

## İŞKENCENİN PSİKOLOJİK ETKİLERİNE YÖNELİK PSİKOTERAPİ YAKLAŞIMLARI

Evin Kantemir\*

### GİRİŞ

İşkencenin önlenmesine yönelik uluslararası sözleşmelerin ve denetim mekanizmalarının varlığına karşın, Uluslararası Af Örgütü'nün 1994 raporuna göre, 1993 yılında dünyada yüzden fazla ülkede tutuklulara sistematik işkence ya da kötü muamele uygulanmış; 151 ülkeye düşünce suçlularının serbest bırakılması, işkence, kayıp, siyasi öldürme olguları ve öbür insan hakları ihlallerine son verilmesi için çağrıda bulunulmuştur<sup>1</sup>. Bu tür önlemlerin işkenceyi engelleyici işlevi ne yazık ki henüz sınırlı kalmaktadır. Bu koşullarda, organize şiddet sonucunda oluşan tıbbi ve psikolojik sorunların tedavisi, hem maruz kalan bireylerde kalıcı hasarın önlenmesi hem de bu sorunun varlığının açığa çıkarılarak toplumun ve çeşitli meslek gruplarının duyarlılığının artırılması açısından birincil önem kazanmaktadır.

Son yirmi yılda sağlık hizmetleriyle ilişkili mesleklerde çalışanlar arasında, işkencenin bulguları ve tedavisine yönelik ilgide artış ve buna bağlı olarak işkence konusundaki bilimsel verilerde hızlı bir birikim gözlenmiştir. Bunun bir nedeni, son yıllarda insan haklarına ilişkin sorunların daha fazla gündemde olması, bir

\* Dr., Psikiyatrist, TİHV, İstanbul.

başkası ise işkence uygulanan ülkelerden Batı'ya gelen çok sayıda mültecinin, Batı'daki sağlık çalışanlarının dikkatini, organize şiddetle ilgili sağlık sorunlarına yönlendirmiş olmasıdır<sup>2</sup>. Ancak işkencenin tüm çabalara karşın süregelen yaygınlığı ve yol açtığı hasarın boyutları gözönünde bulundurulduğunda, hem varolan bilgi birikimi hem de tedaviye yönelik çalışma yapan kurum ya da kişilerin miktarı yetersiz kalmaktadır.

İşkence, maruz kalan kişiyi hem fiziksel hem de psikososyal yönlerden etkiler. İşkencenin yol açtığı hasarı inceleyen ilk çalışmalar, Uluslararası Af Örgütü çerçevesinde etkinlik gösteren tıbbi çalışma gruplarının başlattığı, daha çok betimleyici nitelikteki araştırmalardır. Tıp camiasında işkence olayına karşı duyarlılığın bir ölçüde artmasında önemli katkıları olan ve işkence sonrası görülebilecek tıbbi/psikolojik tabloların ilk tanımlarının yapıldığı bu çalışmalar çeşitli yayınlarda yer almıştır<sup>3</sup>.

İşkenceyle ilişkili psikolojik sorunlar kuşkusuz karmaşıktır ve maruz kalan kişinin uzun erimli psikolojik durumunda, işkence olgusunu çerçeveleyen koşullarla doğrudan ilişkili, işkence/tutukluluk deneyiminden bağımsız ya da bunların ikincil sonuçları olan etmenler rol oynamaktadır<sup>4</sup>. Bazı araştırmacılar, özgül bir "işkence sendromu" tanımlamaya çalışmışlar, ancak teorik bir çerçeveden yoksun olmaları nedeniyle eleştirilen bu girişimler, yaygın kabul görmemiştir<sup>5</sup>. İşkence sonrasında ortaya çıkabilen psikolojik sorunlar arasında bellek ve konsantrasyon bozukluğu, anksiyete, depresyon, duyarsızlaşma, zorlayıcı düşünceler, apati, sosyal ilişkilerden kaçınma, başağrısı, uyku bozuklukları ve cinsel işlev bozuklukları sayılabilir.

Bu sorunların, kişiden kişiye büyük farklılıklar gösterebilmesine karşın, en sık olarak depresyonla ve anksiyete ile ilişkili semptomlara rastlanmaktadır<sup>5</sup>. Bu nedenle işkence vakaları çok zaman, Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Üçüncü Baskı'da (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition: DSM-III)<sup>6</sup> anksiyete bozuklukları başlığı altında yer alan bir tanı kategorisi olan "posttravmatik stres bozukluğu (PTSB)" (posttraumatic stress disorder) çerçevesinde tartışılmaktadır. Bir travma türü olarak işkence bu bozukluğa yol açabileceği varsayılan etyolojik etmenlerden sadece biridir.

İşkenceye maruz kalan kişilere sık konulan bir tanı olmasına karşın PTSB, hem bir tanı kategorisi hem de öbür travmalar içinde işkenceye özgül sorunları tanımlamada kullanılması açısından tartışmalı bir konu olmayı sürdürmektedir. Bir tanı kategorisi olarak PTSB, belirleyici ölçütlerinden biri olan "önemli derecede sıkıntıya yol açan bir travmaya maruz kalmış olma" kavramının tanımı için evrensel bir standardın bulunmaması; bu tanı kategorisine ilişkin ölçütlerin çok sık değiştirilmesi; bir akıl hastalığı olarak sınıflandırılan anksiyete bozukluklarının alt kategorisi olarak ele alınmasının taksonomik açıdan uygunsuz oluşu ve travmayla ilişkili, öne sürülen ya da kabul edilmiş başka bozuklukları kapsamaması

açısından eleştirilmiştir. PTSD ile ilişkili tartışmanın bir başka yönü, bu tanının işkenceye maruz kalan kişilere uyarlanabilirliği ile ilgilidir. Bu tanı kategorisinin, politik nedene bağlı işkenceye maruz kalanlarda olduğu gibi, uzun süreli, yinelenen travmanın yol açtığı psikolojik sorunları yansıtmada yeterli olmadığı öne sürülmüştür. Bir başka görüş ise, insanlar tarafından kasıtlı olarak uygulanması nedeniyle, işkencenin, özgül bir travma türü olmasıdır<sup>4</sup>. Bu tartışmalara karşın, PTSD tanı kategorisinin geçerliliği, çeşitli çalışmalarla ve sempatik sinir sistemi uyarılması, hipotalamik-hipofizer-adreno-kortikal eksen, endojen opioid sistem ve uyku çevrimi değişiklikleriyle ilişkili olduğunu ortaya koyan biyolojik araştırmalarla doğrulanmıştır<sup>7</sup>.

