
TİHV
Türkiye İnsan Hakları Vakfı

Tedavi ve Rehabilitasyon

Merkezleri Raporu

1994

Türkiye İnsan Hakları Vakfı Yayınları (11)
Kapak Resmi: Abidin Dino
Kapak Tasarımı: Ferhat Babacan
Baskı & Cilt: Pelin Ofset Ltd. Şti., Ankara

TÜRKİYE İNSAN HAKLARI VAKFI
Menekşe 2 Sokak 16/6-7 Kızılay, 06440 - ANKARA/TÜRKİYE
Tel: (90-312) 417 71 80 Faks: (90-312) 425 45 52

ISBN 975-7217-06-9

Tedavi ve Rehabilitasyon

Türkiye İnsan Hakları Vakfı, Türk Medeni Yasası'na göre kurulmuş, hükümet dışı ve bağımsız bir kuruluştur.
Statüsü 30 Aralık 1990 tarihli ve 20741 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.



TIHV
Türkiye İnsan Hakları Vakfı

TEDAVİ ve REHABİLİTASYON
MERKEZLERİ RAPORU
1994

Ankara, Kasım 1995

Bu yayın Avrupa Topluluğu Komisyonu'nun
maddi desteğiyle hazırlanmış ve bastırılmıştır.



TEDAVİ ve REHABİLİTASYON
MERKEZLERİ RAPORU
1994

English version of
Treatment and Rehabilitation Centers Report-1994
is available at the HRFT.

İÇİNDEKİLER

İçindekiler	5
Sunuş	7
<i>O.Akhan</i>	
1994 Yılı'nın Ardından	9
<i>Y.Önen</i>	
1994 Değerlendirme Sonuçları	17

İŞKENCE ve İŞKENCENİN SONUÇLARIYLA İLGİLİ BİLİMSEL ÇALIŞMALAR

İşkencenin Bazı Psikolojik Boyutları Üzerine Bir Araştırma	45
<i>Ş. Duruarı, C. Tek, M. E. Önder</i>	
İşkencenin Psikolojik Etkilerine Yönelik Psikoterapi Yaklaşımları	55
<i>E. Kantemir</i>	
Cinselliğin İşkencede Kullanımı ve Anlamı	71
<i>Ş. Yüksel</i>	

Cezaevlerinde Ortaya Çıkan Psikiyatrik Bozukluklar: Ön Çalışma	83
<i>P. Geyran</i>	
Önceki İşkencenin Delili Olarak Kemik Sintigrafisi: 62 Hastadan Deliller	91
<i>V. Lök, M. Tunca, E. Kapkın, V. Turnaklı, G. Dirik, F. Öztop, Y. Bolat, T. Baykal</i>	
Deride Elektrik İşkencesi İzleri	97
<i>F. Öztop, V. Lök, T. Baykal, M. Tunca</i>	
İşkencede Tıbbi Rapor Düzenlenmesi	105
<i>O. Süren</i>	

SUNUŞ

Okan Akhan*

TİHV kurulduğundan bu yana işkence görenlere yönelik tedavi hizmetleri vermektedir. Bu amaçla 1990 yılında Ankara'da, 1991 yılında İzmir ve İstanbul'da, 1995 yılında ise Adana'da gerekli temsilcilikleri oluşturmuştur. Vakfımız'a başvuran kişilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarının çözümü için, profesyonel ve gönüllü ekipler hizmet vermektedir. 1990 yılında 40, 1991 yılında 238, 1992 yılında 393 ve 1993 yılında 323 kişi Temsilciliklerimize başvurmuştur.

Türkiye İnsan Hakları Vakfı tedavi projelerinin 1994 yılı çalışma sonuçlarını içeren bu rapor geçmiş yıllarda olduğu gibi Türkçe ve İngilizce olarak iki dilde kitap haline getirilmiştir. İki bölümden oluşan rapor TİHV Dokümantasyon Merkezi'nin olanakları çerçevesinde yayına hazırlanmış ve bastırılmıştır.

Raporun ilk yazısında TİHV Başkanı Yavuz Önen, insan hakları açısından 1994 yılını değerlendirmekte ve Türkiye'nin vahim insan hakları tablosunu göz önüne sermektedir. Bu tablonun iç karartıcı ayrıntılarının, sizleri de etkileyeceğini ve düşündürteceğini biliyoruz.

Rapordaki ikinci yazı, 1994 yılında Vakıf'ın sağlık çalışmalarının dökümünü sunmaktadır. Bu döküm, Ankara, İstanbul ve İzmir illerindeki TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne işkenceye bağlı şikayetleri nedeniyle başvuran kişiler hakkında bilgi ve yorumları içermektedir. 1994 yılında Vakfımız'a üç ilde toplam 472 başvuru olmuştur. Bu başvurulara fiziksel, ruhsal ve sosyal değerlendirmeler ışığında yardımcı olabilecek bütün yöntemler kullanılmaya çalışılmıştır.

* Doç. Dr., TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Koordinatörü

Verilen hizmetin kalitesinin artırılması için çabalarımızın yoğunlaştırılacağı bir döneme girilmektedir. Bu türden bir çabanın tıbbi, insani, siyasal ve sosyal gerekçeleri olduğuna inanıyoruz.

Raporun ikinci bölümünde, 1994 yılında Vakıf çalışanları ve gönüllüleri tarafından yapılan bilimsel çalışmalar sunulmaktadır. Tedavi süreçlerinden elde edilen gözlem ve deneyimlerin bir kısmı bilgi haline getirilmiştir. Önümüzdeki dönemde daha fazla bilgi üretilerek, bu konudaki uluslararası birikime katkıda bulunmak önemli hedeflerimizden biridir.

TİHV'nın tıbbi projelerine profesyonel ve gönüllü olarak katılan 250'den fazla pratisyen hekim, değişik alanlarda uzman hekim, psikiyatrist, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı bulunmaktadır. Vakfın tıbbi alanlardaki çalışmaları ve bu rapor, ülkenin değişik kentlerinde yaşayan bu grubun eseridir. Bu sürece katkıda bulunan tüm sağlık çalışanlarına, çalışmalarımızın başından beri destek veren İnsan Hakları Derneği Genel Merkezi ve şubeleri ile Türk Tabipleri Birliği ve yerel tabip odalarına şükranlarımızı sunarız.

Ankara, Kasım 1995

"TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu-1994,, 250 bin lira ya da bu miktarda posta pulu karşılığında "TİHV Menekşe (2) Sokak No: 16/6 Kızılay-Ankara,, adresinden alınabilir/istenebilir.

1994 YILININ ARDINDAN

Yavuz Önen

1994 yılı da geçen yıllardan özde farkı olmayan bir şekilde geçti. İnsan haklarını koruma, kollama ve geliştirmeye yönelik bir çaba ya da ihlal edenlere karşı bir soruşturma gözlemleyemedik. Sistematik ve yaygın işkence uygulamaları, yargısız infazlar, faili meçhul cinayetler, kaybolmalar, yazılan yazıların, yapılan konuşmaların düşünce açıklama özgürlüğünün terörle özdeşleştirilmesi sonucu başta "Terörle Mücadele Yasası"nın 8. maddesi uyarınca olmak üzere kovuşturmaya uğraması, Olağanüstü Hal Bölgesi'nde sivil halka yönelik -güvenlik güçlerinin ya da silahlı grupların- neden olduğu hak ihlalleri, köy boşaltma/yakmalar, zorla göçettirme, operasyonlar sırasında ev eşyalarının tahribi, gıda maddelerinin kullanılamaz hale getirilmesi, tarım ve hayvancılığın engellenmesi, hayvanların öldürülmesi, ormanların yakılması, köylerin, mezraların karadan ya da havadan bombalanması devam etti.

Geçen dönemin en önemli olaylarından biri de DEP'li milletvekillerinin dokunulmazlıklarının kaldırılması, partinin Anayasa Mahkemesi tarafından kapatılması ve "parlamentelelerinin PKK üyesi olduğuna" dair Başbakan Çiller'in ağızından dile gelen tezin DGM ve üst mahkemece kabul edilmesidir. Yargı kararının kesinleşmesinden sonra parlamentelelerin bir kısmı yurtdışına gitmiş, ağır ceza alan diğerleri de cezaevine kapatılmıştır. Böylece Kürt sorununun politik alanda tartışılmasının önü tıkanmak ve "bu sorunun dile getirilmesinin bölücü silahlı eylemle özdeşleştirileceği" mesajı verilmek istenmiştir.

Vakfımız'ın belirlemelerine göre; 1994 yılında, yukarıda özetlenen ihlallerin, yaşanan şiddetli çatışma ortamının, silahlı-bombalı saldırıların sonucunda yaşamını yitirenlerin sayısı ülke çapında toplam 4.041 kişiye ulaştı. (Bu sayının büyük bir bölümü Olağanüstü Hal Bölgesi'ne aittir.) 1000 kadar köy ve mezra boşaltıldı ya da yakıldı.

Tunceli'deki köy boşaltma ve yakma olayları, insan haklarından sorumlu Devlet Bakanı Azimet Köylüoğlu tarafından "devlet terörü" olarak nitelendirildi. Bu olaylar sonucunda 2-3 milyon kişi yıllardır yaşadıkları kültür ortamlarından, topraklarından sökülüp atıldı. Kent merkezleri Kürtlerin göç dalgasına uğradı. Bu merkezlerde, işsiz, sağlık, eğitim, beslenme, barınma ve can güvenliğinden yoksun büyük bir kitle dramatik bir süreç yaşıyor. Türkiye, sınırları dışına (Irak'ın kuzeyine) yapılan kitlesel bir göçe de (20 bin kişi) tanık oldu.

Türkiye çapında yaşanan -yarıdan fazlasını PKK militanlarının düzenlediği- sivillere ve savunmasız insanlara yönelik silahlı-bombalı saldırılar sonucunda 37'si çocuk, 192 kişi öldü. Savunmasız kişilere ve sivil hedeflere yönelik saldırılar toplumdaki nefreti, ırkçı-şoven eğilimleri arttırdı. Önemli bir bölümü PKK militanları ile bazı sol silahlı gruplar tarafından öğretmen ve diğer kamu görevlileri, devlete ait inşaatlarda çalışan işçiler, parti üyeleri, itiraflılar, köy korucuları ile "ajanlık yaptıkları" öne sürülen ya da "devlet yanlısı" olarak tanımlanan bazı kişilere karşı düzenlenen saldırı ve suikastler sonucunda ölenlerin sayısı ise 218 kişiye ulaştı.

Olağanüstü Hal Bölgesi'nde görev yapan 33 öğretmen bir kısmını (24) PKK'nin üstlendiği, bir kısmı da faili meçhul kalan saldırılar sonucunda öldürüldü. 33 öğretmenin yanısıra, bölgede görev yapan 7 sağlık görevlisi de uğradığı saldırı sonucunda yaşamını yitirdi. Faili meçhul cinayetler sonucunda büyük bölümü Olağanüstü Hal Bölgesi'nde, 423 kişi öldü. Güvenlik görevlilerinin "yargısız infaz" olarak değerlendirilen uygulamaları sonucunda 129 kişi öldürüldü. Gözaltında ve cezaevlerinde 34 kişi şüpheli biçimde ya da gördüğü işkence sonucunda yaşamını yitirdi. İşkence sonucu ölüm olaylarının yanısıra ortadan kaybolmaların da önüne geçilemedi. Yıl boyunca, gözaltına alındığı ya da güvenlik görevlileri tarafından götürüldüğü konusunda son derece ciddi delil ve tanık anlatımları bulunan 49 kişi ortadan kayboldu. İşkence sonucu ölüm ve kaybolma olaylarında daha önceki yıllara göre büyük artış oldu.

Düşünce, basın ve inanç özgürlüğü büyük çaplı baskıya uğradı. Muhafız yayın organlarına karşı sert/yasal önlemler ve saldırılar düzenlendi. Baskıların en büyük hedefi Özgür Ülke gazetesi oldu. Merkezleri bombalandı, yayın yapamaz hale getirildi. 2 gazete çalışanı öldürüldü. Düşüncelerinden dolayı 45'i hükümlü, 102'si tutuklu (gazeteci, yazar, yayıncı), 8'i milletvekili, 17'si parti yetkilisi olmak üzere 172 kişi cezaevine girdi. Gazeteci ve yazarlara verilen hapis cezalarının toplamı 448 yıl 6 ay 25 günü, para cezalarının toplamı ise 71 milyar 614 milyon 945 bin lirayı buldu.

Bu vahim tabloyu, bu çarpıcı rakamları uzatmak olanaklı. Dokümantasyon Merkezimiz'in 1994 yılına ilişkin olarak hazırladığı insan hakları raporunda bu vahim insan hakları bilançosunun ayrıntıları ve bu konudaki örnekler yer almaktadır.

Vakfımız'ın iki temel çalışma alanındaki gelişmelere de kısaca değinmek gerekirse; günlük raporlarımızla insan hakları ihlallerini abonelerimize ve ilgililere duyurduk. Ülke içinden ve dışından gelen, uğraş alanlarımızla ilgili sorulara yazılı, sözlü yanıtlar verdik. 1994 uluslararası ilişkilerimiz açısından yoğun geçti. Resmi, sivil pek çok kişi ve grupla görüşmelerimiz oldu. Dokümantasyon Merkezimiz'in hazırladığı İngilizce ve Türkçe yayınlar yaptık. İşkencenin, 1980 askeri darbesinden 1994 yılına kadar olan

süre içindeki uygulanması ve çok yönlü sonuçları üzerine bir işkence raporu (İşkence Dosyası-12 Eylül 1980/1994) yayımlandı. Yıl sonuna doğru, Olağanüstü Hal Bölgesi'ndeki öğretmenlere yönelik saldırı ve öldürmeleri konu alan bir raporumuz (Olağanüstü Hal Bölgesi'nde Eğitim-1984/1994) çıktı. Bir yıl boyunca Ankara, İstanbul ve İzmir'deki Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerimiz'de 472 işkence kurbanına el uzattık. Vakfımız'ın bu çalışması halka yönelik en onur kırıcı şiddet uygulamalarına karşı bir çabadır. Bu çabamız, hekim, psikolog, psikiyatrist ve sosyal hizmet uzmanlarından oluşan 250 kişilik bir gönüllü grubun destek ve katkılarıyla sürmektedir.

Tedavi hizmetlerimizin yaygınlaşması ve nicel büyümesinin sağlanması için 1994 yılı sonlarında önemli bir adım attık. Adana'da, 1994 yılı başında başlattığımız "Beş Şehir Projesi"nin devamı olarak, TİHV Temsilciliği'ni kurduk. Temsilciliğin 4 Şubat 1995'de yapılan açılış törenine insan haklarından sorumlu Devlet Bakanı Azimet Köylüoğlu, Adana Valisi Naci Parmaksız, Avrupa Birliği Ankara Temsilci Yardımcısı Jörg Ketelsen, IRCT Başkan Yardımcısı Prof. Eric Holst, Almanya'dan Dr. Zepp Grassmann, Alman Frederich Nauman Vakfı Temsilcisi Wilhelm Hummen, İngiltere Büyükelçiliği Basın Müşaviri Owen Jenkins, Stockholm'deki İşkence Gören Mülteciler İçin Merkez Temsilcisi Per Stadig, Türkiye İnsan Hakları Dayanışma Komitesi Temsilcileri (İsveç) Lars Odefors ve Albert Foneme, İHD Genel Başkanı Akın Birdal, İHD İzmir Şubesi Başkanı Yeşim İşlegen ve İHD Adana Şube Başkanı Öcal Ata ile siyasi partilerin, sendikaların ve demokratik kitle örgütlerinin temsilcileri katıldı.

Çalışmalarımız iç ve dış kamuoyunda önemli etkiler yaptı. Bu etkilerin olumlu sonuçları olarak, TİHV'ye bazı ödüller verildi. Ödüller sırasıyla şöyle: International Helsinki Federation for Human Rights (Uluslararası Helsinki İnsan Hakları Federasyonu) Andrei Sakharov Ödülü, Lawyers Committee for Human Rights Roger Baldwin Medal of Liberty Ödülü, International Human Rights Law Group Partners Ödülü, Çağdaş Gazeteciler Derneği Yönetim Kurulu 1994 Onur Ödülü.

Uluslararası kuruluşların tedavi-dokümantasyon çalışmalarına desteği devam etti. Birleşmiş Milletler İşkence Kurbanları için Gönüllü Fonu, Avrupa Topluluğu Komisyonu, İsveç Kızılhaç İşkence Tedavi Merkezi ve John Merck Fund'dan ibaret olan bu kurumlar ile geleceğe ait projelerimizi ilgilendiren görüşmelerimiz devam ediyor.

Çalışmalarımıza bir yanıt da Ankara DGM Savcılığı'ndan geldi. Yayımladığımız, 1980-1994 dönemine ilişkin işkence raporu soruşturmaya uğradı. Benim ve Yönetim Kurulu üyemiz Fevzi Argun'un hakkında, "yazılarımızda bölücülük propagandası yaptığımız" iddiasıyla "Terörle Mücadele Yasası"nın 8. maddesi uyarınca 2 ile 5 yıl arasında hapis, 100 milyon lira da para cezası istemiyle dava açıldı. Duruşmalarımız, yayımladıkları bir kitap nedeniyle haklarında dava açılan İHD Genel Başkanı Akın Birdal, Genel Sekreteri Hüsnü Öndül, Genel Başkan eski Yardımcısı Sedat Aslantaş ile Yönetim Kurulu Üyesi Erol Anar'ın duruşmasıyla aynı günlere rastladı. Her iki dava aynı gün (13 Ocak 1995) beraatle sonuçlandı. Beraat kararları 1995 Mayıs'ında onaylandı.

Hakkımızda dava açılması, Türkiye içinde ve dışında çeşitli tepkilere yol açtı, pek çok kişi ve kurumun desteğini de beraberinde getirdi. TİHV ve İHD yöneticilerinin duruşmaları, Avrupa Parlamentosu Yeşiller Grubu adına Ali Yurttagül, Alman Yeşiller

Partisi Milletvekili Amke Dieter-Schener, Center for Victims of Torture adına Douglas Johnson, Mark Williams ve Michael Cline, Avrupa Birliği Ankara Temsilcisi Yardımcısı Jörg Ketelsen, bazı ülkelerin diplomatları, International Federation des Droits de l'Homme (Uluslararası İnsan Hakları Federasyonu), Amnesty International (Uluslararası Af Örgütü) ve Centre for the Independence of Judges and Lawyers'ın temsilcileri ile TIHV yönetici ve çalışanları, İHD yönetici ve üyeleri, milletvekilleri, siyasi parti ve demokratik kitle örgütlerinin yöneticileri tarafından izlendi. TIHV ve İHD yöneticilerinin yargılandığı davaların karar duruşmalarında ise Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin temsilcileri (ortak kararlar) duruşma salonundaydılar. ABD ve Rusya Büyükelçilik temsilcileri de duruşmayı izleyenler arasında yer aldılar.

Gösterilen yakın desteğe, bizi yalnız bırakmayan uluslararası kuruluşlara ve yargılama sürecinde bizle birlikte olan herkese teşekkür ediyoruz.

Çalışmalarımıza gelen yanıtlar, DGM Savcılığı'nın tepkisiyle sınırlı kalmadı. Özellikle TIHV'nin ve İHD'nin uluslararası ilişkileri çok değişik çevrelerin eleştirilerine hedef oldu. Bazı gazete ve televizyonlarda yazan/konuşan gazeteciler ve politikacılar, hükümet sözcüleriyle ağız birliği yaparak insan hakları savunucularının saygınlığına gölge düşürmek için demeçler verdiler.

Son günlerde sıkça dile getirilen, gelişmiş ülke hükümetlerinin ve onlara bağlı istihbarat örgütlerinin etki alanına girme tehlikesi ve riski yalnız insan hakları alanında değil -özellikle- siyasal ve sendikal örgütlenmelerde de söz konusudur. Bizler, uluslararası insan hakları alanında oluşmuş hukuksal ve kurumsal altyapı içinde yer almaya devam edeceğiz. Bağımsız konumumuzu devam ettireceğiz. Bize eleştiri yönelten bazı siyasal ve sendikal çevrelerin kendi ideolojik ve fiili ilişkileri ile bağımlılıklarını gözden geçirmeleri ve değiştirmeleri daha yararlı olacaktır.

İnsan haklarını savunma, koruma ve geliştirme çabamız ve ihlallere karşı mücadelelerimiz kuşkusuz "politik" bir içerik taşımaktadır. İhlallere karşı çıkmak devletin değişik uygulamalarına eleştiri getirmek ve devletin sorumluluğunun altını çizmek, hükümeti gerekli önlemleri almaya davet etmek, ister istemez "politik" bir içeriğe muhalefet misyonunu da yüklüyor. TIHV, insan hakları ihlallerini dokümanle ederek, işkenceyi teşhir ederek, yaygın ve sistematik bir uygulama olarak niteleyerek, işkence kurbanlarını tedavi ederek, insan hakları savunuculuğu gibi ülkemizde genel olarak pek hoş karşılanmayan misyonuna, "politikliği" ve "muhalefeti" de ekliyor.

Vakfımız etkinlikleriyle kamuoyunu bilgilendirmekte, görevlileri, resmi çevreleri, hükümeti uyarmaktadır. Başbakan'ın bile, "Bana işkencesiz sorgulama yöntemi bulunuz ve karakollardan işkence aletlerini kaldırınız." biçimindeki açıklamalarına tanık olduk. Bu, o güne kadar hep inkar edilen işkencenin sistematik biçimde uygulandığının kabulü idi. Böylece insan haklarının korunması ve geliştirilmesi temel amacımıza uygun sonuçlar aldığımız açıkça ortadadır. Ama bu yeterli değildir. Etkinlik ve çalışmalarımız, "işkencenin ortadan kaldırılmasına" yöneliktir.

Kapsamlı çalışmalarımız "muhalefetin" hemen her çeşidinin baskı altında tutulduğu Türkiye'de resmi çevreleri pek rahatsız etmektedir. Önce sosyal demokratları

koalisyon hükümetine ortak ederek; sonra da Kürtleri, DEP'i kapatıp, milletvekillerini "PKK'nin uzantısı" savıyla parlamento dışına, cezaevine ve yabancı ülkelere göndererek susturdular. Sıra, sözde sivil, özde ondört yıllık askeri rejimin uzantısı yönetimlerin katkıları ve resmi ideolojinin etkin propagandasıyla susturulmuş bir toplumda muhalif bir ses olarak kalan insan hakları kuruluşlarına geldi. Açılan davalar ve başlatılan suçlama kampanyaları bu nedenle gündemde. TİHV olarak, ülke içinde insan hakları ihlalleri dokümantasyonunu ve işkence kurbanlarının tedavisini, ayrıca ülke içinde ve dışında oluşmuş ilişkilerimizi sürdürüyoruz. Bu çalışmalarımız iddiaların aksine, topluma da ülkeye de yararlıdır. İnsan haklarının evrenselliği ve bütünselliği ilkesi doğrudur ve hükümetler dışı sivil toplum örgütlenmesi kadın, çocuk, çevre ve benzeri alanlarda olduğu gibi insan hakları alanında da uluslararası bir altyapı oluşturmaktadır.

