40643

T.C.
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

İŞKENCEDEN SONRA GELİŞEN POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞUYLA KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN ETKİLEŞİMİ

Dr. Doğan ŞAHİN

Uzmanlık Tezi

İstanbul, 1994

40643

T.C.
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

İŞKENCEDEN SONRA GELİŞEN POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞUYLA KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN ETKİLEŞİMİ

Dr. Doğan ŞAHİN

Uzmanlık Tezi

İstanbul, 1994

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ 2

TEZİN KONUSU VE AMACI 5

GENEL BİLGİLER 7

İşkence tarihi ve Türkiye....İşkencenin amaçları

İşkencenin temel özellikleri....İşkence yöntemleri

Stres....Travmatik stres ve posttravmatik stres bozukluğu....Travmatik stres teorileri

PTSD 44

PTSD tanı ölçütleri....Sınıflandırma....Tek ya da çok: 'PTSD' mi 'PTSDler' mi?

PTSD'nin gidişi....PTSD gelişiminde risk faktörleri....PTSD'nin komorbiditesi

Etnokültürel faktörler ve farklılıklar....Kişilik....MMPI profil araştırmaları

Kişilik bozuklukları....PTSD ve kişilik bozuklukları arasındaki ilişki

TEZİN HİPOTEZLERİ 67

GEREÇ VE YÖNTEM 68

BULGULAR 74

Sosyodemografik özellikler....Politik geçmiş

İşkence dışı travma deneyimleri....İşkence deneyimleri

Birinci eksen tanıları....İkinci eksen tanıları

Birinci ve ikinci grubun PTSD semptomlarının karşılaştırılması

Depresyon ve anksiyete bulguları

MMPI bulguları

MMPI bulgularıyla PTSD semptomları arasındaki bağlantılar

İkinci eksen tanılarıyla MMPI skorları arasındaki bağlantılar

İkinci eksen tanılarıyla anksiyete puanlarının etkileşimi

İkinci eksen tanılarıyla depresyon skorlarının etkileşimi

PTSD tanısı alan ve almayan deneklerin I. eksen tanısı açısından karşılaştırılması

PTSD tanısı alan ve almayan deneklerin II. eksen tanısı açısından karşılaştırılması

BULGULARIN ÖZETİ 111

TARTIŞMA 115

VARGILAR 126

KAYNAKLAR 128

Ek 146

ÖNSÖZ

Bütün insanların mutluluğu için bir çocuğun işkence görmesine razı olur musunuz? Dostoyevski, *Karamazof Kardeşler*'de İvan'a benzer bir soru sordurmuştu. İvan, kardeşi Alyoşa'ya bir generalin sekiz yaşındaki bir çocuğu köpeğine taş attı diye nasıl işkenceyle öldürttüğünü anlattıktan sonra sorar: "Tutalım ki sonunda insanları mutlu etmek, onlara barış, huzur vermek amacıyla kişioğlunun yazgısının yapısını yükselten sensin, bunun için yalnızca küçük bir yaratığa, sözgelişi yumrukçuklarıyla göğsünü döven bir çocuğa acı çektirmen, onun öcü alınmamış bu göz yaşları üzerinde bu yapıyı kurman gerekse, böylesine koşullar altında bu yapının mimarı olmayı kabul eder miydin?" Ardından yeni bir soru sorar İvan : "Peki, yapıyı kendileri için kurduğun insanların, küçücük bir masumun haksız yere dökülmüş kanına karşılık bu mutluluğu kabul edebileceklerini, sonsuz mutluluğa kavuşabileceklerini aklın alıyor mu?"

Ursula K. LeGuin de *Omelas'ı Bırakıp Gidenler* adlı öyküsünde benzer bir temayı işlemektedir. LeGuin bu temayı William James'in *Ahlak Felsefecisi ve Ahlaki Yaşam* eserinden aldığını söyler. James'in eserindeki pasaj şöyle: "Ya da öyle bir dünya varsayalım ki milyonlarca insan sürekli mutluluk yaşasın, ama bir şartla; uzaklarda bir yerde bir yitik ruh tek başına eziyet çekmek zorunda olsun. Bir an için içimizden bize sunulan mutluluğa yapışmak gelse bile ilk kapılacağımız özgül ve bağımsız duygu, bile isteye böylesi bir pazarlık yaparak elde edilen mutluluğun ne kadar çirkin bir şey olduğudur."

Hepimiz, yüzyıllardır insanın insana bilerek ve isteyerek acı verdiği ve vermekte olduğu gerçeğine göz yumarak, kamusal çıkarlar, ideolojiler, din ya da ulus adına gençlere, kadınlara, çocuklara, yaşlılara acılar çektirildiğini, işkence yapıldığını bile bile "mutlu" olmaya çalışıyoruz. İnsanlığa herhangi bir yararı olmadığını bildiğimiz halde, şimdilik, işkence yapılmasına razı olmuş görünüyoruz. Az önceki sorulara herkes hemen "hayır" diyecektir; belki işkenceciler bile. Ama razı olmadığımızı söylememize rağmen ne yapıyoruz? Razı olmadığımızı *gösterecek* ne yapıyoruz?.

Acı çeken, işkence gören insanların acılarının azaltılması konusunda küçük de olsa bir katkı sağlaması dileğiyle, bu tez, yeterli olmasa da razı gelmeyişin bir ifadesi olarak yapıldı.

Bu tezle ilgili çalışmalarım süresince çok sayıda kişi ve kurumdan alabildiğim destek ve yardım en başta "razı olmayan" başka insanların da bulunduğunu bana gösterdiği için kendilerine teşekkür borçluyum.

Öncelikle, bu çalışmaya katılan, çektikleri acıları uzun ve zahmetli görüşmeler sırasında yeniden yaşamak durumunda kalan, sorulara içtenlikle cevap veren işkence kurbanlarına ve kontrol gruplarının üyelerine,

Tezimle ilgili çalışmalarımda ilgi ve desteğini esirgemeyen, eğitimimde büyük emeği geçen Hocam Prof. Dr. Özcan Köknel'e,

Çalışmayı destekleyen kurumlar arasında, Dr. Selim Ölçer'in şahsında TTB Merkez Konseyi üyelerine, İnsan Hakları Derneği yöneticilerine, iki yıl birlikte çalışmaktan onur duyduğum İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu üyesi arkadaşlarım Prof. Dr. Selçuk Apak, Prof. Dr. Atilla Altınel, Doç. Dr. Dursun Kırbaş, Dr. Erdoğan Özmen, Dr. Nüvit Duraker, Dr. Önder Alpdoğan'a,

Kendisinden yöntembilimsel olarak çok şey öğrendiğim, planladığım bu tezin de bir parçası olduğu çok geniş ve kapsamlı araştırmanın ilk önerisini getiren Dr. Metin Başoğlu'na ve çalışma grubunun öbür üyeleri Dr. Murat Paker, Dr. Özgün Taşdemir, Dr. Erdoğan Özmen, Dr. Nuşin Sarımurat'a, sonradan bu araştırmaya katkılarda bulunan Dr. Cem İncesu ve Dr. Ayten Ceyhanlı'ya, kişisel MMPI profillerinin yorumunu yapan ve gruplara ilişkin yorumlarıma yardım eden Psk. Hatice Süer'e,

Tezimin ayrıntılı ve uzun istatistiklerini kısa sürede yapıp gönderen Dr. Murat Paker'e,

Tezimin yazılmasının her aşamasında, tezin redaksiyonuna, tashihine, tablolarının yapılmasına ve sayfa düzeninin verilmesine büyük emeği geçen arkadaşım Dr. Aziz Karalı'ya,

Yeni istatistiklere ihtiyaç duyduğum sırada istatistiklerimi tamamlayan, tezin grafiklerini yapan Psk. Reyhan Bahçıvan'a,

Literatürlerin çevirisinde büyük yardımları olan arkadaşlarım Dr. Nuray Türksoy Karalı, Dr. Banu Büyükkal, Dr. Türkay Demir ve Dr. Mine Enderer'e

Tezimin her aşamasında görüş ve eleştirilerinden yararlandığım ve literatür konusunda yardımını aldığım Hocam Prof. Dr. Şahika Yüksel'e,

İstatistiklerin yorumunda yardımlarını esirgemeyen Hocam Doç. Dr. Vedat Şar'a,

Literatürlerini incelememe izin veren ve beni bu konuda destekleyen İnsan Hakları Vakfı yetkililerine, özellikle Dr. Evin Kantemir'e,

Görüşmelerin yapılmasında randevuları titizlikle takip eden İstanbul Tabip Odası çalışanları Asuman Bayrak, Nedret Tepe ve Hatice Turhan'a olağan ve geleneksel 'teşekkür' sınırlarını çok aşan bir minnettarlık duyduğumu belirtmek isterim.

TEZİN KONUSU VE AMACI

PTSD, DSM–III–R'de etiyolojik bir faktöre dayandırılan az sayıda hastalıktan biridir. PTSD'de etiyolojik faktör olarak herkeste stres yaratacak bir travmayı gösteren DSM–III–R'nin bu yaklaşımı, birçok soru uyandırmaktadır. Bir travmanın evrensel biçimde stres yaratıcı olup olmadığı birçok yazar tarafından tartışılmakta olan bir sorundur ve DSM-IV'te travmanın niteliğini belirleyen A ölçütünün yeniden tanımlanmasına ilişkin çalışmalar sürmektedir. PTSD gelişiminde dış etmenler (travmanın özellikleri, sosyal desteklerin varlığı, hazırlanmışlık derecesi, vb.) kadar bireysel etmenlerin de rol oynaması gerektiği düşünülebilir. Farklı dış etmenlerle ilgili birçok çalışma olmasına karşın, bireysel etmenlerle ilgili pek çalışma bulunmamaktadır. Elbette kişilik özelliklerine yönelik incelemeler birçok metodolojik sorun barındırır. Ayrıca bu tür çalışmaların işkencenin *önlenmesi* bağlamında pratik yarar sağlamayacağı, hatta kişilik faktörlerinin üzerinde fazlaca durmanın travma kurbanlarını itham edici birtakım yaklaşımlara zemin hazırlayacağı öne sürülebilir. Oysa kişilik özelliklerinin bilinmesi *tedavide* kolaylık sağlayabilir, insanın psişik yapısını ve strese yanıtlarını anlama konusunda ufkumuzu genişletecek bilgilere katkıda bulunabilir. Eldeki bulgular gerekli analizleri yapabilecek kadar geniş bir vaka serisine dayanmadığı için, bu tezde, travmayla başa çıkmayı zorlaştıran ya da travmaya verilen yanıtı olumsuz yönde etkileyen kişilik özellikleri ya da kişilik bozuklukları üzerinde fazlaca durulmayacak, asıl odağı kişilik özellikleri ve kişilik bozukluklarıyla PTSD'nin etkileşimi oluşturacaktır.

Ülkemizdeki işkence sorununun boyutlarını anlamaya yardımcı olabilecek veriler, Genel Bilgiler bölümünde sunulmuştur. İşkencenin ve başka travmatik olayların yaygınlığına karşın, çok az sayıda kişi ya da kurum bunların yol açtığı ruhsal sorunların tedavisinde yeterli deneyim ve bilgi sahibidir. Posttravmatik stres bozukluğu ülkemizde pek popüler bir çalışma alanı sayılmamakta ve yeterince tartışılmamaktadır. Konuya ilişkin Türkçe kaynaklar da sınırlı sayıdadır. Bu tezi, travmatik olayların yol açtığı ruhsal sorunların ve tedavilerinin daha iyi bilinmesine ve tartışılmasına ihtiyacımız olduğunu düşündüğümden, söz ettiğim sorunları aşma yolunda bir katkı sağlamak amacıyla seçtim, kuramsal bölümünü de aynı nedenlerle biraz uzunca tuttum.

Bu tezin amacı işkence ve başka travma kurbanlarının ruhsal sorunlarının anlaşılması ve tedavileri konusundaki bilgilere bir katkı sağlamak üzere kişilik özelliklerinin işkenceye ve başka travmatik olaylara verilen yanıttaki rolünü araştırmaktır.

Çalışmamız, ilgili değişkenler için çok iyi eşleştirilmiş üç grubun karşılaştırılmasına dayanmaktadır. Kişilik özelliklerinin belirlenmesinde SCID–II ve MMPI kullanılmıştır.

MMPI, işkencenin uzun süreli etkilerini değerlendirmekte yararlı olduğu bilinen ve yaygın biçimde kullanılan bir ölçektir. Çalışmanın mülteci olmayan ve işkence gördüğü ülkede yaşayan insanlarla, aynı kültürden insanlar tarafından yapılması, sonuçların kimi çalışmalardaki gibi mültecilik koşullarının yarattığı ek değişkenlerden etkilenmemesini sağlama açısından bir avantaj olarak değerlendirilebilir. Ayrıca, oluşturulan üç grup yaş, eğitim, cinsiyet, medeni durum, ailede ve kişisel psikiyatrik hastalık anamnezi, alkol ve madde kötüye kullanım oranının düşüklüğü, depresyon puanlarının düşüklüğü açısından da aralarında anlamlı bir farklılık göstermeyecek kadar benzer özelliktedir. Dolayısıyla, bir yandan travmanın psikolojik etkilerini belirleme çabalarında karışıklığa yol açan çok sayıda faktörün önemli bölümü kontrol altında tutulabilmekte, bir yandan da travmaya yanıtla kişilik özelliklerinin ilişkisi konusunu araştırma olanağı doğmaktadır.

GENEL BİLGİLER

İŞKENCE KAVRAMI VE İŞKENCENİN PSİKİYATRİK ÖNEMİ

İşkence ve Diğer Zalimce, İnsanlıkdışı ya da Aşağılayıcı Davranış ve Cezalara Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesi'ne göre (United Nations Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment of Punishment, 1985) işkence *"Bir kimseye kendisinden ya da üçüncü bir kişiden bilgi ya da itiraf sağlamak, kendisinin veya üçüncü bir kişinin işlediği ya da işlediğinden kuşku duyulan bir eylemden ötürü, onu cezalandırmak, kendisine ya da üçüncü bir kişiye gözdağı vermek ya da onları zorlamak amacıyla ya da herhangi türden ayrım gözetmeye dayalı bir nedenle bir kamu görevlisi ya da resmi sıfatla davranan bir başkası tarafından ya da onun kışkırtması ya da onayı ya da izniyle bilerek maddi ya da manevi ağır acı vermek ya da eziyette bulunmaktır."* Buradaki tanım esas olarak devletin ya da devletle bağlantılı güçlerin uyguladıları işkenceye ilişkindir ve sorunun en önemli bölümü tanım aralığına girmektedir. Ancak devlete ya da hükümete bağlı olmayan, hatta muhalif güçlerin ve bireylerin de işkence yapabildikleri bilinmektedir. Daha genel bir tanım yapmak gerekirse şöyle denebilir. *"İşkence, bir insana başka bir insanın/insanların sistemli ve kasıtlı olarak her hangi bir şekilde acı vermesidir"* (Yüksel, 1993). Dünya Tıp Birliği Tokyo Bildirgesi (1975) ise işkenceyi *"Bir başka kişiden bilgi almak, itiraf ettirmek ya da başka herhangi bir amaçla, kasti, sistematik ya da kötü niyetli biçimde bir ya da daha fazla kişinin tek başına ya da herhangi bir otoritenin isteği ile fiziksel ya da mental acı vermesi"* olarak tanımlamaktadır.

İşkence, ülkemizde önemli bir insan hakları sorunudur. Çeşitli uluslararası ve ulusal kuruluşların raporlarına göre, ülkemizde yaygın bir şekilde işkence uygulaması vardır (Öndül, 1990; Uluslararası Af Örgütü, 1988a, 1988b, 1988c, 1989, 1990, 1991). 1980 yılından bu yana 1 000 000'dan fazla kişinin gözaltına alındığı ve işkence gördüğü iddia edilmektedir (Akhan, 1993). Bu durumda ülkemizde yaklaşık 60 kişiden birinin işkence gördüğü ortaya çıkar (Akhan, 1993), buna karşılık ülkemizde işkenceye bağlı tıbbi ve psikiyatrik sorunlarla ilgili yeterli çalışma yapıldığı söylenemez.

Türkiye İnsan Hakları Vakfı (TİHV), 1992 yıllık raporunda, vakıfça saptanan işkenceyle ilgili olayları şöyle belirtmektedir (Önen, 1993):

Göz altında ölenler:	17
Göz altına alındıktan sonra kaybolanlar:	8
İşkence görenlerin sayısı (TİHV'nin saptadığı):	549

Bu 594 kişiden 188'inin gördükleri işkenceleri doktor raporuyla kanıtladıkları, işkence görenler arasında 11 çocuk ve 93 kadının bulunduğu, kadınlardan 24'ünün gözaltı süresi içinde cinsel tecavüze ya da cinsel tacize uğradıkları bildirilmektedir (Önen, 1993):

Çalışmamızı yürüttüğümüz 1991–1993 yılları arasında TİHV'ye tedavi amacıyla başvuranların sayısı da işkence gören insanların sayısı hakkında kabaca bilgi verebilir. Ancak, işkencenin, çok kere saklanan, gizlenmesi gereken utanılacak bir olay biçiminde yaşandığı unutulmamalıdır. Ayrıca işkence görenlerin sadece bir bölümünde psikiyatrik sorunlar ortaya çıkmakta, psikiyatrik sorunları olanların hepsi de tedavi için başvurmamaktadır. McFarlane (1988) tedavi arayan posttravmatik stres bozukluklu (PTSD'li) kişilerin tüm PTSD'liler içinde ancak %5 yer tuttuğunu belirtir. TİHV Tedavi merkezlerine 1990-91 yıllarında 238 kişi, 1992 yılında ise 393 kişi başvurmuştur (Akhan 1993). Yurtdışında mülteci olarak yaşayan ve buralardaki işkence rehabiltasyon merkezlerine başvuranlar hakkında kaba bir fikir vermek amacıyla, bildirilen bazı sayıları buraya almakta yarar var(Paker 1992):

RCT'ye başvuranların ülkelerine göre dökümü*	
1982-1984	1984-1985
1. Şili	1. Şili
2. Uruguay	2. İran
3. Arjantin	3. **Türkiye**
4. Bolivya	4. Irak
5. Etyopya	5. Afganistan
6. **Türkiye**	6. Etyopya
7. Cibuti	7. Hindistan
8. Kuzey Afrikalılar	
9. Hindistan	

* Roth'a göre (1988). RCT: Rehabilitation Center for Torture Victims (İşkence Kurbanları İçin Rehabilitasyon Merkezi), Kopenhag.

CGV'ye başvuran şiddet kurbanlarının ülkelere göre sayıları ve Türklerin uğradığı şiddet türleri*			
Bölge/Ülke	**Sayı**	**Türklerin uğradığı şiddet türleri (n=61)**	**Sayı**
Ortadoğu	101	Zulüm, eziyet	42
Türkiye	**61**	Tutuklanma	46
Vietnam	59	İşkence	41
Orta/Güney Afrika	55	Cinsel şiddet	10
Kuzey Afrika	50	Aile-arkadaşlara zulüm	36
Asya	46	Kaçma sırasında şiddet	12
Orta-Güney Amerika	35		
Doğu Avrupa	12		
Diğer Güney-Doğu Asya	3		
Ülkesiz	2		

*CGV: Hollanda Göçmen Sağlık Hizmetleri Merkezi. (Refugee Health Care Center, 1988)

İşkencenin yol açtığı çeşitli tıbbi ve psikiyatrik sorunların ciddiyetine karşın sağlık çalışanlarının bu konuya ilgisiz kalmaları düşündürücüdür. Öte yandan, son yıllarda dünya kamuoyunun artan tepkileri ve insan hakları konusundaki gelişmeler, dünya ölçeğinde işkencenin kaba fiziksel yöntemlerden daha ince, saptanması daha zor yöntemlere yönelmesine neden olmuştur. Bu arada psikiyatri ve psikoloji alanındaki bilgilerin de işkence amacıyla kullanılması, psikiyatrların ve psikologların konuya olan duyarlılıklarını arttırmıştır (Kaptanoğlu 1991). Bir yandan meslekten psikolog ve psikiyatristlerin işkenceye alet edilmesi, hatta psikiyatri kliniklerinin bu amaçla kullanılması, bir yandan da hekimlerin günlük klinik pratikleri içinde giderek artan sayıda işkence kurbanıyla karşılaşmaları söz konusu duyarlılığı iyice ön plana çıkarmıştır. Sonuçta, Dünya Tıp Birliği'nin Tokyo Deklarasyonu (1975), Paris Uluslararası Psikoloji Kongresi Bildirgesi (1976) ve Amerikan Psikiyatri Birliğiyle Psikoloji Birliği'nin ortak bildirgesiyle (1984) anlatımını bulan süreç, hekimler ve psikologların sorumluluklarını evrenselleşmiştir.

İŞKENCE TARİHİ VE TÜRKİYE

Tarihte İşkence

Eski çağlardan beri, sanıklara, suçlulara, esir ve tutsaklara, bilgi alma, itiraf ettirme ve ceza verme aracı olarak gerek yasal, gerekse yasa dışı biçimde işkence uygulanmıştır. Kök olarak Latince *torquere* (döndürmek, dönmesine, bükülmesine neden olmak) fiilinden gelen torture (işkence) sözcüğünün bu kullanımı, itiraf elde etmek veya karşıt dini ya da politik görüşleri bastırmak için işkence yapılanın "dönmesini sağlamak" işlevinden kaynaklanmaktadır (Mollica ve Caspi-Yavin, 1991). Eski Mısır, Eski Yunan ve Roma İmparatorluğunda işkencenin hangi koşullarda, kimlere, nasıl uygulanacağı yasalarla belirlenmişti. Bu yasaların en sınırlayıcı olanlarında, işkence yalnızca kölelere ve belli kimi koşullarda, yurttaş olmayanlara uygulanabiliyordu.

Ortaçağ Avrupasında engizisyonun normal sorgulama yöntemi işkenceydi ve 13. yüzyıl başında engizitörler için hazırladığı elkitabıyla tarihe geçen Bernardo Gui'nin özellikle vurguladığı gibi, sanıktan bilgi almayı değil, tanrıyla şeytan arasında bir savaş alanı olarak görülen insan ruhunu, bedenin çektiği acı yardımıyla "kurtarmayı" hedefliyordu. Ünlü bilim

adamları Galileo Galilei ve Giordano Bruno da işkenceden geçirilmişler, ruhu bir türlü arındırılamayan Bruno yakılarak öldürülmüştü. Yine 15. yüzyıl sonlarında, cadıları "kurtarmayı" hedefleyen ve bildiğimiz tümüyle işkenceciler için hazırlanmış ilk kitap olan *Malleus Maleficarum* yayımlandı. Bu kitapta işkencecilere salık verilen psikolojik yöntemlerin geçtiğimiz 500 yıl içinde pek az değişmiş olması ilginçtir.

İşkencenin suç sayılması ancak insan hakları kavramının gelişmesi ve yurttaşlık bilincinin yerleşmesiyle rönesans ve aydınlanma çağından sonra olmuş, 18. yüzyıldan sonra Batı'da ve Çin İmparatorluğu'nda işkence suç sayılmaya başlanmıştır. Ancak, işkencenin suç sayılması, bu uygulamayı ortadan kaldırmaya yetmemiştir. Günümüzde bazı Ortadoğu ve Doğu ülkelerinde verilen cezalar kapsamındaki yeri dışında işkence dünyanın her yerinde suç sayılsa bile, gizli olarak ya da ortaya çıkarılması güç yöntemlerle sürmektedir.

Osmanlı Devleti'nde işkencenin suç sayılmasıyla ilgili tartışmalar, ancak Meşrutiyet döneminde başlayabilmiştir (Ölçen, 1982). Uluslararası Af Örgütü 1991 Raporu'nda 144 ülkede insan hakları ihlalleri olduğu bildirilmektedir. Bazı Batı Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerini de içeren en az 100 ülkede sistematik işkence uygulanmaktadır (Baker, 1980). Günümüzde Batı ülkelerinde yaşayan 14 milyon mülteciden %5 ila %35'inin (700 000 – 4 900 000 kişi) işkenceye uğradığı tahmin edilmektedir (Baker, 1980).

Türkiye'de İnsan Hakları İhlallerinin

1980 Sonrası Sayısal Durumu

1980 askeri darbesinden sonraki döneme ilişkin çok sayıda literatür bulmak mümkündür (Uluslararası Af Örgütü, 1988a, 1988b, 1988c, 1989, 1991b; Ayaşlı, 1989; HelsinkiWatch 1991; İstanbullu, 1986; Kıvanç, 1988; Paker, 1989a ve 1989b; Tuşalp, 1986a, 1986b; Yetkin ve Tanboğa, 1990). Ancak yine de konunun bilimsel yönden yeterince incelenmiş olduğu söylenemez. 1980 askeri darbesinden sonra Türkiye'den ayrılan onbinlerce politik göçmen vardır ve bunlardan çoğunun Türkiye'de işkenceye uğradığı iddia edilmektedir. Birleşmiş Milletler, kendi çalışmalarına dayanarak 1988 yılı itibarıyla en az 30 ülkede sistematik işkence yapıldığını tahmin etmektedir (Rodley, 1988). Uluslararası Af Örgütü (1989) Birleşmiş Milletler işkence özel raportörüne 43 ülkeden vakalar sunmuştur. Bu ülkeler arasında, Benin, Burkino Faso, Burma, Şili, Çin (Tibet), El Salvador, Haiti, İran, Ürdün, Liberya, Somali, Filipinler, Sri Lanka ve *Türkiye* sayılmaktadır. Söz konusu resmi bildirimlerde yer alan ülkelerin yalnızca en ağır suçlular olduğunu belirtmek gerekir. Devletin hoşgördüğü bir etkinlik olarak işkencenin, 60 ülkede daha uygulandığı söylenmektedir. (Uluslararası Af Örgütü, 1989)

İŞKENCENİN AMAÇLARI

Suedfeld (1990), işkence yapanın temel amaçlarını şu şekilde belirtmiştir.

1.Bilgi almak (enformasyon): Politik, askeri, adli olaylarda kişinin bildiği sanılan konularla ilgili bilgi almak.

2. Suçluyu ortaya çıkarmak, suç yüklemek. (inkriminasyon): Kişinin kendisine destek veren ya da kendisiyle "suç" ortağı olan kişileri ele vermesini sağlamak. Daha çok örgütlü olduğu düşünülen "suç"larda ve mahkeme öncesi sorgulamalarda hedef alınır.

3. Fikir aşılama (indoktrinasyon): Kişinin inançlarında/ideolojisinde şu ya da bu yönde değişiklik yapmak ve öğretilmek istenen yeni değerlere uyumsuzluk gösterdiğinde cezalandırmak. Bu amaçla hem fiziksel hem de psikolojik işkence teknikleri kullanılmaktadır. Özellikle İnsan Hakları hareketinin hızlandığı dönemde, psikolojik işkence yöntemleri daha sık kullanılmaya başlanmıştır. Bir devletin işkence uygulaması dış politikada prestijini sarstığı için işkence pratiğinde saptanması daha zor olan psikolojik yöntemler yeğlenmektedir.

Klasik beyin yıkamaya, Kore Savaşı'nda Çinlilerin Amerikalı tutuklulara yanlış ifade vermeleri, başkalarını ele vermeleri ve itaat etmeleri için uyguladıkları yöntemler örnek gösterilir. Ancak beyin yıkama teknikleri engizisyonda ve Stalin döneminde Sovyetler Birliği'nde de kullanılmıştır.

Kore Savaşı'ndan sonra, Çinlilerin kullandığı beyin yıkama tekniklerine ilginin arttığını görüyoruz. Ülkelerine geri dönen savaş esirleriyle çalışmalar yapan Amerikalı psikologlar Farber, Harlow ve West (1957), Çin beyin yıkama tekniğinin belli bir stratejiyle uygulandığını öne sürdüler ve bu stratejiyi DDD olarak adlandırdılar. Bu üç harf, stratejinin üç ayrı aşamasını göstermektedir: debility (düşkünlük), dependency (bağımlılık), ve dread (korku).

İlk aşamada, açlık, uykusuzluk ve hastalık yaratıcı koşullarla kişinin fiziksel bünyesini zayıflatmak amaçlanır. Zorunlu gereksinimlerini karşılayamayan kişilerin kimi ihtiyaçları ancak gardiyanlara boyun eğdikleri takdirde karşılanmaya başlanmaktadır; bu da ikinci aşama olan bağımlılığı oluşturmayı hedefler. Gereksinimler tamamen gardiyanların denetimi altında karşılandığından, tutsaklarda gardiyanlara bağımlılık gelişmesi kaçınılmaz olmaktadır. İlk iki yöntemle koşullanmayan tutsaklarda geçilen üçüncü aşama, fiziksel işkence ve idam tehditleriyle yalancı idam (mock execution) gibi yöntemlerden ibarettir.

Esirin benimsediği değerler ve ideolojik sistemin yerine yeni değerler ve ideolojik sistemin benimsetilmesi amacıyla da dört aşamalı bir program uygulanır. İlk aşamada kişi her türlü haberden yoksun bırakılır. İkinci aşamada benimsenen değerlere ve ideolojik sisteme doğrudan bir saldırı sözkonusudur. Amerikalı tutsaklar bu bağlamda el ilanları okumaya ve propaganda filmleri izlemeye zorlanmışlar, kendilerine başka tutsakların zorla kabul ettirilmiş ifadeleri okutturulmuştur. Çinlilerin uygulamasında, üçüncü aşamada tartışma toplantıları düzenlenmekteydi. Bu toplantılarda beklenen yanıtlar ve görüşler dile getirilmediğinde tüm grup propoganda dönemini yeniden yaşamak zorunda kalıyordu. Dördüncü aşama ceza ve ödül yöntemiyle işbirliğini geliştirmekti. Esirlere, radyolara Çin lehine propaganda mektupları yazmaları veya bu mektupları imzalamaları durumunda çeşitli ödüller veriliyordu. İşbirliğine yanaşmayan tutsaklar ise yeniden temel gereksinimlerinin karşılanmadığı ve izole edildikleri evreye dönüyorlardı.

4. Sindirme (Intimidation): Çeşitli kişilerin ve toplumsal grupların , işkencecinin onaylamadığı davranışlarda bulunmalarını önlemek amacıyla da işkence yapılır. İşkence sadece bilgi almak ya da itiraf ettirmek amacıyla veya yalnız işkence yapılan kişiyi hedef alarak değil, tüm toplumu terörize etme ereğiyle de yapılabilir.Böylece insan haklarını

tanıma ve bunları açıkça söyleme riskli bir hale gelir. İnsanlar giderek işkenceye karşı duyarsızlaşır, ilgisizleşir ve teslim olurlar. Bazıları da korkularını saldırganla özdeşleşerek giderir. Silvia Amati, bir yazısında şöyle demektedir (1977): "Vurgulamak istediğim şey, işkencenin ve tecrit kamplarının yalnız söz konusu kurbanlara değil, o ülkenin tüm halkına yönelik olduğudur. İşkencenin amacının itiraf ettirme ve bilgi alma olduğu söylenir, ama bu yalnızca bir savunudur. Asıl amaç, eleştiriyi ve politik eylemleri cezalandırmak ve terör yoluyla tüm halkı yönlendirmek ve korkutmaktır." Sindirme politikaları böylelikle sadece doğrudan baskıya maruz kalanları değil, aynı zamanda başta işkence ve kovuşturmaya uğrayan, takip edilen kişilerin arkadaşları ve yakınları olmak üzere bütün toplumu etkiler. Bizim araştırma yaptığımız kişiler böyle bir politik ortam içinde şiddete maruz kalmış kişilerdi.Ayrıca, birinci kontrol grubumuz doğrudan işkence görmese de politik baskının çeşitli biçimlerine maruz kalmıştı. Bu nedenlerle politik baskı ortamının etkileri ve sonuçları bizimkine birçok açıdan benzeyen bir ortamda yapılmış gözlemleri aktarmak yarar sağlayabilir. Aşağıdaki uzun alıntı, Diana Kordon ve Lucila Edelman'ın Arjantin askeri darbesinden sonra uygulanan politik baskıları anlattıkları bir kitaptan alınmıştır (1986).

POLİTİK BASKININ PSİKOLOJİK ETKİLERİ:

Mart 1976'da başlayan diktatörlük, politikasını örgütlenme ve mücadelenin tüm olası biçimlerini tahrip etme fikriyle baskıcı terörü kullanma biçiminde oluşturdu. Sistem insanları tutukladı ve daha sonra onları ortadan kaybetti. Bu sadece doğrudan kurbanları ve ailelerini değil bir bütün olarak ulusu etkiledi. Diktatörlük sosyal psikolojinin bazı temel sonuçlarına dayanan özgül bir psikolojik eylem kampanyası başlattı: Bu insanların toplumsal aidiyet ve toplumsal taleplerle ilişkili olarak uygun eğilimler geliştirmeleri gerektiği düşünce ve duygusuna dayanıyordu. Diktatörlük kendi yararı için kitle iletişim araçları üzerinde mutlak bir kontrol sağladı, değişik zamanlarda değişik veri kaynaklarını kullandı ve kayıp kişilerin ailelerinde ve toplumun bütününde belirli işlemsel modelleri yürürlüğe koydu. Bu kampanyanın çeşitli yönlerini analiz edebiliriz. 1) Sessiz kalmanın teşvik edilmesi . Bu teşvik etkilerinden dolayı en önemlileriydi. 2) Suçluluk duygularının uyandırılması. Televizyon ve gazete makaleleri, caddelere asılan posterler aracılığıyla zulmedenin sorumluluğunu kurbanın ailesinin üzerine yıkmayı deneyen yoğun bir politik kampanya örgütlendi. Kayıp kişilerin ebeveynleri veya aileleri durumlarından sorumlu olan başlıca kişilerdi. "Çocuğunu nasıl yetiştirdin?", "Şu anda çocuğununun ne yapmakta olduğunu biliyor musun?" Bu iki soru suçluluk duygularını ortaya çıkarmak için kullanılan iki temel mekanizmayı örneklemektedir. Birincisi çocuğa aktarılan ahlaki değerleri sorgulamakta, aileyi kültür, ideoloji, ahlaki değerler ve ego ideali formasyonundaki özgül işlevi açısından sorumlu saymaktadır. İkincisi ebeveynin çocuklarına nasıl baktıklarını sorgulamakta,

onların çocuklarının eylemlerine dikkat etmedikleri ve denetlemediklerini öne sürmektedir. Eğer tersi yapılmış olsaydı kayıp kişinin korunmuş olacağı şeklindeki büyüsel düşünce güçlendirilmektedir. 3) Kayıp kişinin ölü sayılmasının dayatılması. Diktatörlük, kayıp kişilerin ailelerine, isterlerse mülkiyetlerin koruyabilmeleri için kayıp kişileri ölü ilan edebilmelerine olanak sağlayacak biçimde medeni kanunu değiştirdi. 4) Siyasal muhalifliğin topluma uyum eksikliği olarak ve böylelikle ruhsal bozukluklar alanı içinde kabul edilmesinin dayatılması. Bunun en açık örneği çocuklarının hayatta kalmalarını isteyen ve onları arayan annelerin "çılgın kadınlar" olarak tanımlanmasıdır. Annelerin savaşımı ve halkın desteği bu terimi diktatörlüğün aleyhine çevirdi. Şimdi bu terimin kullanılışı birliği temsil etmektedir. 5) Bir kişinin ortadan yok olmasının onun suç işleyebilir oluşuna yeterli kanıt oluşturduğunu öğreten mekanizmanın topluma dayatılması. "Kötü bir şey yapmış olmalı." 6) Unutmanın dayatılması. "Ulusal barış için geçmişte olanları unutmak zorundayız." Bu bir taraftan baskıcı terörün geçmişe ait olduğu, ilerleyen bir süreç olmadığı ve nihai çözümün henüz belirlenmediği, çemberin kapanmadığı anlamına gelir. Bu görüş açısı ayrıca etkilenen ailenin sorunlarını yalnızca sonuçlar olarak kabul eder. 7) Sorumlulukların paylaştırılması. "Hepimiz suçluyuz." Bu direnen, sessiz kalan ve sorumlu olanların hepsini aynı yere koyarak sorumlulukları maskelemenin bir yoludur Terör ve propaganda yoluyla diktatörlük kendi çözüm yollarını öne sürdü.

Bu modellerin kabulü yaşamayı sürdürmek için gerekli koşullar gibi göründü ve yalnızca etkilenen ailelelerde değil bütün toplumda ve hatta terapist olarak bizlerde bir değişiklik ortaya çıkardı. Ruhsal sağlığın hangi yeri tutması gerektiği fikri bile etkilendi. Çünkü ruhsal sağlık hakkındaki fikirler ve kurallar devletçe manipüle edilen ideolojik öğelerdi. Ayrı durma–direnme eğiliminin baskın olduğu kişilerde, dayatılan bu modelleri reddetmenin travmatik durumlarla başa çıkmak için daha elverişli koşullar yarattığını gözledik. Kural olarak bu yakınlar travmaya karşı aktif bir tavır almayı sürdürdüler. Aynı durumlardan geçen diğer kişilerle ilişki kurmak istediler ve değişik derecelerde toplumsal katılım sağladılar. Durumlarını paylaşma olgusu identifikasyon mekanizmalarına yardım etti ve karşılıklı empatinin büyümesine yol açtı. Bu narsisistik sınırlanmışlığa düşmekten kaçınmalarına ve kardeşçe bağlar kurmalarına katkıda bulundu. Öte yandan sessizlik ve gizleme buyruklarına boyun eğmediklerinden ve kayıp kişinin ölümünü tanımadıklarından kayıp kişiyle olumlu bir içsel bağlantıyı sürdürebildiler.

İŞKENCENİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

Suedfeld (1990) işkencenin belli başlı dört bileşeni olduğunu belirtmektedir. Bunların ilk üçü, Çinlilerin beyin yıkama tekniklerini araştıran Farber, Harlow ve West (1957) tarafından daha önce tanımlanmıştı.

1. Ruhsal ve fiziksel zayıflık (debility:) Aç, susuz bırakma, uyutmama, tıbbi bakımdan yoksun bırakma, ilaçlar, elektrik şoku, yorma gibi yöntemlerle kişinin ruhsal ve fiziksel olarak zayıf düşmesinin sağlanması.

2. Bağımlılık (dependency): Kişinin, kaderinin bütünüyle işkencecinin ellerinde ve onun kaprislerine bağlı olduğuna inandırılması. Bunun için, beklenmedik zamanlarda beklenmedik davranışlar ve işlemlerle karşı karşıya bırakılan kurban, herhangi bir bilgi kaynağı ve destekten de yalıtma yoluyla yoksun bırakılır. Ödül ve cezalandırmalar sürekli ve rastgele olarak uygulanır. Kurbanlar arasındaki arkadaşlık ve otorite ilişkileri tahrip edilir ve kurban konumundan ve onurundan koparılır.

3. Korku (dread): İşkence kurbanının sürekli korku ve anksiyete konumunda tutulması. En sık kullanılan teknikler arasında fiziksel acı, aileye karşı tehditler, alay etme, başka kurbanların kötü muameleye tabi tutulmasına tanıklık ettirme, kurbanın ne zaman serbest bırakılacağı konusunda belirsizlik yaratma, kurbanın ilerde yapılacak işkence veya idamıyla ilgili planları duyurma bulunur.

4. Yönelim bozukluğu (disorientation): Kişinin bilinç bulanıklığı, belirsizlik ve kaybolmuşluk durumuna sokulması. İşkencecilerin kullandığı yöntemlerden biri, baş etme mekanizmalarının gelişmesini önlemek için ani tavır değişiklikleri uygulamaktır (Bendfeldt–Zachrisson, 1985). Başka benzer yöntemler sürekli yalnız tutma, günlük ritme uyumu bozma, aşırı duyusal uyaran ve gözlerin uzun süre kapalı tutulmasıdır. (Suedfeld, 1990)

İŞKENCE YÖNTEMLERİ

Suedfeld (1990) işkence yöntemlerini altı ana başlık altında sınıflandırmıştır:

1. Aktif fiziksel acı: En yaygın kullanılan işkence yöntemidir. Dayak, herhangi bir şeyle dövmek, ekstremiteleri kırmak, ezmek, ampüte etmek, tırnak çekmek, diş çekmek veya oymak, vücudun çeşitli girişlerine cisimler sokmak, sıcak veya soğuk suya maruz bırakmak, yakmak, falaka, elektrik vermek, fare, kedi köpek gibi çeşitli hayvanlara ısırtmak gibi uygulamalar bu başlık altında değerlendirilir.

2. Pasif yolla fiziksel acı verme: İşkencecinin daha pasif konumda olduğu, fiziksel acı vermeyi amaçlayan yöntemler arasında, kurbanı rahatsız bir pozisyonda bekletme, ıslatma, soğukta bırakma, güneş altında bekletme, kara gömme, pis suya koyma, tabuta koyma uygulamalarından ve çeşitli şekillerde uygulanan askılardan söz edilebilir.

3. Aşırı yorma: Kurbanın fiziksel gücünü aşacak ağır iş ve hareketlerin yaptırılmasıdır. Bu, ağır cisimlerin taşıtılması, kurbanı sürekli belli bir eksen etrafında döndürme, koşturma gibi yöntemlerle sağlanır. Uykusuzluk ve yetersiz beslenme de eklenince kişinin direnme gücü tükenebilir. (Suedfeld, 1990; Tuşalp, 1986a)

4. Korku verme: Özellikle ölüm korkusu vermek amaçlanır. Solunumun boğulma noktasına kadar engellenmesi, zorla fazla miktarda sıvı verme, solunumu veya diğer yaşamsal işlevleri durduran ilaçlar verme gibi yöntemlere başvurulur.

5. Fiziksel ve mental işkence kombinasyonu: Kurbanı tamamen karanlık veya aşırı aydınlık ortamda uzun süre tutmak, uyutmamak, sürekli soru sormak, diğer tutsaklar aracılığıyla baskı yapmak, çıplak bırakmak, cinsel işkence, tecavüz, cinsel organlara acı vermek, ani baskın şeklinde uyarıp sonra yalnız bırakmak yoluyla "tehlike şoku" yaratmak gibi yöntemleri içerir. (Yetkin ve Tanboğa, 1990)

6. Temel olarak ruhsal nitelikli işkence: Esas olarak psikolojik etkilerin amaçlandığı işkence yöntemleridir. Sürekli, ölümle, sakat bırakmakla tehdit etmek, yalancı infaz uygulamaları, kurbanları birbirlerine aşağılayıcı davranışlarda bulunmaya zorlamak, sorgulamaları kurbanı soyarak yapmak, uzun süre gözleri bağlı tutmak, yoğun olarak kurbanı rahatsız eden sesler dinletmek (şarkı, marş, işkence sesleri), tıbbi yardımdan yoksun bırakmak, inançlarını çiğnemeye zorlamak (örneğin dini inancına aykırı şeyler yedirtmek), kimseyle görüştürmemek, yaşam koşullarında ani, anlamsız, önceden kestirilemeyen değişiklikler yapmak, kurbanların inanç ve değerlerine ters düşen anonslar, konuşmalar dinletmek, tekrar tekrar uzun itirafnameler yazdırmak gibi uygulamaları içerir (Tuşalp, 1986b; Ayaşlı, 1989; Kıvanç, 1988; Tuşalp, 1987).

Yukarıdaki sınıflamada fiziksel ve ruhsal işkence kuramsal olarak birbirinden ayrılmış gibi görünse de, bu ikisi birbirinden tam olarak ayrılamaz. Bütün fiziksel işkencelerin, acı çekmek ya da hastalanmak, sakat kalmak dışında önemli psikolojik etkileri de vardır.

Türkiye'de uygulanan işkence yöntemlerinin dünyanın diğer ülkelerindeki yöntemlerden pek farklılık göstermediği, dünyanın herhangi bir yerinde 'bulunan' yeni bir işkence yönteminin kısa sürede diğer ülkelere de ulaştığı , hatta işkence uygulayıcılarının kendi aralarında bilgi ve deneyim alışverişinde bulundukları söylenebilir.

TİHV'nın üç tedavi merkezine başvuran 243 kişiyle yapılmış bir araştırma sonucunda saptanmış (Soyer, 1993), işkence yöntemleri aşağıda sıralanmaktadır:

1. Aktif fiziksel acı verme yöntemleri
- Elektrik uygulama
- Sert cisimle vurma
- Kaba dayak
- Sigara ile yakma
- Falaka
- Saçları ve bıyıkları çekme

2. Pasif yolla fiziksel acı verme
- Askı (ters, düz, Filistin)
- Zorla ayakta tutma
- Soğukta bırakma
- Tazyikli suyla ıslatma

3. Aşırı Yorma
- Aç bırakma
- Aşırı fiziksel aktiviteye zorlama
- Susuz bırakma
- Zorla aynı pozisyonda tutma

4. Korku Verme
- Ölümle tehdit
- Cinsel tehdit
- Tuz yedirme
- Havasız bırakma

5. Psikolojik ve fiziksel işkence kombinasyonları
- Uykusuz bırakma
- İrza geçme
- Cinsel taciz

6. Psikolojik işkence yöntemleri
- Başkalarının işkencesini seyrettirme ve dinletme
- Yakınlara yönelik tehdit
- Gözlerin bağlanması
- Hücrede tecrit etme
- Yalancı infaz uygulaması
- Üzerine dışkı, idrar vb maddeler atma
- Küfür, hakaret ve aşağılama

Cem Kaptanoğlu'nun 28 kişiyle yaptığı ve benzer işkence yöntemlerinin saptandığı araştırmada da, %50'nin üzerinde sıklıkla uygulanan yöntemler şunlardır (Kaptanoğlu, 1991):

İşkence yöntemi:	N	%
1. Gözlerin bağlanması	28	100
2. Tehdit, aşağılama, belli şeyleri söylemeye zorlama, küfür	28	100
3. Tıbbi bakımdan yoksun bırakma	24	85
4. Uykusuz bırakma	21	75
5. Sert cisimlerle gövde, cinsel organlara, başa vurulması	20	71
6. Aç bırakma (48 saatten fazla)	18	64
7. Hücrede tecrit (48 saatten fazla)	17	60
8. Gövdeye, cinsel organlara, ağza elektrik verilmesi	17	60
9. Basınçlı soğuk suyla ıslatma	16	57
10.Zorla ayakta tutma (48 saatten uzun)	15	53
11. Falaka	15	53
12. İşeme ve dışkılamaya izin vermeme	15	53
13. Susuz bırakma	14	50
14. İşkence gören başkalarını seyrettirme	14	50

Bizim 55 kişiyle yaptığımız araştırmada da yine benzer işkence yöntemlerinin uygulandığı saptanmıştı..

İŞKENCE İLE İLGİLİ BİLİMSEL ÇALIŞMALAR

Son on yıl içinde insan hakları sorununa daha fazla ilgi gösterilmiş ve işkence kurbanlarına yardım etmek üzere pek çok ülkede bir dizi rehabiltasyon merkezi açılmıştır. Ancak bu gelişmeler, bilim dünyası tarafından yeterince destek görmemektedir. İşkence dünyanın hemen her yerinde epidemik bir sorun olmasına karşın büyük ölçüde görmezlikten gelinmektedir. Gelişmiş ülkelerde akademisyenler doğal afetler, savaş, kazalar ve tecavüz. gibi daha çok travmatik stresin diğer türleri üzerinde araştırma yapmaktadırlar. Sorunun bir başka yanı, gelişmemiş ülkelerde işkence konusuyla uğraşmanın ciddi bir tehlike olabilmesidir (Başoğlu,1992). İşkencenin sistematik etkileri ve işkenceye bağlı travmatik stresi tedavi konusunda bugün bile fazla bir şey bilinmemektedir. İşkencenin sistematik etkileri ve yol açtığı ciddi tıbbi ve psikiyatrik sorunların incelenmesi bir yandan işkenceye bağlı sorunların tedavisine, bir yandan da, kamuoyu duyarlılığının artışı nedeniyle, işkenceye karşı yürütülen mücadeleye destek olacaktır.

Nozolojik sınıflandırma sorunu

İşkencenin yol açtığı psikolojik sorunların nozolojik sınıflandırması hakkında önemli tartışmalar yapılmaktadır. Antinozolojik görüş, bunun politik bir sorun olduğunu ve bilimsel çalışma yapmanın doğru olmayacağını, psikiyatrik etiketlerin yaftalayıcı nitelik taşıdığını savunmaktadır. Bu yaklaşımı savunanlara göre PTSD kavramı da işkenceye uygulanamaz çünkü işkencenin psikolojik sonuçları art- (post) değil, büyük ölçüde süregiden bir travmatik stres çerçevesinde düşünülmelidir. Son sav uygun ve ikna edici görünse de, bu anlayış işkencenin yol açtığı kronik ve düşkünleştirici psikolojik ve tıbbi sorunları çözme, bunlarla başa çıkma olanağını ortadan kaldırır (Başoğlu, 1992). Sorunun tam anlaşılması bilimsel araştırmayı gerektirir; bilimsel araştırma için de kuramsal kavramlarla kategoriler gerekir.

Henüz çok daha uygun yeni tanı kategorileri tanımlanmadığı için, bu çalışmada işkencenin genel düzeydeki psikolojik sonuçları PTSD çerçevesinde ele alınmıştır.

STRES

İşkencenin yol açtığı psikiyatrik sorunların başında, bugün posttravmatik stres bozukluğu olarak adlandırdığımız tanı başlığı gelmektedir. Posttravmatik stres bozukluğunu ele almadan evvel, stres kavramıyla stresin yol açtığı fizyolojik ve psikolojik sorunları incelemek gerekir.

Stres (stress) sözcügü Latince 'estrictia' fiilinden türetilmiştir. Sözlüklerde fiil olarak, baskı yapmak, bastırmak, germek, önem vermek, yüklemek, zorlamak, anlamına, isim olarak da baskı, basınç, gerilim, güç, kuvvet, önem, şiddet, vurgu, yük, zarar, zor anlamına gelmektedir (Köknel 1987).

Tıp alanında C. Bernard ile başlayıp Selye ile devam eden süreçte, stres "organizmanın dengesini bozan uyaranlar" olarak tanımlanmıştır.

Gerek insanlardaki araştırmalarda, gerekse hayvanlarla yapılan çeşitli deneylerde pek çok hastalığa zemin hazırlayan bir faktör olarak ön plana çıkan stresin bu etkisi, vücut direncini ve savunma mekanizmalarını zorlayarak gerçekleşmektedir. Stresle ilgili ilk çalışmaları, organizmanın strese yanıtını 'Genel Adaptasyon Sendromu' olarak adlandıran Kanada'lı fizyolog Selye başlatmıştır (Selye, 1956).

Genel Adaptasyon Sendromu'nda üç evre bulunmaktadır: 1. Alarm reaksiyonu, 2. direnç dönemi, 3. tükenme dönemi ve hastalık.

Genel Adaptasyon Sendromu, stres etmenine karşı özgül olmayan bir bedensel yanıttır. Stres etmeni karşısında bedenin ilk yanıtı, hipotalamustan gelen uyarılarla hipofiz ön lobundan adrenokortikotropik hormon (ACTH) salınımının artmasıdır. ACTH salınımının artması sürrenal korteksin kortizol salgılamayı arttırmasına ve otonom sinir sisteminin etkinleşmesiyle sürrenal medullanın uyarılarak adrenalin ve noradrenalin salıvermesine neden olmaktadır. Bu hormonların artışı ve otonom sinir sisteminin aşırı etkinliği, alarm reaksiyonu denilen sürecin başlamasını sağlar. Alarm reaksiyonundan sonra, stres etmeninin süresi ve sıklığına bağlı olarak ikinci evre ve stres çok büyük boyutlardaysa üçüncü evre başlayabilir. Birey, yaşam süresi içinde genel adaptasyon sendromunun ilk iki dönemine pek çok kez girebilir. Stres etmeninin çok güçlü ve uzun süreli olduğu durumlardaysa adaptasyon enerjisinin kaybı ile organizma tükenebilir ve çeşitli rahatsızlıklar ortaya çıkabilir. Duodenal ülser, hipertansiyon, kalp hastalıkları, çeşitli ruhsal bozukluklar, srese bağlı rahatsızlıklar içinde en sık rastlananlardır (Caplan, 1981; Donohoe, 1984; Öztaş, 1989).

Ancak stresörler ruhsal etkilerini daha çok merkezi sinir sisteminde (MSS) yaptıkları değişikliklerle gösterirler.

Noradrenalin: Strese yanıt olarak beyinde noradrenalin sentez ve salınımı artmaktadır (Sheard, 1984;Thierry ve ark., 1970). MSS'de noradrenalinin en yoğun bulunduğu bölge, beyindeki tüm noradrenalinin %70 kadarını içeren *locus coeruleus*'tur. Bu bölgede aşırı noradrenalin deşarjına bağlı olarak panik reaksiyonların olabileceği bildirilmektedir (Yurdakoş, 1986). Noradrenalin aktivitesini arttıran ilaçların insanda agresif davranışlara yol açması gibi, bu maddenin düzeyini artıran çeşitli stresörler de agresif davranışlara neden olabilir (Sheard, 1988). Hem insanlarda hem de deney hayvanlarında β-adrenerjik blokerlerle noradrenalin reseptör blokajının agresif davranışı azalttığı gösterilmiştir (Sheard, 1988).

Serotonin: Akut streste beyin serotonin metabolizmasının arttığı, başa çıkılamayan şiddetli streste de serotonin miktarının azaldığı kabul edilir. Çeşitli araştırmalar, beyin serotonin düzeyindeki düşmelerin agresyona yol açtığını (Puciowski ve ark., 1985; Sheard, 1988), artışlarınsa agresif davranışları azalttığını göstermiştir (Linnoila, Virkunnen, Scheinin 1983; Sheard 1988).). Başa çıkılamayan streste beyin serotonin seviyesinin düşmesi aynı zamanda uyku düzeninin bozulmasına, beslenme alışkanlıklarının ve ağrıya duyarlılığın değişmesine de yol açmaktadır.

