

İŞKENCE ARDINDAN GELİŞEN RUHSAL TEPKİLER VE ONARILMASI

Prof. Dr. Şahika YÜKSEL

İşkence, bir insana başka bir insanın sistemli ve kasıtlı olarak her hangi bir şekilde acı vermesidir. Amaç, kişiyi cezalandırmak, düşüncesinden vazgeçirmek, bilgi almak v. s. olabilir. Ama bunlar aracılığı ile asıl hedef kişiyi yıldırarak onun kişiliğini sarsmak ve yıkmaktır.

Ben bu yazıda işkence görmüş ve kısa/uzun bir süre hastanede kalmış olan ve farklı ruhsal zorlukları yaşamış olanlarla psikiyatrik danışmanlık ve terapötik deneyimlerimi aktaracağım.

Çalışmaya başladığım zaman TİHV henüz açılmamıştı. Dolayısıyla sözü edilen deneyimler, TİHV dışında bir üniversite hastanesi.

DEĞERLENDİRME :

Başvuranların yaşam öyküleri ve travmatik öyküsü yarı- yapılandırılmış bir görüşme rehberi içinde değerlendirildi. Bu görüşme formunda kişinin işkence/hapis öncesi ve sonrasındaki sağlık, iş, aile, sosyal ve diğer ilişkilerinin özellikleri ayrı ayrı incelendi. İşkence, diğer yaşadığı kötü muameleler, bu sırada çıkan sağlık sorunları detaylı olarak alındı. Karşılaştıkları işkencenin gerekçesinin politik olup olmadığı soruldu. Daha önceden işkence ve hapisane koşullarına ilişkin beklentileri ile kendi deneyimlerinin ne denli tutarlı olduğu incelendi. Ancak, politik görüşleri tartışılmamasına özen gösterildi.

Görüşmelerde ruhsal sorunları bu konuda en yaygın kullanılan tanılama sistemine göre, DSM-III-R (1988)'e göre yapıldı. Ayrıca, görüşmede travma sonrası stress bozukluğuna ilişkin bu sınıflamada yer alan temel 16 belirti değerlendirildi. (0: yok, 1: az, 2: çok derecede var.) Toplam puan 0-32 arasında da dağılıyordu. Ek olarak, depresyon ve kaygı değerlendirme ölçekleri çalışmacı tarafından dolduruldu (Hamilton 1959, Hamilton 1969).

Ruhsal Belirti Tarama Çizelgesi (SCL-90) ile bireylerin kendilerinin ruhsal belirtilerinin ne düzeyde olduğu ve hangi alanlara yayıldığını belirlemeleri istendi. Bu değerlendirilmede genel ağırlık puanı ve dokuz ayrı boyut bulunmaktadır. Bu boyutlar bedenselleştirme, obsessif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, kaygı, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünceler, psikotizm (Deregatis ve ark. 1973).

Yaşam olayları ölçeğini yine kendileri değerlendirdiler. Bu ölçekle, kendilerini rahatsız eden, travmalarla bağlantılı, tekrarlayan düşünceler ve travma ile bağlantılı durumlarından kaçınma iki ayrı boyutta ve ayrıca toplum zorluk derecesi araştırılması beklenmekteydi (Horowitz ve ark. 1979).

BULGULAR :

Başvuranların özellikleri ve başvuru biçimleri :

1. İşkence deneyimi ve ona bağlı olduğunu düşündükleri ruhsal ve psikosomatik belirtilerle gelenler. 20 kişi. Bunların 6'sı rapor alıp mahkemede kullanmak için gelmişti.

2. Psikiyatri kliniğine farklı ruhsal ve psikosomatik yakınmalarla gelen ve görüşmeler sırasında öyküde işkencenin varlığı öğrenilen 12 kişi.

3. Aile, işkence-gözümlü deneyimi ve belirgin ruhsal sorunları olan ama kendileri gelmek istemeyen eş ve aile zoru ile gelmiş olan 8 kişi.

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER :

Görüşülen 40 kişinin 1/4'ü kadın (11) , kalanı (29) erkekti. Yaşları 16-39 arasında değişiyordu. En az ilkökul mezunu olmak üzere eğitim düzeyleri farklılık gösteriyordu. 4 ilk, 22 orta eğitilmiş, 11 üniversite mezunu olup ikisi teknik eğitim görmüştü. Yüksek eğitimlilerin 3'ü tutuklandıktan sonra eğitimlerini bırakmak zorunda kalmıştı. Grubun önemli bir bölümü bekardı (24) , 2 kişi dul olup, 14'ü evli idi. 14'ü gözaltına alındığı / hapiste bulunduğu devrede küçük yaşta bir veya daha çok çocuk sahibi idi.

Görüşmeler sırasında 5'i halen öğrenci olup, 15'inin de düzenli birer işi olduğu halde, yarısı daima veya sık sık işsizdi. Çalışanların 9'u meslek sahibi olup, 3'ü serbest meslekte, 3'ü teknik eleman ve 5'i işçi idi.

TRAVMATİK OLAYLAR :

Üçü hariç tümü politik gerekçelerle gözaltına alınmış/hapishanede kalmıştı. 3'ü politik olmayan gerekçelerle tutuklanan olmak üzere 7'si kendinin bu tür bir olay yaşayacağına ilişkin hiç bir beklentisi veya kendi içinde "hazırlığı" olmadığını belirtti. Kalan 33 kişiden bir bölümü (15)'i gerek ülkenin politik ortamı, gerek kendi meslekleri ve politik aktiviteleri nedeni ile böylesi bir olay yaşayabileceklerini önceden kestirebiliyordu ama uygulanan muamelelerin şiddetinin bu denli olacağını düşünmemişlerdi. 18 kişi ise bu tür bir zorlama ile karşılaşabileceğini düşünüyor ve kendilerinin bu tür şiddet uygulamalarına karşı "hazırlıklı" olması gerektiğini belirtiyordu.

Hapiste kalma süresi, 10 gün ile 18 yıl gibi çok geniş bir yelpaze içinde değişiklik gösteriyordu. Bir yıldan az hapishanede kalan 15 kişiydi. Tablo I de görüldüğü gibi tümü psikolojik işkence ve basit dayığa nerede ise tümü elektrik işkencesine maruz kalmıştı. Her birinin maruz kaldığı işkence türü 2-11 arasında değişmekte olup ortalama 5.6 idi. Maruz kalınan tek olumsuz olay işkence değildi. Yaşamlarını etkileyen başka olaylarla karşılaşmıştı. (Tablo II). Geçmişlerinde, bedensel muayenelerinde, ciddi bir tıbbi sorun

ve sigaradan başka alışkanlık bildiren yoktu. Kötü muamele, kötü hapis koşulları ve yetersiz beslenme ile bağlantılı çeşitli tıbbi sorunlar 10 kişide bulundu. Bunlar arasında kronik böbrek infeksiyonları, tüberküloz, kafa travması, yürüme bozukluğu, çeşitli romatizmal yakınmalar sayılabilir.

Tablo III'te psikiyatrik tanıların dağılımı görülmektedir. En sık travma sonrası bozukluk olmak üzere anksiyete bozuklukları başı çekmekteydi. Bu tabloların çoğul tanısı olması bir istisnadan çok kuraldı. İkinci sıklıkta depresif bozukluklar, daha seyrek olarak somatoform bozukluklar ve psikotik bozukluklara rastlandı. Dikkati çeken bir başka özellik, sorunların başlayış zamanına ilişkindi. Önemli bir bölümde ruhsal yakınmalar gözaltı/hapishane deneyiminden 1-2 yıl sonra başlıyordu. Gecikmiş olarak başlayan zorluklar ise süregenleşme eğilimi göstermekteydi.

Ayrıca, klasik tanıları içine yerleştirilmekte zorlanılan birçok belirtiyeye rastlandı. Bu belirtilerden en sık rastlanılan: "tekrarlayan ve rahatsız eden düşünceler". Bir obsession olarak tanımlayabileceğim bu düşünceler zaman zaman obsession sınırını zorluyordu. İçerik olarak bu obsessif düşünceler travma sonrası bozukluklar tablolarında, sayılan "travma deneyimine ilişkin" değildi. Sık rastlanan konular bedensel ve ruhsal bir hastalığın olması, kontrollerini yitirecekleri endişesi, partnerleri ile ilişkilerinin değerlendirilmesine ilişkindi. Bu tür takıntılar bütün grup içinde %75 idi. Bu düşüncelerin süresi sorulduğunda ilginç bir özellikle karşılaşıldı. Düşüncelerin önceleri yaşanan travma konusunda olduğu bir süre sonra içerikte bir yer değiştirme olduğu öğrenildi.

Olguların yaklaşık 1/3'ün de belirgin hezeyan özelliğine varmayan ancak sınırlarını zorlayan kuşkuculuk bildirildi. Dikkati çeken bu kişilerin gözaltı-hapishane devresinden önce, benzer kuşkucu kişilik özellikleri yoktu. Deneyimleri ve bu gelişen kişilik özellikleri arasındaki bağlantıyı kurmak kolaydır. Ancak klinisyenlerin bu özellikleri görüşünde, yaşam deneyimlerini bilmemesi onları paranoid kişilik bozukluğu ve benzer yanlış tanılara yönlendirme riski vardır. Bu, yanlış tanılama aynı zamanda tedavi düzenlemesinde de yanlışlıklara yol açıcı bir potansiyel taşıdığı gözlemlendi.

TARTIŞMA :

İşkenceye maruz kalmış kişilerde gelişen ruhsal sorunların tanımlanması ile ilgili kavramsal ve metodolojik bir çok zorluk barınmaktadır (Hauff 1987). Travma sonrası zorlukların belirlenmesinde kişiye ilişkin özellikler, yaşanmış özellikler, ardından gelişen yaşam olayları ve yaşanan ortam özelliklerinin hep birlikte çıkan sonucu belirlediği konusunda genel bir kabul vardır (Tablo V). Ancak hangi özelliklerin nasıl etkilediğine ilişkin verilerde çeşitli eğilimler olsa da henüz spekülasyona açıktır (Wilson 1985, Kosse ve Harvey 1991).