İnsan haklarına yönelik eleştiri ve baskıların oluştuğu Türkiye ortamı, dinci ve milliyetçi akımların egemenliğinde yaratıldı. Bu ortamda, 1992 yılında öldürülen polis ve askerlerin cenaze törenlerinde "Kahrolsun insan hakları!" sloganıyla bize karşı dile getirilmeye başlanan tepkiler, 1994'lerde uluslararası alanda şahlanmış bir şovenizme ulaştı. Artık futbol maçları bile milliyetçiliği bir paranoyaya dönüştürmektedir. Türk takımlarının kazandığı başarılarından sonraki kutlamalar sokak gösterilerine ve silahların patladığı ırkçı-şoven gösterilere dönüştü. Çevreye rasgele ateş açılması sonucunda ölenler, yaralananlar oldu.

Türkiye'nin bu ortamında insan haklarından, temel hak ve özgürlüklerden, demokrasiden, barıştan ve hele hele Kürt sorunundan ve barışçıl siyasi çözümden söz etmek, genellikle tepkilere neden olmaktadır. Demokratikleşme paketleri bu nedenle koalisyon hükümeti tarafından, yapılan tüm vaatlere karşın bir türlü uygulamaya konulamamıştır. Parlamento'da oluşmuş, 1970'li yılların milliyetçi cephesini anımsatan ırkçı-şoven-şeriatçı ittifak, demokratikleşmenin önündeki büyük engellerden biridir. Ülke içinde kurumsallaşan faşist ideolojiyi besleyen ve güçlendiren en önemli etken, dünyanın çeşitli noktalarında yaşanan savaşlardır. Bosna Hersek'te Sırp'ların insanlık dışı uygulamalarının Avrupa'nın yanibaşında pervasızca sürmesi ve ciddi bir müdahale yapılmaması, Azerbeycan ve Karabağ'daki Ermeni işgalinin devam etmesi, Çeçenistan'ın Rus silahlı kuvvetlerince işgal edilmesi, sorunların zora, şiddete ve silah gücüne dayalı olarak çözümlenmeye çalışılması, Türkiye'de demokrasi söylemini ve demokratikleşme uygulamalarını gündemin dışına itmektir.

Bu ortamda Avrupa Konseyi'nin ve Parlamentosu'nun; insan hakları ihlallerinin sona erdirilmesi, Anayasa'nın değiştirilmesi, "Terörle Mücadele Yasası"nın 8. maddesinin kaldırılması ve DEP'li parlamenterlerin salıverilmesi istemleri statükoyu ve onun yukarıda açıkladığımız savunucularını zora sokmuştur. Bugünkü siyasi kadroların kötü bir sınav vereceğini söylemek pek kehanet sayılmaz. Ayrıca, Avrupa Birliği ve ABD'nin farklı bir konumda olabileceğini de sanmıyoruz. Türkiye'deki anti-demokratik yapıyı sürdürmek için hükümetin alacağı iç ve dış destek, aynı zamanda evrensel insan hakları ve demokrasi hukukunu savunmamak ya da onu tahrip etmekle eşanlamlı olacaktır. Bakalım Türkiye'deki insan hakları Bosna Hersek'deki gibi ayaklar altına alınmaya devam edecek mi?

1994 yılının en belirgin özelliği, Hükümet'in, "1994'ün terör ve bölücülük tehdidinin sona erdirileceği" bir yıl olacağını açıklamasıydı. Yılbaşında yapılan açıklamada verilen süre en son Mayıs-Haziran aylarıydı. 9 Mart'ta yapılan açıklamada "Son tarih Eylül ayıdır." dedi. Yaz aylarında ise, "Yıl sonu biter bu tehdit." dediler. Yıl sonunda, "1995 yılının Mart ve Nisan ayı." dedi. Ancak çatışmalar yaygınlaştı, süreklilik kazandı. Demokratikleşme, "PKK'nin yok edilmesi" koşuluna bağlandı. Böylece Türkiye'deki sivilleşme ve demokratikleşme, Bosna Hersek'te Sırlara, Türkiye'de de PKK'ye bağlı kaldı. Ancak Hükümet'te ve Parlamento'da demokratikleşme konusundaki vaatlere devam edildi.

İnsan hakları mücadelesi etrafında kümelenmiş insanların özelemleri olan demokratikleşme alanında atılacak adımlar ise bellidir. Değişik fırsatlarda Hükümet'e ve Parlamento'ya yaptığımız, kamuoyuna açıkladığımız acil demokratikleşme önerilerimiz şöyledir:

1.İşkence önlenmelidir. Bu amaçla; CMUK yeni baştan ele alınarak, siyasi nitelikli soruşturmalar için de geçerli olmak üzere gözaltına alınanlara avukatıyla, ailesiyle, yakınlarıyla istedikleri anda görüşme hakkı tam olarak tanınmalıdır. Gözaltında tutma süreleri Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'ndeki standartlara uygun hale getirilmelidir. (Uygulamada siyasiler tek kişiye 4 gün, grupsa 15 gün, Olağanüstü Hal Bölgesi'nde ise 30 gün gözaltında kalmaktadırlar.) İşkence suçluları soruşturulmalı, yargı yolu açılmalı ve cezalar caydırıcı olacak bir şekilde ve kısa sürede kararlaştırılmalıdır. Ceza miktarlarında artırıma gidilmelidir. Bu konuda yapılması gereken yasal düzenlemeler için vakit geçirilmemelidir. "Terörle Mücadele Yasası" ve 1913'den beri yürürlükte olan Memurin Muhakematı Hakkındaki Yasa'daki ilgili maddeler kaldırılmalı ya da değiştirilmelidir.

2.Düşünce ve örgütlenme özgürlüğü sağlanmalıdır. Bu amaçla; "Terörle Mücadele Yasası"nın 6. ve 8. maddeleri, Türk Ceza Yasası'nın 155., 158., 159., 312. maddeleri kaldırılmalı ya da değiştirilmelidir. Bu çalışmaya Atatürk'ü Koruma Yasası, Basın Yasası, Küçükleri Muzır Neşriyattan Koruma Yasası ve benzeri yasalar da dahil edilmelidir. "Terörle Mücadele Yasası"nın 6. ve 8. maddeleri ile Türk Ceza Yasası'nın söz konusu maddeleri nedeniyle cezaevlerinde bulunanlar başta olmak üzere tüm düşünce suçluları serbest bırakılmalı, açılmış olan davalar düşürülmelidir. Demokratikleşme süreci başlatılmalıdır. Anayasa'da yapılan değişiklikler yüzeysel kalmış, büyük bir rahatlık sağlamamıştır. Bu nedenle Anayasa değişikliği konusu yeniden ele alınmalıdır. Ayrıca demokratik yaşamı düzenleyen ilgili yasalar değiştirilmelidir. Dernekler, Siyasi Partiler, Seçimlerin Temel Hükümleri, Polis Yetki ve Selahiyetleri, Sendikalar, İş, Toplantı ve Gösteri Yürüyüşleri yasaları ivedi olarak ele alınması ve değiştirilmesi gereken yasalardır. Böylece Koalisyon Hükümeti'nin protokolünde ve programında vaat ettiği değişimler sağlanacak ve Kürt sorunu başta olmak üzere tüm sorunlar tartışılabilecektir.

3.Olağanüstü Hal uygulamasına ve köy koruculuğuna son verilmelidir. Böylece 1991 yılı sonunda iktidarı devralan Koalisyon Hükümeti'nin 1991, 1992, 1993 ve 1994 yıllarında bu konuda verdiği sözler yerine getirilmiş olacaktır.

4.Yıkılan, yakılan köyler yeniden yaşanacak bir ortama dönüştürülmeli, köy ve kasabalar yeniden inşa edilmelidir. Sistemli ve sürekli bir politika olan zorla göç ettirme uygulamasına son verilmelidir.

5.Olağanüstü Hal Bölgesi'nde sivil halka yönelik, çeşitli silahlar kullanılarak yapılan operasyonlara, öldürmelere son verilmelidir.

6.Yaşam hakkı güvence altına alınmalıdır. Yargısız infazlar, kaybolmalar, faili meçhul cinayetler son bulmalıdır. Devlet bu alanda etkin soruşturmalar açmalı, failleri bulmalıdır.

7.Kamu çalışanlarına grevli toplu sözleşmeli sendikal haklar sağlanmalıdır.

8.Cezaevleri insanca yaşanabilir koşullara kavuşturulmalıdır.

Bu önerilerin bir acil iyileştirmeyi amaçladığı açıktır. Sınırlı bir iyileştirmeye razı olmuş durumdayız. Toplumun pasif konumu devam etmektedir. Kürt sorunu ve olağanüstü hal uygulaması ile "devletin ülkesi ve milletiyle bölünmez bütünlüğünü koruma" adı altında başvuru uygulamalar ve yapılan propagandalar, barışın ve demokratikleşme özleminin tepesinde Demokles'in kılıcı gibi durmaktadır. "Toprak bütünlüğü" ve "halkımızın birliği" gibi ulusal ve uluslararası hukukun güvencesi altında olan değerleri koruma ve savunma içgüdüğü yalnız Milli Güvenlik Kurulu'nu, Cumhurbaşkanı'nı, Parlamento'yu, Hükümeti, DGM'lerin savcı ve yargıçlarını, güvenlik güçlerini değil, gecekondudaki, fabrikadaki, bürodaki, tarladaki, sokaktaki insanları, çalışanları ve toplumun büyük bölümünü etkisi altına almakta ve demokratik, barışçı çözüm taleplerimizin, siyasi çözüm önerilerinin kuşkuyla karşılanmasına neden olmakta, herkesi statükoyu korumaya yöneltmektedir. Bu ortamda "sivil" otorite yerini askeri otoriteye devretmektedir.

Bölünme ve parçalanma korkusu aşılmadıkça, sivil düşünce ve yaklaşımlar topluma egemen olmadıkça, demokrasi ve insan hakları istemleri kağıt üzerinde kalmaya devam edecektir. Ancak yaşadığımız on yıllık süreçte, bitmeyen bölünme tehlikesi giderek inandırıcılığını yitirmekte, gerçekliği hakkında kuşku artmaktadır. Ülke ekonomisine ağır darbeler vuran, silah alımını arttıran, enflasyonu körükleyen, halkın yaşam düzeyinin düşmesine, işsiz sayısının artmasına, yatırımların durmasına, insanlar arasında düşmanlığa ve Avrupa ve dünya ile ilişkilerimizin zora girmesine neden olan bu silahlı çatışmanın tüm bu olumsuzluklara karşı sürdürülmesinin kuşkusuz bir mantığı ve gerekçesi vardır. Ancak bu gerekçeler arasında bölünme ve parçalanma tehlikesi en az inandırıcı olanıdır.

Açıkça ortadadır ki, şoven milliyetçi ideoloji ve onun ülke içindeki kurumları yetmiş yıllık programın bir devamı olarak, demokratik gelişimin önünü tıkayabilmiştir. Toplumun demokrat, insan haklarını, evrensel temel hak ve özgürlükleri savunan kesimlerinin 12 Eylül askeri rejimin cenderesinden yakınmasının nedeni budur. Tutucu ve gerici barajı aşabilecek güçlerin demokratik bir ortamda kimliğini geliştirmesi, düşüncesini özgürce ifade etmesi ve bu görüşler etrafında örgütlenmesi, bu nedenle önemlidir. Mevcut Anayasal sistemi ve ona dayalı yasal kurguyu özellikle büyük sermayenin temsilcileri savunmaktadır. Çünkü onlara göre Türki-

ye'ye "liberal demokrasi" zarar verir. "Demokratik bir toplumsal yaşam" tehlikelidir. İş yaşamını düzenleyen, İLO Sözleşmeleri'ne aykırı baskıcı ve sömürücü yasaların değiştirme eğilimleri ile sendikal haklar, asgari ücret, emeklilik, sosyal yardım, işsizlik sigortası gibi sosyal düzenlemeleri, girmeye çaba harcadığımız Avrupa Birliği standartlarına yaklaştırma girişimleri büyük sermayenin temsilcilerinin sert tepkilerine neden olmaktadır. Bu tepkilerin sahipleri her fırsatta açığa çıkarmaya çaba harcadığımız resmi ideolojinin en önemli destekçileridir. Demokratik açılımlara "vize" gerekir ve bunun yetkilileri sermaye temsilcileridir. Bu nedenle bugünün koşullarında toplumdaki güçler dengesi demokrasi güçlerinin ve demokratikleşmenin aleyhindedir ve bu nedenle bu ortamın hükümeti ve parlamentosu ve siyasi partileri toplumun "batı" türünde bir demokrasiye hazır olmadığı savını sürekli gündemde tutmaktadırlar.

Kuşkusuz her ülkenin, her toplumun kendine özgü sosyal, politik, kültürel bir geçmişi vardır ve bu geçmiş güncel sorunlar ile birlikte yaşamaya devam eder. Ancak Türkiye'nin "batı" uygarlığıyla ikiyüz yılı aşkın alışverişi, batı ülkeleri ve tüm dünya ile girdiği ilişkiler, son yıllardaki bilimsel teknolojik değişimlerle ekonomik ilişkilerin hacmi ve hızı kısa zamanda çok mesafe alınabilecek ortamları da hazırlıyor. Türkiye'yi Avrupa ailesi içinde demokrasi özürülü bir konumda tutmak ve topluma bu özürün ağır faturasını ödetmek, Türkiye'yi yönetenlere altından kalkamayacakları ağır, tarihi bir sorumluluk yüklemektedir. Toplumsal dönüşümlere yol açılabilmesi için, kuşkusuz, kafaların içindeki düşüncelerin öncelikle değişmesi gerekmektedir. Bize göre değişime en çok uğraması gereken kafalar Türkiye'yi bugün yönetenlere ait olanlardır. Resmi ideolojinin tezlerinin aksine, toplum; değişmeye, demokratikleşmeye ters yöndeki, ırkçı-şoven-şeriatçı yönlendirmenin çok azı bir çabayla kısa sürede hazırlanabilir.

İnsan hakları alanındaki çabamız, Türkiye'yi Balkanlar'da, Orta Doğu'da, Orta Asya'da, Kafkaslar'da oluşan yeni ortamda demokrat, laik, çağdaş bir dünyanın kurulmasının önemli, saygın ve etkili bir parçası haline getirmek içindir.

Her türlü istek ve önerilerimiz bu kapsamda değerlendirilmelidir.

İnsan hak ve özgürlükleri açısından somut adımların atıldığı, başta yaşama hakkı olmak üzere, insan hakları belgelerinde yazılı olan tüm haklara saygı gösterildiği, insanın insanı öldürmediği, barışın hakim olduğu bir geleceğin yakın olması en büyük dileğimizdir.

Ankara, 10 Eylül 1995

***TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon
Merkezleri Raporu***

1994
Değerlendirme Sonuçları

TİHV TEDAVİ ve REHABİLİTASYON MERKEZLERİ 1994 DEĞERLENDİRME SONUÇLARI

GİRİŞ

Bir insanın başka bir insana belirli amaçlarla ve iradi olarak fiziksel ya da psikolojik acı çektirme eğilimi olarak tanımlanan işkencenin, genellikle bilgi almak, itiraf ettirmek, ceza vermek ya da sindirmek için uygulandığı görülmektedir.

İşkence uygulanmasına karşı çıkan uluslararası sözleşme ve bildirilere karşın veriler, işkencenin birçok ülkede halen bir sorun olduğunu göstermektedir. Türkiye'de de işkence, sistematik bir sorgu yöntemi olarak hemen hemen tüm zanlılara uygulanmakta, işkence yapan ve yaptırınlar korunmakta ve işkence uygulanması kurumsallaştırılmaktadır. Türkiye İnsan Hakları Vakfı (TİHV) Dokümantasyon Merkezi yaptığı çalışmalar ve derlediği bilgiler sonucunda, gözaltı yerleri ya da cezaevlerinde 1994 yılında 24'ü çocuk, 261'i de kadın olmak üzere toplam 1128 kişinin işkence gördüğünü belirlemiştir.*

Türkiye'deki insan hakları ihlalleri gözaltı yerleri ve cezaevlerinde uygulanan işkence ile sınırlı kalmamaktadır. Köy ve ev baskınları ile göstericilerin dağıtılması sırasında uygulanan şiddet, güvenlik görevlilerinin hedef gözeterek ya da rastgele ateş açması, güvenlik güçleri, istihbarat örgütleri ya da bazı gizli örgütlenmeler (kontrgerilla, Türk İntikam Tugayı [TİT], Hizbullah gibi) adına hareket ettiklerini bildiren kişiler tarafından gözaltı yerleri dışında yapılan işkenceler ihlallerin başka bir boyutunu oluşturmaktadır.

İşkence bireyin yanısıra anne, baba, eş, çocuk ve öbür yakınlarını etkileyen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Kısacası toplum sağlığını doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir. Bu nedenle işkencenin insan üzerindeki etkileriyle mücadele etmenin amacı her şeyden önce işkencenin ortadan kaldırılması olmalıdır. Ancak bir yandan işkencenin ortadan kaldırılması için politik mücadele verilirken öbür yandan işkenceye maruz kalan kişilerin kimi zaman bir yaşam boyu sürebilen tıbbi sorunlarıyla da ilgilenmek gerekir.

TİHV Türkiye'de işkence görenlerin, anavatanında işkence görmüş olup Türkiye'de mülteci konumunda olanların maruz kaldıkları şiddet ve/veya cezaevi yaşantısından kaynaklanan tıbbi sorunlarının çözümünü üstlenmeye çalışmak-

*TİHV Dokümantasyon Merkezi'nce hazırlanan Türkiye İnsan Hakları Raporu-1994'ün "Saptanan İşkence Olayları" başlıklı bölümü, gördüğü işkenceyi mahkemeler ya da basın-yayın organları aracılığıyla kamuoyuna açıklayan, savcılıklara suç duyurusunda bulunan ve TİHV'na başvuran kişilerle ilgili bilgiler derlenerek hazırlanmıştır. Bu nedenle, gördüğü işkenceyi kamuoyuna yansıtmayan -çoğunluğunu adli suçluların oluşturduğu- kesim yukarıdaki rakamlara yansımamıştır. Buna Olağanüstü Hal Bölgesi'nden bilgi alma gücünün de eklendiğinde, TİHV'nın belirlediği rakamların Türkiye'deki işkence olaylarının ancak küçük bir bölümünü yansıttığı ortaya çıkmaktadır.

tadır. İşkencenin, bireyin yakın çevresini de etkilediğinden hareketle, söz konusu kişilerin yakınları da TİHV'nın tedavi ve rehabilitasyon çalışmaları kapsamında değerlendirilmektedir.

TİHV'nın bu çalışmaları, 1994 yılı sonuna dek Ankara, İzmir ve İstanbul'daki Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri tarafından yürütülmekte idi. 1995 yılında hizmete giren Adana Temsilciliği ile TİHV'nın bu alanda hizmet veren merkez sayısı dörde ulaşmıştır. Bu merkezlerde sağlık hizmeti pratisyen hekim, psikolog, psikiyatrist ve sosyal hizmet uzmanları tarafından verilmektedir. TİHV'na başvuranların fiziksel muayene ve psikolojik değerlendirmeleri bu merkezlerde yapılmaktadır. Daha ileri düzeyde inceleme ve tedaviye gereksinimi olanlar TİHV dışında çalışan uzmanlara gönderilerek gerekli incelemeler yaptırılmakta ve bu kişilerin tedavi edilmeleri sağlanmaktadır. Tüm bu işlerin masrafları TİHV tarafından karşılanmakta ve sonuçlar Merkezler'de değerlendirilmektedir. Bu çalışmalar kapsamında, TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'nde 1990-1991 yıllarında 243, 1992 yılında 393, 1993 yılında 323 ve 1994 yılında 472 kişi olmak üzere toplam 1431 kişiye sağlık hizmeti sunulmuştur.

YÖNTEM

Bu rapor 1994 yılı içinde TİHV Ankara, İstanbul ve İzmir Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran 126'sı kadın, 320'si erkek olmak üzere toplam 446 kişi üzerinde retrospektif olarak yapılmıştır. Bilgi eksikliği nedeniyle 26 kişi çalışmanın dışında tutulmuştur. Veriler için, merkezlere başvuran kişilerin özelliklerini tarayan 33 maddelik soru formu kullanılmıştır. Bu form, kişilerin sosyodemografik özelliklerini, uygulanan işkence yöntemlerini, ortaya çıkan ruhsal ve fiziksel belirtileri saptamaya yönelik olarak hazırlanmıştır. Raporda sunulan tablo ve grafikler Microsoft Excel 5.0 adlı bilgisayar programı ile elde edilmiştir.

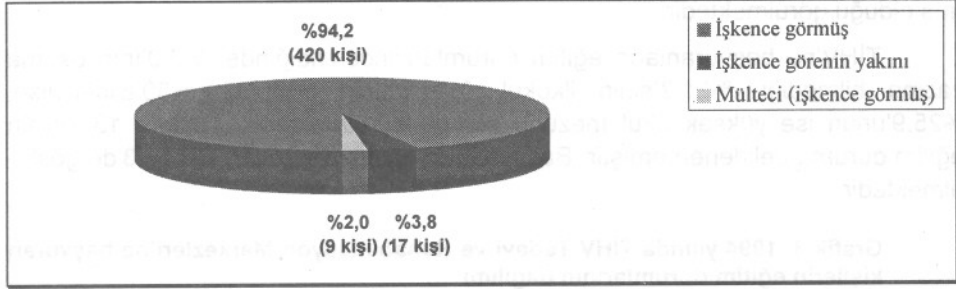
BULGULAR

A- TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin sosyodemografik ve başvuru özellikleri

TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne 1994 yılında başvuran ve bu çalışma kapsamında değerlendirilen 446 kişinin 126'sı (%28.3) kadın, 320'si (%71.7) erkektir. Bu kişilerden 252'si 1994 yılında işkence gördüğünü bildirmiştir. Söz konusu 252 kişinin 93'ü TİHV Ankara Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi'ne, 83'ü TİHV İzmir Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi'ne, 76'sı TİHV İstanbul Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi'ne başvurmuştur.

1994 yılında başvuranların %94.2'sini işkence görenler, %3.8'ini işkence görenlerin yakınları, %2.0'ını ise işkence görmüş mülteciler oluşturmuştur. Grafik 1'de 1994 yılı içinde TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin dağılımı gösterilmektedir.