Asetilkolin: Janowski ve Rich (1984), stresten sonra meydana gelen emosyonel değişikliklerden asetilkolini sorumlu tutmuşlardır Bu araştırmacılara göre stresörler beyinde asetilkolin yapım ve yıkımını arttırmakta, beyinde artan asetilkolin ACTH salınmasına ve sempatik uyarıya neden olmaktadır.

Dopamin: Maclennan ve arkadaşlarının sıçanlarla yaptıkları araştırmada, stres uygulanan hayvanlarda medial prefrontal korteksteki dopamin$_2$ reseptörlerinin arttığı gösterilmiş ve araştırmacılar bu sonuçlara dayanarak stresin frontal D_2 reseptörlerini etkileyip şizofreninin veya şizofreniye benzer psikozların başlangıcına zemin hazırlayabileceğini söylemişlerdir (Mclennan, Pelleymounter, Atmadia ve ark., 1989).

GABA: GABA'nın agresif davranışı inhibe ettiği, beyin GABA konsantrasyonunda azalmasının agresyonu arttırdığı tesbit edilmiştir (Sheard, 1988). Ayağa şok uygulanarak stres oluşturulan hayvanlarda, en fazla serebral kortekste olmak üzere beynin çeşitli bölgelerinde düşük afiniteli GABA reseptörlerinin azaldığı bulunmuştur (Corda ve Biggio, 1986). Başka bir araştırmada, stres altındaki sıçanların serebral kortekslerinde GABA

reseptörlerine bağlı Cl^- iyon transportunun azaldığı saptanmıştır (Drugan, Morrow, Weizman ve ark. 1989).

Opiatlar: Stresin hem deney hayvanlarında hem de insanlarda ağrı eşiğini yükselttiği gösterilmiştir (Amit ve Galina, 1986; Maier, 1985; Przewlocka ve ark., 1988; Terman ve ark, 1984). Stresle ortaya çıkan analjezinin fizyolojik mekanizmasında en önemli rölü beyin endojen opiatlarının salgılanmasındaki artış oynamaktadır (Maier 1985; Przwlocka ve ark., 1988; Terman ve ark., 1984).

TRAVMATİK STRES VE POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU (PTSD)

PTSD ilk kez DSM–III'te (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases, 3rd Revision*) sınıflamaya girmişse de, patolojik tanı olarak resmi kabülü çok yeni sayılabilecek bu tablo, farklı adlar altında uzun süredir tanınmakta (Savaş Nörozu, Holocaust Sendromu, İşkence Sendromu vb.) ve gayrıresmi bir tanı kategorisi işlevi görmekteydi. Nazilerin yahudilere uyguladığı soykırım ve eski Vietnam Savaşı muhariplerindeki PTSD üzerinde odaklanmış muazzam sayıda çalışma ve araştırma bulunmaktadır. Aşağıda bunların kısa bir derlemesi sunulmuştur.

Konsantrasyon kampı ya da 'sağ kalan' sendromu

Konsantrasyon kampı sendromunu tanımlayanlar, insanlıktan çıkaran ve çocuksulaştırıcı nazi kampı deneyimleriyle psikiyatrik bozukluklar arasında önemli ölçüde ilişki olduğunu söylemişlerdir. Sağ kalan sendromunun ayırt edici semptomları, çoğunluğu psikanalitik modellere dayanan bir dizi çalışmada betimlenmiştir. Bunlar, enerji azalması ve halsizlik (Eitinger,1971), konsantrasyon ve bellek bozuklukları (Krystal ve Niederland, 1968) başakalarına güvensizilik, "sağ kalma suçluluğuna" bağlı patolojik yas dışavurumları ve depresyon (Chodoff, 1969), travmatik kamp deneyimine ait tekrarlayan karabasanlar (Tuteur, 1966) ve çeşitli psikofizyolojik bozukluklardır (Hoppe, 1968).

Kampta geçirilen sürenin uzunluğu, yeni ortamda anlaşılmama düşüncesiyle ilişkili yalıtılmışlık duyguları, çevredeki savaş sonrasındaki değişiklikleri anlamlandıramamak gibi savaş sonrası deneyimleri, henüz çok duyarlı durumda bulunan şiddetli travmatize grupta semptomları alevlendirebilir (Eitinger, 1980). Araştırmacılar genel olarak sağ kalan sendromunun semptomlarında uzlaşsalar da, etiyolojik teorilerde fikir birliği

bulunmamaktadır. Yazarların çoğu travmatik kamp deneyimiyle sonradan gelişen davranış bozukluğu arasında doğrudan bağlantı kurarken, kimileri de psikanalitik teori doğrultusunda erken çocukluk çağı fiksasyonlarını belirleyici olarak görmektedirler. Son olarak, kimi yazarlar daha sonra gelişen normal dışı davranışlarda, beslenme yetersizliği, kafa travması ve kronik enfeksiyon hastalıklarının belirleyici rol oynadığını savunmuşlardır (Eitinger, 1971). Yahudi soykırımıyla ilgili en yeni çalışmada, kontrol grubu olarak İkinci Dünya Savaşı'ndan önce Doğu Avrupa'dan Amerika'ya ya da Kanada'ya göçenler kullanılmıştır. Bu çalışmada Nazi zulmünün psikolojik sekellerine ilişkin çizilen tablo, çok daha az renklidir (Leon ve arkadaşları, 1981). Yazarlar, toplama kampı deneyimi geçirmiş yahudilerde psiklojik sekellerin az olduğu ve yeni ülkelerine uyumda çalışma grubunun kontrollerden pek farklılık göstermediği sonucuna varmışlardır. Travma öncesi uyum durumu, travmanın yaşandığı yer, kampta geçen süre, travmanın yapısı, getto ve kamp deneyimleri, bunlara ne şekilde direnildiği gibi faktörlerin psikolojik sekellerin sıklığını ve şiddetini etkilediği bildirilmektedir.

Eski Vietnam Savaşı Muhariplerinde Görülen PTSD

Eski Vietnam Savaşı muharipleriyle yapılan çalışmalarda, PTSD ile Amerika'ya döndükten sonra savaş tartışmalarından kaçınma, savaşın şiddeti, ölüm ve yaralanmayla karşılaşma, döndükten sonra yalıtılmışlık duyguları, başkaları ölmüşken yaşadığı için suçluluk duyma, Güney Vietnamlılar hakkında negatif tutum ve savaş öncesinde içinde bulunduğu ortamdaki olaylarla ilgili kaygı arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Askerlik öncesi döneme ilişkin değişkenlerse, PTSD gelişeceğini önceden gösteren etmenler (prediktörler) gibi görünmemekteydi (Card, 1983; Foy ve ark. 1984; Frye ve Stocton, 1982; Solkoff ve ark., 1986; Wilson ve Krauss, 1982).

PTSD ile ilgili başka travma türleri üzerinde yapılmış araştırmalar da vardır. PTSD gelişeceğini önceden gösteren en güçlü etmen, travma deneyimidir (March, 1990). Çoğu çalışma, hastalık gelişme olasılığının stresörün şiddetiyle arttığını göstermektedir. Bu bağlamda savaştan (Foy ve ark., 1984; Kulka ve ark., 1988); ırza geçme olaylarında tecavüzün vahşice yapılmasından (Pynoos ve ark., 1987) ve bir doğal afet olarak volkan patlaması durumunda patlamaya yakınlıktan söz edilebilir (Shore ve ark., 1986).

Öte yandan, Davidson ve Fairbank (1989a) çocukluk çağı uyum sorunları, (Kulka ve ark., 1988) aile yoksunluğu (Davidson ve ark, 1989b), nörotisizm ,geçmişte psikiyatrik bozukluk, (McFarlane 1989) travma sonrası sosyal desteğin yetersizliği (Keane ve ark., 1985) yüksek

oranda ailevi psikopatoloji öyküsünü içeren belirli travma öncesi faktörlerin PTSD olasılığını arttırabileceğini belirtmişlerdir. Ancak Foy ve arkadaşları (1984), şiddetli savaş deneyimi olan eski muhariplerde, ailedeki mental bozukluk öyküsüyle ilişkisiz olarak yüksek oranda PTSD geliştiğini de belirtmişlerdir. Figley de (1978) Vietnam Savaşı eski muhariplerinin savaş öncesi uyum düzeylerinin kontrol gruplarından farklı olmadığını, savaşla karşılaştıktan sonraysa uyumlarının doğrusal biçimde azaldığını bulmuştu.

Foy ve arkadaşları (1984), eski Vietnam Savaşı muhariplerinde PTSD semptom şiddetinin askerlik öncesi uyum farklılıklarından çok savaş deneyimiyle ilgili olduğunu bildirmiştir.

Birçok araştırma PTSD gelişenlerin daha fazla savaş deneyimi ve stresi yaşadıklarını göstermektedir. (Frye ve Stocton, 1982; Penk ve ark., 1981; Strayer ve Ellenhorn, 1975)

PTSD gelişmesinde travmatik olayın ne kadar seçime bağlı olduğu da önem taşıyabilir. Travmanın istemli bir edim sonucu olup olmaması travmaya yanıtı değiştirebilir. Zorunlu davranışlar nedeniyle gelişen travmaların ardından PTSD'nin daha sık görüleceği iddia edilebilir.

İşkenceden Sağ Kalanlar Üzerindeki Araştırmalar

İşkencenin psikolojik etkileri yahudi soykırımı kurbanları ve eski muhariplerde görülen tablolarla benzerdir. Bunlar, baş ağrıları, karabasanlar, gece korkuları, uykusuzluk, tremor, baş dönmesi, solukluk, terleme, ishal, depresif bulgular, anksiyete, fobi, kaçınma, irritabilite, agresiflik, impulsifite, cinsel işlev bozukluğu, intihar girişimleri, konfüzyon, yönelim bozukluğu, bellek kusurları ve konsantrasyon bozukluklarıdır. Bulgular, söz konusu sorunların yıllarca sürebileceğini düşündürmektedir.

İşkence üzerine çalışmalar kontrol derecesi ve denek türüne göre değişkenlik göstermekte (Somnier ve ark., 1992) ve aşağıda da belirtildiği gibi farklı sonuçlara ulaşılmaktadır.

Kontrolsüz Deskriptif Çalışmalar

Cathcart ve ark. (1979) işkence kurbanlarında anksiyete ve uyku bozukluklarının sık olduğunu göstermişlerdi (Warmenhomen ve ark. 1981; Allodi ve Cowgill 1982). Önceki işkence deneyimi ile ilişkili bir psikolojik semptomlar demeti olan genç işkence kurbanlarında serebral atrofi bildirilmiş (Jensen ve ark., 1982, Somnier ve ark., 1982).

Ancak, daha sonraki bir çalışma bu çalışmanın sonuçların doğrulamamıştır (Somnier 1992). Üstelik, işkence kurbanlarında demans ya da ilerleyici kognitif bozulmaya ilişkin hiç bir bulgu saptanamamıştır (Somnier ve Genefke, 1986). Domovitch ve arkadaşlarının (1984) 104 işkence kurbanı ile yaptığı bir çalışmada gözlemlenen ruhsal semptomlarsa, sıklık sırasıyla, anksiyete, uykusuzuluk, karabasanlar, depresif bulgular, kaçınma davranışı, irritabilite, konsantrasyon bozukluğu, bellek bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu, halsizlik, emosyonel labilite, agresiflik, impulsiflik ve gürültüye aşırı duyarlılıktı.

Somnier ve Genefke (1986), en çok karşılaşılan süreğen semptomları sıklık sırasına göre şöyle bildirmektedirler: Karabasanların eşlik ettiği uyku bozukluğu, bellek ve konsantrasyon azalması, halsizlik, korku–anksiyete, vertigo, cinsel bozukluklar. 1984'ten 1987'ye kadar RCT'de tedavi edilen 148 işkence kurbanından %70'inde değişmiş kimlik, (Ortmann ve Lunde, 1988), kronik anksiyete, özsaygı azlığı ve depresyona ilişkin semptom ve bulgular görülmüştür. Somatizasyon, Güneydoğu Asya'lı kurbanlarda karakterisitik bir özellik olabilir (Mollica ve ark., 1987). Son zamanlarda kadın işkence kurbanları üzerinde yapılan yeni bir izleme çalışması, doğrudan (örneğin fiziksel ya da belli kimi psikolojik) işkence biçimlerine göre dolaylı işkencenin (örneğin ölüm tehditleri) daha hafif uzun süreli etkileri olabileceğini düşündürmektedir.

Lunde ve ark. (1980) Yunan işkence kurbanlarının %30'unda libido azalması ve erektil zorlukları içeren cinsel işlev bozuklukları saptamışlardır. Ayrıca Lunde ve Ortmann'a göre (1990) cinsel travma kurbanlarında cinsel zorluklara, cinsel olmayan işkence gören bireylere göre daha sık rastlanabilir.

Yirmi iki Yunan işkence kurbanını işkenceden 10–14 yıl sonra inceleyip bir yıl sonra izleme değerlendirmesi yapan Abilgaard ve ark. (1984) ile Petersen ve ark. (1985a), kurbanın sağlığında önemli bir düzelme bulamamışlardır. Şili'li işkence kurbanlarıyla yapılan bir çalışmada Wallac ve Rasmussen (1983),sekel sıklığının sürgündeki kurbanlarla bildirenlerle aynı ölçüde olduğunu saptamışlardır. Bu bulgular, başka çalışmalarla tutarlılık göstermektedir. (Foster, 1987; Kordon ve ark, 1987; Pagaduan ve Lopez, 1987) Güney Afrika'lı işkence kurbanlarından siyahlar beyazlara göre işkenceden daha fazla etkilenmiş ve kadınlar erkeklerden daha sıkıntılı durumda bulunmuştur. Santiago'da bir hapishanede, daha önce aynı hapishanede tutklu olarak bulunmuş bir doktorun koordine ettiği bir çalışmada, en sık görülen yakınmaların gerilim başağrısı, anksiyete semptomları ya da depresif semptomlar ve uyku bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Jadresich,1990).

Sürgündeki 111 işkence kurbanını kendi ülkelerinde yaşayan 89 kurbanla karşılaştıran Rasmussen (1990a), genelde iki grup arasında semptomların farklılık göstermediğini, ancak

bellek ve konsantrasyon bozulması, karabasanlar ve depresyona sürgünde yaşayan kurbanlarda daha sık rastlandığını saptamıştır.

Ayrıca, işkence ve ilgili başka baskı davranışlarının işkence kurbanlarının yalnız kendilerini değil eş ve çocuklarını da etkilediğini gösteren bulgular vardır. Kaçınma, depresyon anksiyete, irritabilte, agresiflik, yaygınlaşmış korku, gürültüye aşırı duyarlılık, uykusuzluk, karabasan, *enuresis nocturna*, aileye aşırı bağımlılık, okul başarısında bozulma, aile kavramında çarpılmalar, psikosomatik sorunlar, kolay incinirlik, işkence kurbanlarının çocuklarında sık görülen bulgulardır. (Acuna, 1989; Allodi, 1989a; Allodi ve ark., 1989b, Cohn ve ark., 1980, 1985; While ve ark., 1990) İşkencenin etkilerine yönelik betimleyici çalışmalar, kullanılan gereçlerin yetersizliği, değerlendirme gereçlerinin yetersiz tanımlanması ya da sonuçların dayandığı tanı ölçütlerinin bildirilmesinde yetersizlikler gibi ciddi metodolojik eksiklikler göstermektedir (Goldfeld ve ark., 1988). Bir işkence sendromu varlığını iddia eden çalışmalar standardize tanı ölçütleri üzerinde kurulmamış ve travmanın öznel anlamını uygun biçimde tanımlayamamışlardır.

Kontrollü Çalışmalar

Sürgündeki İşkence Kurbanlarıyla Yapılan Çalışmalar. Sürgün Latin Amerikalılar üzerine kontrollü bir çalışmada, işkence görenler arasında kontrollere göre daha fazla semptom bildirilmiştir (Thorvaldsen, 1986). Ülkelerinde hapiste bulunan ve kötü muamele görmüş (fakat işkence görmemiş) kişilerle yapılan çalışmada, çeşitli düzeltmeler uygulanmasına karşın farklılıklar anlamlı düzeydeydi. Danimarka kökenli bir başka kontrollü çalışmada (Hoolgen ve ark., 1988) sürgünde yaşayan, işkence görmüş 14 Türk politik mültecide, işkence görmemiş 14 Türk mülteciyle karşılaştırıldığında daha fazla psikolojik sorun saptanmıştı. Bu çalışmanın bulguları önemli anlam taşımaktaysa da, yetersiz kontrol eşlemesi, örnek kümesinin seçiminde yanlılık ve görece küçük örnek kümesi gibi yönteme ilişkin kimi sorunlar kesin sonuçlar çıkarılmasını engellemektedir.

Sürgün Olmayan İşkence Kurbanları. Petersen ve Jacobsen (1985b), yaptıkları ileriye dönük bir çalışmada on İspanyol işkence kurbanının sağlık durumlarının kontrollerle karşılaştırıldığında daha bozuk olduğunu saptadılar. Bu grupta depresyon, anksiyete, emosyonel labilite, uyku bozukluğu, karabasanlar, bellek ve konsantrasyon zorlukları bulunmaktaydı. Ancak kontroller uygun eşlenmemişti. Örnek kümesi de işkence ve psikolojik durum arasındaki bağlantının istatistiksel analizi için çok küçüktü.

Bir başka yeni çalışmada (Paker ve ark,. 1992) yukarıda sözedilen metodolojik sorunların bir bölümü aşılmaya çalışılmış ve ilk olarak, politik olmayan mahkumların bulunduğu bir hapishanede 246 mahkumla (38'i işkence görmemişti) işkencenin etkileri sistematik olarak incelenmiş, böylece mahkum olmanın etkileri denetim altına alınmıştır. İkinci olarak, seçim ölçütlerine uyan bütün hapishane topluluğu incelendiğinden, sonuçların, örnek kümesinin yanlı seçilmesi ya da çalışmaya katılmayı red gibi faktörlerden etkilenme olasılığı ortadan kaldırılmıştır. Son olarak, veriler çok değişkenli multipl regresyon analizi uygulanabilecek kadar geniş bir örnek kümesinden derlenmiştir. Ancak bu çalışmanın da bazı sınırlı yanları vardır. Bunlardan ilki, işkence bittikten sonra geçen sürenin ve işkenceden sonra kurbanın bulunduğu çevrenin hesaba katılmamasıdır. Bir başka sınırlama, işkence tanımındadır. İşkence görmüş–işkence görmemiş biçiminde iki değerlikli bir ayırma ölçütü kullanılması, kritik bir bilgi olması gereken deneyimin şiddeti konusunda (Yüksel, 1991) veri edinilememesine yol açmaktadır.

Söz konusu çalışmada saptanan bulgular, işkencenin süreğen psikolojik etkilerini düşündürmektedir ve literatürdeki benzer çalışmalarla tutarlıdır. (Hougen, 1988; Petersen ve Jakobsen, 1985b). Sonuçların istatistiksel anlamlılık düzeyine erişmesine karşın, öngörü etkileri görece zayıf bulunmuştur. Ancak metodolojik eksikliklere karşın yine de sonuçlar anlamlı sayılabilir.

Bu sonuçlar, daha sonra, işkence görmemiş mahkumların hiç birinde PTSD saptanmaması, işkence görmüş mahkumlardaysa %39 oranında PTSD bulunması biçimindeki bulguyla da desteklenmiştir: Yirmi sekiz Türk politik işkence kurbanını kontrollerle karşılaştıran Kaptanoğlu (1991), kurbanlarının %38'inde PTSD bulunduğunu saptamıştır. Bu çalışmada, işkence kurbanları SCL-90R'deki (symptom checklist 90R) bütün alt ölçeklerde kontrollere göre psikolojik yönden daha kötü durumdaydı.

Özet

İşkence kurbanlarıyla ilgili çalışmaların çoğu, sürgünde yaşayan mülteciler üzerinde yapılmıştır.

Mültecilerde gözlenen psikolojik sorunlar, mahkumiyet, sürgünlük, çevresinden uzaklaşma, mülteci statüsü ya da işkenceden önce veya sonra gelişebilecek başka ilintili travmaların sonucu olabilir; yani bu faktörlerin etkisinin kontrol edilmesi gereklidir. İşkencenin etkileri üzerine bilgilerimizin çoğu işkence görmüş politik militanlara dayanmaktadır. İşkence,

örgütlü şiddetin aldığı pek çok biçimden yalnızca biridir. Örgütlü şiddetin başka biçimleri de (tutuklanma ve işkence tehdidi, ülkede terörden kaynaklanan vahşi ortam, karşıt politik gruplardan ölüm tehditleri, mahkeme, mahkumiyet koşulları, saklanma, yas, ailesel ve sosyal bağların kopması, iş veya eğitim olanaklarının kaybı) bu bağlamda hesaba katılmalıdır. Ayrıca politik militanlarla çalışıldığı zaman politik katılımın derecesi ve kurbanların işkence seansları sırasındaki tutumlarıyla ilgili kendi değerlendirmeleri de göz önünde bulundurulması gereken etmenlerdir. Bir başka önemli nokta, sevilen birinin ölümü, yaralanma, hastalık, kaza, doğal afet, fiziksel ve cinsel istismar öyküsü gibi işkence travmasıyla etkileşebilecek başka travmatik olayların olası etkilerinin dikkate alınması zorunluluğudur. İşkencenin psikolojik etkileri hakında çok şey yazılmış olması, buna karşılık çok az kontrollü çalışma bulunması dikkat çekicidir. Bu çalışmaların sonuçları işkencenin kendi başına bağımsız bir etkisi olduğunu düşündürmekteyse de, metodolojik sorunlar bu konuda kesin sonuçlara ulaşılmasını engellemektedir. Sonuç olarak, bütün olası değişkenlerin potansiyel etkilerinin dikkate alındığı hiçbir çalışma saptanamamıştır.

TRAVMATİK STRES TEORİLERİ

Travmatik stres, travmaya bir yanıttır. Travmanın varlığı travmatik stres durumu için gerekli olsa da yeterli değildir. Bu bağlamda, yanıtın belirlenmesinde travma karakteristiklerinin ötesinde bireysel ve sosyal farklılıklar önemtaşıyor olmalıdır. Travmatik stresin bütün boyutlarını kavramak için bütünsel (biyopsikososyal) bir yaklaşım geliştirilmesi gerekir. Ancak şu andaki travmatik stres teorileri henüz bu noktadan çok uzaktır.

Biyolojik Yaklaşım

Travmanın biyolojik etkilerini açıklamada yararlanabileceğimiz, işkence yaşantısına benzerlik gösteren ve işkenceye bağlı PTSD'yi anlamamıza yardımcı olabilecek üç hayvan modeli vardır (Saporta ve van der Kolk, 1992): 1. Kaçınılamaz şok, 2. zorlanmış yalıtım ve 3. primatlarda bağlantının koparılması modelleri.

1. Kaçınılamaz Şok

Kaçınılmaz şoka ya da diğer itici uyaranlara maruz kalan hayvanlarda "öğrenilmiş çaresizlik" olarak bilinen bir takım davranışlar (Saporta ve van der Kolk, 1992) ve yeni

stresli durumlardan kaçmada kusur, yeni yanıt–sonuç motivasyonunda azalma, ödül için harekete geçme motivasyonunda azalma, keşif motivasyonunda azalma, kronik öznel stres bulguları (Maier ve Seligman, 1976), bağışıklık sisteminde kusurlar ve tümör oluşumunda artma (Visintainer ve ark., 1982) gibi öğeleri betimlenmiş bir tablo bulunur.

Hayvan bir kez kaçınılmaz şok geçirdiğinde, gelecekte de yeni streslere karşı koşullanmış bir aşırı tepki verebilir (Weiss ve ark., 1975). Koşullanmış davranışsal yanıtın altında yatan, koşullanmış nörokimyasal tepkidir. Kaçınılmaz şokun başlangıcında katekolaminlerin hem sentezinde hem de kullanımında artış olmaktadır (Anisman ve ark., 1981). Anisman ve ark. (1981) stres karşısında katekolamin kullanımının sentezi aştığını ve kaçınılmaz şok sonrasında norepinefrin ve epinefrin düzeyinin düştüğünü bildirmişlerdir. Daha hafif durumlarda, norepinefrin ve epinefrin seviyesinde bu düşme görülmeyebilir. Kaçınılmaz şokun bazı etkileri katekolamin eksilmesini önleyen ya da katekolamin düzeyini arttıran ilaçlarla önlenebilir veya geri çevrilebilir (Anisman ve ark., 1980; Plaznik ve ark., 1985). Rezerpin ve α–metil paratirozin gibi katekolamin rezervlerini tüketen ilaçlar, öğrenilmiş çaresizlik bulgularını ortaya çıkarır ya da arttırır (Glazer ve ark.,1975; Anisman ve ark., 1979; Anisman ve ark., 1984; Britton ve ark., 1984).

Yohimbin veya kokain gibi *l. coeruleus* uyaranları kaçınılmaz şokun etkilerini alevlendirirken (Krystal ve ark., 1989), *l. coeruleus*'u ketleyen klonidin, trisiklik antidepresanlar, monoaminooksidaz inhibitörleri (MAOI'ler), benzodiazepinler, tersine, kaçınılmaz şoka bağlı öğrenilmiş çaresizliği önleyebilir veya geri çevirebilirler (Petty ve Sherman, 1979; Anisman ve ark., 1980; Sherman ve Petty, 1980; Anisman ve ark., 1981; Weiss ve Simpson, 1986). *Locus coeruleus*, limbik sistemin, serebral korteksin, serebellumun ve hippokampusun noradrenerjik innervasyonunun kaynağıdır (Grant ve Redmond, 1981). Korku ve alarm yeteneğini ortaya çıkardığından (van der Kolk ve ark., 1985; Krystal ve ark., 1989) travma merkezi de denilen *l. coeruleus*'un hasarlanması hayvanlarda umursamazca tehlikeli davranışlara yol açmaktadır (Redmond, 1979; Krystal ve ark., 1989). Kaçınılmaz şok sonrasında görülen aşırı uyarılma ve aşırı tepkiye, *l. coeruleus*'un aşırı tepkiselliği veya düzensizliği katkıda bulunabilir.

Katekolaminlern yinelenen aşırı kullanımı ve eksilmesiyle postsinaptik katekolamin reseptörlerinde bir "yukarı–düzenlenme" ve aşırı duyarlılık gelişebilir. Bu da strese bağlı katekolamin salınımına aşırı tepkiyi arttırır. Hayvanların kaçınılmaz şoka verdiği yanıtla insanın koşullanmış aşırı uyarılma yanıtı birbirine benzemektedir (van der Kolk ve ark., 1985; Kolb, 1987). Ayrıca, öğrenilmiş çaresizlik sonrası tabloyla PTSD'nin kaçınma semptomları (anhedoni, sosyal çekilme, uğraşısal işlev bozukluğu, genel bilişsel ve affektif kısıtlılık) arasındaki benzerlikler de dikkat çekicidir. PTSD'nin bifazik semptomları

katekolamin düzeyindeki dalgalanmalardan etkileniyor olabilir. Yineleyen katekolamin eksikliği, depresyonun çeşitli biçimlerinin eşlik ettiği uyuşukluk ve kaçınma dönemlerine katkıda bulunabilir. Ayrıca süreğen travmaya maruz kalmış kişilerde görülen bellek bozukluklarında da bu düzenek rol oynayabilir (Gold ve Zornetzer, 1983; van der Kolk ve Greenberg, 1987; Greenberg ve van der Kolk, 1987).

Travmaya uğramış kişilerdeki çeşitli bulgular, kaçınılmaz şok modelinin PTSD ile bağlantısını desteklemektedir. Spigel (1945) II. Dünya Savaşına katılan askerlerde maske yüz, göz kırpmasında azalma, dişli çark belirtisi ve kaba tremor gibi katekolamin eksikliğini düşündüren öğelere sahip bir tablo tanımlamıştır.

Ayrıca; hayvanlarda kaçınılmaz şoka bağlı öğrenilmiş çaresizlik tablosunu önleyen ilaçlar aynı zamanda PTSD sempomlarının azaltılmasında da yararlı olmaktadır.

L. coeruleus'u ketleyen trisiklik antidepresanlar, MAOI'ler, klonidin ve benzodiazepinler, "flashback", karabasan ve koşullanmış aşırı uyarılma yanıtlarını azaltırlar. Bunlar *l. coeruleus*'un aşırı katekolamin yapımını engelleyerek beyinde katekolamin tüketimini, dolayısıyla katekolaminlerin azalmasını engelliyor olabilecek bu maddelerden MAOI'ler ve trisiklik antidepresanlar, sonuçta postsinaptik reseptörlerde "aşağı–düzenleme" yaparlar (Charney ve ark., 1981)

Kaçınılmaz şok, ayrıca serebral serotonin düzeyini de düşürmektedir (Sherman ve Petty, 1980). Sıçanlardaki kaçınılmaz şok, çeşitli serotoninerjik agonistlerle geriye döndürülebilir (Grial ve ark., 1988).

2. Zorlanmış Yalıtım:

Hayvanlarda zorlanmış yalıtım öğrenilmiş çaresizikle örtüşen agresyon artışına ve diğer davranış kusurlarına yol açar (Saporta ve van der Kolk, 1992). Sahiplerinden uzaklaştırılan ev hayvanları yemek yemeyi bırakabilirler ve kendilerine zarar verici davranışlar gösterebilirler (Crawley ve ark., 1985). Kafese kapatılan vahşi hayvanlarda, kendilerine zarar verme ve yemek yememeyle giden, enfeksiyon ve ölümle sonuçlanan bir sendrom gelişebilmektedir (Fox, 1986; Crawley ve ark., 1985). Hayvanlarda, özellikle kemirgenlerde, deneysel biçimde oluşturulan yalıtılma, agresyon artışına, kavgacılık artışına ve öldürme davranışına neden olur (Valzelli, 1969; Welch ve Welch, 1971; Waldbilling, 1979).

Yalıtılmaya bağlı agresyonun düşük serotonin düzeyiyle ilişkili olduğu birçok kez gösterilmiştir (Valzelli, 1969, 1982; Welch ve Welch, 1971; Hodge ve Butcher, 1974). Çeşitli ırklardan fare soylarında yalıtılma sonucu gelişen agresyonun derecesinin, yalıtılmaya bağlı serotonin düzey azalmasıyla ilgili olduğu saptanmıştır (Valzelli ve Bernasconi, 1979). Travmaya uğramış insanların da agresyonlarını kendilerine ve dışarıya yöneltmelerinde kusurlar bulunur.

İmpulsif agresyonun bulunduğu tanı gruplarında serotonin düzeyinin düşük olduğu saptanmış ve bunun kalıtsal bir özellikten kaynaklandığı söylenmiştir. Oysa, bu insanlarla ilgili çalışmalar, çocukluklarında travma öyküsü bulunduğunu ortaya çıkarmaktadır (Green, 1978; Pattison ve Kahan, 1983). Hayvanlarda düşük serotonin düzeyi ayrıca, hava püskürtülmesine (Gerson ve Baldessarini, 1980; Depue ve Spoont, 1986) ve sese karşı abartılı sıçrama yanıtı (Davis ve Sheard, 1976), artmış uyanıklık durumunu gösteren postürler (Poscholva ve ark., 1977), yeni uyaranlara ya da ağrıya abartılı yanıt (Depue ve Spoont, 1986) gibi uyarılma düzenlemesinin bozuk olduğunu gösteren belirtilere yol açmaktadır. Hayvanlarda serotonin azalması sonucu gelişen, irritabilite, eksitabilite, duyarlılık fazlalığı ve görece hafif uyaranlara abartılı duygusal uyarılma ve agresif gösterilerle karakterize tablo, PTSD'ye benzer. Serotoninin, katekolaminlerce oluşturulan uyarılmayı ketlediği öne sürülmüştür (Samanin ve Garattini, 1976; Gerson ve Baldessarini, 1980; Depue ve Spoont, 1986). Bu madde amfetamine bağlı hareketlilik artışını (Breese ve ark., 1974; Depue ve Spoont, 1986), agresyonu ve alarm durumunu engeller (Poscholva ve ark., 1977).

Travma geçirmiş insanlarda uyarılmanın ve agresyonun düzenlenmesini zorlaştıran katekolamin kusuru ve serotonin azalması birbiriyle etkileşime girer. Öte yandan, serotonin seviyesinin düşüklüğü obsessif-kompulsif bozuklukla da ilişkilidir (Winslow ve Insel, 1990). Bir serotonin agonisti olan fluoksetin'in PTSD'deki obsessif semptomları azaltması da PTSD'de serotonin düşüklüğünün rolünü desteklemektedir.

3. Primatlarda Seperasyon

Bir başka biyolojik model, primatlarda anneden ayrılmaya verilen reaksiyonlardır. (Saporta ve van der Kolk, 1992) Annelerinden ve yaşıtlarından ayrı bırakılan maymunlarda iki evreli bir reaksiyon görülür: Önce protesto, ardından ümitsizlik (Bowden ve McKinney, 1972; Harlow ve Suomi, 1974; Suomi ve ark., 1975). Annelerinden ayrılan bebekler de benzer bir tepki gösterirler (Bowlby, 1969; Robertson ve Robertson, 1971). Bu iki evreli reaksiyon,

ayrıca, PTSD'de uyuşma ve aşırı uyarılmayla giden iki evreli reaksiyona benzerlik göstermektedir. Ümitsizlik evresi öğrenilmiş çaresizliğe benzer (Harlow ve Suomi, 1974).

Kaçınılmaz şokta ortaya çıkan nörokimyasal değişikliklerle ilgili ümitsizliğin, imipraminle hafiflediği gösterilmiştir (Suomi ve ark., 1978). Ayrıca, norepinefrin ve dopamin düzeylerini düşüren ilaçlar, doğrudan ümitsizliğe yol açabildikleri gibi (Redmond ve ark., 1971) yaşıtlarından ayrılan maymunlarda ümitsizliği artırabilirler de (Kraemer ve McKinney, 1979). Annelerinden ayrılmış, ancak yaşıtlarıyla yetiştirilen primatlar bu ilaçlardan fazla etkilenmez; ama hem annelerinden hem de yaşıtlarından ayrılanlarda ümitsizlik artar. Alkol, düşük dozlarda protesto ve ümitsizliği iyileştirilirken, artan dozlarda ümitsizliği arttırır (Kraemer ve ark., 1981). Annelerinden ayrı büyütülen maymunlar, katekolaminleri azaltan ilaçlardan daha fazla etkilenirler (Kraemer ve McKinney, 1979), sosyal uyaranları ve amfetamine bağlı uyarıları düzenlemeleri güçleşir (Kraemer ve ark. 1984), kolay dezorganize olurlar (Menzel ve ark., 1963; Mason, 1968) ve artmış bir agresyon gösterirler (Harlow ve Harlow, 1971; Kraemer ve ark., 1984). Anneden yoksun bırakılan maymunlarda bazal norepinefrin düzeyi daha da azalır, ama ayrılmaya, strese, uyarıya norepinefrin yanıtı fazla olur (Kraemer ve ark., 1984). Serotonindeyse düşme görülür (Coleman, 1971).

Sonuç olarak travmanın bu üç biyolojik modeli birbirini desteklemektedir. Öğrenilmiş çaresizlik ve yalıtım; katekolamin eksikliğine ve uyarılma tepkisinin düzensizliğine; kaçınılamaz şok ve anne yoksunluğu katekolaminlerin artmasına; anne yoksunluğu ve yalıtım, serotonin seviyesinin düşmesiyle agresyon düzenlenmesinde kalıcı bozukluğa; serotoninin düşmesi norepinefrin düzensizliğine, bu da motor ve genel kısıtlamaların azalmasıyla birlikte daha sonraki uyaranlara karşı düzensiz uyarılma yanıtına neden olur (Saporta ve van der Kolk 1992).

Travmanın Diğer Biyolojik Etkileri: Endojen Opioidler

Kaçınılmaz stres, ağrıya duyarlılığı azaltır (Lewis ve ark., 1980; Maier, 1986; Fanselow, 1986). Naloksan bu stres analjezisini engeller (Maier ve ark., 1980; Kelly, 1982). Stres insanda da opioid salgılanmasını arttırır (Willer ve ark., 1981; Janal ve ark., 1984).

PTSD'li eski muhariplerde koşullanmış stres analjezisi olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (van der Kolk ve ark., 1989; Pitman ve ark., 1990). Savaş filmi seyrettirilen eski muhariplerden PTSD'si olanlarda koşullanmış stres analjezisi görülürken, PTSD'si olmayanlarda analjezi görülmemektedir. Salgılanan endorfinin 8 mg morfine eşdeğer bulunmuştur. van der Kolk bu endojen opioid salınımının psişik uyuşma ve dissosiasyonla

ilgili olduğunu söylemektedir. Ağır travma geçirip sağ kalanlarda, çoğu kez, fiziksel analjezi, psişik uyuşma ve depresif tablodan oluşan bir triad görülür. Travmaya uğramış kişilerde strese karşı verilen koşullanmış opioid yanıtı (Newman ve ark., 1982; Panksepp ve ark., 1985) sık görülen sosyal kaçınma ve çekilmeyi açıklayabilir. Opioidler *l coeruleus*'u inhibe ederek aşırı uyarıyı azaltırlar. Korten ve Krystal (1988), bu aşırı uyarılmayı azaltma çabasının travmaya uğrayanlarda ilaç suistimalini açıklayabileceğini belirtmişlerdir.

Yeniden Yaşama ve Eyleme Dökmenin Psikobiyolojisi

Janet 1889'da travmaya uğrayanların nasıl travmaya bağlanıp kaldıklarını yazmıştı. Freud da hastaların travmatik ve acılı yaşantıların yeniden yaşama yönünde kompulsif eğilimleri olduğundan söz eder. Travmaya uğrayan kişiler, karabasanlar, 'flashback'ler, canlı anılar gibi çeşitli yollardan travmayı yeniden yaşar ve eyleme dökerler (Horowitz ve Becker 1971; Horowitz, 1986; van der Kolk 1989). Yeniden eyleme dökme, travmayla ilgili stereotipik motor davranışlara dönüşebilir. Davranışsal eyleme dökme kişinin tüm yaşamına yayılabilir. Travmatize çocuklar travma olaylarını oyunlarında yeniden yaşayabilirler (Terr, 1988), ensest kurbanları fahişeye dönüşebilirler (Silbert ve Pines, 1981), suistimal edilmiş çocuklar ileride kendi çocuklarını suistimal edebilirler (Burgess ve ark., 1987).

Travma, bireylerin bilgi işleme ve bellek kodlama işlevlerini ilkel ve erken dönemlere çekebilir. Kurban başına gelen şeye bir anlam verebilmek için travmatik olayı yeniden yaşayarak eldeki kognitif şemalara asimile etmeye çalışır (Horowitz, 1986). Travmatik anılar, motor eyleme dökmeler, duyusal veya bedensel yaşantılar ya da ikonik imgeler biçiminde kodlanır ve çağrılır. Oysa erişkin insanın anıları daha çok dilsel olarak belirlenen kavramlardır (Neisser, 1967; White ve Pillemer, 1979; Greenberg ve van der Kolk, 1987).

Kurbanlar, akla sığmayan yaşantılarını anlamlandırabilmek için saldırganla özdeşleşme yoluna da gidebilirler.

Travmatik anıların kompulsif tekrarı, 'bu sefer böyle olmayacağı' umudundan da kaynaklanmaktadır (Shengold, 1979). Tehlikeye yeniden maruz kalma ise bilinçdışında sağ kalmaktan ötürü duyulan suçluluktan kaynaklanabilir (Kluft, 1989).

Psikanalitik Yaklaşım

İlk olarak Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra Freud (1986a, 1986b) "savaş nörozu" adıyla PTSD benzeri bir kategori tanımlamıştı. Freud'a göre, kişi travmayla karşılaştığında aşırı anksiyetenin bir sonucu olarak savunma sistemleri harekete geçer, doğal uyum kapasitesi bozulur ve repetitif kompulsiyon gibi daha ilkel savunmalara regrese olur. Psikoanalitik yaklaşımda travmatik olayların 'recollection'ları (düşünceler, karabasanlar, 'flashback'ler vb) travmatik olayın egosintonik biçimde yeniden yorumlanması için harcanan aktif bir çabayı gösterir. Freud'a göre travmatik olayın rekolleksiyonu, fiksasyon başlığı altında tanımlanırken, amnestik ve kaçınıcı davranışlar savunmacı reaksiyon başlığı altında tanımlanır. Travmatize birey tekrarlayıcı kompulsiyon benzeri çabalar yoluyla anksiyetesi ile baş edemezse egodistonik düşünce, duygu ve davranışlardan uzaklaşır (March, 1990). Bu bir çeşit yalıtımdır.

Psikanalitik yaklaşım dış olaya odaklanmaz ve travmatik stresi intrapsişik sorun olarak değerlendirir. Böyle bakıldığında, teori için anahtar nokta travmatize bireyin savunma mekanizmalarını belirlemektir (Ferenczi, 1934).

Kişi çok aşırı bir uyaran akımı karşısında kalınca korkuya kapılır, dünyayla ilişkilerini keser ve dolayısıyla deşarjlarını bloke eder; bir travma yaşantısı, her tür gerilimden korku yaratır ve organizmayı kendi dürtülerine karşı bile duyarlı hale getirir. Öte yandan, deşarjlar bloke edilmişse, başka zaman zararsız olacak küçük bir akım, çok şiddetli bir akım etkisi gösterebilir ve bir baskın hali yaratır.

Travmatik nevrozların karakteristik bir öğesi, rüyalarda ve semptomlarda travmanın tekrarlanmasıdır. Bu tekrarlar, egemen olunmamış uyaran miktarlarına azar azar, gecikmiş bir egemenlik kurma çabası anlamına gelmektedir (Freud, 1922). Gecikmiş bir egemenlik kurma amacıyla travmatik olayların tekrarlanması ilk kez ve en açık şekilde çocuk oyunlarında görülür. Burada, daha önce pasif bir şekilde yaşanmış olan şey, egonun seçtiği bir zamanda ve miktarda aktif olarak tekrarlanır. Aynı örneklere travmatik nevrozluların tekrarlayıcı rüyalarında ve semptomlarında, düşüncelerinde, öykülerinde ya da eylemlerinde alt üst edici yaşantıları bunlara egemen olmadan önce bir süre tekrarlayan normal kimselerin birçok benzer küçük eyleminde de rastlanır (Freud, 1939).

Fenichel (1945) travmayı, kişinin "deşarj" ve "bağlama", dolayısıyla kontrol yeteneğini aşan bir dış uyaran olarak tanımlamaktadır. Uyaran şiddetinin travmatik etkilerinin geçirilmiş deneyimlerin tümüne olduğu kadar bünyesel faktörlere de bağlı olduğunu belirten yazar, kontrol yeteneğini belirleyen en önemli etmenin daha önceki represyonlar olduğunu söyler.

Kontrol yeteneğini tamamen eski represyonların sürdürülmesine ayırmış bireyler, travmalara karşı "zayıf"tırlar.

Ayırt edici diğer bir faktör, travma anında motor tepki verilip verilemeyişidir: Bütün dış motor aktivitelerin engelllenmesi, ruhsal bir bozukluk olasılığını arttırır (Fenichel 1945).

Egonun gelecek olayları önceden yaşama ve böylece geleceği hazırlama yeteneği, dışarıdan gelen uyaranları elemesini ve organize etmesini kolaylaştırır. Beklenmedik olaylar, hazırlanma olanağı bulunmuş olanlardan daha şiddetli yaşanır. Ani, umulmadık ve karşı konulamaz olaylar kadar uzun süreli gerginliklerin de ortaya çıkardığı, egemen olunamayacak miktardaki heyecanlar çok ıstırap verici gerilim duyguları yaratırlar ve alışılmış yoldan zaptedilemeyen şeye egemen olabilmek için patolojik ve arkaik düzenekleri harekete geçirirler (Reik, 1930).

Fenichel (1945), travmatik nevroz semptomları olarak şunları bildirmiştir: a) Değişik ego fonksiyonlarında azalma veya blokaj; b) kontrol edilemeyen heyecan nöbetleri; özellikle anksiyete, sıklıkla öfke krizleri, bazen da konvülsif nöbetler; c) uykusuzluk ya da travmanın tekrar tekrar yaşandığı tipik rüyalarla birlikte ciddi uyku bozuklukları; veya uyanıkken gündüz rüyaları, düşünce ve duygular aracılığıyla travmatik durumun tekrarlanması; d) sekonder nevrotik komplikasyonlar.

Ego fonksiyonlarında azalma veya blokaj: Yararlanılabilir tüm mental enerjinin tek bir işe, aşırı uyaran saldırısına egemen olabilmek için karşıt enerji yapımına konsantre edilmesi, bazı fonksiyonların, özellikle algılama ve anlama fonksiyonlarının blokajına neden olur. Bu aynı zamanda yeni uyaranların alınmasını da engeller. Travmadan sonra oldukça önemsiz hale geldikleri için zayıflayabilen ya da bloke olan fonksiyonların arasında cinsellik ön planda gelir (Dreyfuss, 1941; Freud, 1923).

Heyecan krizleri: Objektif olarak kontrol edilemeyen uyaranlarla kaplanma durumu subjektif olarak anksiyete şeklinde hissedilir. Bunu yaratan kısmen iç gerilimin kendisi, kısmen de istem dışı vejetatif acil deşarjlardır (Freud, 1936). Daha sonraki kızgınlık halleri de frustrasyon durumlarından kaynak alırlar. Yani travmatik nevrozlulardaki anksiyete ve öfke, travmatik durumda doğmuş fakat deşarj edilememiş uyarımların deşarjlarını belirtir.

Uyku bozuklukları ve tekrar semptomları: Uyku bir gevşeme halini geriktirir. Uyarana boğulmuş bir organizma gevşeyemez, dolayısıyla uyuyamaz. Travmanın rüyalarda aktif olarak tekrarı hasta için gerçek bir işkence olduğu halde, ekonomik yönden bir rahatlama aracıdır (Freud, 1922). Arkaik ego, geleceği önceden yaşama yeteneğini kazanmadan önce, pasif olarak yaşamış olduğu şeyin aktif tekrarıyla dış dünyaya egemen olmaya çalışır.

Tekrarlayan rüyalar bu ilkel egemenlik biçimine regresyonu işaret eder. Travma sırasında olanları tekrar tekrar yaşamakla, kontrol yavaş yavaş yeniden kazanılabilir. Travmanın tekrarı rüyalar dışında uyanık durumda da olabilir. Tekrarlar kısmen bilinçlidir; hasta travmatik olayı tekrar tekrar düşünmekten kendini alamaz. Kısmen de bilinçdışıdır; görünüşte bir anlamı olmayan, fakat travmatik durumda yapılmış veya niyet edilip yapılamamış hareketlerin tekrarı olarak kendilerini gösteren hareketler görülür (Simmel, 1918).

Travma konusunda obsessif bir ruminasyon, gecikmiş bir saldırgan uyarımı zaptetme çabasını, emosyonel krizler ve hareketler gibi pasif olarak yaşanmış olan şeyin aktif tekrarı da gecikmiş deşarj çabalarını belirtir.

Psikonevrotik Komplikasyonlar

Eski represyonlar ne kadar şiddetli ve savunma çatışmalarındaki denge ne kadar kararsızsa, bir olay o kadar kolaylıkla travmatik bir karakter kazanır. Herkesin bir bozulma noktası vardır. Ancak farklı kimselerde bu noktaya ulaşabilmek için farklı şiddetlerde travmatik olaylar gerekir.

Mental enerjinin tüm ekonomisini alt üst eden ciddi travmalar, zorunlu olarak represe dürtülerle, represe eden güçler arasındaki dengeyi de bozarlar. Böyle bir bozukluğun ilk tipi, genel ve nonspesifiktir. Travmanın ortaya çıkardığı uyaranlara egemen olabilmek amacıyla aralarında cinselliğin de bulunduğu bütün farklılaşmış mental fonksiyonlar enerji yüklerinden sıyrılabilirler. Bu durum, represyon çatışmalarının bağladığı enerji yükleri için de geçerlidir.

Bir travma, represyonu güdüleyen anksiyetenin artmasıyla ya da represe edilmiş içgüdüsel güçlerin artmasıyla latent nevrotik yatkınlıkları daha özel bir biçimde de harekete geçirebilir.

Travmaya gösterilen tepkide en karakteristik olan şey, travma ile o sırada canlandırılmış olan çocukluk çatışmaları arasında çağrışım bağlantılarının hemen kurulmasıdır. Travma, çocukluktaki daha eski diğer travmaların basit bir tekrarı olarak yaşanabilir.

Güney Afrika'da serbest bırakılan ve işkence görmüş tutuklular üzerinde yaptığı bir çalışmayla ilgili yazısında Solomons (1989), travma sonrası gelişen klasik semptomatoloji tablosunun oluşumundaki içsel dinamikler için teorik bir model oluşturma çabası göstermektedir. Yazar, travmanın nevroz oluşturma riskinin taşıdığı sürpriz ve hazırlanmamışlık unsurunda bulunduğunu söyleyen Freud (1920) ve travmanın

yoğunluğuyla umulmadık olma derecesinin önemini vurgulayan Bluhme'ye (1948) ek olarak, PTSD gelişiminde stresörün değişmez bir şekilde şu nitelikleri taşıdığını belirtmiştir:

1. Ölüm korkusu yaratması. Bütün vakalar, travmanın kendilerini öldüreceği ya da şiddetli ve kalıcı bir şekilde sakatlayacağı veya zarar vereceği duygu ve düşüncelerini belirtmişlerdir.

2. Güçsüzlük (empotans). Bütün vakalar, gerçek temeli olan ve hemen yanı başlarında hissettikleri ölüm tehdidine ve kendilerine yapılan muamelelere karşı bütünüyle etkisiz olduklarını, tehlikeyi önlemek ve uzaklaştırmak için yapacakları bir şey bulunmadığını ve olup biteni kontrollerinin ötesindeki şeyler olarak hissettiklerini söylemişlerdir.

3. Edilgenlik (pasivite). Güçsüzlüğün bir ileri aşamasıdır. Tutuklular travmatizan çevre ile içiçedirler ve tehlikeye karşı aktif olarak yapacakları hiçbir şey yoktur. Hareket ve etkinlikleri katı bir şekilde sınırlanmıştır. Edilgenlik ve güçsüzlük, çaresizlik ve ümitsizlik, ölümün hissedilir bir gerçek haline gelmesine, travma ve ölüm duygusuna yol açmaktadır.

Egoya Etkileri

Ego transformasyonu iki aşamada gerçekleşir:

1. Libidinal çekilme aşaması. Birinci olarak travmanın kendisi libidonun dış dünyadan benliğe (self) döndürülmesine yol açar. Libidonun benliğe dönmesi muhtemelen daha gözaltına alınırken başlamaktadır. Libidonun narsistik çekirdeğe geri çekilmesi, II. Dünya Savaşı toplama kampı deneyimleri üzerinde çalışan klinisyenler tarafından tanımlanmıştır. Dış dünyadan gelecek tehditlere karşı adaptif bir savunma olarak yorumlanan bu gelişme, anormal biçimde tehdit edici dış dünyaya karşı normal bir yanıt olarak deeğerlendirilmektedir (Bluhme 1948; de Windt, 1968).

Bu kayma, libidonun yeni tehlike durumlarında gereksizleşen başka etkinliklerden çekilmesini ve bütün yoğunluğu ile ego ve benliğin korunmasına yönelmesini sağlar.

2. Narsisistik savunmaların baskın çıkması aşaması. Ölüm ve hasar tehdidi ile güçsüz durumda yüzleştikten sonra narsisistik çekirdeği çevreleyen savunmaların rüptürü. Savunmaların yıkılması genellikle tolere edilemeyen narsisistik yaralanma ve derin acıya yol açar ve bu da PTSD tablosunun merkezindeki psikiyatrik hasarın ayaklarından birini oluşturur.

Egoya Etkilerin Sonuçları

Anksiyetenin Ortaya Çıkışı: Narsisistik savunmanın yıkılması sonucunda büyük oranda anksiyete ortaya çıkmaktadır. Narsisistik anksiyete olarak yorumlanabilen bu anksiyete, anksiyetenin ilkel bir biçimini temsil eder. Narsisistik anksiyetenin hemen sonrasında ne olduğu net değildir; çünkü PTSD semptomlarının ortaya çıkışı, her zaman olmasa da genellikle, serbest bırakıldıktan sonra gerçekleşmektedir. Travmatize kişilerin travmatizan çevre içindeyken tüm psişik enerjisi self korumaya yöneliktir (de Windt, 1968).

Psişik yapı ne olursa olsun, akut travmatize edici durumdan uzaklaşıldığında narsisistik anksiyete ortaya çıkar. Çeşitli şekillerde provoke olan anksiyeteyle ve bellek izleriyle baş edebilmek için bir dizi savunma mekanizması harekete geçer.

PTSD'li Vietnam eski muhariplerinde, 'repetisyon–kompetisyon' ve inkar olmak üzere iki savunma mekanizması gösterilmişti (Horowitz, 1986). Solomons (1989) bunlar dışında konversiyon–somatizasyon mekanizmasının da bulunduğunu bildirmektedir.

Repetisyon–kompetisyon: Anksiyete yoğunluğunu azaltmaya yönelik travmatik olayı aynı biçimde tekrarlayarak kontrol etmeye çabalamak. Böylece özgün travma tehdit edici niteliklerini kaybeder ve egoya inkorpore olur (Freud, 1920).

İnkar (denial): İlkel bir savunma mekanizmasıdır (Freud, 1936). Dış gerçekliğin tehdit ediciliğini inkar o an için uyum sağlamayı engelleyici nitelikteyse de, dış tehlike geçtiğinde ya da içselleştirildiğinde, tehditler ve impulslarla uğraşmada ego için uygun bir araç durumuna gelebilir. Daha sonra travmayı inkara yarayan güç aşamalı olark azalır ve böylece ego travmayla bütünleşebilme yeteneğini kazanır.