Burada, hem işkence sonrası ortaya çıkan sorunların tanımının hem de bunlara yönelik tedaviye ilişkin görüşlerin, büyük ölçüde başka travma tipleri üzerinde yapılmış çalışmalara dayandığı kaydedilmelidir. Bunun başlıca nedeni, işkencenin politik açıdan duyarlı bir konu oluşu, bugüne kadar yapılmış çalışmaların çoğunluğunun mülteci gruplarıyla ilişkili olup elde edilen sonuçlarda işkencenin doğrudan etkileriyle mülteci olma konumunun getirdiği sorunların ayırt edilememesi, bazı araştırmacıların söz konusu hastalara katı bir bilimsel yaklaşımın uygulanmasına ilişkin tedirginlikleri gibi etmenlere bağlı olarak bu konuda az sayıda ampirik bilginin toplanmış olmasıdır<sup>4</sup>. Bu durumda, işkenceye bağlı psikolojik sorunların ele alınmasında yararlanılan tedavilerin çoğu, genel olarak PTSD üzerinde yapılmış çalışmalara dayanılarak önerilmektedir. PTSD'na ilişkin tedavi çalışmalarının büyük bir bölümünde, savaş travmasıyla ilişkili vakalar ele alınmaktadır. İşkence deneyimi ile savaş travması, PTSD nedenleri arasında yer alan öbür etmenler içinde birbirine çok benzer özellikler taşıdıklarından, savaş PTSD'na ilişkin çalışmalardan işkence vakalarına kestirme yapılması aykırı görünmemektedir<sup>8</sup>. Bu yazıda da, özgül olarak işkenceyle ilgili çalışmalar ve görüşlerin yanısıra, genelde PTSD'na ilişkin araştırmalardan ve tedavi stratejilerinden söz edilmektedir.

Travmaya maruz kalmış kişilerde görülen psikolojik sorunların giderilmesine yardımcı olmak amacıyla çeşitli tedavi yöntemleri uygulanmıştır; ancak bu yöntemlerin aynı tedavi etkisine sahip olmadıkları açıktır<sup>8</sup>. Eldeki verilere dayanarak, belirli bir yöntemin göreceli etkililiği hakkında bir yargıda bulunmak zordur; ayrıca işkence sonrası görülen psikolojik bozuklukların "doğal öyküsü" henüz tanımlanmamıştır. Bu vakalar için en uygun tedavi yaklaşımına ilişkin arayış hala sürmektedir. Bu durumda, günümüzde, işkenceye maruz kalmış kişilerde ortaya çıkan psikolojik sorunlara yönelik tedaviler, genellikle terapistin kuramsal eğitime ve kişisel yönelimine bağlı olarak değişmektedir. Ancak birçok yazar tarafından önerilen, her hasta için, vakanın niteliğine ve koşullara bağlı olarak esneklik gösterebilen, çeşitli bakış açılarının kullanılabilirdiği çok disiplinli bir tedavi yaklaşımının tasarlanmasıdır<sup>9</sup>. Bu yazıda, işkencenin psikolojik sonuçlarının tedavisinde güncel yaklaşımlar kısaca özetlenmektedir.

İşkenceye maruz kalmış bir kişi psikolojik yardım için başvurduğunda, genel ilke olarak, kapsamlı bir ilk görüşme ve değerlendirme yapıldıktan sonra, tedavi hedefleri ve kullanılacak yöntemler belirlenir. Koşullara göre, uzun erimli bir tedavi ile kişilikte köklü değişimlerin uyarılması ya da varolan semptomlar hızla giderilerek travma öncesi işlev düzeyine yeniden erişilmesi amaçlanarak kullanılacak psikoterapi yöntemi belirlenir<sup>9</sup>. Günümüzde, başka travmalara bağlı sorunlarda olduğu gibi, işkenceden kaynaklanan psikolojik bozuklukların tedavisinde uygulanan başlıca yaklaşımlar, ilaç tedavisi; davranışsal, bilişsel ya da psikodinamik yöntemlerin kullanıldığı bireysel psikoterapiler ve aile tedavisini de içeren çeşitli grup tedavisi yöntemleridir. Bu temel yaklaşımların yanısıra, bazı rehabilitasyon merkezlerinde geliştirilmiş olan özgül tedavi düzenlemelerinden de yararlanılmaktadır.

İşkence vakalarına yaklaşımda ilaç tedavisi uygulanması, bu yazının sınırları dışında kalmaktadır. Ancak burada travmaya bağlı stres bozukluklarının tanı ve tedavisinde biyolojik yaklaşımların, hem klinik uygulamada hem de araştırma alanında giderek daha çok ilgi çektiğini belirtmek gerekir. Bugünkü anlayışa göre, travmadan sonra görülen psikolojik bozukluklarda psikoterapi, tedavinin temel direğini oluşturmaya devam etmekte, ilaç tedavisi ise psikoterapiye yardımcı uygulamalar arasında en yararlı olanların başında yer almaktadır; ancak bu alanda yapılan çalışmalar, biyolojik bir yaklaşımın, psikolojik tanı ve tedavi tekniklerine katkıda bulunacağı izlenimini vermektedir<sup>7</sup>.

## PSIKODİNAMİK YAKLAŞIM

Psikodinamik tedavi, özellikle Latin Amerika ülkelerinde, işkenceye maruz kalmış kişilerin psikoterapisinde en yaygın olarak kullanılan yöntemlerden biridir. Bu yaklaşımın temeli, travma deneyiminin intrapsişik olarak işlenmesidir. Psikodinamik kurama göre travmaya maruz kalan bireyler, bu olayı, kendilik kavramlarıyla, yaşamı ve dünyayı kavrayışlarıyla bütünleştirmede zorluk çekerler. Tedavinin amacı, hastaların travmatik deneyimlerini özümleyerek bu uzlaşmayı sağlamaktır<sup>10</sup>.