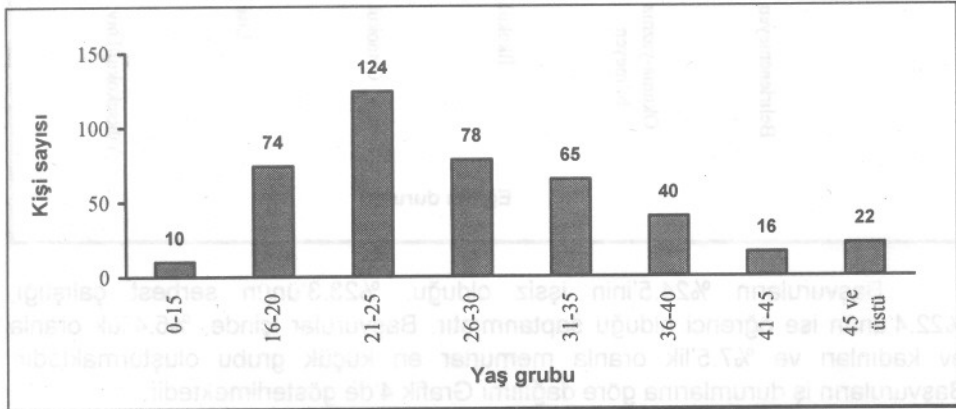
Grafik 1. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin başvuru nedenlerine göre dağılımı



TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu 1994'ün 1994 Yılı Değerlendirme Sonuçları Bölümü'nün bundan sonraki kısımlarında yer alan analizler, işkence görmüş toplam 429 kişi ile ilgili veriler kullanılarak yapılmış, işkence görenlerin yakını olan 17 kişinin verileri değerlendirme dışı tutulmuştur.

Başvuruların %28.9'u 21-25 yaş grubundadır. 1991 yılı verilerine bakıldığında 31-35 yaş grubunun %38.2 ile ilk sırada yer aldığı görülmektedir. 1992 yılında da bu tabloya benzer bir dağılım vardır. 1994 yılında başvuruların daha genç olmalarının nedeni, 1991 ve 1992 yıllarında başvuruların büyük çoğunluğunu 1991 yazında çıkan afla birlikte cezaevlerinden tahliye olan kişilerin oluşturmasıdır. Uzun süre cezaevlerinde kalan bu kişiler, gözaltında işkence sürecini 5-10 yaş daha genç iken yaşamışlardır. 1994 yılında ise başvuruların çoğunluğunu, gözaltında işkence sürecini kısa bir süre önce yaşamış olan kişiler oluşturmaktadır. Bu durum göz önüne alındığında, asal yaş grubunun çok fazla değişmediği ortaya çıkmaktadır. 1994 yılında başvuran kişilerin yaş dağılımı Grafik 2'de gösterilmektedir.

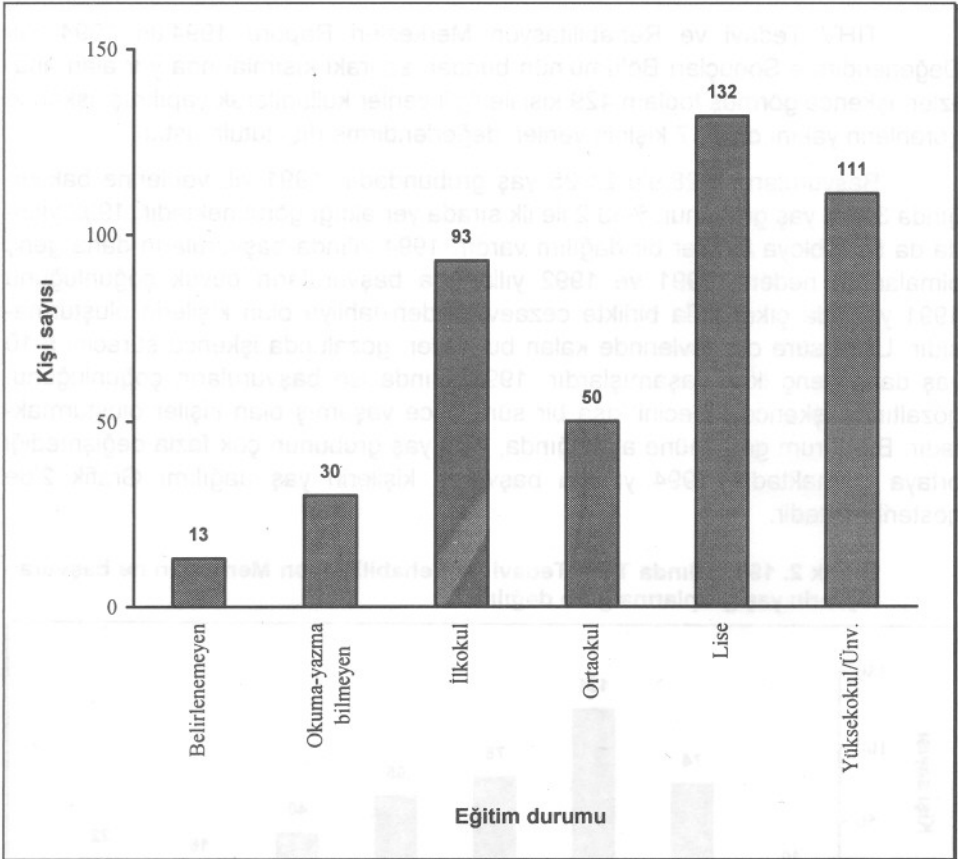
Grafik 2. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin yaş gruplarına göre dağılımı



1994 yılı içinde başvuran kişilerden 16 yaş ve üzerindeki 245'inin (%58.5) bekar, 163'ünün (%38.9) evli, 7'sinin (%1.7) dul ve 4'ünün (%0.9) boşanmış olduğu görülmektedir.

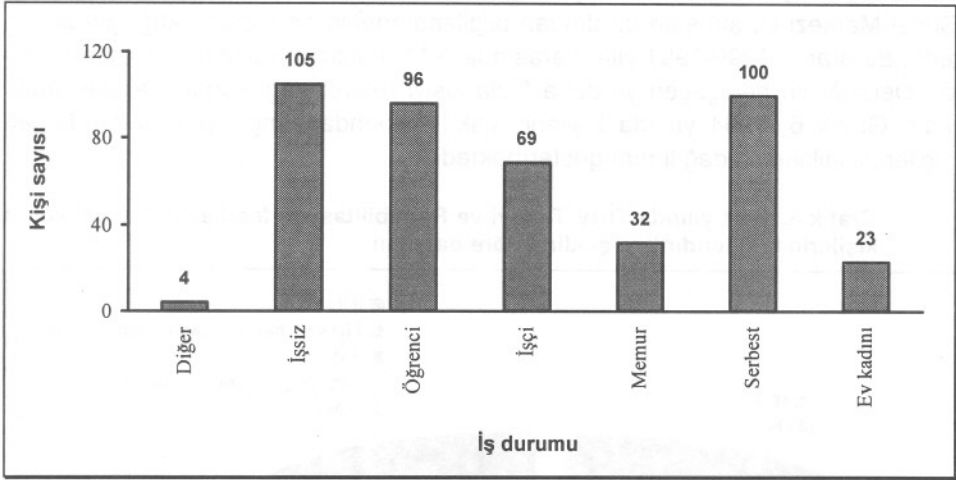
TİHV'na başvuranların eğitim durumları incelendiğinde, %7.0'ının okuma yazma bilmediği, %21.7'sinin ilkökul, %11.7'sinin ortaokul, %30.8'inin lise, %25.9'unun ise yüksek okul mezunu olduğu görülmektedir. Toplam 13 kişinin eğitim durumu belirlenememiştir. Başvuruların eğitim durumları Grafik 3'de gösterilmektedir.

Grafik 3. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin eğitim durumlarının dağılımı



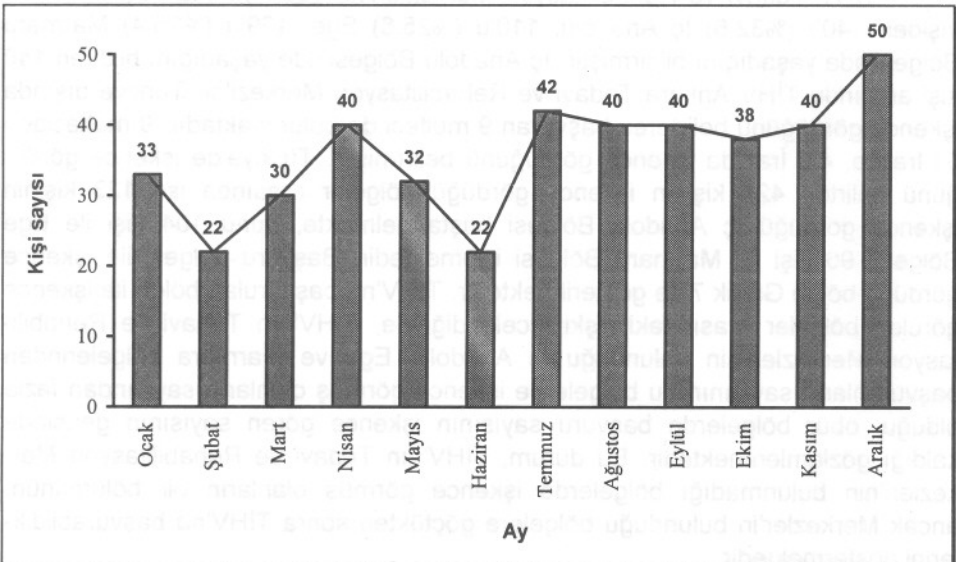
Başvuruların %24.5'inin işsiz olduğu, %23.3'ünün serbest çalıştığı, %22.4'ünün ise öğrenci olduğu saptanmıştır. Başvurular içinde, %5.4'lük oranla ev kadınları ve %7.5'lik oranla memurlar en küçük grubu oluşturmaktadır. Başvuruların iş durumlarına göre dağılımı Grafik 4'de gösterilmektedir.

Grafik 4. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin iş durumlarına göre dağılımı



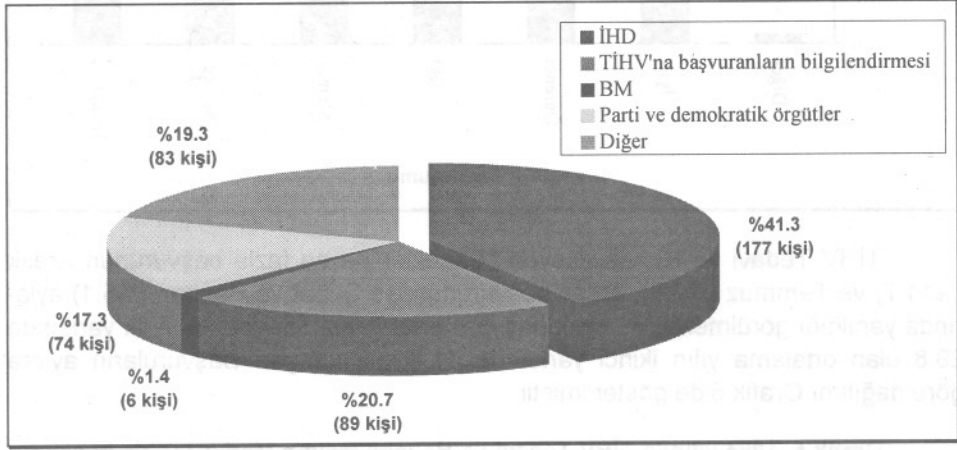
TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne en fazla başvurunun Aralık (%11.7) ve Temmuz (%9.8), en az başvurunun ise Şubat ve Haziran (%5.1) aylarında yapıldığı görülmektedir. Aylık başvuru ortalaması 35.7'dir. Yılın ilk yarısında 29.8 olan ortalama yılın ikinci yarısında 41.7'ye çıkmıştır. Başvuruların aylara göre dağılımı Grafik 5'de gösterilmiştir.

Grafik 5. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin aylara göre dağılımı



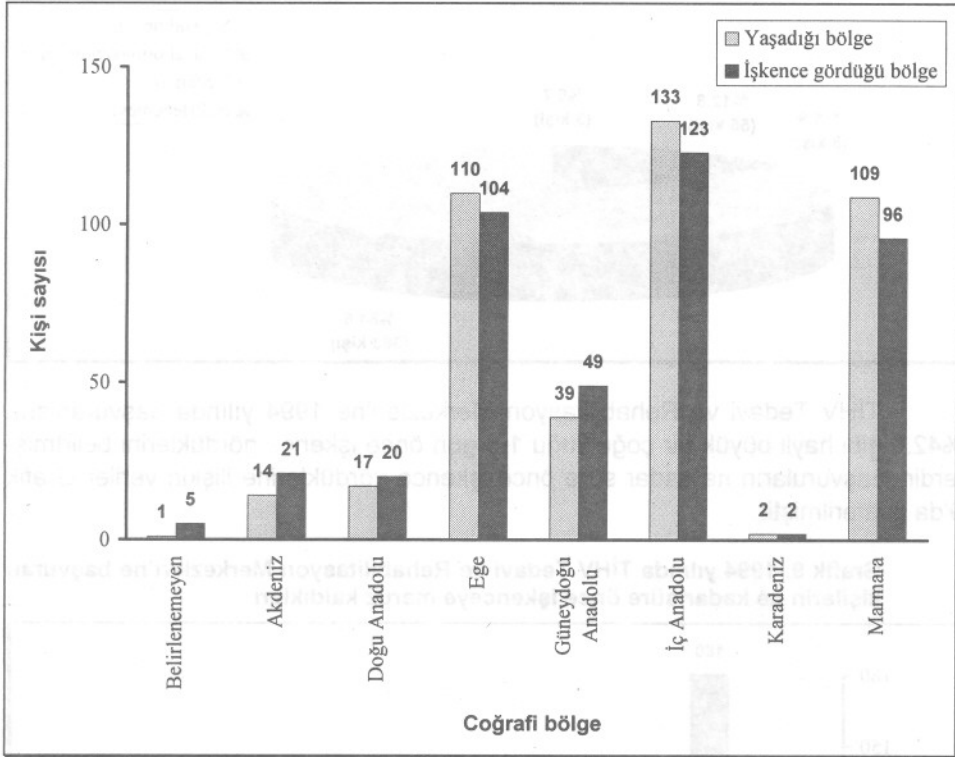
Başvuruların hangi kanallardan TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne ulaştığı araştırıldığında 1994 yılında %41.3'lük bir oranla İnsan Hakları Derneği Genel Merkezi ve şubeleri tarafından bilgilendirmenin ön plana çıktığı görülmektedir. Bu oranın 1990-1991 yılları arasında %11.5 olduğu düşünülürse İnsan Hakları Derneği'nin her geçen yıl daha fazla kişiyi refere ettiği sonucuna ulaşılmaktadır. Grafik 6, 1994 yılında kişilerin Vakıf hakkında hangi kanallar tarafından bilgilendirildiklerinin dağılımını göstermektedir.

Grafik 6. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin bilgilendirilme şekline göre dağılımı



TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne 1994 yılında başvuran 429 kişiden 140'ı (%32.6) İç Anadolu, 110'u (%25.6) Ege, 109'u (%25.4) Marmara Bölgesi'nde yaşadığını bildirmiştir. İç Anadolu Bölgesi'nde yaşadığını bildiren 140 kişi arasında TİHV Ankara Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi'ne Türkiye dışında işkence gördüğünü belirterek başvuran 9 mülteci de bulunmaktadır. 9 mülteci'den 5'i Irak'ta, 4'ü İran'da işkence gördüğünü belirtmiştir. Türkiye'de işkence gördüğünü belirten 420 kişinin işkence gördüğü bölgeler arasında ise 123 kişinin işkence gördüğü İç Anadolu Bölgesi başta gelmekte, bunu 104 kişi ile Ege Bölgesi, 96 kişi ile Marmara Bölgesi izlemektedir. Başvuru-bölgesi ile işkence gördüğü bölge Grafik 7'de gösterilmektedir. TİHV'na başvuru alan bölge ile işkence görülen bölgeler arasındaki ilişki incelendiğinde, TİHV'nın Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'nin bulunduğu İç Anadolu, Ege ve Marmara bölgelerinden başvuranların sayısının bu bölgelerde işkence görmüş olanların sayısından fazla olduğu, öbür bölgelerde başvuru sayısının işkence gören sayısının gerisinde kaldığı gözlemlenmektedir. Bu durum, TİHV'nın Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'nin bulunmadığı bölgelerde işkence görmüş olanların bir bölümünün, ancak Merkezler'in bulunduğu bölgelere göçtüğünden sonra TİHV'na başvurabildiklerini göstermektedir.

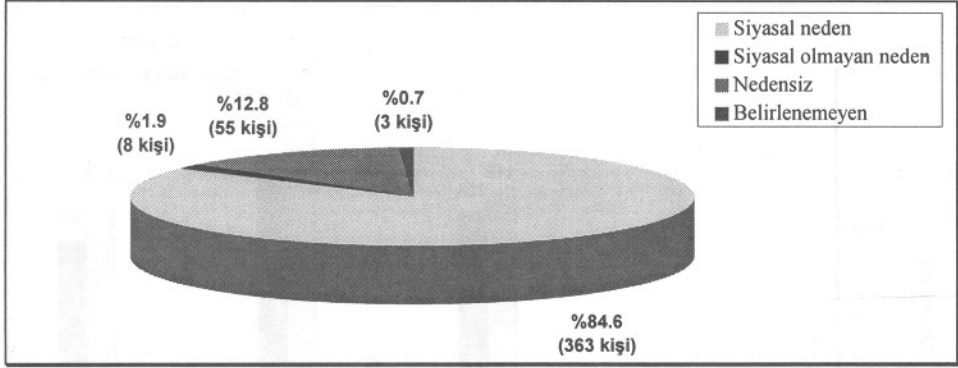
Grafik 7. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin yaşadıkları ve işkence gördükleri bölgelere göre dağılımı



B- İşkence süreci ile ilgili bilgiler

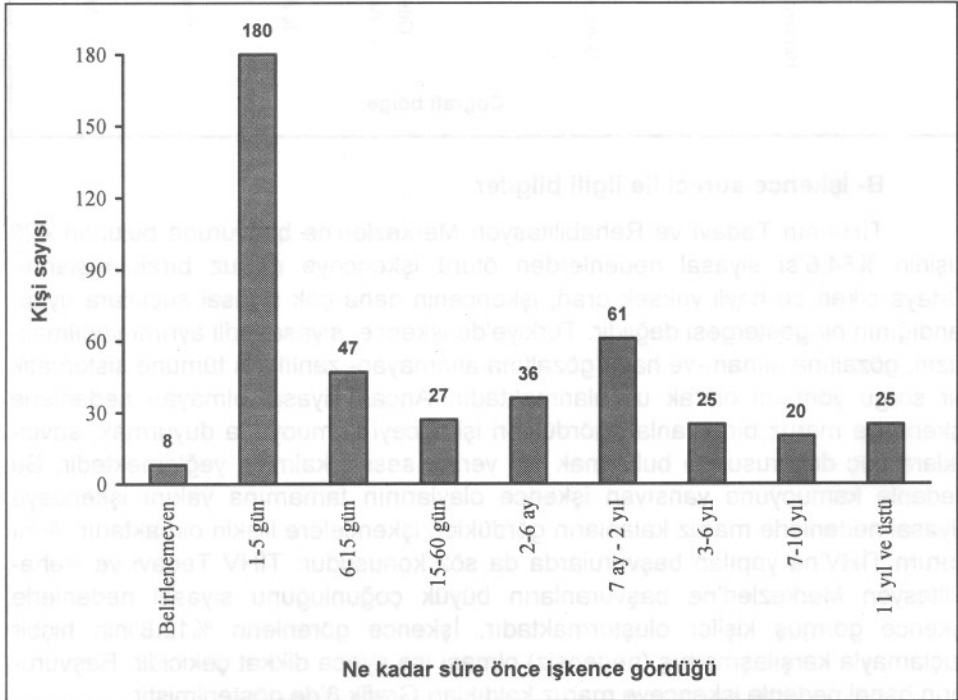
TİHV'nın Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuruda bulunan 429 kişinin %84.6'sı siyasal nedenlerden ötürü işkenceye maruz bırakılmışlardır. Ortaya çıkan bu hayli yüksek oran, işkencenin daha çok siyasal suçlulara uygulandığının bir göstergesi değildir. Türkiye'de işkence, siyasal-adli ayrımı yapılmaksızın, gözaltına alınan -ve hatta gözaltına alınmayan- zanlıların tümüne sistematik bir sorgu yöntemi olarak uygulanmaktadır. Ancak siyasal olmayan nedenlerle işkenceye maruz bırakılanlar, gördükleri işkenceyi kamuoyuna duyurmak, savcılıklara suç duyurusunda bulunmak vb. yerine sessiz kalmayı yeğlemektedir. Bu nedenle kamuoyuna yansıyan işkence olaylarının tamamına yakını işkenceye siyasal nedenlerle maruz kalanların gördükleri işkencelere ilişkin olmaktadır. Aynı durum TİHV'na yapılan başvurularda da söz konusudur: TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuranların büyük çoğunluğunu siyasal nedenlerle işkence görmüş kişiler oluşturmaktadır. İşkence görenlerin %12.8'inin hiçbir suçlamayla karşılaşmamış (nedensiz) olması ise ayrıca dikkat çekicidir. Başvuruların hangi nedenle işkenceye maruz kaldıkları Grafik 8'de gösterilmiştir.

Grafik 8. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin hangi nedenle işkenceye maruz kaldıkları



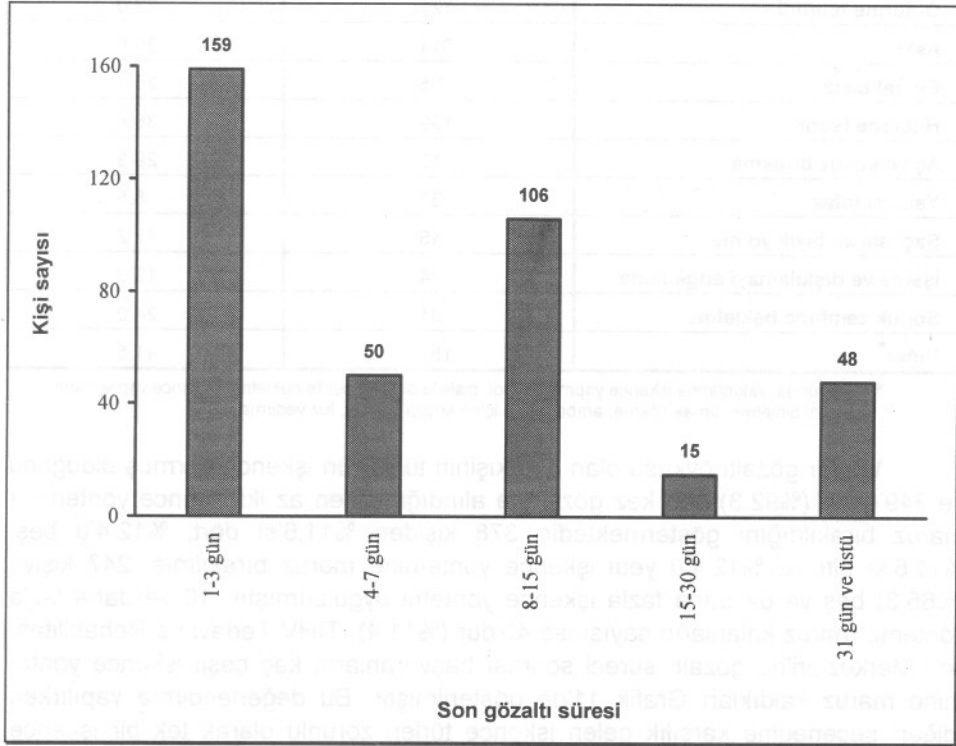
TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne 1994 yılında başvuranların %42.0 gibi hayli büyük bir çoğunluğu 1-5 gün önce işkence gördüklerini belirtmişlerdir. Başvuruların ne kadar süre önce işkence gördüklerine ilişkin veriler Grafik 9'da gösterilmiştir.