Konversiyon–somatizasyon: Narsisistik anksiyete belirli beden bölümlerine çevrilir. Etkilenen beden bölümleri genellikle travma sırasında hasar gören beden bölümleriyle anlamlı bir şekilde bağlantılıdır. Konversiyon–somatizasyon, ego için tehdit edici olan stresin dışlaştırılmasını sağlayarak iç gerginliğin azaltılmasını sağlar.

Bilişsel Yaklaşım

Ağır travmatik olaylar bilişsel yönden uygunsuz ve sıradışı olduğu için kognitif yaklaşıma göre bunları var olan algı şemalarına katmak güçtür. Bu integrasyon çabaları travmatik stres semptomlarına yol açar. (Horowitz, 1980).

Davranışsal Yaklaşım

Keane ve arkadaşları (1989), travmatik stres semptomlarını öğrenme teorileriyle açıklamışlardır. Bu kurama göre özgün uyaran travmatik olaydır. Travmatik olayı anımsatan uyaranlar koşullanmış uyaran sayılır. Özgün yanıt travmatik olayın sindirilmesi biçiminde gerçekleşir. Bu koşullarda, koşullanmış uyaran tek başına travmatik strese yol açabilir (koşullanmış yanıt) Dolayısıyla, birey anksiyeteyi azaltmak için, koşullanmış uyaranlardan uzak durur. Burada anksiyete intrapsişik çatışmanın bir sonucu olarak görülmez. Tersine hastalığı uyaran primer neden anksiyetedir.

Aslında birçok açıklama sadece davranışçı ya da bilişsel yaklaşım içinde sayılamayacak kadar birbirlerine yakın ya da içiçe geçmiş durumda olduğundan, aşağıda bu iki görüşün birlikte olduğu yaklaşımlar özetlenmiştir.

Bilişsel-Davranışsal Yaklaşımlar

İşkenceci, kurbanlarında umutsuzluk ve boyun eğme yaratmayı amaçlar. İşkence diğer katastrofik olaylara benzer etkiler göstermekle beraber diğerlerinden ayıran özellikleri de vardır (Kosteljantez ve Aalund, 1983; Lunde 1982; Hougen 1988; Goldfeld ve ark., 1988). İşkencenin doğası, kurbanın başa çıkma yeteneklerini ele geçirmesidir. İşkencenin dört temel özelliği olduğu söylenebilir.

I. İnsanın Kavrayışının Dışında Oluşu

Travmatik stres aşırı bir fizyolojik uyarıya neden olmaktadır. Uyaran kuşatmasına karşı kognitif şemalar koruyucu bir işlev görürler, yani travma anlamlandırılabilirse birey uyaran bombardımanından daha az etkilenir. Ancak, PTSD'ye neden olan travmalar, bireyin kavrayışının üstündedir (van der Kolk ve Ducey, 1989; Fish-Murray ve ark., 1987). Bu durumda kognitif şemalar bozulur, sonuç olarak travma asimile edilmeden kalır (Horowitz, 1986; van der Kolk, 1988). Asimile edilemeyen travmatik yaşantı inkar edilir, karabasan ve flashback'ler, davranışsal yeniden eyleme dökme, somatik semptomlar, panik ve öfke şeklinde kompulsif olarak tekrar edilir.

Travmatik yaşantı kişinin dünyadaki yeri ve kendi hakkındaki değerlerini tehdit eder (Janoff-Bullman, 1985). Bu çerçevede, kendini değerli ve güvenli hissetme, dünyayı anlamlı ve kabul edilebilir görme, diğer insanları iyi ve yardımsever olarak algılama, kırılmazlık, incinmezlik duygu ve düşüncelerinin tehdit altında oluşu söz konusudur. Akıl almaz travmatik olaylar, kişinin kendi ve dünya hakkındaki kimi çıkarımlarını korumak için farkındalık alanından çıkarılabilir, dissosiye edilebilir.

Riecker ve Carmen (1986), şiddetle yüzleşmelerin kişinin kırılmazlık ve değerli oluşu ile dünyanın anlamlı bir yer olduğu fikirlerine meydan okuduğunu belirtmişlerdir. Horlanan kişinin kendisini eskisi gibi algılaması imkansızdır, yeniden yapılanmış kendilik duygusu, değersizlik, etkisizlik, çaresizlik şeklindedir. Bu kişiler kendilerini suçlayabilirler ve bir iç denetim duygusunu korumak ve çaresizlikten kurtulmak için öfkelerini içe yöneltebilirler.

İşkence yaşantısı kendi içinde de akla sığmaz özellikler taşır. İşkenceci, kurbanının akıl karışıklığını en üst düzeye çıkarmayı amaçlar. Çevrenin yabancılığı (gözlerin bağlanması, kişinin nerede olduğunu bilememesi), olayların öngörülemezliği, yalıtım, kurbanın yaşadıklarından bir anlam çıkarmasını zorlaştırır. Kurbanın kendisi ve dünya hakkındaki eski şemaları yıkıldıkça işkenceci kurbana yeni şemalar yükleyebilir. Terörü ve giderek artan uyarıyı azaltmak ihtiyacındaki kurban işkencecinin gerçeği yeniden yapılandırmasına açık hale gelebilir. Kurbanın kendini çaresiz ve otoriteye boyun eğer görmeye başlaması işkencecinin işine yarar.

II. Bağlantının Koparılması

İnsanların diğer insanlarla bağ kurma gereksinimi vardır (Bowlby,1969; Eagle 1987). Çocuklar çevrelerini keşfetmek ve sosyal olarak gelişmek için güvenli bağlantılara, sosyal desteklere ihtiyaç duyarlar (Field, 1985). Erişkin de bu desteklere bağlı olmayı sürdürür (Bowlby, 1969,1973; Kohut,1977; MacLean,1985). Stres ve tehlike, başkalarına bağlanma gereksinimini arttırır. Acı ve korku içindeki insanın şefkate duyduğu gereksinme artar (Becker, 1973; Fox, 1974; Rajecki ve ark., 1985). Bir tehditle başa çıkmada iç kaynakları yetersiz kalanlar, başka insanlara tutunarak kuracakları kararlı bağlarla uyaranın kuşatıcı etkisini azaltırlar (Reite ve ark., 1978; Coe ve ark., 1983; Field 1985). Bağlar yaşantının gerçek kılınmasına ve olup bitenlerden anlam çıkarmaya yardım ederler. Kimi yazarlar, toplama kampı gibi yerlerden sağ çıkabilmenin bu bağları koruma yetisine bağlı olduğunu bildirmişlerdir (Eagle, 1987). Travma sonrasında görülen başka insanlara yönelme yetisinin kaybı, kişinin başa çıkma yetisindeki bir kaybın sonucudur. Post travmatik işlev

bozukluğunun derecesi, bağların ve kişiler arası desteklerin kaybıyla ilişkili bulunmuştur (Pynoos ve Eth, 1985; Stoddard, 1985) Bağların bu kopuşu, fizyolojik uyarılmışlık düzeyini arttırır. İkinci olarak, modüle edilmemiş uyarılma, kurban güvenli bağlardan yoksunsa daha da artar. Üçüncü olarak, kurban için anlamlı olan kişiler bu yaşantıyı geçerli kılmaya veya anlamlandırmaya yardım edemediklerinden, uyarı daha da artar.

Kişiler arası bağların travmatik kopuşu işkencenin bir parçasıdır. Kurbanlar yalıtılmıştır. Kendilerini ele geçiren kişiler, ailelerini ve yakınlarını da ele geçirmek ve öldürmekle tehdit eder (Gonsalves, 1990), böylece kişinin yalnızlık ve desteksizlik duygularını ve bu yöndeki çıkarımlarını pekiştirirler. Uzun süre sürgünde yaşayan işkence kurbanları, kendilerini yabancı hissederler (Fischman ve Ross, 1990; Gonsalves, 1990). Toplumdışı kişiler olarak kendi yurttaşlarından destek ve onay almazlar. Dolayısıyla travmanın üstesinden gelmeleri daha da güçleşir. İlişki kurmada zorlanırlar ve ya geri çekilirler ya da itkisel ve uygunsuz bir uyum çabasıyla bağlanma gösterirler (Lindy, 1987). Bu kişilerde boşanma oranının artmış bulunması da aynı nedene bağlıdır (Gonsalves, 1990). İşkencenin devlet eliyle yapılması, aynı zamanda önemli bir bağın koparılması demektir. Kişinin devleti hakkındaki bilinçli düşünce ve tutumlarından bağımsız olarak, devletin, ümit veren, koruyucu, güven verici ebeveyn tarzında bir tasarımı vardır. Devlet, "devlet baba"dır. Bu beklentilerin boşa çıkması işkencenin etkisini arttırır. Travmanın üstesinden gelmede bağlantıların rolü düşünülürse, politik ve dini gruplara güçlü içsel bağlanmanın acı çekmeye bir anlam kazandırabileceği ve işkencenin yarattığı stresin denetim altına alınışını kolaylaştıracağı düşünülebilir.

Travmatik bağlanma: İşin en tehlikeli yanlarından biri de, bağlarından koparılmış kurbanın, bağlarını koruma çabası içinde ve psikolojik sükunet sağlamak amacıyla en yakındaki kaynağa yönelme ihtiyacında olmasıdır. Duyusal ve duygusal izolasyon içindeki kurban işkenceciye yönelik duygusal bağlar geliştirebilir (Bowlby, 1969; Rajecki ve ark., 1978; Dutton ve Painter, 1981; Ochberg ve Sozskis 1982; Finkelhor ve Brown, 1985; Kempe ve Kempe, 1978). Suistimal edilmiş eş ve çocuklarda da görülen bu bağlanma (Bettelheim, 1943; Dutton ve Painter, 1981), travmatik yaşantının dissosiasyonuna katkıda bulunur. Kurbanlar, bir koruyucunun varlığına inanmak için, yaşantılarını travmayı gerçekleşktiren kişiyle bir bağ kurma temeli çevresinde yeniden düzenlemeye başlarlar; tıpkı, Orwell'ın *Bindokuzyüzseksendört* eserinde kurbanın işkencecisini sevmeye başlaması gibi. Hatta kurbanlar işkence gördükleri için kendilerini suçlama eğilimine girebilirler.

III. Kaçışın Olmayışı:

İşkence sistematik olarak öngörülemeyen ve kaçılamaz bir travmadır. Kurbanın, güvenliğini sağlamak için yapabileceği bir şey, uzaklaşabileceği bir yer yoktur. Yapabileceği pek az şey, işkenceciyi denetleyebilir. Hatta işbirliği ve itiraf bile işkenceyi nadiren durdurur. Kendi kaderini denetleyemeyen kurbanda öğrenilmiş çaresizlik gelişir (Maier ve Seligman, 1976).

IV. Fizyolojik Yanıt:

a)-Dirençli otonom uyarılma. Akla sığmaz ve ürkünç olayların son ortak yolu, yoğun bir aşırı uyarılma tepkisidir. Bu, dövüşme-kaçma tepkisi ya da donup kalma tarzında biyolojik bir yanıttır. Şiddetli ve uzamış stres süreç içinde temel biyolojik düzeneklerle uyarı düzeneklerini süreğen biçimde bozar. Kardiner (1941), bu gün PTSD olarak adlandırdığımız tablosu bulunan kurbanların travmanın duygusal ortamında yaşamayı sürdürdüklerini ve kolay irkilip alarma geçtiklerini söylemişti. Travmaya uğramış kişiler, aşırı duygusal ve fiziksel yanıtlarla bunların küntleşmesi arasında gidip gelirler ve ya tepkisiz kalırlar ya da aşırı tepki gösterirler. Fizyolojik acil yanıtlar travmanın hatırlatıcılarına koşullanabilir, ayrıca diğer yüklü uyaranlara genelleşebilir. PTSD'li harp malulleri üzerinde yapılan çalışmalar travmayı hatırlatan durumlarda otonom yanıtlar olduğunu göstermektedir (Dobbs ve Wilson, 1960; Kolb ve Multipassi, 1982; Blanchard ve ark.,1986; Pitman ve ark., 1987; McFall ve ark.,1990; Pitman ve ark., 1990). Bazı araştırmacılar da travmanın kendisinin tekrarlaması durumunda travmaya alışmadan söz edilebileceğini, ama travmayı hatırlatan olaylara alışma olmadığını ve bunlara aşırı tepkilerin devam ettiğini belirtmiştir (Strian ve Klicpera, 1978).

b)-Dirençli "ya hep ya hiç" yanıtları: Travma kurbanlarının uyaranlara "ya hep ya hiç" şeklinde ya aşırı yanıt vermek ya da yanıtsız kalmak tarzındaki davranışları, biyolojik alarm ve uyarlama dengesizliğinden olabilir. Aşırı uyarılma kognitif süreçleri bozarak kişinin uygun yanıt verme yetisinde de bozulma oluşturabilir. Küçük uyaranlar kişiyi tekrar işkencenin emosyonel ortamına fırlatabilir. İşkence kurbanları, korunma amacıyla içsel fantazilerini ve duygusal dünyalarını kapatabilirler. Duygularını, onlar hakkında düşünmek yerine doğrudan eyleme dökmeye yatkındırlar. İçsel fantazi ve semboller dünyasına daha az girdikleri için travmatik anılar üzerinde çalışma ve işleme, yeni anlam oluşturma ve bağlar kurma konularında eni konu kısıtlıdırlar (Saporta ve van der Kolk, 1992).

Kontrol edilemeyen ve önlenemeyen stresin anksiyete ve depresyonda oynadıkları rol konusundaki kanıtları gözden geçiren Başoğlu ve Mineka (1993), işkence altında anksiyete–depresyon ile yaşantının deneysel modelleri arasındaki paralelliklere dikkati çekmişlerdir. Yazarlara göre, işkence kurbanlarının deneyimleri, önlenemez ve kontrol edilemez stres derecelerine göre dört evreye ayrılabilir. Bu evrelerde stresi belirlediği varsayılan etmenler şöyle sıralanmaktadır:

1. Gözaltı–tutuklanma öncesi: Gözaltı ve işkence deneyiminin, olasılıkla politik konumla belirlenen beklenmediklik derecesi.

2. Gözaltı İşkence seansları sırasındaki denetim yitiminin, muhtemelen travma şiddetiyle (işkencenin şekli, sıklığı, süresi ve uzun süre kronik uygulanması) belirlenen derecesi., yalıtılmışlık derecesi.

3. Tutukluluk: Yaşam koşulları, uzun mahkeme oturumları, kararı beklemek, ilerideki sorgulama ve işkence, arkadaş ve akrabalardan emosyonel destek ve yardım derecesi.

4. Mahkumiyet sonrası: Toplumsal, evliliğe ilişkin, eğitimsel , mesleki ve mali çeşitli zorluklarla sosyal ve emosyonel desteğin derecesi.

Melamed ve arkadaşları, 1990'da yayımladıkları bir incelemede, işkence kurbanlarında strese yol açtığı varsayılan faktörleri tanımlamışlardır. Bu etmenler şöyle sıralanabilir: İşkencenin şiddeti ve yoğunluğu, önlenemezlik, engellenemezlik, kontrol kaybı, suçluluk, işkenceciler ve kurbanlar arasındaki ilişkiler, yaş, (çocuklar ve ergenlerin daha zedelenebilir olduğu düşünülebilir), premorbid psikolojik uyum, biyolojik aşırı uyarılmışlık durumu, kohezyon ve sosyal destek, göçmenlik, seperasyon süresi, toplumsal tepki. İncelenen çalışmaların hemen hemen hepsi Batılılarla yapılmış çalışmalardır. Dolayısıyla başka kültürlerden insanların travmaya nasıl yanıtlar verebilecekleri ve nasıl başa çıkacakları açık değildir. Yani bir tanı kategorisi olarak PTSD Batı ürünü olabilir, bu nedenle kültürler arası araştırmalar gereklidir (Mollica ve Caspi–Yavin, 1992). İşkencenin anlamı ve işlevi bir kültürel yapıdan bir başkasına değişebileceğinden, işkencenin psikolojik etkilerini anlamada kişinin tarihsel köklerini araştırmak yardımcı olabilir. Kişi varolan durum içinde değerlendirilirken sorunun politik–kültürel kaynaklarına bakılarak önemli bilgiler elde edilebilir. Devletin işkenceyi niye ve nasıl yaptığı, işkence gören kişilerin bu deneyime nasıl yanıt verdiklerini belirler. Örneğin Türkiye'nin politik ve kültürel ortamı belli bir düzeyde işkenceyle yüklenmiştir. Özellikle —radikal— politik birey ve gruplar çoğunlukla işkence riski altında yaşarlar. Bu olaslığı daha en baştan beri hesaba katmak durumundadırlar. Bu bir çeşit önlenebilirlik duygusu yaratabilir, hatta insanların politik kariyerlerinin bir döneminde

işkence beklentisine yol açabilir (Paker 1992). İşkence pratiği yaygın olduğu için bu ülkenin insanları işkencenin daha az görüldüğü bir başka ülke halkına göre işkenceyle başetmek konusunda daha hazırlıklı olabilirler. Yukarıda söz edilen çabalara rağmen, belirleyici bir etmen olarak kişilik yapısını da içeren bütünsel bir yaklaşıma duyulan gereksinim sürmektedir.

PTSD

DSM'YE GÖRE PTSD TANI ÖLÇÜTLERİ*	
DSM–III PTSD TANI ÖLÇÜTLERİ:	**DSM–III-R PTSD TANI ÖLÇÜTLERİ:**
A. Aşağı yukarı herkeste önemli zorlanma semptomları ortaya çıkartabilecek, tanınabilir bir stres etkeninin bulunması.	A. Kişi, olağan insan yaşantısının çok dışında, hemen herkes için belirgin bir sıkıntı kaynağı olabilecek bir olay yaşamıştır. Örneğin yaşamı ya da fizik bütünlüğü tehdit eden bir durum, çocuklarına, eşine ya da diğer yakın akrabalarına ve arkadaşlarına yönelik ciddi bir tehdit ya da zarar, evinin ya da içinde yaşadığı toplumun birden yıkımı, bir kaza ya da fizik şiddet sonucu ağır bir şekilde yaralanmış ya da öldürülmüş ya da yaralanmakta ya da ölmekte olan başka bir kişiyi görme.
B. Aşağıdakilerden en az bir tanesiyle belirli olarak travmanın yeniden yaşanması:	B. Travmatik olay aşağıdakilerin en az biri yoluyla yeniden yaşanır:
1. İstenmediği halde olayın tekrar tekrar anımsanması.	1. Olayın, elde olmadan, sıkıntı veren bir biçimde tekrar tekrar anımsanması (küçük çocuklarda, travma temalarının ya da onun yönünü andıran özelliklerin görüldüğü oyunları tekrar tekrar oynama).
2. Olayla ilgili yinelenen düşler.	2. Olayı sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme.
3. Çevresel ya da düşünsel bir uyaranın çağrıştırması sonucu, sanki travmatik olay yeniden oluyormuş gibi hissetme ya da ani hareket etme.	3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi, birden tepki gösterme ya da hissetme (uyanırken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsalar bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor olma duygusunu, illüzyonları, hallüsinasyonları ve dissosiatif "flashback" epizotlarını içerir).
	4. Travmatik olayın bir yönünü sembolize eden ya da travmanın yıldönümleri gibi, ona benzeyen olaylarla karşılaşıldığında yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma.
C. Aşağıdakilerden en az biriyle belirli olan ve travmadan bir süre sonra başlayan, dış dünyaya tepkilerde bir uyuşukluk ya da dış dünyaya ilginin azalması:	C. Aşağıdakilerin en üçünün varlığı ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ya da genel tepki verme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan):
	1. Travmaya eşlik etmiş olan düşünce ve duygulardan kaçınma çabaları.
	2. Travmayla ilgili anılar uyandıran etkinliklerden ya da durumlardan kaçınma çabaları.
	3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama (psikojenik amnezi).

1. Bir veya daha fazla aktiviteye karşı belirgin ilgi azalması.	4. Önemli etkinliklere karşı belirgin olarak ilgide azalma (küçük çocuklarda, yakın zamanlarda edinilmiş tuvalet terbiyesi ya da dil yetenekleri gibi gelişimsel yeteneklerin kaybı)
2. Başkalarına karşı yabancılık ya da kopma hissi.	5. İnsanlardan uzaklaşma ya da yabancılaşma duyguları
3. Duygulanımda kısıtlanma.	6. Duygulanımda kısıtlılık, örneğin sevme duygularını yaşayamama.
	7. Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma, örneğin bir mesleği, evliliği, çocukları ya da uzun bir yaşamı olacağı beklentisinde olmama.
D. Travmadan önce bulunmayan aşağıdaki semptomlardan en az ikisi:	D. Aşağıdakilerden en az ikisinin varlığı ile belirli, artmış "uyanıklık" durumu semptomlarının sürekli olması.
1. Aşırı uyanıklık ya da abarmış ürkme tepkisi.	1. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte zorluk.
2. Uyku bozukluğu.	2. İrritabilite ya da öfke patlamaları.
3. Başkalarının kurtulamayıp kendisinin kurtulmasından ya da kurtulmak için yapmak zorunda kaldığı şeylerden dolayı suçluluk duyma.	3. Düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk.
4. Bellek bozukuluğu ya da konsantrasyon güçlüğü.	4.Hipervijilans.
5. Travmatik olayı çağrıştıran aktivitelerden kaçınma.	5. Tepkilerde aşırılık.
6. Travmatik olayı sembolize eden ya da andıran olaylar karşısında semptomların şiddetlenmesi.	6. Travmatik olayın bir yönünü sembolize eden ya da ona benzeyen olaylarla karşılaşınca fizyolojik tepkiler gösterme.
	E. Bu bozukluğun süresi (B, C, D, maddelerindeki semptomlar) en az bir aydır.
Alt Tipler: PTSD Akut: A. Semptomların travmadan sonraki ilk altı ay içinde başlaması. B. Semptomların altı aydan az sürmesi. PTSD Kronik veya gecikmiş: Aşağıdakilerden bir veya ikisi: A. Semptomların altı ay veya daha uzun sürmesi (kronik). B. Semptomların travmadan en az altı ay sonra başlaması (gecikmiş).	

SINIFLANDIRMA

PTSD, DSM–III–R içinde etiyolojiye dayandırılan az sayıda tanıdan biridir. Ancak, bu özelliği dolayısıyla bazı sorunlara ve PTSD ile ilgili stresin yapısı, stres ve hastalığın başlangıcı arasındaki ilişki, stres ve bireysel risk faktörleri arasındaki ilişki ve sınıflandırma

konularında yanıtlanması gereken sorulara yol açmaktadır. Bu bağlamda yanıtlanması gereken dört temel soru olduğu söylenebilir (Davidson, 1993):

1-) Olayı travmatik yapan nedir?

2-) PTSD ölçütleri, betimledikleri ruhsal durumları ne kadar temsil etmektedirler?

3-) PTSD'nin farklı gruplardaki semptomatolojisi ne ölçüde tutarlıdır?

4-) PTSD için premorbid risk faktörleri ve bunların etkileri nelerdir?

Bir Olayı Travmatik Yapan Nedir?

Bir olay iki farklı kişiyi çok farklı biçimlerde etkileyebilir. Bond (1952), eski muharipler üzerindeki bir çalışmasında, travmanın oluş biçimi, yeri ve kişideki hasarın önemi üzerinde durmuştu. DSM–III–R'de PTSD A ölçütünün amacı, olağan dışı stresi günlük streslerden ayırmaktır. Olağan dışı stresler günlük streslerden farklı olarak kişiyi hazırlıksız yakalar ve bunların herkesi etkileyeceği düşünülür. Olağandışı stresle PTSD semptomatolojisi arasındaki özgül fenomenolojik ve muhtemelen etiyolojik bağlantının geçerliliği, epidemiyolojik çalışmalarla saptanmıştır (Davidson ve Fairbank, 1993). Ancak, bir olayın olağandışılığı ve evrensel biçimde stres verici olması konusunda tam bir anlaşma sağlandığı söylenemez.

İkinci bir sorun, DSM–III–R'de olaya kişinin verdiği öznel yanıtın tam olarak tanımlanmamasıdır. Oysa meselenin bu yanı en az travma kadar önemli görünmektedir.

DSM–III–R metninde öznel yanıtın yoğun korku, yıldırı (terör) ve çaresizlik olarak yaşandığı belirtilmekteyse de, bu konuda pek çalışma yoktur. March (1993) kişi bir stresörü ne kadar stres verici olarak değerlendirirse PTSD ortaya çıkma olasılığının o kadar yüksek olduğunu bildirmektedir. İkizlerle yapılan bir çalışmadaysa, PTSD riskinin savaşın yoğunluğu ile ilişkili olduğu söylenmektedir (Goldberg, 1990).

A Ölçütü İle İlgili Tanım Önerileri

A ölçütünün tanımlanması sorunu çok önemlidir. Çünkü PTSD ölçütlerinin diğer semptomları stresle bağlantılı oldukları ölçüde tanı koydurucu sayılırlar. A ölçütü hafifçe değiştirildiğinde, eski muhariplerdeki PTSD prevelansı %1.8 ile %12 arasında

değişebilmektedir (Snow ve ark., 1988). Önerilen bir dizi tanımın tümü de DSM–IV için dikkate alınmıştır. Taslak için bu doğrultuda belirlenen iki öneri şöyledir:

Öneri 1: Gerçek ya da tehdidi ölüm ya da yaralanma olayı/olayları veya kişinin kendisi veya başkalarının fiziksel bütünlüğüne yönelik tehditler, bu tür yaşantılar ya da tanıklıklar.

Öneri 2: Kişi, aşağıdakilerin her ikisinin de bulunduğu travmatik bir olayla karşılaşmıştır: Öneri 1'de belirtilen travma deneyimi vardır ve kişinin yanıtı yoğun korku, çaresizlik ve dehşeti içermektedir.

DSM–III ya da DSM–III–R'de tanımlanan travma ile PTSD'nin özgüllüğü konusundaysa tartışmalar sürmektedir. Buradaki sorun stresin ne kadar PTSD'ye, ne kadar da başka bozuklukluklara yol açtığıdır.

İki epidemiyolojik çalışma, toplumdaki PTSD'nin volkanik bir patlama (Shore ve ark., 1986) ve cinsel saldırı (Winfield ve ark., 1990) ile bağlantılı olarak arttığını göstermiştir. Shore ve arkadaşları, Washington eyaletindeki St. Helen dağının patlamasından sonraki bir yıl içinde, 13 olası hastalık arasında hepsi büyük ölçüde PTSD semptomatolojisiyle renklenmiş olan üç psikiyatrik bozukluğun arttığını saptamışlardır. Bu üç hastalık; PTSD, depresyon (ilk epizot) ve yaygın anksiyete bozukluğudur.

Winfield ve arkadaşlarıysa (1990), PTSD başlangıç yaşını belirleyememelerine karşın, hastalığın cinsel saldırıyla bağlantılı olarak artan çok az sayıdaki hastalıktan biri olduğunu göstermişlerdir. Bu kapsamdaki öbür hastalıklar, majör depresyon, alkol ve madde kötüye kullanımıdır.

Kısacası, epidemiyolojik literatür, DSM–III ve DSM–III–R'de vücut bulan PTSD'ye bir geçerlilik sağlamıştır.

TEK YA DA ÇOK: 'PTSD' Mİ, 'PTSDLER' Mİ?

PTSD'nin nozolojik kabulü, travmaya bağlı psikiyatrik bozukluk görüşünün belgelendirilmesi anlamına gelmektedir. Ancak, yaygın görüş, yalnızca travmanın PTSD'ye yol açtığının resmi olarak kabulüyle bu tablonun travmaya bağlı bütün hastalıkları kapsar duruma gelmediğidir. DSM–III–R'de travmaya bağlı ortaya çıktığı kabul edilen kimi bozukluklara ilişkin tanılar ender olarak kullanılmaktadır ve bunların medikolegal bağlamda kullanılmaları olağan değildir. Bu bozuklukların bütünü —muhtemelen DSM–IV'te— "travmaya bağlı genişletilmiş psikolojik bozukluklar" kategorisini oluşturabilir.

Bilinen Travmaya Bağlı Bozukluklar

1. Kısa Reaktif Psikoz. Kişinin kültüründe hemen herkese çok stresli gelecek bir olaya açık bir tepki olarak gelişen, gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması ve emosyonel kargaşa ile seyredip en çok bir ayda premorbid işlevsellik düzeyine dönmeyle sonlanan psikotik bir tablo (APA, 1987).

2. Çoğul Kişilik Bozukluğu: Kişinin davranışlarını zaman zaman tam denetiminde bulunduran en az iki birbirinden ayrı kişilik ya da kişilik durumunun varlığıyla karakterize dissosiatif bozukluk.

Bu bozukluğun hemen her zaman ağır bir çocukluk çağı travmasının ardından geliştiği gösterilmiştir. Küçük yaşlardan itibaren yaşamı etkilemeye başlayan bozukluk, tedavi edilmediği takdirde bir tür kronik PTSD olarak yaşam boyunca zengin bir semptomatoloji gösterir.

3. Dissosyatif Füg: Kişinin, kısmen ya da bütünüyle yeni bir kimliğe bürünerek ve geçmişini anımsamayarak birden, beklenmedik bir biçimde, evinden ya da alışageldiği işyerinden ayrılıp gitmesidir.

4. Dissosyatif (psikojenik) Amnezi: Önemli kişisel bilgileri, sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde birden anımsayamama epizodu.

5. Konversiyon Bozukluğu: Psikolojik bir çatışma ya da gereksinimle açıkça ilişkili psikososyal bir stres sonrasında, fiziksel bir bozukluğu düşündürecek biçimde fiziksel işlevsel kayıp ya da değişme olması.

6. Depersonalizasyon Bozukuluğu Kişinin mental süreçlerinden ya da bedeninden ayrıldığı ya da mental süreçlerine/bedenine dışarıdan baktığı hissi ya da isteği dışında kendiliğinden davranma ya da rüyadaymış gibi olma duygularıyla seyreden bozukluk.

7. Uykuda Korku Bozukluğu: Majör uyku döneminin ilk üçte biri sırasında yersiz korkuya kapılıp çığlık atmayla başlayan uykudan tekrar tekrar ani uyanma epizotları biçiminde seyreder. Epizotlar süresinde bir kaç dakika süren konfüzyon, dezoryantasyon ve perseveratif motor hareketler olur. Genellikle travmaya bağlı olarak ortaya çıkarlar.

8. Somatizasyon Bozukluğu: Otuz yaşından önce başlayıp, yıllarca süren, kişinin birçok fizik yakınmaları olduğuna ilişkin bir öyküsünün ya da hastalıklı olduğuna ilişkin bir inanışının olması ve çok sayıda kronik ve rekürren dramatik somatik yakınmalarla giden

bozukluk. Bu bozukluğun uzun süreli erken çocukluk çağı suistimallerine bağlı olabileceğine dair çalışmalar mevcuttur.

9. Borderline Kişilik Bozukluğu: Erken erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, duygudurum, kişilerarası ilişkiler ve kendini algılamada tutarsızlıklar gösteren kişilik yapısı. Bu hastaların çoğunda çocukluk çağı travmasının bulunduğu ve klinik durumun şiddetiyle travmanın şiddeti arasında parelellik olduğu gösterilmiştir.

10. Antisosyal Kişilik Bozukluğu: Sorumsuz antisosyal davranışlarla karakterize olan bir tablo. Kimi durumlarda, hastalığa yatkınlık oluşturucu bir çocukluk çağı suistimalinden kaynaklanabilmektedir.

Ayrıca, travmaya bağlı görünen iki durum daha vardır:

11. Akut Travmatik Stres: ICD-10'da (World Health Organization 1992) travmadan hemen sonra ortaya çıkıp kısa süren bir akut stres reaksiyonu tanımlanmıştır. Tanım, travmanın hemen arkasından gelişen akut dezorganize durumları içerir.

12. Başka Türlü Adlandırılamayan Aşırı Stres Bozukluğu (Disorders of extreme stress not otherwise specified; DESNOS) Uzun süreli ya da tekrarlayan zulüm veya suistimal kurbanlarında PTSD ölçütlerini aşan bir klinik tablo bulunduğuna inanılmıktadır. Bu tür travmalar arasında, ensest, tekrarlayıcı çocukluk çağı suistimalleri, eş suistimalleri, işkence ve esaret sayılmıştır.

Herman (1993), PTSD'den ayrı bir tanı gerektirecek kadar farklı bir sendromun temel özelliklerini ortaya koymuştur. Bu sendromun adlandırılması konusunda tam bir anlaşma olmasa da, DESNOS ve Kurban Olma Bozukluğu isimleri sık kullanılmaktadır.

DESNOS kliniğinin PTSD kliniğini semptomlar, kişilik ve tekrarlayıcı zarar arayıcı davranışlar noktalarında aştığı gözlemlenmektedir:

a) Semptomlar: DESNOS semptomları daha şiddetli ve çokbiçimlidir. Özgül semptomlar şunları içerir:

i. Somatizasyon. Baş, karın, sırt ya da pelvis ağrıları, bulantı, tıkanma hissi ve gastrointestinal sistem şikayetleri olabilir. Briquet (1859), somatizasyon bozukluklarının %40'ı aşkın bölümünde, çocukluk çağında kötüye kullanılma bulunduğuna dikkat çekmiştir.

ii. Dissosiasyon. Esaret ve çocukluk çağında kötüye kullanılma yaşantısı olanlarda dissosyatif semptom oranlarının arttığına ilişkin çok sayıda kanıt vardır. Herman ve ark.

(1989), borderline kişilik bozukluğu olanlarda çocukluk çağı suistimalinin şiddetiyle dissosiatif semptomların yaygınlığı arasında bağlantı saptamışlardır.

iii Affektif semptomlar. Kötüye kullanılma ya da horlanma sonucu ortaya çıkan küçük düşme, güvensizlik ve kayıplar kalıcı ve çoğu kez açık depresyona yol açabilmektedir.

b) Kişilik Değişiklikleri: Kötüye kullanılma ya da horlanmayla karşılaşanlar ve bu edimleri uygulayanlar arasında kontrol, izolasyon ve mahremiyeti içeren ilişkiler oluşabilmekte ve kurbanda kötüye kulanan kişiye aşırı bağımlılık gelişebilmektedir. Bu durumda başkalarıyla ilişkiden kaçınma, güçsüzlük, edilginlik ve terkedilme duyguları gelişebilir. Melgess ve Swartz (1989) borderline tanısı alan travmatize bireylerde boyun eğme ve başkaldırı arasında gidip gelen bir örüntü tanımlamışlardır.

Travmaya ya da kötüye kullanmaya bağlı benlik algısı değişmeleri, kişinin kendisi olmadığı hissi ile çoğul kişiliğe bağlı bölünmüşlük hissi arasında çeşitli ölçülerde gerçekleşebilir.

c) Tekrarlayıcı zarar arama davranışları: Çocukluk çağında kronik kötüye kullanılmanın bulunduğu vakalarda kendine zarar verme ve intihar davranışlarına sık rastlanmaktadır. Zarar arayıcı davranışlar, kişiyi erişkinlikte yeni travmalara, sözgelimi tecavüze veya dayağa sürükleyebilir. Daha önce kötüye kullanılanların kendileri de eş veya çocuklarını kötüye kullanabilirler (Herman, 1993).

Posttravmatik Depresyon

St. Helen yanardağının patlamasının ardından, bölgede PTSD, yaygın anksiyete bozukluğu ve depresyonda artış kaydedilmişti. Yeni depresyon vakalarının bir özelliği, daha önce depresyon geçirmemiş olmalarıydı. Bu vakalarda biyolojik bulguların majör depresyondakilerden farklı olması, travma sonrası depresyonu desteklemektedir (Yehuda ve ark., 1987).

Sonuç olarak, travma sonrasında gelişebilecek birçok sendrom vardır. Bunlar, bazen çeşitli kombinasyonlar şeklinde, bazen da ardışık biçimde ortaya çıkabilmektedirler. Burada önemli olan, travmanın niçin farklı tablolara yol açtığıdır. Travmanın karakteri, algılanışı, meydana gelidiği yaş, travmayı oluşturanın kimliği, kurbanın kişilik özellikleri, destek gibi bir dizi faktör travmaya bağlı gelişecek tabloyu etkilemektedir. Ancak bütün bunlara karşın erişkin çağda şiddete maruz kalanlarda en çok ortaya çıkan tablo PTSD'dir. Kilpatrick ve Restnic (1993), erişkin şiddet kurbanlarıyla yaptıkları alan çalışmasında, DSM–III–R'deki bütün

PTSD semptomlarına sık ve yüksek oranda rastlandığını göstermişlerdir. Araştırmacıların dikkat çektiği tek nokta, kaçınma semptomlarına seyrek raslandığı, dolayısıyla üç kaçınma semptomu ölçütünün ikiye indirilip indirilmemesi konusunun tartışılması gerektiğidir. Veri analizi, en az kaçınma semptomu sayısı üçten ikiye indirildiğinde PTSD prevalansının %15–%16 arttığını göstermiştir.

PTSD'NİN PREVALANSI

PTSD prevalans çalışmaları iki biçimde yapılagelmiştir (Davidson ve Fairbank, 1989). Uygulamalardan biri, genel nüfusu temsil eden örnek kümeleriyle, öbürü de hastalık yönünden risk altındaki travma geçirmiş insan topluluklarıyla görüşmektir. İlk stratejiye göre yapılan epidemiyolojik araştırmalarla, genel nüfus içinde yaşamın herhangi bir döneminde PTSD prevalansı St. Louis'te %1 (Helzer ve ark., 1987), Kuzey Carolina'da %1.3 (Davidson ve ark., 1991) bulunmuştur. St. Louis'te askeri ya da sivil şiddet uygulananlarda %3.5 olan oran, Vietnam'da yaralanan eski muhariplerde %20, Kuzey Carolina'da cinsel saldırı kurbanlarındaysa %3.3'tür.

İkinci strateji, eski Vietnam Savaşı muhariplerinden rastgele yöntemle seçilmiş erkeklerin oluşturduğu bir örnek kümesinde yürütülen, psikiyatrik morbiditeyi ölçmek üzüre düzenlenmiş iki çalışmada uygulanmıştır. Bunlardan Vietnam Deneyimi Çalışması'nda (VES; Vietnam Experience Study) yaşamın herhangi bir dönemindeki ve o sıradaki PTSD prevalans oranları, sırasıyla %14.7 ve %2.2 bulunmuştur (Centers for Disease Control, 1988). İkinci çalışma olan ve sonuçları ilk çalışmayla çarpıcı bir farklılık gösteren ABD Vietnam Eski Muharipleri Ulusal Yeniden Uyum Çalışması'nda ise (National Vietnam Veterans Readjusment Study; NVVRS) bu oranlar %30.9 ve %15.2'dir. Kadın eski muhariplerde aynı oranların %17.5 ve %8.5 olduğu bildirilmektedir (Kulka ve ark., 1988).

Prevalans oranı, şiddetli savaş alanı stresiyle karşılaşan erkeklerde %38.5 ve kadınlarda %17.5 olarak saptanmıştır. Bu veriler, Vietnam'da görev yapmış 3 150 000 eski muharipten 478 000'inde PTSD bulunduğunu göstermektedir.

Yukarıda anılan VES ve NVVRS çalışmalarındaki farklı prevalans tahminleri, metodolojik farklılıklarla açıklanabilir (Kulka ve ark., 1988). VES'teki prevalans tahmini uzman olmayan kişilerin uyguladığı ve PTSD için duyarlılığı %25 olan Diagnostic Interview Schedule'a (DIS) dayanmaktadır (Kulka ve ark., 1988). NVVRS'de PTSD için birden fazla ölçüm yöntemi kullanılmıştır: MMPI-PTSD (Keane ve ark., 1988) ve SCID (Spitzer ve ark., 1987). VES ve NVVRS'nin yöntemleri karşılaştırıldığında, eski Vietnam Savaşı muharipleri

arasındaki PTSD prevalansının VES'te gerçekte olduğundan az tahmin edildiği düşünülmektedir (Kulka ve ark., 1988).

Helzer ve arkadaşlarının (1987) toplumdan 2493 kişiyle yaptıkları bir araştırmada, PTSD prevelansı genel nüfusta %1, bedensel saldırıya maruz kalmış kişilerde ve yaralanmamış eski Vietnam Savaşı muhariplerinde %3.5, Vietnam'da yaralanmış eski muhariplerdeyse %20 bulunmuştur.

PTSD'NİN GİDİŞİ

Travmatik bir olayla karşılaşan insanlardan çoğunda, geçici bir süre hiç değilse bazı semptomlar ortaya çıkar (APA, 1987). PTSD ölçütlerini dolduranların çoğu düzelirken bazılarında kronik PTSD gelişir (Blank, 1989a).

Hastalığın tecavüz ve başka şiddet olaylarına kurban olan kişilerdeki gidişi Rothbaum ve Foa'nın 1989'daki bir araştırmasında incelenmiştir. Klinik yardım isteyen tecavüz kurbanlarında tecavüzden sonra iki hafta içinde PTSD ölçütlerini doldurma oranları %95, bir, üç ve altı ay sonraysa sırasıyla %63.3, %45.9 ve %41.7'dir. Cinsel nitelikli olmayan saldırı kurbanları arasında olaydan bir hafta sonra PTSD ölçütlerini doldurma oranı % 64.7 iken, üç, altı ve dokuz ay sonra bu oranlar %36.9, %14.6 , %11.5 ve %0 olmaktadır.

Travmatik deneyimin derecesi yalnız PTSD oluşumuna değil aynı zamanda sürece de etki eder. Okul bahçesinde öldürücü bir silahla taranma deneyiminden bir ay sonra, bahçede olan çocukların %77'sinde, içeride olan çocuklarınsa %67'sinde PTSD vardı. (Pynoos ve ark., 1987). On dört ay sonra ilk grubun %74'ünde hastalık sürüyordu, öbür gruptaysa PTSD oranı %19'un altına düşmüştü (Nader ve ark., 1990).

İkinci Dünya Savaşı mahkumlarıyla yapılan ve 40 yıllık bir süreyi kapsayan izleme çalışmaları, şiddetli travmatizasyonun kalıcı PTSD'ye yol açabileceğini göstermiştir (Blank, 1989a; Kluznik ve ark., 1986; Speed, 1989). Kluznik'in görüşme yaptığı deneklerin %67'si ülkelerine iade edildikleri sırada PTSD ölçütlerini doldurmaktaydılar. Speed ve arkadaşlarının (1989) yaptığı çalışmada, eski savaş esirlerinden %57'sinin ülkelerine iade sırasında PTSD ölçütlerini doldurmakta olduğu sonucuna varılmıştı. İzleme döneminde bu oran önce %32'ye, sonra da %20'ye düşmüştü.

PTSD genellikle travmanın hemen ardından ortaya çıksa da, travmadan yıllar sonra bile gelişebileceği bildirilmektedir (van Dyke ve ark., 1985). Ancak "geç başlayan PTSD"nin

geçerliliğini sorgulan kimi yazarlar, bunların aslında geç tanı konmuş PTSD vakaları ya da subklinik PTSD'nin alevlenmesi olduğunu öne sürmektedir (Parye ve ark., 1986)

Bu tartışmalı sorunu araştırmak üzere, Solomon ve arkadaşları (1989), 1982 Lübnan Savaşı bittikten altı ay–beş yıl sonra savaşa bağlı sorunlar nedeniyle psikiyatrik yardım isteyen İsrailli eski muharipleri değerlendirdiler. Yazarlar, söz konusu vakaları beş grupta topladılar: 1). Kronik PTSD için gecikmiş yardım arama: %40. 2). Subklinik PTSD alevlenmesi: %33. 3). 1973'teki Yom Kippur Savaşı'ndan kaynaklanan ve daha sonra iyileşmiş PTSD'nin reaktivasyonu. 4) Geç başlangıçlı PTSD: %10. 5) PTSD dışındaki psikiyatrik bozukluklar: %4.1. Geç yardım isteyenler, savaşa bağlı travmadan sonra, hastalığın başlamasına karşın semptomlar dayanılmaz hale gelene kadar sabreden kişiler olarak yorumlanmıştır. Alevlenmiş subklinik, reaktive ve geç başlangıçlı PTSD, evlilik ya da yedek askerlik için çağrılma gibi travmatik olmayan çeşitli stresörlerden sonra ortaya çıkmaktadır. Gerçek geç başlangıçlı vakalarda bile, travmadan sonra, karabasan gibi en az birkaç semptom görülmektedir. Geç başlangıcın geç yardım isteme ya da subklinik hastalığın alevlenmesiyle karıştırılabileceğini düşündüren bu bulgular bir yana, klinik açıdan geç başlangıçlı vakalar ani başlangıçlılardan ayırt edilemezler (Watson ve ark., 1988).

PTSD GELİŞİMİNDE RİSK FAKTÖRLERİ

PTSD gelişmesi açısından en önemli etmen, bir travmayla karşılaşmadır (March, 1990). Çoğu çalışma, hastalık gelişme olasılığının stresörün önemine göre arttığını göstermektedir (Doz-yanıt etkisi). Savaş deneyiminin şiddeti (Centers for Disease Control, 1988; Foy ve ark., 1984; Kulka ve ark. 1988), tecavüzdeki vahşet derecesi (Steketee ve Foa, 1987), kentteki şiddete yakınlık (Pynoos ve ark., 1987) ve volkanik patlamaya yakınlık (Shore ve ark., 1986), travma deneyiminin PTSD gelişimi üzerinde etkili olduğu kanıtlanmış özellikleridir. Ayrıca, savaşmayan insanları öldürme, yaralamaya ve zulme katılma ya da tanıklık savaşa bağlı stresin önemini arttırmakta ve PSTD gelişme olasılığını yükseltmektedir (Foy ve ark., 1987).

Çocukluk çağında uyum sorunları öyküsü (Kulka ve ark., 1988), yoksul bir aileden gelme (Davidson ve ark., 1989b), nörotisizm ve geçmişte psikiyatrik bozukluk (McFarlane, 1989), travma sonrası sosyal desteğin yetersizliği (Cohen ve Wills, 1985; Keane ve ark., 1985) gibi kimi travma öncesi faktörlerin de PTSD olasılığını arttırdığı bildirilmiştir. Sosyal desteğin stresli yaşam olayları ya da yaşamdaki süregiden gerginliklere bağlı psikolojik etkileri azalttığı ya da tamponladığı, önemli sayıda araştırmada ortaya konmuştur (Cohen ve Wills,

1985; Kessler ve McLeod, 1985; Turner, 1983). Başkalarıyla, özellikle yakın ve sırdaşlarla ilişkiler, stresle karşılaşıldığında psikolojik rahatsızlık ortaya çıkma riskini anlamlı ölçüde azaltabilir (Peggy, 1986).

Keane ve arkadaşları (1985), Vietnam eski muhariplerinde sosyal destek sistemlerinin zaman içinde değişimiyle ilgili çalışmalarında üç grup deneği karşılaştırmışlardı: PTSD tanısı almış Vietnam eski muharipleri, iyi uyum sağlamış Vietnam eski muharipleri ve aynı dönemde asker olan, ancak savaşta bulunmayan kişiler. Çalışmada üç grubun sosyal desteklerine ilişkin bilgiler, erişkinlik çağı içindeki üç döneme göre ele alınmaktaydı: Askerlikten önceki 1-3 ay, askerlikten ayrıldıktan sonraki 1-3 ay ve araştırmanın yapıldığı dönem.

Yazarlar, PTSD'li muhariplerin hemen eve döndükleri sırada aldıkları sosyal destekte kimi bozulmalar görüldüğünü saptadılar. Vietnam öncesi dönemde üç grubun sosyal destek düzeyi birbirine yakınken, PTSD'lilerin nitel ve nicel sosyal destek ölçümleri sistemli biçimde azalarak araştırma sırasındaki düşük düzeye inmiş, karşılaştırma gruplarındaysa değişmeden kalmış ya da artmıştı. Savaş yaşantısının travma oluşturduğu Vietnam muhariplerinin sosyal ağ boyutlarında ve gördükleri sosyal desteğin çeşitli nitel özelliklerinde zaman içinde belirgin azalma olmuştu. Duygusal destekle ilişkili özelliklerde daha da belirginleşen bu durum, olasılıkla savaş yaşantılarının şiddetli olması ve savaş yaşantılarının ayrıntılarını başkalarıyla konuşamama gibi travmalar yaşamanın ortaya çıkardığı uyum kusurlarının sonucudur.

Figley de (1978) Vietnam savaşı eski muhariplerinde savaş öncesi uyum düzeyinin kontrol gruplarından farklı olmadığını, savaşla karşılaştıktan sonra uyumun doğrusal biçimde azaldığını bulmuştu.

Travma sonrası sosyal desteğin yetersiz olmasıyla kronik PTSD arasında ilişki vardır, ancak bu ilişkinin gösterildiği araştırmalarda neden–sonuç ayrımının yapılması güçtür (Keane ve ark., 1985; Solomon, Mikulincer ve Avidzur, 1988). Ancak, March'ın (1990) belirttiği gibi, düşük yoğunluklu yaşantılarda yüksek riskli kişileri ayırdeden değişkenler, yoğun deneyimler söz konusu olduğunda önemini yitirebilir. Örneğin Foy ve ark. (1987) hafif ya da ağır savaş deneyimi olan ve sağlıklı ya da PTSD geliştirmiş olan eski Vietnam Savaşı muhariplerinin ailelerinde psikopatoloji öyküsünü araştırmışlardır. Ailede psikopatoloji oranlarının PTSD grubunda en yüksek düzeyde olmasına karşın, şiddetli savaş deneyimi olanlarda aile öyküsü önemsizdir. Yani ağır savaş deneyimi olan eski muhariplerde PTSD gelişme riski, ailede ruhsal hastalık öyküsünden bağımsız olarak yüksektir.

Epidemiyolojik çalışmalarla, yalnızca tedavi arayan ve travma geçirmiş topluluğun belli bir bölümünü içeren çalışmaların sınırlılığı aşılabilir. McFarlane (1988), tedavi arayan PTSD'lilerin tüm PTSD'liler içinde ancak %5 yer tuttuğunu belirtmiştir. Çeşitli çalışmalarda belirlenen travma öncesi risk faktörleri arasında en sık karşılaşılanlar şöyle sıralanabilir: Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü, erken cinsel ya da başka çocukluk çağı travması, çocukluk çağı ve ergenlik dönemi davranış bozukluğu öyküsü, on yaşından küçükken seperasyon ya da anne–baba ayrılığı yaşantısı, yüksek nörotisizm, introversiyon, psikiyatrik hastalık öyküsü, 15 yaşın altında kendine güven azlığı, travma öncesi ve sonrası dönemde yaşam stresleri, kadın olmak.

Şiddetli bir travmada kişisel faktörler daha az etkiliyken, düşük yoğunluklyu bir travmada yatkınlıkla ilişkili faktörler önem kazanabilir. Kulka ve ark. (1990), eski Vietnam Savaşı muhariplerinde hem travma şiddetinin hem de yatkınlığa ilişkin faktörlerin birbirinden bağımsız olarak etki gösterdiği sonucuna varmışlardı. Travmadan sonra geçen zamanı değerlendiren McFarlane (1989), hastalığın başlangıcında travmanın, süreç ilerledikçe de yatkınlık faktörlerinin daha önemli olduğunu söylemiştir.

Risk faktörleri travmatik olayın taşıdığı riskler ve kişinin olayı değerlendirme biçiminde rol oynayan yatkınlıklar olarak ikiye ayrıldığında, şunlar söylenebilir:

Travmatik olaya bağlı risk faktörleri

Kilpatrick ve Restnick (1993), saldırı kurbanları üzerine yaptıkları bir araştırmada, saldırının karakteriyle PTSD prevalansı arasında doğru orantılı bir ilişki olduğunu göstermişlerdir. Yazarlar, saldırı yaşamı tehdit etmiyorsa ve yaralanma yoksa PTSD prevalansının %9.1–%14.7, yaşamı tehdit edici durumlarda %34.5–%38.6, yaralanma durumunda %42.9, hem yaşama yönelik tehdit hem de yaralanma varsa %59.2–%65.9 olduğunu bildirmektedirler. Davidson ve Smith (1990) PTSD riski ile fiziksel yaralanma, psikiyatrik olmayan nedenlerle doktora gitme ve hospitalizasyon gerekmesi arasında birliktelik ilişkisi olduğunu bildirmişlerdir. Blank da (1993) bir olaya tanıklık etmekten çok o olayı yaşamanın, ölüm tehdidi ya da yaralanmaya maruz kalmanın travmatik olduğunu bildirmektedir.

Öznel değerlendirmeye ilişkin risk faktörleri:

Bildirilen öznel faktörler, hazırlanmamışlık (Davidson ve Smith, 1990) aşırı korku, terör (APA 1987; March, 1993) inkar ve kaçınma (Green ve ark., 1985; Solomon ve ark., 1988) ve kontrol edememe duygusu (Frye ve Stocton, 1982) olarak sıralanabilir.

Aile Çalışmaları. Savaşa bağlı PTSD'li hastalarla görüşen Davidson ve ark. (1985), bunların %66'sının ailesinde psikopatoloji öyküsü saptadılar. En sık rastlanan durumlar, %60'la madde kullanımı, %22 ile yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve fobik–panik durumlar, %20 ile de depresyondu. YAB'ı olan ve depresyonlu hastaların aile psikopatoloji öykülerini karşılaştıran araştırmacılar, ilk grubun ailelerinde anksiyete bozukluğu ve depresyon oranının %14, depresyonluların ailelerinde de depresyon oranının %37 ve anksiyete bozukluğu oranının %4 olduğunu saptadılar. Bu bulguları, PTSD grubunda ailevi psikopatoloji yapılarının deprese gruptan çok YAB grubunu anışıtırdığı biçiminde yorumladılar.

