

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

İŞKENCE İÇİN TIBBİ DEĞERLENDİRME EL KİTABI



**TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ İSTANBUL PROTOKOLÜ
EĞİTİMLERİ PROJESİ YAYINIDIR**

(Training Programme on the Istanbul Protocol: Enhancing the Knowledge Level
of Non-Forensic Expert Physicians, Judges and Prosecutors, TR 0501.03)

EDİTÖRLER

Şebnem Korur Fincancı, Türkcan Baykal

YAZARLAR

Adli Tıp Uzmanı Olmayan Hekimler, Savcı ve Hakimlerin İstanbul Protokolü Eğitimleri kapsamında Şubat 2009 tarihinde hazırlanmıştır

Dr. Nadir Arıcan, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

Dr. Türkcan Baykal, Türk Tabipleri Birliği, İzmir

Dr. Şebnem Korur Fincancı, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul,

Dr. Önder Özkalıpçı, İşkence Kurbanları için Uluslararası Rehabilitasyon Konseyi, Kopenhag

Dr. Mehmet Sezai Berber, Türk Tabipleri Birliği, Ankara

Dr. Alper Tecer, Türkiye İnsan Hakları Vakfı

Dr. Ümit Ünüvar, Türk Tabipleri Birliği, İstanbul

1. BASKI: 19 ŞUBAT 2009

Baskı Hazırlık:

Mucize Reklam

Matbaacılık Tasarım Hizmetleri

Tel: (0312) 417 10 56



Baskı:

Başak Matbaacılık Ltd. Şti. • Tel: (0312) 397 16 17

ISBN : 978-605-5867-09-6

ÖNSÖZ

Hekimlik, bir meslek olmanın ötesinde, insanı, insanlık değerlerini korumak adına seçilmiş bir yaşam biçimidir. Seçilmiş bu yaşam biçimi içinde insanlık değerlerini korumanın görünür kılındığı alanlardan birisi olarak adli tıp uygulamaları özellikle son çeyrek yüzyılda gerek dünyada, gerekse Türkiye’de çok anlamlı bir gelişim ivmesi yakalamıştır.

Uzmanlık derneğini ancak 1990’ların başında kurabilen adli tıp uzmanları, Adli Tıp Uzmanları Derneği’nin kuruluşunun hemen ardından, Türk Tabipleri Birliği ile birinci basamak adli hekimlik uygulamalarında yaşanan sıkıntıları çözmeye yönelik bir çaba içinde hem kendi alanının standardizasyonunu sağlayacak bir çalışmaya imza atmış ve “Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı”nı birlikte yayınlamış, hem de 1000’in üzerinde genel pratisyen hekimin eğitimini gerçekleştirmiştir. Bu kitabın “İnsan Hakları İhlalleri ve Hekim Sorumluluğu” bölümü, adli tıp ve psikiyatri disiplinleri başta olmak üzere tüm tıp disiplinlerini felsefi boyutu da katarak, Türkiye İnsan Hakları Vakfı’nın da öncülüğü, birikim ve deneyimi ile kısa sürede dünyanın dört bir yanından bilim insanlarının emeği ile birleştirip, bugün işkencenin etkin biçimde soruşturulması ve belgelenmesi için bütün dünyada yaygın olarak kullanılan İstanbul Protokolü’nün nüvesi olmuştur.

Elinizdeki kitap İstanbul Protokolü’nden yararlanılarak, ancak alana özgü olması nedeniyle tıp disiplini içinde bilgiyi güncelleyerek hazırlanmıştır. Türk Tabipleri Birliği, Türkiye İnsan Hakları Vakfı ve Adli Tıp Uzmanları Derneği’nin uzun yıllara dayanan birikimi ve bu alanda çalışan tüm meslektaşlarımızın deneyimlerinden süzülen, International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) tarafından 10 ülkede yürütülen İstanbul Protokolü eğitimci

ve uygulayıcı eğitimleri projesi çalışmalarına emek ve gönül koymuş sayısız meslektaşımızın da katkılarını damıtan, adli tıp ve psikiyatri başta olmak üzere çok disiplinli bir çalışmanın en somut ve gururlandırıcı örneğidir.

Bu çalışmaların atası ünvanını hak eden sevgili dostum, değerli meslektaşım Ata Soyer'in adıyla başlaması gerektiğini düşündüğüm bu kitabın önsözünde, işkencenin önlenmesinde hekim sorumluluğunun bilimsel bir zemine oturtulması için yaptıkları araştırmalar ve çalışmalarla ışığımız olmuş değerli öğretmenlerimiz Veli Lök ve Fikri Öztop'a, deneyim ve dostluğundan aldığım güç ve azimle birlikte yürümekten onur duyduğum kardeşlerim Metin Bakkalcı, Türkcan Baykal ve Önder Özkalıpçı'ya, tanıklığınızda şükranlarımı sunuyorum.

Hekim olma onurunu yaşatan tüm meslektaşlarımıza saygıyla...

Şebnem Korur Fincancı

12 Şubat 2009

İŞKENCE İÇİN TIBBİ DEĞERLENDİRME EL KİTABI

GİRİŞ

Amaç:

Bu el kitabı; İstanbul Protokolü eğitimlerinde yararlanılması amacıyla hazırlanmıştır. İşkence iddiası veya işkenceye maruz kalma kuşkusu olduğunda tıbbi değerlendirme ve belgelemenin İstanbul Protokolü ilkelerine uygun gerçekleştirilebilmesi adına hekimler için yol gösterici olması hedeflenmiştir.

İlk iki bölümde; görüşmede uyulması gereken temel ilkeler, tıbbi değerlendirmenin ana hatları, sık görülen temel fiziksel travmatik değişim tanımlamaları, sistem veya bölge muayenelerinin özellikleri, adli fotoğrafçılık ve farklı işkence yöntemlerine göre değerlendirmede izlenecek yol genel hatları ile vurgulanmıştır.

Üçüncü bölümde; ruhsal değerlendirme ve ruhsal delillere yer verilmiştir. Son bölümde belgelemenin temel ilkeleri ile rapor sonuçlarını içeren olgu örnekleri sunulmuştur.

Bu el kitabı, işkence iddiası ile başvuran veya işkence kuşkusu bulunan olguların değerlendirilerek yorumlanmasında tek başına yeterli olmayabilir. Kitapçıkta sözü edilen konular daha geniş biçimde "İstanbul Protokolü"nde yer almıştır. Bu kitapçığın "İstanbul Protokolü" eşliğinde kullanılması önerilir.

I. BÖLÜM

GÖRÜŞME İLKELERİ

GENEL YAKLAŞIM

Ayrıntılı bir değerlendirme ve belgelendirme yapılabilmesi için uygun ve kapsamlı bir görüşme ile tam/yeterli bir öykü alınması zorunludur.

İstanbul Protokolü'nde belirtilen usule ilişkin önlemler ve görüşme- de uyulması gereken kurallar, sadece ilk değerlendirmeyi gerçekleştiren hekimler veya Adli Tıp Uzmanları değil, tüm konsültan hekimler için de geçerlidir.

Tüm tıbbi ve psikolojik muayene ve değerlendirme süreçlerinde “Primum non nocere-ÖNCE ZARAR VERME!” temel ilkesine sadık kalınması esastır.

Koşullar ve olanaklar uygun olmayabilir, sınırlılıklar içerebilir, ancak, İstanbul Protokolü'nde; görüşme koşullarındaki sınırlılıkların Protokol'de ortaya konan ilkelerin uygulanmamasına gerekçe oluşturamayacağını; hatta devlet ve yetkililerin işin içinde olduğu güç durumlarda bu standartlara olabildiğince sadık kalmanın özellikle önemli olduğunun altı çizilmektedir.

Yeniden travmatize etme riski

İşkence ve kötü muamele iddialarının araştırılmasına yönelik görüşme ve değerlendirme süreçleri nitelikleri gereği, psikolojik sıkıntı ve semptomları uyararak ve/veya arttırarak hastayı yeniden travmatize edebilir. Aşağıda ele alınan başlıklar yeniden travmatize etme riskini en aza indirebilmek için akılda tutulmalıdır;

Görüşme sürecinde karşılaşılabilen bazı ikilemler:

Bilgi alma - **Yeniden travmatize etme**

- Hekim, bilgi alma ve yeniden travmatizasyon riskini azaltma zorunluluğu arasında dengeli davranmalıdır.

- Soruları sorarken yorgunluk ve sıkıntı belirtilerine dikkat edilmedir.

Empatik olma-nesnel olma

- Nesnellik empatik olmakla çelişmez. Değerlendirilen kişinin yaşadığı olası acı ve sıkıntıyı anlamalı ve aynı zamanda profesyonel sınırlar korunmalıdır.

- Hekim kişinin yanında olduğunu belirtmeli ve destekleyici, yargılayıcı olmayan bir yaklaşımı benimsemelidir.

- Hekimler değerlendirmelerinde nesnel ve tarafsız kalmalı, buna karşılık soruları sorarken ve görüşmeyi sürdürürken duyarlı ve empatik olmalıdır.

Güven ilişkisinin kurulması

- Etkin dinleme, titiz bir iletişim, gerçek bir empati, nezaket ve dürüstlük gerektirir.

Görüşme ortamı

- Fiziksel ve psikolojik değerlendirme hekimin en uygun bulunduğu yerde yapılmalıdır.

- Hekimler hastanın, özellikle görüşülen kişi alıkonulmuş bir kişiye, kendisini rahat ve güvende hissetmeyeceği bir yeri kabul etmeye zorlanmamasını sağlamalıdır.

- Hekim görüşmenin yapılacağı ortam için mümkün olduğu kadar mahrem, güvenli ve rahat bir ortam oluşturmak amacıyla tüm fırsatları araştırdığından emin olmalıdır.

- Odanın resmi bir çevreyi ve sorgu sürecini hatırlatabilecek şekilde düzenlenmiş olmamasına dikkat edilmelidir.

- Görüşmeye yeterli zaman ayrılmalı ve zamanlamanın ana hatları önceden belirlenmelidir.

- En sıkıntılı ve zor koşullar altında bile çoğu kez, güven ortamı yaratabilmeli ve görüşülen kişinin kendisini daha rahat hissetmesi sağlanmalıdır (örn: hekimin durumun zorluğunun ve sıkıntılarının farkında olduğunu hissettirebilmesi, kişiye su-tuvalet-mendil vb. ihtiyaçlarını giderme olanağı tanınması, rahatlatıcı ve güven yaratan konuşma uslubu, vb.)

Mümkünse;

- Oda uygun fiziksel koşullara (uygun aydınlatma, havalandırma, büyüklük, ısı) sahip olmalıdır.

- Oturma düzeni görüşmeci ile görüşülen kişinin göz teması kurabilmesine ve birbirlerinin yüzlerini açıkça görmesine olanak vermelidir.

- Hiyerarşik ve resmi bir konumu çağrıştırmamalıdır (örneğin görüşülen kişi iskemlede otururken görüşmecinin daha yüksek bir yerde veya koltukta oturması gibi; ya da hekimin görüşmeyi büyük bir masanın arkasından sürdürmesi gibi).

- Görüşülen kişinin mesafeyi kendi tercihiyle göre ayarlamasına izin vermeye çalışılmalıdır. Uygun mesafe kültüre veya kişilere göre değişebilir. Çok yakın veya çok uzak oturmak görüşülen kişiyi sıkıntıya sokabilir.

- İşkence olgularının beklemedikleri, öngöremedikleri travmalara maruz kalmış olma özelliği göz önünde bulundurularak, görüşülen kişinin görüşme ortamının girişini görebileceği bir pozisyonda oturması sağlanmalıdır.

Görüşmenin akışı

Görüşmenin başlangıcında;

• Hekim kendisini tüm kimlik bilgileriyle (görevi, uzmanlığı, bağlı bulunduğu kurum ve konumu) birlikte tanıtmalıdır.

• Hekim görüşülen kişiyi aşağıdaki konularda tam olarak bilgilendirmelidir:

- Kendisinin sorumlulukları ve sınırları
- Görüşmenin nedeni ve bağlamı
- Görüşmenin amacı
- Görüşmenin içeriği, çerçevesi, akışı
- Görüşme (ve değerlendirme) sırasındaki muhtemel usuller
- Sır saklama yükümlülüğü ile ilgili tüm sınırlılıklar
- Bu görüşmenin/değerlendirmenin olası sonuçları

• Aydınlatılmış onam alınmalıdır.

Görüşme açık uçlu genel sorularla başlamalıdır.

-Giderek netleştirici, detaylandırıcı sorular sorulmalıdır.

-Görüşme daha az hassas konularla başlamalı, hassas sorular belli düzeyde güven ilişkisi kurulduktan sonra sorulmalıdır.

-Görüşmeyi sonlandırmadan kişinin duygusal geriliminin yatıştığından emin olunmalıdır.

-Görüşmeyi bitirmeden önce görüşülen kişiye sormak istediği bir soru veya eklemek istediği bir şey olup olmadığı sorulmalıdır.

Görüşme biçimi

Hekim, hastanın isterse görüşmeye ara verebileceği ve kesebileceği bilgisini vermeli, istemediği bir soruya yanıt vermemeyi tercih etme hakkı olduğunu belirtmelidir.

Hekim, mümkünse, görüşmeyi hastanın ihtiyaçlarına uygun olarak tasarlamalıdır. Hekim, hasta için gerekli görürse görüşmeye ara ve-

rebilmeli, sonlandırabilmeli ve yeni görüşmeler planlayabilmelidir.

Hekim;

• İşkence durumunu hatırlatabilecek tüm tarz, yaklaşım ve üsluplardan kaçınmalıdır

o Hastayı bekletmemelidir

o Emredici ve otoriter tarzda talimatlar vermemeli ve sorular sormamalıdır

• Soruların tonlanmasında, ifade ediş biçiminde ve zamanlamasında özenli olunmalıdır

• Kültürel normların ve inançların farkında olmalıdır

• Görüşülen kişinin yaşadıklarını ve acılarını anlayan tarzda iletişim kurmalıdır

• Görüşme yapılan kişinin ihtiyaçlarını belirtmesi ve soru sorabilmesi için zaman ve fırsat vermelidir

• Hastanın kontrolün kendi elinde olduğunu hissetmesini sağlamalıdır

• Sorular açık uçlu şekilde formüle edilmelidir (Örneğin; gözaltı sürecinde yaşadıklarınızı mümkün olduğunca detaylı olarak anlatabilir misiniz? Söz ettiğiniz odaya götürüldüğünüzde neler oldu?)

• Yönlendirici sorulardan (Sizi kollarınızdan astılar mı? Elektriği ayak parmaklarınızdan mı verdiler? Bu izler yakalama sırasında sizi tutmaya çalışırlarken mi oldu? gibi) kaçınmalıdır.

Olası aktarım ve karşı aktarım reaksiyonlarının farkında olma

Fiziksel ve psikolojik değerlendirme yapan hekimlerin, şiddetli travmatik durumların değerlendirilmesi sırasında hem görüşen hem de görüşülen kişide ortaya çıkabilecek potansiyel duygusal tepkilerin farkında olmaları gerekir.

Aktarım:

“Aktarım, mağdurun geçmiş yaşantılarıyla ilgili olan ancak yanlış anlaşılabilir kişisel biçimde klinik hekime yöneltilmiş duygularıdır.”

- Hekimin güvensizlik veya kuşku duyduğunun belirtileri olarak anlaşılabilir.
- Hekim;
 - Otorite konumunda biri (olumlu veya olumsuz anlamda) olarak
 - Düşman veya işkencecinin suç ortağı olarak
 - Kurtarıcı, koruyucu, yoldaş olarak
 - Röntgenci ve sadist motivasyonları olan biri olarak algılanabilir.

Bunların tümü ve benzer algılamalar için görüşülen kişi sıkıntı, korku, güvensizlik, boyun eğmeye zorlanma, kızgınlık, öfke, utanç, endişe veya kuşku yaşayabilir veya aşırı güven ve beklenti içinde olabilir.

Karşı aktarım:

Klinik hekimin, işkence mağduruna duygusal tepkisi, karşı aktarım olarak bilinir. Hem fiziksel, hem de psikolojik değerlendirmeyi etkileyebilir. Bir hekim karşı aktarımın farkında değilse, bu duygular kimi ek sorunlara, görüşme sırasında engellere yol açabilir ve hekimin işkencenin sonuçlarını değerlendirme ve belgeleme etkinlik ve becerisini de azaltabilir.

Sık rastlanan karşı aktarım tepkileri:

- Sakınma, geri çekilme, savunma, kayıtsızlık,
- Hayal kırıklığı, çaresizlik, umutsuzluk ve aşırı özdeşleşme,
- Kendini bir kurtarıcı, travma konusunda büyük bir uzman veya mağdurun iyileşmesi ve sağlığı için son umut olarak hissetme biçiminde görülen en yetkin olma ve büyüklük duyguları,

- Güvensizlik duygusu,
- Suçluluk duygusu,
- Görüşülen kişiye karşı öfke.

Görüşme sırasında bu faktörlerin tümü görüşmecinin:

- İşkence sonuçlarının ciddiyetini küçümsemesine,
- Kimi ayrıntıları unutmasına,
- İşkence iddiasının doğruluğu hakkında dayanaksız şüpheler duymasına,
- Empatiye dayalı gerekli yaklaşımı kuramamasına,
- Nesnelliğini korumakta güçlük çekmesine,
- İşkence mağduruyla aşırı özdeşlik kurmasına,
- Öyküyü almayı başaramamasına,
- Olguyu formüle edememesine ve raporu zamanında ve doğru şekilde hazırlayamamasına yol açabilir.

İşkence ve kötü muamelelerin tıbbi değerlendirme süreçleri, hekimin ikincil travmatizasyonuna ve/veya tükenme reaksiyonlarına neden olabilir.

GÖRÜŞME – ETİK VE KLİNİK DEĞERLENDİRMELER

GİZLİLİK VE AYDINLATILMIŞ ONAM

- Hekimlerin görüşme sırasında edindiği bilgileri gizli tutma ve ancak hastanın onamıyla açıklama yükümlülüğü vardır.
- Muayene edilen kişi tıbbi değerlendirme sürecinin niteliği, kanıtların neden araştırıldığı, kişi tarafından verilen bilgilerin nasıl kullanılabilceği ve olası sonuçları hakkında bilgilendirilmelidir
- Hekimler herhangi bir değerlendirmeye başlamadan önce aydınlatılmış onam almalıdır. Gizliliğin sınırlarının açıklanması onam alınma sürecinin vazgeçilemez bir parçasıdır
- Aydınlatılmış onamın; değerlendirmenin muhtemel yararları ve olumsuz sonuçlarının yeterli düzeyde kavranmasına dayalı olarak ve başkalarının zorlaması olmaksızın gönüllü verilmesi sağlanmalıdır.
- Kişinin görüşme ve değerlendirme sürecinin tümünde veya bazı kısımlarında işbirliği yapmayı reddetme hakkı vardır. Bu durumda klinik hekim görüşme ve/veya değerlendirmenin reddedilme nedenini belgelemelidir. Kişi alıkonulmuş bir kişiye, rapor kendisi veya avukatı ve başka bir sağlık görevlisi tarafından imzalanmalıdır.

MAHREMİYET

- Tıbbi değerlendirmeler hekimin kontrolü altında mahrem koşullarda yapılmalıdır.
- Görüşmeler ve tıbbi değerlendirme sürecinin tamamında mahremiyet yalnızca etik nedenlerle değil aynı zamanda sağlıklı öykü alabilmek için de gereklidir.
- Polis veya diğer kolluk görevlileri muayene odasında asla bulunmamalıdır. Hangi nedenle olursa olsun, polislerin, askerlerin, gardiyanların veya diğer kolluk görevlilerinin muayene odasındaki varlığı olumsuz bir tıbbi raporun dikkate alınmamasının gereği olabilir .

- Görüşme sırasında görüşme odasında başka kişiler bulunursa, bu kişilerin kimlik bilgileri, unvanları, bağlı olduğu kurumlar raporda belirtilmelidir .

EMNİYET VE GÜVENLİK

- Hekim, içinde çalıştıkları bağlamı dikkatle düşünmeli, gerekli önlemleri almalıdır.
- Görüşme yapılan kişi hala gözaltında veya cezaevinde ise, ya da misillemeyle karşılaşabileceği benzer koşullardaysa, kişiyi tehlikeye atmamayı (veya ek güçlüğü sokmamayı) sağlayacak tüm önlemler alınmalıdır .
- Adli tıp muayenesi işkence iddialarını destekliyorsa, alıkonulan kişi alıkoyma yerine geri gönderilmemeli, bunun yerine alıkonulan kişinin hukuki durumunu belirlemek üzere savcı veya hakim karşısına çıkarılmalıdır .

TIBBİ ÖYKÜ ALMA

Tüm olaylar ayrıntılı olarak dinlenmeli ve rapora kişinin kendi sözleri ile kaydedilmelidir. Kişi işkence öyküsünü kronolojik sıra içinde anlatamayabilir. Ancak öykü uygun kronoloji ile kaydedilmelidir.

Hastanın soygeçmişinde ve özgeçmişinde, ailesinde ve kendisinde var olan hastalıklar mutlaka sorgulanmalıdır. Travma olgusunun değerlendirildiği unutulmadan, travmanın ağırlığı ile uyumlu olmayan düzeyde yaralanmaların meydana gelmesine yol açabilecek genetik etkenler, hastalıklar öykü alınırken araştırılmalıdır. Kana pıhtılaşma bozukluğuna yol açabilecek genetik faktör eksikliği, lösemi veya karaciğer yetmezliği ile seyreden hastalıklar gibi özellikler bilinmediğinde, travma bulgularının nesnel değerlendirmesi olanaklı olamayacağı gibi, bulguların yetersiz ve özensiz tanımlanması ya da hiç tanımlanmamasına benzer biçimde, tıbbi belgeleme sürecinin güvenilirliğini de sarsacaktır.

Hastalıkların yanı sıra geçirilmiş cerrahi girişimler ve bunlara ait nedbe oluşumları, bu olay dışında meydana gelmiş yaralanmalar ve onlara ait izler olup olmadığı tıbbi öykünün alınması sırasında sorulmalıdır. Kadın hastalarda jinekolojik öyküye de yer verilmelidir.

Hastanın tüm yakınmaları ayrıntılı olarak kaydedilmelidir. Tıbbi belgeleme sürecinde, olay öyküsü ile yakınmalar; genel beden muayenesi, ruhsal değerlendirme ve yapılacak tetkikler için yol gösterici olduğu kadar, ayırıcı tanı için de kullanılacak araçlardır. Yakınmaların tanımlanan travmalarla ilişkisini araştırmak için gerekli muayene yöntemleri ve tetkikler ile tanıya gidilebilir. Bazı yakınmaların olay ile ilişkili olmadığı düşünülerek kaydedilmemesi, ayırıcı tanıya yönelik herhangi bir araştırma yapılmaması önemli pek çok verinin kaybına neden olabilir. Örneğin renal kolik benzeri ağrı tanımlayan hastada yapılan idrar tahlilinde eritrosit görülmesi durumunda, olay öyküsünde bu bölgeye yönelik travma tanımlanıp tanımlanmadığından bağımsız olarak hematürinin nedeni ve travmatik kökenli olup olmadığının ayırıcı tanısının yapılmasını gerektirmektedir. Kişilerin içinde buldukları koşullar nedeniyle, bedenlerinin hangi bölümlerine travma isabet ettiğini fark etmeyebilecekleri, ya da anımsayamayabilecekleri göz önünde bulundurulmalıdır (Mollica 2001).

Olguyu değerlendirmede tıbbi öykü almanın ruhsal bileşenlerle doğrudan ilişkisi bulunduğundan bu bölüm ruhsal değerlendirme başlığı altında ayrıntılandırılmıştır.

II. BÖLÜM

GENEL BEDEN MUAYENESİ:

Tıp disiplini içinde en önemli basamaklardan biri olan genel beden muayenesi, adli olgular için de gereken özenin gösterilmesi zorunlu olan aşamalardan birisidir. Muayenenin bir bütün olduğu akıldan çıkarılmamalıdır. Herhangi bir bulgu saptanmadığında dahi, mutlaka kaydedilmesi gerekmektedir. Tıbbi belgelemede, örneğin his kusuru ve motor kayıp bulunmadığı kaydedilmemiş ise, nörolojik muayene yapılmadığı için düzenlenmiş olan raporun güvenilirliği ortadan kalkacaktır.

Genel beden muayenesi giysili olarak yapılamaz. Hastaya yapılacak muayenenin içeriği anlatıldıktan sonra, onamı alınarak giysileri çıkartılıp muayeneye geçilmelidir. İşkence uygulamalarında kullanılan yöntemlerden birisi de kişilerin çıplaklığa zorlanmalarıdır (Kituyi, Mohochi 2005). Muayene sırasında giysilerin tümüyle çıkartılması, alıkonulması sırasında yaşamak zorunda kaldığı deneyim nedeniyle hasta için rahatsızlık verici olabilir. Muayene sırasında önce bedenin üst kısmı daha sonra alt kısmı soyularak her iki aşamada da kısmen giysili kalması sağlanabilir, ancak muayene edilen bölgenin mutlaka giysisiz olması gerekmektedir.