Psikodinamik kuram bağlamında, PTSD ile ilişkili birkaç yorum ve tedavi önerisi geliştirilmiştir. Bunlardan biri, Horowitz'in<sup>11</sup> PTSD'nun çeşitli evrelerini, kişinin o sırada kullandığı baskın savunma düzeneklerinin niteliğine ve sağladığı başarı derecesine göre sınıflandırdığı yorumuna dayanmaktadır. Horowitz'e göre, travma sonucunda ardışık olarak ortaya çıkabilen ya da örtüşebilen iki süreç yaşanır. Zorlayıcı yineleme semptomlarının görülmesi savunma denetiminin azalması ile, red ve duyarsızlık dönemleri ise aşırı denetimin varlığıyla açıklanır. Horowitz, seçilecek tedavi tekniklerini de bu evrelere göre sınıflandırmıştır. Bu yaklaşıma göre, zorlayıcı yineleme evresinde destekleyici bir yaklaşımla sıkıntının hafifletilmesine, regresif semptomların giderilmesine çalışılır. Red evresinde ise

açıklayıcı bir yaklaşım tercih edilir; denetimi azaltmak amacıyla savunmaların yorumu ve telkin, abreaksiyon ve katarsisi kolaylaştırmak içinse, psikodrama ve imgeleme gibi teknikler kullanılır<sup>11,12</sup>.

Psikodinamik psikoterapinin, stres yanıtına ilişkin sendromlardaki etkililiğini ele alan iki sistematik çalışma yayımlanmıştır. Horowitz ve arkadaşlarının<sup>13</sup> çalışmasında, gerçekte sadece 14'ü PTSD ölçütlerine tam olarak uyan 54 vakaya uygulanan kısa süreli psikodinamik bir tedavi sürecinin sonunda semptom ağırlığı, çalışma yaşamı ve kişiler arası ilişkilerdeki işlev düzeyi ile yakınlık kurma yetisi açısından yapılan değerlendirmede, tedavi öncesi duruma göre, uygulanan ölçümlerle belirlenen bir düzelme görüldüğü kaydedilmiştir. Ancak daha sonra, psikoterapi sonuçlarının ele alındığı bir meta-analizde<sup>14</sup>, bildirilen bu düzelmelerin, tedavi uygulanmamış kontrollerdekinden farklı olmadığı ortaya kondu. Lindy ve arkadaşları<sup>15</sup> ise, kısa süreli dinamik psikoterapi uygulanan 30 hastanın 10'unun tedaviyi tamamladığını ve bu vakalarda semptomların azaldığını bildirmişlerdir. Bu iki çalışma, dinamik psikoterapinin stres yanıtı ile ilişkili sendromlar bağlamında sistematik olarak değerlendirilmesinde önemli bir ilk adım oluşturmaktadır. Solomon ve arkadaşları<sup>10</sup>, PTSD vakalarının tedavisine ilişkin literatürde yer alan kontrollü çalışmaları gözden geçirdiklerinde, bu grup hastalarda psikodinamik tedavinin değerlendirildiği sadece bir kontrollü çalışma bulabilmişlerdir. Söz konusu çalışmada<sup>16</sup>, dinamik psikoterapi, hipnoterapi ve sistematik duyarsızlaştırma uygulanan gruplar, bekleme listesindeki vakalardan oluşan kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Tedavinin tamamlanmasından üç ay sonra, her üç tedavi grubunda da, kontrol grubuna kıyasla semptomlarda azalma görülmüş, ortalama 18.8 saatlik dinamik psikoterapi uygulanan vakalarda, kaçınma semptomlarında, zorlayıcı yineleme semptomlarına kıyasla daha iyi sonuç alındığı izlenimi edinilmiştir.

İşkence travmasına ilişkin yeni kavramlar ve elde edilen klinik veriler, gelecekte psikodinamik yaklaşımların bu hasta grubunda kullanımının yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Genellikle bu tür vakalara psikodinamik psikoterapi uygulandığında, daha esnek bir yaklaşımın benimsenmesi, her aşamada hastanın gereksinimlerinin yeniden belirlenip buna göre girişimler yapılması uygun görülmektedir<sup>17</sup>.

## DAVRANIŞSAL YAKLAŞIM

Davranışsal kurama göre, travmaya maruz kalan kişilerde görülen korku ve kaçınma semptomları, evvelce nötral olan bir uyarının, travmatik bir uyarıya eşleşmesi sonucunda korku ve kaçınma tepkisine neden olmasıyla açıklanabilir. Buna göre, davranış tedavisinde, anksiyete yanıtının "alıştırma" teknikleriyle ortadan kaldırılması amaçlanır. Alıştırma teknikleri, semptomların, hastada anksiyete yaratmalarına karşın nesnel olarak zararsız uyarılara tekrar tekrar ve yeterli sürelerle maruz bırakma yoluyla giderilmesini içerir. Maruz bırakma in vivo ya da

imgesel olabilmektedir<sup>17</sup>. Genel olarak travmaya maruz kalmış kişilerde, doğrudan terapötik alıştırma yöntemleri olan duyarsızlaştırma, flooding ve implosif tedavi uygulanmış ve umut verici sonuçlar elde edilmiştir<sup>7</sup>.

Sistemik duyarsızlaştırma, belirli davranışsal yanıtların, öbürlerini yarıştırmalı olarak engellemesi ilkesine dayanır. Bu yöntemle hastaya, anksiyete gibi istenmeyen bir yanıtı inhibe edecek alternatif bir yanıt (genellikle gevşeme) öğretilir. Hasta artan şiddette anksiyete yaratan uyaranlara sırayla maruz bırakılırken, öğrenmiş olduğu gevşeme tekniğini uygular. Bu işlem sırasında söz konusu uyaranlara karşı ortaya çıkan anksiyete yanıtının giderek azalması ve kaybolması beklenir<sup>18</sup>.