Daha sonraki bir araştırmada Davidson ve arkadaşları (1989b) savaşa bağlı PTSD'si olanların ailelerindeki psikopatolojiyi, depresyon, alkolizm ya da tıbbi bozuklukları olan eski muhariplerin ailelerindekiyle karşılaştırdılar ve PTSD'li hastaların ailelerinde deprese hastaların ailelerine göre daha az depresyon saptadılar. Buradan da, depresyonun PTSD için iyi bilinen bir komplikasyon olmasına karşın "PTSD'nin depresyon genotipinin bir varyantı" olmadığı sonucuna vardılar. PTSD'li hastaların ailelerini savaş yaşamış, ancak psikiyatrik sorunu olmayan 17 kişinin aileleriyle karşılaştırdıklarındaysa PTSD'li hastaların ailelerinde anlamlı oranda daha fazla anksiyete bozukluğu saptadılar. Ailelerde 15 YAB , 6 PTSD, 2 panik-fobik durum bulunmaktaydı. Bu bulgular, PTSD'li hastaların akrabaları arasında ailevi anksiyete bozukluğuna yatkınlık olduğunu düşündürmekteydi.

PTSD'ye yatkınlığın kuşaksal geçisini saptamak üzere 1982 Lübnan savaşına dek sağlıklı olup bu savaşta stres reaksiyonu gösteren askerleri inceleyen Solomon, Kotler ve Mikulincer (1988), deneklerden yaklaşık yarısının Nazi soykırımını yaşamış kişilerin çocukları olduğunu saptadılar. Nazi soykırımına uğramış olanların çocuklarında anlamlı oranda PTSD vardı; yani travmatize anababaların çocukları travmayla karşılaştıklarında risk altında kalıyorlardı.

PTSD'NİN KOMORBİDİTESİ:

Psikiyatrik (Boyd ve ark., 1984) ve psikiyatrik olmayan (Feinstein, 1970) pek çok sendrom gibi PTSD de sık sık başka hastalıklarla bir arada görülür (Davidson ve Fairbank, 1989). Örneğin NVVRS'de PTSD vakalarının %98.8'inin yaşamlarının bir döneminde en az bir başka psikiyatrik bozukluk öyküsü saptanmıştı. Erkeklerde en sık rastlanan komorbid hastalıklar alkol kötüye kullanımı, depresyon ve YAB, kadınlardaysa depresyon, YAB, alkol kötüye kullanımı ve panik bozukluktu.

Helzer ve arkadaşları (1987), genel nüfustan alınan bir örnek kümesiyle yaptıkları bir araştırmada, PTSD öyküsü prevalans tahminlerini genel nüfusta %1, fiziksel saldırıya maruz kalan sivillerde %3.5 dolayında ve Vietnam'da yaralanmış eski muhariplerde %20 olarak bildirmişlerdi. PTSD'li kişilerde herhangi bir başka bozukluk görülme olasılığı, başka psikiyatrik bozukluklar için de geçerli olduğu gibi, normalden iki kat yüksekti. Yazarlar obsessif-kompulsif bozukluk, distimi ve manik-depresif bozukluk risklerinde artış saptamışlardı. Ayrıca PTSD semptomlarının fazla sayıda olması da başka tanı riskinde artışla birlikteydi.: PTSD semptomu olmayanların %33 kadarına herhangi bir psikiyatrik tanı konmuşken, en az altı semptomu olanların %70'i aşkın bölümünde başka bozukluklar da vardı ve sendromun tam olarak bulunduğu kişilerden neredeyse %80'inin başka psikiyatrik tanıları da bulunmaktaydı. Vietnam savaşı eski muhariplerinden, bir bakımm kurumunda bulunmayan 1200 kişilik bir örnek kümesini inceleyen Kulka ve ark. (1988), terhisten 6 ay sonraki PTSD prevalansını %15.8 olarak bulmuşlardı. O sıradaki PTSD ölçütlerini dolduranların %98.8'i Diagnostic Interview Schedule'de (DIS) yaşamın herhangi bir dönemi için en az bir farklı tanının ölçütlerine uymaktaydı; söz konusu tanılar içinde en sık majör:depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, alkol ya da madde kötüye kullanımı/bağımlılığı ve distimi'ye rastlanmaktaydı.En azından yardım talebi olan PTSD'li eski Vietnam Savaşı muhariplerinde, o sıradaki komorbidite hemen hemen yaşam boyu komorbidite kadar yüksekti.

Sierles ve arkadaşlarına göre (1983, 1986), hem yatan hem ayaktan izlenen PTSD vakalarının % 84'ünde, çoğu kez antisosyal kişilik bozukluğu.ya da alkolizm biçiminde gerçekleşen ek tanılar söz konusuydu. Öte yandan, Lerer ve arkadaşlarının (1987) PTSD'li İsrail eski muhariplerinde komorbid madde kötüye kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğunun görülmediğini bildiren araştırmasınıdan da anlaşılabileceği gibi, kültürel faktörler komorbidite özelliklerini etkileyebilir. Ancak söz konusu çalışmada da bu hastalarda panik bozukluk ve distimi tanılarına sık rastlanmıştır. Özet olarak, PTSD'nin çoğu kez depresyon, alkol kötüye kullanımı ve başka anksiyete bozukluklarıyla birlikte

bulunduğu söylenebilir. başka anksiyete sendromlarınınkine benzeyen bu komorbidite özellikleri (Rieter ve ark., 1989), PTSD'nin bir anksiyete bozukluğu olarak sınıflandırılmasını desteklemektedir (Farlow ve ark., 1990)

ETNOKÜLTÜREL FAKTÖRLER VE FARKLILIKLAR

İşkencenin Batılı olmayan birçok kültürdeki yaygınlığı ve işkence tedavi merkezlerine etnik köken yönünden büyük çeşitlilik gösteren kurbanlar gelmesi, PTSD ölçütlerinin kültürel geçerliliğiyle ilgili ek sorunlar doğurmaktadır (Mollica ve Caspi–Yavin, 1992). Bir kültürde "hastalık" sayılan şeylerin bir diğerinde hastalık olarak görülmesi zorunlu değildir (Engelhardt, 1975). Kültürlerarası araştırmalar, psikiyatrik hastalığın değerlendirilmesinin, daha sonra Batı psikolojik ölçütleriyle karşılaştırılacak halk tanılarının yerel fenomenolojiye göre tanımlanmasıyla başlaması gerektiğini düşündürmektedir. Bu yöntemi Laos'ta psikoz ve depresyona ilişkin halk tanılarına yönelik araştırmasında kullanan Westermayer (1981),. Batı ve Laos ölçütlerinin psikoz söz konusu olduğunda büyük ölçüde çakıştığını, ama iki kültürün depresyon hakkındaki görüşlerinin birbirine çok az uygunluk gösterdiğini saptamıştır. PTSD ya da eşdeğerlerinin başka kültürlerde anlamlı bir hastalık kategorisi olup olmadığı bilinmemektedir. Filipinler'deki "amok" ya da Latin Amerika'daki "susto" (ruhunu yitirme) gibi pek çok kültüre bağlı sendrom betimlenmişse de (Simons ve Hughes, 1985) travma veya işkenceyle ortaya çıkmış hastalıklar için geleneksel olarak tanımlanmış semptom ve tedavilerle kendini gösteren kültüre özgü bir sendrom veya halk hastalığı bilinmemektedir. Örneğin Çinhindi kökenli hastaların işkenceye yanıtları hakkındaki geniş bilgiye (Mollica ve ark., 1987) karşın etnografik araştırmalar hâlâ işkencenin yol açtığı bir halk hastalığının olup olmadığını ve bunun PTSD ölçütleriyle tanımlanan Batı tipi bozukluklara benzeyip benzemediğini belirleyebilmiş değildir. Son çalışmalarda, Batıda ve Asya toplumlarında işkencenin kültürel anlamının önemli farklılıklar gösterdiği belirtilmektedir (Mollica, 1988). Örneğin Kamboçya'da işkenceye karşılık gelen "tieru na karn" terimi "karma" için kullanılan budist terimden türemiştir. Bir bireyin karması, daha önceki varoluşlarından kaynaklanan ve şimdiki yaşamı üzerinde genellikle kötücül bir etkisi bulunan düşünce ya da edimler bütünüdür. Dolayısıyla Kmer işkence kurbanları için, işkence deneyimi, kendisinin daha önceki yaşamındaki kötü eylemlerinden kaynaklanan ve gelecek yaşamlara aktarılacak o andaki karmasını olumlu yönde etkileyen bir yaşantı, bir tür 'bedel ödeme'dir (Mollica ve Caspi–Yavin, 1991).

Çinhindi'nde kadınların tecavüze karşı tipik bir tepkileri olduğu bildirilmiştir (Mollica ve Son, 1989) Bu kadınlar tecavüze uğradıklarını herkesten, özellikle eşlerinden ve ailelerinden

saklamatadırlar. Çünkü bunun bilinmesi kurbanın ve ailesinin olumsuz biçimde yaftalanmasına ve topluluk tarafından yalıtılmasına yol açmaktadır. Bunun tersine Nikaragua'lı Sandinist kadınlar tecavüz deneyimlerini fedakârlıklarının ve yeni topluma bağlılıklarının ifadesi olarak gördüklerinden, herkesle paylaşmaktadırlar.

Depresyonu araştırmak için WHO tarafından yürütülen son karşılaştırmalı uluslararası araştırmalarda, bu amaca ulaşmak için olası bir model ortaya çıkmaktadır (Sartorius, 1987). WHO'nun depresyonlu hastaların kültürel çerçeveden bağımsız olarak paylaştığı klinik özellikleri belirleme amacıyla beş ülkede yürüttüğü araştırma, incelenen kültürlerin tümünde varlığını koruyan ortak bir depresif semptomatoloji çekirdeği bulunduğunu göstermiştir. Ancak söz konusu çekirdek depresif semptomlarla hastalarda en güçlü biçimde ortaya çıkan semptomlar aynı olmayabilir. Olasılıkla kültürel tepkiler çekirdek PTSD ölçütlerini de aynı biçimde değiştirecektir. İşkence kurbanlarıyla yapılacak bu türden incelemeler, PTSD için kültüre bağlı olan travma semptomlarının belirlenmesine yardımcı olacaktır (Mollica ve Caspi–Yavin 1992).

KİŞİLİK

Kişilik, bireyin kendine özgü (characteristic) ve ayırıcı (distinctive) davranışlarının bütünü olarak tanımlanır (Köknel, 1982).

"Zararlı etkenlerin zorlanmaya yol açıp açmaması, belirli sınırlar içinde insanın beden ve ruh yapısıyla ilişikilidir. İnsanların beden ve ruh yapıları farklı olduğuna, değişik toplumsal durum ve rolde bulunduklarına göre, zarar veren etmenler karşısında da faklı davranış biçimleri ortaya çıkar. 1935 yılnda Koffka, insanın dış ve iç ortamdan gelen iletilere, uyaranlara verdiği cevapta, yaptığı davranışta öznel algının önemli rol oynadığını belirtmiştir. Öznel algı kişilik yapısının özelliklerine, mizaca, kişinin amacına, beklentisine, duygularına, düşüncelerine, inançlarına, zaman ve mekan içindeki konumuna göre değişir." (Köknel, 1987)

MMPI PROFİL ARAŞTIRMALARI

MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) tanı formülasyonu amacıyla geliştirilmiş bir test olmamasına karşın, uyum ve davranış özelliklerinin multifaktöryel bir ölçüm yöntemi olarak yararlı bir perspektif sağlar. PTSD bağlamında, intruzif görüngüler ve

kaçınma davranışı alanlarında son derece dar kapsamlı olan envanter, somatik kaygılar, fizyolojik uyanıklık düzeyi ve reaktivite alanındaki sorularla ağzına kadar doludur.

PTSD'lilerle ilgili MMPI araştırmaları başlıca iki konuya odaklanmıştır: 1) Keane, Marlow ve Fairbank'in (1984) eski muhariplerle yaptıkları çalışmalar sonucu geliştirdikleri MMPI PTSD alt ölçeğiyle ilgili çalışmalar ve 2) travmatize kişiler ya da PTSD'lilerde MMPI profili değerlendirmeleri.

MMPI PTSD Altölçeğiyle Yapılan Çalışmalar

Keane, Marlow ve Fairbark (1984) erkek Vietnam eski muhariplerinde MMPI PTSD alt ölçeğinin PTSD'lileri %82 oranında doğru olarak ayırt ettiğini bildirmişlerdi. Cannon ve arkadaşlarına göreyse (1987), 595 Vietnam eski muharibinde PTSD alt ölçeği iyi duyarlılık ve seçicilik göstermişti, ancak yalancı pozitiflik oranı yüksekti (%74). Vietnam eski muharipleriyle yapılmış üç geçerleme çalışması daha bulunmaktadır. Gayton, Burehstead ve Mattheus'un (1986), Hyer ve arkadaşlarının (1986), Watson, Kualca ve Manifold'un (1986) araştırmaları. Bu üç çalışmada testin PTSD'lilerle PTSD tanısı konmayanları ayırt etme oranları sırasıyla, %56, %69 ve %74; PTSD'lileri doğru tanıma oranlarıysa sırayla %57, %73 ve %73 olarak bildirilmiştir. Koretzky ve Peck'in (1990) sivil travma kurbanlarında MMPI PTSD alt ölçeğinin geçerleme ve geçerliliğini sınama çalışmasında PTSD alt ölçeğinin isabet oranı geçerleme grubunda %87, geçerliliği kontrol grubunda %89 bulunmuştur.

Savaş Esirlerinin Kişilik Profilleri

Klonoff ve arkadaşlarının (1976) bildirdiği MMPI verileri, II. Dünya Savaşı'nda Japonlara ve Almanlara tutsak düşmüş Kanadalıların Hs (hipokondri) ve D (depresyon) ölçeklerinde yükselme bulunduğunu göstermekteydi. Yazarlar bu sonucun somatik kaygıları ve tutsaklık durumuyla ilişkili ağrıları gösterdiği yorumunu getirmişlerdi. Goldstein ve arkadaşlarının (1987) Pasifik Savaşı'nda esir düşmüş 41 Amerikalıya ilişkin MMPI verilerindeyse Hs, D ve Hy (histeri) ölçeklerinde yükselme olduğu görülüyordu. Bu yükselmeler, kayda değer bir patolojiyi, öncelikle de anksiyete tablolarını yansıtmaktaydı. Deneklerin 31'inde yineleyici karabasanların belirgin rol oynadığı uyku bozuklukları vardı ve grubun yarısı DSM–III PTSD ölçütlerine uymaktaydı.

Kuzey Vietnamlılara tutsak düşmüş Amerikan Hava Kuvvetleri askerlerinin tutsaklıktan önceki ve sonraki MMPI'larını karşılaştıran Wheatley ve Ursano (1982), belirgin bir psikopatolojik değişiklik olmadığını bildirmişler ve bunu olasılıkla kısmen hava mürettebatının son derece seçilmiş bir topluluk oluşturması ve MMPI uygulamalarının gerçekleştiği ortamla açıklamışlardı.. Ursano ve arkadaşları (1981), daha sert tutsaklık koşullarıyla karşı karşıya kalmış Vietnamlı savaş esirlerinin (SE'ler) MMPI ölçeklerinde anlamlı ölçüde daha patolojik puanlar saptandığını bildirmişlerdi. Bu durum özellikle Hs (histeri), M/f (maskülinite/femininite) ve Pa (paranoya) ölçeklerinde belirgindi. Avusturalyalı SE'lerinin kişilik özelliklerini SE. olmayan kontrollerle karşılaştıran Tennant ve ark. (1986a), grupların durumsal (state) ve sürekli (trait) anksiyete, nörotisizm, psikotisizm ya da hostilite yönünden farklılık göstermediğini saptamışlardı. SE'ler kontrollerden sadece daha depresif ve daha introverttiler.

Engdahl ve ark. (1991), 40 yılı aşkın zaman önce oluşmuş bir travmanın etkilerini belirlemek için 62 eski II. Dünya Savaşı SE'sinden oluşan bir örnek kümesinde psikiyatrik bozuklukların prevalansını ve kişilik boyutlarını incelediler. Deneklerin %50'si salıverildikten sonraki bir yıl içinde DSM–III'ün PTSD ölçütlerine uymaktaydı, 18'iyse (%29) 40 yıl sonraki muayenede de bu ölçütlere uyuyordu (kronik PTSD). Bütün örnek kümesinin yarısından çoğu yaşamın bir döneminde YAB tanı ölçütlerini karşılamaktaydı. Söz konusu grup değişik alt kümelere göre değerlendirildiğinde hiç PTSD geçirmemişlerin %42'si, PTSD geçirip iyileşmişlerin %38'i, kronik PTSD'lilerin de %94'ü bu tanıma uyuyordu. PTSD tanısı konmamış olanların %10'u depresif bir bozukluk geçirmişti. bu oran PTSD geçirip iyileşmişlerde %23, kronik PTSD'lilerde de %61'di. Psikiyatrik tanılı üç grubun o sıradaki MMPI'ları, psikiyatrik tanısı olmayan savaş esirlerinin ve bir grup normal Minnesota'lı erkeğin MMPI'ları ile karşılaştırıldığında, gruplar için profil yükselmeleri, en belirginden en düşüğe, kronik PTSD'li savaş esirleri, PTSD geçirip iyileşmiş savaş esirleri, başka psikiyatrik tanıları olan savaş esirleri, psikiyatrik bozuklukları olan SE'ler, psikiyatrik bozuklukları olmayan SE'ler ve Minnesota'lı normal erkekler biçiminde sıralanmaktaydı.

Deneyimlerinden olumsuz etkilenen savaş esirlerinin o sıradaki uyum tarzını belirleyen özellikler, anksiyete ve depresyon semptomları, ayrıca somatik kaygılarla birlikte bastırma ve inkarı kullanan kişilik yapısıydı. Daha önce de aynı grup (Speed ve ark., 1989) tarafından betimlenip, PTSD'yi en iyi biçimde öngörmeye yarayan etmenlerin işkence ve ya da dayak deneyimiyle tusaklık sırasında beden ağırlığından yüzde kayıp olduğu saptanan bu örnek kümesinde, ailede akıl hastalığı öyküsü, askerlikten önceki uyum sorunları ve ağır çocukluk çağı travmasının böyle bir özellik taşımadığı görülmüştü.

PTSD'li ve PTSD'siz Savaş Esirlerinin MMPI Profilleri

Engdahl ve arkadaşlarının çalışmasında (1991), değerlendirme sırasında PTSD'si olan, PTSD geçirip iyileşmiş, o sırada ya da geçmişte PTSD dışında psikiyatrik bir tanının ölçütlerine uyan ve ne o sırada ne de geçmişte psikiyatrik bir tanının ölçütlerine uyan SE'lerle Minnesota'nın genel nüfusundan derlenmiş, yaş yönünden bu kümeyle denk bir grubun MMPI profilleri karşılaştırılmıştı. Yazarlar, SE'lerin MMPI ölçeklerinden aldıkları puanlardaki farklılıkların genel bir örüntüye uyduğunu saptadılar. Ortalama MMPI profil yükselmelerine göre bir sıralama yapıldığında, o sırada PTSD'si olanlardaki profil yükselmeleri en belirgin, hiçbir psikiyatrik tanısı olmayanlardakiyse en belirsizdi. PTSD geçirip iyileşenler ve PTSD dışında psikiyatrik tanısı olanlarsa aynı sırayla bu iki grubun arasında yer alıyordu. ego gücü puanlarındaysa, düşük puanlar uyum bozukluğunu gösterdiğinden, bunun tam tersi bir sıralama söz konusuydu. Tek tek varyans analizleri, Hs, D, Pt (psikasteni) ve ego gücü ölçekleri için anlamlı farklılıklar bulunduğunu göstermekteydi. O sırada PTSD'si olan SE'lerin A (anksiyete) ve R (represyon) ölçeklerinde de, istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmasa bile, öbür gruplara göre hafif bir yükseklik bulunmaktaydı.Uyum ölçütü olarak bakıldığında, MMPI ölçeklerindeki farklılıklar, o sırada PTSD'si olan SE'lerin gerek psikiyatrik öyküsü olmayan, gerekse PTSD dışında bir psikiyatrik öyküsü olan SE'lere göre koşullara daha kötü uyum sağladığını düşündürmekteydi. Yazarlar gerek o sırada PTSD'si olan, gerekse geçmişte PTSD geçirip iyileşmiş kişilerde ortalama profilinin anksiyete bozukluğu ile somatoform ve depresif bozuklukların başat olduğu Hs/D/Hy tipine uyduğunu saptadılar. Uyku bozuklukları, umutsuzluk duyguları ve enerji düzeyi düşüklüğünün sık olduğu söz konusu profil tipinde, iş ve evlilik uyumunun iyi bulunması tipiktir (Graham, 1987).

PTSD'de somatoform bozukluklar sorunu ilgiye değer. Somatik yakınmaların "toplama kampı sendromu"nun özelliklerinden olduğu uzun süre önce belirtilmiş (Eitinger, 1985), ancak bunlara PTSD tanı ölçütleri içinde yer verilmemiştir. Somatizasyon ve/ya da hipokondriyak fiksasyonun savaş travmasıyla yakından ilişkili gibi göründüğü söylenmiş (Kuhne ve ark., 1988) ve MMPI ile klinik öykülerden anlaşıldığına göre Vietnam'da SE'lik yaşantısının kimi SE'lerde psikofizyolojik reaksiyon riskini arttırdığı bildirilmiştir (Ursano, 1981). Engdahl ve arkadaşlarıysa (1991) altmış yaşından büyük hastalardan oluşan örnek kümelerinde PTSD ve somatoform bozukluklar arasında bir ilişki saptamamış, ancak kendilerinde PTSD'lilerde tıbbi tanılara daha sık rastlandığı gibi bir izlenim uyandığını belirtmişlerdi. Genel olarak bakıldığında, PTSD'li SE'lerde MMPI verilerinin somatik

kaygıların başat yer tuttuğu klinik tabloyla uyumlu olduğu söylenebilir. PTSD ile söz konusu sendrom çevresinde öbeklenen depresyon ve anksiyete semptomları, somatik semptomların eşlik ettiği bir hastalık tablosu oluşturmaktadırlar.

PTSD ve MMPI'daki Kişilik özellikleri

Ursano (1981) SE'lik yaşantısının etkilerini yalnız psikopatolojik bağlamda değil, psikopatoloji gelişmesinden bağımsız kişilik değişmeleri açısından da değerlendirmek gerektiğini vurgulamıştır. Araştırmacının görüşü, olağan dışı ölçüde stresli koşullarda, psikiyatrik hastalıklara yatkınlığı olmayan kişilerde nörotik hastalık gelişebileceği yönündedir. Hs/D/Hy MMPI profilli kişilerin savunma mekanizması olarak baskılamayı (represyon) kullandıkları bilinmektedir. Öte yandan, süpresyon ve inkarın SE'lik yaşantısının oluşturduğu katastrofik stresin sürekli etkileriyle başa çıkma konusunda olgun ve işlevsel ego savunma düzenekleri gibi göründüğü de söylenebilir (Tennant ve ark, 1986a; Engdahl ve ark., 1991). Yine Engdahl ve arkadaşlarının (1991) olası gördüğü bir başka seçenek, bu düzeneklerin travmayı savuşturma ya da yeniden yaşantılamaya karşı savunma çabaları ve kaçınma semptomları olmasıdır.

Savaş Esiri Olup PTSD'si Bulunmayanlarda MMPI

Engdahl ve arkadaşlarına (1991) göre eski savaş esirlerinde psikiyatrik sorunlar çok sıktır. Kendi örnek kümelerindeki SE'lerin yalnızca birkaçında kayda değer düzeyde, tanı konulabilir psikopatoloji bulunmadığını söyleyen yazarlar, bu altgrupta (n=12/62) ortalama MMPI profilinin normal sınırlar içinde kaldığını, Hs, D ve Hy klinik ölçeklerinde küçük yükselmeler olduğunu belirtmektedirler. Uzunluk ve şiddet yönünden örnek kümesindeki öbür SE'lere denk düzeyde kötü davranışlarla karşılaşan söz konusu kişiler, başkalarının aşağılayıcı, acı verici ve korkutucu yaşantılar biçiminde algıladığı olaylardan etkilenmediklerini söylemektedirler.

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

Bu tezde üç grupta görülen kişilik bozuklukları ve bunların PTSD ile etkileşimi önemli noktalardan biri olarak ele alındığı için, kişilik bozukluklarını kısaca gözden geçirmek yararlı olacaktır.

DSM–III–R'de kişilik bozuklukları şöyle tanımlanmaktadır (APA 1987): "Kişinin geçmiş (geçen yıl) ve uzun süreli işlevselliği (genellikle ergenlik ya da erken erişkinlikten beri süregiden) için karakteristik olan davranışları ya da özelliklerinin bir araya gelmesiyle kişinin toplumsal ya da mesleki işlevsellikte önemli ölçüde bir bozukluğa ya da öznel bir sıkıntıya neden olması". Hastalık epizotlarıyla sınırlı davranışlar ya da özellikler, bir 'kişilik bozukluğu' tanısı konulurken göz önünde bulundurulmaz. Dolayısıyla, kişilik bozukluğu tanısı koymak için PTSD semptomu olarak görülen belirtileri de elemek gerekir

DSM–III–R, kişilik bozukluklarını üç kümede toplamıştır:

A Kümesi

Paranoid Kişilik Bozukluğu: Erken erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, insanların eylemlerini, yanlış biçimde bunların kasten aşağılayıcı olduğu ya da kötü anlamlarının bulunduğu biçiminde yorumlama eğilimi.

Şizoid Kişilik Bozukluğu: Erken erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, toplumsal ilişkilerde sürekli kayıtsızlık, duygusal yaşantılarda ve anlatımda kısıtlılık göstermeyle karakterize kişilik bozukluğu.

Şizotipal Kişilik Bozukluğu: Erken erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, insanlar arası ilişkilerde yaygın bir bozuklukla düşünce, davranış ve görünüş tuhaflıkları gösteren kişilik bozukluğu.

B Kümesi

Antisosyal Kişilik Bozukluğu: 15 yaşından önce başlayan, okul, aile ve sosyal yaşamında, saldırganlık, başkalarının haklarına saygı göstermeme ve zarar verme tarzında davranış bozukluklarıyla giden kişilik bozukluğu.

Sınırda (Borderline) Kişilik Bozukluğu: Erken erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, duygu durumu, kişilerarası ilişkiler ve kendini algılamada tutarsızlıklar gösteren kişilik bozukluğu.

Histrionik Kişilik Bozukluğu: Erken erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan , aşırı duygusallık ve dikkkat çekme arayışı gösteren kişilik bozukluğu.

Narsisistik Kişilik Bozukluğu: Erken erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan (düşlemde ya da davranışlarda) grandiyozite, empati yokluğu ve başkalarının değerlendirmelerine aşırı duyarlılık gösteren kişilik bozukluğu.

C KÜMESİ

Çekingen Kişilik Bozukluğu: Erken erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, toplumsal ortamda rahatsızlık, olumsuz değerlendirilme korkusu ve utangaçlıkla karakterize kişilik bozukluğu.

Bağımlı Kişilik Bozukluğu Erken erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, bağımlı ve boyun eğici bir tutum gösteren kişilik bozukluğu.

Obsessif Kompulsif Kişilik Bozukluğu: Erken erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, mükemmeliyetçi ve esneklik tanımayan bir tutum gösteren kişilik bozukluğu.

Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu: Erken erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullarda ortaya çıkan, yeterli bir toplumsal ve mesleki yeterlilik sağlanması için istenenlere edilgin bir direnç gösteren kişilik bozukluğu.

Başka Türlü Adlandırılmayan Kişilik Bozukluğu: Özgül bir kişilik bozukluğu olarak sınıflandırılamayan kişiliğin işlevsellik bozuklukları. Hiçbir bozukluğun tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan, ancak yine de toplumsal ve mesleki işlevsellikte önemli ölçüde bir bozukluğa ya da öznel sıkıntıya neden olan durum ya da bu sınıflamada yer almayan ancak kişilik bozukluğu tanımına uyan özgül durumlar.

PTSD VE KİŞİLİK BOZUKLUKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bazı belirti kümeleri ve davranış tepkileri PTSD ve kişilik bozuklukları için ortaktır. Dolayısıyla kişilik bozukluğu tanısı konurken, yaşam mücadelesi sırasında öğrenilen PTSD'ye ait başetme mekanizmalarının doğurduğu, aşırı uyanıklık, yalıtım, suçluluk, agresif reaksiyonlar, güvensizlik, zarar beklentisi gibi belli tepki stillerini yanlış yorumlamamak gerekir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, bu davranış ve belirtilerin travmadan önce de bulunup bulunmadıklarıdır. PTSD'li hastaların şizotipal, paranoid, borderline ve narsisistik

kişilik bozukluklarının birçok belirtilerini göstermeleri sık rastlanan bir durumdur. Şizotipal kişilik bozukluğu ölçütleri arasında yer alan sosyal yalıtım, depersonalizasyon, duygulanımda kısıtlılık ve toplumsal ortam anksiyetesi PTSD'nin de önemli belirtilerindendir. Paranoid kişilik bozukluğundaki insanlara güvenmeme ve kuşkuculuk, alınganlık ve duygulanım kısıtlılığı ile sınırda kişilik bozukluğu tanı ölçütleri olan impulsiflik, insanlararası ilişkilerde dengesizlik, yoğun öfke veya öfke kontrolünde zorluklar, dalgalanan duygulanım, kimlik kargaşası da PTSD'lilerin gösterdiği belirtilerdendir.

Travmatik olaylar kişilik yapılarını etkileyerek patolojik yönlere çevirebilir ve kendini şizotipal, paranoid, borderline, antisosyal vb kişilik bozukluklarıyla gösterebilir. Travma öncesi kişilik yapısı ve ego gelişim basamağı sonucun belirlenmesinde rol oynarlar (Eth ve Pynoos, 1985). Travmatik olaylar normal kişilik yapısını değişik yollarla etkiler: 1) Pozitif, adaptif karakter güçlendirmesi, 2) negatif, maladaptif karakter patolojisi, 3) ego gelişiminin özel bir basamağının güçlendirilmesi, 4) karakter patolojisi öyküsü olmayan hastalarda kişilik bozukluğu olmaksızın PTSD gelişmesi ve 5) PTSD ile karakter patolojisinin bir arada bulunması. Yeni bir literatür incelemesine göre (Somnier, Vesti ve Kastrup, 1992), 1979–1990 yılları arasında yayımlanan 30 çalışmanın 16'sında işkencenin kişilik üzerinde kimi etkileri olduğu bildirilmiştir. Bazı çalışmalarda (Ortmann ve Lunde, 1988) işkence kurbanlarındaki kişilik değişmesi prevalansı %70 gibi yüksek bir düzeydedir. Ancak çoğu çalışmada kontrollerin olmaması, değerlendirme araçları ya da tanı kriterlerinin yetersiz tanımı gibi metodolojik sorunlar işkencenin kişilik üzerine etkilerinin tam sonucunu anlamayı engellemektedir. İşkence kurbanlarında kişilik değişiklikleriyle ilgili birçok çalışmada bildirilenler anekdot ya da izlenim düzeyindedir. Henüz hiçbir çalışmada bu sorun kişiliğin standardize ölçümü kullanılarak ve kontrollü bir tasarımla incelenmemiştir.

PTSD ve kişilik bozukluğu arasındaki bağlantıya ilişkin olası açıklamalar henüz yeterli ölçüde ilgi görmemektedir. Bu bağlamda dört olası açıklama söz konusudur (Green, Lindy ve Grace, 1985): 1) Kişilik bozukluğu ve PTSD görece bağımsız olabilir. 2) Kişilik faktörleri yüksek risk durumlarıyla karşılaşmayı ve bu durumu sürdürmeyi belirliyor olabilir. 3) Kişilik faktörleri bireylerde PTSD'ye yatkınlık oluşturabilir. 4) Kişilik bozuklukları travmanın bir sonucu olabilir. Bu tezde, belirtilen dört varsayım incelenmeye çalışılacaktır.

TEZİN HİPOTEZLERİ

Siyasal etkinliği bulunan ve işkence görmüş, siyasal etkinliği bulunan ancak işkence görmemiş ve siyasal etkinliği bulunmayan, işkence de görmemiş üç grubun karşılaştırıldığı bu çalışmanın hipotezleri şöyle sıralanabilir:

1. İşkence gören grup, PTSD ve diğer birinci eksen tanıları açısından iki kontrol grubundan da daha fazla tanı almış olmalı, ikinci grup birinci ve üçüncü grup arasında yer almalıdır.

2. İşkence gören grubun psikolojik değerlendirme ölçeklerinde aldıkları depresyon ve anksiyete puanları iki kontrol grubundan da daha yüksek olmalıdır.

3. İşkence gören grupta MMPI profilleri iki kontrol grubuna göre daha patolojik olmalı, politik etkinliği bulunmakla birlikte işkence görmemiş olan ikinci grupsa birinci ve üçüncü gruplar arasında yer almalıdır.

4. İşkence grubundan kişilik bozukluğu tanısı konan kişilerde PTSD tanısı öbürlerine göre daha yüksek oranda olmalıdır.

5. İşkence gören grupta PTSD tanısı konanlar daha patolojik MMPI profillerine sahip olmalıdırlar.

6. 4. ve 5. hipotezler ikinci grup için de geçerli olmalıdır.

7. SCID-II'de bir kişilik bozukluğu tanısı konanlar, daha yüksek oranda PTSD göstermelerinin yanında, psikolojik değerlendirme ölçeklerinde de daha patolojik puanlar almalıdırlar.

8. PTSD belirtileri ile belirli MMPI ölçeklerinde yüksek puan almış olmak arasında anlamlı bir birliktelik ilişkisi bulunmalıdır.

9. Kişilik özelilklerinin PTSD gelişimi üzerinde etkileri olmalıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Örnek Kümesi: Denek ve Kontrol Grupları

Çalışma, İstanbul'da yayınlanan günlük gazeteler, siyasi dergiler ve demokratik kitle örgütlerinin yayınlarındaki makaleler, ilanlar ve duyurularla kamuoyuna duyuruldu. İşkence görmüş kişiler, siyasi bağlantılarından ve tedavi ya da yardım gereksinimi duyup duymamalarından bağımsız olarak çalışmaya davet edildiler. Türk Tabipleri Birliği, İstanbul Tabip Odası ve İnsan Hakları Derneği çalışmaya yardım ettiler. İşkence görmüş kişiler grubu tümüyle bu kurumlardan, avukatlardan ya da çalışmayı duymuş başka kişiler tarafından gönderilenlerden oluşuyordu. Katılımcılara araştırmanın amaçları ayrıntılı olarak açıklandı ve hepsinin yazılı oluru alındı (Ek 1). Çalışma boyunca mahremiyete özen gösterildi ve katılımcılar isim bildirmemekte ya da takma isim kullanmakta özgür bırakıldılar. Çalışmaya alınan işkence görmüş 55 kişiden 13'ü takma isim 42'siyse kendi ismini kullandı. Bu gruptan elli kişinin işkence deneyimi, kendisini gönderen kurum ve kişilerden ya da başka tanıyanlardan alınan bağımsız bilgilerle doğrulandı. Birinci kontrol grubunda dört, ikinci kontrol grubundaysa üç kişi takma isim kullandı. Tedavi gereksinimi olanlara, görüşmeler bittikten sonra ve çalışma grubu dışındaki profesyonellere gönderilerek tedavi olanağı sunuldu.

Daha önce PTSD ile ilgili yapılan çalışmalarda, kontrol gruplarının bulunmayışı ya da iyi seçilmeyişine bağlı bazı sorunlar bulunmaktaydı. Bu çalışmada, özellikle politik yaşamın yarattığı stresin işkenceden ayırt edilebilmesi için, işkence gören grupla benzer politik yaşamı olan bir kontrol grubu oluşturuldu.

Birinci Kontrol Grubu: Bu grup vaka grubuyla yaş, cins, eğitim, siyasi ideoloji, geçmişte ya da o anda siyasi bir gruba mensup olma, söz konusu grubun idealleri, değer yargıları ve inançları ile özdeşleşme, grubun etkinliklerine etkin bir biçimde katılma ile tanımlanan siyasi faaliyet yönünden eşleştirilmiş 55 kişiden oluşmaktaydı. Söz konusu siyasi gruplar arasında, sendikalar, gençlik ve kadın örgütleri, siyasi etkinliğe katılmış meslek örgütleri vardı. Bu grup önce işkence görmüş her deneğin aynı siyasi gruptan kendisi kadar politik fakat işkence görmemiş bir arkadaşını getirmesi istenerek oluşturulmaya çalışılmıştı. Ancak işkence deneyiminin yaygınlığı nedeniyle bu yoldan yeterli sayıda kontrol vakası bulunamayınca, deneği gönderen kişi ve kurumlardan işkence görmüş kişilere denk işkence görmemiş bir aktivist göndermesi istenerek grup tamamlandı. Bu grubun üyelerinden 17'si en az bir kere

göz altına alınmış ve/veya tutuklanmıştı ama hiç biri işkence sayılacak bedensel şiddet veya herhangi bir kötü davranışla karşılaşmamıştı.

İkinci Kontrol Grubu: Bu grup ilk iki grupla yaş, cins, eğitim, medeni hal yönünden farklılık göstermeyen 55 kişiden oluşturulmuştu. Üyelerinin politik bir etkinliği bulunmayan ve herhangi bir işkenceye uğramamış bu grubun, önceki iki grubun da kontrolü olması tasarlanmıştı. İşkenceye uğramamış ve aynı zamanda politik yaşamın stres oluşturucu etkisinden uzak kalmış insanlar içeren bu grup, gerek işkencenin gerekse politik yaşamın stres etmeni olarak etkilerini sınama olanağı verecekti.

Gereç

Modifiye Jackson Görüşme Formu: Keane ve ark. (1985) tarafından geliştirilen, çalışma grubu tarafından Türkçeye çevrilip modifiye edilen form, şu bölümlere sahiptir:

a) Demografik bilgi, kişisel öykü, adli öykü (politik), gözaltı/mahkumiyetten önce/o sırada/sonra başka travmatik faktörlerin mevcudiyeti ve bunların şiddeti (her biri için 0–6 puan).

b) İşkence öncesi psikolojik durum, örneğin önceki psikiyatrik bozukluklar ve hospitalizasyon.

c) İşkenceye yol açan olaylar, örneğin yakalanma ve gözaltına yol açan politik etkenler ve politikayla uğraşma derecesi (toplam 0–12 puan)

d) İşkence tipleri ve kurban için önem ve anlam değerlendirmesi. Örneğin kullanılan işkence yöntemleri ve öznel stres derecesi (0–4puan), işkence deneyimi için hazırlıklı olma durumu, aile, partner, akrabalar ve arkadaşlarından tutukluluk sırasında ve sonrasında yardım ve sosyal–duygusal destek varlığı.

SCID (Yapılandırılmış klinik görüşme ve tanı formu): DSM–III–R'ye dayanan psikiyatrik rahatsızlıklar için yapılandırılmış bir tarama gereci olan bu form, Spitzer ve Williams (1983) tarafından geliştirilmiş, Solias ve ark. (1988) tarafından da Türkçeye çevrilmiştir. SCID–I, DSM–III–R birinci eksen tanıları, SCID–II ise ikinci eksen tanıları için kullanılmaktadır.

PTSD Derecelendirme Ölçeği (PTSD-RS): Keane ve ark. (1988) tarafından Savaşa Bağlı PTSD İçin Mississipi Ölçeği adıyla geliştirilen bu form, çalışma grubu tarafından işkenceye

uygulamak üzere Türkçeye çevrildi ve modifiye edildi. PTSD semptomlarını işkenceye özgü kendini değerlendirme skalası olduğu için yalnızca işkence gören gruba uygulandı (35 madde, olası dağılım aralığı 35–175).

PTSD Semptom Listesi (PTSD Checklist; PTSD-CL): Keane ve ark. (1985) tarafından geliştirilip çalışma grubu tarafından modifiye edilerek Türkçeye çevrilen bu form, PTSD semptomlarının şiddetinin görüşmeyi yapan tarafından 1 ile 5 arasında derecelendirilmesini sağlar. Bu form da işkence kurbanlarına özgü olduğundan yalnızca işkence grubu için kullanıldı (17 madde, olası dağılım aralığı 17–85).

MMPI PTSD Ölçeği: (MMPI PTSD) PTSD için Keane ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiş, MMPI'dan bu bağlamda önemli maddelerin alındığı bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Tüm envanterin Türkçe çevirisi ve standardizasyonu Savaşır (1981) tarafından yapılmıştır. Denek ve kontrol gruplarında uygulandı (PTSD ölçeğinde 49 madde, olası dağılım aralığı 0–49).Ölçeğin MMPI maddeleri ekte verilmiştir.

BECK Depresyon Envanteri: Beck ve ark. (1961) tarafından geliştirilen, bilişsel yönelimli duygu durumunun deneğin kendisi tarafından değerlendirilmesini sağlayan bir ölçektir. Türkçe çeviri ve standardizasyonu Hisli (1987) tarafından yapılmıştır. (21 madde, olası dağılım aralığı 0–63).

State/Trait Anksiyete Envanteri (STAI): Spielberg ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilen, deneğin kendi anksiyetesini değerlendirdiği bir ölçektir. Türkçe çeviri ve standardizasyonu Öner ve Lecompte tarafından (1982) yapılmıştır. İki tür anksiyeteyi ölçmektedir: 'State' (durumsal) anksiyete o andaki öznel anksiyeteyi belirtirken, 'trait' (sürekli) anksiyete genel bir yatkınlığı gösterir. (her ikisi için 20 madde, olası dağılım aralığı 20–80)

Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM D): Hamilton (1969) tarafından geliştirilmiş, depresif semptomların görüşmeci tarafından değerlendirildiği bir ölçektir.Türkiye'de yaygın olarak kullanılan bu ölçeğin çevirmeni saptanamamıştır. (17 madde, olası dağılım aralığı 0–52: 0–13:depresyon yok, 14–27 hafif, 28–41 orta, 42–52 ağır depresyon)

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM A): Hamilton (1959) tarafından geliştirilen, anksiyete semptomlarının görüşmeci tarafından değerlendirildiği bir ölçektir. Bu ölçek de Türkiye'de yaygın olarak kullanılmasına karşın çevirmeni bilinmemektedir (18 madde, olası dağılım aralığı 0–56: 0–5 anksiyete yok, 6–14 hafif, 15–56 ağır anksiyete)

Yarı Yapılandırılmış Tıbbi Muayane: Rasmussen (1990) tarafından geliştirilip fiziksel işkence sekelleri hakkında bilgi edinmek üzere düzenlenen bu form, Türkçeye çalışma grubu tarafından çevrilmiştir.

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (Minnesota Multiphasic Personality Inventory; MMPI): Kişilik envanterleri arasında en yaygın kullanılanlardan biridir. İlk olarak 1943 yılında yayımlanan, birçok ülkede çeviri ve standardizasyonu yapılan bu test, Strake R. Hathaway ve J. Charnley McKinley tarafından geliştirilmiştir. Türkçe çeviri ve standardizasyonu Işık Savaşır tarafından gerçekleştirilmiştir (1981). Testin 1988 yılında Keane ve ark. tarafından geliştirilen PTSD altölçeği dışında 10 altölçeği ve üç geçerlilik alttesti bulunmaktadır. Altölçekler şunlardır:

1. Hs (Hipokondri): 33 soruluk bir ölçek olup, hipokondri teşhisi konmuş kişilerde gözlemlenen çeşitli fiziksel şikayetleri içerir. Yerleşik davranış özelliklerini yansıtan karakterolojik bir ölçektir. Belirsiz, özgül olmayan fiziksel şikayetleri sunma ve abartma yoluyla sempati ve ilgi arayışının yerleşikliğini yansıtır. Bu ölçekte yükselme somatizasyon savunmalarının ve psikolojik huzursuzluğun somatik ilişkilerinin varlığına işaret eder. Gerçek fiziksel rahatsızlığı olan kişilerde Hs ölçeğinde yükselme görülebilir, ancak bu yükselme (55–65) ruhsal rahatsızlıklardaki kadar olmaz.

2. D (Depresyon): 60 sorudan oluşan, moral bozukluğu, umutsuzluk ve bezginlik duygularını değerlendirmeye yönelik bir ölçektir. Daha çok kişinin o anki durumunu yansıtır.

3. Hy (Histeri): Sorumluluktan kaçma ve sorunları çözme amacıyla amacıyla fiziksel belirtilere başvurma eğilimindeki kişileri ayırt etmeye yönelik 60 sorudan oluşmuştur (McKinley ve Hathaway, 1956).

4. Pd (Psikopatik sapma): 50 sorudan oluşan, impulsiflik, düşük tolerans eşiği ve sosyal uyumda zayıflık gibi psikopatik karakterolojik eğilimleri ölçmeye yönelik bir ölçektir. Zamandan az etkilenir , yerleşik özellikleri yansıtır.

5. M/f (Maskülinite/femininite): 60 sorusu bulunan, maskülinite ve femininiteyi ölçmek üzere oluşturulmasına karşın oldukça heterojen bir ölçektir. Sorular açıktır ve manipülasyona uygundur. Duygusal duyarlılık, cinsel özdeşim, özgecilik, feminin ve maskülin meslek ve uğraşı özdeşimi veya inkarını yansıtır.

6. Pa (Paranoya): 40 maddeden oluşan bu altölçek, delüzyonel inançlar, referans fikirleri, perseküsyon fikirleri, grandiyöz duygular, şüphecilik, alınganlık ve katılık gibi göstergelerle paranoyayı ölçmeyi amaçlar. Normal popülasyonda ölçek az değişkenlik göstermesine karşın psikiyatrik popülasyonda paranoid nitelikleri ayırt etme yönünden zayıftır.

7. Pt (Psikasteni): 48 sorudan oluşan ve obsessif-kompulsif sendromu değerlendirmek amacıyla geliştirilen bu altölçek, anksiyete, benliğe güven duymama, anormal korkular, karar vermede ve dikkati toplamada zorluk, aşırı ahlaki standartlar, ruminasyon ve kompulsif ritüelleri yansıtır.

8. Sc (Şizofreni): 78 sorudan oluşan ve heterojen bir psikotik hasta grubunun normallerden ayırdedilmesini amaçlayan bu altölçekteki soruların çoğu, garip düşünce içerikleri, ilgisizlik, apati, sosyal yabancılaşma, algı bozuklukları, çeşitli sanrılarla ilgilidir. Kişinin gerçek yaşamla temasında zamansal değişiklikleri yansıtır. Temelde ölçtüğü egonun etkinliği veya yetersizliğidir.

9. Ma (Hipomani): 46 sorudan oluşan, hipomanik duygulanım, hareket ve düşünce hızlanması, büyüklük fikirleriyle ilgilidir. Ciddi mani semptomları ölçekte yer almaz.Test zamanındaki genel enerji düzeyinin bir yansımasıdır.

0. Si (Sosyal içedönüklük): 70 soruluk, sosyal ilişkilerdeki içedönüklüğü ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir. Sorular, kişilerarası etkileşimde bireyin duyduğu rahatsızlık, kendini yerme duyguları, başkalarına güvensizlik, duyarsızlık gibi alanları kapsamaktadır.

Görüşmeler

Görüşmeler aynı hafta içinde iki bölümde uygulandı. Her bölüm yaklaşık 2.5–3 saat sürmekteydi. İlk görüşmede Modifiye Jackson Görüşme Formu (Modified Jackson Interview Form; Keane ve ark.,1985) uygulandı ve deneklere kendilerinin dolduracağı formlar verildi. İkinci görüşmede daha önce verilen ve denek tarafından doldurulan formlar kontrol edildi, SCID I ve II (Spitzer ve Williams,1983; Solias ve ark., 1988) uygulandı, Tıbbi Muayene Formu dolduruldu. Birinci ve ikinci kontrol gruplarında Modifiye Jackson Formu'nun işkence deneyimleri bölümü doldurulmadığından görüşmeler daha kısa sürdü.

Verilerin Analiz Yöntemi

Genel olarak, iki değerlikli (kategorik) değişkenler arasındaki ilişkiler χ^2 testiyle, ikiden fazla değerlik alan .bağımlı değişkenlerle bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiler tek yönlü varyans analiziyle (one-way ANOVA), iki bağımsız değişken arasındaki etkileşim iki yönlü varyans analiziyle (two-way ANOVA) ve ortalamalar arasındaki farklılıkların anlamlılığı *t* testiyle incelendi.

• Hamilton Anksiyete skorları, Trait Anksiyete skorları, State Anksiyete skorları, Hamilton Depresyon skorları, Beck Depresyon skorları, Genel Sağlık Anketi skorları ve MMPI ölçeklerinde gruplar ve SCID-II'ye göre istatistiksel anlamlılık iki yönlü varyans analiziyle (two-way ANOVA),

• MMPI skalalarındaki puanlarla PTSD ölçütleri arasındaki ilişkinin anlamlılığı χ^2 testiyle,

• SCID-I ve SCID-II'de tanı almış olmakla PTSD tanısı arasındaki ilişki χ^2 testiyle,

• Birinci grup üyelerinde MMPI ölçeklerinin PTSD tanısı ve cinsiyete göre farklılıklarının anlamlılığı iki yönlü varyans analiziyle,

• Birinci ve ikinci grup üyelerinde MMPI ölçeklerinin PTSD tanısı ve cinsiyete göre farklılıklarınının anlamlılığı iki yönlü varyans analiziyle,

• Birinci grup üyelerinde PTSD tanısı alan ve almayanların MMPI ölçekleri *t* testiyle

• Psikolojik değerlendirme ölçekleri ve MMPI ölçeklerindeki puanların gruplar arasında gösterdiği farklılıkların anlamlılık derecesi tek yönlü varyans analizi (one-way ANOVA) ve farklı olan grupların saptanması Tukey Yayılım Testiyle (Tukey Range Test),

• Üç grupta MMPI ölçeklerinde görülen farklılıkların anlamlılık derecesi tek yönlü varyans analizi (one-way ANOVA) ve farklı olan grupların saptanması Tukey Yayılım Testiyle yapıldı.

BULGULAR

Sosyo-Demografik Özellikler

Cinsiyet: Üç grup da 55 kişiden oluşmaktaydı ve 25 kadınla 30 erkek içermekteydi.

Yaş: 1. grupta yaş ortalaması 30.7 (SS 6.9), 2. grupta 30.9 (SS 5.3); 3. grupta 31.3'tü (SS 5.8). Üç grup arasında yaş açısından anlamlı bir farklılık yoktu.

Eğitim durumu: Birinci grupta ilkokul mezunu 2, ortaokul mezunu 5, lise mezunu 29; üniversite mezunu 18, master ya da doktora yapmış 1 kişi vardı. İkinci grupta ilkokul mezunu 2, ortaokul mezunu 5, lise mezunu 29 ve üniversite mezunu 19 kişi, üçüncü gruptaysa okuryazar 1, ilkokul mezunu 1, ortaokul mezunu 5, lise mezunu 30, üniversite mezunu 17 ve master ya da doktora yapmış 1 kişi bulunmaktaydı. Üç grup arasında eğitim durumu açısından anlamlı farklılık yoktu.

Medeni durum: Birinci grupta 26 evli, 25 bekar, 2 dul, 2 boşanmış denek vardı. Bu sayılar ikinci grup için 26 evli, 22 bekar, 2 dul; 5 boşanmış, üçüncü gruptaysa 34 evli, 19 bekar ve iki boşanmış biçimindeydi. Üç grup medeni durum açısından da anlamlı bir farklılık göstermemekteydi. Konuya ilişkin yazında işkenceye uğrayanlarda boşanma oranının yüksek olduğu belirtilmişse de, çalışmamızda böyle bir durum yoktu.

Mesleki durum: Üç grubun mesleksel yapısı aşağıda gösterilmiştir.

Meslek	1.Grup	2.Grup	3.Grup
1. Ev kadını	0	1	1
2.İşçi	3	11	10
3. Memur	21	32	28
4. Esnaf	4	2	2
5. Tüccar	2	0	4
6. Serbest meslek (dr.,av.,müh.)	9	8	6
7. Akademisyen	0	0	1
8. Öğrenci	3	1	1
9. İşsiz	11	0	0

Birinci grupta işsiz sayısı istatistiksel anlamlılık ($p<.001$) gösteren bir oranda fazlaydı. Bu durum olasılıkla birinci gruptaki deneklerin uzun süreli mahkumiyetleri ve politik uğraşıları ile ilgiliydi.

Üç grup meslek açısından ikiye ayrıldığında, 1+2+3+8+9 meslekleri, birinci grupta 38, ikinci grupta 45, üçüncü grupta 40 kişi ve 4+5+6+7 meslekleri, birinci grupta 15, ikinci grupta 10, üçüncü grupta 13 kişiyle

temsil edilmekteydi. Bu şekilde gruplama yapıldığında, üç grup arasında istatistiksel anlamlılık düzeyinde bir farklılık yoktu.

Ailede psikiyatrik hastalık: Birinci grupta 15, ikinci grupta 12, üçüncü grupta 6 kişinin birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü pozitifti. Üç grup arasında χ^2 analizine göre anlamlı bir farklılık bulunmamaktaydı.

Tedavi gerektiren psikiyatrik hastalık öyküsü: Birinci gruptan 6, ikinci gruptan 5 ve üçüncü gruptan 7 kişide pozitifti. Üç grup arasında anlamlı bir farklılık yoktu.