FİZİK BULGULAR:

Cilt

Abrasyon (Sıyrık)

- Uygulanan tanjansiyal kuvvetin sürtünme etkisi ile derinin yüzeysel epidermis, dermis ve cilt altı dokularının sıyrılıp kazanmasıdır.
- Sıyrıklar, travmanın şiddetine göre yalnız epidermis ile sınırlı olabileceği gibi, yanı sıra dermisi de içerdiğinde beraberinde kanama görülebilir. Kanamalar çoğunlukla noktasal özelliktedir.

- Sıyrıklarda zaman içerisinde tipik yara iyileşmesi süreçleri yaşanacaktır. Sıyrık yüzeyinde eksüda sızıntısı kuruyarak bir kabuk oluşur, bu kabuk oluşana kadar sıyrık nemli kalır. Kabuk bir/birkaç gün içinde oluşur, lezyonu birkaç hafta boyunca kaplar ve koştuktan sonra pembe bozulmamış bir yüzey bırakır. Pembe renk zamanla solarak birkaç ay içinde çevresindeki deriyle aynı rengi alır.
- Künt travmalarda genellikle şekilsiz olan sıyrıklar, tel ucu, iğne ucu, tırnak vb. gibi sivri uçlu nesnelere oluşturulduğunda çizik biçiminde olur.
- Giden araçtan atılma, yakalama sırasında sürtünme ya da sürüklenmeye bağlı olarak birbirine paralel çizgisel sıyrıklar çok daha yoğun görülebilir ve sürüklenirken yerden bulaşan kir, toprak, kum vb. parçacıkları barındırması nedeniyle de yarayı enfeksiyona hazır hale getirebilir.
- Şekli sıyrıklardan cismin niteliği anlaşılabilir (İp, kablo, zincir, ızgara, jop, ısırık gibi).
- Çizgisel sıyrıklarda, sıyrılan epidermis kuvvetin uygulandığı yönde itilmeye bağlı toplanarak, travma yönü ile ilgili fikir verebilir. (Fischer, 1991, Shkrum, 2007)

Kontüzyon (ekimoz - ezik - çürük):

Sert ve künt bir cisimle uygulanan travmanın etkisiyle dokuların ezilmesi ve doku bütünlüğü bozulan küçük çaplı damarlardan çıkan kanın yumuşak doku aralıklarına sızmasıdır. Cilt yüzey bütünlüğü korunmuştur.

-Kontüzyon ve birlikte doku hasarı yalnızca cilt altında değil, kaslar, kemikler (Mink, Deutsch 1989) ve iç organlarda da görülebilir. Lezyonlar uygulanan kuvvetin şiddeti ve travmatize alanın damarsal yapısı, cilt altı yağ dokusu kalınlığı ile ilişkilidir. Yaşlı ve çocuklarda genç yetişkinlerden daha kolay oluşur.

-Lezyonlar değerlendirilirken damar hastalıkları, vitamin eksikliği, hormonal ve diğer beslenme bozuklukları gibi tıbbi durumlar dikate alınmalıdır.

- Lezyonlar zaman zaman aletin niteliğini yansıtacak şekilde olabilir. (Çop ya da sopa ile ray şeklinde, parmak uçlarına uyan daire biçiminde, tenis topuyla halka şeklinde gibi)
- Travmaya bağlı derin dokularda oluşan kanamalar akut dönemde kan fasyalar arasından yüzeye ulaşana dek günlerce görülemez. İşkence iddiası olup da ciltte lezyon saptanamadığında, muayene bir veya birkaç gün sonra tekrarlanmalıdır. Muayenede o bölgede hassasiyet vardır. Kanama başlangıçta ciltte görülmez, yüzeyelleşmeden de kaybolabilir.
- Kontüzyonlar zaman içinde renk değiştirir. Yara yaşının araştırılmasında güvenilir olmamakla birlikte, muayenede rengin mutlaka tanımlanması gerekir.
- *Hematom*: travmanın etkisi ile damar bütünlüğü bozularak kanın doku içinde hacim oluşturacak biçimde birikmesidir.
- *Eritem, hiperemi* tanımları sıklıkla kontüzyon yerine kullanılmaktadır. Eritem ve hiperemide damar yatağı dışına kanama bulunmamaktadır. Bu sözcükler damarların genişlemesine bağlı olarak ciltte meydana gelen renk değişikliğidir. Bu değişimler sıcaklık değişiklikleri, enfeksiyon, enflamasyonun erken evresi gibi durumlarda görülebilir.

Laserasyon (yırtık)

- Cilt ve cilt altındaki yumuşak dokuların künt travmatik etki ile ezilerek yırtılmasıdır. Lezyon içinde doku köprüleri görülür ve yara kenarlarında kontüzyon, kanama bulguları izlenir. Yara kenarları düzensiz olduğunda yara iyileşmesi ve oluşan skar dokusu da düzensiz olur.
- Vücudun alışılmadık bölgelerinde rastlanan asimetrik skarlar ve skarların dağınık olması, işkence iddiasını destekleyici bulgu olarak düşünülmelidir (Rasmussen 1990).

İnsizyon (kesi)

- Cildin bıçak, süngü, jilet, kırık cam parçası vb gibi keskin kenarlı aletlerle kesilmesiyle oluşurlar.
- Kesi uçlarının açılı özellikleri, yara dudaklarının düzgün olması,

içinde doku köprüleri ile çevresinde sıyrık veya doku içi kanama alanı bulunmaması laserasyondan ayıran belirgin özelliklerdir.

- Geç dönemde yapılan muayenelerde kesici alet yarası skarları düzgün kenarlı olduğu için genellikle ayırt edilebilir.
- Bazı geleneksel tedavi yöntemlerinde kişilerin genellikle sırtına küçük yüzeysel kesiler yapıldığı unutulmamalıdır. Kesici aletlerle yapılan açık yaralara biber veya tahriş edici başka maddeler uygulandığında veya enfekte olduğunda, skarlar düzensiz ve daha büyük olabilir.

Yanık

- Sıcak veya kimyasal maddelerin temasıyla oluşur.
- Zararın şiddeti ısıya ve maruz kalma süresine bağlıdır.
- Birinci derece yanıklarda sadece epidermis etkilendiği için kızarıklık olarak görülür.
- İkinci derece yanıklar epiderminin tamamen ve bazal tabakaların kısmen zarar gördüğü nemli, kırmızı su toplamış (bül veya veziküllerin oluştuğu) lezyonlardır.
- Üçüncü derece yanıklar cildin tüm tabakalarını tamamen tahrip eder, kömürleşme derecesindedir. Lezyonların şekli termal yaraya neden olan nesnenin şeklini yansıtabilir.
- Sıcak nesnelerin uygulanmasıyla olan yanıklar aletlerin şeklini gösteren belirgin derecede atrofik skarlar oluşturur. Bunlar başlangıçtaki enflamasyon alanı ile ilişkili, dar, hipertrofik veya hiperpigmente sınırlı alanlar ile keskin bir biçimde ayrılmıştır.
- Eğer çok sayıda skar oluşmuşsa ayırıcı tanı güçtür. Kendiliğinden oluşan enflamasyon, kenarların özelliklerini gizleyecektir.

Isırık İzi

- İnsan ısırığı oval veya elips şeklindedir ve hayvanlarınkinden daha künt görünümündedir.
- Emmenin neden olduğu peteşi ya da kontüzyon yalnızca insan ısırığı izlerinde görülür.
- Bu izler yapıldıktan 1-24 saat sonra kolayca görülebilir ve genellikle cinsel saldırılarda görülür.

- İnsan ısırması dokuları bastırırken, hayvan ısırması dokuların delinmesi ve yırtılmasıyla ayırt edilir.
- Köpek ısırıkları önde kare şeklinde, bir dar bir kemere benzer ve kaninlerin yaptığı belirgin sivri izler oluşturur.
- Kedi ısırıkları küçük yuvarlak bir kemere benzer ve onlarda da yine kaninlerin yaptığı delme izleri vardır.
- Hayvan ısırıklarında çoğunlukla pençelerin yaptığı çizik izleri eşlik eder.
- Kemirgenler ortadaki kesici dişlerin neden olduğu küçük ısırık izleri bırakır.
- Isırık izinin adli odontolog tarafından değerlendirilmesi en uygun yaklaşım olacaktır. Böyle bir değerlendirme şansı bulunmadığında, erken dönemde mutlaka kimliklendirme amaçlı swap ile örnek alınmalıdır (DNA). Ayrıca daha sonra yapılacak olası karşılaştırmalar için ölçek kullanılarak (ABFO) lezyonun fotoğraflanması sağlanmalıdır.

SİSTEM MUAYENELERİ:

Kas - İskelet Sistemi

- İşkencenin niteliğine bağlı olarak, vücudun ilgili bölgesinde ağrı, eklem hareketlerinde kısıtlılık, hematoma, ödem, tendon reflekslerinde kayıplar saptanabilir.
- Kontraktürler, kompartman sendromu bulguları, deformiteli ya da deformitesiz kırıklar ve çıkıklar, eklem kapsül ve bağlarında yırtıklar görülebilir.
- Gözaltının genel fiziki koşulları ve psikosomatik şikayetler de mutlaka değerlendirilmelidir.
- Senil osteoporozu olan yaşlılarda, günlük faaliyetler sırasında meydana gelen minör travmalar bazen kırıklara neden olabilir. İşkence iddiasında bulunan yaşlıların muayenesinde senil osteoporoz ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

Sinir Sistemi

- Kranial sinirler, duyu organları ve periferik sinir sistemi, travmaya bağlı motor ve duysal nöropatiler açısından değerlendirilmelidir.
- Reflekslerin muayene edilmesi önemlidir.
- Askıya alındığını ifade eden kişilerde brakial pleksopatiye özel önem verilmelidir
- Radikülopatiler, diğer nöropatiler, kranial sinir bozuklukları, hiperaljezi, parestezi, hiperestezi, pozisyon ve sıcaklık hissindeki, motor fonksiyonlardaki, yürüme ve koordinasyondaki değişmelerin tümü işkenceyle bağlantılı travmadan kaynaklanabilir. Baş dönmesi ve kusma hikayesi olan hastalarda göz dibi muayenesi, vestibular muayene yapılmalı ve nistagmusun kanıtları not edilmelidir.

Kafa

- Saçlı derideki kontüzyonlarda, palpasyonla şişlik olmadığı durumlarda da, hassasiyet varlığı önemlidir. Koyu tenli kişilerde de kontüzyon alanlarını görmek mümkün olmasa dahi, palpasyonda hassasiyet fark edilecektir.
- Başa yönelik darbelere maruz kalan işkence mağduru sürekli baş

ağrılarında şikayetçi olabilir. Bunlar psikosomatik kökenli olabileceği gibi, geç dönemde ciltaltı fibrozis oluşumuna bağlı veya boyun bölgesindeki kas, kemik, bağ ve kırıldıkların etkilenmesinden de kaynaklanıyor olabilir. Kişi, o bölgeye dokunulduğunda, ağrısının olduğunu ifade edebilir ve saçlı derinin palpasyonu yaygın ya da lokal şişlik, kalınlaşma veya yapışıklık oluşumuna bağlı saçlı deri hareketinde azalma veya kayıplar saptanabilir.

- Yumuşak doku ödem ve/veya kanamaları genellikle bilgisayarlı tomografi veya MR ile saptanabilir.
- Doğrudan travmalarda kafa içindeki/beyindeki lezyon vurmalarının olduğu yerin tam altında görülürken düşmeye bağlı travmalarda, kafa içinde/beyinde travmanın aksi yönünde lezyonlar gözlenebilir.
- Baş ağrısı, genişleyen bir subdural hematomun başlangıç semptomu da olabilir.

Tekrarlayan kafa travmalarında kortikal atrofi ve diffüz aksonal hasar gelişmesi beklenebilir.

- Travmayla ilişkili olarak, akut başlangıçlı psikolojik durum değişiklikleri gözlenebilir, bu durumda acilen bilgisayarlı tomografi veya MRI çekilmelidir. **Postkonküzyonel sendrom akılda tutulmalıdır.** Psikiyatrik ve nöropsikiyatrik konsültasyon istenmesi gerekebilir..

- Şiddetli sarsma mağdurlarında tekrarlayan baş ağrıları, yönelim bozukluğu ve mental durum değişiklikleri yakınmaları vardır.

- Sarsma işlemi genellikle bir-iki dakika ya da daha kısa sürer, fakat sarsılma günler ya da haftalar boyunca defalarca tekrar edebilir. Bu işkence yöntemi uygulandığında, herhangi bir dış muayene bulgusu olmadan serebral hasar olabilir; ancak göğüs, kollar ve omuzlarından tutulma sırasında kontüzyonlar da oluşabilir (Ponder 1997).

- Serebral ödem, subdural hematoma ve retinal kanama gibi çok ağır bir tablo ile seyredebilir ve ölümle sonuçlanabilir.

- Kafa içi ve boyun omuru yaralanmaları sıklıkla yüz yaralanmaları ile birlikte görülür.

Gözler

- İşkenceden sonra konjunktival kanama, lens dislokasyonu, subhiyeloid, retrobulber ve retinal kanama ile görsel alan kaybı olabilir.

- Aponevroz yırtıkları, lakrimal gland prolapsusu gelişebilir (Özkalıncı ve ark. 2007)

- Orbita kırıkları ile bulber ve retrobulber yumuşak doku hasarlarını saptamak için en iyi yöntem bilgisayarlı tomografidir.

Kulaklar

- Dış kulağa künt travma kanamaya neden olabilir. Kulak tedavi edilmeden bırakılırsa kıkırdak nekrozu ve enfeksiyon oluşacak muhtemel sekellerdir.

- Kulak sayvanında amputasyona kadar giden laserasyonlar görülebilir

- Kaba dayak sonrası kulak zarı perforasyonu olabilir. Kulakta 2 mm'den küçük zar yırtıkları 10 günden kısa bir süre içinde kendiliğinden iyileşebileceğinden acilen muayene gerekmektedir. Yaralanmayı takip eden 14 gün içinde tanı konan kulak zarı perforasyonlarının %78.7'sinin spontan iyileştiği görülmüştür (Kristensen 1992).

- Orta ve iç kulakta ciddi yaralanmanın kısa ve uzun dönemli sekeleli işitme kaybı, vertigo, tinnitus, düzensizlik ve daha nadir olarak da fasiyal sinir paralizidir.

- Kulak kemikçiklerinde ve iç kulakta hasar düzeyini araştırmak için odyometri yapılmalıdır.

- İletim tipi işitme kaybı genellikle kulak zarı perforasyonuna ve orta kulaktaki kana bağlıdır.

- 40 dB'den düşük bir işitme kaybı kemikçik zinciri dislokasyonlarını gösterir.

- Sensorinöral tipte işitme kaybı koklear veya retrokoklear hasarını belirtir (Curran, 1996).

- Orta ve/veya dış kulakta sıvı gözlenebilir. Laboratuvar analizlerinde otorenin BOS olduğu doğrulandığında, olanak varsa kırık bölgesini belirlemek için MR ya da BT çekilmesi gereklidir.

- Temporal kemik kırıklarının radyolojik incelemesi veya kulak kemikleri arasındaki bağlantının bozulması en iyi BT, daha sonra hiposikloidal tomografi ve en son olarak da lineer tomografi ile saptanabilir.

Burun

- Başlangıçta yumuşak doku şişlikleri değerlendirmeyi zorlaştırır. Travmadan 48 saat sonra, şişlik indiğinde muayeneyi tekrarlamak yararlı olabilir.

- Burun sırtındaki düzey farklılıkları, krepitasyon ve septum deviasyonu açısından değerlendirilmelidir.

- Nazal septumun deviasyonu nazal obstrüksiyona neden olabilir.

- Burun kemiğinin kırılması maksillanın frontal prosesini içerebilir ve etmoid labirenti içerecek şekilde genişleyebilir.

- Kompleks nazal kırıklarda ve septumun kıkırdak kısmının yer değiştirdiği durumlarda, eğer burun kanaması varsa, BT ve/veya MRG önerilir. Basit nazal kırıklar için standart nazal grafiler yeterlidir.

Çene, Ağız Boşluğu ve Dişler

- Dil, dişetleri veya dudaklarda ısırık yaraları olabilir. Isırıklar elektrik akımı etkisi ile kasılmalar sırasında olabilir. Epilepsiye veya konvülsiyonla seyreden klinik tablolara bağlı ısırıklar ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

- Elektrik akımı ve yüze vurulan darbeler temporomandibular eklem sendromuna neden olabilir. (Temporomandibular eklemden ağrı, çene hareketlerinde kısıtlılık ve bazı olgularda eklem sublukasyonu)

- Ağız içine zorla bir cisim sokulması nedeniyle lezyonlar oluşabilir.

-Dişlerin durumu ile ilgili öykü dikkatlice alınmalı ve varsa diş tedavilerine ilişkin kayıtlar istenmelidir. Diş çürükleri ve diş eti ilti-

hapları kaydedilmelidir. Kötü diş yapısı, tutukluluk koşullarından ötürü olabileceği gibi tutukluluk öncesinden de mevcut olabilir.

- Dişlerde herhangi bir zarar varsa hasta bir diş hekimine yönlendirilmelidir. Travma veya elektrik işkencesi sonucunda mandibular kırıklar, dişlerde kopma ve kırıklar, protez kırıkları, dişeti iltihapları ve kanamaları, dolguların düşmesi meydana gelebilir.

- Yumuşak doku, mandibular travma ve dental travmanın boyutlarını saptayabilmek için standart grafi, panoramik grafi ve MR önerilir.

Göğüs ve Karın

- Daha önceden var olan solunum sistemi hastalıkları gözaltında ağırlaşabilir ve yeni klinik tablolar bu hastalığa eklenebilir.

- Havasız bırakma girişimleri, hiçbir iz bırakmayabilir veya diğer komplikasyonların yanı sıra akut ve kronik solunum sorunlarına yol açabilir.

- Kaburga kırıkları göğse darbenin sık rastlanan sonuçlarından biridir. Kırık uçları akciğer yaralanmalarına ve pnömotoraksa yol açabilir. Sağ alt kaburga kırıkları %10 karaciğer yaralanma riski taşır (Feliciano, Patcher 1989)

- Direkt künt travmalar sonucunda vertebraların pedikülleri kırılabilir.

- Akut abdominal travma tanımlandığında, organ yaralanmaları ve kanama yönünden ayrıntılı bir değerlendirme yapılması gerekmektedir. Ciltte genellikle harici travmatik değişime rastlanmaz. Muayenede organ yaralanmalarına ilişkin bulguya rastlanmasa dahi, tetkiklerin yapılması ile organlarda hasar saptanabilir. Organ hasarı araştırılması sırasında serbest hava, ekstraluminal sıvı, veya düşük aktivasyon gösteren alanlar ödem, kontüzyon, hemoraji veya laserasyona işaret eder.

- Peripankreatik ödem akut travmatik ve travmatik olmayan pankreatitin belirtilerinden birisidir.

- Ultrason, özellikle dalağın subkapsuler hematomunu saptamak için yararlıdır.

- Periton lavajından sonra bilgisayarlı tomografide saptanan serbest abdomen sıvısı, hemorajiye ya da lavaja bağlı olabilir. Lavaj sonrası yapılacak inceleme tanı için anlamlı olmaz.

Travma olgularında stres ülserleri görülebilir.

Ürogenital Bölge

- Yoğun hematuri, böbrek kontüzyonunun en bariz belirtisidir.

- Ağır kaba dayak işkencesi, Crush sendromuna bağlı akut böbrek yetmezliğine yol açabilir (Malik1993, Korur-Fincancı 1990).

- Ürogenital travmayı saptayabilmek için ultrasonografi ve dinamik sintigrafi kullanılabilir.

- Genital muayene, hastadan ek onam alınarak yapılmalı ve mümkünse muayenenin sonuna ertelenmelidir.

- Cinsel saldırılarda hiçbir fiziksel bulgu olmayabileceği unutulmalıdır.

FİZİKSEL BULGU SAPTANABİLECEK İŞKENCE YÖNTEMLERİ

KABA DAYAK

Öykü aşamasında sorgulanması gerekenler

- Uygulama sırasında ne tür bir aletin kullanıldığı,
- Vücudun hangi bölgelerine uygulandığı (*Sıklık sırasıyla uygulanan bölgeler; Baş, sırt, karın, alt ve üst ekstremiteler ve tüm vücut*)
- Uygulama sırasında hissedilenler, bayılma öyküsü, ciddi bir sağlık sorunu olup olmadığı
- Varsa yapılan tedavi ile ilgili belge olup olmadığı
- Süre ve sıklık

Olası yakınmalar:

- Genel beden ağrısı
- Başa darbe alındı işe baş, çene, kulak ağrısı, diş ağrısı, görme problemleri
- Uygulanan bölgeye göre sistemik yakınmalar .
- Örn: Göğüs ve/veya sırt bölgesine yönelik darbeler sonrası solunum sıkıntısı, bel bölgesine yönelik darbelerde idrar yapmakta güçlük, ağrı ve kanlı idrar
- Bel ağrısı
- Karın ağrısı
- Hareket zorluğu
- Kafa travması varsa konfüzyon, apati, amnezi gibi...

Fizik muayene ile saptanması olası bulgular:

- Başa alınan darbelerde fiziksel olarak görülebilen lezyon olmadığında dahi konfüzyon, bilinç bulanıklığı ve daha ağır nörolojik tablolar görülebilir.
- Başa darbe iddiasında kulak ağrısı yakınması olup olmasına bakmadan kulak zarı muayene edilmelidir. Dayak iddiası için kulak zarı perforasyonları tanı koydurucudur.

- Tıbbi müdahale görmüş ya da görmemiş künt travmatik yaralar (*laserasyon*)
- Kontüzyon ve/veya abrazyonlar (lezyonların kullanıldığı iddia edilen aletlerin muhtemel izlerini yansıtır yansıtmadığı)
- Şişlik, ödem, darbe aldığı iddia edilen bölgelerde palpasyonla hassasiyet
- Çıkıklar
- Kırıklar (genelde burun, kaburga kırıkları, el ve ayak kemikleri kırıkları)
- İç organ kanamaları (dalak ve böbrek subkapsuler kanamaları vb)
- Göğüs ve batin içi kanamalar,
- Yaygın travmaya bağlı Crush Sendromu
- Servikal ve lomber radikülopatiler
- **Kaba dayak uygulaması birçok olguda en kolay fizik bulgu saptanabilecek işkençe yöntemidir. Bununla birlikte, ancak muayenenin eksiksiz yapılması bir kulak zarı perforasyonunu ya da ciltte herhangi bir lezyon olmadığında da supkapsuler düzeyde kalmış bir iç organ (örn. Dalak) kanamasını belgeleme olanağı sağlayabilir.**
- **Saptanan bir yaralanmanın ne tür bir cisimle meydana getirildiğini ortaya koyacak bulguları tanımlamak, örneğin kesik veya künt nitelikte olup olmadığını ayırt edecek şekilde ayrıntılı olarak belgelemek, soruşturma sürecinin ileri aşamalarında katkı sunacaktır.**

Fotoğraflama

- Lezyonlar tarih, sayı lezyon numarası ve kimlik bilgilerini içerecek şekilde mutlaka ölçekli olarak fotoğraflanmalıdır.

İncelemeler

- Biyokimya:
 - Kan: Tam kan, Htc, Hb, CK, LDH
 - İdrar: Kan, Miyogloblin
- Radyoloji – Yakınma ve bulgulara yönelik incelemeler (*Direkt grafi, BT, MRI, USG, Kemik sintigrafisi*)

Konsültasyon

- Radyoloji
- Ortopedi – *İskelet sistemi yakınmalarının değerlendirilmesi*
- Nöroloji - *Kafa travması ve genel nörolojik değerlendirme*
- Psikiyatri – *Ruhsal Değerlendirme*

Tanı ve belgelemede kısıtlılıklar

- **Bazı kaba dayak iddialarında olayın hemen ardından dış muayenede lezyon görülmeyebilir ve travmayı saptayabilecek radyolojik yöntemler değişik gerekçeler ile kullanılamayabilir. Bu durumda 24-72 saat sonra yapılacak ikinci bir muayenede travma bulguları görünür hale gelebilir.**
- **Fiziksel muayenede hiçbir iz bulunmaması kişinin kaba dayak uygulamasına maruz kalmadığı anlamına gelmez.**

(Hodler ve ark. 2005)

AŞIRI GÜÇ KULLANIMI

Aşırı güç uygulamalarına genelde kaba dayak gibi yaklaşılabirirse de farklı yaralanmalar olabileceği de akılda tutulmalıdır. Ancak aşırı güç uygulamalarında, çok sert kaba dayak (dolayısı ile daha fazla kırık - çıkık ve yaşamsal tehlike yaratan yaralanma, ateşli silah uygulaması, plastik mermi, gaz ve diğer kimyasallar gibi yöntemlerle yaralanmalar ve toplumsal olaylarda kullanılan ağır zırhlı araçların çarpmasına bağlı yaralanmalar öncelikle akla getirilmelidir (Ozkalıpcı ve ark. 2007).

