. (2016). Psychoanalysis with the Traumatized patient: Helping to Survive Extreme Experiences and Complicated Loss. *International Forum of Psychoanalysis*, 25(2), 73-80.
- Vesti, D. P., ve Genefke, D. K. (1990). *İşkenceden Sağ Kalanların Rehabilitasyonunda Psikoterapi*. (S. Tuncer, A. Ayan, Y. İşlegen, C. Çelik, Çev.). İzmir: İzmir Tabip Odası İnsan Hakları Komisyonu .
- Vinār, M. N. (2005). The Specificity of Torture as Trauma: The Human Wilderness When Words Fail . *Int J Psychoanal*, 86, 311-33.
- Weiss, W. M., Ugueto, A. M., Mahmooth, Z., Murray, L. K., Hall, B. J., Nadison, M., . . . Bolton, P. (2016). Mental health interventions and priorities for research for adult survivors of torture and systematic violence : a review of the literature. *Torture*, 26(1), 17-44.

- Wenzel, T., Kastrup, M. C., & Eisenman, D. (2007). Survivors of Torture: A Hidden Population. *Section Seven: Mental Health and Illness in Immigrants*. (pp. 655-665).
- Williams, M. (1996, Eylül-Aralık). İşkence ve Ruh Sağlığı. *Toplum ve Hekim*, 11(75-76), 55-58.
- Yetim, D., & Şahin, E. M. (b.t.). Aile Hekimliğinde Kadına Şiddete Yaklaşım. *Aile Hekimliği Dergisi*, 2(2), 48-53.
- Yılmaz, A. M. (2015, Kasım 12). *AİHM Kararları Işığında Kişiyeye Kelepçe Takılmasının Değerlendirilmesi*. Erişim Adresi: Hukuki Haber: <http://www.hukukihaber.net/aihm-kararlari-isiginda-kisiye-kelepce-takilmasinin-degerlendirilmesi-makale,4411.html>



EK 1: KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

Protokol No:

İsim:

Tarih:

Yaş:

Cinsiyet:

Değerlendirici:

CGI-S/HASTALIK ŞİDDETİ: Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

CGI-I/DÜZELME: Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

1. Çok düzeldi
2. Oldukça düzeldi
3. Biraz düzeldi
4. Hiç değişiklik yok
5. Biraz kötüleşti
6. Oldukça kötüleşti
7. Çok kötüleşti

EK 2: ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sayı : 69396709-050.01.01
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Saliha BAYKARA

Üniversitemiz Etik Kurulu'nun 13/04/2018 tarih ve 2018/04 sayılı toplantısında alınan karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. İsa
EŞME Rektör V.

13/04/2018 tarih ve 2018/04 Sayılı Etik Kurulu kararı:

KARAR NO-1: Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Saliha BAYKARA**'nın "İnsan Eliyle Oluşturulmuş Ruhsal Travma Mağdurlarında Psikanalitik Psikoterapinin Etkililiği" isimli çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmeler sonucunda; öğrenci **Saliha BAYKARA**'nın çalışmasıyla ilgili Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Duran ÇAKMAK'ın da görüşü doğrultusunda söz konusu projenin uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

Türkoba Mahallesi Erguvan Sokak No:26 / K 34537 Tepekent - Büyükçekmece/İSTANBUL (www.arel.edu.tr)
Aynur EKEN (Yazı İşleri Memuru) aynureken@arel.edu.tr
Tel: +90 850 8502735 Fax: +90 212 860 04 81