Travma sonrası gelişenler ile ilgili tartışmalar, özel bir kimlik oluşturan işkence görmüş olan eski politik tutuklularda, daha da katlanarak sürmektedir. Bu konudaki temel zorlukları özetlemek isterim: Öncelikle bu konuda çok az çalışma var. İkincisi, elde edilen bulguların yorumlanmasında sosyal-politik bir sorunu tıbbileştirerek tartışılmasının sakıncalarına dikkatler çekilmekte (Turner 1991, Grosst-Unstworth 1989, Barudy 1989). Bir diğer sorun, bu konudaki az sayıdaki çalışmanın birbirinden oldukça farklı yerlerde yapılmış olması. Kimi çalışmada karışık gruplar kullanırken kimi çalışmalarda Uzak Asya/Latin Amerika ve benzerleri gibi birbirinden çok farklı kültürel özellikler taşıyan gruplar kullanılmıştır (Kordon 1988, Mollica ve Lavella 1988, Caspi-Yavin 1991, Rasmussen 1990).

Oysa, sosyo-kültürel farklılıkların travmatik mültecilerin yaşamındaki önemli yansımaları özellikle antropolojide çok önemsenmektedir (Eisenbruch 1992, Rogler ve ark . 1991).

Bu zorlukları asgariye indirmenin yolları toplumsal taramalar ve kontrollü çalışmalar yapmaktan geçmektedir. Ancak, toplumsal taramalarla, bu hassas konuda veri toplamanın kendisi hataya açıktır (Peterson 1989). Bu zorlukları Mollica ve Lavella 1988 şöyle özetler: İşkence olayının bildirilmesinde bu yüksek kaygı uyandıran olayın bildirilmesinde ciddi savunular araya girer, nörolojik ve psikiyatrik bozulmalara bağlı unutkanlıklar, kişi için çok utanç yüklü olayların bildiriminde sansür, travma ile birlikte giden anılarda kullanılan inkar ve kaçınma gibi başa çıkma mekanizmaları işkence ve onunla bağlantılı olayları bildirmekte değişikliklere yol açar.

Uzun süre tedavi sürecinde izlemiş olduğum olgularla ilgili iki örneği aktarmak istiyorum. Özellikle cinsel travma başlangıçta bildirilmiyor veya etkilenmemiş gibi aktarılıbiliyordu (Yüksel 1991). Çalışmada kullanılan ölçekleri tedavi başında ve sonunda dolduran bir olgu şunları söylemişti. "Pek çok zorluğum olduğu için, size tedaviye geldim. Ancak çizelgelere ne kadar hasta olduğumu yazmak çok kötü geldi, ben de sorunlarımı hafifleterek yazdım".

Ufak bir grupta edinilen deneyimleri genelleştirmekte ihtiyatla davranmaya ihtiyaç var.Ancak, bu özelliklerin düzenlenecek (prospektif) çalışmalarda dikkate alınması uygun olur.

İşkence sonrası ortaya çıkan ruhsal-psikosomatik aksamaları değerlendirirken ihmal edilmemesi kaçınılmaz olan bir olgu da, hapisane sonrası yaşamda gözlenen olumsuz gelişmelerdir. Bizim grupta da ekonomik, ilişkisel bir çok olumsuz yaşam olayının kişileri uzun süredir etkilemekte olduğu bildirilmişti. Dolayısıyla, gözlenen zorlukların salt işkenceye bağlı değil ardından gelişen diğer olaylarla birlikte oluşan bir son ürün olduğunu kabul etmek durumundayız.

Bu açıklamaların ışığında elde ettiğim bulguları değerlendirmek isterim. Grubun çoğunluğu (37/40), politik tutuklulardan oluşuyordu. Çoğunun yaşı 25-35 arasında ve daha sık orta/yüksek eğitilmiş idiler. Dolayısıyla, bulgularımızı adli tutuklulara ve tanımlanan özellikler dışındakilere genelleştirmek istersek çok ihtiyatlı olmalıyız. Yüksek eğitimlilerin daha fazla temsil edilmesi işkence görmüş politik mültecilerde sık rastlanan bir durumdur (1989).

Görüşülen eski politik tutukluların tümüne basit dayak, elektrik ve psikolojik işkence sistemli olarak uygulanmıştı. Sıklıkla diğer tür işkencelerde buna eklenmişti. Görüşülen politik tutukluların kendi politik kimliklerini tanımlayışı biçimi, dolayısıyla gözaltı ve ardındaki süreçle ilgili bilgi ve beklentileri farklılık gösteriyordu. Önemli bir bölümünün yaşamında uzun süreli sosyal, ekonomik, politik olaylar bulunmakta ve yaşam koşullarında olumsuza bir değişim olmaktadır.

Bütün bu farklılıkları ile politik tutukluluk yaşayanların ortak özellikleri olduğu ve ruhsal gelişmeleri uyum veya uyumsuzluğun bu açıdan değerlendirilmesinin gereği vurgulanmaktadır (Barudy 1989, Van der Veer 1992) . Klinik tablolar olarak en sık komplike travma sonrası bozukluklar ve kaygı bozuklukları gözlemlendi. Klasik sınıflamaları taşınan bu belirtiler DSM-III-R'e eleştirileri ve DSM-IV'e önerileri ile uyumludur (Herman 1992, Mandel ve ark 1992). Tabloların gecikmiş olarak çıkması, gerek travmayı yaşayanlar, gerek klinisyeni zorluklar ve etyoloji arasında bağlantısını kurmayı engelleyicidir. Türkiye gibi, işkencenin yoğun olduğu bir ülkede klinisyenler bu bağlantıyı sayılan yakınmaları olan ki-

şilerde kurmakta uyanık olmak durumundadır.

Sıklıkla partner sorunu olması ve ilişki kurmaktaki zorlukları Agger ve Jensen'in 1989 benzer bir grupta yüksek boşanma oranı bildirmeleri ile tutarlıdır.

Sık rastlanan kuşkuculuk, güvensizlik, farklı konularda takıntılı düşüncelerin olması, kaçak yaşama, yeniden tutuklanma kaygısı ve psikolojik işkencelerde kişiye yüklenmeye çalışılan mesajlarda birlikte değerlendirildiğinde daha iyi anlaşılabilir. Özellikle, travmanın bilinmediği durumlarda kuşkuculuk , ağır bir ruh hastalığının işareti olarak değerlendirilmeğe açıktır. Bu tür bir yanılığ tedavide yanlış yönlenmelere yol açar. Glover'in (1988) , önerdiği gibi kuşkucu özelliklerin travma öncesinde varlığının araştırılması tedaviye yön verdirebilecektir

Depressif tabloların Mollica ve ark (1990) ve Turner (1991)'in çalışmalarına göre daha düşük olması dikkat çekicidir. Yine, Türkiye işkence görmüş kişilerde yapılan diğer bir çalışmaya göre, travma sonrası bozukluklar ve kaygı bozuklukları bizim çalışmada daha yüksek oranda bulunmaktadır. Ancak, Peker ve ark (1990), ve Kaptanoğlu (1991)'nin çalışmaları hastahane başvurusu grubunda değildir. Peker ve arkadaşlarının çalışmasında ayrıca adli tutuklularla ve onlar halen hapisanede iken yapılmıştır. Bu nedenle, iki grubun farklılıklar göstermesi beklenebilir.

Sık rastlanan çoğul tanılar, depresyonun görece düşük olması bize çok yeni bir tanı kategorisi olan travma sonrası bozukluklar tanı kategorisinin tartışılmaya ihtiyacı olduğunu düşündürdü.

İŞKENCE SONRASI GÖRÜLEN RUHSAL BOZUKLUKLARIN REHABİLİTASYONU İZLENİMLERİ

İşkencenin uzun öyküsüne karşın, tıp-psikiyatri, çok seyrek gelişen tabloları tanımaya ve tedavilerine göstermemiştir. Konuya gösterilen ilk sistemli ilgi II. Dünya Şavaşı sonrası deneyimleri ile başlatılabilir (1978, Eitenger, Strom 1973). Yazının ilk bölümünde açıklandığı gibi tanılama ve değerlendirme bir çok sorun içermektedir. Tedavideki tıkanıklıklar daha da fazladır.

Bu çalışmada az önce tanımlanan 40 kişiden tedavi olmayı talep eden 26 kişinin tedavilerinin özellikleri, seyri ve tedavi sonuçları tartışılacaktır.

DEĞERLENDİRME:

Bir önceki yazıda grubu değerlendirme ölçekleri tanıtılmıştı bu bilgiler burada tekrarlanmayacaktır.

BULGULAR

BAŞVURU ÖZELLİKLERİ :

Çevrenin ısrarı ile tedaviye başlayanlar tedaviyi kısa bir süre sonra terketmişti. Tedaviye katılanların bunu kendi motivasyonları ile başlattıkları söylenebilir.

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER :

Tedaviye katılanların 6'sı kadın, 20'si erkekti. Yaşları 21-38 arasında değişiyordu (ortalama=30). 1 ilkokul mezunu, 12 orta eğitilmiş, kalanı üniversite veya meslek okulu mezunu idi. 1 dul, 9 evli kalanlar bekardı. Görüşme sırasında 3 öğrenci, 10 işsiz'in yanı sıra grubun yarısının düzenli işleri vardı. Biri hariç tümü politik gerekçelerle gözaltına alın-

mişti. Biri adli olmak üzere 14 kişi gözaltı-hapis beklentisi yoktu. veya yaşadıkları tür kötü muamelelerin olabileceğini düşünmemişti. Bir yıldan az hapis hane kalanlar 12, uzun kalanlar 14 kişi idi. Hapishanede kalış süresi 2 ay 10 yıl arasında değişmekteydi. Uygulanan işkence türleri ve sıklığı TABLO I'de gösterilmektedir. Diğer olumsuz yaşam olaylarının sıklıkla bulunduğu tablo TABLO II'de gösterilmekte.