Politik Geçmiş

İlk iki grup politik öykü ve başka travmatik özellikler açısından karşılaştırıldığında, 17 kontrolün en az bir kez tutuklanmış ve üçünün 1–2 ay hapishane deneyimi yaşamış olduğu görüldü. Birinci grupta, tutuklanma, mahkum edilme, suçlanma, mahkemeye çıkma, hüküm giyme oranları anlamlı derecede daha yüksekti (hepsinde $p<.0001$). Tutuklanma, mahkumiyet sayısı ve süreleri işkence kurbanlarında kontrollere göre anlamlı derecede yüksekti ($p<.001$). İşkence kurbanlarının %51'i politik nedenlerle bir ya da iki, %49'u da 3–30 kez tutuklanmıştı. *Adalet Bakanlığı'na bağlı olmayan bir kurumda ortalama gözaltı/tutuklanma sayısı 3.4, ortalama toplam gözaltı/tutukluluk süresi de 38.9 gündü.* En şiddetli işkence deneyimi tutuklanma/sorgulanma döneminde yaşandığından, bu süre çok uzun olarak kabul edildi. Olasılıkla işkenceyle karşılaşma oranının bu kadar yüksek olmasının nedeni uzun süreli gözaltıdır.

Kurbanların %98'i ortalama 4.3 suçla suçlanmış (SS 2.4, 1–9 arasında), %96'sı haklarında ortalama 2.4 kez (SS 1.5, 1–7 arasında) farklı suçlardan dava açılmış, %55'i yüklenen ortalama 1.7 (SS 1) suç nedeniyle mahkum olmuş ve. %89'u bir süre cezaevinde kalmıştı. *Ortalama toplam gözaltı ve hapishanede kalma süresi 4 yıldan fazlaydı.*

İkinci grupta da bir politik amaca orta düzeyden daha yüksek derecede bağlılık bulunmasına karşın, işkence kurbanları politik amaca kontrollere göre anlamlı derecede daha fazla bağlılık göstermekteydi ($p<.001$). Politik etkinlik türü yönünden iki grup arasında anlamlı bir farklılık yoktu. İşkence grubunun %9'u ve birinci kontrol gurubunun %11'i bireysel politik etkinlikte bulunmaktaydı. Kalanların tümü bir politik organizasyonun üyesiydi. Kurbanlar arasında daha önceden işkenceye hazırlıklı olma oranı çok yüksekti (dört maddeli ölçekte 9.5, SS 3.3, dağılım aralığı 0–14). Hiçbir kurban işkenceden tümüyle habersiz değildi.

İşkence seansları sırasında tutumları yönünden işkence kurbanlarının kendi tutmunu değerlendirmesi görece pozitifti (üç maddeli ve değerlendirmenin olumludan olumsuza 1 ile 125 arasında değer alabileceği ölçekte ortalama 31.6, SS 23.9).

İşkence kurbanlarının %84'ü hapishanede ortalama 11.7 kez açlık grevine katılmıştı. En uzun açlık grevi süresi ortalama 21.2 gün, kişi başına açlık grevinde geçen ortalama toplam gün sayısı yüzdü. Kurbanların yüksek politik yönelimiyle bağlantılı bulunan bu tablo, direnç ve mücadele için yüksek potansiyelleri olduğu biçiminde yorumlandı.

İşkenceden sonra kurbana sağlanan sosyal/politik/ekonomik/yasal destek derecesinin değerlendirilmesinde hem başkalarından (eş, aile, anababa, akrabalar, arkadaşlar) aldığı ve kendisi için önemli yardımın boyutu, hem de kurbanın bu desteğe ilişkin değerlendirmesi ve tatminkâr bulma düzeyi hesaba katıldı. Hapishanedeyken işkence kurbanlarının %93'ü kendileri için önemli olan kişiler içinde en az bir gruptan zayıf–çok güçlü destek görmüştü, hapishane sonrası dönemdeyse aynı destek %86 oranında gerçekleşmişti. İki farklı dönem ve kurban tarafından önemli sayılan üç ayrı grup bir bütün olarak değerlendirildiğinde işkence kurbanları 0–4 arasında değişebilen bir ölçekte ortalama 2.7 puanlık destek görmüştü.

Son işkence uygulanma tarihiyle görüşme arasındaki ortalama süre 61 aydan uzundu. Hapishaneden sonra geçen ortalama süre de 41 aydı. Bu bulgular işkence–mahkumiyet travmasının görece eski ve işkenceye bağlı bu travmalara ilişkin sorunların —varsa— akut değil kronik olduğunu göstermekteydi.

İşkence Dışı Travma Deneyimleri

İşkence grubuyla birinci kontrol grubu χ^2 testi ve *t* testiyle karşılaştırıldı. İki grup gerek eşleştirilen değişkenler açısından, gerekse pek çok başka yönden çarpıcı benzerlikler göstermekteydi. Ancak işkence görenlerde gözaltına alınma, tutuklanma, suç yüklenme, yargılanma ve hüküm giyme daha sıktı.

İşkence dışındaki stres yaratıcı yaşam olayları DSM–III–R psikososyal stresörler ağırlık ölçeğinde değerlendirildi. Stres yaratıcı yaşam olayları arasında, a) sevilen birinin kaybı, göz altına alınması, işkence görmesi, hapsedilmesi, b) ciddi bedensel hasar, c) kazalar, d) siyasi şiddetle karşılaşma (gösteriler sırasında fiziksel şiddet uygulanması, bomba patlaması vb). bulunmaktaydı.

İki grup çeşitli türden stresörlerin sıklığı ve şiddeti yönünden anlamlı bir farklılık göstermiyordu. İkinci kontrol grubunda politik yaşama bağlı ve işkenceye bağlı herhangi bir stres yoktu, politika ve politika dışı travma deneyimleri de anlamlı ölçüde düşüktü. Grupların toplam işkence dışı travma puan ortalamaları, sırasıyla 12.3 (SS 11.1) 12.7 (SS 8.3) ve 2.9'du (SS 3.4). Üç grubun işkence dışı toplam travma puanlarının karşılaştırılması istatistiksel olarak çok anlamlı bir sonuç veriyordu ($p<.0001$).

Üçüncü grupta işkence dışı travma puanının düşük olması anlamlı görünmektedir. Bu durum kısmen siyasi şiddete maruz kalma puanlarının, kısmen de sevilen birinin işkence görmesi, gözaltına alınması puanlarının düşüklüğünden kaynaklanıyor olabilir.

İşkence Deneyimleri

Vaka grubunu oluşturan 55 kişinin %87'si gözaltına alındaktan sonra kimseyle görüştürülmemiş ve kapalı tutulmuştu. Yaşanan işkence tipleri, işkence uygulanma sayısı ve süresi hakkında bilgi alındı. Vaka grubunun bildirdiği işkence türleri arka sayfadaki tabloda gösterilmiştir. Vakalar ortalama 23 çeşit işkence görmüşler (SS 7, 7–41 arasında) ve bu işkenceler ortalama 291 seansta gerçekleştirilmişti (24–822 arasında, SS 222) Söz konusu sayılar, ortalama 47 aylık (SS 56, 1–166 ay arasında) kapalı tutulma (gözaltı+tutukluluk+mahkumiyet) süresine ilişkindi.

İşkence Şiddetiyle İlgili Bazı Sayılar (n:55)			
Ölçümler	Ortalama (SS)	En Az	En Çok
Uygulanan işkence türleri	23 (9)	7	41
Uygulanan işkence sayısı	292 (222)	24	822
Algılanan işkence şiddeti	2.9 (0.9)	0	4

Değerlendirme sırasında, serbest kaldıktan sonra geçen ortalama süre 41 aydı . En son serbest kalan 2 ay, en önce serbest kalan 143 ay önce serbest bırakılmıştı. İşkenceye son kez maruz kalmadan beri geçen ortalama süre 61 aydı (SS 45). Son işkence görme tarihi en az 3, en fazla 145 ay geriye gidiyordu.

Her iki kontrol grubunun da işkence deneyimi yoktu.

Kurbanların Bildirdiği İşkence Yöntemleri		
İşkence Biçimi	**N**	**%**
Hakaret, küfür ve sözle aşağılama	55	100
Dayak	55	100
Gözlerin bağlanması	53	96
Dönüşümlü olarak kaba ve kibar davranışlar	51	93
Daha fazla işkenceyle tehdit	47	85
Zorla aynı pozisyonda tutma	48	87
Kişisel hijyenin önlenmesi	45	82
Saçlardan kaldırma, bıyık yolma	43	78
Elektrik verilmesi	43	78
İşkence izletme ve dinletme	41	74
Ölüm tehdidi	40	73
Soyma	39	71
İşeme ve dışkılamanın engellenmesi	39	71
Tecrit	37	67
Uykusuz bırakma	36	65
Hareket kısıtlaması	34	62
Falaka	34	62
Tıbbi bakımdan yoksun bırakma	34	62
Aşırı sıcak ya da soğukta bırakma	33	60
Irza geçme tehdidi	32	58
Mahremiyet hakkı verilmemesi	31	56
Aileye yönelik tehditler	29	53
Enfeste olmuş çevre (bit vb)	29	53
Aç bırakma	28	51
Bileklerden asma	28	51
Zorla yüksek sesli müzik dinletme	25	45
Susuz bırakma	24	44
Soğuk su tutma	23	42
Kulaklara vurma	22	40
Yalancı infaz	21	38
Ağırlık uygulayarak zorla aynı pozisyonda tutma	18	33
Cinsel organların okşanması	17	31
Havasız bırakma	13	24
Suya batırma	8	16
Parlak ışığa maruz bırakma	7	13
Dışkıyla karışık yiyecek verme	7	13
Yakma	5	9
İple bağlama	5	9
Üstüne dışkı ya da idrar dökme	5	9
Germe	3	5
Tırnakların altına iğne batırma	3	5
Testislerin burulması	3	5
Irza geçme	2	4
Diğer	29	53

PSİKİYATRİK BULGULAR

Birinci Eksen Tanıları

Üç grubun birinci eksen tanılarının karşılaştırması aşağıdaki tabloda yapılmış ve farklılıkların anlamlılık dereceleri gösterilmiştir

Tanılar	Grup I	Grup 2	Grup 3	χ^2 (p)†	Grupların Farkı
O sıradaki majör depresif sendrom	2	0	2	AD	
Geçmiş majör depresif sendrom	17	13	4	**	(1–3)(2–3)
O sıradaki hipomani	1	1	0	AD	
O sıradaki mani	0	1	0	AD	
Geçmiş hipomani	5	2	0	AD	
Distimi	2	3	1	AD	
Bipolar bozukluk	3	0	1	AD	
Alkol bağımlılığı	1	1	2	AD	
Panik bozukluğu	1	2	0	AD	
Agorafobi (paniksiz)	0	1	0	AD	
Sosyal fobi	1	0	1	AD	
Basit fobi	4	3	0	AD	
Obsessif–Komp. Boz.	3	1	0	AD	
Yaygın Anks. Boz.	4	1	0	AD	
PTSD (herhangi bir zamanda)	18	6	0	**** ** (1–2)	(1–2)(1–3)(2–3)
PTSD (o sırada)	11	2	0	***	(1–2)(1–3)
Hipokondri	0	1	1	AD	
Uyum bozukluğu	1	0	1	AD	
TOPLAM TANI	**30**	**21**	**9**	***	**(1–3)(2–3)**

†p sütunundaki simgelerin anlamı şöyledir: •: .1>p>.05, *: p<.05, **: p<.01, ***: p<.001, ****: p<.0001, AD: Anlamlı değil.

PTSD ve geçmiş majör depresif sendrom dışında 1. eksen tanıları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktu. Herhangi bir zamanda PTSD ölçütlerini dolduran 6 (%11) ikinci grup üyesine karşı 18 (%33) işkence kurbanı bir dönemde PTSD ölçütlerine uyuyordu (p=.01). İkinci grupta 2 kişiye (%4) karşılık kurbanların 11'inde (%20) o an PTSD vardı (p=.032). Üçüncü gruptaysa herhangi bir zamanda ya da o sırada PTSD ölçütlerini dolduran hiç kimse yoktu. O anki PTSD'nin görüşmeci tarafından değerlendirilen şiddeti, hafif ya da ortaydı. Hiçbir denekte tablo ağır olarak değerlendirilmedi. İkinci en sık tanı, geçmişte depresif sendromdu. Birinci grupta 17, ikinci grupta 13 ve üçüncü grupta 4 kişi geçmiş majör depresif sendrom tanısına uyuyordu. Birinci ve ikinci gruplar arsındaki fark anlamlı değilken, hem birinci hem de ikinci grubun üçüncü grupla farklılığı istatistiksel yönden anlamlı bulundu.(p<.01). Anksiyete bozuklukları, alkol–madde kötüye kullanımı gibi travmaya uğramış topluluklarda sık görülen başka durumlar her üç grupta da seyrekti ve gruplar arasında bu yönden anlamlı bir farklılık yoktu. Birinci eksen tanısı konan kişi sayısı birinci grupta 30 (%54.5), ikinci grupta 21 (%38.2), üçüncü grupta da 9'du (%16.4). İlk iki grupta tanı sıklığı üçüncü gruba göre anlamlı ölçüde yüksekti (p<.001).

İkinci Eksen Tanıları

Üç grubun ikinci eksen tanıları tabloda karşılaştırılmış ve farklılıkların anlamlılık dereceleri gösterilmiştir.

Tanılar	Grup I	Grup 2	Grup 3	χ^2 (p)†		
				1:2:3	1:(2, 3)	(1, 2):3
Paranoid	0(1)	1(3)	3(0)	AD	AD	AD
Şizotipal	0(1)	0(2)	0(0)	AD	AD	AD
Şizoid	0(4)	0(1)	0(0)	AD	AD	AD
Antisosyal	0(0)	0(0)	0(0)	AD	AD	AD
Borderline	0(2)	0(0)	0(0)	AD	AD	AD
Histrionik	0(2)	0(1)	1(1)	AD	AD	AD
Narsisistik	0(1)	0(0)	0(0)	AD	AD	AD
Çekingen	2(5)	1(1)	1(4)	AD	AD	AD
Bağımlı	1(1)	0(0)	0(0)	AD	AD	AD
Obsessif–Komp.	2(6)	0(6)	1(1)	AD	AD	AD
Pasif–agresif	0(3)	0(1)	2(1)	AD	AD	AD
Kendine karşı	0(2)	0(2)	1(0)	AD	AD	AD
A kümesi	0(5)	1(6)	3(0)	AD	AD	
B kümesi	0(3)	1(1)	1(1)	AD	AD	AD
C kümesi	5(10)	1(8)	7(2)	*	AD	*
Toplam	**5(11)**	**3(12)**	**9(1)**	*	**AD**	**AD**

† 1: tanı yok, 2: eşikaltı tanı, 3: eşiküstü tanı. İlk kolonda 3 kategorili (yok/eşikaltı/eşiküstü), ikinci.kolonda (yok/eşikaltı+eşiküstü) ve üçüncü kolonda (yok+eşikaltı/eşiküstü) ikişer kategorili karşılaştırmalar. p değerlerinin açıklaması önceki tablodadır.

İşkence gören grupta 5, politik aktivitesi olmakla beraber işkence görmeyen grupta 3, ne politik aktivitesi olan ne de işkence gören gruptaysa 9 kişi herhangi bir kişilik bozukluğunun tanı ölçütlerini doldurmaktaydı. Tanı ölçütlerini tam olarak doldurmamakla birlikte yalnız bir tanı ölçütünün eksik olduğu vakaları da (eşikaltı tanı) eklediğimizde, 1. grupta 16, 2. grupta 15, 3. grupta 10 kişi eşikaltı ya da eşiküstü bir tanıya uyuyordu. Kişilik bozukluğu kümeleri açısından, 1. gruptan 0, 2. gruptan 1, 3. gruptan 3 kişi A kümesinde, 1. gruptan 0, 2. gruptan 1, 3. gruptan 1 kişi B kümesinde, 1. gruptan 5, 2. gruptan 1, 3. gruptan 7 kişi C kümesinde sayılan kişilik bozukluklarına uymaktaydı.

Üç grup ikinci eksen tanıları açısından karşılaştırıldığında herhangi bir kişilik bozukluğu açısından anlamlı bir farklılığın söz konusu olmadığı görülmektedir. Kişilik bozukluğu tanılarına eşik altı puan alanlar katıldığında da bu sonuç değişmemektedir.

Kişilik bozukluğu kümeleri açısından 3. grupta ikinci gruba göre anlamlı ölçüde daha çok C kümesi tanısı vardı ($p<.05$). Birinci grupla ikinci grup ve birinci grupla üçüncü grup arasında anlamlı bir farklılık yoktu. A kümesi tanılar yönünden, birinci ve üçüncü grup arasında, istatistiksel anlamlılık düzeyine varmayan bir farklılık bulunmaktaydı.

Toplamda, üçüncü grupta ikinci gruba göre anlamlı oranda yüksek oranda kişilik bozukluğu tanısı vardı ($p<.05$).

Birinci ve İkinci Grupta PTSD Semptomlarının Karşılaştırması

SCID-I PTSD semptomları	1. Grup, sayı	2. Grup, sayı	p
A: Stresör varlığı	55	13	<.0001
B1: Travmatik olayın yeniden hatırlanması	22	10	.0209
B2: Karabasanlar	26	6	.0001
B3: Travmanın yeniden yaşanması	20	6	.0035
B4: Travmanın hatırlanmasının sıkıntı vermesi	25	8	.0009
B semptomlarından en az birinin bulunması	39	12	<.0001
C1 Travmaya eşlik etmiş duygu ve düşünceler-den kaçınma çabaları	12	6	AD
C2: Travmayı hatırlatan etkinlik ve durumlardan kaçınma çabaları	18	3	.0007
C3: Psikojenik amnezi	20	1	<.0001
C4: Önemli etkinliklere ilgide azalma	12	4	AD
C5: İnsanlardan uzaklaşma ve yabancılaşma duyguları	16	5	.0153
C6: Duygulanımda kısıtlılık	12	4	AD
C7: Gelecekten beklentilerde azalma	16	6	.0319
C semptomlarından en az üçü	20	7	.0078
D1: Uyku bozukluğu	20	7	.0078
D2: İrritabilite	19	6	.0063
D3: Konsantrasyon güçlüğü	34	6	<.0001
D4: Hipervijilans	13	3	.0149
D5: Tepkilerde aşırılık	18	4	.0019
D6: Travmayı hatırlatan durumlarda fizyolojik tepki	18	4	.0019
D semptomlarından en az ikisi	35	9	<.0001
E: Semptomların aynı altı aylık dönem içinde bulunması	43	9	<.0001
Ortalama semptom sayısı (SS)	5.9 (4.4)	1.7 (3.8)	<.001
Herhangi bir zamanda ortalama PTSD semptom sayısı (SS)	10.6 (2.3)	10.7 (1.8)	AD
İnceleme sırasında ortalama PTSD semptom sayısı (SS)	10.6 (2.3)	10.7 (1.8)	AD

İlk iki grup arasında SCID–I PTSD maddelerinin çoğunda anlamlı ölçüde farklılık vardı. İşkence grubunu kontrol grubundan en iyi ayırt eden maddeler, karabasanlar, psikojenik amnezi, bellek ve konsantrasyon bozulması, travmayı hatırlatan durumlarda sıkıntının artması ve kaçınma semptomlarıydı. Ancak bütün semptomlarda ortalama şiddet düzeyi ortanın altındaydı. İki grup, travmayla ilişkili düşüncelerden kaçınma, önemli etkinliklere ilgide azalma ve duygulanımda kısıtlanma yönünden farklılık göstermiyordu. İşkence grubunda ortalama PTSD semptom sayısı 5.9 ve kontrol grubunda 1.7 idi ($p<.001$). Öte yandan, herhangi bir zamanda PTSD semptomlarının ortalama sayısı ve o anki PTSD düzeyi iki grupta anlamlı farklılık göstermemekteydi.

Depresyon ve Anksiyete Bulguları

Ölçekler	Grup 1	Grup 2	Grup 3	p (ANOVA)	Grupların Farkları
Beck Depresyon	9.5(7.4)	6.3(5.6)	5.8(6.3)	**	(1–2)(1–3)
Hamilton Depresyon	5(4.5)	2.9(3.4)	2.9(3.6)	**	(1–2)(1–3)(2–3)
Hamilton Anksiyete	7.5(6.5)	3.9(5.1)	4.7(5.3)	**	(1–2)(1–3)
Durumsal Anksiyete	39.6(10.7)	38(9.4)	34.6(9.4)	*	(1–3)(2–3)
Sürekli Anksiyete	44.4(8.1)	41.9(6.6)	38.6(7.7)	***	(1–2)(1–3)(2–3)

İşkence grubu, Beck Depresyon, Hamilton Depresyon, Hamilton Anksiyete, Durumsal ve Sürekli Anksiyete ölçeklerinde kontrollere göre anlamlı ölçüde daha yüksek puanlar almıştı. Ancak, her üç grupta da bütün skorlar normal sınırlar içindeydi. Durumsal Anksiyete ölçeğinde birinci ve ikinci grup arasında anlamlı bir fark yoktu. Hamilton Depresyon, Durumsal Anksiyete ve Sürekli Anksiyete ölçeklerinde, ikinci grupla üçüncü grup arasında anlamlı bir farklılık söz konusuydu.

PTSD'li İşkence Kurbanlarında Psikolojik Durum

Birinci gruptaki işkence kurbanlarından herhangi bir zamanda PTSD+ olanlarla PTSD– olanlar arasındaki farklılık, bütün ölçeklerde (durumsal anksiyete için $p<.005$, arta kalanların tümü $p<.001$) anlamlı derecedeydi. O sırada PTSD+ olanların durumsal anksiyete dışında

bütün ölçeklerden aldıkları puanlar PTSD– olanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti. Üç PTSD ölçeği içinde ayırt edici gücü en fazla olan PTSD–CL idi, bunu PTSD RS izliyordu, MMPI–PTSD ise sonuncuydu (MMPI–PTSD ve sürekli anksiyete için $p<.05$, BECK D ve HAM A için $p<.005$, diğer ölçekler için $p<.001$). Değerler, PTSD+ kurbanlarda hiçbir ağır psikopatoloji olmadığını düşündürmekteydi. Ortalama şiddet düzeyi, PTSD için ortanın altında, depresyon için çok düşük ve anksiyete için hafifti.

MMPI BULGULARI

Grupların Kadın Üyeleri

Üç Grubun Kadın Üyelerindeki MMPI Bulguları					
Ölçek	Grup 1 (n=25)	Grup 2 (n=25)	Grup 3 (n=23)	p (One–way ANOVA)	Gruplararası anlamlı farklılık
1 Hipokondri	53.7(9.0)	52.6(10.3)	46.3(11.9)	*	(1–3)(2–3)
2 Depresyon	53.1(9.8)	51.0(8.3)	46.7(8.4)	*	(1–3)(2–3)
3 Histeri	60.4(8.7)	58.8(12.5)	48.8(11.0)	***	(1–3)(2–3)
4 Psikop. sapma	49.3(9.9)	47.1(9.5)	40.9(7.2)	**	(1–3)(2–3)
5 Mask./fem.	52.0(7.3)	50.4(7.9)	54.2(9.5)	AD	
6 Paranoya	48.9(6.4)	46.4(8.1)	42.7(6.6)	*	(1–3)(2–3)
7 Psikasteni	46.5(12)	44.4(7.6)	42.5(7.2)	AD	
8 Şizofreni	47.4(8.9)	44.6(7.4)	41.4(6.3)	*	(1–3)(2–3)
9 Hipomani	54.8(11.4)	49.2(8.3)	46.0(7.9)	**	(1–3)(1–2)(2–3)
10 Sos. içedönüklük	43.9(10.2)	43.2(10.8)	36.8(9.8)	*	(1–3)(2–3)

Parantez içindeki değerler standart sapmayı göstermektedir

Tablodaki bulguları özetlersek, *hipokondri ölçeğinde* üçüncü grup düşük T puanı almıştır. Bu puanın yorumu "düşük düzeyde fiziksel yakınma ve sağlık konusuna ilgi azlığı, kendine yeten, iyimser ve rahat yaşayan bir kişilik" olarak yapılmaktadır. Birinci ve ikinci gruplarsa normal puan almışlardır. Bu puanların yorumu, "sağlığa ve fiziksel konulara realistik bir ilgi düzeyi. Özgül şikayeti olan medikal hastalarda gözlemlenebilir" biçiminde yapılmaktadır. İlk iki grubun puanlarıyla üçüncü grubunkiler arasında anlamlı düzeyde farklılık vardır ($p<.05$).

Depresyon ölçeğinde, üçüncü grubun puanları ilk iki gruba oranla anlamlı ölçüde düşüktür ($p<.05$). Ancak, üç grubun puanları da normal sınırlar içindedir.

Histeri ölçeğinde, üçüncü grup birinci ve ikinci gruptan anlamlı ($p<.001$) ölçüde düşük puan almıştır. İkinci ve üçüncü grubun puanları normal sınırlar içindedir (45–59). Birinci grup normal sınırı hafif aşmıştır (60–69), ancak patolojik sayılan sınırın altındadır (70T'den düşük).

Psikopatik sapma ölçeğinde, birinci ve ikinci gruplar üçüncü gruba göre anlamlı ölçüde yüksek puan almışlardır ($p<.05$). Üçüncü grubun puan ortalaması, normalden düşük bir aralıkta (20–44) yer almaktadır. Bu puanlar, "pasif, atılgan olmayan, geleneksel, aşırı uyum eğilimli kişilik, dar ilgi alanı ve moralistik düşünme" biçiminde yorumlanmaktadır. Birinci ve ikinci grup normal sınırlar içindedir: "Makul konformite ve sosyal düzenlilik". Bu bulgu, politik aktivistlerin psikopatik eğilimili kişiler oldukları yönündeki iddialarla çelişmektedir.

Maskülinite/femininite ölçeğinde, üç grubun aldığı puanlar arasında anlamlı bir farklılık yoktur ve her üç grup da normal sınırlar içinde bulunmaktadır.

Paranoya ölçeğinde, birinci ve ikinci grup normal sınırlar içinde, üçüncü grup normalin altında yer almaktadır. Aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p<.05$). Üçüncü grubun içinde bulunduğu aralık (22–44T), "inatçı, hassas ve zor kişiler. Aşırı duyarlılık ve kişilerarası çatışmalar söz konusu olabilir. İlişkilerinde derli toplu, tedbirli, şüpheci, inkarcı, güvensiz niteliktedirler" biçiminde yorumlanmaktadır. Birinci ve ikinci grubun içinde yer aldığı aralıksa, "başkalarına ilişkin yeterli bir anlayışın kazanılmış olduğuna, esnek bir yaklaşıma" işaret eder.

Psikasteni ölçeğinde üç grup arasında anlamlı bir farklılık yoksa da, birinci grup normal (45–59), ikinci ve üçüncü grupsa düşük aralıkta (20–44) yer almışlardır.

Şizofreni ölçeğinde birinci grubun ortalama puanı normal (45–59), ikinci ve üçüncü grubun içinde bulundukları aralıksa (21–44) normalden düşüktür. Bu son aralık, "insanlara ve pratik konulara ilgi duyan bu kişiler, geleneksel, otoriteyi kabullenen, somut, kontrollü ve yaratıcı olmayan bir yapıya sahiptirler" biçiminde yorumlanmaktadır. Ancak, ikinci grup üçüncü gruptan daha yüksek puan almıştır ve aradaki fark istatistiksel yönden olarak anlamlıdır ($p<.05$).

Hipomani ölçeğinde üç grup da normal aralık içinde (45–59T) olmasına karşın, birinci grup öbür iki gruptan, ikinci grup da üçüncü gruptan anlamlı ölçüde yüksek puan almıştır($p<.01$)

Sosyal içedönüklük ölçeğinde üç grup da normalin altında puan almıştır. Ancak birinci ve ikinci grubun puanlarıyla üçüncü grubunkiler arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Üç grubun da içinde bulunduğu aralık (25–44T) "sıcak, sosyal, dışa dönük, cömert kişilik" biçiminde yorumlanmaktadır. Ancak üçüncü grubun yer aldığı alt grup, yani bu aralığın

düşük bölümü (25–39T) "kolay sosyal temaslar kurabilen ama bunlarda ciddiyet ve samimiyetten uzak, sosyal bağımlılığı ve sosyal beğeniye aşırı düşkünlüğü olan kişiler" olarak değerlendirilmektedir.

Tüm ölçekler birden göz önüne alındığında, *işkence grubunda* yer alan ve politik açıdan daha aktif kadınlar histeri skalasında hafif bir artışla sosyal içe dönüklük puanında hafif bir düşüş dışında tamamen normal sınırlarda yer almakta ve oldukça sağlıklı bir profile sahip görünmektedir. Şiddete maruz kalan kurbanlarda ve PTSD'lilerde tipik olduğu söylenen patolojik düzeyde (70T'nin üzerinde) Hs/D/Hy ölçekleri yükselmesi ne birinci ne de ikinci grupta bulunmuştur. Birinci grubun öbür iki gruptan farklılık gösterdiği tüm ölçeklerde bu farklılık daha aktif, girişken, bağımsız davranabilen bir profil yönündedir. *İkinci grup* birinci ve üçüncü grubun arasında yer almaktadır. *Üçüncü grup* normal değerlerden ilk iki gruba göre daha çok farklılık göstermekte ve bu farklılık ortaya çıktığı bütün ölçeklerde normalden düşük bir profil yönünde olmaktadır. Öbür iki grupla karşılaştırıldığında, bu grup, daha düşük düzeyde fiziksel yakınması ve sağlık konusuna düşünsel ilgi azlığı olan, pasif, atılgan olmayan, geleneksel, aşırı uyum eğiliminde, ilgi alanı dar ve moralisitk düşünme gösteren; inatçı, hassas ve zor, aşırı duyarlılık ve kişilerarası çatışmaları olan, ilişkilerinde derli toplu, tedbirli, şüpheci, inkarcı, güvensiz; pratik konularla ve insanlarla ilgili, geleneksel, otoriteyi kabullenen, somut, kontrollü ve yaratıcı olmayan; kolay temaslar kurabilen ama bunlarda ciddiyet ve samimiyetten uzak, sosyal bağımlılığı ve sosyal beğeniye aşırı düşkünlüğü olan bir profil göstermektedir.

Grupların Erkek Üyeleri

Üç Grubun Erkek Üyelerindeki MMPI Bulguları					
MMPI Ölçeği	Grup 1 (n=30)	Grup 2 (n=30)	Grup 3 (n=29)	p (One-way ANOVA)	Gruplararası anlamlı farklılık
1 Hipokondri	59.4(16.1)	49.5(7.7)	51.7(8.9)	**	(1–2)(1–3)
2 Depresyon	59.5(13.7)	53.0(6.7)	53.7(9.5)	*	(1–2)(1–3)
3 Histeri	65.6(16.1)	57.0(9.3)	54.5(8.2)	**	(1–2)(1–3)
4 Psikop. sap.	55.1(10.0)	47.9(8.1)	46.0(9.0)	***	(1–2)(1–3)
5 Mask./fem.	54.3(7.2)	56.4(6.5)	47.4(9.2)	***	(1–3)(2–3)
6 Paranoya	51.7(8.5)	50.3(8.0)	43.6(8.3)	***	(1–3)(2–3)
7 Psikasteni	49.8(10.4)	46.5(6.3)	46.7(10.6)	AD	
8 Şizofreni	51.0(10.5)	46.3(6.1)	45.4(6.2)	*	(1–2)(1–3)
9 Hipomani	49.7(8.9)	51.0(8.6)	46.6(9.7)	AD	
10 Sos. içedön.	51.0(11.6)	47.6(9.3)	42.7(7.0)	**	(1–3)(2–3)

Parantez içindeki değerler standart sapmayı göstermektedir.

Tablodaki bulguları özetlersek, *hipokondri ölçeğinde* birinci grup ikinci ve üçüncü gruptan istatistiksel yönden anlamlı ölçüde yüksek puan almışsa da ($p<.01$), puanlar normal sınırlar içindedir.

Depresyon ölçeğinde üç grubun ortalama puanları da normal aralıktadır. Ancak, puanları öbür ikisine göre anlamlı ölçüde ($p<.05$) daha yüksek olan birinci grubun ortalaması, "hafif derecede depresyon, kuruntululuk ve kötümserlik" olarak yorumlanan 60–69T'lik aralıktan sadece 0.5 puan düşüktür.

Histeri ölçeğinde, birinci grup ikinci ve üçüncü gruplardan anlamlı ölçüde daha yüksek puanlar almıştır ($p<.01$). Birinci grubun puan ortalaması normalin bir üstündeki aralıktadır (60–69T). Bu durum daha çok somatik semptomlarla ilgili görünmektedir.

Psikopatik sapma ölçeğinde birinci grubun puanları ikinci ve üçüncü grubun puanlarından anlamlı oranda yüksektir ($p<.001$). Ancak üç grup da normal aralıktadır. Üçüncü grup daha belirgin olmak üzere, ikinci ve üçüncü grup normalin altındaki aralığa (20–44T) yakındır. Bu aralık, "pasif, atılgan olmayan, geleneksel, aşırı uyum eğilimli, ilgi alanı dar ve moralistik düşünen kişiler" biçiminde yorumlanır.

Maskülinite/femininite ölçeğinde birinci ve ikinci grup üçüncü gruptan anlamlı ölçüde daha yüksek puan almıştır ($p<.001$). Ancak, her üç grup da normal aralıktadır. Birinci ve ikinci grubun daha yakın olduğu bir üst aralık (60–69T), "estetik ilgiler, imajinasyon, duyarlılık, stereotipik maskülin beklentilerden uzaklaşma" biçiminde, üçüncü grubun daha yakın olduğu aralıksa (26–40T) "masküliniteye aşırı düşkünlük, düşünmeden çok aksiyona yönelim, yaratıcılıkta zayıflık, dar ilgi alanı" biçiminde yorumlanmaktadır.

Birinci ve ikinci grup *paranoya ölçeğinde* üçüncü gruba göre anlamlı ölçüde daha yüksek puanlar almıştır ($p<.001$). İlk iki grup arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık yoktur. Bu iki grubun ortalaması normal sınırlar (45–59T) içinde olup, "başkalarına ilişkin yeterli bir anlayışın kazanılmış olduğuna ve esnek bir yaklaşıma" işaret ettiği söylenebilir. Üçüncü grupsa normalin biraz altında puan almıştır; bu grubun ortalamasının içinde bulunduğu aralığa (22–44T) ilişkin yorum, "inatçı, hassas ve zor kişiler, aşırı duyarlılık ve kişilerarası ilişkilerde çatışmalar; ilişkilerinde derli toplu, tedbirli, şüpheci, inkarcı, güvensiz ve sosyal anlamda nelerin kabul göreceğini iyi muhakeme eden kimseler" biçimindedir.

Psikasteni ölçeğinde üç grup da normal sınırlar içinde puanlar almıştır ve aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Şizofreni ölçeğinde birinci grup öbür iki gruba göre anlamlı ölçüde daha yüksek puanlar almışsa da ($p<.05$), her üç grubun ortalamaları normal sınırlar içindedir. Son iki grubun yakın olduğu bir alt aralığa (21–44T) ilişkin yorum, "insanlara ve pratik konulara ilgi, geleneksel, otoriteyi kabullenen, somut, kontrollü ve yaratıcı olmayan bir yapı" biçimindedir.

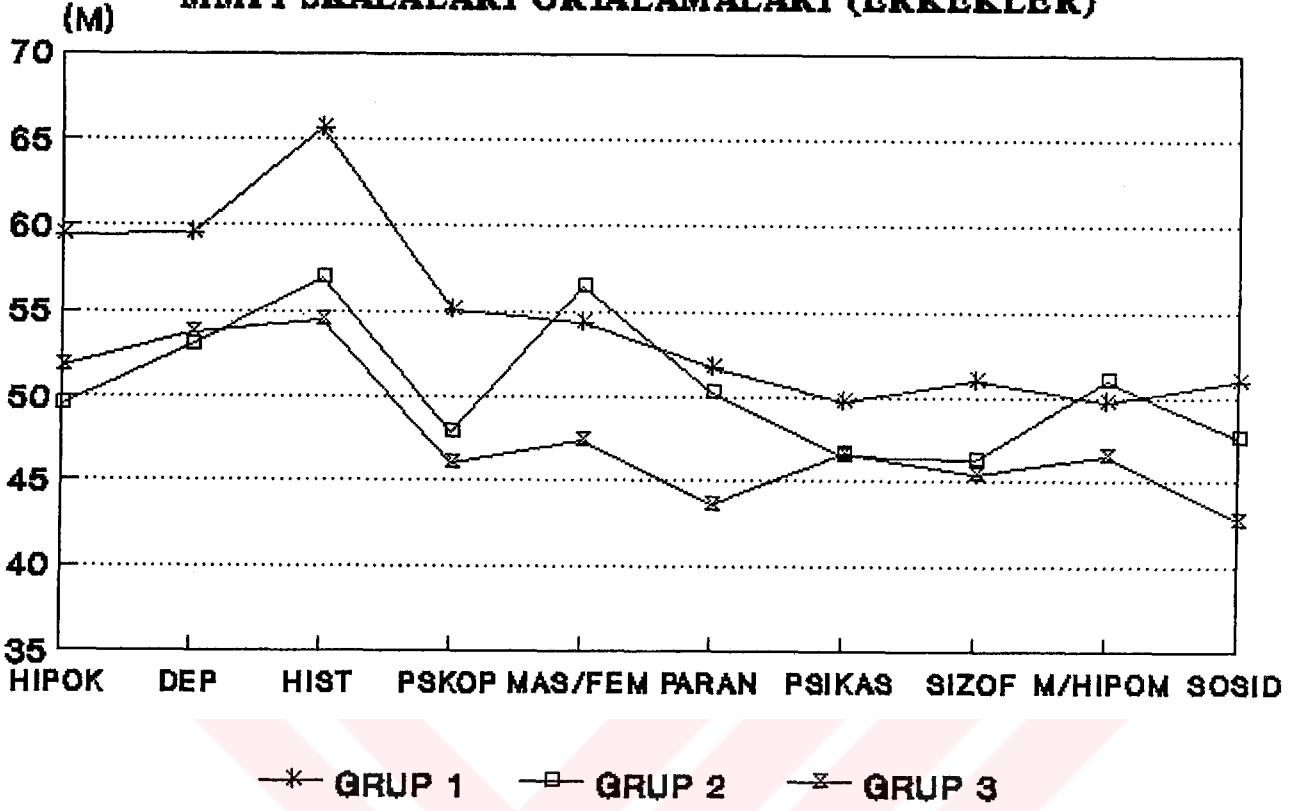
Hipomani ölçeğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur ve tümünün ortalaması normal sınırlar içindedir.

Sosyal içedönüklük ölçeğinde birinci ve ikinci grup üçüncü gruba göre anlamlı olarak yüksek puanlar almıştır ($p<.01$). Birinci ve ikinci grupların ortalaması normal aralık, üçüncü grupsa normalin bir altındaki aralık içinde bulunmaktadır.

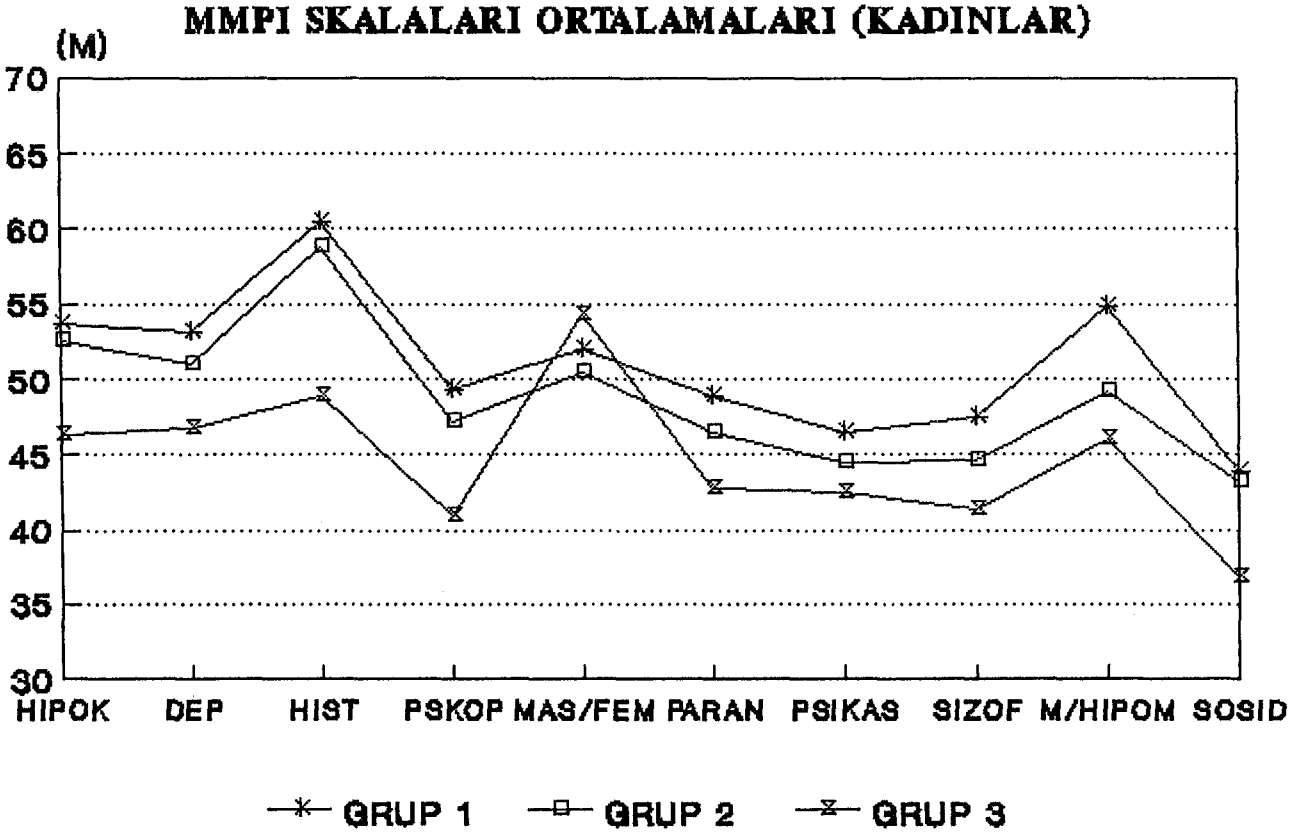
Bütün ölçekler birlikte değerlendirildiğinde, birinci grubun hipomani ve psikasteni dışındaki tüm ölçeklerde üçüncü gruba, maskülinite/femininite, paranoya, psikasteni, hipomani ve sosyal içedönüklük dışındaki ölçeklerde de ikinci gruba göre anlamlı oranda yüksek puan aldığını, ikinci grupta da maskülinite/femininite, paranoya ve sosyal içedönüklük ölçeklerinde puanların üçüncü gruba göre anlamlı oranda yüksek olduğunu görmekteyiz. Birinci grubun aldığı puanlar, hafifçe yükselmiş histeri ölçeği dışında (65.6T) normal sınırlar içindedir. İkinci grubun bütün ortalamaları normal sınırlar içindedir, üçüncü grupsa paranoya ve sosyal içedönüklük ölçeklerinde normal aralığın hafifçe altında puanlar almıştır.

Bu bulgular, *birinci grubun* "sağlığa ve fiziksel konulara gerçekçi bir ilgi düzeyi olan, normal sınırlarda hafifçe depresif, histeri ölçeğinde somatik semptomlarla ilgili görülen hafif bir yükselme bulunan, makul ölçülerde konformizm ve sosyal düzenliliği olan, başkalarına ilişkin yeterli bir anlayış ve esnek bir yaklaşım sahibi, benliğine sağlıklı ölçülerde güvenen, iş ve yaşama gereksiz kuruntulardan uzak bir biçimde yaklaşma yetisi olan, hem pratik hem de teorik konulara beklenebilecek ölçüde yönelim gösteren, enerji ve etkinlik düzeyi normal, sosyal ilişkilerinde dengeli bir tatmin düzeyi olan" bir profili bulunduğunu, ayrıca "estetik ilgileri olan ve stereotipik maskülin beklentilerden uzaklaşma eğiliminde" bir topluluk olduğunu göstermektedir. *İkinci grubun yeri*, birinci ve üçüncü gruplar arasındadır. *Üçüncü grubun* profiliyse, "pasif, atılgan olmayan, geleneksel, aşırı uyum eğilimli, ilgi alanı dar ve moralistik düşünme gösteren, inatçı, hassas ve zor, aşırı duyarlılık gösteren, kişilerarası çatışmaları olan, ilişkilerinde derli toplu, tedbirli, şüpheci, inkarcı, güvensiz, sosyal olarak nelerin kabul edileceğini iyi muhakeme eden" bir topluluğa uygundur. Ayrıca, "maskülinitye aşırı düşkün, düşünmekten çok eyleme yönelimli, yaratıcılığı zayıf, ilgi alanı dar, daha çok pratik konular ve insanlarla ilgili, geleneksel, otoriteyi kabullenen, somut, kontrollü ve yaratıcı olmayan" biçiminde yorumlanabilecek bir yapıya da oldukça yakındır.

MMPI SKALALARI ORTALAMALARI (ERKEKLER)



MMPI SKALALARI ORTALAMALARI (KADINLAR)



PTSD Tanısına Göre Birinci Grup Üyelerinin MMPI Profillerinin Karşılaştırılması

1. Grup PTSD+ ve PTSD- Kadın ve Erkek Üye Profillerinin ANOVA İle Karşılaştırılması						
Ölçekler	PTSD+ K(8)	PTSD-K(17)	PTSD+E(10)	PTSD-E(20)	Cins	PTSD
1.Hs	54.2(10.7)	53.6(9.4)	63.1(19.4)	57.6(14.4)	AD	AD
2.D	59.7(10.8)	51.7(9.3)	66.5(15.7)	55.0(10.7)	AD	.004
3.Hy	64.3(8.9)	61.2(8.3)	65.0(18.5)	65.3(15.4)	AD	AD
4.Pd	52.1(9.6)	49.8(10.5)	58.5(9.9)	52.1(9.5)	AD	AD
5.M/f	52.5(9.6)	51.72(7.3)	56.4(6.3)	52.5(7.3)	AD	AD
6.Pa	50.4(2.5)	48.5(7.43)	54.9(10.6)	49.5(7.0)	AD	.085
7.Pt	50.1(9.4)	45.3(11.7)	57.7(13.0)	46.0(6.6)	AD	.007
8.Sc	51.0(9.4)	46.6(9.4)	58.6(11.8)	46.1(6.0)	AD	.001
9.Ma	57.4(8.6)	54.0(12.0)	49.9(11.4)	49.6(7.6)	.052	AD
10.Si	47.6(12.4)	42.8(9.2)	58.9(14.9)	47.5(7.2)	.019	.007

PTSD Tanı Ölçütlerini Karşılayan Erkek Üyelerin MMPI Profili

1., 2., 3. ölçeklerde yükselme görülmekteyse de, bu yükselmeler 70T puanının altındadır. 1. ölçekteki yükselme "vücut işleyişine ilişkin anlamlı ölçüde gelişmiş bir ilgi, muğlak, belirgin olmayan somatik şikayetler" olarak, 2. ölçekteki yükselme "ya geçici bir zorlayıcı durum nedeniyle ya da yerleşmiş, kalıcı bir kişilik özelliği olarak hafif derecede depresyon, kuruntululuk ve kötümserlik" biçiminde, 3. ölçekteki yükselme, naiflik, benmerkezcilik, kendini iyi görme ve gösterme eğilimi, ilişkilerde içgörüsüzlük doğrultusunda yorumlanmaktadır. Hiçbiri 70T puanını aşmasa da, bu üçlü yükselme daha çok "depresif, nevrotik, somatizasyon ve kaygı eğilimi olan" bir kişiliğe uygun sayılabilir. Bu profillerde somatik şikayetler ön plandadır. Represyon en baskın savunmadır.

PTSD Tanı Ölçütlerini Karşılamayan Erkek Üyelerin MMPI Profili

3. ölçekteki, patolojik boyuta varmayan bir yükselme dışında, bu grubun profili normal sınırlardadır. Söz konusu yükselme, birinci grubun öbür üyelerinde görülen yükselmeye benzemektedir.

PTSD Tanı Ölçütlerini Karşılayan Kadın Üyelerin MMPI Profili

Ortalama profil 3. ölçek dışında tüm ölçeklerde normal sınırlar içindedir. Bu ölçekteyse ortalama T puanı, "somatik semptomlardan daha baskın olarak histeroid kişilik özellikleri, ilişkilerde içgörüsüzlük ve naiflik, benmerkezcilik, kendini iyi görme ve gösterme eğilimi" biçiminde yorumlanan 64'tür.

PTSD Tanı Ölçütlerini Karşılamayan Kadın Üyelerin MMPI Profili

3. ve 10. ölçekler dışında normal sınırlar içindedir. 3. ölçekteki durum, olasılıkla grup üyelerinin bir kısmında somatizasyonun, bir kısmında da histeroid özeliklerin baskın olmasından kaynaklanmaktadır. 10. ölçekteki puansa, sıcak, sosyal, dışadönük, cömert kişilik olarak yorumlanabilir.

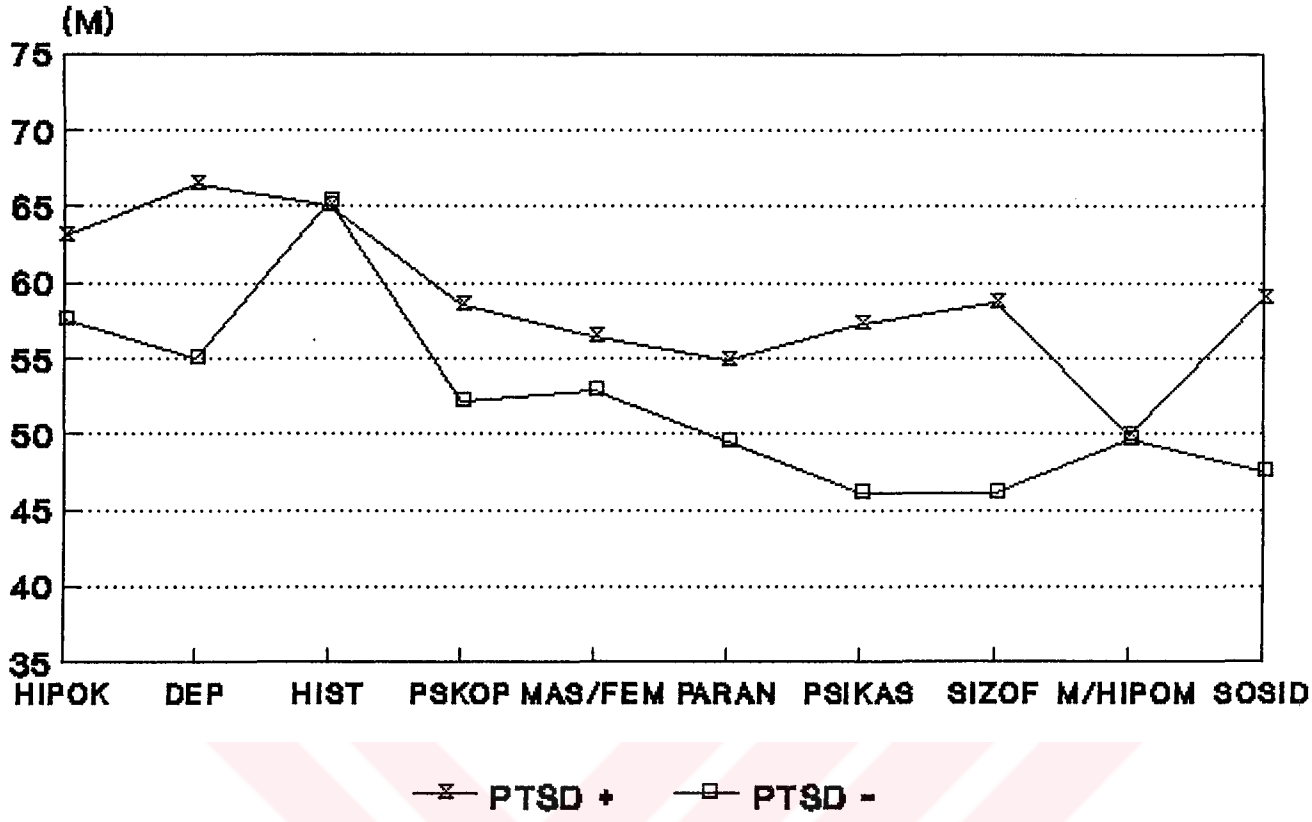
Birinci Grubun Altgruplarının Karşılaştırılması

Birinci Grubun PTSD+ ve PTSD– Üyelerinin Karşılaştırılması			
Ölçekler	PTSD+	PTSD-	p (*t* testi)
1.Hs	59.2(16.3)	55.6(12.3)	AD
2.D	63.5(13.8)	53.4(10.0)	.01
3.Hy	64.7(14.6)	63.2(12.4)	AD
4.Pd	55.7(10.0)	51.0(9.9)	AD
6.Pa	52.9(8.2)	49.0(7.1)	.097
7Pt.	54.0(11.7)	45.7(9.3)	.013
8.Sc	52.2(11.1)	46.3(7.7)	.008
9.Ma	53.2(10.6)	51.8(10.1)	AD
10.Si	53.9(14.6)	45.2(8.4)	.029

Birinci grbun PTSD tanısını karşılayan üyeleriyle karşılamayan üyelerinin MMPI profilleri arasında D, Pt, Sc, Si ölçeklerinde anlamlı farklılık bulunmaktaydı (sırasıyla $p<.01$, $<.05$, $<.01$, $<.05$). Ancak depresyon ölçeği dışındaki ölçeklerde iki altgrubun da ortalamaları normal sınırlar içindeydi. PTSD'liler hem depresyon hem de histeri ölçeklerinde normal sınırları patolojik kabul edilemeyecek ölçüde aşarken, PTSD ölçütlerini doldurmayan üyeler sadece histeri ölçeğinde normal sınırları hafifçe aşmaktaydı.