Solomon ve arkadaşlarının<sup>10</sup> gerçekleştirdikleri gözden geçirme çalışmasında, duyarsızlaştırma yönteminin tedavi etkililiğine ilişkin yayımlanmış iki kontrollü çalışmadan söz edilmektedir. Peniston'un<sup>19</sup> çalışmasında, bir gevşeme programının yanısıra, 48 saatlik imgesel duyarsızlaştırma tedavisi uygulanan grupta, tedavisiz bırakılan kontrol grubuna kıyasla, kabuslar, flashback'ler ve kas gerginliği açısından daha fazla düzelme görülmüş ve elde edilen sonuçlar iki yıllık izleme süresi boyunca kalıcı olmuştur. Brom ve arkadaşlarının<sup>16</sup> yukarıda sözü geçen çalışmalarında, sistemik duyarsızlaştırma uygulanan grup ile öbür iki tedavi grubunda, kontrol grubuna kıyasla daha fazla düzelme elde edildiği belirlenmiştir.

Implosif terapi ve flooding'in ortak öğeleri, hastanın, terapistle bilinçli bir destek ilişkisi içinde kendini güvencede hissederken, sistemik olarak travmayı bütün yönleriyle yeniden canlandırmasını sağlayacak şekilde, anksiyete yaratan uyaranların sürekli olarak sunulmasıdır. Böylece hasta, gerçek bir tehlikenin bulunmadığı ortamda, yeterli bir süre boyunca, travma anılarını yeniden yaşar. Bu uyarılma, söndürme oluşana kadar sürdürülür. Aynı seans içinde ve birbirini izleyen seanslar arasında, hastada, canlandırılan anılar karşısında giderek daha az uyarılma görülür ve sonuçta semptomların tamamen ortadan kalkması beklenir. Flooding ile implosif terapi arasındaki temel fark, flooding'de hastanın travma ile sınırlı uyaranları canlandırması istenirken, implosif terapide, varsayılan yanlış inançlar dahil, tüm koşullu uyaranların ele alınmasıdır<sup>7</sup>.

Bazı yazarlar, flooding ve implosif terapiyi, saldırgan yaklaşımlar oldukları ve hastayı travmatize etme riski taşıdıklarını öne sürerek eleştirmişler; son zamanlarda yayımlanan ve depresyonun alevlenmesi, alkolizmin nüksü ve panik bozukluğunun ortaya çıkması gibi bu yöntemle ilişkili komplikasyonların bildirildiği bir çalışmaya gönderme yapmışlardır<sup>10</sup>. Ancak başka yazarlar, herhangi bir koşullu uyaranın zarar verme olasılığı bulunmadığını, hastanın zaten zorlayıcı yeniden yaşama deneyimleri sırasında bu uyaranlarla karşılaştığını ileri sürmektedirler. Bu görüşe göre, hastanın yeniden yaşama semptomlarının, bu yöntemlerden tek farkı, tedavi sırasında uyaranların, söndürme olgusu gerçekleşene kadar sistemli biçimde sürdürülmesidir<sup>18</sup>.



Flooding ve implosif terapinin travma tedavisinde kullanımına ilişkin ilk çalışmalar, vaka bildirimleri şeklindeydi. Bu çalışmalarda, flooding yöntemini<sup>20,21</sup> ya da implosif terapiyi<sup>22,23</sup> uygulayarak, ölçülen anksiyete düzeyleri ile PTSTB'na ilişkin zorlayıcı semptomlarda düzelme bildirildiği kaydedilmekteydi. Daha yakın zamanlarda, bu tedavilerin ele alındığı rasgele yöntemli, kontrollü çalışmalar yapılmıştır. Bunlardan Keane ve arkadaşlarının<sup>24</sup> çalışmasında, 24 vakaya 12-14 seans implosif terapi uygulanmasının ardından, 6 aylık izleme döneminin sonunda, depresyon, anksiyete ve zorlayıcı yineleme semptomlarında kontrol grubuna kıyasla azalma kaydedilmiştir. Cooper ve Clum<sup>25</sup>, standart PTSTB tedavisi programının, flooding'le birlikte uygulandığında, tek başına uygulanmasına kıyasla semptomları azaltmada daha etkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Boudewyns ve Hyer<sup>26</sup> ise, bireysel danışmanlık uygulanan bir gruba kıyasla, implosif terapi uygulanan vaka grubunda, özellikle uyarılma belirtileri açısından daha çok düzelme gördüklerini kaydetmişlerdir. Foe ve arkadaşlarının<sup>27</sup> çalışmasında, uzun süreli alıştırma tedavisi uygulanan vakalar, destekleyici danışmanlık ve stres aşılama eğitimi uygulanan gruplarla ve tedavisiz bırakılan kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. En iyi sonuçların, tedaviden hemen sonra yapılan değerlendirmede, stres aşılama eğitimi uygulanan grupta, üç buçuk aylık izleme süresinin sonunda ise alıştırma yöntemi uygulanan grupta elde edildiği görülmüştür.

Davranış tedavisine ilişkin yukarıda ele alınan üç yöntemin değerlendirildiği çalışmaların sonuçları, alıştırma ilkesine dayanan yaklaşımların, travmaya bağlı semptomları anlamlı derecede azalttığı izlenimini vermektedir. Ancak söz konusu tedavi yöntemleri, PTSTB'nun farklı semptomlarına aynı ölçüde etkili olmamaktadır. Alıştırma yöntemi, daha çok PTSTB'nun "pozitif" semptomları olan anksiyete ile ilişkili irkilme tepkisi, psikofizyolojik uyarılma, kabuslar, irritabilite ve öfke duygusu üzerinde etkili olurken, duyarsızlaşma ve yabancılaşma gibi "negatif" semptomlar nispeten etkilenmeden kalmaktadır. Daha kapsamlı bir tedavi yararı elde edebilmek için, ek ya da alternatif tedavilere gereksinim olabilir.