Olumsuz yaşam olaylarından kaçak yaşam öyküsü, eşinden / partnerinden ayrılma, bir yakınlık kurmakta zorluk ve çok yoğun ekonomik zorlukları olanların tedavi edilenler arasında biraz daha yüksek oranda temsil edildikleri görüldü. Tedaviye katılanların tam dağılımı Tablo 8'de görülmektedir.

TEDAVİ: Kişisel özelliklerin, tanıların ve deneyimlerin farklılığı tedaviyi esnek bir protokol içinde kişiye göre biçimlendirmeye itti. Temel olarak Kognitif-davranışsal- psikoterapi ilkeleri benimsendi (Tablo 4-5) 'te özetlendiği gibi tedavinin ilk aşamasında güven bağıni oluşturmaya özen gösterildi. Klasik olarak psikoterapilerde önerilen, nötr bir şekilde aktarımları dinlemek bu grup için uygun bir etkileşim biçimi olmamaktadır. Scurfield (1985), Carlson (1987) çalışmalarında işaret ettiği gibi, aktarılan bilgileri empatik dinleme başvuranın güven oluşturmada kritik bir etkidir. Bu devrede terapistin politik tavrı ve mesleki becerisi sanki bir sınavdan geçirilmektedir (Van der Veer 1990). Bu aşama sıklıkla 1-2 ay sürer. II devrede travma ilgisi olumsuz deneyimlerin daha derin ve yaşatılarak anımsanması ve yeniden değerlendirilmesine olanak verildi. Sıklıkla kaçınılan ve ertelenen uyum bozan davranış ve tutumlar vardı. Bunlarla başa çıkma ve yaşamlarında etkilerini azaltma/kaldırması ile ilgili, ev ödevi adı verilen, çalışmaların kendi denetimlerinde uygulamaları teşvik edildi. Bu uygulamalarda yaşantılan zorluklar, başa çıkma yolları tartışılarak olumluların geliştirilmesi ve bozucu olanların tanıtılmasına çalışıldı (Ort. 2-4 ay).

Tedaviye terapistin güvenin arttığı ve belirtilerin dolayısıyla günlük yaşamı etkileyen yakınmaların azaldığında tedavinin son aşamasına geçiliyordu. Bu devrede bastırılan duygular aktarılması mümkün oldu. Örneklersek, kendileri veya başkalarına yönelik suçluluk , öfkeler, hayal kırıklıkları aktarılabilirdi. Bunların ifadesi, yeniden değerlendirilme, denetleme ve modifiye etme şeklinde yeni bilişsel stratejiler geliştirme ve kendi duygularını tanıma zeminini oluşturuordu.

İlk görüşmeler haftada 2 daha sonra haftada bir kez ve son devrede 15 günde bir olmak üzere düzenleniyordu.

İlaç : 14 kişinin geçmişinde yetersiz sonuç veren ilaç tedavisi vardı. Bir organik kökenli, ikisi atipik psikotik belirtiler sergileyen üç kişi psikoterapiye alınmadı. Bunlara sadece nöroleptik tedavisi uygulandı.

Ayrıca, başlanğıçta psikotik belirtilerle giden 4 olguda kısa süreli nöroleptik ve 6 kişide bir süre trisiklik antidepressan kullanıldı. Bu grupta belirtiler hafifledikten sonra psikoterapiye başlanabildi.

TEDAVİ SONUÇLARI:

Tedavi ortalama 4.5 ay (2-24) sürdü. 4 olgu halen tedavidedir. 10 olgu aşağıda açıklayacağımız gerekçelerle tedaviyi terk etti. 12 olgu tedaviyi tamamladı. Tablo 7 ve şekil 1, 2 tedavilerini tamamlayan 12 olgunun SCL - 90, Kaygı ve depresyon ölçeklerinde ve travma sonrası bozukluklar belirtileri açısından tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerlerini göstermektedir. Bu değerler, olguların tedavi sürecindeki gelişmeyi yansıtmaktadır.

Tablolarda depresyon, kaygı, intrusif düşünceler ve diğer alanlarda zorlukların tedavi başından sonuna anlamlı olarak değiştiğini görmekteyiz.

Tedaviden erken ayrılma ve gerekçeler.

1- İstanbul dışında yaşayan 2 olgu tedaviyi tamamlayacak bir süre İstanbul'da kalamadılar. Bu olgular kendi olanaklarına göre, birkaç ayda bir gelerek ve telefonla bağlantılarını sürdürdü ve kısmi düzelme gösterdiler. Halen bir başka hastanın tedavisi de seyrek 2-3 ayda bir, görüşmeler ve uzun mesafe telefon görüşmeleri ile sürdürülmekte.

2- Tedavide bir gelişme göstermeyen 3 kişi bir başka kişiye sevk edildi. Aralarından sadece biri ile ilişki kopmuş olup ikisinin tedavisi halen düzelme ile sürmektedir. Dikkati çeken özellik bu üç hastada Somatoform-hipokondriak bozukların PTSD yanısıra ağır basmasıdır.

3- Kısmi düzelme gösteren 3 kişi tedaviyi kendileri kesti. Bunlardan ikisi boşanma aşamasında, yüklü evlilik sorunları gündemde olan bir kadındı. Bu kişiler evlilikleri ile ilgili sorunlarla çalışma devresinde tedaviden ayrıldı.

Tedaviyi terk ve yaş, cinsiyet, eğitim, meslek özellikleri açısından anlamlı bir ilişki kurulamadı.

Tedavi bitiminde uzun süreli takiple tedavi etkinliğinin değerlendirilmesi hedeflendi. Tedaviyi tamamlayanların 9'u ve erken terk edenlerin 5'i, 6ay-2 yıl arasında izlenmiştir. Halen süren bu görüşmeler, farklı devrelerde yapıldığı için, bu aşamada sadece global olarak değerlendirildi.

Tedaviyi tamamlayanlardan bir kişi hemen ardından öldürüldüğü için, izleme grubuna katılmadı. Erken terk edenlerden ikisi yeniden tedaviye başvurdular. Bunlardan 5 kişi ileri derecede düzelme 6 kişi belirgin düzelme ve 3 kişi orta derecede düzelme göstermiştir.

TARTIŞMA:

Organize şiddet ve işkenceye maruz kalmış kişilerde tedavi etkinliğini bildiren çok az çalışma vardır (Mollica 1990).

Tıbbi bir tedavi çalışmasında bir tedavi yönetiminin etkinliğini nesnel olarak ifade edebilmek için kontrol grublu, çift kör ve tedavi sonrası uzunlamasına izlemeli çalışmaların düzenlenmesi gerekir. Ancak, travmalar yaşamış bir grubu bu tür denemeler içinde ele alınmasının onları yeniden travmatize etme riski olduğu ve bu tür, protokollara alınmasının etik olmadığı ileri sürülür (Kordon 1988, Ochberg 1985).

Dolayısıyla, bu gruba en etkin tedavi yaklaşımının öğrenilmesi güçleşmektedir. Ancak, etkin tedavi yöntemlerini seçmemizde yardımcı ola-

bilecek başka ilkeler de vardır. Klinik uygulamalarında kaygı bozukluğu, kriz devresinde bir kayıp yaşayanlara etkinliği bilinen yöntemler vardır.

Ayrıca, olguların tedavi öncesi, sonunda çoğul standart ölçekler aracılığı ile değerlendirilmesi ve seyrinin izlenmesi seçilen yöntemlerin etkinliğine tartmaya olanak verecektir. Tedavi sürecindeki gelişmelerin ve terapistle ilişki özelliklerinin izlenmesi değerli bir bilgi bildirimi sağlayabilecektir.

Bu özellikler dikkate alınarak , klinik uygulamalarda kaygı bozukluğunda etkinliği, sayılan yöntemlerle, sınınmış bir yaklaşım olan kognitif- davranış psikoterapileri temel te-

davi yöntemi olarak seçildi. Ayrıca, tecavüze uğrayan ve travmatize eski Vietnam savaşçılarında bu yöntemin terapötik etkinliği bildirilmiştir (Carrol, Foy 1992, Keane ve ark. 1989, Mollica ve ark. 1987-1989, Rautbaum ve ark 1988).

Tedavi konusundaki birikimimizin sınırlılığı tedavi sonuçları ve tedaviyi erken terk özelliklerini ve edinilen bilgileri tedavi yararını artırıcı olanak kullanma açısından tartışmayı zorunlu kılmaktadır.

TEDAVİ SONUÇLARI:

1. Yazıda tanımlanan diğer kişiler ve tedavi talep edenler sorunları yönünden önemli bir farklılık görülmedi. Dikkati çeken bir özellik aile çevre zoru ile gelenlerin hiç biri tedaviye girmemesi Tedaviyi terk edenlerin tedavi terki ilk yıllar içinde olmaktadır. Uzakta yaşamak gibi dış etkenlerle tedaviyi erken kesenler , ilk devrede bir güven bağı oluşturmuşsa, kendi programlarına göre gelerek ve telefonla tedavi ilişkisini sürdürmüşler ve az çok düzelme göstermiştir.Daha önce yeterince yararlanılmayan ilaç tedavileri olanların ilk doktorlarına travmatik öykülerini açıklamadıkları onlarında bu tür bir ilişkiyi sormadıkları anlaşılmaktadır.

Tedavi sonuçları belirli eğilimler göstermektedir: Tedavi sonunda ve izleme devreleri sonunda klinik ve istatistik olarak anlamlı bir düzelme görülmüştür. Seçilen tedavinin, ayaktan ve kısa sürede etkili oluşu önemli bir avantajdır.