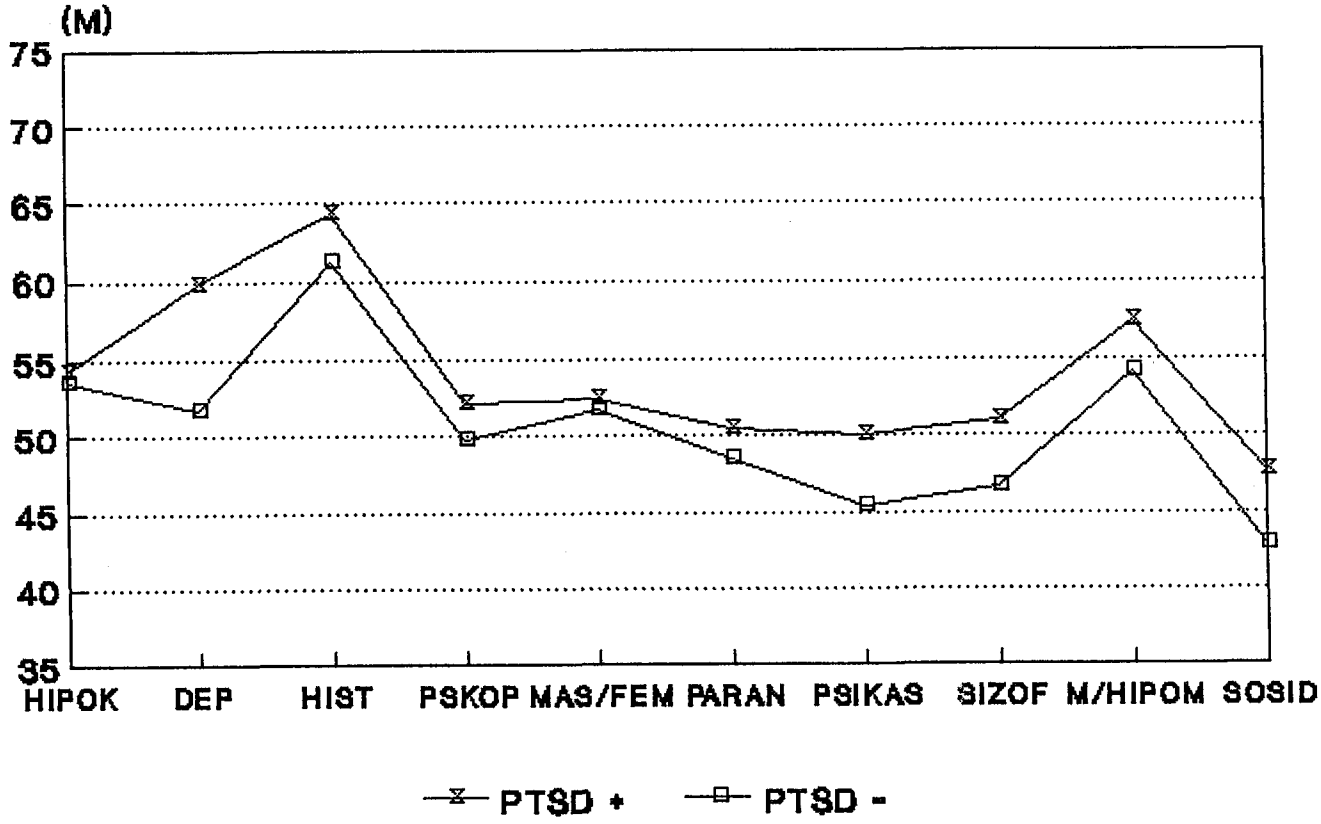
İŞKENCE GRUBUNUNDAKİ ERKEK DENEKLERİN PTSD TANISINA GÖRE

MMPI SKALALARI ORTALAMALARI



İŞKENCE GRUBUNUNDAKİ KADIN DENEKLERİN PTSD TANISINA GÖRE

MMPI SKALALARI ORTALAMALARI



Grubun kadın ve erkek üyelerinin MMPI ortalama puanları arasında, *t* testiyle hiçbir ölçekte anlamlı faklılık saptanmadı.

Birinci gruptaki PTSD'li üyeler, görüşme sırasında PTSD ölçütlerini doldurmakta olan ve geçmişte PTSD ölçütlerini doldurmuş iki altgruba ayrılıp *t* testiyle incelendiğinde, MMPI ölçeklerindeki ortalama puanlar açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı.

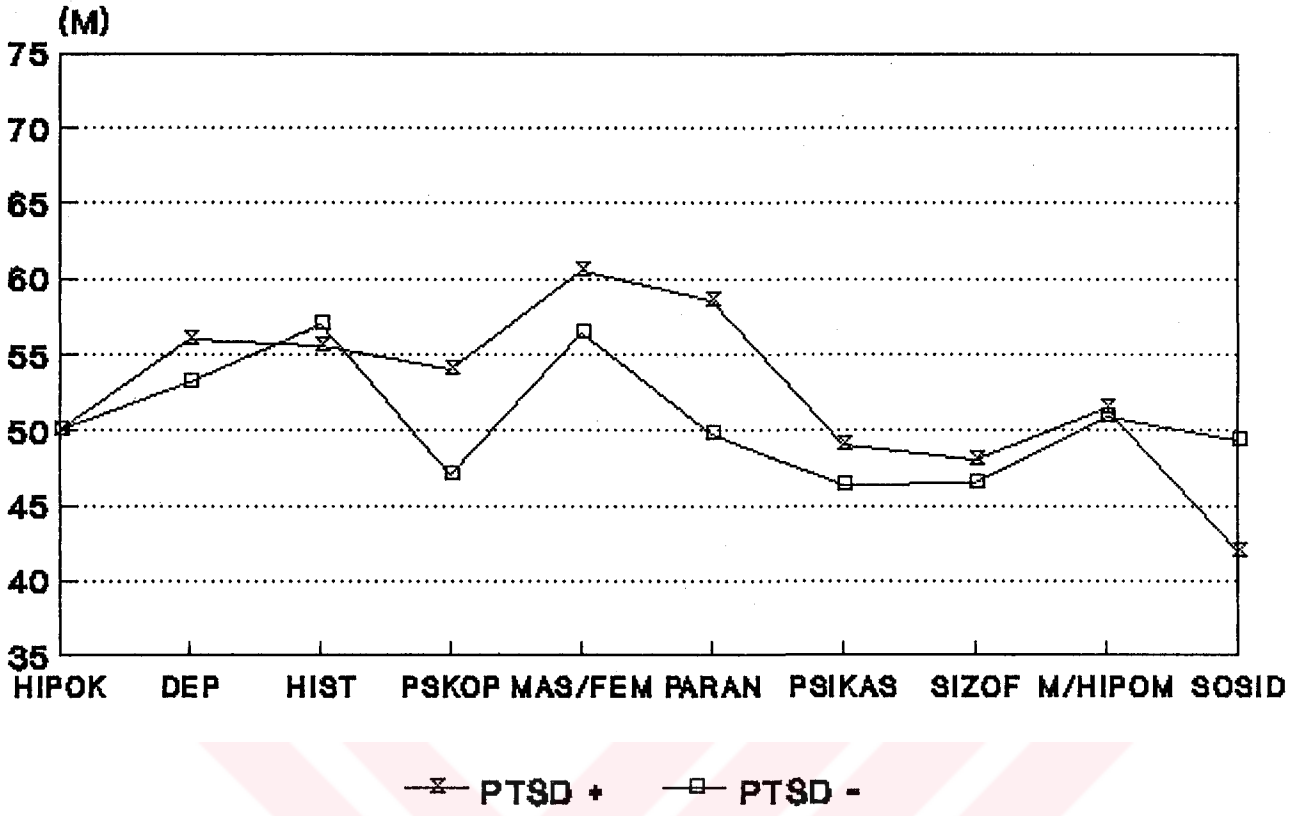
PTSD Tanısına Göre İkinci Grup Üyelerinin MMPI Profillerinin Karşılaştırılması

2. Grup PTSD+ ve PTSD– Kadın ve Erkek Üye Profilleri				
Ölçekler	PTSD+E (2)	PTSD–E (26)	PTSD+K (4)	PTSD–K (21)
1.Hs	50.0(1.4)	50.0(8.4)	62.5(7.5)	50.6(9.9)
2.D	56.0(8.4)	53.1(16.6)	55.2(3.7)	49.9(8.7)
3.Hy	55.5(10.6)	56.9(9.4)	70.0(7.5)	57.1(11.9)
4.Ps	54.0(11.3)	47.0(7.9)	52.2(3.9)	46.8(10.9)
5.M/f	60.5(3.5)	56.4(6.8)	47.0(7.7)	51.1(8.0)
6.Pa	58.5(12.0)	49.8(8.1)	52.0(15.7)	45.6(6.8)
7.Pt	49.0(8.5)	46.2(6.2)	47.0(2.9)	43.7(7.8)
8.Sc	48.0(2.8)	46.5(6.5)	44.2(5.1)	44.4(7.6)
9.Ma	51.5(2.1)	50.9(9.1)	50.0(6.6)	50.6(8.9)
10.Si	42.0(11.3)	49.3(8.7)	44.7(6.5)	41.8(11.7)

İkinci gruptan PTSD tanısı alan erkeklerde M/f ölçeği ortalama puanı yüksekti. Bu puan, "estetik ilgiler, duyarlılık, stereotipik erkek beklentilerinden uzaklaşma" biçiminde yorumlanmaktadır. PTSD tanısı almayan erkeklerin profiliyse bütün ölçeklerde normal sınırlar içindeydi. PTSD tanısını karşılayan kadınlar Hs ve Hy ölçeklerinde normalden yüksek puan almışlardı. Hs ölçeğindeki yükselme hafifti ve "vücut işleyişine ilişkin anlamlı ölçüde gelişmiş bir ilgi, bulanık, belirgin olmayan somatik şikayetler" biçiminde yorumlanan aralıktaydı. Hy skalasındaki, tüm grupların en yüksek puanını oluşturan artışsa, "immatürite, egosantrik eğilim, kolay etki altında kalma, talepkar, histeroid nitelikler, etkinliğini yitirmiş represyon" biçiminde yorumlanabilirdi. PTSD ölçütlerini karşılamayan kadın üyelerin profilinde Pt, Sc ve Si ölçeklerinde hafif bir düşüş gözlemlenmekteydi .Pt puanı "sorumluluklara gevşek bir yaklaşım, benliğe güven, kuruntudan uzak olma", Sc puanı "geleneksel, otoriteyi kabullenen, somut, kontrollü ve yaratıcı olmayan bir yapı", Si puanı, "sıcak, sosyal, dışadönük, cömert kişilik" biçiminde yorumlanan aralıklardaydı.

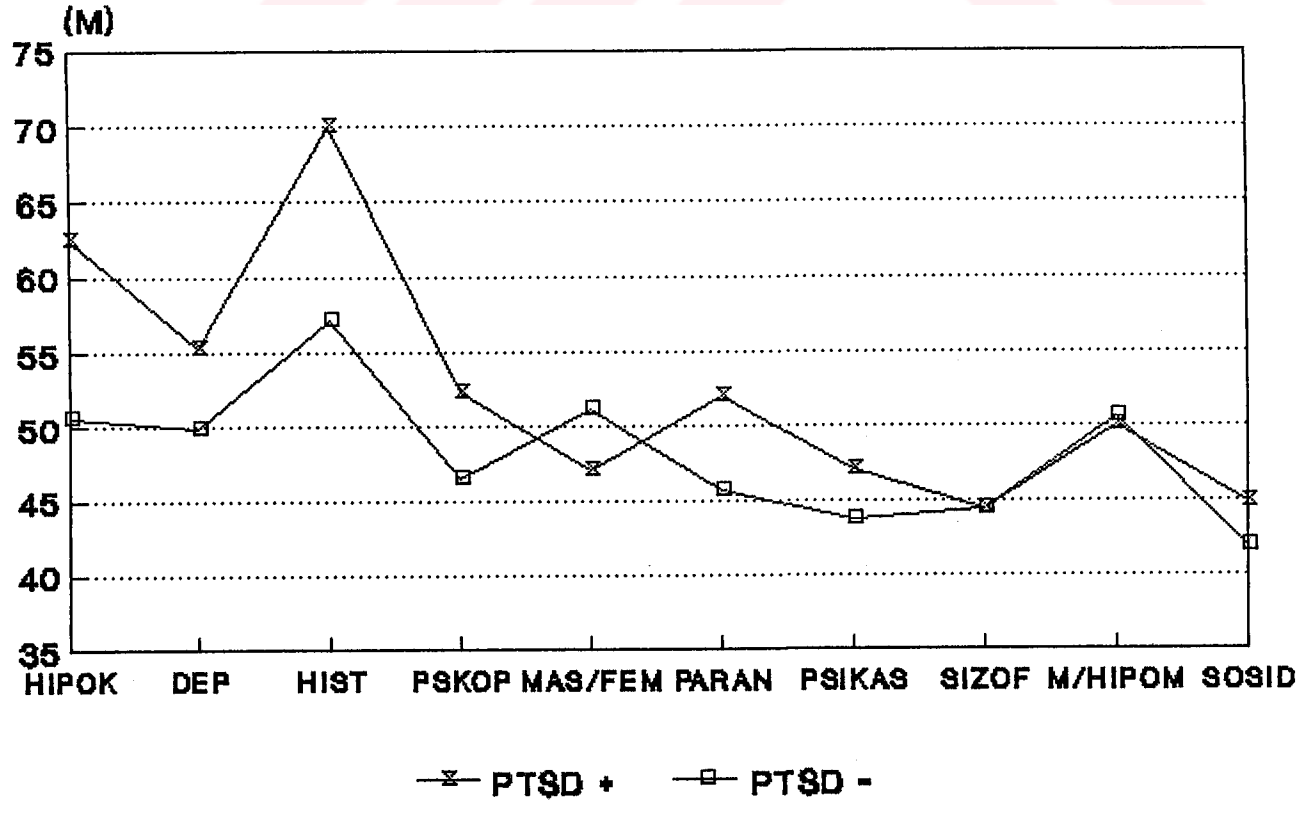
KONTROL GRUBUNUNDAKI ERKEK DENEKLERIN PTSD TANISINA GORE

MMPI SKALALARI ORTALAMALARI



KONTROL GRUBUNUNDAKI KADIN DENEKLERIN PTSD TANISINA GORE

MMPI SKALALARI ORTALAMALARI



Birinci ve İkinci Grupta PTSD Tanısına Göre MMPI Profillerinin Karşılaştırılması

1.ve 2. grup birlikte ele alınıp PTSD+ ve PTSD– kadın ve erkekler ayrıldı, bu iki altkümenin profilleri arasında cinsiyet ve PTSD'ye göre anlamlı bir fark olup olmadığı ANOVA ile incelendi.

Ölçekler	PTSD+E (12)	PTSD–E (46)	PTSD+K (12)	PTSD– K (38)	Cinsiyet	PTSD
1.Hs	60.9	53.2	57.0	52.0	AD	.021
2.D	64.7	53.9	58.2	50.7	.036	.001
3.Hy	63.4	60.4	66.2	59.0	AD	.O78
4.Pd	57.7	49.2	52.2	48.0	AD	.005
5.M/f	57.1	54.9	50.7	51.4	.005	AD
6.Pa	55.5	49.7	50.9	47.0	.043	.008
7.Pt	55.8	46.2	49.1	44.4	AD	.001
8.Sc	56.8	46.3	48.7	45.4	AD	.001
9.Ma	50.2	50.4	54.9	52.2	AD	AD
10.Si	56.1	48.5	46.7	42.3	.001	.013

PTSD tanısı almakla Hs, D, Pd, Pa, Pt, Sc ve Si skalalarında yüksek puan almış olmak arasında istatistiksel yönden anlamlı bir birliktelik ilişkisi vardı. PTSD tanı koşullarını karşılayan erkekler ilk üç ölçekte normalden yüksek puanlar almışlardı. Erkek olmakla MMPI'ın D, Pa, Si ölçeklerinde yüksek puan almak arasında ANOVA testiyle istatistiksel açıdan anlamlı bir birliktelik ilişkisi vardı (sırasıyla p=.036, .043 ve .001). M/f ölçeğindeki anlamlı ilişki iki ayrı cinsi içeren örnek kümelerinde bu ölçekle değerlendirilme yapılamayacağından dikkate alınmadı.

PTSD ve cinsiyet faktörlerinin etkileri birbirinden bağımsızdı. Sadece şizofreni ölçeğinde cinsiyet ve PTSD tanısı almış olmak arasında etkileşime bir eğilim bulunmaktaydı (p=.058).

1. ve 2. gruplar birlikte ele alınıp kadın ve erkekler ayrı altkümelere ayrıldı ve aralarında MMPI ölçekleri açısından anlamlı bir farklılık olup olmadığı *t* testiyle incelendi:

Ölçekler	Erkekler	Kadınlar	t	p
1.Hs	54.8(13.6)	53.1(9.9)	.73	AD
2.D	56.2(11.0)	52.5(9.4)	1.88	.063
3.Hy	61.0(13.8)	60.7(10.4)	.16	AD
4.Ps	51.0(9.6)	49.0(10.2)	1.03	AD
5.M/f	55.3(6.7)	51.2(7.8)	2.88	.005
6.Pa	50.9(18.5)	47.9(7.6)	1.93	.056
7.Pt	48.2(8.8)	45.5(9.5)	1.52	AD
8.Sc	48.5(8.7)	46.2(8.5)	1.43	AD
9.Ma	50.3(8.8)	52.8(10.0)	–1.38	AD
10.Si	50.1(10.4)	43.3(10.6)	3.37	.001

1.ve 2. grup birlikte ele alınıp PTSD+ ve PTSD– altkümeler arasında MMPI ölçeklerine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığına bakıldı:

Ölçekler	PTSD+(n=24)	PTSD–(n=84)	t	p
1.Hs	58.9(14.6)	52.6(10.8)	1.94	.058
2.D	61.5(12.6)	52.4(8.8)	3.29	.003
3.Hy	64.8(13.5)	59.8(11.8)	1.65	AD
4.Pd	54.9(9.1)	48.6(9.73)	2.94	.006
5.M/f	53.9(8.2)	53.2(7.5)	.33	AD
6.Pa	53.2(9.5)	48.4(7.5)	2.27	.030
7.Pt	52.4(10.7)	45.4(8.1)	3.01	.005
8.Sc	52.8(10.7)	45.9(7.3)	2.96	.006
9.Ma	52.5(9.5)	51.2(9.4)	.60	AD
10.Si	51.4(13.8)	45.6(9.7)	1.91	.066

Birinci ve ikinci grupta PTSD tanısı alanlarla almayanların MMPI profilleri arasında D, Pd, Pa, Pt, Sc ve Si ölçeklerinde anlamlı farklılık, Hs ölçeğinde de istatistiksel anlamlılık düzeyine varmayan bir farklılık eğilimi bulunmaktaydı. Aralarında anlamlı farklılık bulunan ölçeklerden sadece D ölçeğinde PTSD tanısı alanların ortalaması normal aralığın hafifçe üstündeydi ve bu yükselme hafif depresyon, kuruntululuk ve karamsarlık olarak yorumlanabiliyordu. PTSD tanısı alan üyeler, öbürleriyle aralarındaki fark anlamlı düzeye varmamakla birlikte Hy ölçeğinde de normal aralığın üst sınırını biraz aşmışlardı. İçinde bulundukları aralık, somatik yakınmalardan çok histeroid kişilik yapısını göstermekteydi.

1. ve 2. gruplardan görüşmenin yapıldığı anda PTSD kriterlerini dolduranlar ve geçmişte PTSD kriterlerini doldurmuş olanlardan iki ayrı altküme oluşturulup bunların MMPI ölçekleri *t* testiyle incelendiğinde, arada anlamlı bir farklılık saptanmadı.

MMPI BULGULARIYLA PTSD SEMPTOMLARI ARASINDAKİ BAĞLANTILAR

Yalnız birinci grupta ve birinci grupla ikinci grupta PTSD belirtileriyle eşiküstü, normal ve eşikaltı biçiminde üç sınıfa bölünen MMPI puanları χ^2 testiyle karşılaştırıldı. Bu sınıflamada, 'normal', hipokondri, depresyon, psikopatik sapma, paranoya, psikasteni, şizofreni, mani, sosyal içedönüklük skalalarında 45–59T puanı, 'eşiküstü' daha yüksek, 'eşikaltı' da daha düşük T puanı almış olmak biçiminde tanımlandı. Maskülinite/femininite ölçeği, kadın ve erkek üyeler için ayrı ayrı analiz uygulanmadığından, değerlendirilemedi.

Birinci Grupta MMPI Ölçekleri ve DSM–III–R PTSD Semptomları†										
Semptom	1.Hs	2.D	3.Hy	4.Pd	5.M/f	6.Pa	7.Pt	8.Sc	9.Ma	10.Si
B1	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD
B2	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	*	AD
B3	AD	AD	*	AD	AD	*	AD	AD	AD	•
B4	AD	AD	*	AD	AD	•	*	**	AD	•
C1	AD	AD	*	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD
C2	AD	AD	AD	AD	AD	*	•	**	AD	AD
C3	AD	AD	AD	AD	AD	•	*	**	*	AD
C4	*	**	AD	****	AD	***	**	****	AD	•
C5	AD	*	*	AD	AD	AD	AD	*	AD	AD
C6	AD	.	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD
C7	AD	**	*	***	AD	•	**	****	AD	AD
D1	AD	*	AD	AD	AD	AD	AD	*	AD	AD
D2	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	**	AD
D3	AD	*	AD	AD	AD	AD	*	*	AD	*
D4	AD	*	•	AD	AD	AD	**	•	AD	***
D5	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD
D6	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	*	**	AD
HbZ	AD	**	•	*	AD	AD	•	***	AD	*
Halen	AD	AD	**	AD	AD	AD	AD	AD	AD	•

Birinci ve İkinci Grupta MMPI Ölçekleri ve DSM–III–R PTSD Semptomları†										
Semptom	1.Hs	2.D	3.Hy	4.Pd	5.M/f	6.Pa	7.Pt	8.Sc	9.Ma	10.Si
B1	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD
B2	AD	AD	AD	•	AD	AD	AD	AD	*	AD
B3	AD	AD	*	*	AD	*	•	*	AD	AD
B4	*	*	*	*	AD	•	**	***	AD	AD
C1	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD
C2	AD	*	AD	*	AD	**	**	***	AD	AD
C3	AD	**	AD	AD	AD	*	**	****	**	AD
C4	**	**	•	****	AD	*	***	****	AD	AD
C5	AD	•	•	*	AD	•	*	***	AD	AD
C6	AD	AD	AD	AD	AD	*	AD	•	AD	AD
C7	*	***	*	****	AD	*	***	****	AD	*
D1	*	**	AD	AD	AD	AD	*	**	AD	AD
D2	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	*	AD
D3	*	***	AD	**	AD	•	**	**	AD	AD
D4	AD	*	*	AD	AD	AD	****	**	AD	**
D5	AD	AD	AD	AD	AD	AD	*	*	AD	AD
D6	AD	AD	AD	AD	AD	*	*	**	*	AD
HbZ	•	***	•	**	AD	•	***	****	AD	•
Halen	AD	*	*	AD	AD	AD	•	*	AD	•

†HbZ: PTSD ölçütlerini geçmişte herhangi bir zamanda karşılamış olanlar, Halen: Bu ölçütleri değerlendirme sırasında karşılayanlar. Kutulardaki simgelerin anlamı şöyledir: •: .1>p>.05, *: p<.05, **: p<.01, ***: p<.001, ****: p<.0001, AD: Anlamlı değil.

1. Hipokondri Ölçeği: Yalnız birinci grupla yapılan analizde 1. ölçekle B semptomları arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı, C semptomlarından da sadece C4 ile anlamlı bir ilişki (p=.03) saptandı. D semptomlarından hiçbiriyle anlamlı bir ilişki yoktu. Herhangi bir zamanda veya o sırada PTSD ölçütlerini dolduruyor olmakla da anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Birinci ve ikinci grup birlikte ele alındığında, birinci ölçekle B4 (p=.02), C4 (p=.006), C7 (p=.02), D1 (p=.02), D3 (p=.03), semptomları ve herhangi bir zamanda PTSD tanı ölçütlerine uymuş olmak (p=.05) arasında anlamlı bir ilişki vardı.

2. Depresyon Ölçeği: Yalnız birinci grupla yapılan analizde, depresyon ölçeğinde yüksek puan almış olmak ve B semptomları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. C semptomlarından C4 (p=.006), C5 (p=.04), C7 (p=.006) ile anlamlı bir ilişki vardı. D semptomlarından D1 (p=.01), D3 (p=.01), D4 (p=.01) ile anlamlı bir ilişki saptandı. Herhangi bir zamanda PTSD tanısı almış olmakla p=.003 düzeyinde bir ilişki varken, o sırada PTSD ölçütlerini dolduruyor olmakla anlamlı bir ilişki yoktu.

Birinci ve ikinci grup birlikte ele alındığında, B4 (p=.03), C2 (p=.01), C3 (p=.005), C4 (p=.003), C5 (p=.05), C7 (p=.0005), D1 (p=.004), D3 (p=.0001), D4 (p=.01) semptomları ve herhangi bir zamanda (p=.0003) ya da o sırada (p=.02) PTSD ölçütlerini doldurmakla depresyon ölçeğinde yüksek puan almak anlamlı bir ilişki göstermekteydi.

3. Histeri Ölçeği: Yalnız birinci grup ele alındığında, üçüncü ölçekte yüksek puan almakla B3 (p=.04), B4 (p=.04), C1 (p=.01), C5 (p=.02), C7 (p=.02), D4 (p=.06), sempptomları arasında anlamlı bir ilşki saptandı. Herhangi bir zamanda (p=.06) ya da o sırada (p=.006) PTSD ölçütlerini dolduruyor olmak için de anlamlı bir ilişki söz konusuydu.

Birinci ve ikinci grup birlikte ele alındığında, B3 (p=.02), B4 (p=.02), C4 (p=.05), C7 (p=.01), D4 (p=.02), semptomları ve o sırada (p=.03) PTSD ölçütlerini dolduruyor olmak için anlamlı ilişki söz konusuydu. Herhangi bir zamanda (p=.07) PTSD ölçütlerini doldurmuş olmak için de hafif bir eğilim bulunmaktaydı.

4. Psikopatik Sapma Ölçeği: Yalnız işkence gören grup ele alındığında, dördüncü ölçekle B ve D grubu semptomlar arasında anlamlı bir ilişki yoktu, C4 (p=.0001) ve C7 (p=.0008) semptomları ve herhangi bir zamanda PTSD tanısı içinse anlamlı ilişki söz konusuydu (p=.02).

Birinci ve ikinci grup birlikte ele alındığında; B2 (p=.05), B3 (p=.04), B4 (p=.01), C2 (p=.01), C4 (p=.00006), C5 (p=.01), C7 (p<.00001), D3 (p=.009) semptomları ve herhangi bir zamanda PTSD tanısı almış olmak için (p=.002) anlamlı ilişkiler gözlemlenmekteydi.

6. Paranoya Ölçeği: Sadece işkence gören grubun değerlendirilmesinde, B3 (p=.02), C2 (p=.02), C4 (p=.0002), belirtileriyle anlamlı ilişkiler vardı.

Birinci ve ikinci grup birlikte ele alındığında, B3 (p=.02), C2 (p=.006), C3 (p=.04), C4 (p=.01), C6 (p=.04), C7 (p=.01), D6 (p=.02) semptomları ve herhangi bir zamanda PTSD tanısı almış olmak için (p=.05) anlamlı ilişkiler saptandı.

7. Psikasteni Ölçeği: Sadece işkence gören grup değerlendirildiğinde, bu ölçekle B4 (p=.03), C2 (p=.05), C3 (p=.01), C4 (p=.001), C7 (p=.001), D3 (p=.04), D4 (p=.002) ve herhangi bir zamanda PTSD tanısı almış olmak arasında (p=.005) anlamlı ilişki bulundu.

Birinci ve ikinci grup birlikte ele alındığında, B4 (p=.001), C2 (p=.005), C3 (p=.001), C4 (p=.0001), C5 (p=.01), C7 (p=.0001), D1 (p=.03), D3 (p=.001), D4 (p=.00006), D5 (p=.02), D6 (p=.04) semptomları ve herhangi bir zamanda (p=.0005) ya da o sırada (p=.05) PTSD ölçütlerine uyuyor olmak arasında anlamlı ilişkiler gözlemlenmekteydi.

8. Şizofreni Ölçeği: Sadece işkence gören grup değerlendirildiğinde, B4 (p=.001), C2 (p=.006), C3 (p=.008), C4 (p=.00002), C5 (p=.01), C7 (p=.00002), D1 (p=.01), D3 (p=.03), D4 (p=.06), D6 (p=.02) semptomları ve herhangi bir zamanda PTSD tanısı almış olmakla (p=.0001) şizofreni ölçeğinde yüksemk puan almış olmak arasında anlamlı ilişki saptandı.

Birinci ve ikinci grup birlikte değerlendirilirse, B3 (p=.02), B4 (p=.0001), C2 (p=.0003), C3 (p=.00009), C4 (p=.0001), C5 (p=.0009), C7 (p=.0001), D1 (p=.002), D3 (p=.002), D4 (p=.006), D5 (p=.03), D6 (p=.006) semptomları ve herhangi bir zamanda (p=.00001) ya da o sırada (p=.02) PTSD ölçütlerini karşılıyor olmak için anlamlı ilişkiler söz konusuydu.

9. Hipomani Ölçeği: Sadece işkence gören grup değerlendirildiğinde, B2 (p=.01), C3 (p=.01), D2 (p=.007), D6 (p=.006) kriterleriyle anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Birinci ve ikinci grup birlikte ele alındığında; B2 (p=.02), C3 (p=.008), D2 (p=.02), D6 (p=.01) kriterleriyle 9. ölçek arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmekteydi.

10. Sosyal İçedönüklük Ölçeği: Sadece işkence gören grup değerlendirildiğinde, D3 (p=.04), D4 (p=.0009), herhangi bir zamanda PTSD tanısı almış olmak için (p=.01) anlamlı ilişkiler vardı.

Birinci ve ikinci grup birlikte ele alındığında, C7 (p=.02) ve D4 (p=.001) semptomları için anlamlı ilişkiler söz konusuyken, herhangi bir zamanda (p=.07) ve o sırada (p=.06) PTSD ölçütlerini dolduruyor olmak için de hafif bir eğilim gözlemlenmekteydi.

DSM-III-R PTSD SEMPTOMLARIYLA MMPI ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ BAĞINTILAR

B ölçütleri: *B1*, olayın elde olmadan, sıkıntı veren bir biçimde tekrar tekrar anımsanması belirtisi, hem birinci grupta, hem de iki grup birlikte ele alındığında, hiçbir MMPI ölçeğiyle ilşkili değildi. *B2*, olayı sık, sık sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme hem işkence grubunda hem de iki grup birlikte ele alındığında sadece hipomani ölçeğiyle ilişkiliydi ($p<.05$). *B3*, travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi birden tepki gösterme ya da hissetme semptomu, işkence grubunda sadece histeri ($p<.05$) ve paranoya ($p<.05$) ölçekleriyle ($p<.05$), iki grup birlikte ele alındığında histeri ($p<.05$), psikopatik sapma ($p<.05$), paranoya ($p<.05$) ve şizofreni ($p<.05$) ölçekleriyle ilişki içindeydi. *B4*, travmatik olayın bir yönünü simgeleyen ya da ona benzeyen olaylarla karşılaşıldığında yoğun sıkıntı duyma, işkence grubunda histeri ($p<.05$), psikasteni ($p<.05$), şizofreni ($p<.01$), iki grup birlikte ele alındığında da hipokondri ($p<.05$), depresyon ($p<.05$), histeri ($p<.05$), psikopatik sapma ($p<.05$), psikasteni ($p<.01$), şizofreni ($p<.001$) ölçekleriyle anlamlı ilişki içindeydi.

C ölçütleri: *C1*, olaya eşlik etmiş düşünce ve duygulardan kaçınma çabaları, işkence grubunda sadece histeri ölçeğiyle anlamlı ($p<.05$) bir ilişki içindeyken, iki grup birlikte ele alındığında hiç bir ölçekle anlamlı ilişkisi yoktu. *C2*, travmayla ilgili anılar uyandıran etkinlikler veya durumlardan kaçınma çabaları belirtisi, işkence grubunda paranoya ($p<.05$) ve şizofreni ($p<.01$) ölçekleriyle, iki grup birlikte ele alındığındaysa depresyon ($p<.05$) psikopatik sapma ($p<.05$), paranoya ($p<.01$), psikasteni ($p<.01$), şizofreni ($p<.001$) ölçekleriyle ilişkiliydi. *C3*, travmanın önemli bir yönünü anımsayamama (psikojenik amnezi) ile işkence grubunda psikasteni ($p<.05$), şizofreni ($p<.01$) ve hipomani ($p<.05$) ölçekleri, iki grup birlikte ele alındığında da depresyon ($p<.01$), paranoya ($p<.05$), psikasteni ($p<.01$), şizofreni ($p<.0001$) ve hipomani ($p<.01$) ölçekleri arasında ilişki vardı. *C4*, önemli etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma belirtisi, işkence grubunda hipokondri ($p<.05$), depresyon ($p<.01$), psikopatik sapma ($p<.0001$), paranoya ($p<.001$), psikasteni ($p<.01$) ve şizofreni ($p<.0001$), iki grup birlikte ele alındığındaysa hipokondri ($p<.01$), depresyon ($p<.01$), psikopatik sapma ($p<.0001$), paranoya ($p<.05$), psikasteni ($p<.001$), şizofreni ($p<.0001$) ölçekleriyle ilişkiliydi. *C5*, insanlardan uzaklaşma ve yabancılaşma duyguları belirtisi, işkence grubunda depresyon ($p<.05$), histeri ($p<.05$) ve şizofreni ($p<.05$) ölçekleriyle, iki grup birlikte ele alındığındaysa psikopatik sapma ($p<.05$), psikasteni ($p<.05$)

ve şizofreni (p<.001) ölçekleriyle ilişkiliydi. *C6,* duygulanımda kısıtlılık belirtisi, işkence grubunda hiç bir ölçekle anlamlı bir ilişki içinde değilken, iki grup birlikte ele alındığında paranoya ölçeğiyle (p<.05) anlamlı ilişki gösteriyordu. *C7,* bir geleceği kalmadığı duygusu, işkence grubunda depresyon (p<.01), histeri (p<.05), psikopatik sapma (p<.001), psikasteni (p<.01) ve şizofreni (p<.0001) ölçekleriyle, iki grup birlikte ele alındığında da hipokondri (p<.05), depresyon (p<.001), histeri (p<.05), psikopatik sapma (p<.0001), paranoya (p<.05), psikasteni (p<.001), şizofreni (p<.0001) ve sosyal içedönüklük (p<.05) ölçekleriyle anlamlı bir birliktelik ilişkisi içindeydi

D ölçütleri: *D1,* uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte zorluk belirtisi, işkence grubunda depresyon (p<.05) ve şizofreni (p<.05) ölçekleriyle, iki grup birlikte ele alındığında da hipokondri (p<.05), depresyon (p<.01), psikasteni (p<.05) ve şizofreni (p<.01) ölçekleriyle ilişkiliydi. *D2,* irritabilite ve öfke patlamaları belirtisi, hem işkence grubunda hem de iki grup birlikte ele alındığında yalnız hipomani ölçeğiyle anlamlı (sırasıyla p<.01 ve p<.05) ölçeğiyle anlamlı ilişki içindeydi. *D3,* düşüncelerini yoğunlaştırmakta zorluk belirtisi, işkence grubunda depresyon (p<.05), psikasteni (p<.05) şizofreni (p<.05) ve sosyal içedönüklük (p<.05) ölçekleriyle, iki grup birlikte ele alındığında hipokondri (p<.05), depresyon (p<.001), psikopatik sapma (p<.01), psikasteni (p<.01), ve şizofreni (p<.01) ölçekleriyle anlamlı ilişki gösteriyordu. *D4,* tetikte olma hali (hipervijilans), işkence grubunda depresyon (p<.05), psikasteni (p<.01) ve sosyal içedönüklük (p<.001), iki grup birlikte ele alındığında da depresyon (p<.05), histeri (p<.05), psikasteni (p<.0001), şizofreni (p<.01) ve sosyal içedönüklük (p<.01) ölçekleriyle anlamlı ilişki içindeydi. *D5,* tepkilerde aşırılık beilirtisi, işkence grubunda hiçbir ölçekle ilişkili değilken, iki grup birlikte değerlendirildiğinde psikasteni (p<.05) ve şizofreni (p<.05) ölçekleriyle anlamlı ilişki gösteriyordu. *D6,* travmatik olayın bir yönünü simgeleyen ya da ona benzeyen olaylarla karşılaşıldığında fizyolojik tepki verme belirtisi, işkence grubunda şizofreni (p<.05) ve hipomani (p<.01), iki grup birlikte ele alındığında da paranoya (p<.05), psikasteni (p<.05), şizofreni (p<.01) ve hipomani (p<.05) ölçekleriyle ilişkiliydi. Herhangi bir zamanda PTSD ölçütlerini doldurmuş olmak, işkence grubunda depresyon (p<.01), psikopatik sapma (p<.05) ve şizofreni (p<.001), iki grup birlikte ele alındığındaysa depresyon (p<.001), psikopatik sapma (p<.01), psikasteni (p<.001) ve şizofreni (p<.0001) ölçekleriyle anlamlı bir birliktelik ilişkisi içindeydi.

Görüşmelerin yapıldığı sırada PTSD ölçütlerini dolduruyor olmaksa, işkence grubunda histeri (p<.01), iki grup birlikte ele alındığında da depresyon (p<.05), histeri (p<.05), ve şizofreni (p<.05) ölçekleriyle anlamlı bir ilişki içindeydi.

İKİNCİ EKSEN TANILARIYLA MMPI SKORLARI ARASINDAKİ BAĞLANTILAR

İkinci eksende bir kişilik bozukluğu tanısı almak ya da herhangi bir kişilik bozukluğu için eşikaltı puan almış olmakla MMPI ölçeklerinden alınan puanlar arasında bir ilişki olup olmadığı ve belli bir grupta olmakla (1., 2., ya da 3. grup) MMPI ölçeklerinde farklı puan almış olmak arasında bir ilişki bulunup bulunmadığı iki yönlü varyans analiziyle (two–way ANOVA) incelendi. Ayrıca herhangi bir grupta olmakla ikinci eksen (SCID–II) tanıları arasında MMPI skorlarını etkileme bakımından bir etkileşim bulunup bulunmadığı da aynı analiz yöntemiyle değerlendirildi.

Hipokondri Ölçeği

GRUP p<.001	SCID–II:0*	SCID–II:1*p=.003
1	54.46	62.44
2	49.68	54.27
3	47.83	55.50

* SCID–II:0, SCID–II de tanı almayanları ve SCID–II:1 herhangi bir eşikaltı veya eşiküstü tanı alanları göstermektedir.

1. grupta olmak (p<.001) ve SCID–II'de eşiküstü veya eşikaltı tanı almak MMPI 1. ölçeğinde yüksek puan almakla anlamlı (p=.003) bir ilişki göstermektedir.
Bu iki etkileşim, birbirinden bağımsızdır.

Depresyon Ölçeği

GRUP p<.01	SCID–II:0*	SCID–II:1*p<.001
1	53.64	63.81
2	50.35	56.73
3	49.24	56.30

* SCID–II:0, SCID–II de tanı almayanları ve SCID–II:1 herhangi bir eşikaltı veya eşiküstü tanı alanları göstermektedir.

1. gupta olmak (p<.01)ve SCID–II de eşiküstü ya da eşikaltı tanı almış olmak MMPI 2. ölçeğini anlamlı biçimde (p<.001) etkilemektedir.
Bu etkileşimler birbirinden bağımsızdır.

Histeri Ölçeği

GRUP p<.001	SCID–II:0*	SCID–II:1*p=.003
1	61.26	68.00
2	55.83	63.20
3	51.31	54.70

* SCID–II:0, SCID–II de tanı almayanları ve SCID–II:1 herhangi bir eşikaltı veya eşiküstü tanı alanları göstermektedir.

1. veya 2. grupta olmak (p<.001) ve SCID–II' de tanı almış olmak (p<.01) MMPI 3. ölçeğinde yüksek puan almayı anlamlı bir şekilde etkilemektedir.
Bu etkileşimler birbirinden bağımsızdır.

Psikopatik Sapma Ölçeği

GRUP p<.001	SCID–II:0*	SCID–II:1*p<.001
1	51.23	55.50
2	47.10	48.60
3	43.67	44.00

* SCID–II:0, SCID–II de tanı almayanları ve SCID–II:1 herhangi bir eşikaltı veya eşiküstü tanı alanları göstermektedir.

SCID–II'de tanı almak 4. ölçeği etkilemezken, 1. grupta olmak 4. ölçeği anlamlı bir şekilde etkilemeketedir (p<.001).
İki etkileşim birbirinden bağımsızdır.

Paranoya Ölçeği

GRUP	SCID–II:0*	SCID–II:1*p<.001
1	48.41	55.31
2	48.60	48.47
3	43.07	43.60

* SCID–II:0, SCID–II de tanı almayanları ve SCID–II:1 herhangi bir eşikaltı veya eşiküstü tanı alanları göstermektedir.

1. veya 2. grupta olmakla (p<.001) 6. ölçekte yüksek puan almak arasında anlamlı bir ilişki vardır. SCID–II'de (p<.05) eşiküstü veya eşikaltı tanı almakla bu ölçekte yüksek puan arasında birliktelik ilişkisi bulunabilir (p=.057). SCID II tanısı almakla grup ilişkisi arasında da bir etkileşim olabilir (p=.06).

Psikasteni Ölçeği

GRUP	SCID–II:0*	SCID–II:1*
1	45.05	56.19
2	48.60	48.47
3	44.00	48.40

* SCID–II:0, SCID–II de tanı almayanları ve SCID–II:1 herhangi bir eşikaltı veya eşiküstü tanı alanları göstermektedir.

Belli bir grupta olmak 7. ölçeği etkilemezken, SCID–II'deki eşikaltı ya da eşiküstü tanı almak 7. ölçekte yüksek puan almayı p<.001 anlamlılık düzeyinde etkilemektedir.

Şizofreni Ölçeği

GRUP p<.001	SCID–II:0*	SCID–II:1*p=.004
1	46.87	55.44
2	45.48	46.27
3	43.24	45.30

* SCID–II:0, SCID–II de tanı almayanları ve SCID–II:1 herhangi bir eşikaltı veya eşiküstü tanı alanları göstermektedir.

1. grupta (p<.001) ve SCID–II'de eşiküstü veya eşikaltı tanı almış olanlarda (p=.004) MMPI'ın 8. ölçek puanı anlamlı ölçüde yüksektir.
Grup/SCID–II etkileşimi de p=.04 düzeyinde anlamlıdır.

Hipomani Ölçeği

GRUP p<.01	SCID–II:0*	SCID–II:1*
1	51.26	53.81
2	51.18	47.60
3	46.69	44.80

* SCID–II:0, SCID–II de tanı almayanları ve SCID–II:1 herhangi bir eşikaltı veya eşiküstü tanı alanları göstermektedir.

1. ve 2. grupta 9. ölçek puanı yüksekken (p<.01), SCID–II'de tanı alma konusunda böyle bir ilişki bulunmamaktadır.
Grup ilişkileriyle SCID–II tanıları arasında etkileşim yoktur.

Sosyal İçedönüklük Ölçeği

GRUP p<.001	SCID–II:0*	SCID–II:1*p<.001
1	44.87	54.81
2	43.73	50.60
3	38.83	45.30

* SCID–II:0, SCID–II de tanı almayanları ve SCID–II:1 herhangi bir eşikaltı veya eşiküstü tanı alanları göstermektedir.

1. ya da 2. grupta olmak (p<.001) ve SCID–II'de eşikaltı ya da eşik üstü puan almış olmakla (p<.001) 10. ölçekte yüksek puan almak arasında anlamlı ilişki vardır. Grup/SCID–II etkileşimi yoktur.

MMPI Ölçeği	İkinci Eksen Tanısı†	Grup	Etkileşim
1-Hipokondri (Hs)	***	**	AD
2-Depresyon (D)	***	**	AD
3-Histeri (Hy)	**	***	AD
4-Psikopatik sapma (Pd)	AD	*	AD
5-Mask./Fem. (Mf)	AD	AD	AD
6-Paranoya (Pa)	AD (p=.057)	***	AD (p=.066)
7-Psikasteni (Pt)	***	AD	AD
8-Şizofreni (Sc)	**	***	*
9-Hipomani (Ma)	AD	**	AD
10-Sosyal içedönüklük (Si)	***	***	AD

†Kutulardaki simgelerin anlamı şöyledir: *: p<.05, **: p<.01, ***: p<.001, AD: Anlamlı değil.

Sonuç olarak, ikinci eksende bir eşikaltı ya da eşiküstü tanı almış olmak ve Hs, D, Hy, Pt, Sc, Si ölçeklerinde normal dışı puan almak arasında anlamlı birliktelik ilişkileri vardır (sırasıyla p<.001, <.001 <.01, <.001; <.01; <.001).

Belli bir grupta bulunmayla MMPI ölçeklerindeki etkileşim açısındansa Hs, D, Hy, Pd, Pa, Sc, Ma, Si ölçeklerinde anlamlı farklılık bulunmaktadır (sırasıyla p<.01, <.01, <.001, <.05, <.001, <.001 <.01, <.001). Sadece Pa ölçeğinde Grup–ikinci eksen tanısı etkileşimiyse sadece Pa ölçeğinde, istatistiksel anlamlılık düzeyine varmayan bir ölçüde söz konusu olabilir (p=.066).

İKİNCİ EKSEN TANILARIYLA ANKSİYETE PUANLARININ ETKİLEŞİMİ

Hamilton Anksiyete Skorları

Üç grubun (n=164) genel ortalama skoru 5.35 tir. Grupların ortalama Hamilton Anksiyete skorları aşağıda sunulmuştur (parantez içindeki sayılar standart sapmalardır):

	Grup 1	Grup 2	Grup 3
Ortalama skor	7.53(6.5)*	3.85(5.1)	4.65(5.3)
Kişi sayısı	55	55	54

Hamilton Anksiyete skorlarının iki yönlü varyans analizi (ANOVA), hem birinci ve ikinci grup hem de birinci ve üçüncü grup arasında anlamlı farklılık bulunduğunu göstermektedir ($p<.01$).

İkinci eksende (SCID–II) eşikaltı veya eşiküstü tanı alanlarla (1), tanı almayanları (0) karşılaştırdığımız zaman (parantez içindeki sayılar kişi sayılarıdır),

GRUP	SCID–II:0	SCID–II:1	Toplam
1	6.21(39)*	10.75(16)	55
2	2.05(40)	8.67(15)	55
3	4.32(44)	6.10(10)	54

Birinci grupta olmak ($p<.01$) ve SCID–II'de eşikaltı ya da eşiküstü tanı almak ($p<.001$) Hamilton Anksiyete skorunu anlamlı biçimde etkilemektedir

Durumsal Anksiyete Skorları

Genel ortalaması 37.41 (n=165) olan üç gruptaki ortalama skorlar, standart sapmalarıyla birlikte, aşağıda sunulmuştur:

	Grup 1	Grup 2	Grup 3
Ortalama skor	39.64(10.7)	38.02(9.4)	34.56(9.4)
Kişi sayısı	55	55	55

Tek yönlü varyans analizinde, hem birinci ve üçüncü, hem de ikinci ve üçüncü gruplar arasında $p<.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

Eşikaltı ya da eşiküstü ikinci eksen tanısı alanlarla (1) almayanların (0) durumsal anksiyete puanları karşılaştırıldığında,

GRUP	SCID–II:0	SCID–II:1
1	38.36(39)*	42.75(16)
2	35.60(40)	44.47(15)
3	33.29(45)	40.30(10)

birinci ya da ikinci grupta olmak ($p<.05$) ve ikinci eksende eşikaltı veya eşiküstü puan almış olmakla ($p=.001$) durumsal anksiyete skoru arasında anlamlı ilişki vardır (sırasıyla $p<.05$ ve $p=.001$). Gruplarla ikinci eksen tanısı almak arasında bu ilişki bağlamında bir etkileşim yoktur.

Sürekli Anksiyete Skorları

Genel ortalaması 41.64 ($n=164$) olan üç gruptaki ortalama skorlar, standart sapmalarıyla birlikte, şöyledir:

	Grup 1	Grup 2	Grup 3
Ortalama skor	44.4(8.1)*	41.9(6.6)	38.6(7.7)
Kişi sayısı	55	55	54

Tek yönlü varyans analizinde (ANOVA) hem birinci grupla ikinci ve üçüncü gruplar, hem de ikinci grupla üçüncü grup arasında $p<.001$ düzeyinde anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

Eşikaltı veya eşiküstü ikinci eksen tanısı alanların (1) ortalaması 47.05 ($n=41$) iken, almayanların genel ortalaması 39.84'tür ($n=123$). Bu altgruplar karşılaştırıldığında,

GRUP	SCID–II:0	SCID–II:1
1	42.62(39)*	48.75(16)
2	39.70(40)	47.60(15)
3	37.50(44)	43.50(10)

Birinci ya da ikinci grupta olmak ($p<.001$) ve eşikaltı ya da eşiküstü tanı almış olmakla ($p<.001$) sürekli anksiyete skorları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

İKİNCİ EKSEN TANILARIYLA DEPRESYON SKORLARININ ETKİLEŞİMİ

Beck Depresyon Skorları

Üç grubun genel ortalama Beck puanı 7.21 (n=162) olan üç grubun tek tek ortalamaları, standart sapmalarıyla birlikte, şöyledir:

	Grup 1	Grup 2	Grup 3
Ortalama skor	9.5(7.4)*	6.3(5.6)	5.8(6.3)
Kişi sayısı	55	55	52

Birinci grubun Beck Depresyon puan ortalaması 2. ve 3. gruptan istatistiki olarak anlamlı oranda yüksektir ($p<.01$)

Eşikaltı veya eşiküstü ikinci eksen tanısı alanların ortalama puanı 10.73 iken (n=40), tanı almayanların ortalama puanı 6.06'dır (n=122). Eşikaltı ya da eşiküstü tanı alanlarla (1) tanı almayanlar karşılaştırıldığında,

GRUP	SCID-II:0	SCID-II:1
1	8.36(39)*	12.13(16)
2	4.70(40)	10.73(15)
3	5.23(43)	8.22(9)

birinci grupta olmakla ($p=.013$) ve eşikaltı ya da eşiküstü ikinci eksen tanısı almakla ($p<.001$) Beck Depresyon puanı arasında anlamlı ilişki vardır.

Hamilton Depresyon Skorları

Üç grubun genel ortalama Hamilton Depresyon puanı:3.57'dir (n=165). Grupların Hamilton Depresyon Ölçeği'nde aldıkları puanlar ve standart sapmaları aşağıda gösterilmiştir:

	Grup 1	Grup 2	Grup 3
Ortalama skor	7.5(6.5)*	3.9(5.1)	4.6(5.3)
Kişi sayısı	55	55	54

Birinci grubun ortalama puanı ikinci ve üçüncü gruplarınkine göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksektir (p<.01).

Eşikaltı veya eşiküstü ikinci eksen tanısı alanların (1) ortalama puanı 5.61 (n=41), tanı almayanların (0) ortalama puanıysa 2.90'dır (n=124). Bu altgruplar karşılaştırıldığında, Hamilton Depresyon Ölçeği'nde yüksek puan almayla gruplar arasında p=.007, SCID–II ölçekleri arasında da p<.001 düzeyinde anlamlı ilişkiler söz konusudur.

GRUP	SCID-II:0	SCID-II:1
1	4.21(39)*	6.81(16)
2	1.78(40)	5.87(15)
3	2.76(45)	3.30(10)

İkinci Eksen Tanılarıyla Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinin Etkileşimi†			
Ölçekler	İkinci Eksen Tanısı	Grup	SCID–II/Grup Etkileşimi
Hamilton Anksiyete Ölçeği	***	**	AD
State Anksiyete Ölçeği	***	AD (p=.054)	AD
Trait Anksiyete Ölçeği	***	***	AD
Hamilton Depresyon Ölçeğ	***	**	AD
Beck Depresyon Ölçeği	***	*	AD

†Kutulardaki simgelerin anlamı şöyledir: *: p<.05, **: p<.01, ***: p<.001, AD: Anlamlı değil.

PTSD TANISI ALAN VE ALMAYAN DENEKLERİN 1. EKSEN TANISI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Herhangi bir zamanda PTSD ölçütlerini dolduruyor olmak, bir başka birinci eksen tanısı bulunma oranını PTSD tanısı almayanlara göre anlamlı ölçüde arttırmaktadır. Birinci gruptan herhangi bir zamanda PTSD ölçütlerini dolduran 18 kişinin 15'i (%83.3) birinci eksende PTSD dışında bir tanı daha almaktayken, ölçütleri hiç doldurmamış 37 kişinin 12'si (%32.4) bir başka birinci eksen tanısı almaktadır. Aradaki fark, χ^2 testiyle anlamlı bulunmuştur (p=.0004).

O sırada PTSD ölçütlerini dolduruyor olmakla da bir başka birinci eksen tanısı almak arasında, daha düşük düzeyde bile olsa, bir ilişki söz konusudur. Birinci gruptan o sırada PTSD ölçütlerini dolduran 11 kişinin dokuzu (%81.8) başka bir 1. eksen tanısı alırken, ölçütleri doldurmayan 44 kişinin 18'i (%40.9) 1. eksen tanısı almıştır. Farklılık χ^2 testiyle anlamlıdır (p=.01)

PTSD TANISI ALANLARLA ALMAYANLARIN II. EKSEN TANISI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Birinci gruptan herhangi bir zamanda PTSD ölçütlerini dolduran 18 kişinin 4'ü (%22.2) SCID–II ile bir kişilik bozukluğu tanısı alırken, aynı gruptan PTSD ölçütlerini hiçbir zaman doldurmamış 37 kişinin yalnız biri (%2.7) kişilik bozukluğu tanısı almıştı. Aradaki fark, χ^2 testiyle anlamlıydı (p=0.02).