Grafik 9. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin ne kadar süre önce işkenceye maruz kaldıkları



TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran 429 kişiden 378'inin gözaltı öyküsü vardır. Geri kalan 51 kişilik grubu gösteri yürüyüşleri, köy ve ev baskınları, güvenlik güçlerince ateş açılması vb. olaylar sırasında fiziksel ve/veya psikolojik şiddete maruz kalanlar oluşturmaktadır. Gözaltına alınan 378 kişiden 224'ü TİHV'na başvurmadan önce en az iki kez gözaltına alınmıştır. Söz konusu 378 kişinin %42.1'inin en son gözaltına alındığında 1-3 gün süreyle gözaltında tutulduğu belirlenmiştir. Gözaltına alınanların en son gözaltı süreleri Grafik 10'da gösterilmiştir.

Grafik 10. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran gözaltına alınmış- kişilerin son gözaltı süreleri



TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvurmadan önce gözaltına alınmış olan 378 kişiye uygulanan işkence yöntemleri Tablo'1 de gösterilmiştir. Uygulanan işkence yöntemleri arasında %95.2 ile kaba dayak başta gelmekte, bunu %71.2 ile göz bağlama ve %69.3 ile hakaret etme izlemektedir. Gerçekte aç ve susuz bırakma, göz bağlama, kaba dayak, hakaret etme, ölüm tehdidi gibi yöntemlerin gözaltına alınan herkese uygulandığı, ancak kişilerin, maruz kaldıkları çok daha vahşi yöntemler nedeniyle bu yöntemleri işkence biçimi olarak değerlendirmedikleri ve bciirtmeye değer bulmadıkları gözlenmektedir.

Tablo 1. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran gözüaltına alınmış- kişilere gözüaltında uygulanan işkence yöntemleri

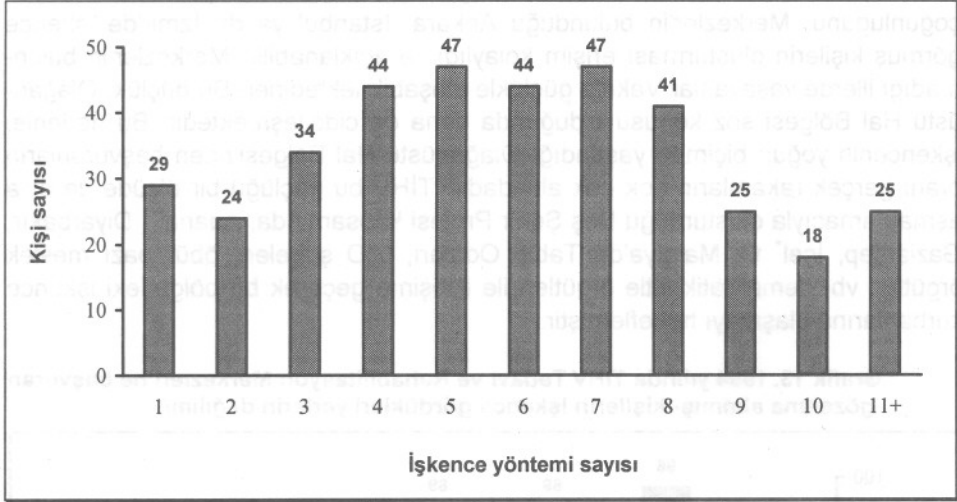
İşkence yöntemi	n	%
Göz bağlama	269	71.2
Hakaret etme	262	69.3
Kaba dayak	360	95.2
Elektrik	158	41.8
Falaka	75	19.8
Basınçlı su	109	28.8
Öldürme tehdidi	121	32.0
Askı	114	30.6
Cinsel taciz	95	25.1
Hücrede tecrit	139	36.8
Aç ve susuz bırakma	113	29.9
Yalancı infaz	32	8.5
Saç, sakal, bıyık yolma	46	12.2
İşeme ve dışkılamayı engelleme	74	19.6
Soğuk zeminde bekletme	91	24.0
Diğer*	157	41.5

*Haya burma, yakınlarına işkence yapma tehdidi, pislikle dolu bir yerde bekletme, işkence yapılanların seslerini dinletme, tırnak sökme, araba lastiği içine koyup dövme, tuz yedirme vb.

Veriler gözüaltı öyküsü olan 378 kişinin tümünün işkence görmüş olduğunu ve 349'unun (%92.3) son kez gözüaltına alındığında en az iki işkence yöntemine maruz bırakıldığını göstermektedir. 378 kişiden %11.6'sı dört, %12.4'ü beş, %11.6'sı altı ve %12.4'ü yedi işkence yöntemine maruz bırakılmış, 247 kişiye (%65.3) beş ya da daha fazla işkence yöntemi uygulanmıştır. 10 ve daha fazla yöntemle maruz kalanların sayısı ise 43'dür (%11.4). TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne gözüaltı süreci sonrası başvuranların kaç çeşit işkence yöntemine maruz kaldıkları Grafik 11'de gösterilmiştir. Bu değerlendirme yapılırken "diğer" seçeneğine karşılık gelen işkence türleri zorunlu olarak tek bir işkence biçimi olarak değerlendirilmiştir. Gerçekte "diğer" seçeneği, Tablo 1'de de belirtildiği üzere, birden fazla işkence yöntemine (çoğu hayli vahşi olan) karşılık gelmektedir. Yukarıda da vurgulandığı gibi, kişiler maruz kaldıkları işkence yöntemlerinin sayısı ve vahşilik düzeyi arttığında, gördükleri işkenceler arasında "şiddeti hafif" olanları (göz bağlama, aç ve susuz bırakma vb.) belirtmeye değer bulmamanın yanısıra, yine işkencenin süresi, şiddeti, yöntemlerin çokluğu ve benzer etmenlerle birlikte gözüaltı süresinin uzunluğuna bağlı olarak yaşadıklarını tam olarak anımsamamaktadırlar. Tüm bunlar göz önüne alındığında, gerçek rakamların burada belirtilenlerden daha yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. TİHV Tedavi ve

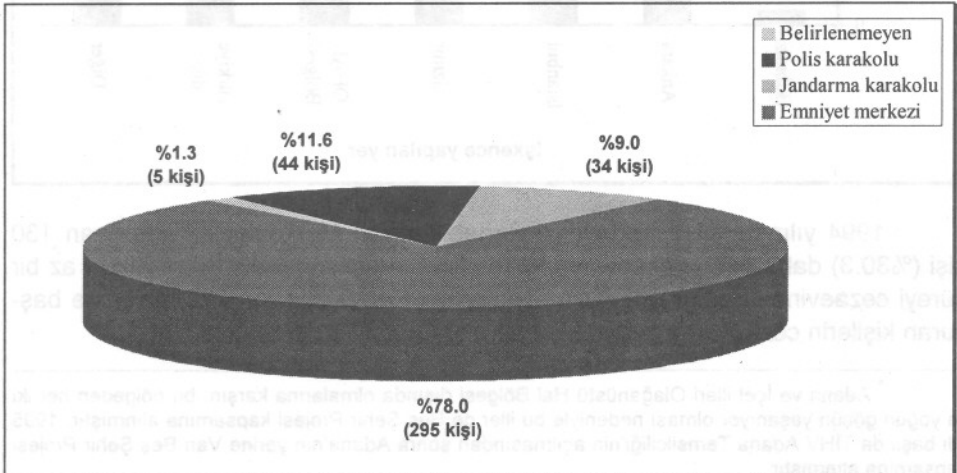
Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvurmadan önce en az iki kez gözaltına alınmış olan 224 kişiden 206'sının (%92.0) daha önce de gözaltında işkence görmüş olduğu belirtilmeye değerdir.

Grafik 11. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran -gözaltına alınmış- kişilerin maruz kaldıkları işkence yöntemi sayısı



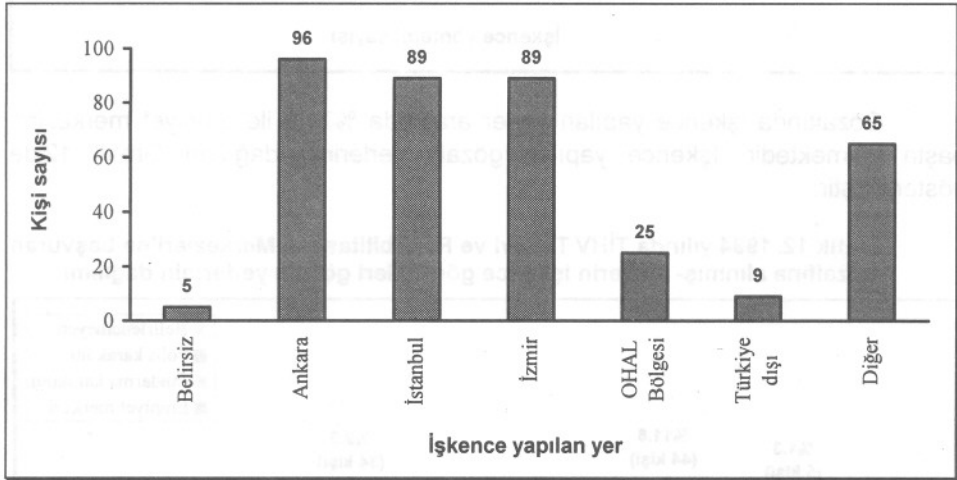
Gözaltında işkence yapılan yerler arasında %78.0 ile emniyet merkezleri başta gelmektedir. İşkence yapılan gözaltı yerlerinin dağılımı Grafik 12'de gösterilmiştir.

Grafik 12. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran -gözaltına alınmış- kişilerin işkence gördükleri gözaltı yerlerinin dağılımı



TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne gözaltı süreci sonrası başvuran 378 kişinin işkence gördükleri iller arasında %25.4 ile Ankara başta gelmekte bunu %24.0 ile İstanbul ve İzmir izlemektedir. Olağanüstü Hal Bölgesi'nde işkence görmüş olanların oranı %6.6'dır. Olağanüstü Hal Bölgesi'nde işkence yapılan iller arasında 14 kişi ile Diyarbakır başı çekmekte, onu 6 kişi ile Van izlemektedir. TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuranların büyük çoğunluğunu, Merkezler'in bulunduğu Ankara, İstanbul ya da İzmir'de işkence görmüş kişilerin oluşturması erişim kolaylığı ile açıklanabilir. Merkezler'in bulunmadığı illerde yaşayanlar Vakıf'a güçlükle ulaşabilmektedirler. Bu güçlük, Olağanüstü Hal Bölgesi söz konusu olduğunda daha da ciddileşmektedir. Bu nedenle, işkencenin yoğun biçimde yaşandığı Olağanüstü Hal Bölgesi'nden başvuranların oranı gerçek rakamların çok çok altındadır. TİHV bu güçlüğü bir ölçüde de olsa aşmak amacıyla oluşturduğu Beş Şehir Projesi kapsamında, Adana*, Diyarbakır, Gaziantep, İçel* ve Malatya'da Tabip Odaları, İHD şubeleri, öbür bazı meslek örgütleri vb. demokratik kitle örgütleri ile iletişime geçerek bu bölgedeki işkence kurbanlarına ulaşmayı hedeflemiştir.

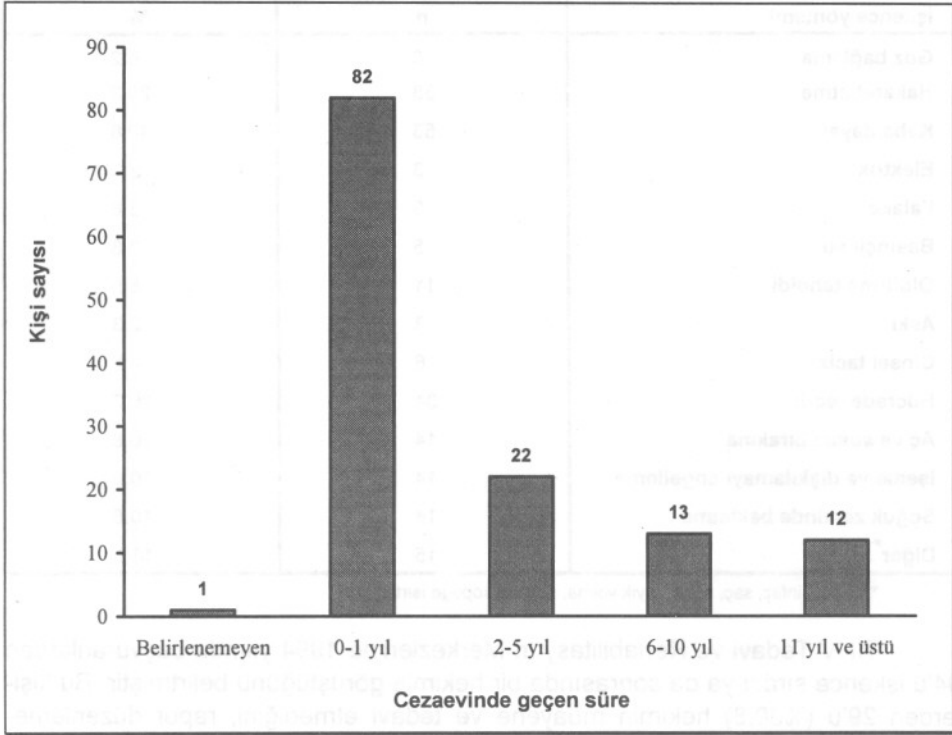
Grafik 13. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran -gözüaltına alınmış- kişilerin işkence gördükleri yerlerin dağılımı



1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran 130 kişi (%30.3) daha önce cezaevinde kalmıştır. Bu kişilerin %63.1'i bir yıldan az bir süreyi cezaevinde geçirmiştir. TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin cezaevinde geçirdikleri süreler Grafik 14'de gösterilmiştir.

* Adana ve İçel illeri Olağanüstü Hal Bölgesi dışında olmalarına karşın, bu bölgeden her iki ile yoğun göçün yaşanıyor olması nedeniyle bu iller de Beş Şehir Projesi kapsamına alınmıştır. 1995 yılı başında TİHV Adana Temsilciliği'nin açılmasından sonra Adana'nın yerine Van Beş Şehir Projesi kapsamına alınmıştır.

Grafik 14. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin cezaevinde kaldıkları sürelerin dağılımı



TİHV'na başvurmadan önce cezaevinde kalmış olan 130 kişinin %40.8'i kaba dayağa, %29.2'si hakarete maruz kalmış; %26.2'si hücrede tecrit edilmiştir. Cezaevlerinde yapılan işkencelerle ilgili bilgiler Tablo 2'de verilmiştir. Ancak cezaevlerindeki mahkum ve tutukluların maruz kaldıkları işkence ve şiddetin boyutu verilere yansımamaktadır. Yiyecek, içecek ve giysi gibi temel gereksinimlerin karşılanmasının engellenmesi, basılı malzeme ile kağıt, kalem gibi gereçler üzerindeki yasak ve kısıtlamalar, koşulların aşırı sıcak ya da soğuk olması, cezaevlerinde kalan sayısının cezaevi kapasitesinin üstünde olmasından kaynaklanan yer ve yatak azlığı, havalandırmaya çıkarmama, hasta ve yaralıların tıbbi yardım almalarının engellenmesi ve hatta ölüme terk edilmeleri, koşullara arama bahanesiyle yapılan baskınlarda özel eşyaların gasp ve talan edilmesi ve görüşlerin engellenmesi gibi uygulamalar, cezaevinde kalmış olanlar tarafından birer işkence biçimi olarak dile getirilmemektedir. Bu uygulamalar "cezaevlerindeki baskı ve insanlık dışı yaşam koşulları" diye özetlenmekte ve rakamlara yansımamaktadır. Tutuklu ve hükümlüler bu koşulların düzeltilmesi için sık sık açlık grevine gitmektedirler. TİHV'na 1994 yılında başvuran, cezaevinde kalmış kişilerin tamamına yakını cezaevinde açlık grevi yaptığını belirtmiştir.

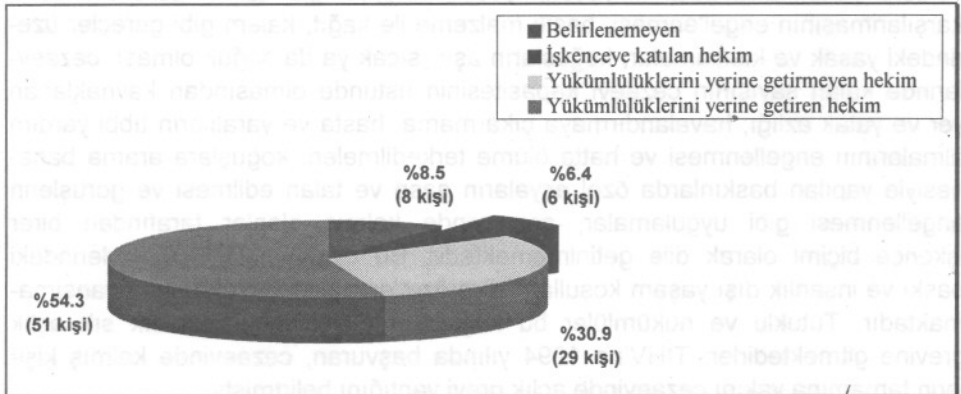
Tablo 2. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilere cezaevinde uygulanan işkence yöntemleri

İşkence yöntemi	n	%
Göz bağlama	8	6.2
Hakaret etme	38	29.2
Kaba dayak	53	40.8
Elektrik	3	2.3
Falaka	5	3.8
Basıncılı su	5	3.8
Öldürme tehdidi	11	8.5
Askı	3	2.3
Cinsel taciz	6	4.6
Hücrede tecrit	34	26.2
Aç ve susuz bırakma	14	10.8
İşeme ve dışkılamayı engelleme	14	10.8
Soğuk zeminde bekletme	14	10.8
Diğer*	15	11.5

* Yalancı infaz, saç, sakal, bıyık yolma, soyma, köpeğe ısırtma vb.

TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne 1994 yılında başvuranlardan 94'ü işkence sırası ya da sonrasında bir hekimle görüşüğünü belirtmiştir. Bu kişilerden 29'u (%30.8) hekimin muayene ve tedavi etmediğini, rapor düzenlemediğini, kısacası tıbbi ve/veya yönetsel yükümlülüklerini yerine getirmediğini belirtmiştir. 6 işkence olayında hekimin aktif ya da pasif katılımının söz konusu olması hayli düşündürücü bir veri olarak ortaya çıkmaktadır.

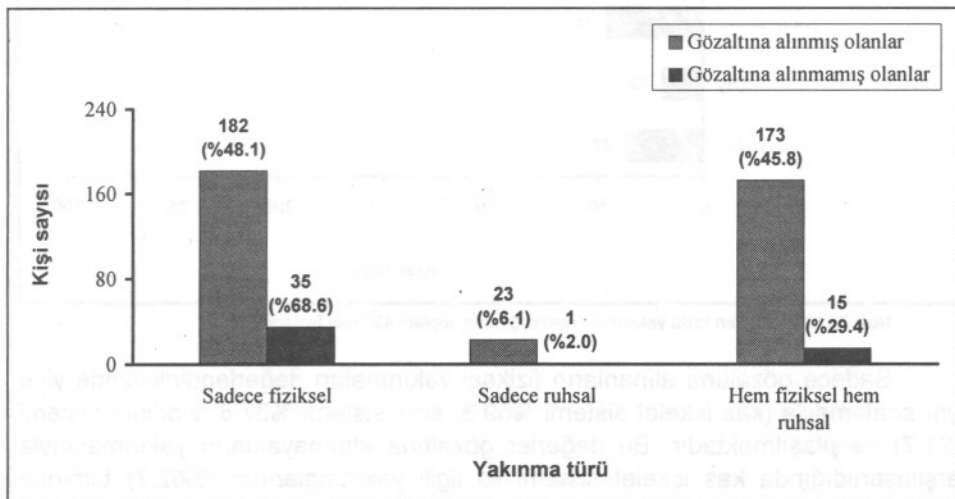
Grafik 15. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilere karşı hekimin tavrı



C- Fiziksel ve ruhsal belirtiler

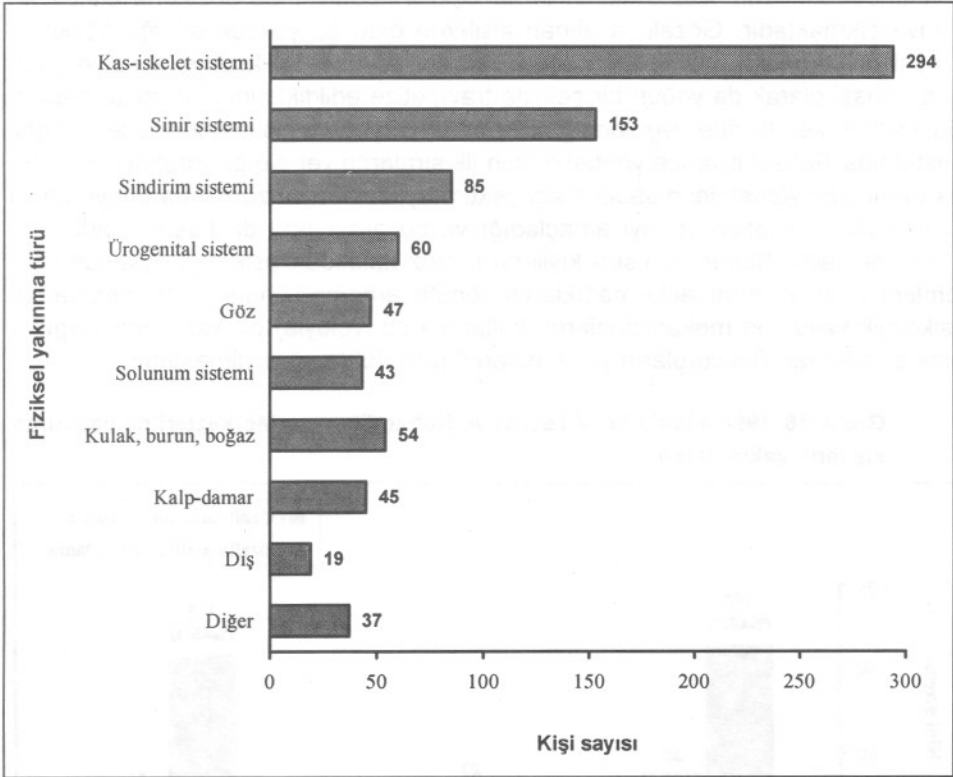
1994 yılı içinde TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran işkence görmüş 429 kişinin 405'inin (%94.4) fiziksel, 212'sinin (%49.4) ruhsal yakınması olduğu saptanmıştır. Bu kişilerin %5.6'sı sadece ruhsal belirtilere başvurmuştur. Sadece fiziksel yakınmalarla başvuranların yüzdesi 49.6'dır. TİHV'na başvurmadan önce gözaltına alınmış olanların 355'inin (%93.9), gözaltına alınmamış olanların ise 50'sinin (%98.0) fiziksel yakınması söz konusudur. Ruhsal yakınmalarda ise gözaltına alınmış olanlarla alınmamış olanların oranları hayli farklılaşmaktadır: Gözaltına alınmış olanların 196'sının (%51.9), gözaltına alınmamış olanların ise 16'sının (%31.4) ruhsal yakınması vardır. Bu rakamlara farklı bir açıdan bakıldığında, fiziksel yakınması olanların %87.6'sının, ruhsal yakınması olanların %92.5'inin TİHV'na başvurmadan önce gözaltına alındıkları ortaya çıkmaktadır. Gözaltına alınan kişilerde oldukça yüksek olduğu gözlenen ruhsal belirti sıklığı, bu kişilerin gözaltı süresi boyunca fiziksel işkencenin yanı sıra, ruhsal olarak da yoğun bir şekilde travmatize edildiklerinin bir göstergesidir. Bu kişilerin kendilerine uygulandığını belirttikleri işkence yöntemlerine tekrar göz atıldığında, fiziksel işkence yöntemlerinin ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir. Bu da uygulanan yöntemlerin sadece acı çektirmeyi değil aynı zamanda bireyi ruhsal açıdan da travmatize etmeyi amaçladığı ve bu amacında da başarılı olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra kişilerin maruz kaldıkları psikolojik işkence yöntemlerinin bir kısmını aktarmadıklarını (önemsememe, unutma, anımsamama, psikolojik savunma mekanizmalarını kullanma vb. yoluyla) bir kez daha vurgulamakta yarar var. Başvuruların yakınmaları Grafik 16'da gösterilmektedir.