Öykü aşamasında sorgulanması gerekenler:

- Uygulama sırasında cop, ateşli silah, gaz bombası kanisteri, plastik mermi vb. hangi aletin kullanıldığı
- Vücudun hangi bölgelerine ne ile vurulduğu (*Sıklık sırası ile bölgeler; Baş, sırt, karın, alt ve üst ekstremiteler ve tüm vücut*)
- Uygulama sırasında hissedilenler, bayılma olup olmadığı, ciddi bir sağlık sorunu olup olmadığı
- Vücudunda herhangi bir yaralanma olup olmadığı (ateşli silah, künt yara, kesi, kimyasal yanık vb)
- Sonrasında herhangi bir tedavi uygulanıp uygulanmadığı
- Varsa yapılan tedavi ile ilgili belge olup olmadığı

Olası yakınmalar:

Nedene göre çok değişkendir

- *Biber gazı (CN ve CS)* Öksürük, nefes alma güçlüğü, ciltte çok yaygın yanma ve kaşıntı hissi, iştih azlığı, görme bozukluğu, halsizlik, terleme, kusma, ishal
- *Ateşli Silah* mermi trajesi boyunca ağrı

Yaralanmaya sekonder nedenlerle halsizlik, karın veya göğüs ağrısı, çarpıntı, bilinç bulanıklığı ya da bilinç kaybı vb.

Fizik muayene ile saptanması olası bulgular

- *Ateşli silah yaralanması:*
 - Ateşli Silah Mermi Çekirdeği (ASMÇ) giriş ve çıkış yaraları
 - ASMÇ yaralanmasına bağlı kemik kırıkları
 - ASMÇ yaralanmasına bağlı iç organ hasarı ve kanaması
- *Biber gazına (CN ve CS gazları) maruz kalma sonrası*
 - Yaygın travmatik konjunktivit

- Gözde irritasyon ve bazen geçici körlük şikayeti
- Burun, ağız içi, dış kulak yolu, skleralarda yaygın hiperemi ve irritasyon
- Burun, trakea, akciğerlerde mukoza irritasyonuna bağlı öksürük
- Dış kulak yolu irritasyonu ve timpanik zar irritasyonuna bağlı geçici işitme azlığı
- Gırtlak ve mide irritasyonuna bağlı kusma ve ishal
- Ciltte yaygın tahrişe bağlı şiddetli yanma ve kaşıntı
- Hamilelikte düşük
- *Gaz kanisteri yaralanması izi*
 - Kemik kırıkları
 - Yaygın künt özellikte cilt doku hasarı
 - Vurma iziyle uyumlu kontüzyon
 - Kafaya yakın atışta kafatası kemik kırıkları ve beyin kanaması sonucu ölüm

-Cerrahi müdahale öncesi ve sonrası kişinin röntgenlerini çekerek merminin cilt altında durduğu belgelenmelidir.

-Mermi çekirdeği çıkarıldıktan sonra savcılığa iletilmek üzere uygun bir koruyucu zarf ya da kutu içine konup saklanmalı ve ilgili makamlarla iletişime geçilerek uygun biçimde gönderilmelidir.

-Bir ateşli silah yaralanması, gaz bombası ve kimyasallara maruz kalan kişilerin giysilerinin yıkanmadan olduğu gibi korunarak savcılığa iletilmek üzere kurutulduktan sonra kağıt torbalarda saklanması önemlidir.

Fotoğraflama

Sadece lezyonlar değil, vücuttan çıkartılan yabancı cisimler ve (mermi çekirdeği, gaz kanisteri vb.) eğer giysi üzerinde saptanabilir bir hasar varsa giysiler de savcılığa gönderilmeden önce tarih, sayı ve kimlik bilgilerini içerecek şekilde mutlaka ölçekli ve renk cetveli kullanarak fotoğraflanmalıdır.

İncelemeler

- Radyoloji – Yakınma ve bulgulara yönelik incelemeler (*Direkt grafi, BT, MRI, USG*)
- EMG
- Kan (*Bkz. Kaba dayak*)
- İdrar (*Bkz. Kaba dayak*)

Konsültasyon

- Ortopedi – *İskelet sistemi yakınmalarının değerlendirilmesi*
- Nöroloji
- Cerrahi
- Beyin Cerrahisi
- Göz
- KBB
- İç Hastalıkları
- Psikiyatri

Tanı ve belgelemede kısıtlılıklar

Muayenede fizik bulgu saptanmaması kişinin kaba dayak ve/veya gaz uygulamasına maruz kalmadığı anlamına gelmez.

FALAKA

Öykü aşamasında sorgulanması gerekenler:

- Yöntem (ne tür bir cisim, ne kadar süre, sıklık)
- Vücudun hangi bölgelerine uygulandığı (*ayaklar, el, kollar*)
- Uygulama sırasında soğuk su, tuzlu su vb uygulanıp uygulanmadığı

- Bağ uygulandı ise hangi bölgelere, ne tür bir bağ
- Başka bir işkencenin bu işkenceye eşlik edip etmediği (araba lastiği içine hareket edemeyecek biçimde oturtulmak vb)
- Ayırıcı tanı için ayak tabanlarına kronik travma maruziyeti olabilecek meslek ve spor alışkanlıkları (posta dağıtıcısı, basketbol, voleybol oyuncusu, uzun mesafe koşucusu.vb)

Olası yakınmalar:

Erken dönem (ilk 6 hafta)

- Ağrı
- Falaka uygulanan bölgede şişlik, yanma
- Yürüme güçlüğü, ellerde hareket zorluğu, oturma güçlüğü
- Şişlik nedeniyle ayakkabılarını giyememek

Geç dönem (ilk 6 hafta sonrası)

- Ağrı
- Yürümede ve el hareketlerinde güçlük ve ağrı
- Yürürken sanki bir bilya ya da fındık tanesi üzerine basmış gibi batma hissi
- Ayakkabı numarasının büyümesi
- Nedbeler

Fizik muayene ile saptanması olası bulgular

Erken dönem (ilk 6 hafta)

- Falaka uygulanan bölgede şişlik, ödem, abrazyon, kontüzyon, laserasyon, cilt enfeksiyonları, hiperemi, gluteal bölgede yaygın kontüzyona ek olarak hematoma ve bazen çok derin laserasyonlar
- Ayak ya da ellerin bağlanması, tutulması ile uyumlu cilt lezyonları
- Palpasyonla özellikle plantar aponevroz boyunca ağrı, hassasiyet
- Ayak tabanlarındaki yağ yastıklarında düzleşme
- Nedbe oluşumu

- Ayak başparmağının 70 dereceden fazla fleksiyonu (aponevroz yırtığına bağlı)
- Plantar aponevroz yırtığı, fibrozis oluşumu ile kapalı kompartman sendromu
- El ve ayak kemiklerinde hareket kısıtlılığı
- Kemiklerde kırık, çatlak, kontüzyon,

Geç dönem (ilk 6 hafta sonrası)

- Yürümede ve el hareketlerinde güçlük ve ağrı
- Nedbe
- Ayak yada ellerin bağlanması ile uyumlu nedbe
- Hipo ya da hiperpigmente alanlar
- Tendon rupturu
- Plantar aponevrozun sertleşmesi
- Kas nekrozu
- Tarsal kemiklerin fiksasyon ya da instabilitesi
- Kemik deformitesi, kallus gelişimi

Fotoğraflama:

- Lezyonlar tarih, sayı ve kimlik bilgilerini içerecek şekilde mutlaka ölçekli olarak fotoğraflanmalıdır.
- Akut dönemde çekilen ölçekli fotoğraflar ile ileriki dönemde çekilecek karşılaştırma fotoğrafları, falaka uygulanan bölgelerdeki ödemi daha somut biçimde belgelemeyi sağlayabilir.

İncelemeler:

- Biyokimya:
 - o Kan : (Bkz. Kaba dayak)
 - o İdrar: (Bkz. Kaba dayak)
- Radyoloji – Yakınma ve bulgulara yönelik incelemeler (Direkt grafi, MRI, BT, üç fazlı kemik sintigrafisi)
- Falaka uygulamasında kemik sintigrafisi tüm tekrarlayan künt travmalarda olduğu gibi tanı koydurucu nitelikte veriler sağlayabilir. Falaka uygulandığını ifade eden tüm olgulara, özellikle muayene bulguları tanımlanabilir.

layıcı olmadığında kemik sintigrafisi uygulamanın koşulları araştırılmalıdır. Üç fazlı sintigrafide, birinci ve ikinci fazlarda kan akımı ve kan havuzu aşamalarında artmış aktivite artışının varlığı, bulguların alıkonulma süreci ile ilişkisinin gösterilmesi açısından, yara yaşının değerlendirilmesi için de yararlı olabilir. Metabolik aktivite fazı (osteoblastik aktivite) pozitifliğinin yıllar boyunca devam etmesi de geç dönemde işkence olgularının tanısını koyma olanağı sağlar.

Konsültasyon:

- Ortopedi – İskelet sistemi yakınmalarının değerlendirilmesi
- Psikiyatri – Ruhsal Değerlendirme

Tanı ve belgede kısıtlılıklar

- Her falaka sonrası uygulanan şiddetin ağırlığı, süresi, tekrarlama özelliği, yöntem ve kişinin bedensel özelliklerine bağlı olarak fiziksel değişiklik görülemeyebilir.

(Lök ve ark.1991, Mirzaei ve ark. 1998, Altun 2003, Korur-Fincancı ve ark. 2008a, Leth 2005, Hodler ve ar. 2005)

ELEKTRİK AKIMI UYGULANMASI

Öykü aşamasında sorgulanması gerekenler

- Yöntem (*Kablo, pens, klips vb*)
- Vücudun hangi bölgelerine uygulandığı (*Sık uygulanan bölgeler; ağız içi, meme ve genital bölge*)
- Uygulama sırasında hissedilenler
- Uygulama sırasında vücutta herhangi bir metal bulunup bulunmadığı (*Saat, sütyen kopçası, künye, yüzük, kolye vb*)
- Sonrasında herhangi bir tedavi uygulanıp uygulanmadığı
- Etkiyi artırmak, akım giriş noktasını genişletmek, yanığı engellemek için jel ya da su kullanımı
- Süre ve sıklık

Olası yakınmalar:

- Ağrı
- Dil, dişeti ve dudaklarda ısırıklara bağlı yaralar
- Kas ağrısı ve kramplar
- His ve hareket kaybı
- Omuz çıkığı
- Uygulanan bölgeye göre sistemik yakınmalar ..
Örn: Göğüs: *Solunum sıkıntısı –aritmi v.b.*
Anogenital bölge: *idrar ve dışkılama fonksiyonlarında bozukluk*
- **Her elektrik uygulamasında dış muayenede vücuttan elektrik akımı geçişine bağlı lezyon saptanamayabilir ya da parmak arası, koltuk altı ve ağız içi gibi bölgelerde olduğunda fark edilmeyebilir.**
- **Elektrik akımı uygulandığı bildirilen cilt ve mukozalar mutlaka büyüteç ile de değerlendirilmelidir.**

Fizik muayenede saptanabilecek bulgular

- Ağrı
- 1-3 mm çapında veya kalınlığında (Genellikle 5 mm altında), kırmızı kahverengi, uygulama yöntemi ile uyumlu şekil gösteren elektrik yanık izi (*Birkaç hafta izlenebilir*)
- Hiperpigmente nedbe
- Dil, dişeti ve dudaklarda ısırıklara bağlı skarlar
- Omuz çıkığı, vertebra kırıkları, disk hernisi ve servikal ve lomber radikülopatiler
- Kemik doku direnci yüksekliğine bağlı yüksek ısı oluşumu sonucu yüzeysel dokuları etkilemeyen derin dokular ile sınırlı yanıklar

Fotoğraflama

- Lezyonlar tarih, sayı ve kimlik bilgilerini içerecek şekilde mutlaka ölçekli olarak fotoğraflanmalıdır.

İncelemeler

- Biyokimya:

- o *Kan* : Hemogram, CK, CK-MB, LDH (Elektrik akımı etkisi ile meydana gelen rabdomyoliz sonucu CK 1,5-1000 kat yükseldiği bildirilmiştir. Miyokard enfarktüsüne de yol açabilen elektrik uygulaması sonucu, MI geçirmeyenlerde de CK-MB fraksiyonu artışının %15-40 olguda saptandığı, etkilenen kas hücrelerinin komşu kas hücrelerinde CK-MB üretimini uyardığı tanımlanmıştır.)
- o *İdrar*: Kan, miyogloblin (Ortotoluidin çubukları ile pozitif sonuç alınmasına rağmen, mikroskopide eritrosit görülmemesi myogloblinüriyi destekler)
- Radyoloji – Yakınma ve bulgulara yönelik incelemeler
 - o *Direkt grafi*,
 - o *BT*,
 - o *MRI*, elektrik akım bölgesinde sinyal artışı
 - o *USG*

Konsültasyon

- Dermatoloji – *Genel Değerlendirme – Biyopsi*
- Patoloji – *Mikroskopik değerlendirme (Tercihan elektrik akımı konusunda deneyimli dermatopatolog)*
- Ortopedi – *İskelet sistemi yakınmalarının değerlendirilmesi*
- Psikiyatri – *Ruhsal Değerlendirme*

Tanı ve belgelemede kısıtlılıklar

Elektrik yanıkları spesifik histopatolojik değişimler gösterebilir; ancak bu değişimler her zaman bulunmaz ve bulunmaması elektrik işkencesi uygulanmadığının kanıtı olarak kullanılamaz. Vücuttan elektrik akımı geçişine özgü, en kısa yolu izleyen akımın yolu üzerindeki kaslara seçici kasılma öyküsü de, değerli bir kanıt niteliği taşır.

(Cooper MA 1995, Raymond 2003, McBride 1986, J Crit Illness. 2002)

ASKI ve POZİSYONEL İŞKENCE

Öykü aşamasında sorgulanması gerekenler:

- Yöntem (*Düz-çarmıh askı, Kasap askısı, Ters Kasap askısı, Filistin askısı, Papağan tüneği, belli pozisyonda uzun süre ayakta tutma*)
 - Süre, uygulama sayısı
 - Bağların uygulama yerleri
 - İşkence sırasında kullanılan diğer işkence yöntemleri
 - Elektrik uygulandı ise kabloların uygulama yerleri
 - Kabloların ayaklardan bağlandığı askı uygulamalarında lomber problemler de ayrıntılı sorgulanmalıdır
- Kaba dayak ve elektrik askı işkencesine en sık eşlik eden işkencelerdir

Olası yakınmalar:

- o ***Erken dönem***
 - o Kollarda ve/veya ellerde zayıflık,
 - Ağrı ve parestezi, hissizlik, dokunma duyusunda kayıp,
 - Yüzeysel ağrı,
 - Pozisyon ve tendon refleksi kaybı (akut dönemde)
 - Nadiren el bileği ve parmakları oynatamama hali.
 - o Şiddetli ağrı, kas zayıflığını maskeleyebilir.
 - o Tek taraflı ya da iki taraflı omuz ağrısı, istirahatte omuz ağrısı (travmatik sinovit)
- ***Geç dönem***
 - o Kas zayıflığı ve/veya kas erimesi,
 - o Hissizlik ve daha sık parestezi
 - o Kolları kaldırırken ya da yük taşırken ağrı, hissizlik veya zayıflık
 - Abduksiyon kısıtlılığı ve ağrılı abduksiyon
 - Öyküde tek taraflı ya da iki taraflı geçirilmiş felç,
 - İstirahat halinde iken ağrı (Kas ağrısı ve kramp)

- His ve hareket kaybı
- Omuz çıkığı
- Uygulanan bölgeye göre sistemik yakınmalar

Fizik muayene ile saptanması olası bulgular:

1) *Motor muayene:*

Distal olarak asimetrik anlamda kas zayıflığı daha belirgindir ve en çok görülmesi beklenen bulgudur. Akut ağrı, kas sertliği muayenesinin değerlendirmesini güçleştirir. Hasar yeterince şiddetli ise kronik fazda kas atrofisi görülür.

2) *Duyu Muayenesi:*

Duysal sinir yolları üzerinde tam duyu kaybı veya parestezi yaygındır. Pozisyonel algı, iki nokta ayrımı, iğne batırma testi değerlendirmesi, soğuk/sıcak ayrımı test edilmelidir. En az 3 hafta sonra eksiklik ve/veya refleks kaybı/azalması mevcut ise deneyimli nörologlar tarafından metodolojilerin kullanımı ve yorumlamasına uygun elektrofizyolojik incelemeler yapılmalıdır.

3) *Refleks muayenesi:*

Refleks kaybı, reflekslerde azalma veya iki ekstremitede arasında farklar bulunabilir. Filistin askısında her iki brakial pleksus travmaya maruz kaldıysa işkence kurbanının asılış biçimine göre, örneğin üste yerleştirilen kol veya bağlama yöntemi gibi nedenlerle asimetrik pleksopati gelişebilir. İlgili kaynaklarda, brakial pleksopatilerin genellikle tek taraflı olduğu bildirilmiş ise de ağırlığı her zaman eşit olmakla birlikte iki taraflı hasar da görülmektedir.

Omuz bölgesi dokuları arasında brakial pleksus, gerilme hasarına en duyarlı yapıdır. Filistin askısı, kolların zorlamalı posterior ekstansiyonuna bağlı brakial pleksus hasarı

oluşturur. Klasik Filistin askısında kollar, posterior hiperrektansiyonda iken vücut askıya alındığında sırasıyla önce alt pleksus sonra orta pleksus ve üst pleksus lifleri (eğer pleksus üzerindeki güç yeterince şiddetli ise) hasara uğrar. Düz-çarmıh askı uygulandıysa ve kollarda hiperrektansiyon yoksa ilk önce hiperabduksiyona bağlı olarak orta pleksus lifleri hasara uğramakla birlikte, vücut ağırlığı ile aşağı doğru yer değiştirdiğinden, olguların birçoğunda hiperrektansiyon da gerilme yönüne eklenmekte ve alt segment tutulumu da belirgin olabilmektedir. Ani gerilme travmaları ile uzun süreli gerilmelerde aksonal hasara bağlı olarak pleksopati kalıcı olabilirken, kısa süreli askı uygulamalarında oluşan myelin kılıf hasarı 6-12 ay arasında iyileşme göstermektedir.

- Abduksiyon kısıtlılığı ve ağırlı abduksiyon
- His ve hareket kaybı
- Tek taraflı veya çift taraflı kas zayıflığı, bazen asimetrik olabilir
- Kas atrofisi
- Duysal sinir yolları üzerinde tam duyu kaybı veya parestezi
- İnspeksiyonda, “kanatlı skapula” (skapulanın vertebral sınırında çıkıntılı görünümü), uzun torasik sinir hasarı veya skapula dislokasyonu ile birlikte görülebilir
- Nörolojik hasara ek olarak, omuz eklemlerinin ligamentlerinde yırtıklar, skapula dislokasyonu ve omuz bölgesinde kas hasarı
- Omuz çıkığı – Filistin askısında genelde inferior çıkık beklenir
- Uygulanan bölgeye göre sistemik yakınmalar
- Travmatik Sinovit
- Subakromiyal subkorokoid bursit

- Supraspinatus ve biceps tendiniti
- Rotator cuff ve tendon yırtıkları
- Bursa ve tendon kalsifikasyonları
- Hareketsiz omuz
- Bankart lezyonu
- Servikal ve lomber radikulopatiler

Fotoğraflama

Dış muayenede saptanan lezyonlar ve olası şekil ve pozisyon bozuklukları tarih, sayı ve kimlik bilgilerini içerecek şekilde mutlaka ölçekli ve renkli olarak fotoğraflanmalıdır.

İncelemeler

- EMG
- Kan, idrar (*bkz. Kaba dayak*)
- Radyoloji – Yakınma ve bulgulara yönelik incelemeler (*Direkt grafi, BT, MRI, USG*)

Konsültasyon

- *Ortopedi* – Kas İskelet sistemi yakınmalarının değerlendirilmesi
- *Nöroloji* – Nörolojik defisit araştırması
- *Psikiyatri*

Ayrırcı tanı

Askı iddialarının muayenesinde önce ayrıntılı bir anamnez, sonrada ayrıntılı bir nörolojik muayene gereklidir. Bu anamnezde kişinin gözaltı öncesi sağlık durumuna ilişkin bir tıbbi rapor varsa bu çok değerlidir ve hekimin karara gitmesine yardımcı olur. Ortaya çıkan nörolojik hasara göre ayrıntılı muayeneye gitmek gerekir. Brakial pleksopati saptandı ise brakial pleksopatiye yol açan diğer nedenler ekarte edilmelidir.

- Kişinin aksiller bölgesinde açık bir yara var mıdır? Açık bir yara varsa maruz kalınan travma sonrası brakial pleksus zedelenmiş olabilir

- Kişinin son dönemde lenf kanseri tanısı ile tedavi görüp görmediği araştırılmalıdır.
- Aksiller bölgede bası yapan yer kaplayan tüm tümörler brakial pleksopatiye yol açabilir.
- Yakın zamanda böbrek ameliyatı gibi aksiller bölgesi üzerine yan yatırıldığı bir ameliyat olup olmadığı sorulmalıdır.

Tanı ve belgelemede kısıtlılıklar

- Tüm askı iddialarında ilk muayene gününden itibaren nörolog konsültasyonu ve izlemi çok önemlidir. Ayrıntılı ve nöroloji muayenesi ve başvurunun bir nörolog tarafından sık izlemi ayrırcı tanıyı kolaylaştırır
- Fiziki muayenede fiziki iz bulunmaması kişinin askı uygulamasına maruz kalmadığı anlamına gelmez.
(Hodler ve ark 2005, Korur-Fincancı 2008b)

HAVASIZ BIRAKMA / BOĞMA (ASFİKSİ)

Öykü aşamasında sorgulanması gerekenler

- Yöntem
 - o *Başa torba geçirilmesi,*
 - o *Ağız ve burun kapatılması,*
 - o *Boyuna bası uygulanması,*
 - o *Ağız burun ve solunum yollarına yabancı cisim sokulması,*
 - o *Toz, çimento biber aspire ettirilmesi,*
 - o *Başın idrar, kusmuk, dışkı vb. sıvı ortama daldırılması*
 - o *Yatış pozisyonunda yüze su dökülmesi*

- Uygulama sırasında hissedilenler
 - Acı, soluksuzluk, ölüm korkusu,
- Eylemin hangi ortamda yapıldığı
- Ortamda bulunan kişiler ve eyleme hangi oranda katıldıkları
- Eylemin kaç kez yapıldığı
- Eylem sonrası muayeneye kadar geçen süre

Olası yakınmalar:

- Halsizlik
- Kas krampları
- Nefes darlığı
- Göğüs ağrısı
- Öksürük
- Balgam çıkarma

Fizik muayene ile saptanması olası bulgular

- Beyin hipoksisine bağlı nörolojik sekeller
- Ciltte peteşi,
- Göz kapaklarında peteşi,
- Yüzde konjesyon,
- Ağız içi enfeksiyonları,
- Burun kanaması,
- Kulaklarda kanama,
- Boyunda abrazyon / kontüzyon,
- Hiyoid kemik / larenks kırıldak kırığı,
- Boyunda retrofaringeal hematoma,
- Akut / kronik solunum sistemi sorunları

Fotoğraflama

- Lezyonlar tarih, sayı ve kimlik bilgilerini içerecek şekilde mutlaka ölçekli olarak fotoğraflanmalıdır.

Laboratuvar incelemeleri

- Direkt grafi, BT, MR – Aspirasyon pnömonisi
- Bronkoalveolar lavajda yabancı cisim aranması,

- Histopatolojik inceleme ile patolojik sürecin alıkonulma dönemi ile uyumu
- Mikrobiyolojik incelemeler – Balgam kültürü ile antibiyotik seçimi

Konsültasyon

- Kulak – Burun – Boğaz – *Traumatik değişimlerin tanı ve cerrahi tedavisi*
- Göğüs Hastalıkları– *Solunum sistemi fonksiyonları - Enfeksiyon tanı ve tedavisi*
- Nöroloji – *Nörolojik sekellerin tedavisi*
- Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon - *Nörolojik sekellerin rehabilitasyonu*
- Psikiyatri – *Ruhsal Değerlendirme ve tedavi*

Ayırıcı tanı ve değerlendirme

- Eylemin gerçekleştiği iddia edilen zaman diliminin, muayene ve laboratuvar bulguları ile uyumlu olup olmadığı,
- Söz konusu zaman diliminden hemen önce veya hemen sonra da benzer bir olayın (örneğin kalabalığın arasında sıkışma gibi) gerçekleşmiş olup olmadığı,
- Başka bir olayda gerçekleşebilecek travmatik değişimlerin nitelikleri ile psikiyatri konsültasyonu ayırıcı tanıya yardımcı olur.