## BİLİŞSEL VE BİLİŞSEL-DAVRANIŞSAL YAKLAŞIMLAR

Psikolojide bilişsel yaklaşım, birincil olarak, düşünce süreçleri, bilginin edinilme ve kullanım biçimleri, bilişsel öğelerin yaşam deneyimlerini değerlendirmede ve sorunların ele alınışında nasıl kullanıldığı üzerinde durmaktadır<sup>28</sup>. Depresyon tedavisindeki etkililiği gösterilmiş olan bilişsel yaklaşımın henüz anksiyete ile ilişkili durumlardaki yararı sınanmamıştır. Ancak bu kuramın, travmaya bağlı semptomlar hakkında getirdiği açıklamalar ve işkence sonrası gelişen PTSTB vakalarında depresyona da sık rastlanması göz önünde bulundurulduğunda, bu alanda bilişsel yöntemlerin rolünün irdelenmesi önem kazanmaktadır<sup>29</sup>.

Bilişsel kurama göre travmanın sonuçları, kişinin sorunlara yaklaşımı ve başa çıkma biçimleri ile açıklama ve içerik yükleme tarzları açısından yorumlanır. Kişinin travma karşısında benimsediği başa çıkma biçimi, travmanın yol açtığı hasarın derecesini etkiler. Örneğin, enerjisini kendi duygusal tepkilerine yönlendirenlere kıyasla, yaşadığı deneyimleri bir başka bakış açısından kavrayarak tepkilerini değiştirmeye çalışanlarda, travmanın daha az hasara yol açacağı varsayılır<sup>28</sup>.

Gene bilişsel kuram bağlamında travma deneyiminin, insanda varolan "dünyadaki olayların anlamlı ve adil olduğu" yönündeki varsayımı ve "kendisine bir zarar gelmeyeceği" inancını yıkarak, kişinin kendisini "kurban konumunda, güçsüz ve çaresiz" algılamasına neden olduğu ileri sürülür. Buna göre hastanın eski işlevsel düzeyine erişebilmesi için, travmatik deneyimlerini, yeni bir dünya görüşü ve kendilik kavramı ile bütünleştiren bilişsel bir sürecin yaşanması gerekir<sup>28</sup>.

Davranışsal ve bilişsel yaklaşımların birlikte uygulandığı bilişsel-davranışsal tedavi, davranışın sadece açıkça görülen eylemlerini değil, düşünce, içerik yükleme ve problem çözümüne ilişkin bilişsel kalıpları da kapsadığı ve bu kalıpların özel eğitim ve bilgilendirme ile değiştirilebileceği kavramına dayanır. Travma deneyimi yaşayanlara uygulandığında bu tedavinin hedefleri, yeni başa çıkma davranışlarının öğretilmesi, bilişsel yeniden biçimlendirme ve travma ile ilişkili koşullu tepkilerin ortadan kaldırılması şeklinde özetlenir<sup>28</sup>.

Bilişsel-davranışsal yöntemin tedavi etkililiği henüz sınanmamıştır; ancak PTSD vakalarındaki korku ve anksiyete semptomlarının ele alınması sırasında, davranışsal teknikler uygulanarak alışma olgusunun gerçekleşmesi beklenirken, bu süreçte uyarılmış olan korku ve anksiyetenin denetim altına alınabilmesi için bazı özgül bilişsel yöntemler geliştirilmiştir. Bunlardan Kilpatrick ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan "stres aşılama eğitimi" bilgilendirme, bilişsel değerlendirme ile gevşeme, düşünce durdurma, nefes denetimi, iletişim becerileri gibi çeşitli başa çıkma yöntemlerinin ve tedavinin temelini oluşturan "yönlendirilmiş kendi kendine konuşma" tekniğinin öğretilip uygulandığı bir tedavi programıdır. "Yönlendirilmiş kendi kendine konuşma," hastanın düşüncelerinin ve bunların ardında yatan varsayımlarının belirlenip değiştirilmesi olarak özetlenebilen bir bilişsel yeniden biçimlendirme sürecidir<sup>10</sup>.

Travma ile ilgili literatürde, bilişsel yöntemin etkililiğini değerlendiren bir vaka çalışmasının yanısıra<sup>8</sup>, rasgele yöntemli ve kontrollü tek çalışma olan, Foa ve arkadaşlarının<sup>27</sup>, tedavi gruplarından birine stres aşılama tekniğini uyguladıkları, yukarıda sözü geçen araştırmaları bulunmaktadır. Bilişsel yaklaşımın, işkence dahil çeşitli türlerde travmaya maruz kalmış kişilerin tedavisindeki potansiyel yararı göz önüne alındığında, bu yöntemlerin etkililiklerinin sınındığı çalışmalara gereksinim olduğu açıktır.



## ÖBÜR TEDAVİ YÖNTEMLERİ

### Tanıklık yöntemi

İlk kez Cienfuegos ve Monelli<sup>30</sup> tarafından 1983'te bildirilen bu yöntem, yazarların, Şili'deki askeri rejim sırasında şiddete maruz kalmış hastalarla ilgili deneyimleri sonucunda geliştirilmiştir. Yazarlar, işkence ve öbür şiddet uygulamalarının, bilişsel ve duygulanımla ilişkili işlevleri zedeleyerek değiştirdiğini ve bunun sonucunda geleneksel psikoterapi yöntemlerinin uygulanmasını zorlaştırdığını belirterek, tanıklık yöntemini, hastaya dinamik psikoterapi için gereken özgüveni yeniden kazandıran ve terapistle olumlu bir ilişkinin kurulmasını sağlayan bir araç olarak ele almakta, uygulama sonunda elde edilen tedavi etkisininse travmayla ilgili anksiyete ve depresyonun giderilmesine bağlı olduğunu öne sürmektedirler. Bu yöntem, hastanın işkenceyle ilgili deneyimini, tüm ayrıntılarıyla, ileride işkencecilerle karşı kullanılacak bir kanıt olmak üzere kaydetmesinden oluşur. Bu süreçte, terapist de hastanın yanındadır; tanıklık belgesinin hazırlanmasına yardım eder ve hastanın gösterdiği psikolojik tepkileri ele alır. Henüz bu tür bir girişimin sağladığı uzun erimli yararları araştıran herhangi bir çalışma yapılmamıştır, ancak söz konusu işlemin hastanın işkence olayına bağlı "çaresizlik" düşüncelerini değiştirip olayı politik mücadele ile ilişkilendirerek iyileşme sağlamasını beklemek mantıklı görünmektedir. Bunun yanısıra, söz konusu yöntemi uygulayanların edindikleri olumlu izlenimler, işkence travmasının ardından uzun süre cezaevinde kalan kişilerin, burada deneyimlerini paylaşma olanağı bulduklarından, cezaevinde kısa süre kalanlara göre duygulanım açısından daha sağlıklı durumda oldukları yönündeki gözlemlerle uyumludur. Bazı yazarlarsa, elde edilen etkiyi bilişsel düzeneklerle açıklayarak, tanıklık yönteminin, travmatik deneyimlere ilişkin anıların yeniden biçimlendirilmesini sağladığını öne sürmektedirler<sup>29</sup>.