Grafik 16. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin yakınmaları



Uygulanan fiziksel işkence yöntemleri arasında kaba dayanın ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Bunu vücuda elektrik uygulanması ve askı izlemektedir. Uygulanan işkence yöntemlerine paralel olarak TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuranların, 1990, 1991, 1992 ve 1993 yıllarında olduğu gibi 1994 yılında da en fazla kas-iskelet sistemi ile ilgili yakınmaları olduğu (%68.5) saptanmıştır. Bunu sinir sistemi (%35.7) ve sindirim sistemi (%19.8) ile ilgili yakınmalar izlemektedir. 1993 yılında başvuranların fiziksel yakınmaları incelendiğinde, yine yukarıdaki sırayı izlediği ve oranların (kas iskelet sistemi için %66.7, sinir sistemi için %38.9 ve sindirim sistemi için % 36.9) yaklaşık olarak benzer olduğu görülmektedir. Fiziksel yakınmalarla ilgili bilgiler Grafik 17'te verilmiştir.

Grafik 17. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin fiziksel yakınmaları



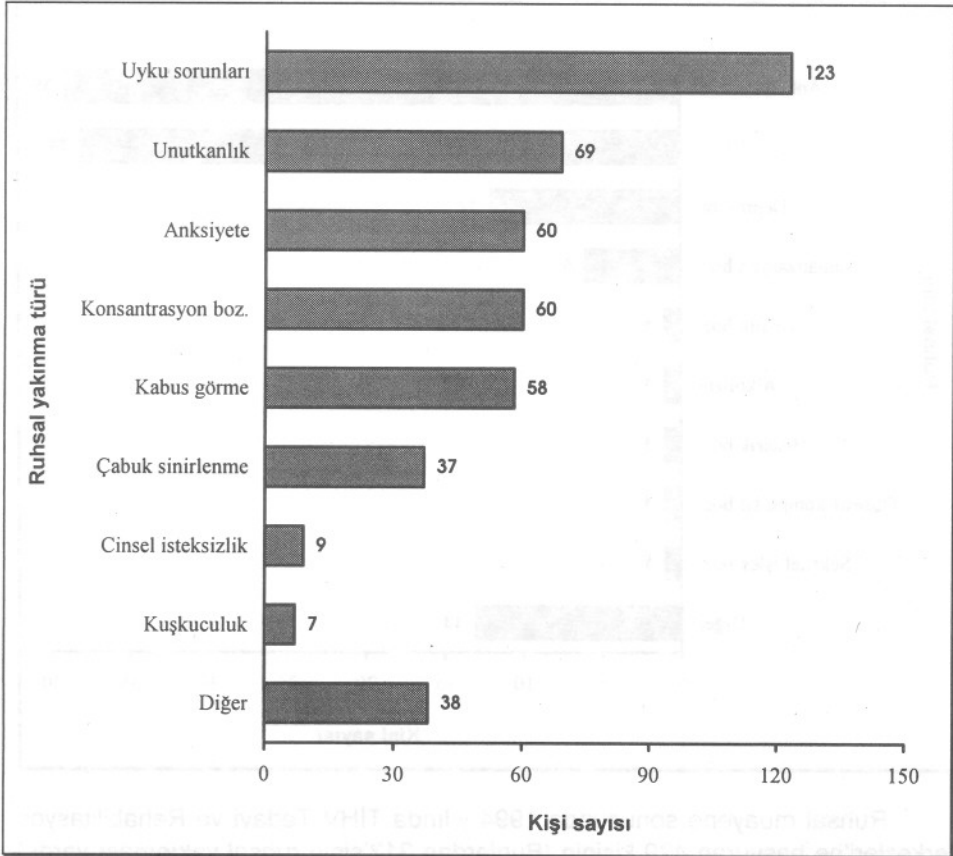
Not: Bir kişinin birden fazla yakınması olabildiğinden, toplam 429'dan fazladır.

Sadece gözaltına alınanların fiziksel yakınmaları değerlendirildiğinde yine aynı sıralamayla (kas iskelet sistemi %69.3, sinir sistemi %37.8, sindirim sistemi %21.7) karşılaşılmaktadır. Bu değerler gözaltına alınmayanların yakınmalarıyla karşılaştırıldığında kas iskelet sistemi ile ilgili yakınmalarının (%62.7) birbirine

yakın olduğu anlaşılmaktadır. Sinir sistemi yakınmalarının (%19.6) ve sindirim sistemi yakınmalarının (%5.9) çok daha düşük olduğu, ürogenital sistem yakınmalarının ise hiç olmadığı görülmektedir.

İşkence gören 429 kişinin ruhsal yakınmaları da sıklık açısından önceki yıllarla benzerlik göstermektedir. 1990-1991 ve 1992 yıllarında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuranların sırasıyla %37.0 ve %34.0'ı ruhsal yakınması olduğunu belirtmiştir. 1993 ve 1994 yılında işkence görenler arasında aynı oran %36.7 ve %49.2'dir. 1994 yılında başvuran 429 kişinin ruhsal yakınmaları içinde %28.7 ile uyku bozuklukları ilk sırada yer alırken başvuruların %16.1'i unutkanlıktan, %14.0'ı anksiyeteden, %14.0'ı ise konsantrasyon bozukluğundan, %13.9'u kabus görmekten yakınmaktadır. Grafik 18'de TİHV'na 1994 yılında başvuranların ruhsal yakınmaları gösterilmektedir.

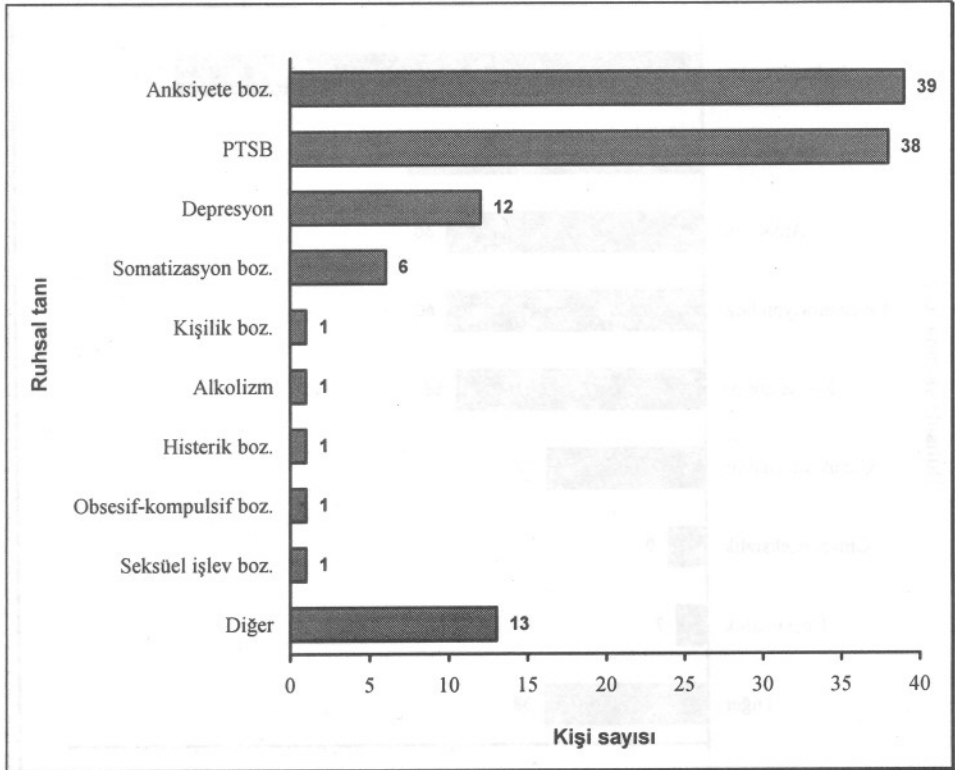
Grafik 18. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin ruhsal yakınmaları



Not: Bir kişinin birden fazla yakınması olabildiğinden, toplam 429'dan fazladır.

1993 yılında yapılan benzer değerlendirmede başvuruların %23.0'ının uyku bozukluğu, %19.4'ünün unutkanlık, %18.7'sinin anksiyete, %13.8'inin çabuk sinirlenme, %10.3'ünün kabus görme, %8.3'ünün konsantrasyon bozukluğu yakınmasının olduğu saptanmıştır. Gözaltına alınan 378 kişinin ruhsal yakınmaları arasında da %31.0'lık oranla uyku bozuklukları başta gelmektedir. Bunu %18.0 ile unutkanlık, %15.9 ile konsantrasyon bozukluğu, %14.8 ile anksiyete, %14.0 ile kabus görme izlemektedir. Gözaltına alınma öyküsü olmayan 51 kişinin ruhsal yakınmalarına bakıldığında, konsantrasyon bozukluğu, cinsel isteksizlik, çabuk sinirlenme gibi yakınmaların hiç olmadığı gözlenmektedir. Bu kişilerde varolan yakınmalar ile gözaltına alınan grubun yakınmaları karşılaştırıldığında, uyku bozukluklarının %11.8, kabus görmenin %9.8, anksiyetenin %7.8, unutkanlığın %2.0'lık oranlarla öbür gruptan oldukça farklı olduğu dikkati çekmektedir.

Grafik 19. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin ruhsal tanıları

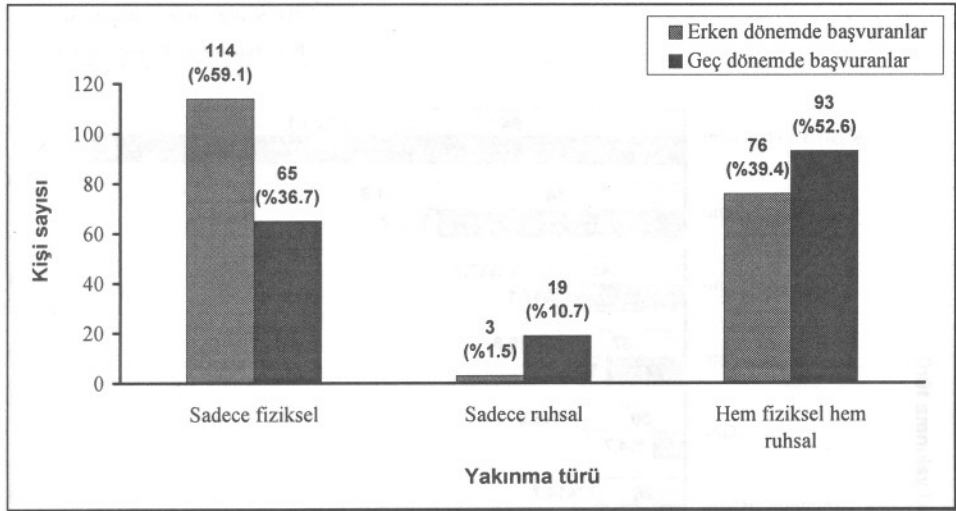


Ruhsal muayene sonucunda 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran 429 kişinin (Bunlardan 212'sinin ruhsal yakınması vardı.) %9.1'ine anksiyete bozukluğu, %8.9'una post travmatik stres bozukluğu (PTSB),

%2.8'ine depresyon tanısı konmuştur. 1993 yılında başvuranlarda anksiyete bozukluğu sıklığı %7.5, PTSS sıklığı %11.1, depresyon sıklığı ise %5.9 olarak bulunmuştur. 1993 yılında seksüel işlev bozukluğu tanısı alan 18 (%7.1) başvuruya karşın 1994 yılında sadece 1 başvuru aynı tanıyı almıştır.

Gözüne alınmayan 51 başvurudan 1'ine PTSS, 1'ine somatizasyon bozukluğu tanısı konmuşken dördüne de diğer başlığı altında verilen tanılar konmuştur. Bunun yanında gözüne alınan grupta 39 kişi (%10.3) anksiyete bozukluğu, 37 kişi (%9.8) PTSS, 12 kişi (%3.2) depresyon tanısı almıştır. Grafik 19'da ruhsal tanı dağılımı görülmektedir.

Grafik 20. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne erken dönemde başvuranlarla geç dönemde başvuranların fiziksel ve ruhsal yakınmalarının dağılımı



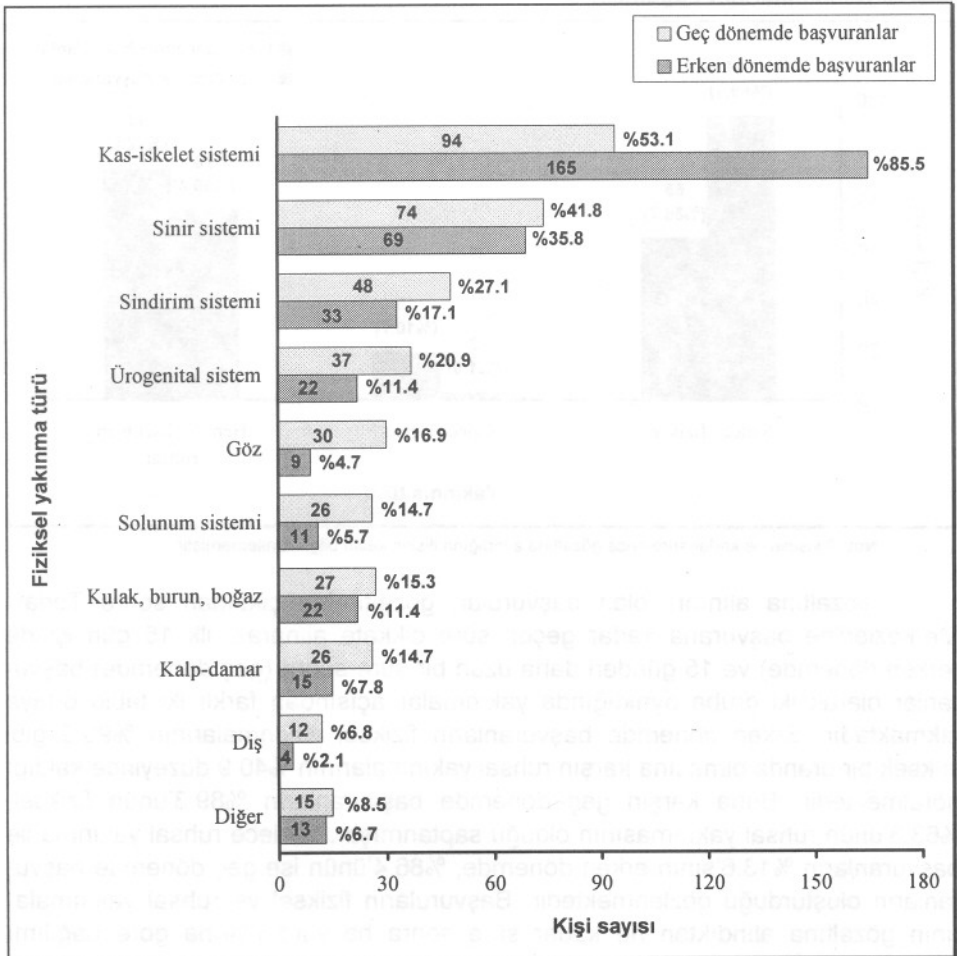
Not: 8 kişinin ne kadar süre önce gözüne alındığına ilişkin kesin bilgi edinilememiştir.

Gözüne alınmış olan başvurular, gözüne alındıktan sonra Tedavi Merkezleri'ne başvurana kadar geçen süre dikkate alınarak, ilk 15 gün içinde (erken dönemde) ve 15 günden daha uzun bir süre sonra (geç dönemde) başvuranlar olarak iki gruba ayrıldığında yakınmalar açısından farklı iki tablo ortaya çıkmaktadır. Erken dönemde başvuranların fiziksel yakınmalarının %98.5 gibi yüksek bir oranda olmasına karşın ruhsal yakınmalarının %40.9 düzeyinde kaldığı görülmektedir. Buna karşın geç dönemde başvuranların %89.3'ünün fiziksel, %63.3'ünün ruhsal yakınmasının olduğu saptanmıştır. Sadece ruhsal yakınma ile başvuranların %13.6'sının erken dönemde, %86.4'ünün ise geç dönemde başvuranların oluşturduğu gözlenmektedir. Başvuruların fiziksel ve ruhsal yakınmalarının gözüne alındıktan ne kadar süre sonra başvurdıklarına göre dağılımı Grafik 20'de görülmektedir.

Gözüne alınmış olan başvuruların fiziksel ve ruhsal yakınmaları da, yukarıdaki gibi erken dönem ve geç dönemde başvuranlardaki yakınmalar olmak üzere iki gruba ayrılarak incelenmiştir.

Fiziksel yakınmalar karşılaştırıldığında erken dönemde başvuranlarda kas-iskelet sistemi yakınmalarının (%85.5) ön planda olduğu, ikinci ve üçüncü sırada sinir sistemi yakınmaları (%35.8) ile sindirim sistemi yakınmalarının (%17.1) yer aldığı görülmektedir. Geç dönemde başvuranların kas iskelet sistemi ile ilgili yakınmaları %53.1 iken sinir sistemi yakınmaları %41.8, sindirim sistemi yakınmaları %27.1, ürogenital sistem yakınmaları %20.9 olarak bulunmuştur.

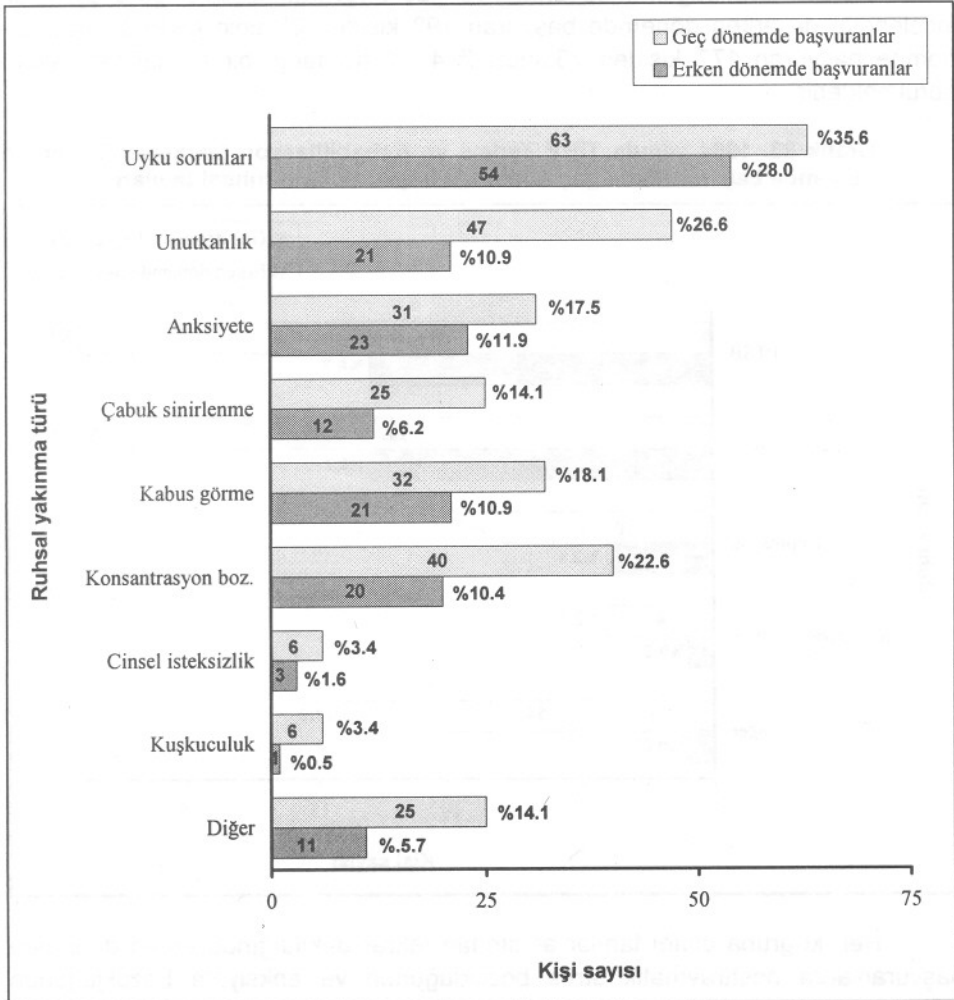
Grafik 21. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne erken dönemde başvuranlarla geç dönemde başvuranların fiziksel yakınmaları



Not: Bir kişinin birden fazla yakınması olabildiğinden, toplam sayı başvuru sayısından fazladır.