Tanı ve belgilemede kısıtlılıklar

Fizik muayene ve laboratuvar bulgusu bulunmaması havasız bırakma eylemi olmadığı anlamına gelmediği için, özellikle fiziksel bulguların olmadığı durumlarda ayrıntılı ve kapsamlı ruhsal değerlendirmeler kritik önem taşımaktadır

CİNSEL İŞKENCE - KADIN

Öykü aşamasında sorgulanması gerekenler

- Yöntem
 - *Cinsel işkencenin niteliği*
 - *Cinsel amaçlı olarak vücut dokunulmazlığının ihlali*

- Oral, vajinal veya anal olarak organ veya cisim penetrasyonu
- Cinsel içerikli ifadeler, tehditler
- Vücudun hangi bölgelerine uygulandığı
- Uygulama sırasında hissedilenler
 - Acı, aşağılanma, iğrenme, ...
- Eylemin hangi ortamda yapıldığı
- Ortamda bulunan kişiler ve eyleme hangi oranda katıldıkları
- Eylemin kaç kez yapıldığı
- Ejekülasyon olup olmadığı
- Eylem sonrası muayeneye kadar geçen süre
- Eylem sonrası lavaj – miksiyon – defekasyon olup olmadığı
- Eylem öncesi cinsel yaşam
- Eylem öncesi menstruasyon düzeni
- Eylem sonrası menstruasyon düzeni
- Eylem öncesi ve sonrası gebelik – düşük olup olmadığı

Olası yakınmalar:

- Vajinal/anal ağrı, kanama, akıntı
- Kabızlık/altına kaçırma
- İdrara çıkmada artış/altına kaçırma/ağrılı idrar yapma
- Adet dönemlerinde düzensizlik
- Cinsel aktivitede ve ilişkide sorunlar
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
- Üriner sistem enfeksiyonları
- Gebelik, düşük, vajinal kanama öyküsü

Fizik muayene ile saptanması olası bulgular

Muayene; kişinin çıplaklık duygusunu ortadan kaldırmak amacıyla muayene önlüğü giydirilerek yapılmalı ve vücut bölümleri ayrı ayrı muayene edilmelidir.

Genital bölge muayenesi jinekolojik masada yapılmalıdır.

Vulva- vajen – hymen muayenesi labiumların öne – yuka-

rıya – dışa çekilmesiyle yapılır. Işık kaynağı olmalı veya kolposkop kullanılmalıdır.

Anal bölge muayenesi diz dirsek pozisyonunda yapılır.

- Uyluk iç yüzlerde zorlamaya bağlı olabilecek parmak izleri ile uyumlu kontüzyon alanları, tırnak izleri ile uyumlu abrazyonlar
- Isırık ve emme ile oluşabilecek izler
- Sırtta, dizlerde zeminle temasa bağlı abrazyon, kontüzyon (özellikle spinöz çıkıntılar üzerinde)
- Tüm vücutta diğer travma izleri
- Boyunda elle sıkma izleri
- Ağız içinde frenulum yırtıkları
- Dudak komissüründe laserasyonlar, dudaklarda abrazyon, kontüzyon
- Vulva – vajen - hymende
 - Sıyrık
 - Laserasyon
 - Kontüzyon
 - Akıntı
 - Nedbe
- Anüs mukozasında
 - Fissür
 - Kontüzyon
 - Nedbe

Fotoğraflama

- Lezyonlar tarih, sayı ve kimlik bilgilerini içerecek şekilde mutlaka ölçekli olarak fotoğraflanmalıdır.

Örnekleme

- Emme veya ısırık izlerinden
- Deri üzerindeki kuşkulu biyolojik materyalden
- Tırnak içlerinden (cinsel işkencede ellerin serbest olması beklenmemekle birlikte öykü gözetilerek)

- Vulva – vajinadan
- Anüs içinden
- Varsa giysilerdeki kuşkulu biyolojik materyalden
 - spermatozoid ve DNA incelemeleri için serum fizyolojik ile nemlendirilmiş pamuklu çubukla sürüntü alınır.
 - Alınan örnek oda sıcaklığında kurtulur.
 - Boş steril kan toplama tüpüne veya temiz kağıt zarfa konulur.
 - Alındığı yer ve kimliklendirme etiketi yapıştırılır.
- Neisseria gonorrhoea için sürüntü çubuğu ile vulva ve serviksten örnek alınır.
 - Örnekler lam üzerine konur.
- Gebelik testi için idrar örneği alınır.
- Genital bölge kılları taranarak ve ayrıca kökleriyle birlikte koparılarak ayrı ayrı zarflara konur.

Laboratuvar incelemeleri

- Sürüntüde Biyolojik inceleme
 - Spermatozoid aranması
 - DNA
- Kıllar – DNA
- Tırnak içleri - DNA
- Mikrobiyoloji - Patoloji:
 - Servikal kültür: Bulaşıcı hastalıklar (Mantar, Virütik, Bateriyel)
 - Vajinal akıntı: Bulaşıcı hastalıklar (Mantar, Virütik, Bateriyel)
- Seroloji
 - Kan: HIV, VDRL–TPHA (Sifiliz), Hepatit B ve C

Konsültasyon

- Kadın Hastalıkları ve Doğum – Gebelik, düşük muayenesi, travmatik değişimin cerrahi tedavisi

- Genel Cerrahi – *Traumatik değişimlerin cerrahi tedavisi*
- Üroloji – *Enfeksiyon tanı ve tedavisi ile travmatik değişimlerin cerrahi tedavisi*
- Psikiyatri – *Ruhsal Değerlendirme ve tedavi*

Ayrırcı tanı ve değerlendirme

Psikiyatri muayenesi cinsel işkence muayenesinin temel bileşeni olmalıdır

- Fiziksel bulguların değerlendirilmesinde eylemin gerçekleştiği iddia edilen zaman diliminin muayene bulguları ile uyumlu olup olmadığına bakılır.
- Söz konusu zaman diliminden hemen önce veya hemen sonra da benzer bir olayın (partneriyle cinsel ilişki gibi) gerçekleşmiş olabileceği iddia edilebilir.
- Her koşulda fiziksel bulgular, psikiyatri muayenesi sonuçları ile birlikte değerlendirilmelidir.
- Başka bir olayda gerçekleşebilecek travmatik değişimlerin nitelikleri ile psikiyatri konsültasyonu ayrırcı tanıya yardımcı olur.

Tanı ve belgelemede kısıtlılıklar

Fizik muayene ve laboratuvar bulgusu bulunmaması, cinsel saldırı olmadığı anlamına gelmediği için ayrıntılı, kapsamlı ve tekrarlayan ruhsal değerlendirmeler kritik önem taşımaktadır

CİNSEL İŞKENCE - ERKEK

Öykü aşamasında sorgulanması gerekenler

- Yöntem
 - *cinsel işkencenin niteliği*
 - *Cinsel amaçlı olarak vücut dokunulmazlığının ihlali*
 - *Oral, anal veya üretradan organ veya cisim penetrasyonu*
 - *Cinsel içerikli ifadeler, tehditler*

- Vücudun hangi bölgelerine uygulandığı
- Testislere yönelik
 - Doğrudan künt travma
 - Burma (torsiyon)
- Uygulama sırasında hissedilenler
 - Acı, ağaşılanma, iğrenme, ...
- Eylemin hangi ortamda yapıldığı
- Ortamda bulunan kişiler ve eyleme hangi oranda katıldıkları
- Eylemin kaç kez yapıldığı
- Ejekülasyon olup olmadığı
- Eylem sonrası muayeneye kadar geçen süre
- Eylem sonrası lavaj – miksiyon – defekasyon olup olmadığı
- Eylem öncesi cinsel yaşam

Olası yakınmalar:

- Anal ağrı, kanama, akıntı
- Kabızlık/altına kaçırma
- İdrara çıkmada artış/altına kaçırma/ağrılı idrar yapma
- Cinsel işlevlerde ve ilişkide sorunlar
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
- Üriner sistem enfeksiyonları
- Erektile bozukluk
- Cinsel işlev bozukluğu

Fizik muayene ile saptanması olası bulgular

Muayene; muayene önlüğü giydirilerek yapılmalı ve vücut bölümleri ayrı ayrı muayene edilmelidir.

Işık kaynağı olmalıdır.

Anal bölge muayenesi diz dirsek pozisyonunda yapılır.

- Tüm vücutta diğer travma izleri
- Boyunda elle sıkma izleri
- Dizlerde sürtünme ve basıya bağlı abrazyon, kontüzyon ve zemine ait yabancı cisimler

- Gluteal bölgede parmak ve tırnak ile uyumlu abrazyon ve kontüzyonlar
- Anüs mukozasında
 - Fissür
 - Ekimoz
 - Nedbe
- Testislerde
 - Ödem - hematoma
 - Atrofi

Fotoğraflama

- Lezyonlar tarih, sayı ve kimlik bilgilerini içerecek şekilde mutlaka ölçekli ve renkli olarak fotoğraflanmalıdır.

Örnekleme

- (Bkz. Cinsel işkence- kadın)

Laboratuvar incelemeleri

- USG – Testiste yumuşak doku travması bulguları
- Dinamik sintigrafi
- Sürüntüde Biyolojik inceleme
 - Spermatozoid aranması
 - DNA
- Mikrobiyoloji:
 - Üretral kültür: Bulaşıcı hastalıklar (Mantar, Virütik, Bateriyel)
- Seroloji
 - Kan: HIV, VDRL – TPFA (Sifiliz); Hepatit B ve C

Konsültasyon

Psikiyatrik muayenede cinsel saldırı değerlendirilmesinin temel bileşeni olmalıdır

- Genel Cerrahi – *Traumatik değişimlerin cerrahi tedavisi*
- Üroloji – *Enfeksiyon tanı ve tedavisi ile travmatik değişimlerin cerrahi tedavisi*
- Psikiyatri – *Ruhsal Değerlendirme ve tedavi*

Ayrıncı tanı ve değerlendirme

- Eylemin gerçekleştiği iddia edilen zaman diliminin muayene bulguları ile uyumlu olup olmadığı
- Söz konusu zaman diliminden hemen önce veya hemen sonra da benzer bir olayın (partneriyle cinsel ilişki gibi) gerçekleşme olasılığı öyküde sorulmuş olmalıdır. Her koşulda fiziksel sonuçlar psikiyatri muayenesi sonuçları ile birlikte değerlendirilmelidir.
- Başka bir olayda gerçekleşebilecek travmatik değişimlerin nitelikleri ile psikiyatri konsültasyonu ayrıncı tanıya yardımcı olur.
- Epididimoorşit, varikosel gibi patolojik süreçlerle ayırım yapılmalıdır. Mikrobiyolojik incelemede enfeksiyon bulgusu olmayan hastada, sintigrafide kan akımı ve kan havuzu fazlarında aktivite artışı travma yanıtı olarak enflamasyon lehine değerlendirilmelidir.

Tanı ve belgelenmede kısıtlılıklar

Fizik muayene ve laboratuvar bulgusu bulunmaması cinsel saldırı olmadığı anlamına gelmediği için ayrıntılı, kapsamlı ve tekrarlayan ruhsal değerlendirmeler kritik önem taşımaktadır

FİZİKSEL TRAVMA OLMAKSIZIN YAPILAN İŞKENCE VE KÖTÜ MUAMELELER

Psikolojik manipulasyonlar: Yalancı infazlar, yakınlarına yapılan işkenceyi izletme, tecavüz tehdidi, ailesinin tehdidi, başkalarına yapılan işkenceyi izletme, ölüm tehdidi, işkence tehdidi, sorgulamacının davranışlarındaki değişkenlikler)

Tiksindirici muameleler: Üzerine idrar/feçes atmak, çıplak kalacak şekilde soymak, yemek içinde dışkı olması, adet kanını yalattmak, kötü sözler söylemek, alay etmek

Rahatsızlık verici duymalara maruz bırakma: Çok sıcak veya soğuğa, parlak ışığa, yüksek sesli müziğe maruz bırakma, soğuk

duş, buz üzerinde yürütme, ıslak olarak açık pencere, vantilatör önünde tutma

Temel gereksinimlerden yoksun bırakma; Tecrit, duysal uyarılardan yoksun bırakma, işeme/dışkılamaya engel olma, gözleri bağlama, uykudan, sudan, tıbbi yardımdan, kişisel temizlikten, beslenmekten yoksun bırakma, mahremiyeti ihlal,

Fiziksel travma içermeyen işkence ve kötü muamelelere ilişkin süreçlerin aydınlatılması yalnız ruhsal değerlendirme sonuçlarına dayalı olarak gerçekleştirilebileceği gibi bazı durumlarda bedenselleştirmeye bağlı klinik tablonun ayrıncı tanısının yapılması, eşlik edecek fiziksel bulguların araştırılması da belgeleme için veri sağlayabilir. (Bkz. Ruhsal değerlendirme bölümü)

FOTOĞRAFLAMA İLKELERİ

- İşkencenin tıbbi olarak belgelendirilmesinde lezyonların fotoğraflanması önemlidir.

- Kişinin fotoğraflamanın yararları ve muhtemel zararları konusunda bilgilendirilip onamının alınması gerekir. Kişi fotoğrafının çekilmesini reddederse, imzası alınarak belgelenmelidir. Bu belgede kişiye fotoğraf çekilmesinin olası yararlarının anlatıldığı ancak buna rağmen kişinin kendi isteği ile bu fotoğrafın çekilmesini reddettiği yazılı olarak belirtilmelidir.

- Kişinin vücudunda herhangi bir lezyon saptanmadığında da fotoğraflama yapılmalıdır. Bu aynı zamanda muayeneyi gerçekleştiren hekimin kendini koruması için de önemlidir.

- Çekilen fotoğrafların hekimin kontrolünün altında olduğu bir fotoğraf ünitesi oluşturulması ya da böyle bir fotoğraf ünitesi ile işbirliği içinde çalışmak gerekir.

-Hekim, kendisini adli fotoğrafçılık konusunda geliştirmekle yükümlüdür. Eğitimli fotoğrafçıların olduğu bir birimle birlikte çalıştı-

ğı durumlarda bile, kendisinin çekim yapmasını gerektirecek koşullar olabilir.

-En kötü fotoğraf bile, hiç çekilmemiş fotoğraftan iyidir.

-Muayene biriminin içinde ya da yakınında ışık koşulları önceden test edilmiş ve eldeki makinelerle deneme fotoğrafları çekilmiş bir mekanın olması, fotoğraf çekilirken renk skalası, cetvel ve tarih bildiren işaretlerin kullanılması gerekir. Standart renk skalası olmadığı koşullarda çok renkli bir nesnenin kullanılması önerilir.

- Dijital ya da geleneksel fotoğraf makineleri ile çekilmiş olan fotoğrafların negatiflerinin ya da baskılarının ışıktan, sıcaktan ya da başka bir dış etkiden bozulmasını önleyecek, ama arandığında da hemen bulunacak bir dosyalama sistemine gidilmesi önemlidir.

- Dijital fotoğrafların da orijinal hali bozulmadan saklanacağı bir sistem oluşturulmalıdır.

- Unutulmamalıdır ki, işkence iddiaları ile ilgili mahkeme süreçleri uzun yıllar sürmektedir.

- Dijital fotoğrafçılıkta çekilen makineyle kaydedilen özgün kaydın ve makinenin verdiği özgün numaraların hiç değiştirilmeden, makineyle çekilen hiçbir karenin de silinmeden saklanması; soruşturma makamına iletilecek fotoğraf kopyalarının özgün kayıttan kopya edilerek üretilmesi; mümkünse bu tür fotoğrafların, kontrolü sadece çok az sayıda kişide olan ve güvenli yerlerde saklanan hard disklerde saklanması ve bu hard diskin dış etkilerden uzak tutulması önemlidir. Dijital fotoğrafların, makinenin özellikleri uygunsa, ham formatta çekilmesi ve bu şekilde saklanması da önerilebilir.

- Orijinal kayıtlar ancak savcılık makamı tarafından resimlerin orijinalitesi hakkında şüphe oluştuğunda savcılık makamına teslim edilmelidir.

KONSÜLTASYONLARA İLİŞKİN GENEL İLKELER

- Danışılan hekime hastanın hikayesi gizlilik koşulları altında aktarılmalıdır.

- Danışılan hekimlerden iddia edilen travma ile bulgular arasındaki uyum açısından yorumları da istenmelidir.

- Sağlık personeli üzerinde baskı uygulanması durumlarında, muayeneyi yapan hekim tıbbi tanık sayısını arttırmak için hastaları ilgili uzman hekimlere yollamayı da tercih edebilir (örneğin, bir kontuzyon için dermatologa danışma gibi).

II. BÖLÜM İÇİN YARARLANILAN KAYNAKLAR

Bu bölüm İstanbul Protokolünün 5. Bölümü ve Ekler bölümünün II. ve IV. Bölümlerinden ve ekteki kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmıştır.

Altun G, Durmus-Altun G (2003) Confirmation of alleged falanga torture by bone scintigraphy-Case report. *Int J Legal Med.* 2003 Dec;117(6):365-6.

Aytaçlar RS, Lök V (2002) Radiodiagnostic Approaches In The Documentation Of Torture Ed. Peel M, Iacopino V, The Medical Documentation Of Torture, Greenwich Medical Media Limited.

Cooper MA (1995) Emergent Care of Lightning and Electrical Injuries, *Seminars in Neurology*, Volume 15, Number 3, September 1995

Curran A.J., Timon CVI (1996) Head and Neck Injuries, in *Medico Legal Reporting In Surgery* ed. Barry J Jones, 106-126, CHURCHILL LIVINGSTONE

Danielsen L (1992) Skin Changes after Torture, *Torture*, Ek 1, 27-28.

Feliciano DV, Patcher HL (1989) Hepatic Trauma Revisited, *Current problems in Surgery* 26;459,

Fischer H, Kirkpatrick CJ (1991) A Colour Atlas of Trauma Pathology, Wolfe Publishing Ltd

Hodler J, Von Schulthess G K, Zollikofe CH L (2005) Musculoskeletal Diseases *Diagnostic Imaging and Interventional Techniques, IDKD*, Springer-Verlag Italia

J Crit Illness (2002) ;17 (3): 94-100 (http://goliath.ecnext.com/coms2/gi_0199-1522085/Electrical-injuries-an-emergency-department.html)

Kristensen S (1992) Spontaneous healing of traumatic membrane perforations in man: a century of experience, *Journal of Laryngology and Otology*, 106: 1037-1050,

Kituyi L, Mohochi S (2005) Torture in Forensic Medicine, Medical Law and Ethics in East Africa, Nairobi

Korur-Fincancı S, Kirangil B (1990) , Posttraumatik myoglobinürik akut böbrek yetmezliği, *TPD* 6-1: 27-9

Korur-Fincancı S, Ekizoglu O, Altun G, Durmus-Altun G (2008 a) Estimation of Wound Age in Falanga Torture International Association of Forensic Sciences 18th Triennial Meeting the week of July 21-26, New Orleans, LA, USA,

Korur-Fincancı S, Ekizoglu O, Bilsel K (2008 b) Bankart Lesion After Suspension Torture, International Association of Forensic Sciences 18th Triennial Meeting the week of July 21-26, New Orleans, LA, USA

Leth PM, Banner J (2005) Forensic medical examination of refugees who claim to have been tortured *Am J Forensic Med Pathol.* 2005 Jun;26(2):125-30

Lök V, Tunca M, Kumanlioğlu K, Kapkin E, Dirik G (1991) Bone scintigraphy as clue to previous torture, *Lancet* 1991 Apr 6;337(8745):846-7.

Malik GH et al (1993) Acute renal failure following physical torture. *Nephron* 1993; 63: 434-437.

Mink JH, Deutsch AL (1989) Occult cartilage and bone injuries of the knee: Detection, classification and assessment with MR imaging *Radiology* 170:823-9,

Mirzaei S, Knoll P, Lipp RW, Wenzel T, Koriska K, Köhn H (1998) Bone scintigraphy in screening of torture survivors *Lancet.* 1998 Sep 19;352(9132):949-51.

Mollica R F (2001) Assessment of Trauma in Primary Care *JAMA.* 285:1213.

Özkalıpcı Ö, Şahin Ü, Baykal T, Fincancı ŞK, Akhan O, Öztop F, Lök V (2007) İşkence Atlası s.202, Türkiye İnsan Hakları Vakfı.

Pounder D (1997) Shaken Adult Syndrome. American Journal of Forensic Medicine and Pathology; 18: 321-324.

Rasmussen OV (1990) Medical Aspects of Torture, Danish Medical Bulletin, 37 Supplement 1, 1-88.

Raymond M. Fish, L. A. Geddes, C. F. Babbs (2003) Medical and Bioengineering Aspects of Electrical Injuries Lawyers & Judges Publishing Company,

Shkrum MJ, Ramsay DA (2007) Forensic Pathology of Trauma: Common Problems for the Pathologist, Humana

BÖLÜM III

RUHSAL DEĞERLENDİRME VE RUHSAL DELİLLER

İŞKENCE ve KÖTÜ MUAMELE İDDİALARININ TIBBİ SORUŞTURMASI VE BELGELENMESİNDE RUHSAL DEĞERLENDİRMEİNİN MERKEZİ ROLÜ

İşkence ve kötü muamele iddialarının araştırılmasında ruhsal değerlendirme neden önemlidir?

Ruhsal değerlendirmeler, işkence ve kötü muamele mağdurlarının maruz kaldığı tacize dair çok önemli kanıtlar sağlayabilir (İP, §260). İşkence ve kötü muamele iddialarının tıbbi soruşturmasında ve belgelenmesinde merkezi bir role sahiptir. İşkence ve kötü muamelelere ilişkin tüm tıbbi soruşturmalar ve belgelemeler ayrıntılı bir psikolojik değerlendirmeyi içermelidir (İP, §261).

Çünkü:

-İşkence ve kötü muameleler genellikle çeşitli düzeylerde psikolojik/psikiyatrik semptomlara neden olur.

İşkencenin aşırı zorlayıcı doğası, kişinin önceki psikolojik durumuna bağlı olmaksızın kendi başına zihinsel ve ruhsal etkiler yaratacak kadar güçlü bir travmadır. İşkence mağdurlarının önemli bir bölümünde çeşitli derin emosyonel ve ruhsal etkiler ortaya çıkabilmektedir (İP, §234, İP, §236).

-İşkence ve kötü muameleler kaçınılmaz olarak psikolojik süreçler içerir.

Sadece fiziksel olup, ruhsal bileşen içermeyen işkence yöntemi yoktur. İşkence ve kötü muamele uygulamaları, fiziksel

acı ve ızdırabın yanı sıra aşığılanma, çaresizlik, kaygı, korku yaratması; yaşantının kendisinin öngörülememesi, güç dengesizliği içermesi, sonlandırılmasının kişiye bağlı olması vb. nedenlerle de yoğun stres yaşantılarına yol açar.

-İşkencenin ana amaçlarından biri mağdurun psikolojik, toplumsal bütünlük ve işlevselliğini yıkmaktır

“İşkenceciler, işkence ve kötü muamele davranışlarını genellikle bilgi alma ihtiyacı ile açıklayarak meşrulaştırmaya çalışırlar. Bu tarz kavramsallaştırmalar, işkencenin gerçek amacını ve hedeflenen sonuçlarını gizler. İşkencenin temel amaçlarından biri, kişiyi aşırı çaresizliğe ve rahatsızlığa iterek bilişsel, duygusal ve davranışsal işlevlerin bozulmasına yol açmaktır. Yani, işkence kişinin psikolojik ve sosyal işlevselliğinin temelini yönelik bir saldırı aracıdır. Bu koşullar altında işkenceci, mağduru yalnızca fiziksel olarak yetersiz hale getirmek değil aynı zamanda mağdurun kişilik bütünlüğünü parçalamaya çalışmaktadır. İşkenceci, mağdurun, gelecekle ilgili hayalleri, ümitleri ve arzuları olan bir insan olarak aileye ve topluma ait olduğu duygusunu yıkmaya çalışır..”(İP, §235)

- İşkence ve kötü muamele yöntemleri çoğunlukla fiziksel izler bırakmamaya yönelik tasarlanırlar, ya da yol açtıkları fiziksel bulgu ve belirtiler kısa sürede yok olur (İP, §260).

İşkence ve kötü muamele iddialarını araştıran ve belgeleyen hekimler, işkence ve kötü muamele uygulayanların, görünebilir izler oluşturmamaya, yaptıklarını gizlemeye çalışabileceklerinin farkında olmalıdırlar. Uygulamalarda genellikle

en fazla acı ve ızdırap verirken minimum iz bırakmak hedeflenmektedir. Fiziksel işkenceyi ve delillerini tespit etme yöntemlerindeki gelişmeler paradoksal biçimde, mağdurun vücudunda görülebilir izler bırakmayan, daha gelişmiş işkence yöntemlerinin kullanılması sonucunu da birlikte getirmektedir (Jacobs, 2000, Finn Somnier vd., 1992).

Özellikle, işkenceye karşı toplumsal duyarlılığın yüksek olduğu, işkencenin saptanması ve önlenmesine yönelik çalışmaların arttığı ortam ve koşullarda, işkence ve kötü muameleler genellikle neredeyse hiçbir fiziksel belirti bırakmamaya özen gösterilerek uygulanmaktadır (İP, §159). İşkence ve kötü muameleyle ilişkin fiziksel bulgular ya hiç olmamakta, ya da fiziksel bulgular ve belirtiler hızla kaybolabilmektedir. Bu nedenlerle İstanbul Protokolü'nde fiziksel izlerin yokluğunun işkence ve kötü muamelelerin yapılmadığı şeklinde yorumlanmasının hatalı bir yaklaşım olduğunun altı çizilmektedir (ŞİP,161).

-Psikolojik semptomlar fiziksel olanlardan genellikle daha sık görülürler ve daha uzun sürerler

İşkencenin psikolojik sonuçları, işkencenin fiziksel etkisinin aksine genellikle daha yaygın olarak görülebilmekte, kişinin yaşamı ve sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri daha kalıcı olabilmektedir. Yeterli sağaltım, rehabilitasyon ve destek olanakları olmadığında, işkencenin yol açtığı ruhsal sorunlar farklılaşan şiddet ve biçimlerde, olaydan aylarca hatta yıllarca sonra devam edebilmektedir. Uygun inceleme ve değerlendirme yöntemleriyle uzun süre sonra da işkence ve kötü muamelelere ilişkin ruhsal delillerin tespit edilebilmesi mümkün olabilmektedir.