Travmatik deneyimlerin kişiye hatırlatılması, hatta yaşatlandırılması ciddi bir eleştirisi konusu. Ama ilginç olan farklı tedavi anlayışlarında, geçmiş travmatik deneyimler gündeme getirilmekte hep tedavinin bir parçasını oluşturuyor. Özellikle Latin Amerika'da kullanılan tanıklık yöntemi bunun en bilinen örneğidir. (Cienfuegos ve Monelli 1983) Turner 1990, yönlendirilmiş imgeleme veya herhangi bir yöntemle travmatik deneyimle yineleyen yüzleşmelerin, emosyonel olarak travmatik deneyim süreci üzerinde çalışmalara yol açarak etkin olduğunu ileri sürmektedir. Tedavinin II. döneminde 5 olguda yönlendirilmiş imgeleme tekniği kullanıldı. Bu olgularda uygulamanın dramatik değişimlere yol açabildiği görüldü. Bu olgular kaygı bozukluğu ön planda olan olgulardır.

Standart bir tedavi paketi kullanmadığı her olguya göre esnek biçimlendirilmiş uygulamamız tedavi elemanlarının her birinin ayrı ayrı etkinliğini açıklamaya olanak vermemektedir. Bu sorunun yanıtı diğer çalışmalarda açıklanmalıdır.

Farklı sorunların varlığı tek bir tedavi türünün tüm olgular için seçilmesini olanaksız kılmaktadır. Ayrıca özellikle, hapisane, gözaltı aktif işkence devrinden sonraki olumsuz yaşam olayları kişinin sosyal ekonomik koşulları ve olanakları psikoterapinin etkinliğini belirleyecek. Aynı zamanda, psikoterapinin belirtileri azaltması günlük yaşamla başa çıkma kapasitesini arttırmış olacaktır.

TEDAVİ ERKEN TERKİ:

Organize şiddet sıklıkla, kendini sağlıklı olarak tanımlayan dahası uzun zamandır (politik) mücadeleler içinde yaşamış kişilere uygulanmaktadır. Kendini "sağlıklı" ve mücadelecilik olarak görmeğe alışkın bu kişiler işkence gibi olağan dışı özgün deneyimlerde bile zorlanacakları durumunu kolay kolay kabul edemezler.Hele ruhsal bir zorluğun varlığını kabul etmek kendilerinin tanımı zorlayacak güven duygularına ve ideolojilerine uygun düşmeyecektir. Zorluklar arttığı devrede tereddütler içinde bir yardım isteyecektir. Ancak zorlukların biraz azalması, kriz devrinin geçmesi, ile tedavi ilişkilerini keseceklerdir.

Terapistin bu tür bir çelişkiye hazırlıklı olması ve bu çelişkinin ifadesine olanak sağlaması gerekir.

Bu kişinin “yanlış/doğru”, “yeterli/yetersiz” hasta olma konumu ve dolayısıyla yaşadığı zorluklarla ilgili kendini ifade şansı verecektir.

Psikoterapi konuşmaya, konuşturmaya dayanan bir süreçtir. Bu ilişkide sosyal ve politik konularda değil kişinin kendine ve daha fenası kırılanların gündeme getirilmesi hedeflenir. Sıklıkla erken yaşlardan beri, toplumsal ve “entellektüel” konulara yönelen politik eski tutuklu biz demeğe yatkındır. Ben demesi ve “benin” duygularını/tepkilerini” ifade etmesi ona yabancıdır. Dahası, bu konuşmalar süreci ona bir başka zorlamalı konuşmayı sorgulamayı hatırlatabilir. Tedaviyi erken kesmekte bu faktör önemli olduğu gibi tedaviyi sürdürenlerde de bu özellik tedaviyi yaşatabilmektedir. Tedavi erken terki bir anlamda da öznel bir tanımdır. Tedavi ekibinin, tedavi beklentisi ile hastanındaki her zaman denk düşmeyebilir. Çoğul klinik sorunların kısa zamanda düzelmeyeceği bir gerçektir. Kısmi bir rahatlama terapisti için bir başlangıç olarak değerlendirildiği halde başvuran için yeterli kabul edilebilir.

TEDAVİYİ YAPAN:

Kısaca, terapistin travmatik hastalarla çalışma deneyimi onları tanıma ve bu grupta karşılaşacağı terapötik zorluklardan haberdarlığı, dirençle karşılaştığında bunu anlamlandırabilmesi ve onu tedavi sürecine aktarabilir olması bir zorunluluktur. Kritik noktalardan biri bu sayılan zorlukları, başvuranların ne zaman ve ne süratle dile getirebileceğini kişiye göre değerlendirebilir olması gerekir. Toplumsal bir güvensizliği ağır olarak yaşamış olan, hele aynı toplum da bir kurumda, düzeltmeye çalışan bir kişide tedavi güveninin çok zorlanacağı çok aşıkardır. Bu yazıda, sözünü ettiğim grup, bir hastane atmosferinde görülmüştür. Bu kurulmasının daha avantajlı olması beklenir.

SONUÇ:

İnsan hakları ihlalinin en somut örneklerinden olan işkencenin amacı kişinin inanç ve değerler sisteminin bütünlüğünü sarsmak olduğu düşünüldüğünde, onu yaşayanlarda ruhsal ve somatik yakınmalar oluşturması anlaşılabilir bir sonuçtur. Bu çok kere karmaşık, dinamik bir süreci oluşturur. Sorunların çok yönlü oluşu tedavilerin salt tıbbi ve psikolojik değil aynı zamanda sosyal ortamın dikkate alındığı çok yanlı bir yaklaşım ve ekip çalışması zorunlu kılmaktadır.

Bu başvurulara en etkin biçimde yaklaşabilmek için gerekli olduğu gibi, yüksek kaygı uyandıran bu yüklü sorunlarla, sürekli yüklenen terapistin işini sürdürebilmesi ve II. dereceden travmatize olmaktan korumak içinde önemlidir. Sunulan olguların yüklü sorunlar, işkence deneyiminin daima ağır zorluklar açtığı anlamında yorumlanmamalıdır. Aktarılan deneyim, bildirilen ve bu konuda klinik yardım gereksinimi duyan “hasta” bir gruba ilişkindir (Peterson 1992). Bu grubun işkence deneyimine sahip olan geniş grubun temsil olamayacağı aşıkardır. Çevremizde böylesi deneyim sahibi, travmaların zorlukları ile kendileri başa çıkabilme davranışları sergileyen ve politik uğraşlarına da devam eden kişiler vardır. Yüz güldürücü olan, tedavi talep eden ve bu ilişkiyi sürdürenlerin 2-6 ay gibi kısa bir sürede zorluklarının önemli bir bölümünü onarabilir olmalarıdır.

Dikkati çeken bir başka özellik, başvuru sayısının azlığı. Ancak, daha sonra TİHV kurulduktan sonra artan başvuru sayısı bir devlet/ üniversite hastanesinden çok, otonom bir kuruluşa güvenin işareti olarak alınabilir.

TABLO I

KİŞİLERİN BİLDİRDİĞİ KÖTÜ MUAMELE İŞKENCE TÜRLERİ

	Tüm Grup	Tedavi Görenler
Psikolojik Baskı*	40	26
Dövülme (basit)	40	26
Dövülme (bir grup tarafından)	31	18
Elektrik Uygulanması	35	24
Falaka	31	23
Ası	30	15
Cinsel İşkence**	25	15
Diğer İşkence Türleri	23	20

* Başkalarına yapılan kötü muamelenin dinletilmesi, eşi/çocuğu/bir yakına işkence uygulaması ile tehdit, işbirliğine/intihara zorlama

** Cinsel işkence örnekleri: çıplak bırakıp alay etme, genital organlara elektrik verme, bekaret bozmak ve tehdit, anusa bir cismin sokulması ile tehdidi.

TABLO II

OLUMSUZ YAŞAM OLAYLARI

OLAY	Tüm Grup (N:40)	Tedavi Görenler (N:26)
Tıbbi hastalık-sakatlık	8-2	5-2
İşsiz-sık sık işsiz kalma	10-9	6-8
Okulu/mesleği terk etmeğe mecbur kalanlar	7	4
Çok yoğun/yoğun ekonomik zorluk	6-14	5-9
Zorunlu göç edenler	8	7
Sürekli bir konutu olmayanlar	15	9
Eşten ayrılma	1 hemen/4 sonra	1 hemen/3 sonra
Hapis ve sevgiliden ayrılma durumu	2	2
Bir partneri olmasını istedikleri halde yakınlıktan kaçınma	9	7
"Sakıncalı" askerlik yapanlar/Askerden kaçanlar	9-4	5-3
Kaçak yaşamak(1 yıldan uzun)	11-6	9-5

TABLO III
TANILAR (N=40)

A) KAYGI BOZUKLUKLARI : 34

I- PTSD

Tek tanı: 10

Çoğul tanı: 29 (9 depsiyon, 5 somotoform bozukluk, 3 kısa reaktif psikoz, 1 paranooid kişilik bozukluğu, bağımlılık, vagisnusmus)

II- Spesifiye olmamış kaygı bozukluğu : 4 (Biri reaktif psikozla birlikte)

III-Sosyal fobi : 1

B) PSİKOTİK BOZUKLUKLAR:

Kısa reaktif psikoz : 4 (3'ü PTSD, biri spesifiye olmamış kaygı bozukluğu ile birlikte.)