Görme ile ilgili yakınmalar, solunum sistemi, kalp damar sistemi yakınmaları, kulak burun boğaz ile ilgili yakınmalar ve diş sorunları geç dönemde başvuranlarda erken dönemde başvuranlara göre daha sık görülmektedir. Erken dönemde başvuranlarda gözlenen, kas-iskelet sistemi ile ilgili yakınmaların yüksekliğinin, bu kişilerin, Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne akut fiziksel travmadan hemen sonra başvurmalarından kaynaklandığı söylenebilir. Başvuruların fiziksel yakınmalarının gözaltına alındıktan ne kadar süre sonra başvurduklarına göre dağılımı Grafik 21'de görülmektedir.

Grafik 22. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne erken dönemde başvuranlarla geç dönemde başvuranların ruhsal yakınmaları

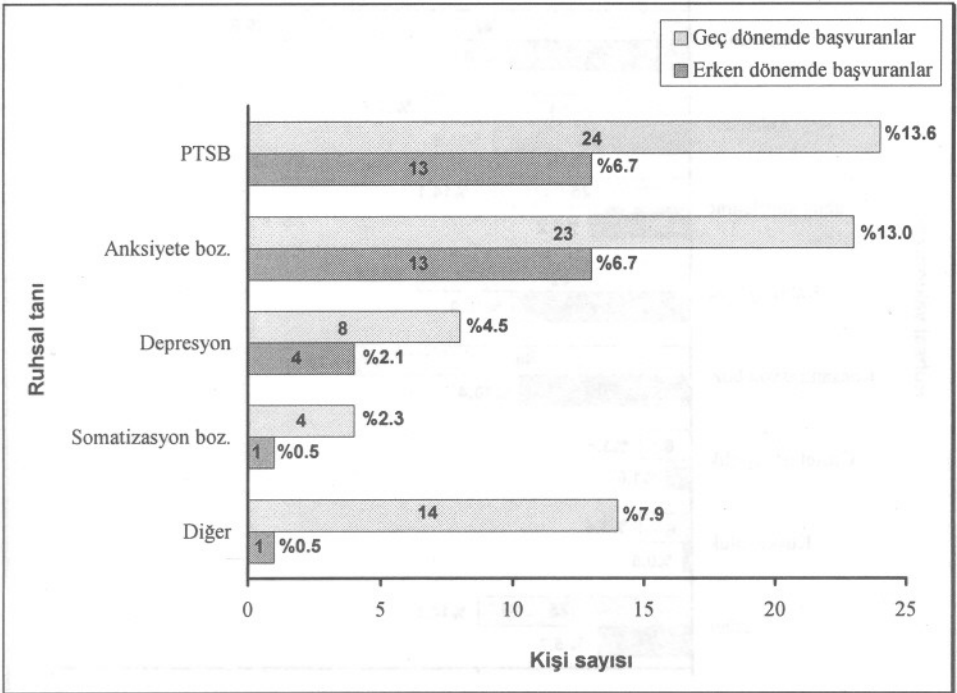


Not: Bir kişinin birden fazla yakınması olabildiğinden, toplam sayı başvuru sayısından fazladır.

Toplam ruhsal yakınmaları %40.9 olan erken dönemde başvuran kişilerin ruhsal yakınmalarının dağılımına bakıldığında en sık olarak (%28.0) uyku sorunlarının olduğu görülmektedir. Bunun ardından anksiyete (%11.9), unutkanlık (%10.9) ve kabus görme (%10.9) yakınmalarının geldiği saptanmıştır. Geç dönemde başvuranların ruhsal yakınmaları da yukarıdakine benzer şekilde sıralanmakta olup oranların daha yüksek olduğu bulunmuştur. Geç dönemde başvuranlarda uyku sorunlarının sıklığı %35.6 iken unutkanlığın %26.6, konsantrasyon bozukluğunun %22.6, kabus görmenin %18.1, anksiyetenin %17.5 oranında olduğu gözlenmiştir. Başvuruların ruhsal yakınmalarının gözaltına alındıktan ne kadar süre sonra başvurduklarına göre dağılımı Grafik 22'de görülmektedir.

Ruhsal tanı dağılımı da erken ve geç başvuran kişilere göre ayrılarak incelendiğinde erken dönemde başvuran 193 kişiden 32'sinin (%16.6), geç dönemde başvuran 177 kişiden 73'ünün (%41.2) herhangi bir ruhsal tanı aldığı görülmektedir.

Grafik 23. 1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne erken dönemde başvuranlarla geç dönemde başvuranların ruhsal tanıları



Her iki gruba aldığı tanıları açısından tekrar bakıldığında erken dönemde başvuranlarda posttravmatik stres bozukluğunun ve anksiyete bozukluğunun %6.7, depresyonun % 2.1 oranında gözlemlendiği ortaya çıkmaktadır. Geç dönemde

başvuranlarda ise post-travmatik stres bozukluğu % 13.6, anksiyete bozukluğu %13.0, depresyon %4.5 oranında görülmektedir. Burada sayılan ruhsal bozuklukların geç dönemde başvuranlarda erken dönemde başvuranlara göre yaklaşık iki kat daha fazla görüldüğü söylenebilir. Cinsel işlev bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, alkolizm, histerik bozukluk, kişilik bozukluğu gibi ruhsal bozukluklar erken dönemde başvuran kişilerde gözlenmediği (grafikteki değerleri "0" olacağından) için diğer başlığı altında sınıflanmıştır. Erken ve geç dönemde başvuran kişilerin ruhsal tanı dağılımları Grafik 23'de görülmektedir.

1994 yılında Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran 380 (%88.5) kişinin yapılan muayene ve incelemeleri sonucunda ortaya konan hastalıklarının işkence ve cezaevi yaşantısı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. 9 mülteci başvurudan dördünde rahatsızlıklarının sadece mülteci yaşamla ilişkili olduğu bulunmuştur.

D- Tedavi süreci

1993 yılında TIHV'na başvuran kişiler içinde, tetkik ve konsültasyonlar aşamasında ya da daha sonra başlanan tedaviyi sürdürmeyerek tedavi merkezi ile ilişkilerini yarım bırakanların oranı %38.9 iken, 1994 yılında aynı oran %21.9 olarak belirlenmiştir. 1994 yılında tedaviyi yarım bırakan başvuruların oranında azalma olsa da başvuruların yaklaşık beşte birinin tedavilerini herhangi bir aşamada yarım bırakmaları önemlidir.

1994 yılında başvurulara ağırlıklı olarak farmakolojik tedavinin (%71.6) uygulandığı görülmektedir. Sadece psikoterapi uygulaması %5.8 oranında yer alırken %10.0'ında psikoterapiye farmakolojik tedavinin de eklendiği ve toplam olarak psikoterapi alan başvuru oranının %15.8 olduğu belirlenmiştir. Sadece fizyoterapi ya da farmakolojik tedavinin fizyoterapiye ek olarak verildiği olguların oranı ise %6.1 düzeyinde kalmıştır. Bunların dışında başvuruların %4.5'inde cerrahi tedavi gerektiren rahatsızlıklar saptanmış ve tedavileri yaptırılmıştır.

1994 yılı içinde TIHV'na başvuran 429 kişiden 113'ü (%26.3) herhangi bir ruhsal tanı almışken bunların sadece 68'i (%15.8) bu rahatsızlıkları için öngörülen tedaviyi kabul etmiştir. Benzer bir değerlendirme sadece gözaltına alınanlar için yapıldığında, 378 başvurudan 106'sında (%28.1) ruhsal bir rahatsızlık saptandığı ve bu kişilerden sadece 63'ünün (%16.7) tedavi programına alındığı görülmektedir. 1994 yılı içinde TIHV'na başvuran işkence görmüş kişilerin çoğunluğunun gözaltı sonrasındaki ilk günlerde gelmesi, yukarıda yakınmalar ile ilgili bölümlerde de görüldüğü gibi daha çok kas iskelet sistemi yakınmaları ile gelen bu kişilerin o anki fiziksel yakınmalarının çözümlenmesini beklemeleri, varolan öbür yakınmalarını çok önemsememeleri ve o an akut yakınmaları için verilen farmakolojik tedaviyi yeterli görmeleri, ruhsal bir rahatsızlık saptanan başvuruların psikiyatrik tedavi programına alınamamalarının bir nedeni olabilir. Bunlar da 1994 yılında ağırlıklı olarak farmakolojik tedavinin uygulanmasını, psikoterapi uygulamasının ise düşük oranlarda olmasını bir ölçüde açıklayabilir.

SONUÇ

1994 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne işkenceden kaynaklanan sağlık sorunları olduğunu belirten 472 kişi başvurmuştur. Bu kişilerin, yukarıda değerlendirilen sosyodemografik özelliklerine, uygulanan işkence yöntemlerine, ortaya çıkan ruhsal ve fiziksel belirtilerine yeniden bakıldığında aşağıdaki noktalar bir kez daha vurgulanmaya değer bulunmuştur.

- TİHV'na gözü altında işkence gördüğünü belirterek başvuranların tamamına yakını daha önceki gözaltılarında da işkence görmüşlerdir. Bu da Türkiye'de işkencenin sistematikliğinin bir göstergesidir.

- Başvuruların çoğu uygulanan işkence yöntemlerinin tümünü anımsamakta ya da dile getirmemektedir. Sistematik işkence uygulamalarından "şiddeti hafif" olanları o denli sıradanlaşmıştır ki işkence görenlerin kendileri tarafından bile belirtmeye değer bulunmamaktadır.

- Güneydoğu Anadolu (1993'te 17, 1994'te 39) ve Doğu Anadolu (1993'te 11, 1994'te 17) Bölgeleri'nden başvuranların sayısında belirgin bir artış olmuştur. TİHV'nin önemli hedeflerinden biri başta işkencenin daha yoğun olarak yaşandığı Olağanüstü Hal Bölgesi olmak üzere Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'ne ulaşmaktır. Bu amaçla Beş Şehir Projesi kapsamında çalışmalar yürütülmektedir.

- Rakamlar işkencenin sadece sistematik bir sorgu yöntemi olarak değil aynı zamanda bir cezalandırma ve caydırma aracı olarak da uygulandığını göstermektedir. Vakıf verilerine yansıyan, cezaevlerindeki işkence olaylarının sayısı da bunu kanıtlamaktadır.

- İşkence sonrası erken dönemde başvuranlarda kas-iskelet sistemi ile ilgili yakınmalar başta olmak üzere fiziksel yakınmalar daha yoğun görülmektedir. Başvuruların ruhsal belirtileri işkenceyi izleyen kısa dönemde ortaya çıkmaktadır. Bu durum erken dönemde başvuranların uzun süre izlenmesini gerekli kılmaktadır.

- Sağlık çalışanlarının daha duyarlı olması beklenirken, hekimlerin %30.9'unun hekimlikle ilgili görevlerini yerine getirmemeleri, %6.4'ünün de işkenceye aktif ya da pasif olarak katılmaları oldukça düşündürücüdür.

İşkence sonrası gelişen tıbbi sorunların gerçek çözümünün, işkencenin ortadan kaldırılması ile mümkün olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle, işkenceden kaynaklı sorunlarla mücadele, zorunlu ve birincil olarak işkencenin ortadan kaldırılması için mücadeleyi içermektedir. Bu mücadelede sağlık alanında çalışanlara da önemli görevler düşmektedir.

***İşkence ve İşkencenin
Sonuçlarıyla İlgili
Bilimsel Çalışmalar***

İŞKENCENİN BAZI PSİKOLOJİK BOYUTLARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Şule Duruarı*, Cenk Tek**, M. Emin Önder***

GİRİŞ

Dönem dönem her ülkenin tarihinde rastlanan işkence, bilgi alma, itiraf ettirme, ceza verme gibi amaçlarla bilinçli olarak kişiye fiziksel ve ruhsal acı vermektir¹. Bireylerde travma sonrası ortaya çıkabilecek fiziksel ve ruhsal belirtilerin engellenebilen önemli nedenlerinden birisi de işkencedir. İşkence, bireyin yanısıra toplumu da etkileyen ciddi bir sorundur. Uluslararası Af Örgütü, 1993 yılında yayımladığı raporunda dünyada 111 ülkede halen yaygın bir biçimde işkence yapıldığını belirtmektedir².

Bazı işkence türlerinde psikolojik etkiler fiziksel etkilerden daha derin izler bırakmaktadır. Örneğin, sürekli olarak öldürmeyle, sakat bırakmayla tehdit etmek, işkence gören başka kişileri seyrettirmek, sahte idam uygulamaları yapmak, sürekli olarak rahatsız edici sesler dinletmek, kişinin dayanma gücünü azaltmak için sosyal desteğini elinden almak, bir daha eve dönemeyeceğine dair tehdit edip çaresiz bırakmak, anlamsız ve basit emirleri zorla yaptırmak gibi işkencelere maruz bırakılan kişilerde, fiziksel belirtilere ilave olarak pek çok psikolojik belirti

* Psikolog, TİHV, Ankara.

** Dr., Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD, Ankara.

*** Doç.Dr., Ankara Numune Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ankara.

görülmektedir. Bunlar intihar düşünceleri, depresyon, çaresizlik, kaygı, kızgınlık, korku, bellek yitimi, konsantrasyon bozukluğu, uykusuzluk, başağrıları, kabuslar, dayanıklılığı yitirme, cinsel bozukluklar ve özel bir travma ile ilişkili ağrılardır³.

Peterson⁴, son yıllarda işkence gören ve göçe zorlanan bireylerin gittikleri ülkelerde yeni sorunlarla karşılaştığını vurgulamaktadır. Bu kişilerin, geçmiş yaşantılarıyla ilişkileri kesilmiş, mültecilik deneyimleri sosyal ve kültürel yönden onları şaşırtmıştır. Ailelerini, dillerini, evlerini, arkadaşlarını, kültürlerini, sosyal statülerini ve ideallerini kaybetmişlerdir. Kültür şoku, kimliklerini tehdit etmektedir. İşkencenin etkisi bu ani değişikliklerle karışmakta, inançlarını yıkmaktadır. Bu deneyimler sonucu, sözü edilen bu kişilerde, apati, depresyon, suçluluk ve özgüven yitimi görülmektedir.

Araştırmalar, işkenceye ilişkin psikolojik etkilerin uzun süre devam ettiğinden söz etmektedir. Allodi ve Cowgill'in raporlarına göre, kişide uzun süre kaygı, kendi işkence deneyimine ait kabuslar, korkulara dayalı somatik belirtiler, fobiler görülmektedir. İşkenceye maruz kalan kişilerin fiziksel ve psikolojik durumu üzerine yapılan araştırmalarda, bu kişilerin ruhsal durumlarında zamanla iyileşme olduğu, buna karşın işkencenin etkisinin tam olarak geçmediği gözlenmiştir⁵. Gonsalves⁶, Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan 32 Şilili siyasi sığınmacının Amerika'ya iltica ettikleri sırada yoğun depresyon içinde olmalarına karşın, kamp-ta yaşamaya başladıktan iki ay sonra yüzde yüz olumlu duygu yaşadıklarını ve ilk geldikleri günlerdeki depresyonlarının bir daha görülmediğini belirtmiştir.

İşkence gören kişilerde gözlemlenen psikolojik belirtilerle ilgili çalışmalara bakıldığında depresyonun ve kaygının görülme sıklığının fazla olduğu vurgulanmıştır. Yurtdışında yapılan araştırmalarda işkence gören kişilerde %14-%88 oranları arasında kaygı, %17-%71 oranları arasında depresyon bildirilmiştir. Türkiye'de yapılan araştırmalara bakıldığında ise, işkence gören kişilerde %17-%48 oranları arasında kaygı, %4-%57 oranları arasında depresyon ortaya çıktığı görülmektedir. Oranlar araştırmadan araştırmaya büyük farklılıklar göstermekle birlikte genel olarak Türkiye'de daha düşük çıkmaktadır. Ayrıca, Türkiye'de işkence gören kişilerle yapılan çalışmalarda en az bir ruhsal belirti bildirme oranının (%33.5) yurtdışında yapılan araştırmalarda ortaya konan oranlara (%68) göre daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır^{7,8}.

Bu çalışmanın amacı, işkence gören kişilerde ortaya çıkan depresyonun, durumluk ve sürekli kaygının, umutsuzluğun işkence görmeyen kişilerden farklı olup olmadığını ve duruma bağlı olarak değişip değişmediğini, Türkiye'de işkence görüp, yurtdışına gidenlerle, halen Türkiye'de yaşayan kişiler arasında, umutsuzluk ve depresyonun, durumluk ve sürekli kaygının ortadan kalkma süresinde fark olup olmadığını araştırmaktır.

Değişik yönleriyle birçok tıp dalını yakından ilgilendiren işkence konusunda yeni başlayan ve giderek önem kazanan araştırmaların daha çok posttravmatik stres bozukluğuna (PTSB), cinsel sorunlara, aile içi etkileşimlere ve tedavilere,

İşkence ile depresyon ve kaygı arasındaki ilişkilere yönelik olduğu görülmüştür. Bu çalışmada işkence görmüş ve temel olarak fiziksel yakınmaları olan kişilerde, mültecilik statüsü de kontrol edilerek genel kaygı ve depresyon düzeylerini değerlendirmeye çalıştık.

YÖNTEM

Denekler

Bu araştırma 1991-1992 yılları arasında yapılmıştır. Araştırma kapsamına Türkiye İnsan Hakları Vakfı Ankara Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi'ne fiziksel yakınmalarla başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 26 kişi ile Türkiye'de işkence görüp İsveç'e siyasal mülteci olarak giden 25 kişi alınmıştır. TİHV'na başvurmuş olanlar altı yıl ile on yıl arasında cezaevinde kalmış ve 1991 yılında şartlı tahliye ile cezaevinden çıkmış kişilerdir. 1991-1992 yılları arasında Ankara Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi'ne başvuran kadın sayısı az olduğu için, olguların hepsi erkek başvurulardır. Buna koşut olarak, mülteci grubu da erkeklerden oluşmaktadır.

Araştırma kapsamına olguların ruhsal belirti düzeyini karşılaştırmak ve değerlendirmek için alınan karşılaştırma grubu, sağlık personeli ve öğrenciler arasından seçilmiş 40 kişiden oluşmuştur. Bu 40 kişiden 20'si öğrenci, 20'si doktordur. Bu kişilerin seçiminde, cinsiyet ve yaş ortalamasının öbür iki gruba uygunluğu dışında, son iki yıl içinde ruhsal hastalık nedeniyle psikolog ya da psikiyatriste başvurmamış olmaları ve herhangi bir kronik fiziksel, mental hastalıklarının bulunmaması göz önüne alınmıştır.

Veri toplama araçları

Bu çalışmada Beck Depresyon Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmıştır.

BULGULAR

İşkence gördükten sonra Türkiye'de yaşamayı sürdürenlerin cezaevinden çıktıktan araştırma ölçeklerini doldurdukları tarihe kadar geçen süre en az bir ay, en fazla altı aydı. Ölçekleri doldurdukları tarihlerdeki yaş ortalaması 32.00 idi. Araştırmanın yapıldığı dönemde, 1 kişi üniversite mezunu, 5 kişi lise mezunu, 20 kişi de liseden ayrılmış olduğunu söylemiştir. Cezaevinden yeni çıktıkları için, bu grubu oluşturan tüm bireyler işsizdi. Tümü de 90 gün süreyle gözaltında kalıp işkence gördüğünü ve işkencenin cezaevinde de sürdüğünü vurgulamıştır.

Yurtdışındaki mültecilerin ölçekleri doldurdukları tarihlerdeki yaş ortalaması 34.70 olarak saptanmıştır. Araştırmaya katıldığı dönemde 6 kişi üniversite mezunu, 4 kişi üniversiteden ayrılmış, 8 kişi lise mezunu, 1 kişi liseden ayrılmış, 3 kişi ortaokul mezunu, 3 kişi ilkokul mezunu olduğunu söylemiştir. Mülteci grubun-

dakilerin 2'si gazeteci, 2'si öğretmen, 1'i teknik eleman, 3'ü işçi olduğunu; 17 kişi ise mesleğinin olmadığını bildirmiştir. Yurtdışında buldukları süre 3 ile 10 yıl arasındadır. Bu gruptakilerin gözaltı süresi 15 gün ile 90 gün arasında değişmektedir. Bu süre içinde işkence gördüklerini söylemişlerdir.

Karşılaştırma grubu, gözaltı ve cezaevi yaşantısı olmayan doktorlar ve öğrencilerden oluşmaktadır. Karşılaştırma grubunu oluşturan doktorlar grubunun yaş ortalaması 25.62'dir. Grup, Hacettepe Üniversitesi'nde asistan olarak çalışan 10, Batıkent Sağlık Ocağı'nda çalışan 10 erkek doktordan oluşmaktadır. Karşılaştırma grubunu oluşturan ikinci grup ise, Ankara'daki çeşitli üniversitelerde okuyan öğrencilerden seçilmiş 20 erkekten oluşmaktadır. Bu grubun yaş ortalaması 22.07 olarak saptanmıştır.

Uygulanan işkence yöntemleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Uygulanan işkence yöntemleri

Yöntemler	n	%
Gözlerin bağlanması	51	100.00
Kaba dayak	51	100.00
Tehdit etme	51	100.00
Hakaret	51	100.00
İşkence sesleri dinletme ya da seyrettirme	23	45.09
Askı	45	88.23
Elektrik	45	88.23
Hücre	30	58.82
Falaka	30	58.82
Aç ve susuz bırakma	20	39.21
Tazyikli su	22	43.13
Soğuk zeminde bekletme	11	21.56
Yalancı infaz uygulaması	7	13.72
Anüsten obje sokulması	4	7.84
Uyumanın engellenmesi	18	35.29
Cinsel taciz	10	19.60
Hücrede izolasyon	15	29.41
Lastik içine sokma	4	7.84
Arkadaşının öldürülüşünü seyrettirme	3	5.88

Türkiye'de işkence görüp Türkiye'de yaşayanlar (Grup 1), Türkiye'de işkence görüp yurtdışında yaşayanlar (Grup 2), öğrenci (Grup 3) ve doktor (Grup 4) gruplarının ölçeklerden aldıkları ortalama ve standart sapmalar Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Grupların ölçeklerden aldıkları ortalama ve standart sapmalar

Ölçekler	Grup 1 n: 26	Grup 2 n: 25	Grup 3 n: 20	Grup 4 n: 20
Beck Depresyon Envanteri	$\bar{x}_j = 9.23$ $s_j = 7.29$	$\bar{x}_j = 14.72$ $s_j = 12.90$	$\bar{x}_j = 9.80$ $s_j = 6.80$	$\bar{x}_j = 5.40$ $s_j = 4.40$
Beck Umutsuzluk Ölçeği	$\bar{x}_j = 4.50$ $s_j = 0.87$	$\bar{x}_j = 6.20$ $s_j = 5.20$	$\bar{x}_j = 4.90$ $s_j = 3.70$	$\bar{x}_j = 5.10$ $s_j = 3.50$
Durumluk Kaygı Envanteri	$\bar{x}_j = 60.96$ $s_j = 8.06$	$\bar{x}_j = 60.60$ $s_j = 7.39$	$\bar{x}_j = 59.10$ $s_j = 5.12$	$\bar{x}_j = 60.55$ $s_j = 7.24$
Sürekli Kaygı Envanteri	$\bar{x}_j = 45.73$ $s_j = 6.70$	$\bar{x}_j = 46.44$ $s_j = 8.58$	$\bar{x}_j = 43.80$ $s_j = 7.90$	$\bar{x}_j = 40.25$ $s_j = 3.22$

Türkiye'de işkence görüp Türkiye'de yaşayanlar ve Türkiye'de işkence görüp yurtdışında yaşayanlar ile kontrol grubu olarak ele alınan öğrenci ve doktorlar arasındaki farklılığı gözlemlemek için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

Tablo 3'de görüldüğü gibi, varyans analizi sonucuna göre, Türkiye'de işkence görüp Türkiye'de yaşayanlar, Türkiye'de işkence görüp yurtdışında yaşayanlar, öğrenciler ve doktorlar arasında Beck Depresyon Ölçeği puanları anlamlı farklılık göstermiştir ($F=4.08$; $p<0.05$). Anlamlı fark gösteren ortalamaları belirtmek için Tukey-Kramer testi uygulanmıştır. Tukey-Kramer testi sonuçlarına göre, mülteci grup ile doktorlar grubunun depresyon ölçeklerinden aldıkları ortalamaların diğer iki gruptan anlamlı olarak farklı olduğu anlaşılmıştır (Ort. sırayla 14.72, 5.40; $q=4.93$, $p<0.05$).