- Ruhsal değerlendirme somut ve geçerli bir delildir. Fiziksel bulguların hiç olmaması durumunda dahi işkence ve kötü muamele iddialarının aydınlatılmasında kritik veriler sağlayabilmektedir.

(Yararlanılan kaynaklar; Gurr&Quiroga, 2001, Finn Somnier vd., 1992, Allden, 2002; Turner ve Gorst-Unsworth, 1993; Somnier vd., 1992; Genefke ve Vesti, 1998, Jacobs, 2000 Carlsson vd. 2006, Kordon ve ark, 1988; Summerfield, 1995; Lira, 1995)

Ayrıca bkz. İstanbul Protokolü, Bölüm VI

İŞKENCE ve KÖTÜ MUAMELELERİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİ

İşkence bireysel, ailesel ve toplumsal düzeyde travmatik etkilere yol açabilir.

Bireysel düzeyde

İşkence-kötü muamele, özgürlüğün yitirildiği anda başlayan, farklı zamanlarda ve yerlerde meydana gelebilecek bir travmatik olaylar dizisini kapsayan ve mağdurun serbest bırakılması veya ölümüyle sona eren dinamik bir süreçtir (Somnier, 1992). Kişi tam bir kontrol edememe ve kaçınamama durumu yaşamakta ve işkencenin/işkencecinin öngörülemezliğiyle de baş etmek durumunda kalabilmektedir (Kira, 2002).

Genellikle aşırı düzeyde tehdit edici ve acı verici bir niteliğe sahiptir. Ölüm veya fiziksel bütünlüğünün zedelenebileceği korkularını da içerebilen panik ve korku duygularına, yüksek düzeyde gerilime neden olabilir. Konfüzyon, güçsüzlük, kontrol kaybı duyularının

da eşlik ettiği bu süreç kişinin kendini, o güne dek sahip olduğu varoluş sistemini anlamlandırmasında, güven-güvenlik, adalet algılarında ciddi bir yıkıma yol açmaktadır. İşkence sonucu, mağdurun psikolojik, ekonomik, sosyal ve kültürel dünyası zedelenebilmektedir ki bu sonuç aynı zamanda işkencenin amaçlarından biridir.

İşkence mağdura çeşitli düzeylerde ve çok boyutlu etkide bulunan karmaşık bir travmadır (Kira,2002; Shapiro, 2003; Lira, 1995; , Jacobs, 2000; Gurr&Quiroga,2001; Summerfield, 1995; Fischer&Gurris, 1996):

-Kişinin fiziksel ve psikolojik bütünlüğünü; bilişsel, duygusal, davranışsal, sosyal iyilik halini; sosyal, eğitimsel, çalışma hayatına ilişkin işlevselliğini bozabilmekte;

-Kişilik, kimlik, özerklik, kendini gerçekleştirme yeteneği, öz saygı ve özgüvende hasar yaratabilmektedir.

-Ayrıca, güven ve güvenlik algısında; geleceğe yönelik hayal, umut ve isteklere sahip bir birey olmada; kendini ve dünyayı algılama ve anlamlandırma ve inanç sistemlerinde derin zedelenmelere yol açabilmekte;

-Ciddi fiziksel, ruhsal, emosyonel sorunların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir (İşkencenin yol açabildiği ruhsal sorunlar ayrıca ele alınacaktır.).

Ailesel düzeyde

“..İşkence bunun yanısıra, eşler, ebeveynler, çocuklar ve diğer aile üyeleri arasındaki yakın ilişkilere, mağdurlarla üyesi buldukları topluluklar arasındaki ilişkilere ciddi zararlar verebilir” (İP, §235)

İşkence aileyi travmatize ederek ailenin çeşitli işlevlerini bozabilir ve parçalanmaya yol açabilir (Kira, 2002);

-Ailenin diğer üyeleri de işkence, kötü muameleler veya baskıya maruz kalabilmekte,

-Ailenin diğer üyeleri ikincil travmatizasyonun etkilerini yaşayabilmekte

-Aile üyelerinden birinin maruz kaldığı ve kötü muamelelere bağlı oluşan fiziksel ve psikolojik sorunlarının aile içindeki yansımaları, ailenin diğer üyelerini etkileyerek stres düzeyinde artma, korku, kaygı, tehdit edilme duygularına, emniyet ve güvenlik duygularının kaybına neden olabilmekte,

-Bir aile üyesinin işkence ve kötü muamelelere maruz kalması, aile içindeki rol ve ilişki modellerini değiştirebilmekte, çocuklara ve sevdiklerine bakabilme becerisinde ve ebeveynlik kapasitesinde bozulmalara neden olabilmektedir.

-İşkence deneyimi; yol açtığı sağlık sorunları, yaşanılan yerin zorunlu olarak değiştirilmesi, işin kaybedilmesi ve toplumsal desteklerin geri çekilmesi gibi nedenlerle ailenin yaşam kalitesinde de önemli bozulmalara da neden olabilmektedir.

Bu faktörlerin tümü aile içinde yıkıcı zincirleme etkilere yol açabilmektedir.

Toplumsal düzeyde

“..İşkenceciler mağdurları insanlıktan çıkarak ve iradelerini kırarak, mağdurla ilişkisi olanlar için dehşet verici örnekler oluştururlar. Bu yolla işkence, bütün bir topluluğun ira-

desini kırabilir ya da toplumun uyumuna zarar verebilir” (İP, §235) .

İşkence her zaman açık veya örtük biçimde tüm topluma ve toplumun değerler sistemine yönelik bir tehdit ve saldırı boyutu taşır. Yarattığı tehdit ve korku atmosferi ile toplumu terörize eden, sindiren ve toplumsal dokuyu bozan bir baskı aracıdır (Kira, 2002, Summerfield, 1995). Kollektif davranış biçimlerinin çoğu üzerinde uzun süren etkilere yol açabilir. Araştırmalar işkencenin yarattığı derin travma ve etkilerinin kuşaklar arası geçiş gösterdiğini ortaya koymaktadır.

İşkence ve kötü muameleler, sadece bireyler üzerinde yarattığı tıbbi etkilerle ele alınabilecek bir sorun değildir. Aynı zamanda, tüm toplumda derin izler yaratabilen ve toplumsal bütünlüğe zarar verebilen politik, toplumsal, etik ve hukuki bir sorundur (Lira, 1995).

Ayrıca bkz. İstanbul Protokolü, Bölüm IV-Görüşme İlkeleri ve Bölüm VI-İşkencenin Ruhsal Delilleri

PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRMENİN BİLEŞENLERİ:

Psikolojik değerlendirmenin tamamı İstanbul Protokolü'nün “Görüşmede Genel İlkeler” ve “Ruhsal Deliller” bölümlerinde ve bu el kitabının “Görüşme İlkeleri” başlığı altında verilen bilgilere uygun olarak yürütülmeli ve yorumlanmalıdır.

Psikolojik değerlendirme görüşmenin başında, ilk temasla birlikte başlar. Kişinin giyim kuşamı, vücut postürü, mimikleri, travmayı hatırlama ve anlatma biçimi, anksiyete veya duygusal sıkıntı belirtileri, küntlük veya aşırı heyecanlılık hali, duygusal yoğunluğun arttığı anlar, irkilme tepkileri, işkence ve kötü muamele sürecini anlatırken duruşu ve vücut dili, göz temasından kaçınma ve sesindeki duygusal iniş çıkışlar, kişinin yaşadıkları ve psikolojik durumu

hakkında önemli ipuçları verebilir. Görüşülen kişinin yalnızca sözlü içeriği (ne söylediği) değil aynı zamanda konuşma tarzı (nasıl söylediği) da psikolojik değerlendirme için önem taşır (Jacobs, 2000, Reyes, 2002).

Kişi yaşadıklarını hatırlamakta ve anlatmakta veya şikayetleri hakkında konuşmakta güçlük çekebilir. Bu yüzden sözlü olmayan iletişim, kişinin ruhsal durumu ve semptomları hakkında önemli ipuçları vermenin yanı sıra ilgili verileri açığa çıkartmaya olanak verecek etkili bir ilişkiyi kurmak ve sürdürmek için de yol gösterici olabilir (Jacobs, 2000).

Psikolojik değerlendirme kişinin ayrıntılı öyküsünü, ruhsal durum muayenesini, sosyal işlevsellik değerlendirmesini ve klinik izlenimlerin ve kanaatin formülasyonunu içermelidir (İP §261).

Psikolojik değerlendirmenin bileşenleri aşağıdakileri içerir:

A) İşkence ve kötü muamele sürecine ilişkin öykü (Bkz. §276)

“İşkence, eziyet/baskı ve diğer travmatik deneyimlere ilişkin öykünün tamamının dokümanite edilmesi için her türlü çaba gösterilmelidir (bölüm IV.E:’ye bakınız). Değerlendirmenin bu kısmı, değerlendirilen kişi için genellikle oldukça yorucudur. Bu yüzden, bir kaç seansa bölerek ilerlemek gerekli olabilir. Görüşmenin, işkence yaşantılarının detaylarını sormadan önce olayların genel bir özeti ile başlaması gerekir...” (İP, §276)

“..İşkencenin yarattığı klinik tablonun bütünü, bir listedeki yöntemlerin her birinin yol açtığı lezyonların basit toplamından çok daha fazlası olduğu

*“için yöntem sıralama yaklaşımı zararlı olabilir...”
(İP, §145)*

İşkence ve kötü muamele sürecine ilişkin öykü aşağıdakileri içermelidir:

Yakalanma koşulları: Ne zaman, nereden, kim tarafından, çevredeki diğer kişiler, tanıklar/seyredenler, aile üyeleriyle ilişki, yakalanma sırasında kullanılan şiddet/tehditler, gözbağı ve/veya kısıtlama araçlarının kullanılıp kullanılmadığı, kullanıldıysa özellikleri, nakil süreci, nakil sürecinde maruz kaldığı olumsuz muameleler

Alıkonma yeri ve koşulları: Nerede, giriş sürecinde neler olduğu, giriş prosedürleri, sonraki süreç; tutulduğu yerin durumu, büyüklüğü/boyutları, havalandırma, yiyecek, tuvalet olanakları; üçüncü kişilerle (aile üyeleri, avukat, sağlık çalışanları) temas, tutulduğu birimin kalabalık olması veya tecritte tutulma benzeri özellikler, vb.

Gözaltının ve kötü muamelenin özeti: Olayların ayrıntılı anlatımını almadan önce gözaltı tarihleri, yerleri ve süreleri, işkence seanslarının sıklığı ve süresini içeren özet bilgiler

İşkence ve kötü muamele yöntemleri:

-Genel değerlendirme: Nerede, ne zaman, ne süreyle, kim tarafından; ortamın özellikleri, failler, aygıtlar/aletler; olağan “rutini”; sıralaması ve diğer bilgiler

-Her bir işkence ve kötü muamele uygulaması için; vücut pozisyonu, varsa bağlar; temasın niteliği, süresi, sıklığı, etkilenen vücut bölgesi ve nasıl etkilendiği

-Cinsel taciz, saldırılar

-Temel gereksinimlerin kısıtlanması, engellenmesi; Uyku, yemek, tuvalet, duyuşsal uyarın, diğer insanlarla temas, motor aktivite;

-Tehdit, hakaret, aşığılıma biçimleri

-Kültürel veya dinsel tabuların ihlali veya ihlale zorlanma, davranışsal zorlamalar

-Diğer yöntemler

-Daha önceki adli tıp raporu süreci (varsa)

B) Mevcut psikolojik yakınmalar ve semptomlar (Bkz. İP, §277)

Mevcut psikolojik durum ve işlevselliğin tesbiti değerlendirmenin özünü oluşturur. Yakınma ve semptomlar yeterli ayrıntıda ve içerikte incelenmemesi, ele alınmaması ve kaydedilmemesi sonraki süreçler içinde işkence ve kötü muamele iddialarının aydınlatılmasını olanaksız hale getirebilir.

- Yakınma ve semptomlardan kastedilen, sadece kişinin dile getirdiği ruhsal yakınma ve semptomların basit toplamı değil, sözel olmayan iletişimde saptanan veya değerlendirme sürecinde gözlemlenen davranışsal, bilişsel ve duyuşsal tüm semptom ve bulgulardır.
- İşkence ve kötü muamele yaşantılarından sonra ortaya çıkan tüm duyuşsal, bilişsel ve davranışsal semptomlar tarif edilmelidir. Her semptom için; semptomun ilk ortaya çıkışı, süresi, yoğunluğu, içeriği, değişimi, araştırılması; semptom içeriğine ilişkin örneklerin ve tüm ayrıntıların kaydedilmesi önem taşımaktadır. (Örn: sadece kabusların olduğu değil, kabusların ne sıklıkta olduğu, içeriklerinin ne

olduğu vb.) Sadece hangi yakınma ve semptomların olduğunun yazılması, yorumlama aşamasında önemli sıkıntılar yaratacaktır. (örn. 'kaçınma davranışları'nın belirtildiği ancak kaçınma davranışlarını yaratan ortam ve durumlar ya da kaçınma davranışlarının niteliği belirtilmezse; kimi olgularda, bu kaçınmanın işkence ve kötü muamele ile ilişkinin tartışılması ve yorumlanmasında güçlük yaşanabilir)

- Zorlanmaya veya kaçınmaya yol açan özgül uyarınlar veya yerler, durumlar, konular ya da yıldönümü reaksiyonları gibi adaptif veya maladaptif stratejiler veya tetikleyiciler araştırılmalı ve belirtilmelidir.
- Sık görülen semptomlar hakkında spesifik soruların ve yaygın görülen tanı ölçütlerine ilişkin soruların sorulması gereklidir.
- Kişinin iyileşme döneminin hangi aşamasında olduğu, semptomlarda dalgalanmaların var olup olmadığı, kişinin semptom düzeyinin şiddetinin bu süreçte hangi aşamada olduğunun da araştırılması ve kaydedilmesi gereklidir.

Değerlendirme sürecinde, çeşitli nedenlere bağlı olarak bazı semptomların değerlendirilmesi ve saptanabilmeleri oldukça güç olabilmektedir:

- Akut dönemde (gözaltı sürecinde veya hemen sonrasında), bazı bulgular yeterli netlikte belirginleşmemiş olabilir (Örn: cinsel işlev bozukluklarına ilişkin sorunlar, işlevsellik düzeyi, sosyal ilişkilerde bozulma)
- Bazı semptomların değerlendirilmesi, kişinin içinde bulunduğu koşullar nedeniyle mümkün olmayabilir (Simpson, 1995). (Örn: alıkonma veya baskı süreci sürerken; uyku bozuklukları, kaçınma davranışları, travmanın yeniden ya-

şantılanması, 'belli faaliyetlere olan ilginin belirgin şekilde azalması' 'başkalarından kopukluk ve uzaklaşma hissi' vb.)

- Kişi, travmatik yaşantıya karşı savunma mekanizması olarak inkar veya bastırmayı kullanması nedeniyle, herhangi bir psikolojik sorun yaşamadığını, travmatik yaşantının kendisini etkilemediğini belirtiyor olabilir (İP, 277).
- Kişi yaşadığı utanma, kendini rahat hissetmeme vb. gibi durumlara bağlı olarak bazı ruhsal sorunlarını dile getir(e)miyor olabilir
- Ayrıca, TSSB gibi çeşitli ruhsal sorunlar gecikmeli olarak (geç başlangıçlı) ortaya çıkabilmektedir. Semptomların gösterdikleri dalgalanma dönemlerine bağlı olarak, görüşme döneminde bazı semptomlar saptanamayabilir.

Semptomların patolojik mi yoksa uyuma yönelik mi olduğunun saptanması sağlıklı bir değerlendirme yapılabilmesi için gereklidir. Kişi tutuklu ya da ciddi baskı veya tehdit altında yaşarken bazı semptomlar uyuma yönelik olabilir (İP, 239). 'Aşırı temkinlilik', 'kuşkuculuk', 'kaçınma davranışları', 'artmış uyarılmışlık hali' kimi ortamlarda bulunan kişiler için bazen uyuma ve korunmaya yönelik ve gereklidir.

Bütünlüklü bir ruhsal değerlendirme yapabilmek için; tüm ruhsal görüşme sürecini tek bir görüşme ile sınırlamamak, ek görüşmeler planlamak ve izlemi sürdürmek önem taşımaktadır.

C) Altkonma öncesine ilişkin psiko-sosyal öykü (Bkz. İP, §279, §280, §136)

Travmatik olaylardan önceki ruh sağlığı durumu ve psikososyal işlevselliğinin değerlendirilmesi kişinin mevcut sağlık durumunun altkonulma süreci öncesindeki sağlık durumuyla karşılaştırılmasına olanak sağlar.

Eğer işkence ve kötü muamelelere maruz kaldığını iddia eden kişi artık gözaltında veya cezaevinde değilse ve zaman kısıtlılığı gibi sorunlar yoksa; kişinin geçmiş öyküsü (çocukluk, ergenlik, genç yetişkinlik); soy geçmişi; kişinin eğitim ve mesleki geçmişi; önceki travmalara ilişkin öyküsü detaylı biçimde alınmalıdır.

Ancak, kişi halen gözaltında veya cezaevinde ise ya da zaman, iletişim olanakları kısıtlı ise hekimin daha sınırlı bir psikososyal öykü ile, sadece 'eğitim' ve 'iş durumu' ile yetinmesi gerekebilir. Hekimin, hangi bilgilerin vazgeçilemez olduğuna veya yüksek önceliğe sahip olduğuna karar vermesi gereklidir.

Bazı durumlarda geçmiş bilgilere ilişkin soruların görüşmenin başında veya ilk görüşmede sorulmasının görüşme süreci üzerinde olumsuz etki yapabileceği, görüşülen kişide ek kaygı ve dirençler yaratabileceği akılda tutulmalıdır.

D) Altkonma sonrasında ilişkin psiko-sosyal öykü (Bkz İP,§278)

Eğer kişi iddia edilen işkence ve kötü muamele yaşantılarının üzerinden zaman geçtikten sonra değerlendiriliyorsa; kişinin mevcut yaşam koşullarını araştırılması ruhsal ve tıbbi durumunun daha ayrıntılı değerlendirilebilmesi için yararlı olacaktır.

- Ek stres kaynakları, ek travmalar, ve kayıplar
- Sosyal destek kaynakları
- Medeni hali, ailevi durumundaki değişiklikler
- İş durumu, mesleki, sosyal konumu ve koşulları
- Kişinin ve ailesinin yaşam kalitesi

E) Tıbbi öykü-Mevcut fiziksel yakınmalar ve semptomlar

(Bkz. İP, §281)

Travma öncesi ve şimdiki sağlık durumu; somatik yakınmaları, fiziksel yaralar ve bulgular; geçmiş tıbbi öyküsü değerlendirilmelidir.

Psikolojik değerlendirmeyi yapan sağlık çalışanının fiziksel travma bulgularını da kaydetmesi önemlidir. Bazı durumlarda psikolojik değerlendirmeyi yapan kişi mağdurun temas kurduğu ilk ve tek sağlık çalışanı olabilir.

(Tıbbi öykü için İstanbul Protokolü bkz. bölüm V kısım B; İşkencenin fiziksel kanıtları için bkz. İstanbul Protokolü bölüm V kısım C ve D).

F) Psikiyatrik öykü (Bkz. İP,§282)

Kişinin daha önceden yaşadığı sorunların niteliği ve derecesi, tedavi (veya tedavi edilmeme) ve tedavinin niteliği dahil tüm zihinsel veya psikolojik rahatsızlıklar araştırılmalıdır.

G) Madde kullanımı ve bağımlılığı öyküsü (Bkz. §283)

H) Mental durum muayenesi (Bkz. §284; APA, 2006; Saddock, 2005)

Aşağıdaki değerlendirmeler yapılarak kaydedilmelidir:

- Genel görünümü: Giyimi, bakımı, davranışları ve psikomotor aktiviteleri, postürü, mimikleri, tetikte olma hali, aşırı hareketli ya da hareketsiz olması, titreme, terleme, tekrarlayıcı davranışlar, gergin duruş, göz kontağı kurması vb.

- Konuşması: sesinin yüksekliği, hızı, spontanlığı, tonlaması, reaksiyon zamanı, vb.
- Duygudurumu ve duygulanımı: Duygudurumun (yaygın ve süregelen duygusal durum) depresif, çökkün, iritabl, anksiyöz, öforik, çöşkulu, yükselmiş, dalgalanıyor vb olması. Duygulanımın (dışarıdan görüşmede gözlenebilen duygusal durum) sıkıntılı, endişeli, korkulu, neşeli, canlı, üzüntülü, kederli, öfkeli, kısıtlı, yüzeysel, künt, düz, değişken ya da stabil olması, düşünce içeriği, görüşme koşulları, kültür ile uyumluluğu, vb.
- Düşünce akışı: Akışının yavaş, hızlı, uçuşan, kısır, kendiliğinden olması, çağrışımlarının tutarlı, uyumlu ya da gevşek, dağınık olması, açıklamalarında mantıksız, neden sonuç ilişkileri bozuk olması, çevresel, teğetsel ya da bloklu olması, vb.
- Düşünce içeriği: Hastalık, saplantılar, fobiler, intihar fikirleri-planları, hipokondriyak belirtiler, saldırganlık planları gibi konularla aşırı meşguliyet. Sanırlar, aşırı şüphencilik, referans fikirleri, etkilenme fikirleri, duygudurumu ile uyumluluğu, vb.
- Algı: Halüsinasyonlar ve yanılsamalar, (varsa) duygusal tip-leri ve içerikleri ile ilgili bilgi, depersonalizasyon ve derealizasyon, vb.
- Bilişsel yetiler: Uyanıklık, biliç düzeyi, etrafın farkındalığı, yönelim, konsantrasyon, hesaplama, bellek; bilgi, soyut düşünce, içgörü, muhakeme, vb.

Hastaların belli mental durum öğelerine tepkileri kültürel kökenleri, eğitim düzeyleri, okur yazarlık, dildeki yetkinlik ve akültürasyon düzeyinden etkilenir. Hekim işkence ve kötü muamele mağdurlarının mental durum değerlendirmesinde, değerlendirme öncesin-

de, kişinin kültürel, dilsel ve eğitimsel arkaplanını iyi anlamalıdır (Jacobs ve ark., 2001).

İ) Sosyal işlevselliğin değerlendirilmesi (Bkz. §285)

İşkence ve kötü muamelelerin yol açtığı travma, kişinin işlevselliğini doğrudan ve dolaylı olarak etkileyebilir. Hekim görüşülen kişinin günlük faaliyetleri, toplumdaki rolü (ev kadını, öğrenci, işçi, vb olarak), sosyal ve dinlenme etkinlikleri ve sağlık durumuna ilişkin algısı hakkında sorular sorarak kişinin mevcut işlevsellik düzeyini değerlendirmelidir.

J) Psikolojik testler ve kontrol listeleri ve soru formlarının kullanımı

İP,§286-“İşkence mağdurlarının psikolojik değerlendirmesinde, psikolojik testlerin projektif veya objektif kişilik testleri kullanımına ilişkin çok az veri yayınlanmıştır. Ayrıca kişilik testleri, kültürler-arası geçerliliğe sahip değildir. Bütün bu faktörler, işkence mağdurlarının değerlendirilmesinde psikolojik test kullanımını ciddi derecede kısıtlamaktadır. Öte yandan nöropsikolojik testler, işkenceye bağlı olarak meydana gelmiş beyin hasarlarını saptamada yardımcı olabilirler (aşağıda C.4. kısmına bakınız). İşkence mağdurları, yaşadıklarını ve psikolojik belirtileri sözle ifade etmekte zorluk çekebilirler. Bazı durumlarda travmatik olay ve semptom ölçeklerini veya soru formlarını kullanmak

yararlı olabilir. Görüşmeci bu tür ölçekleri kullanmanın yararlı olacağına inanıyorsa, hiç biri işkenceye özgü olmamasına rağmen birçok ölçek mevcuttur.”

Kimi ülkelerde ve/veya durumlarda mahkemeler ve/veya diğer yetkililer psikolojik testlere, hekimin detaylı ve tekrarlı görüşmeler sonucu edindiği klinik kanaate göre daha fazla önem verme veya onları daha objektif sayma, öncelik verme eğilimi taşıyabilmektedir. Ancak, psikolojik değerlendirmelerde; klinik görüşmelerle yapılan değerlendirme ve bunların sonucunda hekimin ulaştığı klinik formülasyon esastır. Psikolojik testler ancak tamamlayıcı değer ve işlev taşımaktadırlar. Tüm psikolojik değerlendirme süreçlerinde; herhangi bir psikolojik testi kullanıp kullanmamaya karar verecek olan tümüyle hekimin kendisidir. Psikolojik testler ancak hekim değerlendirme için gerekli gördüğünde, ihtiyaç duyduğunda işlevseldirler.

(Aynı zamanda bkz. bölüm VI kısım C.4).