Atipik psikoz : 2

Organik psikoz : 1

Paranooid kişilik bozukluğu : 1

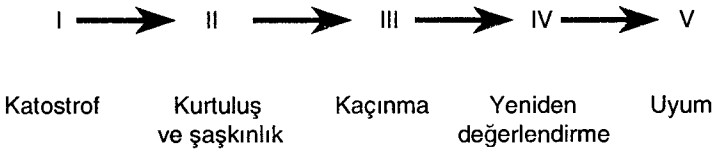
C) SOMOTOFORM BOZUKLUKLAR : 7

Hipokondriasis : 2 (4'ü PTSD ile)

D) UYUM BOZUKLUĞU : 2

(Birden çok tanı aldıkları için sayı 40'tan fazla)

TABLO : IV
TRAVMATİK OLAYDAN İYİLEŞME BASAMAKLARI



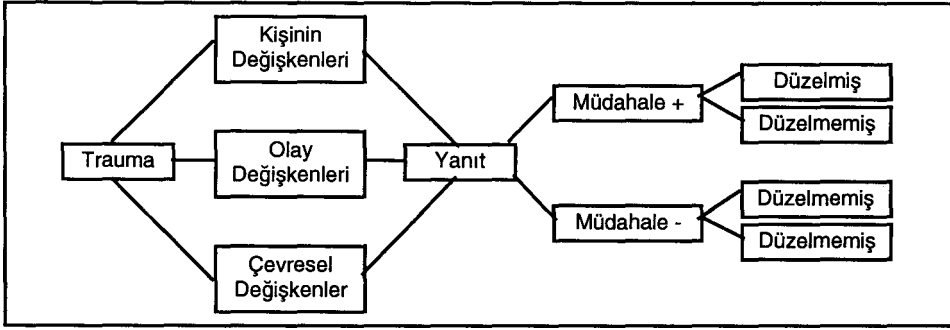
TABLO : V
TEDAVİ İLKE VE DEVRELERİ

- Güven geliştirici tedavi ilişkisi kurulması
- Yaşadığı güçlüklerle ilgili eğitim verilmesi
- Yaşanan travma ile ilgili yönlendirilmiş canlandırma
- Kendi kendine-üzerine gitme (self-exposure)
- Bastırılmış duyguları tanıma-değerlendirme-denetlemeye yönelik bilişsel stratejilerin geliştirilmesi.

TABLO VI
DEP. / KAYGI / ETKİLEYİCİ YAŞAM OLAYLARI

	Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası		Anlamlılık
	m	sd	m	sd	
Hamilton Depresyon Ölçeği	23.3	5.7	8.0	3.4	p<0.001
Hamilton Anxiety Ölçeği	23.9	12.4	8.5	2.7	p<0.02
IES (Toplam)	42.0	9.5	19.1	17.2	p<0.01
Intrusyon Altölçeği	28.6	10.8	15.8	10.8	p<0.02
Kaçınma altölçeği	16.0	1.2	9.8	7.7	p<0.02

TABLO VII
TRAVMANIN EKOLOJİK MODELİ (KOSS, 1991)



TABLO VIII

TEDAVİYİ TAMAMLAYAN VE TAMAMLAYAMAYAN OLGULARIN TANISAL ÖZELLİKLERİ

TR+ =TAMAMLAYAN TR- =TAMAMLAYAMAYAN

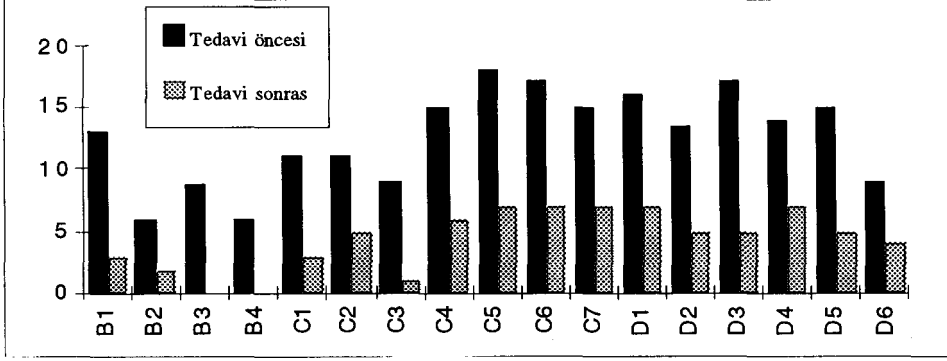
DIAGNOSİS (N=20)

		TR +	TR -
I- Anxiety Disorders (Kaygı Bozukluğu)	(18)	12	6
PTSD (Özgün Olmayan)	(15)	10	5
GAD (Kaygı Bozukluğu)	(3)	2	1
II- Somatoform Disorders	(2)	0	2
Tek tanı	(6)	3	3
Çoğul tanı	(14)	8	6
PTSD+MDE	(7)	6	1
PTSD+Somatoform	(5)	1	4
PTSD+Kısa Reaktif	(2)	1	1

Psikoz

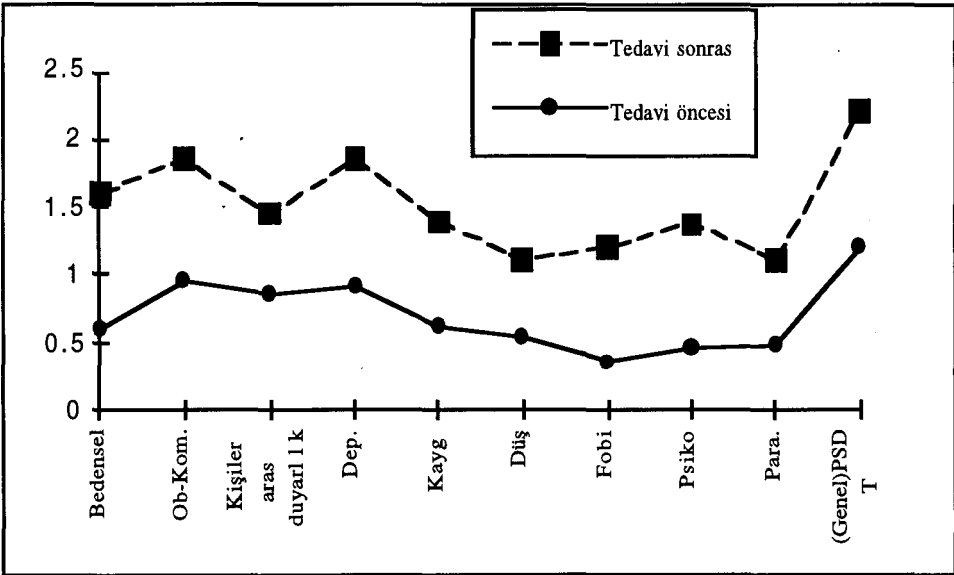
ŞEKİL 1

DSM-III-R'A GÖRE PTSD BELİRTİLERİNİN TRAVMA ÖNCESİ VE SONRASI FARKI (N=11)



ŞEKİL 2

TEDAVİ ÖNCESİ VE SONRASI SCL-90 DEĞERLERİ



Yıllık Rapor '92

- Mollica R., Caspi-Yavin Y. (1991) : Measuring Torture and Torture-Related Symptoms. A. Journal of Consulting and Clinical Psychology 3.
- Mollica R.F. (1988) : The Trauma Story. The Psychiatric Care of Refugee Survivors of Violence and Torture Ochberg F.M. Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence Brunnel. Mazel, New York
- Ochberg F.M. (1988) : Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence Brunnel/Mazel. New York
- Peterson H.D. (1989) The Controlled Study of Torture Victims. Epidemiological Considerations and Some Future Aspects Scan J. Soc Med. 17. 13-20
- Paker M. , Ö. Paker., Yüksel Ş. (1990) : Does PTSD Develop After Being Exposed to Torture. II. Conference on Traumatic Stress, September 23-27 Hollanda
- Rasmussen O.V. (1990) : Medical Aspects of Torture, Laege foreningens Forlag 1990
- Rogler L.H. , Cortes D.E. , Malgady R.G. (1991) : Acculturation and Mental Health Status Among Hispanics. American Psychologist 585-597
- Rothbaum B.O. , Foa E.B. (1988) : Treatment of PTSD in Rape Victims, Presented at the World Congress of Behavioral Therapy Conferences, Edinburgh
- Scurfield R.M. (1985) : Post Trauma Stress Assessment and Treatment Overview and Formulations. Figley C.R., Trauma and It's Wake. Brunnel Mazel, New York
- Stri A. (1968) : Norwegian Concentration Camp Survivors. Universitets forlag Humanities Press . Oslo.
- Turner S. (1991) : The Limitation of the Anxiety Concept in Work with survivors of Repressive Violence. Conceptualizing Anxiety in Torture Survivors. September 20-21, RCT, Kopenhagen
- Turner S. , Grost-unstw Worth C. (1989) : Reactionsto Torture. II. International Conferenco of Centres, Institutions, Individually Concerned with the caree of Victims of Organized Violence, Costa Rica 27 Nov- 2 Dec.
- Van der Veer G. (1990) : Political Refugees, Welzijn Volks Gezond Heiden Cultuur.
- Yüksel Ş. (1991) : Sexual Torture, World Congress for Sexology 18-22 June, Amsterdam- Hollanda
- Wilson J.P. (1988) : Under Standing the Vietnam Veteran. Ochberg FM. Brunner and Mazel. New York.

BİR HALK SAĞLIĞI SORUNU OLARAK İŞKENCE

Dr. Ata SOYER

Bugüne değin, işkencenin salt politik ve toplumsal bir sorun olduğu söylene geldi. Bu noktada, işkencenin sadece bir takım sağlık sonuçlarından söz edildi. Oysa, işkence ülkemizde aynı zamanda bir halk sağlığı sorunudur.

Bu savı, hangi ölçütlere dayanarak söylüyoruz? Herhangi bir "halk sağlığı sorunu"nun ölçütleri ile başlayabiliriz.

1-Toplumda yaygın olması: İnsan Hakları Derneği rakamlarına göre işkence gören insan sayısı 1 milyon civarındadır. Aileleri ile birlikte düşünüldüğünde yaklaşık 5-10 milyon insanı doğrudan ilgilendiren bir sorundur.