Tablo 3. Grupların Beck Depresyon Ölçeğine ilişkin ANOVA çizelgesi

Kaynak	Kareler top.	s_j	Ort. kare	F	p
Gruplar arası	975.64	3	325.21	4.08	0.05
Hata	6929.04	87	79.64		
Toplam	7904.68	90			

$$F_{0.05} (3-87) = 2.70$$

Tablo 4'de görüldüğü gibi, varyans analizi sonucuna göre, Türkiye'de işkence görüp Türkiye'de yaşayanlar, Türkiye'de işkence görüp yurtdışında yaşayanlar, öğrenciler ve doktorlar arasında Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları yönünden anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 4. Grupların Beck Umutsuzluk Ölçeğine ilişkin ANOVA çizelgesi

Kaynak	Kareler top.	s_j	Ort. kare	F
Gruplar arası	32.46	3	10.82	0.63
Hata	1483.29	87	17.04	
Toplam	1515.75	90		

$$F_{0.05} (3-87) = 2.70$$

Tablo 5'de görüldüğü gibi, tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, Türkiye'de işkence görüp Türkiye'de yaşayanlar grubu, Türkiye'de işkence görüp yurtdışında yaşayanlar grubu, öğrenciler ve doktorlar arasında Durumluk Kaygı Envanteri puanları yönünden anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 5. Grupların Durumluk Kaygı Envanterine göre ANOVA çizelgesi

Kaynak	Kareler top.	s_j	Ort. kare	F
Gruplar arası	84.75	3	28.25	2.50
Hata	981.68	87	11.28	
Toplam	1066.44	90		

$$F_{0.05} (3-87) = 2.70$$

Tablo 6'da görüldüğü gibi, tek yönlü varyans analizi sonucuna göre, Türkiye'de işkence görüp Türkiye'de yaşayanlar grubu, Türkiye'de işkence görüp yurtdışında yaşayanlar grubu, öğrenciler ve doktorlar arasında Sürekli Kaygı Envanteri anlamlı farklılık göstermiştir ($F=3.39$; $p<0.05$). Anlamlı fark gösteren ortalamaları belirlemek için Tukey-Kramer testi uygulanmıştır. Tukey-Kramer testi sonuçlarına göre, Türkiye'de işkence görüp Türkiye'de yaşayanlar grubu ile doktor grubunun ve mülteci grubu ile doktor grubunun Sürekli Kaygı Envanteri'nden aldıkları ortalamaların öbür gruptan anlamlı olarak farklı olduğu anlaşılmıştır (46.44, 40.25; $q=3.95$, $p<0.05$).

Tablo 6. Grupların Sürekli Kaygı Envanterine göre ANOVA çizelgesi

Kaynak	Kareler top.	s_j	Ort. kare	F	p
Gruplar arası	500.76	3	166.92	3.39	0.05
Hata	4272.22	87	49.10		
Toplam	4772.98	90			

$$F_{0.05} (3-87) = 2.70$$

SONUÇLAR VE TARTIŞMA

İşkence Türkiye'nin gündeminde olan önemli bir insan hakları sorunudur. Dünyada ve Türkiye'de işkence görenlerle ilgili yeni başlayan araştırmalara bakıldığında, bu çalışmaların daha çok PTSD'na, cinsel sorunlara ve bu kişilerin tedavilerine yönelik olduğu görülmüştür. Bu araştırmada ise Türkiye'de işkence görüp halen Türkiye'de yaşamayı sürdürenlerle mülteci olarak yurtdışına gidenlerin depresyon, durumluk ve sürekli kaygı, umutsuzluk durumları araştırılmıştır.

Sonuç olarak

1. Mülteci grubun Beck Depresyon Envanteri skorları ile doktorların depresyon skorları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Mülteci grubun geçirdiği işkence deneyimi, yurtdışı yaşantısı, kültür farklılığı, dil sorunu, işsizlik, akraba ve aile kaybının bu depresyonda büyük payı olduğu söylenebilir.

2. Beck Umutsuzluk Ölçeği verilerine göre, Türkiye'de işkence gördükten sonra Türkiye'de yaşamayı sürdürenler ve Türkiye'de işkence görmüş mülteciler ile öğrenci ve doktor grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Umutsuzluğun depresyonda ulaşılan en yüksek nokta olduğunu söyleyen araştırmalar göz önüne alındığında, depresyon açısından anlamlı bir fark bulunmayan gruplar arası ilişkinin umutsuzluk ölçeği açısından da aynı olduğu düşünülmektedir. Beck'in, depresiflerin geleceğe olumsuz baktıkları varsayımını ileri sürmesine karşın bizim araştırmamız kapsamındaki işkence görenlerin geleceğe olumsuz bakmadıkları söylenebilir. Bu da işkence görenlerdeki depresif davranışların bir savunma biçimi olduğu düşüncesini akla getirmektedir.

3. Tehlike koşullarının yarattığı durumluk kaygı, bireyin yaşadığı geçici duruma bağlı bir kaygı türüdür. Sürekli kaygı ise, çevreden gelen uyarıcılara bağlı olarak oluşan, bireyin içinde bulunduğu durumu sürekli stresli olarak yorumlayıp kaygı duymasındır. Durumluk kaygı açısından, araştırma grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu da gösteriyor ki, yurtdışında mülteci olarak yaşayanlar dahil işkence gören kişilerin oluşturdukları gruplar, kontrol gruplarından (öğrenciler ve doktorlar) farklı davranmamaktadırlar.

4. Sürekli Kaygı Envanteri verileri açısından ele aldığımızda, mülteci grubu ile doktorlar grubu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu husus, tekrar yurda dönememe, kültür farkı, dil sorunu, arkadaş ve aile kaybı, iş bulamama gibi nedenlerle açıklanabilir. Türkiye'de işkence gören ve Türkiye'de yaşamayı sürdüren grubun sürekli kaygı açısından anlamlı farklılık göstermesi, sayıltımızı desteklemektedir. Uzun süren cezaevi yaşantısı nedeniyle eğitimleri yarım kalmış ve dolayısıyla meslek sahibi olamamış bu bireylerin iş konusundaki kaygıları, ekonomik açıdan ailelerine bağımlı olmaları, her an yeniden gözüaltına alınma riski, söz konusu farklılığı açıklayabilmektedir. İleride yapılacak bir araştırmada bu konuları daha ayrıntılı bir biçimde ele almak amacındayız.

Yaptığımız araştırma, alana bir anlamda katkı niteliği taşımakla birlikte, daha ayrıntılı çalışmalara gereksinim olduğu kanısındayız. Örneğin; depresyon, durumluk ve sürekli kaygı konusunda daha ayırıcı bazı ölçeklerin geliştirilmesine gereksinim olduğunu düşünmekteyiz.

Ayrıca, Türkiye'de işkence görüp yurtdışına gidenlerle Türkiye'de işkence görmemiş, gözaltına alınmamış, cezaevine girmemiş, yurtdışına çalışmak için gidenler arasında depresyon ve kaygı bozuklukları yönünden fark olup olmadığı konusunda yapılacak bir başka araştırmanın da bu alana katkı sağlama adına inaniyoruz.

KAYNAKLAR

1. Turner S, Gorst-Unworth C. Psychological sequale of torture. A descriptive model. Br J Psychiatry 1990; 157: 457-480.
2. Amnesty International. Amnesty International Report. Londra: Amnesty International Publications, 1993.
3. Kaptanoğlu C. İşkencenin ruhsal etkileri. (Uzmanlık tezi). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1991.
4. Peterson HD. The Controlled Study of Torture Victims. Scand J Soc Med 1989; 1: 13-20.
5. Whittaker SR. Counseling torture victims. The Counseling Psychology 1988; 16: 272-278.
6. Gonsalves BJ. The psychological effects of political repressions of Chilean exiles in U.S. American J Orthopsyciatry 1990; 60: 143-152.
7. Tek C, Önder E, Duruarı Ş. İşkence sonrası görülen ruhsal belirtiler. 3 P Dergisi 1993 1; 3: 26-30.
8. Rasmussen OV. Medical aspects of torture. Danish Medical Bulletin 1990; 37: 1-88.

İŞKENCENİN PSİKOLOJİK ETKİLERİNE YÖNELİK PSİKOTERAPİ YAKLAŞIMLARI

Evin Kantemir*

GİRİŞ

İşkencenin önlenmesine yönelik uluslararası sözleşmelerin ve denetim mekanizmalarının varlığına karşın, Uluslararası Af Örgütü'nün 1994 raporuna göre, 1993 yılında dünyada yüzden fazla ülkede tutuklulara sistematik işkence ya da kötü muamele uygulanmış; 151 ülkeye düşünce suçlularının serbest bırakılması, işkence, kayıp, siyasi öldürme olguları ve öbür insan hakları ihlallerine son verilmesi için çağrıda bulunulmuştur¹. Bu tür önlemlerin işkenceyi engelleyici işlevi ne yazık ki henüz sınırlı kalmaktadır. Bu koşullarda, organize şiddet sonucunda oluşan tıbbi ve psikolojik sorunların tedavisi, hem maruz kalan bireylerde kalıcı hasarın önlenmesi hem de bu sorunun varlığının açığa çıkarılarak toplumun ve çeşitli meslek gruplarının duyarlılığının artırılması açısından birincil önem kazanmaktadır.

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

* Dr., Psikiyatrist, TİHV, İstanbul.

başkası ise işkence uygulanan ülkelerden Batı'ya gelen çok sayıda mültecinin, Batı'daki sağlık çalışanlarının dikkatini, organize şiddetle ilgili sağlık sorunlarına yönlendirmiş olmasıdır². Ancak işkencenin tüm çabalara karşın süregelen yaygınlığı ve yol açtığı hasarın boyutları gözönünde bulundurulduğunda, hem varolan bilgi birikimi hem de tedaviye yönelik çalışma yapan kurum ya da kişilerin miktarı yetersiz kalmaktadır.

İşkence, maruz kalan kişiyi hem fiziksel hem de psikososyal yönlerden etkiler. İşkencenin yol açtığı hasarı inceleyen ilk çalışmalar, Uluslararası Af Örgütü çerçevesinde etkinlik gösteren tıbbi çalışma gruplarının başlattığı, daha çok betimleyici nitelikteki araştırmalardır. Tıp camiasında işkence olayına karşı duyarlılığın bir ölçüde artmasında önemli katkıları olan ve işkence sonrası görülebilecek tıbbi/psikolojik tabloların ilk tanımlarının yapıldığı bu çalışmalar çeşitli yayınlarda yer almıştır³.

İşkenceyle ilişkili psikolojik sorunlar kuşkusuz karmaşıktır ve maruz kalan kişinin uzun erimli psikolojik durumunda, işkence olgusunu çerçeveleyen koşullarla doğrudan ilişkili, işkence/tutukluluk deneyiminden bağımsız ya da bunların ikincil sonuçları olan etmenler rol oynamaktadır⁴. Bazı araştırmacılar, özgül bir "işkence sendromu" tanımlamaya çalışmışlar, ancak teorik bir çerçeveden yoksun olmaları nedeniyle eleştirilen bu girişimler, yaygın kabul görmemiştir⁵. İşkence sonrasında ortaya çıkabilen psikolojik sorunlar arasında bellek ve konsantrasyon bozukluğu, anksiyete, depresyon, duyarsızlaşma, zorlayıcı düşünceler, apati, sosyal ilişkilerden kaçınma, başağrısı, uyku bozuklukları ve cinsel işlev bozuklukları sayılabilir.

Bu sorunların, kişiden kişiye büyük farklılıklar gösterebilmesine karşın, en sık olarak depresyonla ve anksiyete ile ilişkili semptomlara rastlanmaktadır⁵. Bu nedenle işkence vakaları çok zaman, Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Üçüncü Baskı'da (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition: DSM-III)⁶ anksiyete bozuklukları başlığı altında yer alan bir tanı kategorisi olan "posttravmatik stres bozukluğu (PTSB)" (posttraumatic stress disorder) çerçevesinde tartışılmaktadır. Bir travma türü olarak işkence bu bozukluğa yol açabileceği varsayılan etyolojik etmenlerden sadece biridir.

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

açısından eleştirilmiştir. PTSD ile ilişkili tartışmanın bir başka yönü, bu tanının işkenceye maruz kalan kişilere uyarlanabilirliği ile ilgilidir. Bu tanı kategorisinin, politik nedene bağlı işkenceye maruz kalanlarda olduğu gibi, uzun süreli, yinelenen travmanın yol açtığı psikolojik sorunları yansıtmada yeterli olmadığı öne sürülmüştür. Bir başka görüş ise, insanlar tarafından kasıtlı olarak uygulanması nedeniyle, işkencenin, özgül bir travma türü olmasıdır⁴. Bu tartışmalara karşın, PTSD tanı kategorisinin geçerliliği, çeşitli çalışmalarla ve sempatik sinir sistemi uyarılması, hipotalamik-hipofizer-adreno-kortikal eksen, endojen opioid sistem ve uyku çevrimi değişiklikleriyle ilişkili olduğunu ortaya koyan biyolojik araştırmalarla doğrulanmıştır⁷.

Burada, hem işkence sonrası ortaya çıkan sorunların tanımının hem de bunlara yönelik tedaviye ilişkin görüşlerin, büyük ölçüde başka travma tipleri üzerinde yapılmış çalışmalara dayandığı kaydedilmelidir. Bunun başlıca nedeni, işkencenin politik açıdan duyarlı bir konu oluşu, bugüne kadar yapılmış çalışmaların çoğunluğunun mülteci gruplarıyla ilişkili olup elde edilen sonuçlarda işkencenin doğrudan etkileriyle mülteci olma konumunun getirdiği sorunların ayırt edilememesi, bazı araştırmacıların söz konusu hastalara katı bir bilimsel yaklaşımın uygulanmasına ilişkin tedirginlikleri gibi etmenlere bağlı olarak bu konuda az sayıda ampirik bilginin toplanmış olmasıdır⁴. Bu durumda, işkenceye bağlı psikolojik sorunların ele alınmasında yararlanılan tedavilerin çoğu, genel olarak PTSD üzerinde yapılmış çalışmalara dayanılarak önerilmektedir. PTSD'na ilişkin tedavi çalışmalarının büyük bir bölümünde, savaş travmasıyla ilişkili vakalar ele alınmaktadır. İşkence deneyimi ile savaş travması, PTSD nedenleri arasında yer alan öbür etmenler içinde birbirine çok benzer özellikler taşıdıklarından, savaş PTSD'na ilişkin çalışmalardan işkence vakalarına kestirme yapılması aykırı görünmemektedir⁸. Bu yazıda da, özgül olarak işkenceyle ilgili çalışmalar ve görüşlerin yanısıra, genelde PTSD'na ilişkin araştırmalardan ve tedavi stratejilerinden söz edilmektedir.

Travmaya maruz kalmış kişilerde görülen psikolojik sorunların giderilmesine yardımcı olmak amacıyla çeşitli tedavi yöntemleri uygulanmıştır; ancak bu yöntemlerin aynı tedavi etkisine sahip olmadıkları açıktır⁸. Eldeki verilere dayanarak, belirli bir yöntemin göreceli etkililiği hakkında bir yargıda bulunmak zordur; ayrıca işkence sonrası görülen psikolojik bozuklukların "doğal öyküsü" henüz tanımlanmamıştır. Bu vakalar için en uygun tedavi yaklaşımına ilişkin arayış hala sürmektedir. Bu durumda, günümüzde, işkenceye maruz kalmış kişilerde ortaya çıkan psikolojik sorunlara yönelik tedaviler, genellikle terapistin kuramsal eğitime ve kişisel yönelimine bağlı olarak değişmektedir. Ancak birçok yazar tarafından önerilen, her hasta için, vakanın niteliğine ve koşullara bağlı olarak esneklik gösterebilen, çeşitli bakış açılarının kullanılabilirdiği çok disiplinli bir tedavi yaklaşımının tasarlanmasıdır⁹. Bu yazıda, işkencenin psikolojik sonuçlarının tedavisinde güncel yaklaşımlar kısaca özetlenmektedir.

İşkenceye maruz kalmış bir kişi psikolojik yardım için başvurduğunda, genel ilke olarak, kapsamlı bir ilk görüşme ve değerlendirme yapıldıktan sonra, tedavi hedefleri ve kullanılacak yöntemler belirlenir. Koşullara göre, uzun erimli bir tedavi ile kişilikte köklü değişimlerin uyarılması ya da varolan semptomlar hızla giderilerek travma öncesi işlev düzeyine yeniden erişilmesi amaçlanarak kullanılacak psikoterapi yöntemi belirlenir⁹. Günümüzde, başka travmalara bağlı sorunlarda olduğu gibi, işkenceden kaynaklanan psikolojik bozuklukların tedavisinde uygulanan başlıca yaklaşımlar, ilaç tedavisi; davranışsal, bilişsel ya da psikodinamik yöntemlerin kullanıldığı bireysel psikoterapiler ve aile tedavisini de içeren çeşitli grup tedavisi yöntemleridir. Bu temel yaklaşımların yanısıra, bazı rehabilitasyon merkezlerinde geliştirilmiş olan özgül tedavi düzenlemelerinden de yararlanılmaktadır.

İşkence vakalarına yaklaşımda ilaç tedavisi uygulanması, bu yazının sınırları dışında kalmaktadır. Ancak burada travmaya bağlı stres bozukluklarının tanı ve tedavisinde biyolojik yaklaşımların, hem klinik uygulamada hem de araştırma alanında giderek daha çok ilgi çektiğini belirtmek gerekir. Bugünkü anlayışa göre, travmadan sonra görülen psikolojik bozukluklarda psikoterapi, tedavinin temel direğini oluşturmaya devam etmekte, ilaç tedavisi ise psikoterapiye yardımcı uygulamalar arasında en yararlı olanların başında yer almaktadır; ancak bu alanda yapılan çalışmalar, biyolojik bir yaklaşımın, psikolojik tanı ve tedavi tekniklerine katkıda bulunacağı izlenimini vermektedir⁷.

PSIKODİNAMİK YAKLAŞIM

Psikodinamik tedavi, özellikle Latin Amerika ülkelerinde, işkenceye maruz kalmış kişilerin psikoterapisinde en yaygın olarak kullanılan yöntemlerden biridir. Bu yaklaşımın temeli, travma deneyiminin intrapsişik olarak işlenmesidir. Psikodinamik kurama göre travmaya maruz kalan bireyler, bu olayı, kendilik kavramlarıyla, yaşamı ve dünyayı kavrayışlarıyla bütünleştirmede zorluk çekerler. Tedavinin amacı, hastaların travmatik deneyimlerini özümleyerek bu uzlaşmayı sağlamaktır¹⁰.

Psikodinamik kuram bağlamında, PTSD ile ilişkili birkaç yorum ve tedavi önerisi geliştirilmiştir. Bunlardan biri, Horowitz'in¹¹ PTSD'nun çeşitli evrelerini, kişinin o sırada kullandığı baskın savunma düzeneklerinin niteliğine ve sağladığı başarı derecesine göre sınıflandırdığı yorumuna dayanmaktadır. Horowitz'e göre, travma sonucunda ardışık olarak ortaya çıkabilen ya da örtüşebilen iki süreç yaşanır. Zorlayıcı yineleme semptomlarının görülmesi savunma denetiminin azalması ile, red ve duyarsızlık dönemleri ise aşırı denetimin varlığıyla açıklanır. Horowitz, seçilecek tedavi tekniklerini de bu evrelere göre sınıflandırmıştır. Bu yaklaşıma göre, zorlayıcı yineleme evresinde destekleyici bir yaklaşımla sıkıntının hafifletilmesine, regresif semptomların giderilmesine çalışılır. Red evresinde ise

açıklayıcı bir yaklaşım tercih edilir; denetimi azaltmak amacıyla savunmaların yorumu ve telkin, abreaksiyon ve katarsisi kolaylaştırmak içinse, psikodrama ve imgeleme gibi teknikler kullanılır^{11,12}.

Psikodinamik psikoterapinin, stres yanıtına ilişkin sendromlardaki etkililiğini ele alan iki sistematik çalışma yayımlanmıştır. Horowitz ve arkadaşlarının¹³ çalışmasında, gerçekte sadece 14'ü PTSD ölçütlerine tam olarak uyan 54 vakaya uygulanan kısa süreli psikodinamik bir tedavi sürecinin sonunda semptom ağırlığı, çalışma yaşamı ve kişiler arası ilişkilerdeki işlev düzeyi ile yakınlık kurma yetisi açısından yapılan değerlendirmede, tedavi öncesi duruma göre, uygulanan ölçümlerle belirlenen bir düzelme görüldüğü kaydedilmiştir. Ancak daha sonra, psikoterapi sonuçlarının ele alındığı bir meta-analizde¹⁴, bildirilen bu düzelmelerin, tedavi uygulanmamış kontrollerdekinden farklı olmadığı ortaya kondu. Lindy ve arkadaşları¹⁵ ise, kısa süreli dinamik psikoterapi uygulanan 30 hastanın 10'unun tedaviyi tamamladığını ve bu vakalarda semptomların azaldığını bildirmişlerdir. Bu iki çalışma, dinamik psikoterapinin stres yanıtı ile ilişkili sendromlar bağlamında sistematik olarak değerlendirilmesinde önemli bir ilk adım oluşturmaktadır. Solomon ve arkadaşları¹⁰, PTSD vakalarının tedavisine ilişkin literatürde yer alan kontrollü çalışmaları gözden geçirdiklerinde, bu grup hastalarda psikodinamik tedavinin değerlendirildiği sadece bir kontrollü çalışma bulabilmişlerdir. Söz konusu çalışmada¹⁶, dinamik psikoterapi, hipnoterapi ve sistematik duyarsızlaştırma uygulanan gruplar, bekleme listesindeki vakalardan oluşan kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Tedavinin tamamlanmasından üç ay sonra, her üç tedavi grubunda da, kontrol grubuna kıyasla semptomlarda azalma görülmüş, ortalama 18.8 saatlik dinamik psikoterapi uygulanan vakalarda, kaçınma semptomlarında, zorlayıcı yineleme semptomlarına kıyasla daha iyi sonuç alındığı izlenimi edinilmiştir.