O sırada PTSD ölçütlerini dolduran 11 kişinin ikisi (%18.2), doldurmayan 44 kişinin de üçü (%6.8) kişilik bozukluğu tanısı almıştı. Aradaki fark istatistiksel yönden anlamlılık sınırına ulaşmıyordu.

Aynı değerlendirmeyi SCID–II'de eşik altı tanı alanları da ekleyerek yaptığımızda (eşiküstü ve eşikaltı tanı alanlarla tanı almayanları karşılaştırdığımızda), herhangi bir zamanda PTSD ölçütlerini dolduran 18 kişinin dokuzu (%50), hiçbir zaman PTSD ölçütlerini doldurmayan 37 kişininse yedisi (%18.9) bir eşikaltı veya eşiküstü kişilik bozukluğu tanısı alıyordu ve aradaki fark istatistiksel yönden anlamlıydı (p<.01). O sırada PTSD ölçütlerini doldurmakta olan 11 kişiden dördü (%36.4) bir eşik altı veya eşiküstü kişilik bozukluğu tanısı alırken, o sırada PTSD ölçütlerini doldurmayan 44 kişiden 12'si (%27.2) bir eşikaltı veya eşiküstü kişilik bozukluğu tanısı alıyordu. Aradaki fark istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamaktaydı.

BULGULARIN ÖZETİ

Yoğun işkence deneyimi olan 55 kişi (25 kadın, 30 erkek), yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum açasından kendileriyle eşleştirilen, politik aktivitesi olmakla birlikte işkence görmemiş ve ne politik aktivitesi ne de işkence deneyimi olan 55'er kişilik iki kontrol grubuyla,

- Sosyo-demografik özellikleri, politik geçmişleri, işkence dışı travma deneyimleri, işkence deneyimleri,
- PTSD ve başka birinci eksen tanıları,
- İkinci eksen tanıları,
- Hamilton Depresyon Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, State–Trait Anksiyete ölçeği, PTSD ölçekleri (MMPI PTSD ölçeği, PTSD derecelendirme ölçeği, PTSD semptom listesi),
- MMPI profilleri açısından karşılaştırıldı.

Ayrıca bu verilerle,

- MMPI ölçekleri puanları ile PTSD semptomlarının herbiri arasındaki ilişki,
- İkinci eksen tanıları ile MMPI ölçeklerinde alınan puanlar arasındaki ilişki
- İkinci eksen tanıları ile anksiyete skorları arasındaki ilişki,
- İkinci eksen tanıları ile depresyon skorları arasındaki ilişki incelendi,
- PTSD tanısı alanlarla almayanların birinci eksen tanısı açısından karşılaştırması,
- PTSD tanısı alanlarla almayanların ikinci eksen tanısı açısından karşılaştırması,
- PTSD tanısı alanlarla almayanların MMPI ölçeklerindeki puanlarının karşılaştırması yapıldı.

Üç grup arasında yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, tedavi gerektiren psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, alkol ve madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktaydı.

İşkence gören grupta, gözaltı, tutukluluk ve mahkumiyet sürelerinin ortalaması 4 yıl civarındaydı. Kişi başına ortalama 291 kez olmak üzere ortalama 23 çeşit işkence görmüşlerdi. Aile ve yakınlarından gördükleri sosyal desteği tatminkar bulmaktaydılar. İşkence sırasında kendi aldıkları tutuma ilişkin değerlendirmeleri olumluydu.

PTSD ve geçmiş majör depresyon tanıları dışında gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktu. Birinci gruptan 18 (%33), ikinci gruptan 6 kişi (%11) herhangi bir zamanda PTSD ölçütlerini karşılamaktaydı ($p<.01$). Üçüncü grupta PTSD tanısı yoktu ($p<.0001$). Birinci ve

ikinci grupta PTSD tanısı alan kişilerin hiçbirinde PTSD ağır olarak değerlendirilmedi. Birinci gruptan 17 (%31), ikinci gruptan 13 (%24), üçüncü gruptan da 4 kişi (%7) geçmiş majör depresif sendrom tanısı almıştı. İlk iki grupta geçmiş majör depresyon tanıları üçüncü gruba göre anlamlı ölçüde daha sıktı ($p<.01$).

İkinci grupta gözaltıların süresi ve sayısıyla psikiyatrik değerlendirme ölçekleri arasında anlamlı bir bağıntı yoktu. Gözaltına alınmış ikinci grup üyelerinin PTSD semptomları, gözaltına alınmamış ikinci grup üyelerine göre anlamlı bir farklılık göstermemekteydi.

Gruplar arasında hiçbir ikinci eksen tanısı için anlamlı bir farklılık yoktu.

Birinci grubun anksiyete ve depresyon puanları anlamlı ölçüde daha yüksektiq ancak üç grubun anksiyete ve depresyon puanları normal sınırlar içindeydi.

İşkence gören grubun kadın üyelerinin MMPI Hs, D, Hy, Pd, Pa, Sc, Ma, Si ölçeklerinde aldıkları ortalama puanlar 3. grubunkinden, Ma ölçeğinde de 2. grubunkinden anlamlı ölçüde daha yüksek olmasına karşın, sadece Hy ölçeğinde hafif bir yükselme ve Si ölçeğinde önemsiz bir düşme dışında tümüyle normal sınırlar içindeydi. İkinci grup M/f ve Pt ölçekleri dışında tüm ölçeklerde 3. gruptan anlamlı ölçüde daha yüksek puan almıştı, ancak Si ölçeğinde önemsiz bir düşme dışında tamamen normal bir profile sahipti. 3. grup Pd, Pa, Pt, Sc, Si skalalarında normalden düşük puan almıştı ve Pt dışındaki ölçeklerde bu düşüşler anlamlıydı.

İşkence gören grubun erkek üyeleri, MMPI'ın Hs, D, Hy, Pd, M/f, Pa, Sc ve Si ölçeklerinde 3. gruptan, Hs, D, Hy, Sc ölçeklerindeyse 2. gruptan anlamlı ölçüde daha yüksek puan almış olmalarına karşın, Hy ölçeğindeki hafif bir artış dışında tamamen normal bir profile sahipti. 2. grup M/f, Pa ve Si ölçeklerinde 3. gruptan anlamlı ölçüde daha yüksek puan almıştı; ama ortalamalar tamamen normal sınırlar içindeydi. Pt ve Ma ölçekleri dışında 1. gruba göre anlamlı ölçüde düşük puan alan üçüncü grupta, Pa ve Si ölçeklerindeki düşüş normal aralık sınırlarının dışına taşıyordu.

Birinci gruptan herhangi bir zamanda PTSD ölçütlerini karşılayan 18 kişi, PTSD tanı ölçütlerini hiç bir zaman doldurmayan 37 kişiye göre MMPI'ın D, Pt, Sc, Si ölçeklerinde anlamlı ölçüde daha yüksek puan almışlardı. PTSD tanısı alan 10 erkeğin MMPI profili Hs, D ve Hy ölçeklerinde, 8 kadınınkiyse Hy ölçeğinde yükselme göstermekteydi.

Görüşmelerin yapıldığı anda PTSD ölçütlerini dolduran üyelerle (11kişi) önceden PTSD ölçütlerini doldurup görüşme anında doldurmayan üyelerin (7kişi) MMPI profilleri hiçbir ölçekte anlamlı bir farklılık göstermiyordu.

Birinci ve ikinci grupta herhangi bir dönemde PTSD ölçütlerini dolduran 24 kişi, PTSD ölçütlerini hiçbir zaman doldurmayan üyelere göre D, Pd, Pa, Pt, Sc ölçeklerinde anlamlı düzeyde daha yüksek puan almıştı. PTSD ölçütlerini dolduranların D ve Hy ölçeklerinde patolojik kabul edilemeyecek hafif bir yükselme görülürken, PTSD ölçütlerini doldurmayan üyelerin MMPI profili tamamen normal sınırlar içindeydi.

Görüşmelerin yapıldığı anda PTSD ölçütlerini dolduran üyelerle (13 kişi) daha önce PTSD ölçütlerini doldurup o sırada iyileşmiş bulunan üyelerin (11 kişi) MMPI profilleri arasında hiçbir ölçekte anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Sadece işkence grubu tek başına ele alındığında ve ilk iki grup bir arada değerlendirildiğinde MMPI ölçekleriyle PTSD tanı ölçütlerinin ilişkisi birçok ölçekte anlamlılık göstermekteydi:

İşkence gören grupta • MMPI Hs ölçeği, bir C ölçütü ile (C4);
• D ölçeği, üç C (C4, C5, C7) ve üç D (D1, D3, D4) ölçütü ile;
• Hy ölçeği, iki B (B3, B4),üç C (C1, C5, C7), bir D (D4) ölçütü ve herhangi bir zamanda PTSD tanısı ile;
• Pd ölçeği, iki C (C4, C7) ölçütü ve herhangi bir zamanda PTSD tanısı ile;
• Pa ölçeği, bir B (B3) ve iki C (C2,C4) ölçütü ile;
• Pt ölçeği, bir B (B4), dört C (C2, C3, C4, C7),iki D (D3, D4) ölçütü ve herhangi bir zamanda PTSD tanısı ile;
• Sc ölçeği, bir B (B4), beş C (C2, C3, C4, C5, C7), dört D (D1, D3, D4, D6) ölçütü ve herhangi bir zamanda PTSD tanısı ile;
• Ma ölçeği, bir B (B2), bir C (C3) ve iki D (D2, D6) ölçütü ile;
• Si ölçeğinde, iki D (D3, D4) ölçütü ile anlamlı bir birliktelik ilişkisi göstermekteydi.

Birinci ve ikinci grup birlikte ele alındığında • Hs ölçeği ,bir B (B4), iki C (C4, C6) ve iki D (D1, D3) ölçütü ile;
• D ölçeği, bir B (B4), beş C (C2, C3, C4, C5, C7), üç D (D1, D3, D4) ölçütleri ve herhangi bir zamanda PTSD ya da görüşme anında PTSD tanısı ile;
• Hy ölçeği, 2 B (B3, B4), 2 C (C4, C7), 1 D (D4) ve görüşme anında PTSD ölçütlerini karşılıyor olmakla
• Pd ölçeği, üc B (B2, B3, B4), dört C (C2, C4, C5, C7), bir D (D3) ölçütleri ve herhangi bir zamanda PTSD tanısı ile;
• Pa ölçeği, bir B (B3), beş C (C2, C3, C4, C6, C7), bir D (D6) ölçütleri ve herhangi bir zamanda PTSD tanısı ile;

• Pt ölçeği, bir B (B4), beş C (C2, C3, C4, C5, C7), beş D (D1, D3, D4, D5 D6) ölçütleri ve herhangi bir zamanda ya da o sıradaki PTSD tanısı ile;
• Sc ölçeği, iki B (B3, B4), beş C (C2, C3, C4, C5, C7), beş D (D1, D3, D4, D5, D6) ölçütleri ve herhangi bir zamanda ya da o sıradaki PTSD tanısı ile;
• Ma ölçeği, bir B (B2), bir C (C3) ve iki D (D2, D6) ölçütleri ile;
• Si ölçeği, bir C (C7) ve bir D (D4) ölçütü ile istatistiksel yönden anlamlı bir birliktelik ilişkisi gösteriyordu.

Eşikaltı ya da eşiküstü ikinci eksen tanısı almış olmakla MMPI'ın Hs, D, Hy, Pa, Pt, Sc, Si ölçekleri arasında her üç grupta anlamlı ilişki vardı. İşkence gören gruptaysa, Hs, D, Hy, Pd, Pa, Sc, Ma, Si ölçekleriyle ikinci eksen tanısı arasında istatistiksel yönden anlamlı ilişkiler bulunmaktaydı.

Eşikaltı ya da eşiküstü bir ikinci eksen tanısı almakla Hamilton Anksiyete, State Anksiyete, Trait Anksiyete, Hamilton Depresyon, Beck Depresyon ölçeklerinde yüksek puan almış olmak arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardı.

Birinci gruptan herhangi bir zamanda PTSD tanı ölçütlerini dolduran 18 kişinin %83.3'ü bir başka birinci eksen tanısı alırken PTSD tanı ölçütlerini hiçbir zaman doldurmayan üyelerde bir birinci eksen tanısı alma oranı %32.4'tü ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıydı.

Görüşme sırasında PTSD tanı ölçütlerini karşılamakta olan 11 kişiden dokuzu (%81.1) bir başka birinci eksen tanısı alırken, o sırada PTSD tanı ölçütlerini doldurmayan 44 kişiden 18'i (%40.9) bir birinci eksen tanısı almıştı. Aradaki fark istatistiksel yönden anlamlıydı.

Birinci gruptan herhangi bir dönemde PTSD tanı ölçütlerini dolduran 18 kişinin dördü (%22.2) bir ikinci eksen tanısı alırken, PTSD tanı ölçütlerini doldurmayan 37 kişinin biri (%2.7) bir ikinci eksen tanısı almıştı. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. İkinci eksen tanılarına eşikaltı tanılar da katıldığında, PTSD ölçütlerini dolduran 18 kişinin dokuzu (%50) ve doldurmayan 37 kişinin yedisi (%18.9) bir eşikaltı ya da eşiküstü ikinci eksen tanısı almış oluyordu. Bu durumda da aradaki farklar istatistiksel açıdan anlamlıydı.

Görüşmeler yapıldığı sırada PTSD tanı ölçütlerini karşılayan 11 kişiden ikisi (%18.2) ve karşılamayan 44 kişiden üçü (%6.8) bir ikinci eksen tanısı almıştı. İkinci eksen tanılarına eşikaltı tanılar da eklendiğinde, PTSD ölçütlerini karşılayan 11 kişiden dördü (%36), karşılamayan 44 kişiden de 12'si (%27.2) bir eşikaltı ya da eşiküstü ikinci eksen tanısı almış oluyordu.

TARTIŞMA

Bu tezde, kişilik özelliklerinin PTSD ile ilişkisi hakkındaki tartışmalara bir katkı sağlamak hedeflenmiştir. PTSD ve kişilik ilişkisi konusunda yapılmış küçük sayılamayacak sayıda yayına karşın, çoğunlukla izlenim ya da anekdot düzeyinde olan bu bildirilerde, ileri sürülen savlarla ilgili sağlam tasarımlı çalışmalara pek rastlanmamaktadır. Hemen hemen herkes, travmaya verilen yanıtta kişilik özelliklerinin de rol oynadığı, dolayısıyla kişilik etmeninin önemli olduğu fikrinde birleşmektedir. Eth ve Pynoos (1985), travma öncesi kişilik yapısı ve ego gelişim basamağının travmaya yanıtın belirlenmesinde rol oynadığını bildirmişlerdi. Travma öncesi bir ruhsal bozukluğun kişide travmatik olayın yarattığı ruhsal etkileri arttırdığını ve premorbid kişilik yapısının posttravmatik psikopatolojiyi belirleyen en önemli faktörlerden olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Lopen ve Corras, 1985). Özellikle travma öncesi depresif bozukluğu olan kişiler, travma sonrası depresyon açısından yüksek riskli bir gruptur (Smith, North ve ark., 1990). Vietnam'da çarpışan, ama PTSD gelişmeyen bir grup askerle yapılan bir çalışma sonucunda, bu askerlerin bazı ortak kişik ve davranış özellikleri gösterdikleri belirtilmiştir (Hendin ve Haas, 1984). Bu insanlar, özetle, *a)* çok gerilimli durumlarda soğukkanlı hareket edebilen, emosyonel denetimleri güçlü kişilerdir. *b)* En sıcak çatışma koşullarında bile, üstlerinin, kendilerinin ve arakadaşlarının yaşamlarını gereksiz yere tehlikeye atacak emirlerini uygulamamışlardır. (Bu, otoriteye basit bir başkaldırının ötesinde, insanların kendi yargılarına güvenlerinin ve inisiyatif kullanma yetilerinin göstergesidir.) *c)* Kendilerinin ve başkalarının korkularını olduğu gibi kabul etmiş ve duygularından utanç duymamışlardır. *d)* savaşta sivil halka ve savaş esirlerine karşı saldırgan bir tutum almamışlardır. Figley de (1985) travmatik olayda bireyin nasıl bir rol oynadığının önem taşıdığını ve bu rolün, hareketsiz çaresiz kalma, kontrolünü yitirme gibi pasif ya da stresörü değiştirebilme, başa çıkma çabası gösterme gibi aktif biçimlerde yaşanabileceğini belirtmiştir.

DSM–IV için PTSD'nin A ölçütü konusunda yapılan önerilerde vurgulanan nokta, kişinin travmayı nasıl algıladığıdır. Bir olayın (travmanın) algılanış tarzıysa kişilik tarafından belirlenir.

Önemli savlardan biri travmatık yaşantıların kişilik üzerine olumsuz etkide bulunduğu ve kişiliği değiştirdiğidir. Bu sav çocukluk çağı travmaları için geçerli görünüyorsa da, erişkinlikte yaşanan travmaların kişiliği etkileyip etkilemediği, etkiliyorsa nasıl ve ne şekilde etkilediği, bu etkinin kalıcı olup olmadığı belli değildir.

Yeni bir literatür incelemesine göre (Somnier, Vesti ve Kastrup, 1992), 1979–1990 yılları arasında yayımlanan 30 çalışmanın 16'sında işkencenin kişilik üzerinde kimi etkileri olduğu bildirilmiştir. Bazı çalışmalarda (Ortmann ve Lunde, 1988) işkence kurbanlarındaki kişilik değişmesi prevalansı %70 gibi yüksek bir düzeydedir. Ancak çoğu çalışmada kontrollerin olmaması, değerlendirme araçları ya da tanı kriterlerinin yetersiz tanımı gibi metodolojik sorunlar işkencenin kişilik üzerine etkilerinin tam sonucunu anlamayı engellemektedir. Henüz hiçbir çalışmada bu sorun kişiliğin standardize ölçümü kullanılarak ve kontrollü bir tasarımla incelenmemiştir.

PTSD ve kişilik bozukluğu arasındaki bağlantıya ilişkin olası açıklamalar henüz yeterli ölçüde ilgi görmemektedir. Bu bağlamda dört açıklama olasıdır (Green, Lindy ve Grace, 1985): 1) Kişilik bozukluğu ve PTSD görece bağımsız olabilir, 2) kişilik faktörleri yüksek risk durumlarıyla karşılaşmayı ve bu durumu sürdürmeyi belirliyor olabilir, 3) kişilik faktörleri bireylerde PTSD'ye yatkınlık oluşturabilir ya da 4) kişilik bozuklukları travmanın bir sonucu olabilir.

Travmatik yaşantıyla kişilik özelliklerinin PTSD gelişim sürecine etkileri konusunda belki daha net dile getirilmiş savlardan biri, travmanın şiddeti ne kadar hafifse kişilik özelliklerinin o kadar belirleyici olduğu, ama travmanın şiddeti arttıkça kişilik etmenlerinin önemini yitirdiği yolundadır. Bu tezde incelenen örnek kümesiyle ilgili bazı bulguları altını çizerek, söz konusu savlarla ilgili tartışmalara katkıda bulunmak istiyorum.

1. *Yoğun ve uzun süreli işkence deneyimine karşın, örnek kümemizdeki kişilerin sadece 18'inde (%33) PTSD gelişmiştir.* On iki kişi de başka bir birinci eksen tanısı almıştır (%21.8). Bu kişilerde PTSD oranının, PTSD yerine önerilen yeni tanı başlıklarına uygun vakalar olmaları nedeniyle düşük bulunduğu öne sürülebilir. Ancak, yoğun ve uzun süreli travmatik yaşantıları olan kişilerde PTSD'nin yeterli bir tanı olmayacağı ve bu kişilerde PTSD belirtilerini aşan daha zengin bir semptomatoloji olduğu savı, bu örnek kümesinde doğrulanmamıştır. Bu durumda neden olguların %67'sinde PTSD ya da PTSD'yi aşan bir tablo gelişmediği sorusu ortaya çıkmaktadır. Bu sorunun yanıtına geçmeden önce önemli gördüğüm bulguları belirtmeye devam edeceğim.

2. *Uzun süreli ve yoğun travmatik yaşantının kalıcı kişilik bozuklukları oluşturduğu savı bu örnek kümesinde doğrulanmamıştır.Yoğun ve uzun bir işkence deneyimine karşın, işkence grubunda kişilik bozukluğu tanısı kontrol gruplarından daha azdır.* Ancak işkence grubundan PTSD tanı ölçütlerini dolduranlarda, doldurmayanlara göre daha fazla kişilik

bozukluğu tanısı bulunmaktadır. Birinci gruptan herhangi bir zamanda PTSD ölçütlerinu dolduran 18 kişinin dördü (%22.2) SCID–II ile bir kişilik bozukluğu tanısı alırken, aynı grupta PTSD ölçütlerini hiçbir zaman doldurmayan 37 kişiden sadece biri (%2.7) kişilik bozukluğu tanısı almıştır. Aradaki fark χ^2 testiyle anlamlıdır (p=.02).

Görüşmelerin yapıldığı sırada PTSD ölçütlerini dolduran 11 kişiden ikisi (%18.2) kişilik bozukluğu tanısı almışken, PTSD ölçütlerini doldurmayan 44 kişiden üçü (%6.8) kişilik bozukluğu tanı ölçütlerine uymaktadır. Aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı değildir.

Aynı değerlendirmeye ikinci eksende eşikaltı tanı alanlar da katıldığında, herhangi bir zamanda PTSD ölçütlerini dolduran 18 kişiden dokuzu (%50) bir eşikaltı veya eşiküstü kişilik bozukluğu tanısı alırken, hiçbir zaman PTSD ölçütlerini doldurmayan 37 kişiden yedisi (%18.9) bir eşikaltı veya eşiküstü kişilik bozukluğu tanısı almaktadır. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p<.01).

O sırada PTSD ölçütlerini doldurmakta olan 11 kişiden dördü (%36.4) bir eşik altı veya eşiküstü kişilik bozukluğu tanısı almışken, ölçütleri doldurmayan 44 kişiden 12'si (%27.2) bir eşikaltı veya eşiküstü kişilik bozukluğu tanısı almıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır.

Herhangi bir zamanda PTSD ölçütlerini dolduranlarda kişilik bozukluğu oranı, görüşmelerin yapıldığı sırada PTSD ölçütlerini dolduranlardakine göre daha yüksektir. Bu bulgu iki şeyi düşündürmektedir. Birincisi, PTSD ya da işkenceye bağlı ortaya çıkan sorunlar görüşmeci tarafından kişilik bozukluğu gibi algılanmamıştır. İkincisi, PTSD belirtileri kişilik bozukluğu gibi görünseler bile PTSD'nin devam ettiği durumlarda kendini kişilik bozukluğu biçiminde gösteren tablo kalıcı olmamaktadır.

3. Üç grubun MMPI profilleri karşılaştırıldığında işkence gören grup sadece Hy ölçeğinde hafif bir yükselme göstermektedir. Buna karşılık üçüncü grubun kadın üyeleri Pd, Pa, Pt, Sc, Si ölçeklerinde normalin altında puan almışlardır. Yani *işkence grubunun kadın üyelerinin MMPI profili üçüncü gruptan daha sağlıklı görünmektedir.* İkinci grupsa tamamen normal sınırlar içindedir. *Erkeklerde de işkence grubu Hy ölçeğindeki hafif bir yükselme dışında tamamen normal sınırlar içindeyken üçüncü grup Pa ve Si ölçeklerinde normalden düşük puan almıştır.* İkinci grubun profili burada da tamamen normal sınırlar içindedir. *Bu bulgular da işkencenin tek başına kişilik bozukluğu yapmadığını düşündürmektedir.*

İşkence grubunun sağlıklı bir MMPI profili göstermesine karşılık, grup üyeleri PTSD tanısı alanlar ve almayanlar olarak ikiye ayrılıp değerlendirildiğinde yeni bir durum ortaya çıkmaktadır:

4. Birinci grupta, PTSD tanı ölçütlerini karşılayan erkek üyelerin MMPI profilleri Hs, D ve Hy ölçeklerinde yükselme göstermektedir. Ancak bu yükselmeler patolojik sınırı aşmamaktadır ve başka çalışmalarda PTSD tanı ölçütlerine uyan kişiler için bildirilen puanlara göre çok düşüktür. Bu yükselmeler 70T puanını aşmasa da, tipik sayılan üçlü yükselme daha çok "somatizasyoncu, nevrotik, depresif ve anksiyeteye eğilimli" bir kişilik lehine yorumlanabilir. Bu profillerde somatik şikayetler ön plandadır ve en baskın savunma represyondur.

Aşağıdaki tabloda, Vietnam eski muharipleriyle ilgili yapılmış üç çalışmadaki MMPI profilleri gösterilmektedir. Bu daha yeni tarihli çalışmalarda, Hs/D/Hy ölçekleri dışında bir çok ölçekte daha çok yüksek puanlar bulunduğu dikkat çekmektedir (McCormack ve ark., 1990; Orr ve ark., 1990; Perconte ve Goreczny., 1990).

	Orr ve ark.	Perconte ve Goreczny		McCormack ve ark.		
MMPI Ölçekleri	PTSD+	PTSD+	Düzel.PTSD	PTSD+	PTSD-	Kontrol
Hipokondri	72.0	81.3	76.8	86.1	79.2	77.2
Depresyon	83.8	97.9	85.5	86.7	66.5	65.4
Histeri	69.3	77.7	72.4	69.2	63.3	61.4
Psikop. sapma	72.0	86.5	76.8	89.9	78.9	80.7
Mask/femin.	67.0	66.4	59.3	63.7	60.4	63.4
Paranoya	67.6	84.4	76.3	75.6	61.9	63.1
Psikasteni	77.5	92.4	81.3	98.8	89.2	92.0
Şizofreni	82.6	102.5	92.1	103.7	92.9	95.5
Hipomani	64.9	65.8	69.5	76.8	69.3	69.2
Sosyal içedönük	62.1	69.8	63.6	64.0	57.3	56.2

Çalışmada, PTSD tanı ölçütlerini karşılayan kadın üyelerin profili, 3. ölçek dışında tüm ölçeklerde normal sınırlar içindedir. Ancak, 3. ölçekteki T puanı, somatik semptomlardan çok, "histeroid kişilik özellikleri, ilişkilerde içgörüsüzlük ve naiflik, benmerkezcilik, kendini iyi görme ve gösterme eğilimi" biçiminde yorumlanabilecek niteliktedir.

Birinci grubun PTSD tanı koşullarını karşılayan ve karşılamayan üyelerinin MMPI profilleri arsında D, Pt, Sc, Si ölçeklerinde anlamlı farklılık bulunmaktadır. Koretzky ve Rosenoer (1990) Vietnam eski muharipleri üzerinde yaptıkları araştırmada PTSD tanı koşullarına

uyanların uymayanlara göre D, Pd, Pa, Pt ve Sc ölçeklerinde anlamlı ölçüde yüksek puan aldıklarını bildirmişlerdi.n Koretzky ve Rosenoer'in (1990) bildirdikleri puanların hepsi 70T'nin üstündedir. Bizim .deneklerimizdeyse depresyon ölçeği dışında bütün ortalamalar normal sınırlar içindedir, bu ölçekte de 70T'ye ulaşılmamıştır. PTSD'liler hem depresyon hem de histeri ölçeklerinde, PTSD ölçütlerini doldurmayanlarsa yalnız histeri ölçeğinde normal sınırları hafifçe, patolojik kabul edtilmeyecek ölçüde aşmaktadır.

5. *İşkence grubundan görüşme sırasında PTSD ölçütlerini dolduran üyelerle geçmişte PTSD ölçütlerini doldurmuş üyeler arasında MMPI ölçeklerinin hiç birinde anlamlı bir farklılık yoktur.* 1. ve 2. grup birlikte ele alındığında da görüşmenin yapıldığı anda PTSD ölçütlerini dolduranlarla geçmişte doldurmuş olanlar hiçbir MMPI ölçeğinde anlamlı farklılık göstermemektedir.

Bu durum PTSD tanısı alanlarda görülen MMPI profili farklılığının PTSD'ye bağlı olmadığını düşündürmektedir. Çünkü PTSD tablosu geçtikten sonra da MMPI profili değişmemiştir. Olguların işkence öncesi MMPI profillerini bilemediğimizden, profillerin premorbid dönemde de mi böyle olduğunu, yoksa işkenceden sonra ortaya çıkan ve PTSD belirtileri geçtikten sonra da süren değişikliklerden mi söz edilmesi gerektiğini söyleyemeyiz. Wheatley ve Ursano (1982), Vietnam savaşına katılmış Amerikan Hava Kuvvetleri görevlileriyle yaptıkları bir çalışmada, deneklerin savaş öncesi ve sonrası MMPI profilleri arasında önemli bir farklılık olmadığını bildirmişler ve bu durumun olasıkla Hava Kuvvetleri görevlilerinin geleceklerini düşünürek yanıltıcı yanıtlar vermeleriyle, ayrıca yoğun travmatik deneyimlerinin olmamasıyla açıklanabileceği yorumunu yapmışlardı. Oysa bu durum pekala daha önce yapılan MMPI testlerinde profili sağlıklı bulunmayanların göreve gönderilmemesinden de kaynaklanıyor olabilir. *Örnek kümemizde işkence görmeyen gruptaki PTSD tanılı kişilerin MMPI profillerinin işkence grubundaki PTSD'lilerinkine benzemesi, bu hastaların MMPI'larında görülen farklılıkların yalnız işkence ile açıklanamayacağını düşündürmektedir. Daha çok, PTSD tanısıyla ilgili bir MMPI kalıbı var gibi görünmektedir. Ancak PTSD'nin mi MMPI profilini değiştirdiği, MMPI profilleri böyle olan kişilerde mi travmayla PTSD oluştuğu belli değildir.*

6. Bu örnek kümesinde, *MMPI ölçekleriyle PTSD tanı ve belirtileri arasında bir ilişki olduğu açık bir şekilde görülmektedir:*

1. ve 2. grup birlikte ele alındığında, PTSD tanısıyla Hs, D, Pd, Pa, Pt, Sc ve Si ölçeklerinde yüksek puan almış olmak arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir birliktelik ilişkisi vardı. *Yani MMPI Hipokondri, Depresyon, Psikopatik sapma, Paranoya, Psikasteni, Şizofreni ve*

Sosyal içedönüklük ölçeklerinde yüksek puan alanlarda PTSD tanısı daha sıktı ya da PTSD'lilerin bu ölçeklerinde yükselme vardı.

İlginç bir bulgu da, MMPI ölçeklerindeki puanlarla PTSD belirtileri arasında çok sayıda anlamlı birliktelik ilişkisi bulunmasıydı.

B ölçütlerinden, olayın elde olmadan, sıkıntı verici bir biçimde tekrar tekrar anımsanması belirtisi hem birinci grupta hem de iki grup birlikte ele alındığında hiç bir MMPI ölçeği ile ilşkili değilken, hem işkence grubunda hem de iki grup birlikte ele alındığında, olayı sık sık sıkıntı veren bir biçimde rüyada görmeyle sadece hipomani ölçeği arasında ilişki vardı. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi hissetme ya da birden tepki gösterme ölçütü işkence grubunda sadece histeri ve paranoya ölçekleriyle ($p<.05$), iki grup birlikte ele alındığında ayrıca psikopatik sapma ve şizofreni ölçekleriyle ilişki içindeydi.

Bu bulgular, *travmanın elde olmadan tekrar tekrar sıkıntı verici biçimde anımsanmasının kişilik özelliklerinden çok travmatik olayın kendisi tarafından belirlendiği izlenimini verrmekte, karabasanların da* hipomani ölçeğiyle zayıf ilişkisi dışında kişilik özellikleriyle pek etkileşmediğini ve *daha çok travmatik yaşantı tarafından belirlendiğini* düşündürmektedir. Travmatik olayı yeniden yaşıyormuş gibi olma ya da böyle hissetme belirtisinin histeri ölçeğiyle bağlantısı anlaşılabilir gibi görünmektedir. Travmatik olayın bir yönünü sembolize eden ya da ona benzeyen olaylarla karşılaşıldığında yoğun sıkıntı duyma belirtisiyle işkence grubunda sadece histeri ölçeği, iki grup birlikte ele alındığında da Ma, Si ve M/f dışındaki tüm ölçekler arasında anlamlı ilişki vardır. B ölçütlerine hem birinci hem de ikinci grupta C ve D ölçütlerinden daha fazla rastlanması (bkz. 'Birinci ve İkinci Grupta PTSD Belirtileri' bölümü), bu konuda istatistiksel bir araştırma yapılmamış olmasına karşın, B belirtilerinin, özellikle B1 ve B2 belirtilerinin travmayla daha çok bağlantılı olduğunu düşündürmektedir. Ancak B ölçütünü doldurmak için bir, C ölçütünü doldurmak için üç, D ölçütünü doldurmak için iki belirtinin bulunması gerektiği de dikkate alınmalıdır.

C ölçütlerinden, olaya eşlik etmiş düşünce ve duygulardan kaçınma çabaları işkence grubunda sadece histeri ölçeğiyle anlamlı bir ilişki içindeyken iki grup birlikte ele alındığında hiçbir ölçekle anlamlı ilişkisi yoktu. Travmayla ilgili anıları uyandıran etkinlikler veya durumlardan kaçınma çabaları belirtisi işkence grubunda paranoya ve şizofreni ölçekleriyle, iki grup birlikte ele alındığında depresyon psikopatik sapma, paranoya, psikasteni, şizofreni ölçekleriyle ilişkiliydi. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama (psikojenik amnezi) işkence grubunda psikasteni, şizofreni ve hipomani ölçekleriyle, iki grup birlikte ele alındığında da depresyon, paranoya, psikasteni, ve şizofreni ölçekleriyle ilişkiliydi. Önemli etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma belirtisi, MMPI ölçekleriyle en çok ilişkili görünen

belirtiydi ve hem işkence grubunda hem de iki grup birlikte ele alındığında hipomani ve sosyal içedönüklük ölçekleri dışındaki tüm ölçeklerle ilişkiliydi. İnsanlardan uzaklaşma ve yabancılaşma duyguları işkence grubunda depresyon, psikopatik sapma ve şizofreni ölçekleriyle, iki grup birlikte ele alındığında da psikopatik sapma, psikasteni ve şizofreni ölçekleriyle ilişkiliydi. .Duygulanımda kısıtlılık işkence grubunda hiç bir ölçekle anlamlı bir ilişki içinde değilken, iki grup birlikte ele alındığında sadece paranoya ölçeğiyle birliktelik ilişkisi gösteriyordu. Bir geleceği kalmadığı duygusu işkence grubunda depresyon, histeri, psikopatik sapma, psikasteni ve şizofreni ölçekleriyle ilişkiliydi.

Bu bulgular, *travmaya eşlik etmiş olan düşünce ya da duygulardan kaçınma çabaları ve duygulanımda kısıtlılık belirtilerinin kişilik özelliklerinden pek etkilenmediğini düşündürmektedir.* Özellikle psikopatik sapma, paranoya ve şizofreni ölçekleriyle ilişkisi olan, önemli etkinliklere ilgide belirgin azalma belirtisi, ölçeklerle en çok etkileşen belirti olarak görünmektedir. Bu belirti. depresyon, psikasteni ve hipokondri ölçekleriyle de daha düşük anlamlılık düzeyinde etkileşmektedir. Histeri ve hipomani ölçekleriyle bir etkileşim saptanmaması, kişilik özellikleri ve PTSD belirtileri arasındaki ilişkinin, en azından bu ölçek için, ilk değişkenin ikinci üzerinde belirleyici rol oynaması yönünde de gerçekleşebileceği düşüncesini destekliyor görünmektedir.

D ölçütlerinden, uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte zorluk belirtisi, işkence grubunda depresyon ve şizofreni ölçekleriyle, iki grup birlikte ele alındığında da hipokondri, depresyon, psikasteni ve şizofreni ölçekleriyle ilişkiliydi. İrritabilite ve öfke patlamaları ölçütü, hem işkence grubunda hem de iki grup birlikte ele alındığında sadece hipomani ölçeğiyle anlamlı ilişki içindeydi. Düşüncelerini yoğunlaştırmakta zorluk belirtisi, işkence grubunda depresyon, psikasteni ve şizofreni ölçekleriyle, iki grup birlikte ele alındığındaysa hipokondri, depresyon, psikopatik sapma, psikasteni ve şizofreni ölçekleriyle anlamlı ilişki içindeydi. Tetikte olma hali işkence grubunda depresyon, psikasteni ve sosyal içedönüklük ölçekleriyle, iki grup birlikte ele alındığında da depresyon, histeri, psikasteni, şizofreni ve sosyal içedönüklük ölçekleriyle anlamlı ilişki gösteriyordu. Tepkilerde aşırılık işkence grubunda hiç bir ölçekle ilişkili değilken, iki grup birlikte değerlendirildiğinde psikasteni ve şizofreni ölçekleriyle anlamlı bir ilişki içindeydi. Travmatik olayın bir yönünü sembolize eden veya ona benzeyen olaylarla karşılaşıldığında fizyolojik tepki verme belirtisi işkence grubunda şizofreni ve hipomani ölçekleriyle, iki grup birlikte ele alındığında da paranoya, psikasteni, şizofreni ve hipomani ölçekleriyle ilişkiliydi. *İrritabilte ve öfke patlamaları belirtisinin sadece hipomani ölçeği ile anlamlı bir birliktelik ilişkisi içinde olması iki yönlü de değerlendirilebilecek bir bulgudur. Yani PTSD'nin yol açtığı, olasılıkla biyolojik-*

nedenlere bağlı tepkisellik kişiyi hipomanik gösterebileceği gibi, hipomani puanı yüksek olanlarda bu belirti daha çok ortaya çıkıyor da olabilir.

7. Herhangi bir zamanda *PTSD ölçütlerini doldurmuş olmak,* işkence grubunda *depresyon* ($p<.01$), *psikopatik sapma* ($p<.05$) ve *şizofreni* ($p<.001$) ölçekleriyle, iki grup birlikte ele alındığındaysa depresyon ($p<.001$), psikopatik sapma ($p<.01$), *psikasteni* ($p<.001$) ve şizofreni ($p<.0001$) ölçekleriyle anlamlı bir birliktelik ilişkisi içindedir.

Görüşmelerin yapıldığı sırada PTSD ölçutlerini dolduruyor olmaksa, işkence grubunda *histeri* ($p<.01$), iki grup birlikte ele alındığında da depresyon ($p<.05$), *histeri* ($p<.05$), ve şizofreni ($p<.05$) ölçekleriyle anlamlı ilişki göstermektedir.

PTSD'li ve PTSD'siz üyeler arasındaki MMPI profil farklılığı daha depresif ve obsessif, psikopatik sapma ve şizofreni ölçeklerinde de yüksek puan almış kişilerin PTSD gelişmesine daha yatkın olduğu biçiminde yorumlanabilir; ancak PTSD'lilerin bu ölçeklerde patolojik puan almamış olmaları ve depresyon ölçeğinin kişinin o andaki durumunu yansıtan niteliği bu savı zayıflatmaktadır.

Bir başka olasılık, bu örnek kümesindeki işkence kurbanları sağlıklı kişilik özellikleri gösteren kimseler olduğundan işkence deneyiminin kişilik üzerine fazlaca olumsuz bir etkide bulunmamış olmasıdır. Dolayısıyla işkence grubunun MMPI profili sağlıklı çıkmıştır. Buna karşılık PTSD gelişenlerin kişilik özellikleri bu kişilerin görece daha az dayanıklı olmasına yol açmaktadır. PTSD gelişmesine yol açan kişilik özellikleri kalıcıdır; çünkü daha önce PTSD geçirip düzelenlerle görüşmelerin yapıldığı sırada halen PTSD ölçütlerini dolduranlar arasında MMPI ölçekleri açısından anlamlı bir farklılık yoktur. Ancak bu konuya ilişkin söylenebilecek her şeyin yalnızca spekülasyon olduğu, elde yeterli kanıt bulunmadığı unutulmamalıdır.

Herhangi bir zamanda PTSD tanısı alanlar ve almayanlar arasında histeri ölçeğinde anlamlı farklılık bulunmaması ve görüşmelerin yapıldığı sırada PTSD tanı ölçütlerini karşılayanlarla karşılamayanlar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık saptanması, bu ölçekteki puanların o sırada PTSD tanı koşullarına uyuyor olmakla bağlantılı biçimde daha da yükseldiğini düşündürmektedir.

Hipokondri ölçeğinde yüksek puan almakla, sadece işkence gören grupta önemli etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma, birinci ve ikinci grup birlikte incelendiğinde de travmayı sembolize eden olaylarla karşılaşıldığında yoğun sıkıntı duyma, önemli etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma, duygulanımda kısıtlılık, uyku bozukluğu, konsantrasyon güçlüğü ölçütü gibi depresyon ve anksiyete belirtileri arasında anlamlı ilişki vardır.

Depresyon ölçeği, sadece işkence gören grup ele alındığında, önemli etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma, insanlara yabancılaşma ve uzaklaşma duyguları, gelecekle ilgili beklentilerde azalma, uyku bozukluğu, konsantrasyon güçlüğü gibi depresif belirtilerle ve aşırı tetikte olma ölçütüyle anlamlı düzeyde ilişkilidir. Depresyon ölçeği daha çok kişinin o anki durumundan etkilendiğinden, bu durumun depresif belirtilerin MMPI ölçeğine yansıması biçiminde yorumlanması daha uygun olur. Birinci ve ikinci grup birlikte ele alındığında da benzer bir durum görülmektedir: Depresyon ölçeği burada da travmayı sembolize eden olaylarla karşılaşıldığında yoğun sıkıntı duyma, travmayı hatırlatan durum ve etkinliklerden kaçınma, psikojenik amnezi, önemli etkinliklere ilgide belirgin azalma, insanlardan uzaklaşma ve yabancılaşma duyguları, gelecek beklentisinin kalmaması, uyku güçlüğü, konsantrasyon güçlüğü, tetikte olma hali ölçütleri ve herhangi bir zamanda PTSD ya da görüşme anında PTSD tanısı ile ilişkilidir.

Histeri ölçeği, işkence gören grupta, travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi tepki gösterme ya da hissetme, travmatik olayı sembolize eden durumlarda yoğun sıkıntı duyma, travmaya eşlik eden düşünce ve duygulardan kaçınma çabaları, insanlardan uzaklaşma ve yabancılaşma duyguları, gelecekle ilgili beklentilerde azalma, aşırı tetikte olma hali belirtileri ve herhangi bir zamanda PTSD tanısıyla, iki grup birlikte ele alındığında da travmatik olayın yeniden yaşanması, travmayı sembolize eden durumlarda yoğun sıkıntı duyma, önemli etkinliklerde azalma, gelecek beklentisinin kalmaması, aşırı tetikte olma durumu ve herhangi bir zamanda PTSD tanısıyla anlamlı ölçüde birliktelik ilişkisi içindedir. Ancak etkileşimin hangi yönde olduğunu söylemek zordur.

Psikopatik sapma ölçeği, işkence gören grupta, önemli etkinliklere ilgide azalma, gelecek beklentisinin azalması ölçütü ve herhangi bir zamanda PTSD tanısı ile, birinci ve ikinci grup birlikte ele alındığında da olayı sık sık sıkıntı veren biçimde rüyada görme, travmatik olayın yeniden yaşanması, travmatik olayı sembolize eden durumlarda aşırı sıkıntı duyma, travmayla ilgili anıları uyandıran durumlardan kaçınma, önemli etkinliklerde azalma, insanlardan uzaklaşma ve yabancılaşma duygusu, bir geleceği kalmamış olma duygusu, konsantrasyon zorluğu ölçütleri ve herhangi bir zamanda PTSD tanısı ile etkileşmektedir.

Paranoya ölçeği, sadece işkence gören grup ele alındığında, travmatik olayı yeniden yaşıyor olma, karabasanlar, önemli etkinliklere ilgide azalma belirtileriyle; birinci ve ikinci grup birlikte incelendiğinde de, travmatik olayın yeniden yaşanması, travmayla ilgili anıları hatırlatan durumlardan kaçınma, psikojenik amnezi, önemli etkinliklere ilgide azalma, duygulanımda kısıtlılık, bir geleceği kalmamış olma duygusu, travmayı hatırlatan durumlarda fizyolojik tepki verme belirtileri ve herhangi bir zamanda PTSD tanısı ile etkileşim göstermektedir.

Psikasteni ölçeği, sadece işkence gören grup değerlendirildiğinde, travmayı hatırlatan durumlarda sıkıntı duyma, travmayla ilgili anıları uyandıran durumlardan kaçınma, psikojenik amnezi, önemli etkinliklere ilgide azalma, bir geleceği kalmamış olma duygusu, konsantrasyon zorluğu, hipervijilans belirtileri ve herhangi bir zamanda PTSD tanısı ile, birinci ve ikinci grup birlikte ele alındığında da travmayı hatırlatan durumlarda sıkıntı duyma, travmayı hatırlatan durumlardan kaçınma, psikojenik amnezi, önemli etkinliklere ilgide azalma, insanlardan uzaklaşma, yabancılaşma duyguları, bir geleceği kalmamış olma duygusu, uyku bozukluğu, konsantrasyon güçlüğü, hipervijilans, tepkilerde aşırılık, travmayı hatırlatan durumlarda fizyolojik tepki belirtileri ve herhangi bir zamanda ya da görüşmenin yapıldığı dönemde PTSD tanısı ile etkileşim içindedir. PTSD'lilerde obsessif belirtiler bulunabileceği ve travmanın tekrar tekrar elde olmadan hatırlanması belirtisinin bu bağlamda değerlendirilebileceği söylenmişse de, psikasteni ölçeği bu belirtiyle etkileşmemektedir. Ancak, PTSD tanısı alanların psikasteni puan ortalaması, PTSD tanısı almayanlarınkinden istatistiksel anlamlılık gösteren ölçüde daha yüksektir.

Şizofreni ölçeği, sadece işkence gören grupta incelendiğinde, travmayı hatırlatan durumlarda sıkıntı duyma, travmayla ilgili anıları hatırlatan durumlardan kaçınma, psikojenik amnezi, önemli etkinliklerde azalma, insanlardan uzaklaşma ve yabancılaşma, bir geleceği kalmamış olma duygusu, uyku bozukluğu, konsantrasyon güçlüğü, hipervijilans, duygulanımda kısıtlılık belirtileri ve herhangi bir zamanda PTSD tanısı ile, birinci ve ikinci grup birlikte ele alındığında da travmatik olayı yeniden oluyormuş gibi yaşama, travmatik olayı hatırlatan durumlarda sıkıntı, travmayı hatırlatan durumlardan kaçınma, psikojenik amnezi, önemli etkinliklere karşı ilgide azalma, insanlardan uzaklaşma ve yabancılaşma, bir geleceği kalmamış olma duygusu, uyku bozukluğu, konsantrasyon güçlüğü, hipervijilans, tepkilerde aşırılık, travmayı hatırlatan durumlarda fizyolojik tepki verme belirtileri ve herhangi bir zamanda ya da görüşmenin yapıldığı dönemde PTSD tanısı ile etkileşmektedir. PTSD'lilerle yapılan daha yeni MMPI profil çalışmalarında, eskiden bildirilen tipik HS/D/Hy ölçekleri yükselmesine (Ursano, 1981; Graham, 1987; Goldstein, 1987) ek olarak, Sc ölçeğindeki yükselmelere de dikkat çekilmektedir (Orr ve ark., 1990). *Bu örnek kümesinde*

de PTSD'liler PTSD'si olmayanlara göre istatistiksel yönden anlamlı ölçüde daha yüksek Sc puanı almışlardı ve Sc ölçeği PTSD tanısıyla da PTSD belirtileriyle de en fazla etkileşen ölçekti. Yine de, PTSD tanısı alanların Sc puanları normal sınırlar içindeydi. Sc ölçeği oldukça heterojen ve patolojik olmayan durumlarda yorumu güç bir ölçektir. İçerdiği soruların çoğu garip düşünce içerikleri, ilgisizlik, apati, sosyal yabancılaşma, kötü aile ilişkileri ve algısal gariplikleri yansıtır. Ancak ölçeğin genel olarak ego gücünü ölçtüğü söylenmektedir. Bu örnek kümesindeki bulgular, şizofreni ölçeğinin egonun etkinliği veya yetersizliğini ölçtüğü fikrini destekler görünmektedir.

Hipomani ölçeği, sadece işkence gören grup ele alındığında karabasanlar, psikojenik amnezi; travmayla ilgili anıları hatırlatan durumlardan kaçınma ve duygulanımda kısıtlılık belirtileriyle, birinci ve ikinci grup birlikte incelendiğinde de karabasanlar, psikojenik amnezi, irritabilite ve öfke patlamaları, duygulanımda kısıtlılık belirtileriyle etkileşmekteydi. İrritabilite ve öfke patlamalarının bu ölçekle ilişkisi anlaşılabilir olmasına karşın, kaçınma bulguları, duygulanımda kısıtlılık ve karabasanlarla hipomani ölçeğinde yüksek puan almış olmak arasında ilişki kurmak güçtür.

Sosyal içedönüklük ölçeğinde, sadece işkence gören grupta, konsantrasyon güçlüğü ve tetikte olma hali belirtileriyle, birinci ve ikinci grup birlikte ele alındığındaysa bir geleceği kalmamış olma duygusu ve tetikte olma hali belirtileriyle istatistiksel yönden anlamlı bir birliktelik ilişkisi içindeydi.

İkinci eksende bir eşikaltı veya eşiküstü tanı almak, çeşitli psikolojik değerlendirme ve testlerde daha yüksek puan almakla istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki göstermekteydi.

MMPI bulguları için, ilişki, ikinci eksen tanısı olanların Hs, D, Hy, Pd, Pt, Sc ve Si ölçeklerinde de istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek puan almaları biçimindeydi. Bu bulgu, kişilik özellikleriyle MMPI ölçekleri arasında bir etkileşime işaret etmektedir. Yani bu örnek kümesinde MMPI profilleri başlıca iki şeyden etkileniyor görünmektedir. Birincisi herhangi bir zamanda PTSD kriterlerini doldurmuş olmak, ikincisi de eşikaltı ya da eşiküstü bir ikinci eksen tanısı almış olmak.

Ayrıca *bütün anksiyete ve depresyon ölçekleriyle de* eşikaltı veya eşiküstü bir ikinci eksen tanısı almış olma arasında anlamlı bir birliktelik ilişkisi vardı..

Sonuç olarak travma–kişilik özellikleri–hastalık arasında etkileşim bu bulgularla bir kez daha doğrulanmaktadır. Travmatik stres bozukluğu sadece travmayla açıklanamaz. Ancak bu bağlamdaki etkileşimlerin başat yönü konusunda net şeyler söylemek henüz kolay değildir.

VARGILAR

1. İşkence grubuna çok yoğun biçimde işkence uygulanmıştır.

2. İşkencenin siyasi baskı uygulanan bir çevredeki ilişkili başka stres yaratıcı olayların ötesinde ve üstünde bir ruhsal etkisi olmuştur.

3. İşkence grubunda en sık rastlanan birinci eksen tanısı posttravmatik stres bozukluğudur.

4. İşkence grubunda PTSD'den sonra en sık rastlanan birinci eksen tanısı geçirilmiş majör depresyondur.

5. Yoğun ve uzun süreli işkence deneyimi dikkate alındığında, PTSD ölçütlerini dolduran kişi oranı düşüktür. Bu durum incelenen örnek kümesinde işkenceye uğramış grubun işkenceye hazırlanmışlık derecesinin yüksekliği, sosyal desteğin iyiliği, kurbanın işkenceyi anlamlandırabilmesi ve işkenceden önce sağlıklı kişilik özelliklerine sahip olmasıyla bağlantılı görünmektedir.

6. İşkence deneyimi olmadan da politik baskı ve ilişkili stres verici yaşam olayları PTSD'ye yol açabilmektedir.

7. Yoğun ve uzun süreli işkence deneyimi bu örnek kümesinde kişilik bozukluklarına yol açmamıştır.

8. İşkence deneyimi olan grubun, herhangi bir patoloji göstermeyen, oldukça sağlıklı bir MMPI profili vardır. Histeri ölçeğindeki hafif yükselme patolojik ölçüde değildir.

9. Üç grup arasında, normal aralıktan en fazla farklılığı, ne işkence deneyimi ne de politik aktivitesi olan üçüncü grup göstermektedir.

10. Birinci ve ikinci grupta, herhangi bir zamanda PTSD ölçütlerini dolduran üyeler, PTSD ölçütlerini doldurmayan üyelere göre anlamlı ölçüde daha fazla kişilik bozukluğu göstermektedir.

11. PTSD ya da işkenceye bağlı olabilecek bir kişik bozukluğu, varsa bile, kalıcı değildir.

12. İkinci eksen tanısı alanların anksiyete ve depresyon puanları istatistiksel yönden anlamlı düzeyde daha yüksektir.

13. İkinci eksen tanısı alanların Hipokondri, Depresyon, Histeri, Psikopatik Sapma, Psikasteni, Şizofreni ve Sosyal İçedönüklük MMPI ölçeklerinde aldıkları puanlar istatistiksel yönden anlamlı ölçüde daha yüksektir.

14. PTSD ölçütlerini dolduran üyelerin MMPI profilleri, Psikopatik sapma, Paranoya, Psikasteni ve Şizofreni ölçeklerinde istatistiksel anlamlılık düzeyine varan yükselmeler göstermektedir. Bu ölçeklerden yalnızca Depresyon'da normal aralığı hafifçe aşan bir yükselme söz konusudur.

15. Görüşme sırasında PTSD ölçütlerini dolduran üyelerle geçmişte PTSD ölçütlerini doldurmuş olanlar arasında MMPI ölçeklerinin hiç birinde anlamlı bir farklılık yoktur.

16. Bir çok PTSD belirtisiyle belirli MMPI ölçeklerinde yüksek puan almış olmak arasında istatistiksel düzeyde anlamlı ilişkiler vardır.