K) Bulguların değerlendirilmesi, yorum ve klinik kanaat

Klinik yorum bölümü, ruhsal değerlendirmenin temel bileşenidir. Bu bölümde, tüm değerlendirme ve bulgular tartışılarak değerlendirilir ve tüm bulguların kişinin öyküsü ile uyumluluğuna ilişkin klinik kanaat formüle edilir. Klinik kanaat ve yorumlama aşağıda ayrı bir bölüm olarak ele alınmıştır.

(Bkz. İstanbul Protokolü §287-288 ve §157-160).

L) Öneriler (İP§291, §104, §156)

Psikolojik değerlendirme sonucunda ortaya konan öneriler talep ve ihtiyaca bağlı değişkenlik gösterebilir. Yasal ve adli konuların

yanı sıra, ek inceleme ve araştırmalar, fiziksel ve/veya psikolojik tedavi, rehabilitasyon ve/veya güvenlik, sığınma ihtiyacını kapsayabilir.

Hekim gerekli gördüğü herhangi bir konsültasyon veya muayene- de ısrar etmekte tereddüt etmemelidir. Hekimler işkence ve kötü muamele iddialarının psikolojik değerlendirmesi ve belgelenmesi sürecinde etik yükümlülüklerinden muaf değillerdir. Medikolegal nedenlerle raporlamaya yönelik değerlendirme mağdurun diğer ihtiyaçlarının değerlendirilmesiyle beraber olmalıdır. Hekimler yerel rehabilitasyon ve destek hizmetlerini bilmeli ve ek tıbbi ve psikolojik bakıma ihtiyaç duyanlar uygun servislere yönlendirilmelidir.

Yararlanılan kaynaklar: (Sadock, 2005; Iacopino, 2002; Jacobs, 2000; Jacobs ve ark, 2001; Allden, 2002; Reyes, 2002; Simpson, 1995; Mollica ve Caspi-Yavin, 1992; Summerfield, 1995; Kagee, 2005; Becker, 1995; Gurr ve Quiroga, 2001; Summerfield, 2000; Summerfield, 2001; Burnett ve Peel, 2001a; Trujillo, 1999; Wenzel, 2007; Australian Centre for Posttraumatic Mental Health 2007; American Psychiatric Association, 2004, 2007; Othmer ve ark., 2005)

İŞKENCE ve KÖTÜ MUAMELELERİN YOL AÇTIĞI RUHSAL TABLOYU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Travmaya psikolojik tepkilerin tipi, süresi ve şiddeti birbiriyle etkileşimli birçok faktörden etkilenir (İP, § 234, McFarlane, 1995). Travma ile semptom çeşitliliği arasında karmaşık bir ilişki vardır. İşkence semptomlarının çok faktörle belirlenen yapısı, kapsamlı ve çok boyutlu bir değerlendirme yapılmasını gerektirir (Kira, 2002; İP, §280).

Aşağıda, işkence ve kötü muamelelerin yol açtığı, ruhsal tabloyu etkilediği bilinen belirgin bazı faktörlere yer verilmiştir. Ancak bu listenin kapsayıcı olmadığı, ruhsal tabloyu etkileyen faktörlerin bunlarla sınırlı olmadığı akılda tutulmalıdır.

Genel faktörler:

- Maruz kalınan işkence ve kötü muamelelerin mağdur tarafından algılanması, yorumlanması ve anlamlandırılması:

§234: “..İşkencenin psikolojik sonuçları, kişinin işkenceye atfettiği anlam, kişilik gelişimi ve sosyal, siyasal, kültürel faktörler bağlamında oluşur...”

İşkence gibi yoğun travmalara verilen psikolojik tepkiler, kişinin bu travmaya ilişkin anlamlandırmalarla yakın ilişkilidir. Bu anlamlandırma, kişiye özgü olan sosyal, kültürel ve politik bağlamda gerçekleşir (İP,§236)

- İşkence öncesinde, sırasında ve sonrasındaki sosyal ortam (politik ve kültürel atmosfer, travmatik deneyimlere ilişkin değerler ve tutumlar, vb.)
- Sosyal destek kaynakları (Formel ve informal destek sistemleri; sosyal desteklerin niteliği, ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği)

İşkence ve kötü muamele süreçlerine ilişkin faktörler:

- o İşkence ve kötü muamelelerin niteliği:
 - o Travmatik yaşantıların şiddeti

Kişinin maruz kaldığı zalimane davranışların hiyerarşik bir listesini yapmak ve bunların şiddet düzeyini nesnel olarak kestirmek

mümkün değildir. Ayrıca travmatik süreçlerin kişi üzerindeki psikolojik etkisi yaşantının nesnel şiddetinden çok kişinin o yaşantının şiddetini öznel olarak nasıl algıladığına bağlıdır. Aşağılanma, sevdiği kişilerin tehdit edilmesi veya başka bir kişiye işkence yapılmasına tanık olmak mağdur üzerinde, kendisine elektrik uygulanması veya falakaya yatırılmasından çok daha derin bir etkiye sahip olabilir. Literatürde travmanın şiddeti ve sonuçları arasındaki ilişki hakkında çelişkili raporlar vardır.

- Travmatik yaşantıların yoğunluğu, kronikliği, süresi, sıklığı
- Travmanın niteliği (kümülatif, tekrarlanan, uzamış, birbirinin peşi sıra, sürekli,..)
- İşkence ve kötü muameleler sürecindeki ek travmalar (farklı zalimane davranışlara tanık olmak, aynı olay sırasında aile üyelerinin veya arkadaşlarının ölmesi, vb.)
- o İşkence ve kötü muameleyle maruz kaldığı dönemde mağdurun gelişme aşaması ve yaşı
- o İşkence veya kötü muameleyle ilişkili bedensel hasarların, ağrıların, semptomların varlığı

İşkence ve kötü muamelelerin öncesine ilişkin faktörler:

- Daha önce işkence, alıkonma öyküsünün olması
- Daha önce farklı travma türlerine maruz kalma
- İşkenceye ilişkin farkındalık ve hazırlıklılık düzeyi
- İşkencenin yol açabileceği psikolojik tepkilere ilişkin farkındalık
- İnanç sistemi, önceden var olan psikolojik bozukluklar, önceden var olan psikososyal işlevsellik düzeyi, ailenin

psikopatoloji öyküsü, kişisel özellikler, başa çıkma yöntemleri, incinebilirlik veya dayanıklılık gibi kişisel değişkenler

İşkence ve kötü muameleler sonrasında ilişkin faktörler

- Bileşik veya ardışık ek travmalar
- İşkence sonrası travmatik koşullar
- Kayıplar:
 - o Aile, aile üyeleri, arkadaşlar,
 - o Ev, sahip olduğu mallar, kişisel eşyalar
 - o İş, geçim, sosyal statü
- Ayrılmalar/ayrılıklar (aileden, ülkeden, arkadaşlardan)
- Yaşadığı yerden kaçma veya zorunlu göç
- Ek güçlükler
 - o Yeni yerleşim yerindeki güçlükler (akültürasyon, dil engelleri, yeni yerleşim yerindeki ayrımcılık, vb.)
 - o Yaşam kalitesinde düşüş
 - o Gıda, barınak, tıbbi bakım gibi temel ihtiyaçlardan yoksun olma
- İşkence ve kötü muamele uygulayanlara yönelik cezasızlık ve onarıcı adaletin zayıflığı
- Sosyal ve/veya kültürel tecrit
- Kendisine ve/veya aile üyelerine karşı devam eden (algılanan veya gerçek) tehdit, yeniden alınma, baskı görme, işkenceye maruz kalma riskinin olması (ya da olduğuna inanma)

(Yararlanılan kaynaklar: Vesti, 1996 a+b; Summerield, 1995; Summerfield, 2000; Van der Kolk vd., 1996; Somnier vd., 1992; Gurr ve Quiroga, 2001; Ehrenreich, 2003, Yehuda ve McFarlane, 1995; Mc Farlane, 1995; Kira, 2002; Varvin, 1998; Mc Farlane ve Yehuda, 1996; Turner vd., 2003; Varvin, 1998;; Peel ve ark., 2001, 2000; APA, 2004; NICE, 2005; ACPMH, 2007, Mayou vd. 2002; Başoğlu, 2008)

Ek bilgi için bkz., İP, §234, §280, §288

İŞKENCE VE KÖTÜ MUAMELEYE BAĞLI OLARAK SIK GÖRÜLEN PSİKOLOJİK YAKINMA VE SEMPTOMLAR

Genel Çerçeve/Yaklaşım

İşkence gören herkesin tanı konulabilir düzeyde bir ruhsal sorununun ortaya çıkmayabileceği akılda tutulmalıdır. Travmayla ilişkili bir ruhsal bozukluk tanısı işkence iddiasını destekler, ancak kişideki semptomlar herhangi bir ruhsal bozukluğun tanı kriterlerini karşılamaya yetmiyorsa bu, o kişiye işkence yapılmadığı anlamına gelmez.

Psikolojik değerlendirme ve yorum, görüşme ve değerlendirme koşullarının yanı sıra kültürel, politik ve sosyal bağlam dikkate alınarak yapılmalıdır

İşkence ve kötü muamele mağdurlarında rastlanan ana şikayetler ve öne çıkan bulgular, çeşitli faktörlere bağlı olarak büyük farklılıklar gösterir, ancak, belirli ruhsal reaksiyonlar ve semptom kümeleri işkence ve kötü muamele mağdurlarında sık olarak görülür (İP, 236, İP, 250).

Aşağıda, işkence ve kötü muameleye maruz kalanlarda en sık görülen semptomlara yer verilmiştir. Ancak bu listenin kapsayıcı bir liste olmadığı akılda tutulmalıdır:

TSSB Semptomları:(İP,§241)

Zaman içinde dalgalanmalar gösterebilir. Bazı dönemlerde tabloya bir bulgu egemen olabilir. Hiç belirtisiz dönemler olabilir. Geç başlangıçlı olabilir.

Görüşme sırasında semptom saptanmaması dikkatle yorumlanmalıdır.

a-Travmanın yeniden yaşantılanması: Travmatik yaşantıya ilişkin zorla giren anılar, düşünceler, travma yaşantısını (ya da sembollerini) içeren kabuslar veya sıkıntılı rüyalar; travmatik olay yeniden oluyormuş gibi hissetme veya davranma, geriye dönüşler yaşama; travmatik yaşantıyı anımsatan uyarılarla yoğun psikolojik sıkıntı duyma veya bu uyarılara fizyolojik tepki gösterme

b-Kaçınma ve duygusal küntlük; Travmatik yaşantıyı anımsatan düşüncelerden, duygulardan, konuşmalardan, faaliyetlerden, mekanlardan veya insanlardan kaçınma; aşırı duygusal kısıtlılık; içe kapanma ve toplumdan uzaklaşma; travmatik olayın önemli bir parçasını hatırlayamama;

c-Aşırı uyarılmışlık hali: Uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmekte zorluk; sinirlilik veya öfke patlamaları; konsantrasyon güçlüğü; aşırı tetikte olma durumu; abartılı irkilme tepkileri; yaygın anksiyete; kesik kesik soluma, terleme, ağız kuruması, baş dönmesi ve gastro-intestinal sorunlar gibi somatik tepkiler

Kendilik algısında zedelenme ve geleceğinin kısıtlandığı duygusu (§243)

Akut Stres Bozukluğu Semptomları:

En az 2 gün süren TSSB semptom ve bulgularının travmadan sonraki 4 haftadan önce ortaya çıkması veya kişinin bu dönemde değerlendirilmesi durumunda Akut Stres Bozukluğu tanısı konur. Semptomlar 4 haftadan sonra devam ederse TSSB tanısı konur.

TSSB semptomları 3 aydan kısa sürerse **Akut TSSB**, 3 ay ve daha uzun sürerse **Kronik TSSB**, semptomlar travmadan en az 6 ay sonra başlamışsa **Gecikmeli Başlangıçlı TSSB** adını alır.

Depresyon Semptomları: (İP,§242)

- Depresif duygudurum,
- Haz alamama veya ilgi-istek kaybı,
- İştah bozukluğu ve kilo kaybı
- Uyuyamama ya da aşırı uyuma
- Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
- Yorgunluk ve enerji kaybı
- Düşünce kabiliyetinde veya hafıza işlevlerinde azalma
- Karar vermede güçlük
- Değersizlik ve aşırı suçluluk duyguları,
- Konsantrasyonda güçlük,
- Yineleyen ölüm düşünceleri

Disosiyatif semptomlar (İP,§244)

- Disosiyasyon, bilinçlilik, kendilik algısı ve farkındalığı, hafıza, duygular ve vücut hareketlerinin olağan bütünlüğünde bozulma veya farklılaşmadır (*van der Kolk et al, 1996*). Kişinin, belli eylemlerini veya çevrede olup bitenlerin farkında oluşunda azalma (şaşkınlık, afallama, vb.); kendisini belli bir uzaklıktan gözlemliyormuş hissi; yaşadıklarını gerçekdışı ya da rüyadaymış gibi algılama; travmatik yaşantının belirli düzeylerini anımsayamama gibi semptomlar ortaya çıkabilir.
- Dissosiyatif amnezi'inin temel özelliği travmatik yaşantının önemli bölümlerini hatırlayamama, ya da travmatik yaşantının hatırlanmasında kopuklukların olmasıdır. Bu durum uygun gerçekleştirilmeyen tıbbi değerlendirme süreçlerinde yanlış yorumlara neden olabilmektedir (*McFarlane, 1995*).
- Depersonalizasyon, kişinin mental aktivitesini, duygularını, davranışlarını, kendisini veya bedenini kopuk, ayrı, yabancı hissetme durumudur. Kişi, rüyadaymış gibi, ya da sanki kendisi değil de bir başkasıymış gibi hissettiğinden, sanki vücudunu dışarıdan gözlemlediğinden, tüm duygularının yok olduğundan söz edebilir.
- Derealizasyon, ise kişinin dış dünyayı, çevresini, insanları gerçekdışı, yabancı, yapay, cansız, tuhaf hissetme durumudur. Kişi çevresini bir tiyatro sahnesi ya da başka bir gezegen gibi hissettiğinden, herkesi yabancı ve uzak algıladığından söz edebilir.

Somatik semptomlar (İP,§245)

İşkence gören kişilerde; baş ağrısı, kas-iskelet sistemine ilişkin ağrılar ve diğer fiziksel yakınmalara sık rastlanır. Ağrı, kişinin tek şikayet nedeni olabilir. Somatik semptomlar doğrudan işkence ve kötü muamelelerin fiziksel etkilerine bağlı olabileceği gibi, psikolojik etkilerine bağlı, psikolojik kökenli de olabilir veya her iki faktörün etkileşimi kaynaklı ortaya çıkabilir (Wenzel, 2002).

Cinsel işlev bozukluklarına ilişkin semptomları (İP,§246)

Cinsel işlev bozukluğu, işkence mağdurlarında, özellikle de cinsel işkenceye ya da tecavüze maruz kalmış olanlarda yaygın olarak görülür. Olası semptomlar arasında cinsel isteksizlik veya istek kaybı, cinsel zevk yokluğu veya kaybı, cinsel aktiviteye ilginin azalması veya cinsel aktivite korkusu, cinsel uyarılmada azalma, cinsel partnere güvenememe, cinsel olarak sakatlandığı korkusu, homoseksüel olma korkusu, ereksiyon bozukluğu veya vajinal lubrikasyon bozukluğu, vajinismus, ağrılı cinsel ilişki, orgazm bozukluğu, erken boşalma sayılabilir.

(Ek bilgiler için İstanbul Protokolünün V. Bölüm D.8 Maddesine bakın)

Psikotik bozukluk semptomları (İP,§247)

Ağır travmatik yaşantılar, akut psikotik reaksiyonlara yol açabilir, remisyonda bir psikotik bozukluğu tetikleyebilir ya da ilk atağı ortaya çıkarabilir. Psikotik semptomlar, mağdur gözaltında ve işkence sürecindeyken ortaya çıkabileceği gibi daha sonraki süreçte de görülebilirler. Olası psikotik bulgular, hezeyanlar, halüsinasyonlar (işitsel, görsel, dokunsal, kokusal), bizar (saçma) düşünce ve davranışlar, yanılısamalar, paranoya ve izlenme, eziyet edilme hezeyanları.

Paranoid hezeyan değerlendirmesi yaparken, bazı ülkelerde gözaltı sonrasında izlenme ve baskı görme durumunun sık görülebildiği ve kişinin dile getirdiklerinin gerçek olabileceği akılda tutulmalıdır.

İşkence mağdurlarında, açık herhangi bir psikotik semptom olmaksızın; bağıırma-çığlık sesleri duyma (kendi çığlığı dahil), isminin seslendiğini işitme vb. yaşantılar görülebilir.

Madde bağıımlılığı (İP,§248)

Travma mağdurlarına ilişkin birçok çalışmada, travmatik olaydan sonra madde kullanımında artış gözlenmektedir (APA, 2004). Değerlendirmede, işkenceden önce ve sonraki madde kullanımı; kullanım ve bağıımlılık örüntüsündeki değişiklikler ve maddelerin travmatik yaşantıyla ilişkili uyuyamama, anksiyete, ağrı vb sorunlarla baş edebilmek için kullanılıp kullanılmadığı araştırılmalıdır.

Nöropsikolojik bozukluk (İP,§249)

İşkence, değişik düzeylerde beyin hasarına yol açan fiziksel travmaya da sebep olabilir. Kafaya alınan darbeler, soluksuz bırakma ve uzun dönemli beslenme bozukluğu gibi durumlar, tıbbi muayenede kolayca saptanamayan uzun dönemli nörolojik ve nöropsikolojik sonuçlara neden olabilir. Semptomlar sık sık, TSSB ve depresyon semptomları ile anlamlı derecede örtüşürler. Bilinç, yönelim, dikkat, yoğunlaşma, hafıza ve gündelik işlevlerdeki düzensizlikler ya da hasarlar, organik nedenlerle olabildiği gibi işlevlerde bozulma sonucu da ortaya çıkabilirler. Nöropsikolojik değerlendirmeler için uzman konsültasyonlarına başvurulması yararlı olacaktır.

Diğer

- Dış dünyaya karşı kuşkucu veya düşmanca tutumlar
- Umutsuzluk, çaresizlik veya boşluk duyguları
- Değiştiğine ve diğer insanlardan farklı olduğuna, yabancılaştığına ilişkin düşünceler

- Kendisinin ve dış dünyanın farkında olmada azalma
- Utanç ve sağ kalan suçluluğu duyguları

(Yararlanılan kaynaklar: Aldeen, 2002; Iacopino ve ark., 2001; Wenzel ve ark. 2000, Wenzel, 2002; Australian Centre for Post-traumatic Mental Health, 2007; American Psychiatric Association, 2004)

Ek bilgi için Bkz. İstanbul Protokolü Bölüm VI-Kısım B İşkencenin ruhsal delilleri-İşkencenin Ruhsal Sonuçları

İŞKENCE VE KÖTÜ MUAMELEYLE İLİŞKİLİ OLARAK SIK KULLANILAN TANI KATEGORİLERİ

İşkence ve kötü muamele uygulamaları sonrasında en yaygın olarak görülen tanılar Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Depresyondur.

Travmatik yaşantının hemen sonrasında yapılan değerlendirmelerde Akut Stres Reaksiyonları (ICD-10) (Akut Stres Bozukluğu, DMS-IV-TR) ile de oldukça sık karşılaşılmaktadır.

“Kalıcı kişilik değişikliği” tanısı ise uzun süreli olarak yoğun uç travmalar ve aşırı strese maruz kalmanın uzun vadeli etkilerini, kişilikteki kalıcı değişikliklerin ortaya çıkma durumunu içeren bir tanı kategorisidir ve söz konusu durumlara maruz kalma iddialarında göz önüne alınmalıdır (İP,§256)

Üzüntü, umutsuzluk, keyifsizlik, ağlama nöbetleri, anksiyete, sinirlilik, intihar fikirleri, uyku bozuklukları vb. emosyonel semptomlar ya da kavgacılık, aile ve sosyal çevreden uzaklaşma,iş performansında düşme, sorumsuz davranışlar, şiddet gibi davranışsal semp-

tomlar işkence ve kötü muamele sonrasında sıkça görülür. TSSB ya da M. Depresyon gibi tanıların ölçütlerinin karşılanmadığı durumlarda semptomların ağırlığına göre Anksiyete ile giden, depresif duygudurum ile giden, davranım bozukluğu ile giden ya da karma Uyum Bozukluğu tanıları konabilir.

Travmayla ilişkili ruhsal bozuklukların dikkate değer ölçüde birlikte seyrettiği, birden fazla ruhsal bozukluğun birlikte bulunduğu akıldatutulmalıdır (IP, 250).

İşkence ve kötü muamelelerin etkileriyle en yaygın biçimde ilişkilendirilen tanının TSSB olması nedeniyle, TSSB ile işkence arasındaki ilişki, sağlık hizmeti sunanlar, mahkemeler ve kamuoyu nezdinde de oldukça bilinir hale gelmiştir. Bu durumun olumsuz sonucu, TSSB'nin işkencenin temel psikolojik sonucu olduğu yolunda yanlış ve aşırı indirgemeci bir izlenimin ortaya çıkmasıdır (İP,§252). İşkenceye ilişkili ruhsal bozukluklar depresyon ve TSSB ile sınırlı olmaktan çok uzaktır. TSSB ve depresyon kriterlerinin aşırı vurgulanması diğer olası tanıların göz ardı edilmesine, bulguların değerlendirilmesi ve yorumlanmasında ciddi hatalara neden olabilmektedir.

İşkence ve kötü muamelelere maruz kalanlarda sık görülebilen tanı kategorileri

(Bu liste kapsayıcı değildir, bunlar dışında farklı tanıları da rastlanabilir, ancak aşağıdaki liste en sık görülen tanıları içermektedir)

Psikolojik ve mental bozuklukların sınıflamasında Türkiye’de yaygın kullanılan sınıflandırma sistemi Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması ve Amerikan Psikiyatri Birliği’nin Tanısal ve İstatistiksel Elkitabı’dır (DSM-IV-TR, APA, 2000).

Ancak Sağlık Bakanlığınca kullanılan resmi sınıflandırma sistemi Uluslararası Hastalıkların ve İlişkili Sağlık Sorunlarının Sınıflandırması'dır (ICD-10, WHO, 1994, 2007)

Trauma sonrası sık görülen ICD-10 kategori ve kodları (Ek 1'de ilgili tanıların ayrıntılı tanı kriterlerini bulabilirsiniz)

Duygudurum bozuklukları (F 30 – F39)

F32-Depresif nöbet

(F40 – F48) Nörotik, Stresle ilgili ve Somatoform bozukluklar

F43-Ağır Strese reaksiyonu ve uyum bozuklukları

F43.0 Akut Stres Tepkisi

F43.1 Travma Sonrası Stres Bozukluğu

F43.2 Uyum bozuklukları

F43.8 Ağır Stres'e bağlı diğer tepkiler

F44-Disosiyatif (Konversiyon) Bozukluklar

F44 Disosiyatif Amnezi

F45-Somatoform Bozukluklar

F45.0 Somatizasyon Bozukluğu

F45.4 İnatçı Somatoform Ağrı Bozukluğu

F48-Diğer nörotik bozukluklar

F48.0 Nörastenisi

F48.1 Depersonalizasyon-derealizasyon sendromu

F41 Anksiyete bozuklukları, Diğer

F41.0 Panik bozukluk (Epizodik Paroksizmal Anksiyete)

F41.1 Yaygın anksiyete bozukluğu

F41.2 Karışık anksiyete ve depresif bozukluk

(F60-F69) Erişkin Kişilik ve Davranış Bozuklukları

F62 Beyin Zedelenmesi ve Hastalığına Bağlanamayan Kalıcı Kişilik Değişiklikleri

F62.0 Katastrofik Bir Olaydan Sonra Oluşan Kalıcı Kişilik Değişikliği

(F 50-59) Fizyolojik bozuklar ve fiziksel faktörlerle ilişkili davranışsal sendromlar

F52 Organik bozukluk veya hastalığa bağlı olmayan cinsel bozukluklar

F52.0 Cinsel istek kaybı veya yokluğu

(F00, F09) Semptomatik ve organik mental bozukluklar

F07.2 Postkonküzyonel Sendrom

(F20- F29) Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel bozukluk

F23 Akut ve geçici psikotik bozukluklar

BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ VE YORUMLANMASI-KLİNİK İZLENİM

I-Psikolojik bulgular nasıl yorumlanır ve klinik izlenim nasıl formüle edilebilir?

Bulguların değerlendirilmesi ve yorumlanması, işkence ve kötü muamele iddialarına ilişkin tıbbi raporun en kritik bölümüdür. Bu bölümde, görüşme ve ruhsal değerlendirme sürecinde elde edilen tüm bulguların birbirleriyle ve iddia edilen alıkonma ve işkence/kötü muamele öyküsü ile ilişkileri, uyumlulukları ve tutarlılıkları ele alınır.