### Beceri geliştirme

Beceri geliştirme yöntemleri, çeşitli vaka gruplarında, tanımlanan hedef sorunlara yaklaşımda uygulanmaktadır. Travma deneyiminin, kişideki daha önce öğrenilmiş davranış kalıplarını değiştirerek kaçınma yanıtına yol açtığı, uyum sağlama becerilerinde bozulmaya neden olduğu bildirilmiştir. Beceri geliştirme girişimlerinde, genel olarak kişide travma öncesi varolan uyum sağlayıcı davranışların yeniden kazanılmasına ve yeni uyum sağlama kalıplarının geliştirilmesine çalışılır. Hedeflenen davranışlara örnek olarak sosyal ve işle ilgili beceriler, girişkenlik, stresle başa çıkma ve öfke patlamalarının denetimi sayılabilir. Beceri geliştirilmesinde kullanılan teknikler arasında rol oynama, bilişsel yeniden biçimlendirme, in vivo alıştırma ve gevşeme eğitimi bulunmaktadır. Beceri geliştirme tekniklerinin, özellikle PTSS'nin negatif semptomlarına etkili olması beklenir; ancak bu yaklaşım bağlamında uygulanabilen gevşeme eğitimi, yönlendirilmiş imge-

leme, uyaran kontrolü yöntemleri, bilişsel yeniden biçimlendirme ve yönlendirilmiş alıştırmaya ve sistematik duyarsızlaştırma teknikleri, PTSS'nin, uyku bozuklukları, korku ve anksiyete gibi pozitif semptomlarının tedavisinde de kullanılabilir<sup>8</sup>.

### Grup tedavisi

Grup tedavisinin, genellikle bireysel tedaviden farklı nitelikte yarar sağlayan bir düzeneği olduğu kabul edilir. Yalom<sup>31</sup>, klasik yapıtında, grup sürecinden ve işlevinden elde edilen yararları şöyle özetler; (1) umut aşılması, (2) evrensellik, (3) bilgi aktarımı, (4) özgeçmiş, (5) birincil aile grubuna ilişkin deneyimlerin düzeltilerek özetlenmesi, (6) topluma uyum tekniklerinin geliştirilmesi, (7) davranış modellerinin taklidi, (8) kişiler arası öğrenim, (9) grup bağlılığı, (10) katarsis, (11) varoluşa ilişkili etmenler. Grup süreci, işkenceye maruz kalmış vakalarda aynı zamanda travma ile ilişkili deneyimlerin paylaşılmasıyla, anıların yeniden canlanmasına yol açarak kişilerin uyaranlara maruz kaldığı bir tedavi ortamı oluşturur<sup>8</sup>.

Grup tedavisinin travma vakalarında başarıyla uygulandığı birkaç çalışma bildirilmiştir,<sup>8</sup> ancak bu yöntemin işkenceye maruz kalmış kişilerin tedavisinde kullanımına ilişkin eldeki tek yayın olan Fischman ve Ross'un<sup>32</sup> çalışmasında, Orta ve Güney Amerika'dan gelen mültecilere sınırlı süreyle uygulanan grup tedavisi anlatılmaktadır. Travmaya maruz kalmış kişilere yönelik öbür gruplarda olduğu gibi, bu da homojen ve ortak nitelikte deneyim geçirmiş üyelerden oluşmuş bir gruptu. Grup üyelerinde, işkence sonrası görülen tipik somatik ve psikolojik semptomlar vardı. Tedavi programı, 6 ay süreyle haftada bir seans şeklindeydi; gruba 8 kişi katıldı. İlk seanslarda güvenin oluşturulması ve grup bağlılığının güçlendirilmesi üzerinde duruldu. Bunu izleyen seanslarda, travmaya maruz kalan kişilerde sık rastlanan, başkalarına zarar verme korkusu, duyguları kontrol etme güçlüğü, işkence sırasındaki çaresizlik durumuyla ilgili kızgınlık ve utanç duyguları, sağ kalmaya ilişkin suçluluk, olayları kontrol edememe durumuna ilişkin korku ve kızgınlık ile yakınlarını kaybetmenin üzüntüsü gibi çatışma konuları ele alındı. İşkencenin özgül hedefleri tartışıldı; semptomlar üzerindeki denetimi artırabilmek için, bu semptomları tetikleyen olayların belirlenmesine çalışıldı ve gevşeme tekniklerinin kullanılması öğretildi. Bunun yanı sıra, grup üyelerinden, işkence deneyimlerini yazılı olarak anlatmaları ve bunları toplu bir tanıklık belgesi şeklinde bir araya getirmeleri istendi. Hem bu uygulama hem de işkencenin hedefleri ve psikolojik sonuçlarına ilişkin daha önce yapılan tartışmaların, yaşanan travmatik deneyimlerin, ait oldukları sosyopolitik bağlamda algılanmalarını kolaylaştırdığı görüldü. Daha sonraki aşamalarda, deneyimlerin grup içinde aktarılmasıyla paylaşılması yoluyla, stres yüklü konuların üstüne gidildi ve açığa çıkan duygular ele alındı. Tedavinin ileri seanslarında, günlük deneyimlerin ve zorlukların üzerinde durulmaya başlandı ve işlevsel durumun düzeltilmesi amaçlandı. Grubun son evresinde, her üyenin kaydettiği gelişme değerlendirildi ve gruptan ayrılma ile ilgili duygular ele alındı. Grubun sona ermesinden sonra üç

izleme seansı yapıldı. Bu grup deneyimiyle ilgili olarak bildirilen sonuçlar, terapistin izlenimlerine ve grup üyelerinin bildirimlerine dayanmaktadır. Yazarlar, genel bir değerlendirme yaparak, hastalardan bazılarının, işkence deneyimiyle ilişkili olarak kendilerini daha az yalnız ve daha rahat hissetmelerini sağlayan yeni bir bakış açısı elde ettiklerini ve semptomlarını yeniden değerlendirme yetisini kazandıklarını bildirmişlerdir. Hastaların çoğu, anksiyetenin, kabusların ve zorlayıcı düşüncelerin azaldığını belirtmişlerdir<sup>32</sup>.