2-Ölümlere neden olması: Bugüne kadar, 300 kadar insanın işkence ile ilgili olarak öldüğü belirtilmiştir.

3-Maddi ve manevi kayıplara yolaçılması : 11 yılda 1 milyon dolayında insanın işkence gördüğü bir toplumda, fiziksel ve ruhsal tahribat nedeniyle çeşitli zararlara uğrayan, işkence görenlerin durumu halen çözümlenememiş şekilde durmaktadır. Bu insanlar en azından bir süre (ya da sürekli) evlerinden, okullarından, işlerinden, ailelerinden, ilişkilerinden olmuşlardır.. Bunların önemli bir bölümü, halen giderilememiştir.

Bu ölçütlere, üstelik sadece belirli kesimlerce ileri sürülen ve "kanıtlanamamış" rakamlara bakarak, işkencenin ülkemizde bir halk sağlığı sorunu olduğunu söyleyebilir miyiz ? İşkenceyi sadece "nicelik" temelinde yorumlarsak, ona salt klasik bir halk sağlığı sorunu olarak yaklaşırsak, eksik bir yaklaşım olur. Çünkü ülkemizde işkence tek tek olgular halinde değil, bir kurum olarak vardır. Bu durumda, işkencenin ya da işkenceye bağlı ölümün bir kişinin başına gelmesi ile, bir milyon kişiyi ilgilendirmesi arasındaki fark, salt nicelikselidir. İşin özü ile ilgili değildir. Nitelik olarak kurumun varlığını belirleme açısından fark yoktur. Ve işkence ile ilgili olarak 300 kadar ölümün olması, işkencenin kurum olarak varlığını defalarca kanıtlamaktadır.

İşkencenin "insanlık suçu" olarak kabul edildiği bir dünyada, bu denli yaygın işkence, b durumun "gizlilik" koşullarında yaygınlaştığını göstermektedir. Bunun anlamı, ulaşılan işkence ve işkenceye bağlı ölüm sayısının gerçek sayıları yansıtmaktan çok uzak olduğudur. Tümünü saptadığımızı varsaysak bile, yine de işkencenin bu sayılara paralel öneme sahip bir halk sağlığı sorunu olduğunu söyleyemeyiz. Böyle bir değerlendirilmeye gidilirse, örneğin sıtmadan, frengiden vb. ölümlerin daha fazla olması halinde, bu hastalıkların işkenceden daha önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu mu söyleyeceğiz? Böyle bir belirlemeye ulaşmak mümkün değil. Dolayısı ile klasik bir halk sağlığı sorunu çerçevesinde değil ama, işkence ülkeniz için, daha çok niteliksel öğeleri itibariyle, bir halk sağlığı sorunudur.

İşkence bir halk sağlığı sorunu ve - bu sorunu belirleyen- politik, toplumsal sorun ise, çözüm de bu çerçevede ele alınmalıdır. Yani genel politik-toplumsal ilişkiler içinde koruma/önleme, tedavi, rehabilitasyon bağlamında ele alınmalıdır. İşte bu noktaların tartışılabilmesi ciddi epidemiyolojik çalışmaları gerektirmektedir. Oysa, işkence konusunda akademik çalışmalar yok denecek kadar sınırlıdır. Burada bu sınırlı çalışmalardan elde edebildiğimiz verileri sergileyerek, bir zemin sunmak istiyorum.

Burada sunulan veriler, epidemiyolojik bir çalışma sonucu elde edilmiş değil. Ama belirli bir fikir verebilecek veriler. İnsan Hakları Derneği (özellikle İstanbul ve Ankara Şubeleri), Türkiye İnsan Hakları Vakfı ve Tabip Odaları/Tabipler Birliği'ne çeşitli gerekçelerle başvuran, işkence görmüş kişilerin belirli sorulara verdikleri yanıtların ve bazı belgelerin, mümkün olduğunca standardize edilmeye çalışılması ile elde edilen bu veriler, 282 olguyu kapsıyor.

Ayrıca, C.Kaptanoğlu, Ş. Yüksel ve TİHV'nın çalışmaları ile kıyaslama yapılmaya çalışıldı. Yine de, bir noktanın altını özellikle çizmek istiyorum: Yaklaşık 1 milyon insanın işkence gördüğü ileri sürülen bir toplumda, 300 dolayındaki olgunun (hem de bilimsel ölçütlere yeterince uygun olmayan olgunun) yeterince "tanımlayıcı" ve "temsil edici" olamayacağını unutmadan, bu verileri değerlendirmek gerekir.

BULGULAR:

TABLO-1

Çalışmamızın Kapsadığı Topluluğun Yaş Ortalaması 1991 itibari ile

33.5 (13-64 yaş) (n:276)	Yaş	%
	10-14	0.36
	15-19	0.72
Kaptanoğlu:25(17-35) (n:28)	20-24	7.25
	25-29	21.74
Yüksel:30.4(19-38) (n:23)	30-34	33.69
	35-39	19.56
TİHV:30.6(19-48)	40-44	6.88
	45-49	5.43
	55-59	0.72
	60+	0.72

Olguların 3/4'üne yakını 25-39 yaş grubunda. Toplumun oldukça genç bir kesimini kapsıyor. Üstelik bu kişilerin genellikle yaklaşık 5-10 yıl önce işkence gördüğü de, dikkate alınırsa daha genç bir nüfus yapısı ortaya çıkıyor.

Yıllık Rapor '92

TABLO-2
Cinsiyet (%)

	Soyer	Kaptanoğlu	Yüksel	TİHV
Kadın	10.6	32.1	21.7	15.4
Erkek	89.4	67.9	78.3	84.6

Olguların yaklaşık 9/10'u erkek. Bu durumun, işkence görenlerin hepsinin başvurmaması ile de ilgili olabileceği düşünülebilir.

TABLO-3

Türkiye (genel) Türkiye (6+yaş)

Öğrenim Düzeyi	Soyer	Kaptanoğlu	Yüksel	TİHV	Türkiye (genel)		Türkiye (6+yaş)	
					KADIN	ERKEK	KADIN	ERKEK
Okuma Yazma Bilmeyen	0.4	-	-	-	31.8	13.6	21.8	8.4
Okur -Yazar	0.4	-	-	-	18.1	18.9	17.0	16.2
İlkokul	10.5	-	13.0	3.3	39.5	47.6	43.6	49.3
Ortaokul	13.6	7.1	-	-	4.5	8.5	7.1	10.3
Lise	41.6	21.4	43.5	43.9	5.0	8.2	8.3	10.3
Üniversite	25.7	42.8	30.4	52.7	1.1	3.3	2.1	5.1
Üniversite terk	7.8	-	13.0	-	-	-	-	-
Öğrenci	-	28.6						

TABLO-4

Türkiye (12+ Yaş)

	Soyer	Kaptanoğlu	Toplam	Şehir
İşsizlerin oranı	%54	7.1	8.3	13.2

TABLO-5

**12+Yaş Nüfusun Şehir ve Kırsal Kesim,
Cinsiyet ve Öğrenim Durumuna Göre İşsizlik Oranları**

Öğrenim Durumu	Toplam			Şehir			Kırsal		
	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
O.Y.D.	3.5	4.5	2.9	12.7	9.8	18.6	1.6	2.3	1.3
Okur Yazar	5.2	4.8	6.3	11.3	8.9	25.1	2.7	2.6	3.0
İlkokul	7.7	7.3	8.8	11.6	8.8	31.3	5.1	5.9	3.8
Ortaokul	15.2	12.3	32.1	17.0	12.0	40.1	12.5	11.3	19.5
Meslek Okulu	19.2	15.5	39.7	19.1	16.1	35.4	19.5	14.4	47.1
Lise	20.6	14.4	35.0	21.6	15.0	35.6	18.2	13.2	33.3
Teknik Lise	12.3	9.9	20.7	13.6	11.1	21.3	9.3	7.4	18.7
Üniversite	9.1	6.0	17.7	9.4	6.4	17.4	8.3	4.7	18.8

KAYNAK: DİE 1990

Yıllık Rapor '92

TABLO-6

Çalışan Sektör:	%
Kamu Sektörü	39.3
Özel Sektör	40.2
Kendi İşi	20.5

Çalışanların sektörlere dağılımına bakıldığında, olguların 1/5'inin kendi işinde çalıştığı ve bu işlerin büyük çoğunluğunu da aile işletmesi biçiminde olduğu görülür.

TABLO-7

İşkence Görenlerin Mesleklere Göre Dağılımı

Meslek	%	Kaptanoğlu	%
İşçi-sendikacı	16.8	İşsiz	7.1
Öğretmen-egitimci	13.3	Serbest	35.7
Gazeteci-yayıncı	8.2	Memur	17.9
Profesyonel Devrimci	6.6	İşçi	10.7
Sağlık İşkolu (Ecz. Dr. vb)	3.1	Öğrenci	28.6
Mühendis-teknik Eleman	3.6		
Avukat	1.5		
Maliye-işletmeci	4.1		
Çiftçi	1.0		
Tornacı, Kaynakçı vb.	12.8		
Ticaret, Esnaf vb.	11.2		
Memur	1.5		
Sosyal Bilimci	1.5		
Diğer	1.0		
Öğrenci	13.8		

İşkence görenler arasında, en başta gelen meslekler işçi, öğrenci, öğretmen ve esnaftıdır.

TABLO-8

İşkence Görenlerin Yaşadığı Kentlere Göre Dağılımı

Nüfusu en büyük ilk 10 il	Araştırmamızda İşkence Görenlerin En Yoğun Yaşadığı 8 il
İSTANBUL	KARS
ANKARA	İSTANBUL
İZMİR	TUNCELİ
ADANA	MALATYA
KONYA	K.MARAŞ
BURSA	ORDU
İÇEL	TRABZON
SAMSUN	DİYARBAKIR
MANİSA	
GAZİANTEP	

İşkence görenlerin yaşadıkları yerlere göre dağılımı 8 ilde yoğunlaşıyor. Bu iller genellikle (5/8)Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndedir.