17. Bazı PTSD belirtileri kişilik özelliklerinden daha fazla, bazı PTSD belirtileri daha az etkileniyor görünmektedir.

18. Travmanın elde olmadan tekrar tekrar sıkıntı veren bir biçimde anımsanması, travmaya eşlik etmiş olan düşünce ya da duygulardan kaçınma çabaları ve duygulanımda kısıtlılık belirtilerinin, kişilik özelliklerinden çok travmatik olayın kendisi tarafından belirlenmekte olduğu izlenimi alınmaktadır.

19. Şizofreni ölçeği, PTSD tanısı ve PTSD belirtileri ile en fazla etkileşen ölçek olmuştur ve PTSD'liler PTSD tanısı almayanlara göre istatistiksel yönden anlamlı düzeyde daha yüksek Sc puanı almıştır. Buörnek kümesinde bulgular, şizofreni ölçeğinin egonun etkinlik ya da yetersizliğini ölçtüğü fikrini destekler görünmektedir.

20. MMPI ölçeklerinde yüksek puan almış olmanın PTSD'nin yarattığı ruhsal durumdan çok kişilik özelliğine bağlı olduğu ve PTSD gelişiminde kişilik özeliklerinin rolü olduğu izlenimi alınmıştır.

Son olarak dikkat çekilmesi gereken bir nokta, bu çalışmadaki örnek kümesinin şiddetli travmayla karşılaşan topluluklar içinde özel bir alt küme oluşturma olasılığıdır. İşkence görmüş deneklerimiz, politik bağlanmaları nedeniyle çaresizlik ve yalıtılmışlık duygularını büyük olasılıkla daha az yaşamışlardı, işkenceye hazırlanmışlık dereceleri yüksekti, iyi düzeyde bir sosyal desteğe sahiptiler ve eğitim düzeyleri yüksekti. Dolayısıyla bu sonuçları PTSD'li genel hasta topluluğuna uyarlarken ihtiyatlı davranmak gerekir.

KAYNAKLAR

Abildgaard U, Daugaard G, Marcussen H, Jess H ve ark : Chronic organic psycho syndrome in Greek torture victims. Danish Medical Bulletin, 31: 239-242, 1984.

Acuna JE : Children of the storm. Philippines, Children's Rehabilitation Center, 1989.

Akhan O :Tedavi ve rehabilitasyon merkezleri. TİHV Tedavi Merkezleri 1990-1992 Raporu. Ankara: TİHV Yayınları(3), 1993.

Allodi F, Cowgill G : Ethical and psychiatric aspects of torture: A Canadian study. Canadian Journal of Psychiatry, 27: 98-102, 1982.

Allodi F: The Children of Victims of Political Persecution and Torture: A psychological study of a Latin American Refugee Community. International Journal of Mental Health, 18: 3-15, 1989(a).

Allodi F, Preira V, Rousseau C : The trauma of forced disappearance in the families of victims as posttraumatic stress disorder. San Francisco : Society for Posttraumatic Stress Studies, 1989(b).

Amati, S : Reflexionen über die Folter. Zur Einleitung einer psychoanalytischen Diskussion. In: Psyche, 3: 228-245,1977. (G. Keller: İşkence Psikolojisi, 1990 [Almanca'dan çeviren Mihrican Özdem, İstanbul, Fırat Yayınları, 1990]).

American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.Washington, DC, American Psychiatric Association, 1952.

American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980.

American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition. Revised. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987

Amit Z ve Galina ZH : Stress–induced analgesia: Adaptive pain suppression. Physiol. Rev. 66:1091-1114, 1986.

Amnesty International : Turkey-Briefing. London : Amnesty International Publications, 1988(a).

Amnesty International : Turkey: the Death Penalty. London : Amnesty International Publications, 1988(b).

Amnesty International : Turkey: Torture and Medical Neglect of Prisoners. London: Amnesty International Publications, 1988 (c).

Amnesty International : Turkey: Relentless and Systematic Abuse of Human Rights. London: Amnesty International Publications, 1989.

Amnesty International : Turkey: Continuing Violantions of Human Rights. London: Amnesty International Publications, 1990.

Amnesty International : Turkey Still Waiting for Change : Information on Continuing Human Rights Abuses. London: Amnesty International Publications, 1991.

Anisman HL, Beauchamp C, Zarchanko RM : Effects of inescapable shock and norepinephrine depletion induced by DSP4 on escape performance. Psychopharmacology, 83:56-61, 1984

Anisman HL, Irwin J, Sklar LS : Deficits of escape performance following catecholamine depletion: Implications for uncontrollable stress. Psychopharmacology, 64: 163-170, 1979.

Anisman HL, Ritch M, Sklar LS : Noradrenergic and dopaminergic interactions in escape behavior. Psychopharmacology, 74: 263-268, 1981.

Anisman HL, Suissa A, Sklar LS : Escape deficits induced by uncontrollable stress: Antagonism by dopamine and norepinephrine agonists. Behavioral Neural Biology, 32: 406-427, 1980.

Ayaşlı Y : Adressiz Sorgular. Ankara: Yurt Yayınları, 1989.

Baker R : Psychosocial consequences for tortured refugees seeking asylum and refugee status in Europe . In M. Başoğlu ed. Torture and İts Concequences : Current Treatment approaches. Cambridge: Cambridge University Press, 1992

Başoğlu M ed. Torture and its consequences : Current treatment approaches. Cambridge: Cambridge University Press, 1992

Başoğlu M, Mineka S : The role of uncontrollability and unpredictability of stress in the devolopment of post-traumatic stress symptoms. In Başoğlu M, ed. Torture and its consequences:Current treatment approaches. Cambridge University Press, 1992.

Başoğlu M, Paker M, Paker Ö ve ark : Psychological effects of torture:A comprasion of tortured with matched non-tortured political activists in Turkey. Am J Psychiatry. 151:76-81, 1994.

Becker E : The Denial of Death. New York: The Free Press, 1973.

Bendfeldt-Zachrisson F : State (political) torture: Some general, psychological and particular aspects. International Journal of Health Services, 15: 339-349, 1985.

Bettelheim B : Individual and mass behavior in extreme situations. Journal of Abnormal Social Psychology, 38: 417-452, 1943.

Blanchard EB, Kolb LC, Gerardi RJ ve ark : Cardiac response to relevant stimuli as an adjunctive tool for diagnosing posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. Behavior Therapy, 17:592-606, 1986.

Blank AS Jr : The longitudinal course of posttraumatic stress disorder. Paper prepared for the DSM-IV workgroup on posttraumatic stress disorder, 1989(a)

Blank AS Jr : The stressor criterion. Paper prepared for the DSM-IV workgroup on posttraumatic stress disorder, 1989 (b)

Blank AS Jr : The longitudinal Course of posttraumatic stress disorder. In Davidson JRT, Foa EB, eds. Posttraumatic Stress Disorder: DSM–IV and Beyond. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993.

Bluhme H : How Did They Survive. Am. J. Psychoanal, 2: 3-32, 1948.

Bond DD : The Love of Fear of Flying. New York: International Universities Press, 1952.

Bowden DM, McKinney WT : Behavioral effects of peer separation, isolation and reunion on adolescent male rhesus monkeys. Dev. Psychobiology, 5: 353-362, 1972.

Bowlby J : Attachment and Loss, Vol I, Attachment. New York: Basic Books, 1969.

Bowlby J : Attachment and Loss, Vol II, Separation. New York: Basic Books, 1973.

Boyd JH, Burke JD Jr, Gruenberg E ve ark : Exclusion criteria of DSM–III: A study of co-occurrence of hierarchy-free syndroms. Archives of General Psychiatry, 41: 983-989, 1984.

Breese GR, Cooper BR, Mueller RA : Evidence for involvment of 5-Hydroxytryptamine in the actions of amphetamine. British Journal of Pharmacology, 52: 307-314, 1974.

Breslau N, Davis GC, Andreski P : Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Arch Gen Psychiatry, 48: 216-222, 1991.

Briquet P : Traite de L'Hysterie. Paris, Bailliére et Fils,1859.

Burgess A, Hartmann CR, McCormack A : Abuser abuser: antecedents of socially deviant behavior. Am J Psychiatry, 144: 1431-1436, 1974.

Caplan G : Mastery of stress: Psychosocial aspect. Am. J. Physiol, 138 (4): 341-381,1984.

Card JJ : Epidemiology of PTSD in a national chort of Vietnam veterans. J Clinical Psychology, 43:6-17, 1987

Card JJ : Lives after Vietnam : The personal impact of military service. Lexington: MA Health, 1983.

Cathcart LM, Beger P, Knazan B : Medical examination of torture victims applying for refugee status. Canadian Medical Association Journal, 121: 179-184, 1979.

Centers for Disease Control : Health status of Vietnam veterans: I. Psychosocial characteristics. Journal of American Medical Association, 259:2701-2707, 1988.

Charney DS, Menkes DB, Heninger GR : Receptor sensitivity and the mechanism of action of antidepressant treatment: Implications for the etiology and therapy of depression. Archives of General Psychiatry, 38:1160-1180, 1981.

Chodoff P : Depression and guilt among concentration camp survivors. Existential Psychiatry, 26-27: 19-26, 1969.

Coe CL, Glass JC, Wiener SG : Behavioral, but not physiological adaptation to repeated separation in mother and infant primates. Psychoneuroendocrinology, 8: 401-409, 1983.

Cohn J, Holzer K, Koch L, Severin B : Children and torture: An investigation of Chilean immigrants' children in Denmark. Danish Medical Bulletin, 27:238-239, 1980.

Cohn J, Danielsen L, Koch L ve ark : A study of Chilean refugee children in Denmark. Lancet, 2: 437-438, 1985.

Coleman M : Platelet serotonin in disturbed monkeys and children. Clinical Proceedings of the Children's Hospital, 7:187-194, 1971.

Corda MG, Biggio G : Stress and GABA–ergic transmision: Biochemical and Behavioral Studies. In GABA–ergic tranmission and anxiety, 121-136 Newyork: Raven Press, 1986.

Crawley JN, Sutton ME, Pickar D : Animal models of self-destructive behavior and suicide. Psychiatric Clinics of North America, 8(2): 299-310, 1985.

Davidson JRT, Fairbank JA : The epidemiology of posttraumatic stress disorder. In Davidson JRT, Foa EB, eds: Posttraumatic stress disorder: DSM–IV and Beyond. Washington DC: American Psychiatric Press, 147-169, 1993.

Davidson JRT, Smith R : Traumatic experience in psychiatric outpatients. Journal of Traumatic Stress, 3: 459-467, 1990.

Davidson JRT, Smith RD, Kudler HS : Validity and reliability of the DSM-III criteria for posttraumatic stress disorder:experience with a structured interview. J Nerv Ment Dis, 177: 336-341, 1989(a).

Davidson JRT, Smith RD, Kudler HS : Familial psychiatric illness in chronic posttraumatic stress disorder. Comprehensive Psychiatry, 30: 339-345, 1989(b).

Davidson JRT, Hughes DL, Blazer DG ve ark : Posttraumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. Psychol Med, 21: 713-721, 1991.

Davidson JRT, Swartz M, Storck M, Krishnan RR, Hammet E : A diagnostic and family study of posttraumatic stress disorder. American Journal of Psychiatry, 142: 90-93, 1985.

Davidson JRT, Fairbank J : Position paper on epidemiology of PTSD. Paper prepared for the DSM-IV workgroup on posttraumatic stress disorder, 1989.

Davidson JRT : Issues in the diagnosis of posttraumatic stress disorder. In Oldham JM, Riba MB, Tasman A eds: Am.Psyc. Press Review of Psychiatry, Vol 12. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993.

Davis M, Sheard MH : p-Chloroamphetamine (PCA): Acute and chronic efffects on habituation and sensitization of th acoustic startle response in rats. Eur J Pharmacology, 35: 261-273, 1976.

de Windt E : The confrontation with death. Int. J. Psychoanal, 49: 302-305, 1968.

Depue R, Spoont MR : Conceptualizing a serotonin trait: A behavioral dimension of constrait. Annals of the New York Academy of Sciences, 487: 47-62, 1986.

Dobbs D, Wilson WP : Observations on the persistence of traumatic war neurosis. J of Ment and Nervous Disorders, 21: 40-46, 1960.

Domovitch E, Berger FB, Wawer MJ ve ark : Human torture: Description and sequelae in 104 cases. Canadian Family Physician, 30: 827-830, 1984.

Donohoe TP: Stress-induced anorexia: Implications for anorexia nervosa. Life Sci, 34: 203-218, 1984.

Dreyfuss K: Zur theorie der traumatischen neurose. Z. XXVI, 1941.

Drugan RC, Morrow AL, Weizman R, Weizman A ve ark : Stress induced behavioral depression in the rat is associated with a decrease in GABA receptor-mediated chloride ion flux and brain benzodiazephine receptor occupancy. Brain Res, 487: 45-51, 1989.

Eagle M : Recent developments in psychoanalysis: A critical evaluation. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1987.

Eitinger L : Organic and psychosomatic aftereffects of concentration camp imprisonment. International Journal of Psychiatry Clinics, 8: 155-173, 1971.

Eitinger L : The concentration camp syndrome and its late sequelae. In Dimsdale JE ed: Survivors, victims and perpetrators: Essays on the Nazi Holocaust. New York: Hemisphere Inc, 1980.

Eitinger L. The concentration camp syndrome: An organic brain syndrome? Integr Psychiatry, 3:115-126, 1985.

Engdahl E, Speed N, Eberly RA, Schwartz.J : Comorbidity of psychiatric disorders and personality profiles of American World War II prisoners of war. J Nerv Ment Dis, 179: 181-187 ,1991.

Engelhardt HT : The concepts of health and disease. In Engelhardt HT , Spicker SF eds: Evaluation and explanation in the biomedical sciences. Holland: D Reidel Publishing Co, 1975.

Eth S, Pynoos RS : Developmental perspective on psychic trauma in childhood. In C Figley ed: Trauma and its wake vol 1. New York: Brunner/Mazel, 1985.

Fanselow MS : Conditioned fear-induced opiate analgesia : A concepting motivational state theory of stress analgesia. Annals of the New York Academy of Sciences, 467: 40-54, 1986.

Farber IE, Harlow HF, West JL : Brainwashing, conditioning, and DDD (debility, dependency, dread). Sociometry, 20: 271-285, 1957

Feinstein AR : The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic diseases. Journal of Chronic Disease, 23:455-468, 1970.

Fenichel O : Nevrozların Psikanalitik Teorisi. Çev: S Tuncer, Bornova, İzmir: Ege Üniv Matb, 1974 (New York, 1945).

Field T : Attachment as psychobiological attunement : Being on the same wavelength. In Reite M, Field T eds: The psychobiology of attachment and separation. Orlando : Academic Press, 1985.

Figley, CR : Symptoms of delayed combat stress among a college sample of Vietnam veterans. Military Medicine, 143: 107-110, 1978.

Figley CR : Trauma and its wake. The study and treatment of PTSD. New York: Brunner/Mazel, 1985.

Finkelhor D, Brown A : The traumatic impact of child sexual abuse . American Journal of Orthopsychiatry, 55: 530-542, 1985.

Fischman Y, Ross J : Group treatment of exiled survivors of torture . American Journal of Orthopsychiatry, 60: 135-142, 1990.

Fish-Murray CC, Koby EV, van der Kolk BA : Evolving ideas : The effects of abuse on children's thought. In van der Kolk BA, ed: Psychological Trauma. Washington: American Psychiatric Press, 1987.

Foster D : Detention and torture in South Africa: Psychological, legal and historical aspects. Cape Town and Johannesburg: David Phillip, 1987.

Fox MW : Psychomotor disturbances. In Fox MW, ed: Abnormal Behavior in Animals. Philadelphia: WB Saunders Company, 1968.

Fox RP : Narcissistic rage and the problem of combat aggression. Archives of General Psychiatry, 311: 807-811, 1974.

Foy DW, Sipprelle RC, Rueger DB ve ark : Etiology of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans: Analysis of premilitary, military and combat exposure influences. J of Consulting and Clinical Psychology, 52: 79-87, 1984.

Foy DW, Restnick HS, Sipprelle RC ve Carroll EM : Premilitary and postmilitary factors in the development of combat-related posttraumatic stress disorder. The Behavior Therapist, 10: 3-9, 1987.

Ferenczi S : Gedanken ueber das Trauma. Z.,XX, 1934.

Freud A :The ego and the mechanisms of defence,1936. New York: International Universities Press, 1966.

Freud S : Beyond the pleasure principle. London: Int. Ps-a. P, 1922.

Freud S : On negation. Jo. VI., 1923.

Freud S : The problem of anxiety. New York: Norton, 1936.

Freud S : Beyond the pleasure principle. 1920. In the Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. XVIII.London : The Hogarth Press, 1955.

Freud S: Anxiety inhibition and symptoms, 1926. In On Psychopatalogy. Vol 10. Middlesex: Pelican Books, 1979.

Freud S : Introductory lectures on psychoanalysis. A Richards, A Dickson eds. London: Penguin Books, 1986(a).

Freud S : On metapsychology. A Richards, A Dickson eds. London: Penguin Books, 1986(b).

Frye J, ve Stocton R : Discriminant analysis of posttraumatic stress disorder among a group of Vietnam veterans. Am. J of Psychiatry, 139: 52-56, 1982.

Gayton WF, Burchstead GN, Matthews GR : An investigation of the utility of an MMPI Posttraumatic Stress Disorder Subscale. Journal of Clinical Psychology, 42: 916-917, 1986.

Gerson SC, Baldessarini RJ : Motor affects of serotonin in the central nervous system. Life Sciences, 27: 1435-1451, 1980.

Giral P, Martin P, Soubrie P ve ark : Reversal of helpless behavior in rats by putative 5-HTIA agonists. Biological Psychiatry, 23: 237-242, 1988.

Glazer H, Weiss JM, Poherecky LA ve ark : Monoamines as mediators of avoidence-escape behavior . Psychosomatic Medicine, 37: 535-543, 1975.

Gold PE, Zornetzer SF : The mnemon and its juices: Neuromodulation of memory process. Behavioral and Neural Biology, 38: 151-189, 1983.

Goldberg J, True WR, Eisen SA ve ark.: A twin study of the effects of the Vietnam war on posttraumatic stress disorder. JAMA, 263: 1227-1232, 1990.

Goldfeld AE, Mollica RF, Pesevanto BH ve ark : The physical and psychological sequelae of torture: Symptomatology and diagnosis. JAMA, 259: 2725-2729, 1988.

Goldstein G, van Kammen W, Shelly C ve ark : Survivors of imprisonment in the Pasific theater during World War II. Am J Psychiatry, 144: 1210-1213, 1987.

Gonsalves CJ : The psychological effects of political repression on Chilean exiles in the US. American Journal of Onthopsychiatry, 60: 143-154, 1990.

Graham JR : The MMPI : A practical guide (2nd edition). New York: Oxford University Press, 1987.

Grant SJ, Redmond DE : The neuroanotomy and pharmacology of the nucleus locus coeruleus. In Lala H, Fielding S, eds: Pharmacology of clonidine. New York: Alan R Liss, 1981.

Green AH : Self-destructive behavior in battered children . American Journal of Psychiatry, 135: 579-582, 1978.

Green BL, Grace MC, Glesen CG : Identifying survivors at risk: Long term impairment following The Beverly Hills Supper Club Fire. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53: 672-678, 1985.

Green BL, Lindy JD, Grece MC : Posttraumatic stress disorder : Toward DSM-IV. J Nerv Ment Dis. 173: 406-411, 1985.

Green BL : Disasters and posttraumatic stress disorder, In, Davidson JRT, Foa EB, eds: Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and beyond. Washington, DC : American Psychiatric Press, 1993.

Greenberg MS, van der Kolk BA : Retrieval and integration of traumatic memories with the "painting cure". In BA van der Kolk, ed. Psychological Trauma. Washington DC: American Psychiatric Press, 1978.

Grinker RR, Spiegel JJ : Men under stress. New York.(1945): McGraw -Hill.

Hamilton M: Standardized assessment and recording of depressive symptoms. Psychiatry, Neurology, Neurosurgery, 72: 201-205,1969.

Hamilton M : The assessment of anxiety states by ratings. British Journal of Medical Psychology, 32: 50-55, 1959.

Harlow HF, Harlow MK : Psychopathology in monkeys. In HD Kimel, ed. Experimental Psychopathology. New York: Academic Press, 1971.

Harlow HF, Suomi SJ : Induced depression in monkeys. Behavioral Biology, 12: 273-296, 1974.

HelsinkiWatch : Nothing unusual: The torture of children in Turkey. New York: Human Rights Watch, 1991.

Helzer JE, Robins LN, McEvoy L : Posttraumatic stress disorder in the general population. N Eng J Med, 317: 1630-1635, 1987.

Hendin H, Haas AP : Combat adaptations of Vietnam veterans without posttraumatic stress disorders. Am J Psychiatry, 141(8): 956-960, 1984.

Herman JL, Perry BC, van der Kolk BA: Childhood trauma in borderline personality disorder. Am J Psychiatry, 146: 490-495, 1989.

Herman JL: Sequelae of prolonged and repeated trauma: Evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS), in Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV annd Beyond. Edited by Davidson JRT, Foa EB. Washington DC: American Psychiatric Press, 213-228, 1993.

Hisli N : Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliliği üstüne bir çalışma: Psikoloji Dergisi. 22: 118-122, 1987.

Hoppe KD : Psychotherapy with survivors of Nazi persecution. In H Krystal, ed: Massive psychic trauma. New York: International Universities Press, 1968

Horowitz MJ, Becker SS : The compulsion to repeat trauma: Experimental study of intrusive thinking after stress. Journal of Nerv and Ment Disorders, 153: 32-40, 1976.

Horowitz MJ, Wilger N, Kaltreider N : Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. Arch Gen Psyc, 37: 85-92, 1980.

Horowitz MJ: Stress response syndromes : A review of post-traumatic and adjusment disorders. Hosp. Community Psychiatry, 37: 241-249, 1986.

Hougen HP, Kelstrup J, Petersen HD, Rasmussen OV : Sequelae of torture: A controlled study of torture victims living in exile. Forensic Science International, 36: 153-160, 1988.

Hyer L, O'Leary WC, Saucer RT ve ark : Inpatient diagnosis of posttraumatic stress disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54: 698-702, 1986.

İstanbullu K: Gözaltında kaybolanlar. İstanbul: Yalçın Yayınları, 1986.

Jadresich D : Medical, psychological, and social aspects of torture: Prevention and treatment. Medicine and War, 6: 197-203, 1990.

Janal MN, Colt EWD, Clark WC ve ark : Pain sensitivity, mood, and plasma endocrine levels in man following long-distance running: Effects of naloxane. Pain, 19:13-25, 1984.

Janoff-Bullman R : The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In CR Figley ed. Trauma and its wake: The study and treatment of post–traumatic stress disorder, New York: Brunner/Mazel, 1985.

Janowski DS, Rich SC: Cholinomimetic and anticholinergic drugs used to investigate and acetylcholine hypothesis of affective disorders and stress. Drug Dev. Res, 4: 125-142 1984.

Jensen TS, Genefke IK, Hyldebrandt N ve ark : Cerebral atrophy in young torture victims. N Engl J Med, 307:1341, 1982.

Kaptanoğlu C : İşkencenin ruhsal etkileri (yayımlanmamış uzmanlık tezi). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1991.

Kardiner A : The Traumatic Neurosis of War. New York: Hoeber, 1941.

Keane TM, Malloy PF, Fairbank JA : The empirical development of an MMPI-subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52: 888-891, 1984.

Keane TM, Caddell JM, Taylor KL : Mississippi scale for combat-related posttraumatic stress disorder: Three studies in reliability and validity . Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56: 85-90, 1988.

Keane TM, Scott WO, Chavoya GA, Lamparski DM, Fairbank JA : Social support in Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder.A comparative analysis. Journal of Consulting and Clinical Psycholgy, 53: 95-102, 1985.

Keane TM, Wolfe J, Taylor KL : Posttraumatic stress disorder :Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. J Clin Psychol, 43(1): 32-43, 1987.

Keller G : İşkence psikolojisi. Almancadan çeviren M. Özdem. İstanbul: Fırat Yayınları, 1990.

Kelly DD : The role of endorphins in stress-induced analgesia. Annals of the New York Academy of Sciences 398: 260-261, 1982.

Kempe RS, Kempe CH : Child Abuse. Cambridge: Harvard University Press, 1978.

Kilpatrick DG, Restnick HS : Posttraumatic stress disorder associated with exposure to criminal victimization in clinical and community population. in Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond Edited by Davidson JRT, Fao EB. Washington DC: American Psychiatric Press, 1993.

Klonoff H, Clarck G, Horgan J ve ark : The MMPI profile of prisoners of war. J Clin Psychol, 32: 623-627, 1976.

Kluft RP : Treating the patient who has been sexually exploited by a previous therapist. Psychiatric Clinics of North America, 12: 483-500, 1989.

Kluznik JC, Speed N, van Valkenburg C, Magraw R : Forty year follow-up of United States prisoners of war. American Journal of Psychiatry, 143: 1443-1446, 1986.

Kohut H : The restoration of the self. New York: International Universities Press, 1977.

Koretzky MB, Peck AH : Validation and cross-validation of the PTSD subscale of the MMPI with civilian trauma victims. Journal of Clinical Psychology, 46(3): 296-300, 1990.

Köknel Ö : Kaygıdan mutluluğa kişilik. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, 1982.

Köknel Ö : Zorlanan insan "kaygı çağında stres". İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, 1987.

Kolb LC, Multipassi LR : The conditioned emotional response: a subclass of chronic and delayed posttraumatic stress disorder. Psychiatric Annals, 12: 979-987, 1982.

Kolb LC : Neuropsychological hypothesis explaining post-traumatic stress disorder. Am J Psychiatry, 144: 989-995, 1987.

Kordon DR, Edelman LI : Psychological effects of political repression. In. Kordon DR ve ark. eds. Psychological effects of political repression. Buenos Aires: Sudamericana/Planeta, 1986. (Ticari kullanıma sunulmamış İngilizce basım).

Kostaljanetz M, Aalund O : Torture: A challenge to medical science. Interdisciplinary Science Reviews, 8: 320-327, 1983.

Kosten TR, Krystal J : Biological mecanisms in posttraumatic stress disorder : Relevance to substance abuse. In M Galanter ed. Recent developments in alcoholism. New York: Plenum Press, 1988.

Kraemer GW, Lin DH, Moran EC ve ark : Effects of alcohol on the despair response to peer separation in rhesus monkeys. Psychopharmacology, 73: 307-310, 1981.

Kraemer GW, McKinney WT : İnteractions of pharmacological agents that alter biogenic amine metabolism and depression: an analysis of contributing factors within a primate model for depression. Journal of Affective Disorders, 1: 33-54, 1979.

Krystal H, Niederland WG : Clinical observations on the survivor syndrome. In H Krystal ed. Massive psychic trauma. New York: International Universities Press, 1968.

Krystal JH, Kosten TR, Perry BD ve ark : Neurobiological aspects of PTSD: Review of clinical and preclinical studies. Behavior Therapy, 20:177-198, 1989.

Kuhne A, Baraga E, Czekala J : Completeness and internal consistency of DSM-III criteria for post-traumatic stress disorder. J Clin Psychology, 44: 717-722, 1988.

Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, ve ark : National Vietnam Veterans Readjustment Study (NVVRS): Description, current status and initial PTSD prevalence estimates. North Carolina Research Triangle Institute, 1988.

Kulka RA, Schlanger WE, Fairbank JA ve ark: Trauma and the Vietnam War generation. New York Brunner/Mazel, 1990.

Kıvanç H: Ben devletim: İşkence yaparım. İstanbul: BDS Yayınları, 1988.

Leon GR, Butcher JN, Kleinman L ve ark : Survivors of the Holocaust and their children: Current status and adjustment. Journal of Personality and Social Psychology, 41: 503-516, 1981.

Lerer B, Bleich A, Kotler M, Garb R ve ark : Posttraumatic stress disorder in Israeli combat veterans: Effect of phenelzine treatment. Archives of General Psychiatry, 44: 976-981, 1987.

Lewis JW, Cannon JT, Liebeskind JC : Opioid and non-opioid mechanisms of stress analgesia. Science, 208: 623-625, 1980.

Linnoila M, Virkunnen M, Scheinin M : Low ceresrospinal fluid 5-hydroxy indol acetic acid concentration differentiates impulsive from non-impulsive violent behavior. Life Sciences, 33: 2609-2614, 1983.

Lopen I J, Corras SF : Psychopathological aspects of the toxic oil syndrome catastrophe. Br. J Psychiatry, 147: 252-265, 1985.

Lunde I, Rasmussen OV, Lindholm J, Wagner G : Gonadal and sexual functions in tortured Greek man. Danish Med Bulletin, 27: 243-245, 1980.

Lunde I, Ortmann J : Prevalence and sequelae of sexual torture. Lancet, 336: 289-291, 1990.

Lunde I : Mental sequelae to torture. Manedsskrift for Praktisk Laegegerning, 60: 476-488, 1982.

MacLean PD : Brain evalution relating to family, play and the separation call. Archives of General Psychiatry, 42: 505-517, 1985.

Maier SF : Stressor controllability and stress induced analgesia. Annals of Newyork Academy of Sciences, 55-72, 1985.

Maier SF, Davies S, Grau JW : Opiate antagonists and long term analgesic reaction induced by inescapable shock in rats. Journal of Comparative Psychology, 105: 3-46, 1980.

Maier SF, Seligman ME : Learned helplessness: Theory and evidence. Journal of Experimental Psychology (Gen), 105: 3-46, 1976.

March JS : The nosology of posttraumatic stress disorder. Journal of Anxiety Disorders, 4: 61-82, 1990.

March JS : What constitutes a stressor? The Criterion A issue, in Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond Edited by Davidson JRT, Foa EB. Washington DC: American Psychiatric Press, 37-54, 1993.

Mason JW, Giller EL, Kosten TR : Urinary free cortisole levels in post-traumatic stress disorder. Journal of Nervous and Mental Disorders, 174 : 145-149, 1986.

McCormack JK, Patterson TW, Carroll DO ve ark : MMPI configural interpretation as applied to posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. Journal of Personality Assessment, 54(3,4): 628-638, 1990.

McFall ME, Murburg M, Grant NK ve ark : Autonomic responses to stress in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. Biological Psychiatry; 27: 1165-1175, 1990.

McFarlane AC : The Phenomenology of post-traumatic stress disorder following a natural disaster. J. Nerv Ment. Dis, 176: 22-29, 1988.

McFarlane AC : The aetilogy of posttraumatic morbidity: Predisposing, precipitating perpetuating factors. British J. of Psychiatry, 154: 221-228, 1989.

McLennan AJ, Pelleymounter MA, Atmadia S ve ark : D2 Dopamine receptors in the red prefrontal cortex: Characterization and alteration by stress. Brain Res, 477: 300-307, 1989.

McNally RJ : Stressors that produce posttraumatic stress disorder in children, in Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond. Edited by Davidson JRT, Foa EB. Washington DC: American Psychiatric Press, 57-74, 1993.

Melamed MG, Melamed JL, Bouhoutsos JC : Psychological consequences of torture: A need to formulate new strategies for research. In P Suedfeld, ed. Psychology and torture. New York: Hemisphere Inc, 1990.

Melgess FT, Swartz MS : Oscillations of attachment in borderline personality disorder. Am J Psychiatry, 146: 1115-1120, 1989.

Menzel EW, Davenport RK, Rogers CM : Effects of environmental restriction upon the chimpanzee's responsivess to novel situations. Journal of Comparative Physiological Psychology, 56: 329-334, 1963.

Mollica RF, Wyshak G, Lavelle J : The psychological impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. Am J Psych, 144: 1567-1572, 1987.

Mollica RF, Wyshak G, de Marneffe D ve ark : Indochinese versions of the Hopkins Symptoms Checklist-25: A screening instrument for the psychiatric care of refugees. American Journal of Psychiatry,144(4): 497-500, 1987.

Mollica RF : The trauma story :The psychiatric care of refugee survivors of violence and torture. In FM Ochberg ed. Posttraumatic therapy and victims of violence. New York : Brunner/Mazel, 1988.

Mollica RF, Son L : Cultural dimension in the evaluation and treatment of sexual trauma: An overview. Psychiatric Clinics of North America, 12: 363-379, 1989.

Mollica RF, Caspi-Yavin Y : Measuring torture and torture-related symptoms. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3(4) : 1-6, 1991.

Mollica RF, Caspi-Yavin Y : Overview: The assessment and diagnosis of torture events and symptoms. In M Başoğlu, ed. Torture and its consequences: Current treatment approaches Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

Nader K, Pynoos R, Fairbanks L, Frederick C : Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. American Journal of Psychiatry, 147: 1526-1530, 1990.

Neisser U : Cognitive Psychology. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1967.

Newman JD, Murphy MR, Harbough CR : Naloxane-reversible suppression of isolation cell production after morphine injections in squirrel monkeys. Social Neurosciences Abstracts, 8: 940, 1982.

Norris FH : Sex, race and age differences in the frequency and impact of traumatic life events. J Consult Clin Psychol, 60: 409-418, 1992.

Ochberg FM, Soskis DA : Victims of terrorism . Boulder: Westview, 1982.

Orr SP, Claiborn JM, Altman B ve ark : Psychometric profile of posttraumatic stress disorder, anxious, and healthy Vietnam veterans: Correlations with psychophysiologic responses. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58(3): 329-335, 1990.

Ortmann J, Lunde I : Changed identity, low self-esteem, depression, and anxiety in 148 torture victims treated at the RCT. Relation to sexual torture (paper). Dünya Sağlık Örgütü Mülteciler ve Örgütlü Şiddet Kurbanlarının Sağlık Durumu Çalışma Grubu toplantısı. Göteborg, İsveç, 26-27 Ağustos 1988.

Orwell G : 1984 İngilizceden çev: U Turhan, S. Tonguç. İstanbul: İkizler Yayınevi, 1984 (1949)

Ölçen AN : Osmanlı meclisi mebusanında kuvvetler ayrımı ve siyasi işkenceler. Ankara: Ayça Yayınları, 1982.

Öndül H: İşkence Raporu. Ankara: İnsan Hakları Derneği Ankara Şubesi Yayınları, 1990.

Öner T, LeCompte A : Süreksiz durumluk/sürekli kaygı envanteri el kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1987.

Önen Y: 1992 yılında insan haklarının genel durumu. TİHV Tedavi Merkezleri 1990-1992 Raporu. Ankara: TİHV Yayınları(3), 1993.

Öztaş B : Stres Nörofizyolojisi: Stres ve Hastalıklar. N Tarhan ed. İstanbul: Gri Ajans, 1990.

Öztaş B : Stres fizyolojisi ve stresin organizmada oluşturduğu zararlı etkiler. Türkiye Sanayi Sevk ve İdare Enstitüsü Yayınları, 1989.

Paker (Taşdemir) M : İşkence üzerine notlar. Birikim 1, 64-68, 1989(a).

Paker (Taşdemir) M : Türkiye'de cezaevi. Birikim 5, 59-66, 1989(b).

Paker M, Paker Ö, Yüksel Ş : Psychological effects of torture: An empirical study of tortured and non-tortured non-political prisoners. In M Başoğlu, ed. Torture and its consequences: Current treatment approaches. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

Pankseep J, Sivey SM, Normansell LA : Brain opioids and social emotions. In M Reite eds. The Psychobiology of Attachment and Separation. Orlando: Academic Press, 1985.

Pary R, Turns DM, Tobias CR : A case of delayed recognition of postraumatic stress disorder. American Journal of Psychiatry, 143: 941, 1986.

Pattison EM, Kahan J :The deliberate self-harm syndrom. American Journal of Psychiatry, 140: 867-872, 1983.

Peggy A : Thoits: Social Support as Coping Assistance: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54(4): 416-423, 1986.

Penk, WE, Robinowitz R, Roberts W R ve ark : Adjustment differences among male substance abusers varying in degrees of combat experience in Vietnam. J of Consulting and Clin Psychol, 49: 426-437,1981.

Perconte TS, Goreczny AJ: Failure to detect fabricated posttraumatic stress disorder with the use of the MMPI in a clinical population. Am J Psychiatry, 147(8): 1057-1060, 1990.

Petersen HD, Abildgaard U, Daugaard G ve ark : Psychological and physical long-term effects of torture: A follow-up examination of 22 Greek persons exposed to torture 1967-1974. Scandinavian Journal of Social Medicine, 13: 89-93, 1985(a).

Petersen HD, Jacobsen P : Psychological and physical symptoms after torture: A prospective controlled study. Forensic Science International, 29: 179-189, 1985(b).

Petty F, Sherman AD : Reversal of learned helplessness by imipramine. Communications in Psychopharmacology, 3: 371-373, 1979.

Pitman RK, Orr S, LaForgue D ve ark : Psychophysiology of PTSD imagery in Vietnam combat veterans. Archives of General Psychiatry, 44: 970-976, 1987.

Pitman RK, Orr S, LaForgue D : Psychophysiological responses to combat imagery of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder versus other anxiety disorders. Journal of Abnormal Psychology, 99: 49-54, 1990.

Pitman RK, van der Kolk BA, Orr S ve ark : Naloxane- reversible analgesic response combat related stimuli in posttraumatic stress disorder: A pilot study. Archives of General Psychiatry, 47: 541-547, 1990.

Plaznik A, Danysz W, Kostowski W : A stimulatory effect of intraacumbens injections of noradrenaline on the behavior of rats in the forced swim test. Psychopharmacology, 87: 119-123, 1985.

Poscholva N, Masek K, Krsiak M : Amphetamine-like effects of 5,6-dihydroxytryptamine on social behavior in the mouse. Neuropharmacology, 16: 317-321, 1977.

Przewlocka B, Vetulan J, Lason W ve ark : The differences in stress induced analgesia in C57BL/6 and DBA/2 mice :A search for biochemical correlates. Pol J Pharmacol, 40: 497-506, 1988.

Puclowski O, Haznik A, Kostowski W : Agressive behavior inhibition by serotonin and kuipazine injected into the amygdala in the rat. Behav Neurol Biol, 43: 58-68, 1985.

Pynoos RS, Frederick C, Nader K ve ark : Life threat and postraumatic stress in school-age children. Arch Gen Psychiatry, 44: 10571063, 1987.

Pynoos RS, Eth S : Developmental perspective on psychic trauma in childhood. In CR Figley, ed. Trauma and its wake : The study and treatment of posttraumatic stress disorder. New York: Brunner/Mazel, 1985.

Rajecki DW, Lamb ME, Obmascher P : Toward a general theory of infantile attachment: A comparative review of aspects of the social bond. Behavioral Brain Sciences, 3: 417-464, 1978.

Rasmussen OV: Medical aspects of torture (tez). Danish Medical Bulletin, 37: 1-88, 1990.

Redmond DE Jr, Maas JW, Kling A ve ark : Social behavior of monkeys selectively depleted of monoamines. Science, 174: 428-431, 1971.

Redmond DE Jr : New and old evidence for the involvment of a brain noradrenergic system in anxiety. In WE Fann, I Karacan, AD Pakorner ve ark. eds. Phenomenology and treatment of anxiety. New York: Spectrum, 1979.

Refugee Health Care Center: Annual report. Rijswijk: Netherlands Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1988.

Reik T : Final phases of belief found in religion and in obsessional neurosis. Jo. , XI, 1930.

Reite M, Short R, Seiler C ve ark : Physiological correlates of separation in surrogate reared infants: A study in altered attachment bonds. Developmental Psychobiology, 11: 427-335, 1978.

Rieker PP, Carmen EH : The victim to patient process: The disconfirmation and transformation of abuse. American Journal of Orthopsychiatry, 56: 369-370, 1986.

Robertson J, Robertson J : Young children in brief separation: A fresh look. Psychoanalytic Study of the Child, 26: 264-315, 1971.

Rothbaum BO, Foa EB : Subtypes of PTSD and duration of symptoms. Paper prepared for the DSM- IV workgroup on posttraumatic stress disorder, 1989.

Samanin R, Garattini S : The serotoninergic system in the brain and its possible functional connections with other aminergic systems. Life Sciences, 17: 313-318, 1976.

Saporta JA, van der Kolk BA : Psychobiological cocequences of severe trauma. In M Başoğlu ed. Torture and its concequences: Current treatment approaches. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

Sartorious N : Cross-cultural research on depression. Psychopathology, 19(2): 6-11, 1987.

Savaşır I, Erol N :The Turkish MMPI: Translation, standardization, and validation. In JN Butcher, CD Spielberg eds. Advances in personality assessment. vol 8. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1990.

Savaşır I : MMPI El Kitabı. Ankara : Sevinç Matbaası, 1981.

Selye H : The stress of life. Newyork: Mc Graw-Hill, 1956.

Sheard H : Clinical pharmacology of agressive behavior. Clinic Neuropharmacology, 11: 483-492, 1988.

Shengold L : Child abuse and deprivation: Soul murder. Journal of the American Psychoanalytic Association, 27: 533-559, 1979.

Sherman AD, Petty F : Neurochemical basis of the action of the antidepressants on learned helplessness. Behavioral and Neural Biology, 30: 119-134, 1980.

Shore JH, Tatum E, Vollmer WM : Evaluation of mental effects of disaster: Mount St. Helen's eruption. American Journal of Public Health , 76 (suppl): 76-83, 1986(a).

Shore JH, Tatum E, Vollmer WM : Psychiatric reactions to disaster: The Mount Saint Helen's experience. Am J Psychiatry, 143: 590-595, 1986(b).

Sierles FS, Chen JJ, Messing ML, Besyner JK, Taylor MA : Concurrent psychiatric illness in non-Hispanic outpatients diagnosed as having posttraumatic stress disorder. Journal of Nerv and Ment Disease,174: 171-173, 1986.

Sierles FS, Chen JJ, McFarland RE, Taylor MA : Posttraumatic stress disorder and concurrent psychiatric illness : A preliminary report. American Journal of Psychiary, 140: 1177-1179, 1983.

Silbert MH, Pines AM : Sexual child abuse as an antecedent of prostitution. Child Abuse and Neglect, 5: 407-411, 1981.

Simmel E : Kriegsneurossen und psychisches Trauma, Ihre gegenseitigen Beziehungen, dargestellt auf Grundpsychoanalytischer und hypnotischer Studien. Munich & Leipzig : Otto Nemnich, 1918.

Simons RC, Hughes CC (eds): The Culture-bound syndroms. Holland: D Reidel Publishing Co, 1985.

Smith EM, North CS, McCool RE ve ark : Acute postdisaster psychiatric disorders: Identification of persons at risk. Am J Psychiatry, 147(2): 202-206, 1990.

Snow B, Stellman J, Stellman S ve ark : Posttraumatic stress disorder among American Legionnaires in relation to combat experience in Vietnam. Environ Res, 47: 175-192, 1988.

Solias S ve ark : SCID Türkçe çeviri ve uyarlaması. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1986.

Solkoff N, Gray P, Keill S : Which Vietnam develop posttraumatic stress disorder? Journal of Clinical Psychology, 42: 687-698, 1986.

Solomon Z, Miculincer M, Flum H : Negative life event, coping resorces, and combat related psychopatholgy: A prospective study. J Abnorm. Psychiatry, 97: 302-307, 1988.

Solomon Z, Miculincer M, Avidzur E : Coping, locus of control and combat-related posttraumatic stress disorder : A prospective study. Journal of Personality and Social Psychology. 55: 279-285, 1988.

Solomon Z, Kotler M, Miculincer M : Combat related posttraumatic stress disorder among second-generation Holocaust survivors: Preliminary findings . American J of Psychiatry, 145: 865-868, 1988.

Solomon Z, Kotler M, Shalev A, Lin R : Delayed onset PTSD among Israeli veterans of the 1982 Lebanon War. Psychiatry, 52: 428-436, 1989.

Solomons K:The dynamics of posttraumatic stress disorder in South African political ex-detainees. Am. J. of Psyc, XLIII(2), 1989.

Somnier FE, Jensen TS, Pedersen H ve ark : Cerebral atrophy in young torture victims. Acta Neurologica Scandinavica, 65: 321-322, 1982.

Somnier FE, Genefke IK : Psychotherapy for victims of torture. Br J Psych, 149: 323-329, 1986.

Somnier FE, Vesti P, Kastrup M, Genefke IK : Psyhosocial consequences of torture: Current knowledge and evidence. In M Başoğlu, ed. Torture and its consequences: Current treatment approaches Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

Soyer A: TİHV 1990-1991 Raporu. Ankara: TİHV Yayınları 3, 1993.

Speed N, Engdahl B, Schwartz J, Eberly R : Posttraumatic stress disorder as a consequence of the POW experience. Journal of Nerv and Ment Disease, 177: 147-153, 1989.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE : Manual for state–trait anxiety inventory. Los Angeles, California: Consulting Psychologists Press, 1970.

Spitzer RL, Williams JB : Structured Clinical Interview for DSM–III. New York: New York State Psyciatric Institute. Biometric Research iv, 1983.

Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M : Structured Clinical Interview for DSM–III–R. New York : New York State Psyciatric Institute, 1987.

Steketee G, Foa EB : Rape victims: Posttraumatic stress responses and their treatment: A review of the literature. Journal of Anxiety Disorders, 1: 69-86, 1985.

Stoddard F : Stress disorders in burned children and adolescents. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Assciation, 1985.

Strayer R.,Ellenhorn S : Vietnam veterans: A study exploring adjusment patterns and attitudes. Journal of Social Issues, 31: 81-93, 1975.

Suedfeld P : Psychology and torture. New York: Hemisphere Inc, 1990.

Suedfeld P: Torture: A brief overview. In P Suedfeld ed. Psychology and torture. New York: Hemisphere Inc, 1990.

Suomi SJ, Eisele CD, Grady SA ve ark : Depressive behavior in adult monkeys following separation from family environment. Journal of Abnormal Psychology, 5: 576-578, 1975.

Suomi SJ, Seamen SF, Lewis ve ark : Effects of imipramine treatment of separation induced social disorder in rhesus monkeys. Archives of General Psychiatry, 35: 321-325, 1978.

Terman GW, Shavid Y, Lewis JW ve ark : Intrinsic mechanism of pain inhibition: Activation by stress. Science, 221: 1270-1277, 1984.

Terr L : What happens to early memories of trauma? Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1: 96-104, 1988.

Thierry AM, Blanc G, Glowinski J : Prefrontal utilization of newly synthesized norepinephrine in the brainstem of stressed rats. Eur. J. Pharmachol, 10: 139-149, 1970.

Tuşalp E: İnsan hakları dosyası: Bin insan. İstanbul: Tekin Yayınları, 1986(a).

Tuşalp E: Bin tanık. Ankara: Dost Kitabevi Yayınları, 1986(b).

Tuşalp E: Bin belge. Ankara: Dost Kitabevi Yayınları, 1987.

Tuteur W : One hundred concentration camp survivors: Twenty years later. Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines, 4: 78-90, 1966.

United Naions Conventeion Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. GA Res. 39/46, 39 GAOR(Supp.) (No=51) at 197, UN Document . A/39/51, 1985.

Ursano RJ, Boydstun JA, Wheatley RD . Psychiatric illness in U.S. Air Force Vietnam prisoners of war: A five-year follow-up. Am J Psychiatry, 138: 310-314, 1981.

Valzelli L, Bernasconi S : Aggressiveness by isolation and brain serotonin turnover changes in different strains of mice. Neuropsychobiology, 5: 129-135, 1979.

Valzelli L : Agressive behavior induced by isolation. In S. Garattini and L Sigg, ed. Aggressive Behavior. Amsterdam: Excerpta Medica, 1969.

van der Kolk BA, Greenberg MS, Boyd H ve ark : Inescapable shock, neurotransmitters and addiction to trauma : Toward a psychobiology of posttraumatic stress. Biological Psychiatry, 20: 314-325, 1985.

van der Kolk BA, Greenberg MS : The psychobiology of the trauma response : Hyperarousal constriction and addiction to traumatic reexposure. In BA van der Kolk ed. Psychological Trauma. Washington: American Psychiatric Press, 1987.

van der Kolk BA : Psychological Trauma. Washington: American Psychiatric Press, 1987(a)

van der Kolk BA : The drug treatment of posttraumatic stress disorder. Journal of Affective Disorders 13: 203-213, 1987(b).

van der Kolk BA : The trauma spectrum: The interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response. Jounal of Traumatic Stress 1: 273-290, 1988.

van der Kolk BA, Greenberg MS, Orr SP ve ark : Endogenous opioids, stress-induced analgesia, and post-traumatic stress disorder. Psychopharmacology Bulletin, 25: 417-421, 1989.

van der Kolk BA, van der Hart O : Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. Am J of Psychiatry, 146: 1530-1540, 1989.

van der Kolk BA : The compulsion to repeat the trauma: re-enactment, revictimitation and masochism. The Psychiatric Clinics of North America, 12: 389-411, 1989.

van der Kolk BA ve Ducey CP : The psychological processing of traumatic experience : Rorschach patterns in PTSD. Journal of Traumatic Stress, 22: 259-274, 1989.

van Dyke C, Zilberg NJ, McKinnon JA : Posttraumatic stress disorder : A thirty-year delay in a World War II veteran. American Journal of Psychiatry, 142: 1070-1073, 1985.

Vissintainer MA, Volpicelli JR, Seligman MEP : Tumor rejection in rats after inescapable shock. Science, 216: 437-439, 1982.

Waldbillig R : The role of dorsal and median raphe in the inhibitation of muricide. Brain Research, 160:341-346, 1979.

Warmenhoven C, van Slooten H, Lachinsky N ve ark.: The medical after-effects of torture: An investigation among refugees in the Netherlands. Tijdschrift voor Geneeskunde, 125:104-108, 1981.

Watson CG, Kucala T, Manifold V, Vassar P, Juba M : Differences between posttraumatic stress disorder patients with delayed and undelayed onsets. Journal of Nerv and Ment Disease. 176: 568-572. , 1988.

While B, Wingender LB, Bach-Mortensen N, Busch P: Behavioral problems in children of torture victims: A sequel to cultural maladaptation or to parental torture? Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 11: 79-80, 1990

Weiss JM, Simpson PG : Deppresion in an animal model : Focus on the locus coeruleus In R Porter, G Bock, S Clark eds. antideppressans and receptor fonction. New York: John Willey, 1986.

Weiss JM, Glasser HI, Pohorecky LA ve ark : Effects of chronic exposure to stressors on subsequent avoidance-escape behavior and on brain norephinephrine. Psychosomatic Medicine, 37: 522-524, 1975.

Welch AS, Welch BL : İsolation, reactivity and aggression : Evidence for an involvement of brain cathecolamines and serotonin. In BE Eleftheriou, JP Scott eds. Physiology of Aggression Defeat. New York: Plenum Press, 1971.

Westermeyer J : Lao folk diagnosis for mental disorder: Comparison with psychiatric diagnosis and assessment with psychiatric rating scales. Medical Anthropology, 5: 425-443, 1981.

Wheatley RD, Ursano RJ . Serial personality evaluations of repatriated U.S.Air Force Southeast Asia POWS. Aviat Space Environ Med, 53: 251-257, 1982.

White SH, Pillemer DB : Childhood amnesia and the devolopment of a socially accessible memory system. In JF Kihlstrom, FJ Evans eds. Functional Disorders of Memory. NJ, Hillsdale, 1979.

Willer JC, Dehen H, Cambier J : Stress-induced analgesia in humans: Endogenous opioids and naloxane-reversible depression of pain reflexes . Science, 212: 689-691,1981.

Wilson JP, Krauss GE : Predistinct posttraumatic stress syndromes among Vietnam veterans (paper). Veterans Affairs Sağlık Hizmektleri Bölümü Nöropsikiyatri Enstitüsü 25. Toplantısı. Coatsville: Pennsylvania, 1982.

Winslow JT, Insel TR : Neurobiology of obsessive compulsive disorder : A possible role for serotonin. Journal of Clinical Psychiatry, 51(supp) : 27-35, 1990.

World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines. Genova: World Healtn Organization, 1992.

World Medical Association : The Declaration of Tokyo, 1975. Danish Medical Bulletin, 34: 203-204, 1987.

World Psychiatric Association: The Declaration of Hawaii, 1984. Danish Medical Bulletin, 34: 205, 1987.

Yehuda R, Southwick SM, Perry BD ve ark : Interaction of the hypothalamopituitary-adrenal axis and the catecholaminergic system in posttraumatic stress disorder. In Biological treatment of posttraumatic stress disorder. EL Giller ed. Washington DC: American Psychiatric Press, 1990.

Yurdakoş E: Stres Fizyolojisi notları. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,1986.

Yüksel Ş : Therapy of sexual torture (paper). 11. Dünya Seksoloji Kongresi. Amsterdam: Hollanda, 1991.

Yüksel Ş : İşkence ardından gelişen ruhsal tepkiler ve onarılması TİHV Tedavi Merkezleri 1990-1992 Raporu Ankara: TİHV Yayınları (3), 1993.

EK

Sözleşme

Çalışmaya katılan bütün deneklere çalışma protokolü hakkında yeterli bilgi verildikten sonra, aşağıdaki formu okuyup imzalamaları istenerek bilgilendirilmiş olurları alındı:

İşkencenin insan üzerindeki etkilerini inceleyen bir araştırmaya katıldığımı biliyorum. Bana sözlü ya da yazılı olarak sorulan her soruya karşılık vermek zorunda değilim.Vereceğim bilgilerin ve kimliğimin, iznim olmadan, hiç bir koşul altında açıklanmayacağını anladım. Benden alınan bilgi, kimliğimi açığa vuran ayrıntılara yer vermeden bilimsel yayınlarda kullanılabilir.

İsim:..... Tarih:.....

İmza:.....

Araştırmacının ismi:.....

İmza:.....

Materyal

Çalışmada kullanılan ve toplam uzunluğu 200 sayfa dolayında olan formların burada tümüyle verilmesi olanaksızdır. Yazar, istenmesi durumunda formları sunmaya hazırdır.

T.C. YÜKSEK ... KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