Bu çalışmadaki olumlu sonuçlar, öznel değerlendirmelerle sınırlıdır; ancak işkenceye maruz kalmış kişilerin aynı grup sürecinde yer almasının, daha önce kişisel bir deneyim olarak algılanan bu travmanın, başkalarının tanıklıklarıyla doğrulanmasına, paylaşma yoluyla bir anlam kazanarak yaşamla bütünleştirilmesine yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Bu tür vakalar içinde en çok hangi özellikleri taşıyanların gruptan yarar sağlayacağını, hangi grup yöntemlerinin daha etkili olacağını belirleyen ve grup tedavisi ile bireysel tedavileri karşılaştıran başka çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır<sup>32</sup>.

### **Travma sonrası akut girişim**

Travmaya maruz kalan kişilerin tedavisine ilişkin önemli bir nokta, genellikle olaydan kısa süre sonra başlatılan girişimlerin en fazla yarar sağlamasıdır. Bu dönemde, travmanın etkisiyle oluşan bilişsel, fizyolojik ve davranışsal bozukluklar henüz yerleşik kalıplara dönüşmemiştir ve ağır kronik sorunların engellenmesi mümkündür. Savaş travmasına yönelik psikiyatrik tedaviye ilişkin bu görüşü destekleyen çalışmaların varlığı, travma sonrası tedavi girişimlerinin zamanlamasının önemli olduğunu vurgulamaktadır<sup>8</sup>.

Travmanın hemen ardından yapılması gereken, söz konusu kişinin, benzer deneyim geçirmiş başka insanlarla ya da bir uzmanla birlikte yaşadığı olayları duygusal ve bilişsel alanlarda işlemesine olanak tanımadır. Bu sırada, travma geçiren kişilerde genellikle rastlanan psikolojik sorunlarla ilişkili bilgi verilmesi, ileride kaçınılmaz olarak yaşanacak bazı semptomlara karşı duyulacak tepkinin azalmasını sağlayabilir. Tedavi girişiminin hemen başlatılmasına karar verildiğinde, daha önce anlatılan davranışsal yöntemler, strese bağlı bozukluğun akut semptomlarına uygun olacak şekilde değiştirilebilir. Girişim sırasında ortaya çıkabilecek aşırı anksiyete ya da duygu durumu bozuklukları, kısa süreli anksiyolitik ya da sedatif ilaçlar uygulanarak giderilebilir. Bu dönemde özellikle sosyal desteğin önemli olduğuna işaret edilmektedir<sup>8</sup>.

### **Aile tedavisi**

Travmanın, maruz kalan kişinin ailesi üzerinde kuşkusuz önemli bir etkisi vardır. Gözaltını takiben tutuklanan kişilerin cezaevinde kaldıkları süre boyunca geride kalan aile biriminin homeostazisi değişime uğrar; kişi eve döndüğünde ise

aile sisteminin yeniden düzenlenmesi gerekli olur. Eski rollerin yeniden üstlenilmesine ilişkin çabalar çok zaman aile içi çatışmalara yol açar. Bu nedenle işkenceye maruz kalmış kişiler, özellikle de uzun bir cezaevi süreci yaşamış olanlar, aile ortamlarına geri döndüklerinde, aile tedavisinin rehabilitasyon programına katılması yararlı olmaktadır<sup>32</sup>. Bunun yanısıra, travmaya maruz kalan kişide, travma sırasında ve travmanın hemen ardından ortaya çıkan akut stresin, aile ortamına yeniden uyum sürecinde tekrar yaşanabileceği bildirilmiştir. Aile sistemleri kuramına göre, aile içi etkileşimlerle, travma geçirmiş kişinin yaşadığı psikolojik sorunların karşılıklı olarak birbirlerini etkilemeleri beklenir<sup>8</sup>.

Travmaya maruz kalmış kişilerin aile tedavisi bağlamında ele alınmasının, terapistin, bireysel psikolojik bozuklukları değerlendirmesi ve bunların aile içi etkileşimler üzerindeki etkisini belirlemesi önerilir. Stres bozukluğu ile aile sistemi içindeki ilişkisel işlev bozukluklarının koşut olarak ele alınmasının uygun olduğu düşünülmektedir. Savaşa bağlı PTBS vakalarına aile tedavisi uygulanmasına ilişkin bir değerlendirmede, bu girişimin hem travma geçirmiş kişinin tedaviye verdiği yanıt hem de aile sistemi açısından olumlu etkileri bulunduğu belirtilmektedir<sup>8</sup>.

Figley<sup>33</sup>, travmaya maruz kalmış kişinin aile sistemi içinde travma öncesi işlev düzeyine dönmesini kolaylaştıracak, beş evreli bir aile sistemi modeli geliştirmiştir. Tedavinin hedefleri, uyum ve güvenin yeniden oluşturulması, kendini açmanın kolaylaştırılması ve ailenin gelecekte karşılaşabileceği stres etmenleri ile başa çıkma yetisinin geliştirilmesi olarak özetlenmiştir. Modeldeki girişim evreleri, (1) tedavi hedeflerine yönlendirme, (2) tanıklık aracılığıyla sorunun ortaya konması ve kişilerarası gerginliklerin giderilmesi, (3) ailenin kriz durumlarıyla daha iyi başa çıkmasını sağlayacak şekilde sorunun yeniden biçimlendirilmesi, (4) travmatik olaya ilişkin uyum sağlayıcı tanımlamaların, aile üyelerinin bireysel tepkilerinin ve ilerideki kriz durumlarının çözümlenmesine yönelik olumlu yaklaşımların tarif edildiği bir "Sağaltıcı Kuram"ın geliştirilmesi; ve (5) kaydedilen gelişmelerin pekiştirilerek tedavinin sona erdirilmesi şeklinde sıralanmaktadır. Bu model, henüz kontrollü klinik araştırmalarla sınanmamıştır<sup>8</sup>.