Yıllık Rapor '92

TABLO-9

İşkence Görenlerin Yaşadıkları Bölgelere Göre Dağılımı

	Toplam Nüfusta Payı	Bölgelere Göre Dağılımı
	%	%
Kalkınmada Öncelikli İller 1	11	26.9
Kalkınmada Öncelikli İller 2	15	25.6
Orta Gelişmiş İller	36	29.2
Gelişmiş İller	38	17.3

Bu iller, kalkınma düzeylerine göre değerlendirildiğinde, işkence görenlerin kalkınmada öncelikli illerde yoğunlaştığı, gelişmiş illerde yaşayanların ise -muhtemelen- illerin yoksul bölgelerinde yaşadığı söylenebilir.

TABLO-10

İşkencede Kaldığı Süre

Ortalama 32.5 Gün (2 Gün-110 Gün)	%
2 - 9 gün	14.9
10-19 gün	33.1
20-29 gün	6.6
30-39 gün	8.3
40-49 gün	9.9
50-59 gün	8.3
60-69 gün	6.6
70-79 gün	5.0
80 + gün	7.4

Olguların işkencede/sorguda kaldığı ortalama süre 32.5 gün. Bu ortalama rakam, çok sağlıklı değil. Çünkü bu rakam sorgulama süresinin "teorik olarak" 90 gün olduğu dönemde sorgulananlarla, bu sürenin yine "teorik olarak" 15 güne düşürüldüğünde sorgulananların ortalamasıdır.

TABLO-11

İşkencede Kullanılan Yöntem : (*)	Soyer	Yüksel	Tihv
Psikolojik İşkence	65.9	100.0	-
Elektrik İşkencesi	65.6	100.0	74.7
Kabadayak	67.0	100.0	95.6
Falaka	57.4	73.9	48.4
Askı	50.4	52.2	73.6
Soğuk Su	40.4	-	79.1
Uykusuz-susuz Bırakma	31.9		
Cop	9.9		
Tuvalet Yasağı	7.8		
Testisleri Burma	12.8	69.2	
Başkasına Yapılan İşkenceyi İzletme	8.9	92.3	
Çıplak Bırakma	7.1		
Otomobil Lastiğine Sokma	5.3		
Yüksek Frekanslı Ses	5.3		
Cinsel Taciz	5.0	39.1	40.7
Çarpmıha Germe	4.6		
31 Başka Çeşit İşkence	36.5	Diğer	39.1 (Daha Değişik Değerlendirme)

(*) Bir kişiye birden fazla işkence yöntemi uygulanmıştır.

En çok kullanılan yöntemler; psikolojik işkence, elektrik işkencesi, kabadayak, falaka, askı ve soğuk su'dur. Yaklaşık 50 dolayında yöntem uygulandığı belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına girenlerin tümüne birden fazla çeşit işkence yapılmış. (ortalama; 5,3 çeşit)

Bazılan 10-11 çeşit işkence yapıldığını belirtiyor.

TABLO- 12

İşkenceye Bağlı Sağlık Sorunları

Çalışma Kapsamına Giren 282 Kişinin % 30.1'i Herhangi Bir Kalıcı İz Olmadığını Belirtmiştir.
Ortalama 32.5 Gün (2 Gün - 110 Gün)

%	TİHV
69.9' unda çeşitli psikolojik belirtiler var.	82.2
36.9' unda Kas-eklem-kemik rahatsızlıkları (Çoğunluğunda romatizma ekstremiteler ağrısı)	82.2
20.2' sinde cilt belirtileri var. (Çeşitli izler)	
18.4' ünde nörolojik belirtiler var. (Çoğu disk hernisi)	62.2
10.3' ünde sindirim sistemi sorunları var. (Çoğu Peptik Ülser)	53.3
8.9' unda üriner sistem sorunları var. (Çoğu Böbrek Rahatsızlığı)	29.9
6.7' sinde kalp-damar sorunları var.(Kalp hastalığı)	40.0
6.4' ünde KBB sorunları var.(Çoğu işitme kaybı)	22.2
6.4' ünde solunum sistemi sorunları var. (Çoğu tüberküloz)	40.0
3.9' unda genital sistem sorunları var.	
2.8' inde cinsel sorunlar var.(genellikle iktidarsızlık)	17.7
5.3' ünde diğer sağlık sorunları var. (göz, kan hast., kilo kaybı vb.)	

İşkenceye bağlı sağlık sorunları arasında psikolojik sorunlar önde geliyor. Fiziksel sorunlar arasında da ; kas-eklem-kemik rahatsızlıkları, cilt rahatsızlıkları, nörolojik sorunlar ve sindirim sistemi rahatsızlıkları ağır basıyor.

TABLO-13*

1990-91 yılında 5 büyük cezaevinde (Gaziantep, Ceyhan, Aydın, Nazilli, Çanakkale) İHD İstanbul Şubesi, TİHV ve TTB'nin belirlediği 202 hasta mahkum sağlık durumunun değerlendirilmesi,

Hasta mahkumlar, tüm mahkumların yaklaşık %25'ini oluşturmaktaydı.

En sık rastlanan sağlık sorunları şunlardır	
1. Sindirim sistemi	45.0
2. Solunum sistemi	31.2
3. Nörolojik sorunlar	24.3
4. Kas-eklem-kemik	23.3
5. Üriner sistem	17.8
6. Kalp-damar	16.3
7. Görme sorunu	12.4
8. Ruhsal sorunlar	6.9
9. Diş sorunları	4.0
10. Kulak	3.5
11. Diğer sağlık sorunları	15.3

1990-91 yılında 5 cezaevinde yapılan araştırmada belirlenen tablo çalışmamızdaki sonuçlarla kıyaslanmak amacı ile yer almıştır.

İŞKENCE EPİDEMİYOLOJİSİ

Tüm yöntemsel eksikliklerine karşın, kaba bir döküm olarak bile olsa, bizi yönlendirebilecek veriler bunlar.

Herşeyden önce ; işkenceye bir halk sağlığı sorunu olarak görüyorsak, ciddi epidemiyolojik çalışmalara ihtiyacımız var.

Bu bağlamda RCT'nin işkence epidemiyoloji ile ilgili çerçevesini örnek olarak sunmak istiyorum.

a - "Descriptive" ve Analitik Araştırma

İnsidans ve insidans trendleri (yer ve kişi olarak spesifiye edilmiş)

İşkencenin politik, sosyal ve psikolojik belirleyicileri.

Rutin araçlar : İzleme

b - Müdahaleli Araştırma

İşkencenin önlenmesi

UZUN DÖNEMLİ SAĞLIK ETKİLERİNİN EPİDEMİYOLOJİSİ

a - "Descriptive" ve Analitik Araştırma :

İşkenceye maruz kaldıktan sonra, farklı zaman aralıklarında işkence kurbanları arasında mental ve diğer semptomların varlığı ve belirleyicileri.

Düzenleme : Kalitatif

Kohort

Vaka temelli

Popülasyonlar: Ülkedeki insanlar

Göçmenler

Tutuklanmış ve gözaltına alınmış olanlar

Belirleyiciler: Cinsiyet

İşkencede yaş

Sosyal temel

İşkence tipi, süresi, yoğunluğu, sonucu

Tutukluluk süresi ve sonucu

Yanılgılar: Seçme yanılgıları

Bilgi yanılgıları

b- Müdahaleli Araştırma:

Tedavi ve rehabilitasyon süresi ve etki değerlendirmesi ve bunların tutuklu/ mahkumlar ile etkileşimi.

Düzenleme : Kalitatif

Kohort

Vaka

Yıllık Rapor '92

Yarı-deneysel

-Önce/sonra düzenlemeler

-Kontrollü

Deneysel (randomize edilmiş)

Popülasyon : Tutuklanmış, mahkum edilmiş kişiler.

Müdahaleler : Psikolojik

Sosyal

Somatik

Yanılığlar : "Allocation bias"

Bilgi

Bu ilkeler doğrultusunda yapılabilecek olan epidemiyolojik araştırmaların, işkencenin sonuçları ve bu sonuçlar temelindeki yapılacaklar konusunda daha net veriler sunması söz konusudur.

İşkence bir halk sağlığı sorunu olarak ele alındığında, yapılacakların da bu bağlamda değerlendirilmesi gerekliliği görülebilir. Dolayısı ile aşağıdaki sıralamayı yapmak mümkün olur.

Önleme / Koruma

1-Genel önlemler

2-Hekimlikle , sağlıkla ilgili önlemler

Eğitim, bilgilendirme : Tıp fakülteleri

Tabip odaları

İşkenceye karşı hekimlere yönelik yaptırımlar : Yasal

Etik düzenlemeler : Tıbbi Deontoloji Tüzüğü

İşkenceye karışma ihtimalinin fazla olduğu kurumlarda çalışan hekimlere

destek denetim : Özlük hakları

Rapor düzenleme

Bildirim

T.O. desteği, güvencesi

Sağlıkla ilgili önlemler olarak ise, Ankaralı bir grup hekimin TTB'ne yeni düzenlenecek "Tıp Meslek Ahlakı Tüzüğü" ile ilgili önerileri sıralanabilir.

Yeni düzenlenecek olan "Tıp Meslek Ahlakı Tüzüğü" için önerilen maddeler :

1-Silahlı çatışma ya da sivil kavgalar da dahil, hiç bir durum da hekim, işkenceyi ve zalimce insanlık dışı ya da aşağılayıcı, onur kırıcı hiçbir önlemi onaylayamaz, hoşgöremez ve bunlara katılamaz. Mağdurun din, ulus, ırk, parti politikası ve toplumsal durumu ile suçunun cinsi hiçbir biçimde bu durumu değiştiremez.

