

GÖZALTINDA TECAVÜZ VE CİNSEL SALDIRIDA RAPORUN YERİ Bir Vaka Sunumu

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

ÖZET

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

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

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

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

Anahtar Kelime; işkence, tecavüz, cinsel saldırı

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

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

^{***} Uz. Dr., Alman Hastanesi

GİRİŞ

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

Tanım

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

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

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

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

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



Amaç

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

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

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

VAKA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Şüpheli İşkence Mağdurlarının Psikolojik Değerlendirmesi için Örnek bir Protokol

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

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

Görüşme sürecinde karşılaşılan sorunlar ve tedavideki engeller

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

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

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

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

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

Tedavinin olumlu özellikleri

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

SONUÇ

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

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

Adli psikiyatri açısından bakarsak, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

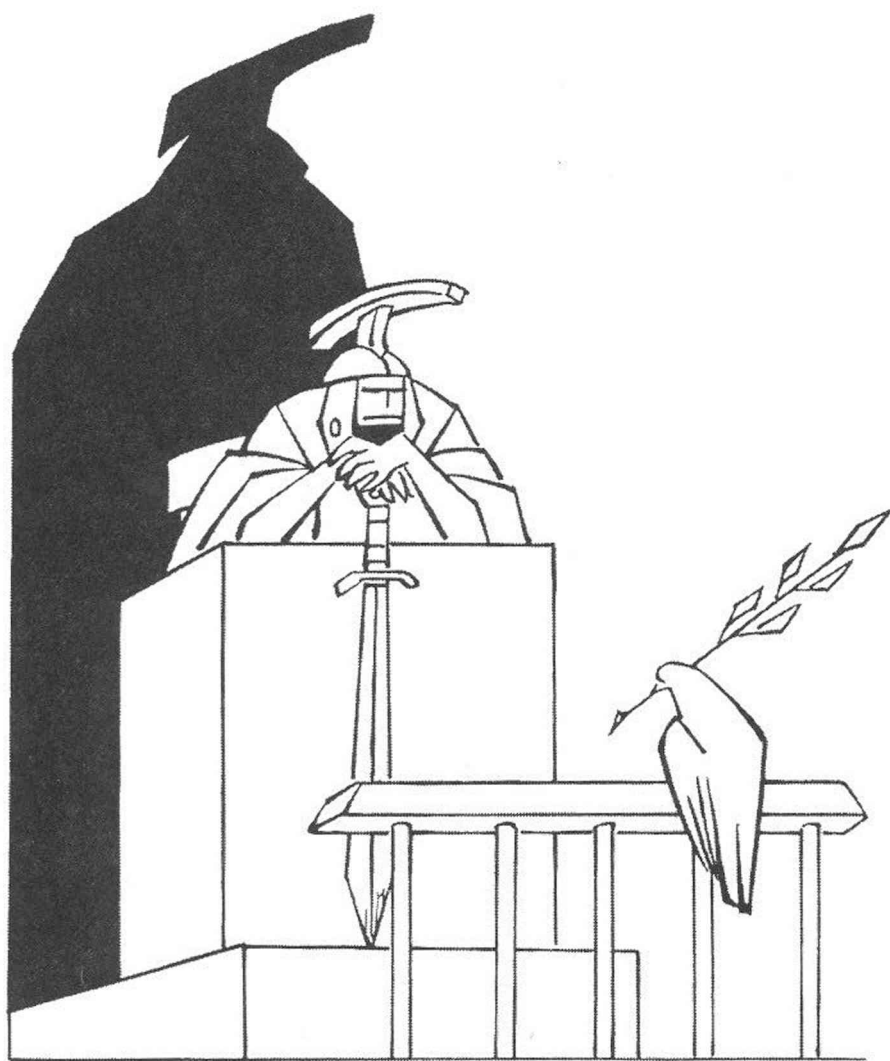
İşkenceyle ilgili olarak psikolojik problemlerin tanımlanması ve bunların raporlarla belgelenmesi, bu bilginin yasal değerlendirilmesini mümkün kılabilir.

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

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

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

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



RAPOR ÖRNEĞİ

Sayı:2000/

İlgi:YZYZXhk.

Hastanın adı:

Doğum Tarihi:

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

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

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

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

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

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

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

Tanı ve Ayırıcı tanı (Çok eksenli değerlendirme

Eksen I. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Major Depresyon

II. Yok

III. Yok

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

Birincil destek grubuyla olan sorunlar

Toplumsal çevre ile ilişkili sorunlar

Barınma sorunları

Sağlık kuruluşlarına ulaşma sorunları

Yasal sistemle etkileşim sonucu doğan sorunlar

Diğer psikososyal ve çevresel sorunlar

V. İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi

İGD : 55

GAF: Ağır

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

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

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

KAYNAKLAR

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