## SONUÇ

Burada gözden geçirilen çeşitli psikoterapi yaklaşımlarının ortak noktası, kişinin travma deneyiminden söz etmesini ve buna ilişkin duygularını terapötik bir ortamda serbestçe ifadesini sağlamaktır. Bu ortak ilke, dinamik yaklaşımda "travmanın yeniden yaşanarak kendilik ve yaşam kavramıyla bütünleştirilmesi," davranışsal yaklaşımda alıştırma yöntemleriyle travmanın sistematik olarak bütün yönleriyle canlandırılması, bilişsel yaklaşımda ise travma deneyimine ilişkin açıklamaların ve kavramların irdelenmesi şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Ancak bugün için, kullanılan çeşitli yöntemlerin etkili öğelerinin ne olduğuna ve bunların ardında yatan düzeneklere ilişkin yorumlar varsayımdan öteye gitmemektedir<sup>29</sup>.

**KAYNAKLAR**

1) Amnesty International. Amnesty International Report 1994. London, England: Amnesty International Publications, 1994.

2) Van Willigen LHM. Organisation and care of rehabilitation services for victims of torture and other forms of organized violence: a review of current issues. Başoğlu M, editor. Torture and Its Consequences: Current Treatment Approaches. Glasgow: Cambridge University Press, 1992: 402-29.

3) Rasmussen OV. Medical aspects of torture. Danish Medical Bulletin 1990; 37: 1-86.

4) Kantemir E. Studying torture survivors: an emerging field in mental health. JAMA 1994; 272: 400-401.

5) Turner S, Goest-Unsworth C. Psychological sequelae of torture: a descriptive model. British Journal of Psychiatry 1990; 157: 475-480.

6) American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistics. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. III. Baskı. Washington: American Psychiatric Association, 1980: 236-238.

7) Friedman MJ. Biological approaches to the diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress 1991; 4: 67-91.

8) Keane TM, Albano AM, Blake DD. Current trends in the treatment of posttraumatic stress disorder. Başoğlu M, editor. Torture and Its Consequences: Current Treatment Approaches. Glasgow: Cambridge University Press, 1992: 363-401.

9) Van der Veer G. Psychotherapy. Political Refugees. Welzijn Volks Gezard Heiden Cultuur, 1988: 72-77.

10) Solomon SD, Gerrity ET, Muff AM. Efficacy of treatments of post-traumatic stress disorder. JAMA 1992; 268: 633-638.

11) Horowitz MJ. Phase oriented treatment of stress response syndromes. American Journal of Psychiatry 1973; 27: 506-515.

12) Horowitz MJ. Stress response syndromes, character style, and dynamic psychotherapy. Archives of General Psychiatry 1974; 31: 768-781.

13) Horowitz MJ, Marmar C, Weiss DS, Dewitt KN, Rosenbaum R. Brief psychotherapy of bereavement reactions: the relationship of process to outcome. Archives of General Psychiatry 1984; 41: 438-448.

14) Fairbank JA, Nicholson RA. Theoretical and empirical issues in the treatment of post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. Journal of Clinical Psychology 1987; 43: 44-55.

15) Lindy JD, Green BI, Grace M, Titchener J. Psychotherapy with survivors of Beverly Hills Supper Club fire. American Journal of Psychotherapy 1983; 41: 438-448.

- 16) Brom D, Kleber RRJ, Defares PB. Brief psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 57: 607-612.
- 17) Schwartz LS. A psychobiological treatment approach to post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 1990; 3: 221-237.
- 18) Lyons JA, Keane TM. Implosive therapy for the treatment of combat-related PTSD. *Journal of Traumatic Stress* 1989; 2: 137-151.
- 19) Peniston EG. EMG biofeedback-assisted desensitization treatment for Vietnam combat veterans' post-traumatic stress disorder. *Clinical Biofeedback Health* 1986; 9: 35-41.
- 20) Fairbank JA, Keane TM. Flooding for combat-related stress disorders: assessment of anxiety reduction across traumatic memories. *Behavior Therapy* 1982; 13: 499-510.
- 21) Fairbank JA, Gross RT, Keane TM. Treatment of post-traumatic stress disorder: evaluating outcome with a behavioral code. *Behavior Modification* 1983; 7: 557-568.
- 22) Black JL, Keane TM. Implosive therapy in the treatment of combat-related fears in a World War II veteran. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1982; 13: 163-165.
- 23) Keane TM, Kaloupek DG. Imaginal flooding in the treatment of a post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1982; 50: 138-140.
- 24) Keane TM, Fairbank JA, Caddell JM, Zimering RT, Bender ME. Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy* 1989; 20: 245-260.
- 25) Cooper NA, Clum GA. Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in Vietnam combat veterans: a controlled study. *Behavior Therapy* 1989; 20: 381-391.
- 26) Boudewyns PA, Hyer I. Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veteran PTSD patients treated with direct therapeutic exposure. *Behavior Therapy* 1990; 21: 63-87.
- 27) Foe EB, Olasov Rothbaum B, Riggs DS, Murdock TB. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 59: 715-723.
- 28) Van der Veer G. The cognitive approach. *Political Refugees. Welzijn Volks Gezard Heiden Cultuur*, 1988: 49-62.
- 29) Başoğlu M. Behavioral and cognitive approach in the treatment of torture-related psychological problems. M Başoğlu, editor. *Torture and Its Consequences; Current Treatment Approaches*. Glasgow: Cambridge University Press, 1992: 402-429.



- 30) Cienfuegos AJ, Monelli C. The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry* 1983; 53: 43-51.
- 31) Yalom ID. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books, 1975.
- 32) Fischman Y, Ross J. Group treatment of exiled survivors of torture. *American Journal of Orthopsychiatry* 1990; 60: 135-142.
- 33) Figley CR. A five-phase treatment of posttraumatic stress disorder in families. *Journal of Traumatic Stress* 1988; 1: 127-141.