Ruhsal bulguların yorumlanmasında;

- Sadece tanının işkence ve kötü muamele öyküsü ile ilişkisine dayalı yorumlama, çok önemli verilerin göz ardı edilmesi, eksik ve hatalı bir değerlendirme anlamına gelecektir. Tüm semptomlar, semptomların nitelikleri, içerikleri ile öykü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi önemlidir.
 - Sadece kişinin dile getirdiği ya da sözlü iletişimde saptanan semptomlar değil, sözel olmayan iletişimde ve görüşme/muayene süresinde gözlemlenen davranışsal, bilişsel ve duygusal tüm bulgulara yer verilmeli ve bütünlüklü biçimde ele alınmalıdır.
- Görüşmeci yalnızca işkence gören kişi tarafından anlatılan psikolojik semptomların bir derlemesine dayanırsa bu, işkence travmasının değerlendirilmesindeki niteliksel, anlatım ve gözleme dayalı yönlerin yeterli şekilde değerlendirilmesini engelleyebilir (Jacobs, 2000).
- Sadece semptomların varlığı değil, semptomların içeriği, ilk ortaya çıkışı, semptomların yoğunlaştığı an veya dönemler, sıklıkları ve süreleri de değerlendirilmelidir.

- Yorumlamada; çeşitli semptomların saptanamaması, olası nedenler göz önüne alınarak çok dikkatli ele alınmalıdır.
- Yorumlamada, kişinin işkence ve kötü muamelelere ilişkin öyküsü ile saptanan bulguların ilişkisi değerlendirilirken, kişinin işkence öncesi ve sonrası öyküsü, tıbbi ve psikiyatrik öyküsü de dikkate alınmalıdır.
- Öyküdeki ve/veya öykü ile bulguların ilişkisinde tutarsız noktalar görülürse; yukarıda (“işkence ve kötü muamele öyküsünü hatırlama ve anlatmada tutarsızlıklara ve/veya güçlüklerle yol açan faktörler” bölümünde) dile getirilen faktörler gözden geçirilmeli ve ne ölçüde etkide bulunmuş olabilecekleri değerlendirilmelidir.

İşkencenin psikolojik kanıtlarını belgelemek amacıyla klinik izlenim formüle edilirken cevaplanması gereken sorular: (İP, §287)

- Psikolojik bulgularla işkence iddiaları uyumlu mu?*
- Psikolojik bulgular, kişinin kültürel ve toplumsal bağlamı içinde beklenen ya da tipik stres tepkileri mi?*
- Travmaya bağlı ruhsal bozuklukların zaman içinde değişkenlik gösterdiği düşünüldüğünde, işkence olaylarıyla ilgili olarak zaman açısından durum nedir? Kişi iyileşme sürecinin neresindedir?*
- Kişiyi etkilemekte olan ek stres faktörleri nelerdir? (Örneğin; süregiden baskı, göçe zorlanma, sürgün, ailenin ve toplumsal rolün kaybı, vb.) Bu faktörlerin kişi üzerindeki etkisi nedir?*
- Fiziksel durumla ilgili ne tür faktörler klinik tabloya etki etmektedir? İşkence ve/veya tutukluluk sırasında olmuş ka-fa travmalarına özellikle dikkat edin.*
- Klinik tablo, sahte bir işkence iddiasına işaret ediyor mu?”*

II-Tanı konabilir psikopatolojinin olmaması kişinin işken- ce görmediği anlamına gelir mi? Bu vakada bulgular na- sıl yorumlanmalıdır?

Adli tıp soruşturmaları yalnızca bir tanıyı değil, psikolojik tablonun bütününün anlaşılmasını gerektirir (Allnutt & Chaplow, 2000).

Mağdurun semptom düzeyleri, her hangi bir DSM-IV veya ICD-10 psikiyatrik tanısıyla uygunluk gösteriyorsa, tanı belirtilmelidir. Travmayla ilişkili bir ruhsal bozukluk tanısının varlığı işken- ce ve kötü muamele iddiasını destekler ancak, bir psikiyatrik tanı koy- mak için gerekli ölçütlere ulaşamıyorsa bu durum kişinin işken- ce ve kötü muameleye maruz kalmadığını göstermez ve kişinin işken- ce görmediğinin kanıtı olarak kullanılamaz (IP, §289).

Kişinin yakınma ve semptom düzeylerinin bir DSM IV veya ICD- 10 tanısını tümüyle karşılayacak düzeyde olmadığı durumlarda da -her olguda olduğu gibi- saptanan semptom ve bulgularla, kişinin yaşadığını iddia ettiği işken- ce ve kötü muamele öyküsü bir bütün- lük içinde yorumlanarak rapora kaydedilmelidir (IP,§289)..

(Bkz. İstanbul Protokolünün VI. Bölümü)

III-Öyküde tutarsızlıklar varsa ve/veya görüşmeci/klinik hekim öykünün uydurulduğunu düşünüyorsa ne yapılma- lı?

Öyküdeki tutarsızlıkların zorunlu olarak iddianın sahte olduğu an- lamına gelmediğinin farkında olunmalı (Giffard, 2000), aksine, tu- tarsızlıklar kesinlikle tam aksine yani kişinin işken- ce görmüş oldu- ğunu gösteriyor olabilir. İşken- ce mağdurları işken- ce ve kötü mu- amele yaşantısına ilişkin öykünün belli ayrıntılarını çeşitli nedenler- den ötürü hatırlamakta ve anlatmakta güçlükler yaşayabilirler. Tu- tarsızlıkla karşılaşıldığında, hemen bu tutarsızlığın öykünün uydu-

rulduğu veya işken- ce-kötü muamele iddialarının sahte olduğu biçi- minde yorumlanması, vahim değerlendirme hatalarına yol açabilir. Ruhsal değerlendirmeyi yapan hekimin tutarlılık/tutarsızlıkları de- ğerlendirme kapasitesine sahip olması da önemlidir.

Bazı insanlar çeşitli nedenlerle sahte işken- ce iddialarında bulunabi- lir veya kişisel, ruhsal ya da politik nedenlerle görece küçük yaşan- tıları abartıyor olabilirler. Ancak hekim, böylesi bir uydurmanın travmayla ilgili semptomlar hakkında insanların nadiren sahip ol- duğu derecede ayrıntılı bir bilgi gerektirdiğini de akılda tutmalıdır (İP, §290).

(Yararlanılan kaynaklar: Jacobs, 2000; Allnutt ve Chaplow, 2000; Allden, 2002; Iacopino ve ark., 2001)

Ayrıca bkz: Ist. Prot. § 287 - § 290

İşken- ce ve kötü muamele öyküsünü hatırlama ve ak- tarmada tutarsızlıklara ve/veya güçlüklerle yol açan faktörler.

Dikkat zayıflaması ve hafıza bozuklukları TSSB'nin parçasıdır an- cak bu semptomlar depresyon, anksiyete, disosiyasyon, beyinde hasar veya elektrolit dengesizliği gibi diğer bozukluklarda da bulu- nabilir.

İşken- ce stratejileri genellikle kasıtlı olarak kafa karıştıracak, yanlış bilgiler verecek veya zaman ve mekan dezoryantasyonu yaratacak şekilde kurulur ve bu durum, olayların anlaşılır veya eksiksiz bir an- latımını almaya çalışırken göz önüne alınmalıdır. Öykünün hatırlanmasındaki eksiklikler öykünün alınmasında ve olası yasal prose- dürler için ciddi bir engel oluşturabilir ancak değerlendirme sırasın- da dikkate alınması gereken ruhsal bozuklukların bir göstergesi de olabilir (Wenzel, 2002, Burnett ve Peel 2001,b).

Bir öyküyü aktarırken veya öyküyü alırken olası engelleyici faktörler:

Doğrudan işkence ve kötü muamelelerle ilgili faktörler:

- Göz bağlama, ilaç verme, bilinç kaybı, vb gibi işkence ve kötü muamele süreçlerine ilişkin faktörler
- İşkencenin niteliğine veya işkence sırasında aşırı stres yaşamaya bağlı olarak zaman ve mekan dezoryantasyonu
- Kafa travmalarından, soluksuz bırakmadan, , açlıktan, açlık grevlerinden veya vitamin eksikliklerinden kaynaklanan nöropsikiyatrik hafıza bozuklukları
- Tekrarlanan ve birbirine benzer olayların yaşanması da belli olayların ayrıntılarının hatırlanmasında güçlükler yol açabilir.

İşkence ve kötü muamelelerin psikolojik etkisiyle ilgili faktörler

- İnkâr ve kaçınma gibi savunma mekanizmalarının kullanılıyor olması
- Depresyon ve travma sonrası stres bozukluğuna bağlı hafıza bozuklukları
- Konsantrasyon güçlükleri, travmatik anıların bastırılması veya dağılması (fragmentation), konfüzyon, dissosiyasyon, amnezi gibi diğer ruhsal semptomlar
- Suçluluk veya utanç duyguları.

Kültürel faktörler:

- Zaman algısındaki kültür, eğitim düzeyine bağlı farklılıklar
- Travmatik deneyimlerin yalnızca çok mahrem ortamlarda açıklanmasına izin veren kültürel yaptırımlar.

- Kişinin işkence ve kötü muameleyle dair algısı *örn. kişi gözbağı, hakaret, tehdit gibi uygulamaları işkence ve kötü muamele öyküsü içinde dile getiremeyebilir*)
- **Görüşme koşullarıyla veya iletişim engelleriyle ilgili faktörler**
- Kendisini veya başkalarını riske atma korkusu
- Değerlendirmeyi yapan hekime güvensizlik
- Görüşme sırasında emniyet hissinin olmaması
- Görüşme sürecinde mahremiyetin sağlanmamış olması,
- Görüşme ortamının rahatsız olması, görüşme süresinin yetersiz olması gibi çevresel engeller
- Ağrı, başka rahatsızlıklar, yorgunluk, duyma-görme bozuklukları gibi fiziksel engeller
- Cinsiyeti, dil, kültürel farklılıklar gibi sosyo-kültürel engeller
- Görüşme sırasında aktarım/karşı aktarım reaksiyonlarına bağlı engeller
- Görüşmenin kötü yapılandırılması veya hatalı yürütülmesi

(Yararlanılan kaynaklar: Iacopino, 2002; Iacopino ve ark., 2001; Mollica ve Caspi-Yavin, 1992, Sironi, 1989, van der Kolk ve Fislter, 1995, Wenzel, 2002, Mc Farlane, 2002; ve İstanbul Protokolü §142-144, §253, §290)

Öyküde tutarsızlıklar varsa;

- Hekim hatırlamada ve aktarmada güçlükler yol açabilen faktörleri gözden geçirerek, tutarsızlıkta bu faktörlerden herhangi birinin (veya birkaçının) etkili olup olmadığını araştırmalıdır.

- Mmnknse, hekim öyküyü netleştirmek için ek, daha ayrıntılı bilgi edinmeye çalışmalıdır. Kimi zaman ek sorular sormak, soruyu başka biçimde sormak gibi yöntemler tutarsızlıkların giderilmesine yardımcı olabilir (Giffard, 2000)
- Hala aıklıĝa kavuturulmamı tutarsızlıklar varsa, hekim, maĝdurun öyküsünü destekleyen ya da yanlılayan diĝer kanıtlara bakmalıdır. Tutarlı ve destekleyici bir ayrıntılar örüntüsü, maĝdurun öyküsünü doĝrularıp aıklıĝa kavuturabilir. Grlen kişi işkence ve kötü muamele sürecine ilişkin tarihler, sreler, ayrıntılı tarifler vb. gibi detayları veremese bile, görüşme süresi içinde travmatik olayların ve ikencenin genel temaları ortaya çıkıp görünür hale gelebilecektir” (§143).

Hekim hala öykünün uydurulduĝundan kukulanıyorsa;

- Rapordaki tutarsızlıkları aıklıĝa kavuturmaya yardımcı olması için ek görüşmeler planlanabilir.
- Kimi zaman, ailesi veya yakınları öykünün ayrıntılarını netletirebilecek ek bilgiler saĝlayabilirler..
- Hekim ek deĝerlendirmeler yapmasına raĝmen hala öykünün uydurulduĝundan kukulanıyorsa, kişiyi deĝerlendirme için başka bir hekime yönlendirebilir.
- Öykünün uydurma olduĝu kukusu iki hekimin görüşleriyle belgelenmelidir (IP, §290).
- (Yararlanılan kaynaklar; Iacopino, 2002; Iacopino ve ark., 2001; Giffard, 2000) Ek bilgi için bkz. İstanbul Protokolü §143, §144, §253, §290)

III. BÖLÜM İÇİN YARARLANILAN KAYNAKLAR VE BİBLİYOGRAFYA

- Allden K, Poole C, Chantavanich S, Ohmar K, Aung NN, Mollica R. (1996). Burmese political dissidents in Thailand: trauma and survival among young adults in exile. *American Journal of Public Health* 86(11): 1561-1569.
- Allden K (2002). The psychological consequences of torture. In: Iacopino V, Peel M, editors. *The medical documentation of torture*. London: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture: 117-132.
- Alnutt SH, Chaplow D (2000). General principles of forensic report writing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34(6): 980 - 987.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Fourth Edition. Washington, DC. : APA.
- Baoĝlu, M., Livanou, M., Crnobaric, C., Franciskovic, T., Suljic, E., Duric, D., Vranesic, M. (2005). Psychiatric and Cognitive Effects of War in Former Yugoslavia: Association of Lack of Redress for Trauma and Posttraumatic Stress Reactions. *JAMA*. 2005; 294(5): 580-590 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/294/5/580>)
- Becker D (1995). The deficiency of the concept of posttraumatic stress disorder when dealing with victims of human rights violations. In: Kleber EJ, Charles RF, Gerson BPR, editors. *Beyond trauma-cultural and societal dynamics*. New York: Plenum Press: 99-110.

Burnett A, Peel M (2001a). The health of survivors of torture and organised violence. Asylum seekers and refugees in Britain. Part 3. *British Medical Journal* 322 (7286): 606-609.

Burnett A, Peel M (2001b). What brings asylum seekers to the United Kingdom?. *Asylum seekers and refugees in Britain. Part 1. British Medical Journal* 322 (7284): 485-488.

Bustos E (1990). Dealing with the unbearable: reactions of therapists and therapeutic institutions to survivors of torture. In: Suedfeld P, editor. *Psychology and torture*. New York: Hemisphere Publishing: 143-163.

Carlsson JM, Mortensen EL, Kastrup M. (2006). Predictors of mental health and quality of life in male tortured refugees. *Nord J Psychiatry*;60(1):51-7

Ehrenreich JH (2003). Understanding PTSD: forgetting 'trauma'. *Analyses of Social Issues and Public Policy* 3(1): 15-28.

Engelhardt HT (1975). The concepts of health and disease. In: Engelhardt HT, Spicker SF, editors. *Evaluation and explanation in the biomedical sciences*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Co.: 125-141.

Fischer G, Gurriss NF (1996). Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung. In: Senf W, Broda M, editors. *Praxis der Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Thieme.

Fornari VM, Pelcovitz D (1999). Identity problem and borderline disorders. In: Sadock BJ, Sadock V A, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. New York: Lippincott Williams & Wilkins: 2922-2932.

Friedman M, Jaranson J (1994). The applicability of the posttraumatic stress disorder concept. In: Marsella AJ, Bornemann T, Ekblad S, Orley J, editors. *Amidst peril and pain: the mental health and well-being of the world's refugees*. Washington DC: American Psychological Association Press: 207-227.

Giffard C (2000). *The torture reporting handbook: how to document and respond to allegations of torture within the international system for the protection of human rights*. Colchester: University of Essex. Human Rights Centre.

Gurr R, Quiroga J (2001). Approaches to torture rehabilitation: a desk study covering effects, cost-effectiveness, participation, and sustainability. *Torture* 11(Suppl.1).

Gurriss NF, Wenk-Ansohn M (1997). Folteropfer und Opfer politischer Gewalt. In: Maercker A, editor. *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin, Heidelberg: Springer: 275-308.

Haenel F (2001). Assessment of the psychic sequelae of torture and incarceration (I) : a case study. *Torture* 11(1): 9-11.

Herman JL (1992). *Trauma and recovery*. [S.l.]: Basic Books.

Holtan NR (1998). How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care. In: Jaranson JM, Popkin MK, editors. *Caring for Victims of Torture*. Washington, D.C., American Psychiatric Press: 107-113.

Iacopino, V. (2002). History taking. In: Iacopino V, Peel M, editors. *The medical documentation of torture*. London: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture: 101-115.

- Jacobs, U. (2000). Psycho-political challenges in the forensic documentation of torture: the role of psychological evidence. *Torture* 10(3): 68–71.
- Jacobs, U., Evans III FB, Patsalides B (2001). Principles of documenting psychological evidence of torture. Part II. *Torture* 11(4): 100 -102.
- Jaranson JM, Kinzie JD, Friedman M, Ortiz D, Friedman MJ, Southwick S et al. (2001). Assessment, diagnosis, and intervention. In: Gerrity E, Keane TM, Tuma F, editors. *The mental health consequences of torture*. New York: Kluwer Academic: 249-275.
- Kagee A. (2005). Symptoms of distress and posttraumatic stress among South African former political detainees. *Ethn Health*. 10(2):169-79.
- Keller, A.S., Gold, J. (2005). Survivors of Torture. In V.A. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Edition. Sadock, B., Sadock, Eds. Vol. II.-Special Areas of Interest, 28.7, 2005, New York, Lippincott Williams&Wilkins
- Kira IA (2002). Torture assessment and treatment: the wraparound approach. *Traumatology* 8(2): 61-90. (<http://www.fsu.edu/~trauma/v8/Torture.pdf>)
- Kleinman A (1986). Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness and care. Paper delivered at WPA Regional symposium on Psychiatry and its Related Disciplines.
- Kordon DR, Edelman L, Lagos DM, Nicoletti E, Bozollo RC, Kandel E (1988). Torture in Argentina. In: Kordon DR, Edelman LI, editors. *Psychological Effects of Political Repression*. Buenos Aires: Hipolito Yrigoyen: 95-107.
- Lira Kornfeld E (1995). The development of treatment approaches for victims of human rights violations in Chile. In: Kleber RJ, Figley CR, Gersons BPR, editors. *Beyond trauma: cultural and societal dynamics*. New York: Plenum Press: 115 – 132.
- McFarlane AC (1995). The severity of the trauma: issues about its role in posttraumatic stress disorder. In: Kleber RJ, Figley CR, Gersons BPR, editors. *Beyond trauma: cultural and societal dynamics*. New York: Plenum Press: 31–54.
- McFarlane AC (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, editors. *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and the society*. New York: The Guilford Press: 154-182.
- McFarlane AC, Yehuda, R (2000). Clinical treatment of posttraumatic stress disorder: conceptual challenges raised by recent research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34 (6): 940-53.
- Moisander, P.A. & Edston, E. (2003). Torture and its sequel—a comparison between victims from six countries. *Forensic Science International* 137(2-3), 133-140
- Mollica RF, Caspi-Yavin Y (1992). Overview: the assessment and diagnosis of torture events and symptoms. In: Başoğlu M, editor. *Torture and its consequences: current treatment approaches*. Cambridge: Cambridge University Press: 253-274.

Mollica RF, Donelan K, Tor S, Lavelle J, Elias C, Frankel M et al. (1993). The effect of trauma and confinement on the functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps. *JAMA* 270(5): 581-586.

Othmer, E., Othmer, S.C., Othmer, J.P. (2005). Psychiatric Interview, History and Mental Status Examination. In Eds. Sadock, B.J., Sadock, V.A., *Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th Edition. 7-Diagnosis and Psychiatry: Examination of the Psychiatric Patient, 7-1. Lippincott Williams&Wilkins, New York

Peel M, Hinshelwood G, Forrest D (2000). The physical and psychological findings following the late examination of victims of torture. *Torture* 10(1): 12-15.

Reyes, H (2002) "Visits to prisoners and documentation of torture" In: Iacopino V, Peel M, editors. *The medical documentation of torture*. London: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture: 77-101.

Sadock BJ (2005). Psychiatric report, medical record and medical error. In: Sadock BJ, Sadock V A, editors. *Kaplan&Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry*. Eighth edition, New York: Lippincott Williams & Wilkins: 834-847

Simpson MA (1995). What went wrong?: diagnostic and ethical problems in dealing with the effects of torture and repression in South Africa. In: Kleber RJ, Figley CR, Gersons BPR, editors. *Beyond trauma: cultural and societal dynamics*. New York: Plenum Press: 187-212.

Sironi F. (1989) Approche ethnopsychiatrique des victimes de torture. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 13: 67-88.

Smith B, Agger I, Danieli Y, Weisaeth L (1996). Health activities across traumatized populations: emotional responses of international humanitarian aid workers. In: Danieli Y, Rodley NS, Weisaeth L, editors. *International responses to traumatic stress*. New York: Baywood Publishing Company: 397-423.

Somnier F, Vesti P, Kastrup M, Genevke I (1992). Psychosocial consequences of torture: current knowledge and evidence. In: Başoğlu M, editor. *Torture and its consequences: current treatment approaches*. Cambridge: Cambridge University Press: 56-72.

Steele K, van der Hart O, Nijenhuis ERS (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation* 2(4): 79-116.

Summerfield D (1995). Addressing human response to war and atrocity: major challenges in research and practices and the limitations of Western psychiatric models. In: Kleber RJ, Figley CR, Gersons BPR, editors. *Beyond trauma: cultural and societal dynamics*. New York: Plenum Press: 17-30.

Summerfield D (2000). War and mental health: a brief overview. *British Medical Journal* 321(7255): 232-235.

Summerfield D (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal* 322(7278): 95-98.

Trujillo M (1999). Cultural psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock V A, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. New York: Lippincott Williams & Wilkins: 492-500.

- Turner SE, Yüksel S, Silove D (2003). Survivors of mass violence and torture. In: Green BL, Friedman MJ, de Jong J, Solomon SD, Keane TM, Fairbank JA et al., editors. *Trauma interventions in war and peace: prevention, practice, and policy*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers: 185-211.
- Vesti P, Somnier F, Kastrup M (1996a). Psychological reactions of victims during torture. Medical ethics, torture & rehabilitation, Conference, Psychosocial Trauma and Human Rights Program 2-5 October 1996, Bangkok.
- Vesti P, Somnier F, Kastrup M (1996b). Psychological after-effects of torture. Medical ethics, torture & rehabilitation, Conference, Psychosocial Trauma and Human Rights Program 2-5 October 1996, Bangkok.
- van der Kolk BA; Fisler R (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress* 8 (4): 505 – 525.
- van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry* 153(7 Suppl): 83-93.
- Varvin S (1998). Psychoanalytic psychotherapy with traumatized refugees: integration, symbolization, and mourning. *American Journal of Psychotherapy* 52(1): 64-71.
- Wenzel, T (2007). Torture. *Current Opinion in Psychiatry*, 2007, 20:491-496.
- Wenzel T (2002). Forensic evaluation of sequels to torture. *Current Opinion in Psychiatry*, 15 (6): 611-615.

- Wenzel T, Griengl H, Stompe T, Mirzai S, Kieffer W (2000). Psychological disorders in survivors of torture: exhaustion, impairment and depression. *Psychopathology* 33(6): 292-296.
- Westermeyer J (1985). Psychiatric diagnosis across cultural boundaries. *American Journal of Psychiatry* 142(7): 798-805.
- Yehuda R, McFarlane AC (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry* 152(12): 1705–1713.

KİTAPLAR VE KILAVUZLAR

- American Psychiatric Association (2006) Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults-second edition (<http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideHome.aspx>)
- American Psychiatric Association (2004) Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder (<http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideHome.aspx>)
- American Psychiatric Association (2000) “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)-IVth edition” American Psychiatric Publishing, Inc..
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH) (2007) “Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder” http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/_files/mh13.pdf

Giffard, C. (2000) “The Torture Reporting Handbook” Human Rights Center-University of Essex (Available online in English, Arabic, Chinese, French, Portugese, Russion, Spanish, Turkish) <http://www.essex.ac.uk/torturehandbook/>)

Iacopino, V., Aldeen, K., Keller, A. (2001) Examining Asylum Seekers: A Health Professional’s Guide to Medical and Psychological Evaluations of Torture. Boston: Physicians for Human Rights <http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/examining-asylum-seekers-a.pdf>

National Institute for Clinical Excellence (NICE), (2005) “Post-traumatic Stress Disorder – The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care” National Clinical Practice Guideline Number 26, Gaskell and the British Psychological Society, London <http://www.nice.org.uk/pdf/CG026NICEguideline.pdf>

Peel, M., Iacopino, V. (Ed.) (2002) “The Medical Documentation of Torture” London: Greenwich Medical Media

Peel, M. (Ed.), (2004) “Rape as a Method of Torture” Medical Foundation for the care of victims of torture” http://www.torturecare.org.uk/files/rape_singles2.pdf

Peel, M., Lubell, N., Beynon, J. (2005) “Medical investigation and documentation of torture: a handbook for health professionals” University of Essex, Human Rights Centre <http://www.fco.gov.uk/Files/KFile/MidtHb.pdf>

World Health Organization (WHO) (2007). “International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10th Revision, Version for 2007” <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

IV. BÖLÜM

BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Raporlama Üzerine Genel Bilgiler

Değerlendirmeyi yapan klinik hekim değerlendirme sırasında toplanan tüm bilgileri ve durum üzerine kendi görüşünü yansıtan bağımsız bir raporu hemen hazırlamalıdır.

Raporun kolayca okunması ve anlaşılması önemlidir. Tıbbi veya teknik dilden kaçınılmalı, kullanılan dil daha geniş bir kesim tarafından anlaşılabilir olmalıdır.