2-Hekim, işkence ya da zalimce, insanlık dışı ve onur kırıcı tüm işlemlerin uygulanmasına yarayacak ya da mağdurun böyle bir işleme dayanma yeteneğini azaltacak

herhangi bir yer, madde ya da bilgi sağlayamaz

3-Hekim, işkence ya da zalimce, insanlık dışı ve onur kırıcı tüm işlemlerin uygulandığı ya da böyle bir gözdağının verildiği yerlerde bulu- namaz.

4-Hekim, insan yaşamına kesinlikle saygı gösterir, hiç bir incele- mede fiziksel ya da ruhsal eziyet yaratamaz ve kişinin fiziksel ve ruhsal kapasitesini parçalayacak iş- lemlerde bulunamaz.

5-Hekim, tıbbi açıdan sorumlu olduğu kişinin bakımıyla ilgili bir karar verirken, kli- nik yönden tümüyle bağımsız olmalıdır. Bu bağımsızlığı zedeleyen bir durum ve kişi(ler) varsa, hekim bakımı üstlenmeyi reddedebilir.

6-Hekim, açlık grevinde olan ve fiziksel ve psikolojik olarak eyle- minin olası so- nuçlarını bildiğine kanaat getirilen kişileri zorla besleye- mez. Hekim, yalnızca olası komp- likasyonları anlatmakla yükümlüdür.

7-Hekim, gözaltında olan ve tutuklu bulunan kişilerin muayene- sinde aşağıdaki ko- şullara uymak zorundadır.

7-1 Hekimin muayeneye girmemesi gereken durumlar şunlardır.

a- Hekimin kimliğini açıklaması engelleniyor ise,

b- Hekim, maske ve benzeri yöntemlerle yüzünü gizliyorsa,

c- Hastanın gözleri bağlı ise,

d- Hekim, muayene için ayrılmış yerlerin dışında muayeneye zorlanıyorsa ,

e- Hekim ile hasta arasındaki olağan ilişkiyi zedeleyecek bir üçün-cü kişinin var- lığında hekim muayeneye giremez.

7-2 Hekim, hasta istediği takdirde kimliğini açıklar. Böyle bir is- tek kesinlikle geri çevrilemez.

7-3 Gözaltındakilerin ve tutukluların muayene sonuçlarını içeren rapor matbu ola- maz. Rapor, muayene yapan hekimin elyazısı ile okunur biçimde yazılmalıdır. Hekim adını, soyadını, diploma numarasını varsa Tabip Odası kayıt numarasını, rapora okunaklı olarak yazmak zorundadır. İmzanın da okunur biçimde olması gereklidir.

8- Baskı ve zorlama ile, hekimin uygun koşullarda çalışması en- gelleniyor ise ve 5. maddede sözü edilen "bağımsız" koşullar ortadan kal- dırılıyorsa, hekim bu durumu 5 gün içinde Tabip Odası'na (üye olsun, olmasın) bildirmek zorundadır. **Tabip Odası bu bildirimde takipçisi olacaktır. Tabip Odası bu bilgiyi işleme koyacaktır.** Hekimin is- terse adı saklı tutulacaktır.

9- İşkence ya da zalimce, insanlık dışı ve onur kırıcı her türlü iş- kencenin uy- gulanması ise bilgisi olan hekim, bu durumu 5 gün içinde Tabip Odasına bildirmek zo- rundadır. Bildirimde bulunmama da 1. mad- dede sözü edilen "onaylama" ve "hoşgörme" olayı olarak değerlendirilir. Tabip Odaları, bildirimde bulunan hekimin adını -kişi isterse- kesinlikle gizler ve bildirimde bulunan hekim ve ailesine yöneltilecek tehdit ve mi- sillemelere karşı hekim ve ailesini destekler ve hekim meslektaşlarını da bu yolda is- teklendirir.

10- İşkence ya da zalimce, insanlık dışı ve onur kırıcı her türlü işleme, biçimi ne olursa olsun katılan hekimlerin Tabip Odasına üyelikle- ri düşürülür, üye olmayanların ile-

ride üyelikleri sözkonusu olamaz. Temel ilkeleri "yaşama ve insana saygı" olan hekimlikle, bu tür davranışların bağdaşmayacağı inancıyla, bu nedenle cezalandırılan hekimlerin cezaları ertelenemez, affedilemez. Tabip Odaları bu nedenle cezalandırılmış hekimleri, yayın organları aracılığıyla meslekdaşlarına duyurur.

Koruma / Önlemenin, ilke olarak ön planda olduğu ancak yetersiz kaldığı durumlarda tedavi ve rehabilitasyon gündeme gelir. Bu konu ile ilgili, TİHV'nin faaliyetleri bir örnek olarak sunulabilir.

TİHV (Türkiye İnsan Hakları Vakfı)

2.10.1989'da Vakıf senedi düzenlendi. 7.2.1990'da ek düzenlemeler yapıldı. 15.2.1990'da Vakıf tescil edildi. 30.12.1990'da Yargıtay kararı ile Vakıf kuruluşu Resmi Gazete'de yayınlandı.

VAKFIN AMACI

TİHV'nin amacı ve hizmet konuları ilk vakıf senedinde şöyle tanımlanmıştır.

"Vakıf insan hak ve özgürlükleri konusunda yayın ve dökümantasyon yapar, bilimsel araştırma, eğitim yapar, süreli ya da süresiz yayın faaliyetinde bulunur."

"Uluslararası insan hakları belgelerinde tanımlanan tüm haklarla ilgili kurumlar kurar, işletir, işletirir."

"Hükümlü, tutuklu, gözetim altında iken işkence, insanlık dışı ya da onur kırıcı davranış ya da ceza ile karşılanan ve bu nedenle fiziksel ya da ruhsal yönden sağlığı tehlikeye giren kişilerin ırk, cinsiyet, renk, dil, din, siyasal görüş, inanç ayrımı gözetmeksizin ve kar amacı gütmeksizin sağlıklarına kavuşmaları ve tedavilerinin sağlanması için rehabilitasyon merkezleri kurar, işletir, işletirir. Bu durumdaki kişilerin muayenelerini yaptırır, ilaç ve rehabilitasyon aletleri yardımı yapar. "

Yapılan ikinci düzenlemeden sonra Vakıf senedinin 3.maddesinde vakfın amacı şu sözlerle tanımlanmış ve böylece tescil edilmiştir :

"Vakıf insan hak ve özgürlükleri konusunda yayın ve dökümantasyon yapar, bilimsel araştırma, eğitim yapar, süreli ya da süresiz yayın faaliyetinde bulunur."

"Uluslararası insan hakları belgelerinde ve iç hukukumuzda tanımlanan tüm insan haklarıyla ilgili araştırma, eğitim, sağlık kurumları kurar, işletir, işletirir."

Başlanğıçta ;

Ankara'da bir "Referans Merkezi Projesi" geliştirildi. 6 ayda 40 kişi başvurdu. Başvurular, ilk değerlendirme yapıldıktan sonra, proje çerçevesinde çalışmayı kabul eden hastane ve muayenehane hekimlerine gönderildi. Bu hekimler de, gerekli muayene ve tedavileri düzenledi. Bilgiler arşivlendi. Kişi başına 1 milyon TL. öngörüldü.. İsvaç Af Örgütü finanse etti.

Bundan sonra Tedavi Merkezi Projesi geliştirildi.

Merkez sayısı Ankara'nın yanı sıra İstanbul ve İzmir'in eklenmesi ile 3'e çıkarıldı.

Ankara'da tam gün çalışan bir psikolog (daha sonra 2 oldu) yarım gün çalışan bir hekimin bulunduğu merkezde başvuruların ilk değerlendirilmesi yapıldı. Daha sonra merkezle birlikte çalışan hekimlere gönderildi.

Yıllık Rapor '92

Psikolojik değerlendirme sonrası psikolog ve psikiyatrist arkadaşlarımız gerekli gördükleri kişileri izlemeye aldılar.

(Süre : 1 Nisan 1991 - 31 Aralık 1991)

Tedavi Merkezi Örgütlenme Şeması

TİHV Yönetim Kurulu

Ankara	İstanbul	İzmir
Tedavi Merkezi Yönetim Kurulu		
(5 Kişi) 2 Koordinatör Hekim		
1 Merkezin Sürekli Hekimi		
2 Psikolog		
	1 "supervisor" Psikiyatrist	
	1 "supervisor" Psikolog	
	+	
	Psikiyatristler-psikologlar Grubu	
	(Yaklaşık 5-7 Kişi)	

Gönüllü hekimler grubu
(yaklaşık 50 kişi)

Çeşitli hastane ve muayene-
hanelerde kendilerine gönde-
rilen kişilere tıbbi yardım
yapıyorlar.

Gönüllü Sosyal hizmet uzm. grubu
(yaklaşık 10 kişi)

Başvuranların sosyal sorunları ile
ilgili destek-yardım organize
ediyorlar.

SONUÇ:

Bugün, işkenci ülkemizde bir toplumsal-politik ve halk sağlığı sorunudur. Çözümü de, bir daha tekrarlırsak bu bileşenler çerçevesinde gelişmelerle mümkün olacaktır. Ancak, bu konuda yapacak daha çok iş olduğunu düşünüyoruz.

Bir yanı ile genel olarak işkencenin tümünden kaldırılması mücadelesine bir nebze katkıda bulunmaya çabalarken, diğen yandan da kendi alanımızda işkence sonucu oluşmuş sorunların giderilmesi için uğraş veriyoruz.

Bu toplantı, ülkemizde bu iki alandaki çabaların bir araya getirildiği önemli bir etkinlik olmuştur. Şimdiye kadar yaptıklarımızı hep birlikte değerlendirmek istedik. (14-15 Aralık 1991 tarihinde İstanbul'da TTB ve TİHV tarafından TİHV İstanbul Temsilciliğinin açılışı nedeniyle düzenlenen "İşkence" konulu sempozyumda sunulmuştur.)