Tıbbi rapor olgulara dayalı olmalı ve dikkatle kaleme alınmalıdır. Teknik terimlerin kullanılması kaçınılmazsa, anlamları parantez içinde açıklanmalıdır

İşkence ve kötü muamele iddialarında tıbbi değerlendirme kimler isteyebilir?

Bazı ülkelerde tıbbi soruşturma taleplerine ilişkin **iki yanlış uygulamaya** sık rastlanır:

- Tıbbi değerlendirme genellikle kolluk tarafından istenir.
- İşkence mağduru olduğu iddia edilen kişinin ve avukatlarının isteği dikkate alınmaz veya kabul edilmez.

Bununla birlikte İstanbul Protokolünde;

- Savcının yazılı emriyle hareket etmedikleri takdirde **kolluk kuvvetlerinin tıbbi değerlendirme istekleri geçersiz kabul edilmelidir.**

- İşkence iddialarının adli tıp değerlendirmesi savcılarının veya diğer uygun görevlilerin **resmi yazılı talebi** üzerine yapılmalıdır.

- İşkence mağduru olduğu iddia edilen kişinin kendisi, avukatları veya akrabaları da işkence ve kötü muamele kanıtlarını saptamak için tıbbi değerlendirme talep etme hakkına sahiptirler.

- İşkence mağduru olduğu iddia edilen kişiler alıkonma süreleri boyunca ya da sonrasında, tıbbi yeterliliğe sahip bir hekimden ikinci veya alternatif bir tıbbi değerlendirme raporu alma hakkına sahiptirler.

- **Ceza Muhakemesi Kanunu'nda 2005 yılında yapılan değişiklik ve uygulama yönetmelikleri ile İstanbul Protokolü'nde belirtilen bu ilkeler yer almıştır (bkz. Hukuk El Kitabı).**

Tıbbi raporu kimler alabilir?

- Rapor gizli tutulmalı ve kişinin kendisine veya adını belirttiği temsilcisine verilmelidir.
- Kişinin ve temsilcisinin değerlendirme süreci hakkındaki görüşleri istenerek rapora geçirilmelidir.
- Rapor, kişinin rızası veya buna yetkili bir mahkemenin izni olmaksızın başka kimseye verilemez.
- Tamamlanmış değerlendirme raporunun aslı, doğrudan raporu talep eden kişiye –ki genellikle savcıdır- ulaştırılmalıdır.
- Tutuklunun ya da onun yerine hareket eden avukatının tıbbi rapor talep ettiği durumlarda, rapor onlara verilir.
- Her raporun bir kopyası muayene eden hekimde kalmalıdır.
- Tıbbi raporlar, hiç bir koşulda kolluk kuvvetlerine verilmemelidir.

CMK ve uygulama yönetmelikleri ile gözaltı giriş ve çıkış raporlarının kimlere verilebileceği belirlenmiştir. Giriş raporunun bir örneği muayeneye getirilen kişiye, biri Sav-

cılığa iletmek üzere getiren kolluğa verilerek, bir örneği de hekimin kurumunda arşivlenir. Çıkış raporunun 2 örneği de doğrudan Savcılığa kurye ya da İl Sağlık Müdür-lüklerinin düzenleyeceği bir yöntemle iletilir, kişi veya avukatı bir örneği Savcılıktan alabilir. Üçüncü örnek hekimin kurumunda arşivlenir.

Tıbbi belgeleme sürecinde, öyküden başlayarak muayeneler, konsültasyonlar ve inceleme sonuçlarına ilişkin elde edilen tüm veriler rapora kaydedilmelidir. Herhangi bir fiziksel bulgu saptanamadığında, bulgu saptanamadığı da belirtilmelidir.

Muayeneyi gerçekleştiren hekim izlerin nedeni, başkası tarafından veya kişinin kendi eylemi ile meydana gelip gelmediği, kaza sonucu ya da bir hastalığa bağlı olup olmadığı konusunda görüş bildirmelidir.

Raporun sonuç bölümü, saptanan bulguların ayırıcı tanısına ilişkin değerlendirmeleri de içermelidir. Gerekçeleri ile birlikte saptanan tüm bulguların tek tek ve birlikte, işkence öyküsü ile uyumunu gösterecek şekilde düzenlenmelidir. Herhangi bir bulgu saptanamadığında, işkencenin en az iz ile en fazla acı vermeyi hedefleyen niteliği itibarıyla bulgu saptanmamasının işkence yapılmadığının delili olarak değerlendirilemeyeceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç olarak, işkence öyküsü ile fiziksel ve ruhsal değerlendirmede elde edilen bulguların tümünün uyumluluğu birlikte değerlendirilmelidir.

RAPOR ÖRNEKLERİ:

OLGU 1:

...

- a. Yapılan muayenesinde tespit edilen sol omuzda hareket kısıtlılığı ve hareketle artan ağrılarının istenen MR ve ortopedi konsültasyonları sonucu Anterior Omuz çıkığı ve sol omuz Bankart lezyonu ile uyumlu olduğu tespit edilmiştir. Görüntüleme ve muayene sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, lezyonun eski bir olaya bağlı olduğunun söylenebileceği belirtilmiştir. İlgili kaynaklarda Bankart lezyonu ve anterior omuz çıkığının travmatik kökenli olduğu ve kolda hiperekstansiyon ve abdüksiyon hareketine neden olan asılı kalma gibi travmalarla oluşabileceği bildirilmektedir. Bu bilgiler ışığında, saptanan eski omuz çıkığının, olay öyküsünde belirtmiş olduğu kol ve bacaklarından çekilmesi, gerilmesi ve uzun süre asılı kalması şeklindeki travmalarla uyumlu nitelikte olduğu söylenebilir. Muayenesinde omuz hareket kısıtlılığı ve skrotumda hassasiyet dışında, başkaca travmatik değişim saptanmamıştır. Kaba dayak, ısıtılarak soğuğa maruz bırakılma, el ve ayak parmakları ile cinsel organına elektrik verilme, testislerinin sıkılması şeklinde işkencelere maruz kaldığını ifade etmekle birlikte, olayın tarihi itibarı ile iyileşme sürecine bağlı olarak herhangi bir bulgu tespit edilmesi beklenmemektedir. Fiziksel travma bulguları, uygulanan travmanın şiddeti, niteliği ve kullanılan araçların özellikleri ile uygulanma yöntemleri itibarıyla herhangi bir iz bırakmayabileceği gibi, maruz kaldığı iddia edilen bu travmalardan sonra geçen 6 yıllık süre içinde iyileşmiş olacağının da değerlendirilmesi gerekmektedir. Olay sonrası saptanan lomber diskopatının travmatik olup olmadığı ve öyküde tanımlanan travmalarla ilişkisinin belirlenebilmesi için gözaltı öncesi sağlık kayıtları ile karşılaştırılması gerekmektedir. Bu yönde herhangi bir tıbbi belge bulunmadığından bu lezyon konusunda herhangi bir değerlendirme yapmak mümkün olamamıştır. Uygulandığı bildirilen tehdit ve hakaretler ile

fiziksel şiddet yöntemlerinin kişilerin ruhsal durumu üzerindeki etkilerinin de bu tür olgularda mutlaka değerlendirilmesi gerekmektedir. Yapılmış konu ile ilgili araştırmalarda, bu tür travmalara maruz kalan olgularda, psikiyatrik değerlendirme sonuçlarının travma türü ve tanısı konusunda değerli bulgular elde edilmesine olanak sağladığı bildirilmektedir. Muayene ve görüşmeler sırasında belirtmiş olduğu psikolojik yakınmaları da göz önünde bulundurularak, psikiyatri konsültasyonu ile değerlendirildiğinde minimal depresif, afektinin durgun, depersonalizasyon ve derealizasyon tespit edildiği, şahısta gelişen geleceğe dair umutsuzluk, dikkat ve konsantrasyon bozukluğu ile beraber almış olduğu Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısının kişinin anlatımı ve muayenesi ile uyumlu olduğu ve kişide algılama yeteneğinin bozulmasına sebep olduğu, şahsın ereksiyon ve ejakülasyon problemleri yaşadığı ve cinsel isteksizlik duyduğunu belirttiği, bunun maruz kaldığı belirttiği testislerinin sıkılması, cinsel organa elektrik uygulaması gibi işlemler ve bunun sonucunda gelişen psikolojik bozukluklar ile uyumlu olabileceği, genital travmaya maruz kalan kişilerde bu tür posttravmatik cinsel sorunların görülebileceği saptanmıştır. Muayenesinde saptanan omuz hareketindeki kısıtlılık ve görüntüleme sonucunda belgelenen ön omuz çıkığının kronik bir travmatik değişim olduğu, öyküde tanımlanan altı yıl önce gözaltında maruz kaldığı travmalarla uyumlu bulunduğu,

- b. Ruhsal durumuna ilişkin muayene sırasında aktardıkları ve psikiyatri konsültasyonunda tanımlanan Travma Sonrası Stress Bozukluğunun niteliği itibarıyla benzer şekilde öyküde tanımlanan gözaltı süreci ve maruz kaldığını iddia ettiği travmalar ile uygunluk gösterdiği,
- c. Saptanan tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde, fiziksel ve ruhsal muayene bulgularının tümünün 6 yıl önce yaşamış olduğunu belirttiği gözaltı süreçleri ve işkence öyküsü ile uyumlu bulunduğu,
- d. Öyküde tanımlanan travmalar ile uyumlu bulunan ön omuz çıkığı ve travma sonrası stres bozukluğu arızasının hayatını tehlikeye sokacak nitelikte olmadığı, basit tıbbi müdahale ile giderilemeyecek nitelikte olup sağlığını ve algılama yeteneğini bozduğu, algılama yeteneğinde

bozulma ile kendisini gösteren travma sonrası stres bozukluğunun kalıcı hastalık yönünden ve uzun süreli izlem sonrası yeniden değerlendirilmesinin uygun olacağı kanaatini bildirir değerlendirme raporudur.

OLGU 2:

...

Olay ile ilgili anlatımları polikliniğimizde yapılan muayenesi laboratuvar tetkik sonuçları ve konsültasyonları değerlendirildiğinde; göz altında kaldığı süre boyunca başına darbe aldığını belirtmesi üzerine yapılan muayenesinde saçlı deride aponevrozda yapışıklıklar olduğu tespit edilmiştir. Bu tür yapışıklıklar saçlı deriye tekrarlayan sert cisim darbelerinin etkisiyle oluşan doku içi kanamaların iyileşme sürecinde bağ doku artışına bağlı olarak gelişebilmektedir. Başına yönelik travmalara maruz kalmasının yanı sıra, gözünün üzerine de darbeler aldığı ve gözünde şişlik olduğunu, bu darbeler sonrasında sol üst göz kapağında giderek artan düşmesinin olduğunu belirtmesi üzerine, yapılan muayenesinde ve Göz Hastalıkları Bölümünde gerçekleştirilen konsültasyonunda bu düşmenin varlığı tespit edilmiştir. Myastenia Gravis hastalığında da meydana gelebilecek bu göz kapağında düşme, yapılan kan tetkikleri, EMG, MR gibi tetkikler sonucunda, şahsın myastenia gravis hastası olmadığını ortaya koymuştur. Dolayısıyla öyküsü ve eldeki mevcut bulgular göz kapağındaki düşmenin travmaya bağlı olduğunu ortaya koymuştur. Gözüne yönelik başka bir travma olmadığını belirten hastanın yapılan ameliyatı esnasında sol aponevrozun tarsan ayrılmış olduğu ve lakrimal glandın prolabe olduğu gözlenmiştir. Göze sert bir cisimle vurma veya yumruk atma sonucu göz kapağında bu tür hasarlar oluşabilmektedir. Eldeki mevcut göz altı öncesi fotoğraflarda hastada ptoz-göz kapağında düşme olmayışı, olay sonrası fotoğraflarda gittikçe belirgin hale gelen ve yapılan muayenelerle de ortaya konulan ptoz, travma zamanını doğrulamaktadır. Aponevroz, göz kapağını tutan bağdaki bu yırtılma travmatik kökenli olup, kişinin olaydan hemen önce çekilmiş fotoğraflarında mevcut olması da dikkate alındığında, olay tarihinde maruz kaldığını bildirdiği travmalar ile ilişkili olacağı düşünülmüştür.

Şahsa uygulandığı belirtilen tehdit ve hakaretler ile fiziksel şiddet yöntemlerinin kişilerin ruhsal durumu üzerindeki etkilerinin de insan eliyle gerçekleştirilen travma olgularında mutlaka değerlendirilmesi gerekmektedir. Yapılmış konu ile ilgili araştırmalarda, bu tür travmalara maruz kalan olgularda psikiyatrik değerlendirme sonuçlarının travma türü ve tanısı konusunda değerli bulgular elde edilmesine olanak sağladığı bildirilmektedir. Muayene ve görüşmeler sırasında belirtmiş olduğu psikolojik yakınmaları da göz önünde bulundurularak psikiyatri konsültasyonu ile değerlendirildiğinde moodun depresif, afektin hüznünlü, dikkat ve konsantrasyonda azalma depresif temalı düşünceler, olaya dair duygu durum içeriği, flash back ler tespit edilmiş sonuçta travma sonrası stres bozukluğu ve major depresyon tanısı alan hastanın maruz kaldığını bildirdiği işkence anlatımı ve muayene bulgularının uyumlu olduğu değerlendirilmiştir.

1-) Muayenesinde saptanan ve yapılan cerrahi operasyonda da açıkça tespit edilen sol üst göz kapağında ptoz, tarstan ayrılmış aponevroz ve lakrimal gland prolapsusunun, saçlı deri aponevrozundaki yapışıklıkların tekrarlayan ve kronik bir travmatik değişim olduğu, öyküde tanımlanan 7 yıl önce göz altında maruz kaldığı travmalarla uyumlu bulunduğu,

2-) Ruhsal durumuna ilişkin muayene sırasında aktardıkları ve psikiyatri konsültasyonunda tanımlanan travma sonrası stres bozukluğu ve major depresyonun niteliği itibariyle benzer şekilde öyküde tanımlanan göz altı süreci ve maruz kaldığını iddia ettiği travmalar ile uyumluluk gösterdiği,

3-) Saptanan tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde fiziksel ve ruhsal muayene bulgularının tümünün 7 yıl önce yaşamış olduğunu belirttiği göz altı süreçleri ve işkence öyküsü ile uyumlu bulunduğu,

4-) Öyküde tanımlanan travmalar ile uyumlu bulunan sol üst göz kapağındaki travmatik ptozis, tarstan ayrılmış aponevroz, lakrimal gland prolapsusu, saçlı deri aponevrozunda yapışıklıklar, travma

sonrası stres bozukluğu ve major depresyona neden olan yaralanmasının;

Kişinin yaşamını tehlikeye sokmadığı, basit tıbbi müdahale ile gidilemeyecek nitelikte olduğu, yüz bölgesinde olan göz kapağında düşüklikle kendisini gösteren yaralanmasının yüzde sabit iz niteliği taşıdığı, travma sonrası stres bozukluğu ve major depresyonun algılama yeteneğini bozduğu, vücudunda kemik kırığı tespit edilmediği, sağlığında ve algılama yeteneğinde bozulmaya yol açan travma sonrası stres bozukluğu ve major depresyonun kalıcı hastalık yönünden ve uzun süreli izlem sonrası yeniden değerlendirilmesinin uygun olacağı kanaatini bildirir değerlendirme raporudur.

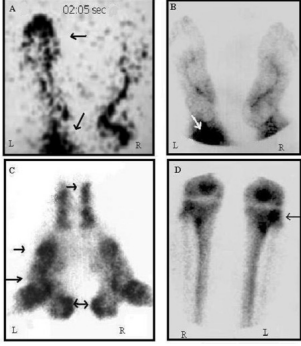
OLGU 3:

....

Öyküsünde tanımladığı falaka uygulamasının ardından yapılan muayenelerde herhangi bir dış muayene bulgusu tanımlanamamaktadır. Sistemik yakınmaları içinde ayrıca solunum sistemi ve böbrekleri ile ilgili sorunu olduğu belirtilmiş ve muayene tutanaklarına bu yakınmaları kaydedilmiştir. Avukatı ile görüştüğünden sonra sevkle getirildiği ... Hastanesinde MRI ve sintigrafik ileri incelemeler gerçekleştirilmiş, MRI normal sınırlarda değerlendirilmiştir. Sintigrafi incelemesinde ise gerek yumuşak doku gerekse kemik dokuyu değerlendirmeye olanak sağlayan dinamik ve statik yöntemlerden yararlanılmıştır.

Her iki ayak bölgelerinden alınan dinamik kan akımı, kan havuzu, 4 saat sonra geç statik ve anterior posterior tüm vücut görüntülerinin incelenmesinde; her iki ayak bölgesinde kan akımının normal olduğu, kan havuzu fazında sol tibia alt uç ve ayak bileği bölgesinde artmış aktivite tutulumu izlendiği, geç statik görüntülerde; bilateral tibia alt uçları, kalkaneus plantar yüzlerinde, sağ ayakta daha belirgin olmak üzere 1. parmak kemiklerinde artmış radyofarmasötik tutulumu, sol tibia fibula eklem bölgesinde ve fibula üst ucunda artmış

radyofarmasötik tutulumu görüldüğü, ayrıca her iki böbreğin hafifçe belirginleştiği belirtilmektedir. Bu tanımlanan değişimler öncelikle kişinin ayak ve ayak bileği bölgelerine yönelik yinelenen bir travmanın varlığını göstermektedir. Böbreklerde de, yakınmaları ile uyumlu olabilecek bir belirginleşme önemlidir.



Gerek dinamik, gerekse statik sintigrafi, organizmanın yaralanmaya yanıtını göstermesi açısından çok değerli veriler sunmaktadır. Kemik dokudaki hasarın onarım süreci ve hasar düzeyi yönünden statik sintigrafi travma varlığını ve niteliğini gösteren önemli bir bulgudur. Kemik doku hasarının onarım sürecinde, hasarlı hücrelerin bölgeden uzaklaştırılması ve hücre yenilenmesine bağlı etkinlik artışı, statik sintigrafide yaralanmadan 3-4 gün sonra başlayıp uzun yıllar boyunca izlenebilmektedir. Travma niteliği itibarıyla, kemik dokuda hasar meydana getirebilecek şiddette, kırık gibi bir yaralanma ile ortaya çıkabileceği gibi, aynı bölgeye kırık oluşturmayacak ve fakat yineleyen travmalar sonucunda kemik doku içine kanama ile bu hasarlanmanın iyileştirilmesi sürecinde de ortaya çıkabilmektedir. Bu sintigrafi bulguları ile karşılaşıldığında, hastanın osteomyelit gibi bir kemik iltihaplanması olup olmadığı, yineleyen travmalar açısından yaşam alışkanlıkları, örneğin maraton koşusu gibi uzun mesafe koşu alışkanlığı olup olmadığı yönünden ayırıcı tanı yapılması da gerekemekle birlikte, hastanın bu bilgilerine ulaşlamamıştır. Ancak hastanın dinamik sintigrafi bulguları ayırıcı tanı için statik sintigrafi ile birlikte değerlendirildiğinde daha aydınlatıcıdır. Her ne kadar bu bulguların travmatik olduğunu tanımlarken, travma zamanının bilinemeyeceğini belirtmiş ise de, dinamik ve statik sintigrafi bulguları birlikte değerlendirildiğinde, yara iyileşmesi prensip-

lerinden yola çıkılarak bir zaman dilimi tanımlamanın elde edilen verilerle olanaklı olabileceğini düşündürmektedir.

Yara iyileşmesi ve onarım sürecinin önemli basamaklarından biri enflamasyon adı verilen aşamadır. Bu süreç akut ve kronik olarak 2 farklı seyir izleyebilir. Özellikle tekrarlayan hasarlarda kronik enflamasyon sürecinin işlediği ve doku onarımının aylarla ifade edilebileceği, bu dönemde angiogenezis adı verilen hasarlı bölgede damarlanma ve kanlanma artışı olacağı bilinmektedir. Dinamik sintigrafinin özelliği, kan akımı ve kan havuzu artışının görülmesidir. Sintigrafi raporunda da belirtildiği üzere, bu bölgede kanlanma artışını gösteren tutulum saptanmıştır.

Tüm bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, yumuşak doku ve kemik lezyonlarının kişinin öyküsünde tanımladığı falaka uygulaması ve tarihi ile uyumlu görülmektedir. Anılan tarihlerde böbreklerinde tanımladığı yakınmaları da, sintigrafi bulguları ile uyum göstermektedir.

Bu falaka öyküsünden önceki yıllarda işkence tanımlaması olmakla birlikte, hasta o döneme ilişkin ayrıntılı bilgi vermemiştir. Ancak, kan havuzu artışı ile uyumlu tutulum lezyonlarının varlığı, ayak bölgesindeki yaralanmaların daha önceki yıllarda maruz kaldığını belirttiği işkence ile uyumlu olabileceğini düşündürmemektedir. Kemik dokuda var olan tutulum artışında, önceden de bu bölgeye travma almış olabileceği düşünülebilirse de, kanlanma artışının aylarla sınırlanabilecek yeni bir travmanın varlığı anlamına geleceği kabul edilmelidir.

3 gün boyunca gözaltında işkence gördüğü iddiası ile başvuran avukatı aracılığıyla sunduğu dosya içerisindeki belgelerin incelenmesinde,

- 1- Dinamik ve statik sintigrafide saptanan bulguların ayak-ayak bileği bölgesine yönelik travmaya maruz kaldığını gösterdiği,
- 2- Özellikle dinamik sintigrafide saptanan kanlanma artışının ancak aylarla ifade edilebilecek bir zaman dilimi içinde maruz kaldığı travma sonucu varlığının mümkün olacağı, dolayısıyla öyküsünde ta-

- nımladığı ve sintigrafi çekilmeden yaklaşık üç buçuk ay önce maruz kaldığını belirttiği falaka uygulaması ile sintigrafi bulgularının uyumlu olduğu,
- 3- MRI incelemesinde bu değişimlerin görülmeyebileceği, ancak bu belge incelemeye sunulmadığından yorum yapma olanağı bulunmadığı kanaatini bildirir değerlendirme raporudur.

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|----|
| ÖNSÖZ | 3 |
| İŞKENCE İÇİN TIBBİ DEĞERLENDİRME EL KİTABI GİRİŞ | 5 |
| I. BÖLÜM GÖRÜŞME İLKELERİ GENEL YAKLAŞIM | 7 |
| GÖRÜŞME – ETİK VE KLİNİK DEĞERLENDİRMELER GİZLİLİK VE AYDINLATILMIŞ ONAM | 14 |
| MAHREMİYET | 14 |
| EMNİYET VE GÜVENLİK | 15 |
| TIBBİ ÖYKÜ ALMA | 15 |
| II. BÖLÜM GENEL BEDEN MUAYENESİ | 17 |
| FİZİK BULGULAR | 17 |
| SİSTEM MUAYENELERİ | 22 |
| FİZİKSEL BULGU SAPTANABİLECEK İŞKENCE YÖNTEMLERİ KABA DAYAK | 28 |
| AŞIRI GÜÇ KULLANIMI | 30 |
| FALAKA | 33 |
| ELEKTRİK AKIMI UYGULANMASI | 36 |
| ASKI ve POZİSYONEL İŞKENCE | 39 |
| HAVASIZ BIRAKMA / BOĞMA (ASFİKSİ) | 43 |
| CİNSEL İŞKENCE - KADIN | 45 |
| CİNSEL İŞKENCE - ERKEK | 49 |
| FİZİKSEL TRAVMA OLMAKSIZIN YAPILAN İŞKENCE VE KÖTÜ MUAMELELER | 52 |

| | |
|---|-----|
| FOTOĞRAFLAMA İLKELERİ | 53 |
| KONSÜLTASYONLARA İLİŞKİN GENEL İLKELER | 55 |
| II. BÖLÜM İÇİN YARARLANILAN KAYNAKLAR | 56 |
| BÖLÜM III | |
| RUHSAL DEĞERLENDİRME VE RUHSAL DELİLLER | 59 |
| İŞKENCE ve KÖTÜ MUAMELE İDDİALARININ TIBBİ SORUŞTURMASI VE BELGELENMESİNDE RUHSAL DEĞERLENDİRMENİN MERKEZİ ROLÜ | 59 |
| İŞKENCE ve KÖTÜ MUAMELELERİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİ | 62 |
| PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRMENİN BİLEŞENLERİ: | 65 |
| İŞKENCE ve KÖTÜ MUAMELELERİN YOL AÇTIĞI RUHSAL TABLOYU ETKİLEYEN FAKTÖRLER | 76 |
| İŞKENCE VE KÖTÜ MUAMELEYE BAĞLI OLARAK SIK GÖRÜLEN PSİKOLOJİK YAKINMA VE SEMPTOMLAR | 80 |
| İŞKENCE VE KÖTÜ MUAMELEYLE İLİŞKİLİ OLARAK SIK KULLANILAN TANI KATEGORİLERİ | 86 |
| BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ VE YORUMLANMASI-KLİNİK İZLENİM | 90 |
| III. BÖLÜM İÇİN YARARLANILAN KAYNAKLAR VE BİBLİYOGRAFYA | 97 |
| KİTAPLAR VE KILAVUZLAR | 105 |
| IV. BÖLÜM | |
| BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ | 107 |
| RAPOR ÖRNEKLERİ: | 111 |
| OLGU 1: | 111 |
| OLGU 2: | 113 |
| OLGU 3: | 115 |