İşkence travmasına ilişkin yeni kavramlar ve elde edilen klinik veriler, gelecekte psikodinamik yaklaşımların bu hasta grubunda kullanımının yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Genellikle bu tür vakalara psikodinamik psikoterapi uygulandığında, daha esnek bir yaklaşımın benimsenmesi, her aşamada hastanın gereksinimlerinin yeniden belirlenip buna göre girişimler yapılması uygun görülmektedir¹⁷.

DAVRANIŞSAL YAKLAŞIM

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

imgesel olabilmektedir¹⁷. Genel olarak travmaya maruz kalmış kişilerde, doğrudan terapötik alıştırma yöntemleri olan duyarsızlaştırma, flooding ve implosif tedavi uygulanmış ve umut verici sonuçlar elde edilmiştir⁷.

Sistemik duyarsızlaştırma, belirli davranışsal yanıtların, öbürlerini yarışmalı olarak engellemesi ilkesine dayanır. Bu yöntemle hastaya, anksiyete gibi istenmeyen bir yanıtı inhibe edecek alternatif bir yanıt (genellikle gevşeme) öğretilir. Hasta artan şiddette anksiyete yaratan uyaranlara sırayla maruz bırakılırken, öğrenmiş olduğu gevşeme tekniğini uygular. Bu işlem sırasında söz konusu uyaranlara karşı ortaya çıkan anksiyete yanıtının giderek azalması ve kaybolması beklenir¹⁸.

Solomon ve arkadaşlarının¹⁰ gerçekleştirdikleri gözden geçirme çalışmasında, duyarsızlaştırma yönteminin tedavi etkililiğine ilişkin yayımlanmış iki kontrollü çalışmadan söz edilmektedir. Peniston'un¹⁹ çalışmasında, bir gevşeme programının yanısıra, 48 saatlik imgesel duyarsızlaştırma tedavisi uygulanan grupta, tedavisiz bırakılan kontrol grubuna kıyasla, kabuslar, flashback'ler ve kas gerginliği açısından daha fazla düzelme görülmüş ve elde edilen sonuçlar iki yıllık izleme süresi boyunca kalıcı olmuştur. Brom ve arkadaşlarının¹⁶ yukarıda sözü geçen çalışmalarında, sistematik duyarsızlaştırma uygulanan grup ile öbür iki tedavi grubunda, kontrol grubuna kıyasla daha fazla düzelme elde edildiği belirlenmiştir.

Implosif terapi ve flooding'in ortak öğeleri, hastanın, terapistle bilinçli bir destek ilişkisi içinde kendini güvencede hissederken, sistematik olarak travmayı bütün yönleriyle yeniden canlandırmasını sağlayacak şekilde, anksiyete yaratan uyaranların sürekli olarak sunulmasıdır. Böylece hasta, gerçek bir tehlikenin bulunmadığı ortamda, yeterli bir süre boyunca, travma anılarını yeniden yaşar. Bu uyarılma, söndürme oluşana kadar sürdürülür. Aynı seans içinde ve birbirini izleyen seanslar arasında, hastada, canlandırılan anılar karşısında giderek daha az uyarılma görülür ve sonuçta semptomların tamamen ortadan kalkması beklenir. Flooding ile implosif terapi arasındaki temel fark, flooding'de hastanın travma ile sınırlı uyaranları canlandırması istenirken, implosif terapide, varsayılan yanlış inançlar dahil, tüm koşullu uyaranların ele alınmasıdır⁷.

Bazı yazarlar, flooding ve implosif terapiyi, saldırgan yaklaşımlar oldukları ve hastayı travmatize etme riski taşıdıklarını öne sürerek eleştirmişler; son zamanlarda yayımlanan ve depresyonun alevlenmesi, alkolizmin nüksü ve panik bozukluğunun ortaya çıkması gibi bu yöntemle ilişkili komplikasyonların bildirildiği bir çalışmaya gönderme yapmışlardır¹⁰. Ancak başka yazarlar, herhangi bir koşullu uyaranın zarar verme olasılığı bulunmadığını, hastanın zaten zorlayıcı yeniden yaşama deneyimleri sırasında bu uyaranlarla karşılaştığını ileri sürmektedirler. Bu görüşe göre, hastanın yeniden yaşama semptomlarının, bu yöntemlerden tek farkı, tedavi sırasında uyaranların, söndürme olgusu gerçekleşene kadar sistemli biçimde sürdürülmesidir¹⁸.

Flooding ve implosif terapinin travma tedavisinde kullanımına ilişkin ilk çalışmalar, vaka bildirimleri şeklindeydi. Bu çalışmalarda, flooding yöntemini^{20,21} ya da implosif terapiyi^{22,23} uygulayarak, ölçülen anksiyete düzeyleri ile PTSS'na ilişkin zorlayıcı semptomlarda düzelme bildirildiği kaydedilmekteydi. Daha yakın zamanlarda, bu tedavilerin ele alındığı rasgele yöntemli, kontrollü çalışmalar yapılmıştır. Bunlardan Keane ve arkadaşlarının²⁴ çalışmasında, 24 vakaya 12-14 seans implosif terapi uygulanmasının ardından, 6 aylık izleme döneminin sonunda, depresyon, anksiyete ve zorlayıcı yineleme semptomlarında kontrol grubuna kıyasla azalma kaydedilmiştir. Cooper ve Clum²⁵, standart PTSS tedavisi programının, flooding'le birlikte uygulandığında, tek başına uygulanmasına kıyasla semptomları azaltmada daha etkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Boudewyns ve Hyer²⁶ ise, bireysel danışmanlık uygulanan bir gruba kıyasla, implosif terapi uygulanan vaka grubunda, özellikle uyarılma belirtileri açısından daha çok düzelme gördüklerini kaydetmişlerdir. Foa ve arkadaşlarının²⁷ çalışmasında, uzun süreli alıştırma tedavisi uygulanan vakalar, destekleyici danışmanlık ve stres aşılama eğitimi uygulanan gruplarla ve tedavisiz bırakılan kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. En iyi sonuçların, tedaviden hemen sonra yapılan değerlendirmede, stres aşılama eğitimi uygulanan grupta, üç buçuk aylık izleme süresinin sonunda ise alıştırma yöntemi uygulanan grupta elde edildiği görülmüştür.

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

BİLİŞSEL VE BİLİŞSEL-DAVRANIŞSAL YAKLAŞIMLAR

Psikolojide bilişsel yaklaşım, birincil olarak, düşünce süreçleri, bilginin edinilme ve kullanım biçimleri, bilişsel öğelerin yaşam deneyimlerini değerlendirmede ve sorunların ele alınışında nasıl kullanıldığı üzerinde durmaktadır²⁸. Depresyon tedavisindeki etkililiği gösterilmiş olan bilişsel yaklaşımın henüz anksiyete ile ilişkili durumlardaki yararı sınanmamıştır. Ancak bu kuramın, travmaya bağlı semptomlar hakkında getirdiği açıklamalar ve işkence sonrası gelişen PTSS vakalarında depresyona da sık rastlanması göz önünde bulundurulduğunda, bu alanda bilişsel yöntemlerin rolünün irdelenmesi önem kazanmaktadır²⁹.

Bilişsel kurama göre travmanın sonuçları, kişinin sorunlara yaklaşımı ve başa çıkma biçimleri ile açıklama ve içerik yükleme tarzları açısından yorumlanır. Kişinin travma karşısında benimsediği başa çıkma biçimi, travmanın yol açtığı hasarın derecesini etkiler. Örneğin, enerjisini kendi duygusal tepkilerine yönlendirenlere kıyasla, yaşadığı deneyimleri bir başka bakış açısından kavrayarak tepkilerini değiştirmeye çalışanlarda, travmanın daha az hasara yol açacağı varsayılır²⁸.

Gene bilişsel kuram bağlamında travma deneyiminin, insanda varolan "dünyadaki olayların anlamlı ve adil olduğu" yönündeki varsayımı ve "kendisine bir zarar gelmeyeceği" inancını yıkarak, kişinin kendisini "kurban konumunda, güçsüz ve çaresiz" algılamasına neden olduğu ileri sürülür. Buna göre hastanın eski işlevsel düzeyine erişebilmesi için, travmatik deneyimlerini, yeni bir dünya görüşü ve kendilik kavramı ile bütünleştiren bilişsel bir sürecin yaşanması gerekir²⁸.

Davranışsal ve bilişsel yaklaşımların birlikte uygulandığı bilişsel-davranışsal tedavi, davranışın sadece açıkça görülen eylemlerini değil, düşünce, içerik yükleme ve problem çözümüne ilişkin bilişsel kalıpları da kapsadığı ve bu kalıpların özel eğitim ve bilgilendirme ile değiştirilebileceği kavramına dayanır. Travma deneyimi yaşayanlara uygulandığında bu tedavinin hedefleri, yeni başa çıkma davranışlarının öğretilmesi, bilişsel yeniden biçimlendirme ve travma ile ilişkili koşullu tepkilerin ortadan kaldırılması şeklinde özetlenir²⁸.

Bilişsel-davranışsal yöntemin tedavi etkililiği henüz sınanmamıştır; ancak PTSD vakalarındaki korku ve anksiyete semptomlarının ele alınması sırasında, davranışsal teknikler uygulanarak alışma olgusunun gerçekleşmesi beklenirken, bu süreçte uyarılmış olan korku ve anksiyetenin denetim altına alınabilmesi için bazı özgül bilişsel yöntemler geliştirilmiştir. Bunlardan Kilpatrick ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan "stres aşılama eğitimi" bilgilendirme, bilişsel değerlendirme ile gevşeme, düşünce durdurma, nefes denetimi, iletişim becerileri gibi çeşitli başa çıkma yöntemlerinin ve tedavinin temelini oluşturan "yönlendirilmiş kendi kendine konuşma" tekniğinin öğretilip uygulandığı bir tedavi programıdır. "Yönlendirilmiş kendi kendine konuşma," hastanın düşüncelerinin ve bunların ardında yatan varsayımlarının belirlenip değiştirilmesi olarak özetlenebilen bir bilişsel yeniden biçimlendirme sürecidir¹⁰.

Travma ile ilgili literatürde, bilişsel yöntemin etkililiğini değerlendiren bir vaka çalışmasının yanısıra⁸, rasgele yöntemli ve kontrollü tek çalışma olan, Foa ve arkadaşlarının²⁷, tedavi gruplarından birine stres aşılama tekniğini uyguladıkları, yukarıda sözü geçen araştırmaları bulunmaktadır. Bilişsel yaklaşımın, işkence dahil çeşitli türlerde travmaya maruz kalmış kişilerin tedavisindeki potansiyel yararı göz önüne alındığında, bu yöntemlerin etkililiklerinin sınanıldığı çalışmalara gereksinim olduğu açıktır.

ÖBÜR TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Tanıklık yöntemi

İlk kez Cienfuegos ve Monelli³⁰ tarafından 1983'te bildirilen bu yöntem, yazarların, Şili'deki askeri rejim sırasında şiddete maruz kalmış hastalarla ilgili deneyimleri sonucunda geliştirilmiştir. Yazarlar, işkence ve öbür şiddet uygulamalarının, bilişsel ve duygulanımla ilişkili işlevleri zedeleyerek değiştirdiğini ve bunun sonucunda geleneksel psikoterapi yöntemlerinin uygulanmasını zorlaştırdığını belirterek, tanıklık yöntemini, hastaya dinamik psikoterapi için gereken özgüveni yeniden kazandıran ve terapistle olumlu bir ilişkinin kurulmasını sağlayan bir araç olarak ele almakta, uygulama sonunda elde edilen tedavi etkisininse travmayla ilgili anksiyete ve depresyonun giderilmesine bağlı olduğunu öne sürmektedirler. Bu yöntem, hastanın işkenceyle ilgili deneyimini, tüm ayrıntılarıyla, ileride işkencecilerle karşı kullanılacak bir kanıt olmak üzere kaydetmesinden oluşur. Bu süreçte, terapist de hastanın yanındadır; tanıklık belgesinin hazırlanmasına yardım eder ve hastanın gösterdiği psikolojik tepkileri ele alır. Henüz bu tür bir girişimin sağladığı uzun erimli yararları araştıran herhangi bir çalışma yapılmamıştır, ancak söz konusu işlemin hastanın işkence olayına bağlı "çaresizlik" düşüncelerini değiştirip olayı politik mücadele ile ilişkilendirerek iyileşme sağlamasını beklemek mantıklı görünmektedir. Bunun yanısıra, söz konusu yöntemi uygulayanların edindikleri olumlu izlenimler, işkence travmasının ardından uzun süre cezaevinde kalan kişilerin, burada deneyimlerini paylaşma olanağı bulduklarından, cezaevinde kısa süre kalanlara göre duygulanım açısından daha sağlıklı durumda oldukları yönündeki gözlemlerle uyumludur. Bazı yazarlarsa, elde edilen etkiyi bilişsel düzeneklerle açıklayarak, tanıklık yönteminin, travmatik deneyimlere ilişkin anıların yeniden biçimlendirilmesini sağladığını öne sürmektedirler²⁹.

Beceri geliştirme

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

leme, uyarın kontrolü yöntemleri, bilişsel yeniden biçimlendirme ve yönlendirilmiş alıştırma ve sistematik duyarsızlaştırma teknikleri, PTSS'nin, uyku bozuklukları, korku ve anksiyete gibi pozitif semptomlarının tedavisinde de kullanılabilir⁸.

Grup tedavisi

Grup tedavisinin, genellikle bireysel tedaviden farklı nitelikte yarar sağlayan bir düzeneği olduğu kabul edilir. Yalom³¹, klasik yapıtında, grup sürecinden ve işlevinden elde edilen yararları şöyle özetler; (1) umut aşılması, (2) evrensellik, (3) bilgi aktarımı, (4) özgecilik, (5) birincil aile grubuna ilişkin deneyimlerin düzeltilerek özetlenmesi, (6) topluma uyum tekniklerinin geliştirilmesi, (7) davranış modellerinin taklidi, (8) kişiler arası öğrenim, (9) grup bağlılığı, (10) katarsis, (11) varoluşla ilişkili etmenler. Grup süreci, işkenceye maruz kalmış vakalarda aynı zamanda travma ile ilişkili deneyimlerin paylaşılmasıyla, anıların yeniden canlanmasına yol açarak kişilerin uyarılara maruz kaldığı bir tedavi ortamı oluşturur⁸.

Grup tedavisinin travma vakalarında başarıyla uygulandığı birkaç çalışma bildirilmiştir,⁸ ancak bu yöntemin işkenceye maruz kalmış kişilerin tedavisinde kullanımına ilişkin eldeki tek yayın olan Fischman ve Ross'un³² çalışmasında, Orta ve Güney Amerika'dan gelen mültecilere sınırlı süreyle uygulanan grup tedavisi anlatılmaktadır. Travmaya maruz kalmış kişilere yönelik öbür gruplarda olduğu gibi, bu da homojen ve ortak nitelikte deneyim geçirmiş üyelerden oluşmuş bir gruptu. Grup üyelerinde, işkence sonrası görülen tipik somatik ve psikolojik semptomlar vardı. Tedavi programı, 6 ay süreyle haftada bir seans şeklindeydi; gruba 8 kişi katıldı. İlk seanslarda güvenin oluşturulması ve grup bağlılığının güçlendirilmesi üzerinde duruldu. Bunu izleyen seanslarda, travmaya maruz kalan kişilerde sık rastlanan, başkalarına zarar verme korkusu, duyguları kontrol etme güçlüğü, işkence sırasındaki çaresizlik durumuyla ilgili kızgınlık ve utanç duyguları, sağ kalmaya ilişkin suçluluk, olayları kontrol edememe durumuna ilişkin korku ve kızgınlık ile yakınlarını kaybetmenin üzüntüsü gibi çatışma konuları ele alındı. İşkencenin özgül hedefleri tartışıldı; semptomlar üzerindeki denetimi artırabilmek için, bu semptomları tetikleyen olayların belirlenmesine çalışıldı ve gevşeme tekniklerinin kullanılması öğretildi. Bunun yanı sıra, grup üyelerinden, işkence deneyimlerini yazılı olarak anlatmaları ve bunları toplu bir tanıklık belgesi şeklinde bir araya getirmeleri istendi. Hem bu uygulama hem de işkencenin hedefleri ve psikolojik sonuçlarına ilişkin daha önce yapılan tartışmaların, yaşanan travmatik deneyimlerin, ait oldukları sosyopolitik bağlamda algılanmalarını kolaylaştırdığı görüldü. Daha sonraki aşamalarda, deneyimlerin grup içinde aktararak paylaşılması yoluyla, stres yüklü konuların üstüne gidildi ve açığa çıkan duygular ele alındı. Tedavinin ileri seanslarında, günlük deneyimlerin ve zorlukların üzerinde durulmaya başlandı ve işlevsel durumun düzeltilmesi amaçlandı. Grubun son evresinde, her üyenin kaydettiği gelişme değerlendirildi ve gruptan ayrılma ile ilgili duygular ele alındı. Grubun sona ermesinden sonra üç

izleme seansı yapıldı. Bu grup deneyimiyle ilgili olarak bildirilen sonuçlar, terapistin izlenimlerine ve grup üyelerinin bildirimlerine dayanmaktadır. Yazarlar, genel bir değerlendirme yaparak, hastalardan bazılarının, işkence deneyimiyle ilişkili olarak kendilerini daha az yalnız ve daha rahat hissetmelerini sağlayan yeni bir bakış açısı elde ettiklerini ve semptomlarını yeniden değerlendirme yetisini kazandıklarını bildirmişlerdir. Hastaların çoğu, anksiyetenin, kabusların ve zorlayıcı düşüncelerin azaldığını belirtmişlerdir³².

Bu çalışmadaki olumlu sonuçlar, öznel değerlendirmelerle sınırlıdır; ancak işkenceye maruz kalmış kişilerin aynı grup sürecinde yer almasının, daha önce kişisel bir deneyim olarak algılanan bu travmanın, başkalarının tanıklıklarıyla doğrulanmasına, paylaşma yoluyla bir anlam kazanarak yaşamla bütünleştirilmesine yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Bu tür vakalar içinde en çok hangi özellikleri taşıyanların gruptan yarar sağlayacağını, hangi grup yöntemlerinin daha etkili olacağını belirleyen ve grup tedavisi ile bireysel tedavileri karşılaştıran başka çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır³².

Travma sonrası akut girişim

Travmaya maruz kalan kişilerin tedavisine ilişkin önemli bir nokta, genellikle olaydan kısa süre sonra başlatılan girişimlerin en fazla yarar sağlamasıdır. Bu dönemde, travmanın etkisiyle oluşan bilişsel, fizyolojik ve davranışsal bozukluklar henüz yerleşik kalıplara dönüşmemiştir ve ağır kronik sorunların engellenmesi mümkündür. Savaş travmasına yönelik psikiyatrik tedaviye ilişkin bu görüşü destekleyen çalışmaların varlığı, travma sonrası tedavi girişimlerinin zamanlamasının önemli olduğunu vurgulamaktadır⁸.

Travmanın hemen ardından yapılması gereken, söz konusu kişinin, benzer deneyim geçirmiş başka insanlarla ya da bir uzmanla birlikte yaşadığı olayları duygusal ve bilişsel alanlarda işlemesine olanak tanımadır. Bu sırada, travma geçiren kişilerde genellikle rastlanan psikolojik sorunlarla ilişkili bilgi verilmesi, ileride kaçınılmaz olarak yaşanacak bazı semptomlara karşı duyulacak tepkinin azalmasını sağlayabilir. Tedavi girişiminin hemen başlatılmasına karar verildiğinde, daha önce anlatılan davranışsal yöntemler, strese bağlı bozukluğun akut semptomlarına uygun olacak şekilde değiştirilebilir. Girişim sırasında ortaya çıkabilecek aşırı anksiyete ya da duygu durumu bozuklukları, kısa süreli anksiyolitik ya da sedatif ilaçlar uygulanarak giderilebilir. Bu dönemde özellikle sosyal desteğin önemli olduğuna işaret edilmektedir⁸.

Aile tedavisi

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

aile sisteminin yeniden düzenlenmesi gerekli olur. Eski rollerin yeniden üstlenilmesine ilişkin çabalar çok zaman aile içi çatışmalara yol açar. Bu nedenle işkenceye maruz kalmış kişiler, özellikle de uzun bir cezaevi süreci yaşamış olanlar, aile ortamlarına geri döndüklerinde, aile tedavisinin rehabilitasyon programına katılması yararlı olmaktadır³². Bunun yanı sıra, travmaya maruz kalan kişide, travma sırasında ve travmanın hemen ardından ortaya çıkan akut stresin, aile ortamına yeniden uyum sürecinde tekrar yaşanabileceği bildirilmiştir. Aile sistemleri kuramına göre, aile içi etkileşimlerle, travma geçirmiş kişinin yaşadığı psikolojik sorunların karşılıklı olarak birbirlerini etkilemeleri beklenir⁸.

Travmaya maruz kalmış kişilerin aile tedavisi bağlamında ele alınmasının, terapistin, bireysel psikolojik bozuklukları değerlendirmesi ve bunların aile içi etkileşimler üzerindeki etkisini belirlemesi önerilir. Stres bozukluğu ile aile sistemi içindeki ilişkisel işlev bozukluklarının koşut olarak ele alınmasının uygun olduğu düşünülmektedir. Savaşa bağlı PTSS vakalarına aile tedavisi uygulanmasına ilişkin bir değerlendirmede, bu girişimin hem travma geçirmiş kişinin tedaviye verdiği yanıt hem de aile sistemi açısından olumlu etkileri bulunduğu belirtilmektedir⁸.

Figley³³, travmaya maruz kalmış kişinin aile sistemi içinde travma öncesi işlev düzeyine dönmesini kolaylaştıracak, beş evreli bir aile sistemi modeli geliştirmiştir. Tedavinin hedefleri, uyum ve güvenin yeniden oluşturulması, kendini açmanın kolaylaştırılması ve ailenin gelecekte karşılaşılabileceği stres etmenleri ile başa çıkma yetisinin geliştirilmesi olarak özetlenmiştir. Modeldeki girişim evreleri, (1) tedavi hedeflerine yönlendirme, (2) tanıklık aracılığıyla sorunun ortaya konması ve kişilerarası gerginliklerin giderilmesi, (3) ailenin kriz durumlarıyla daha iyi başa çıkmasını sağlayacak şekilde sorunun yeniden biçimlendirilmesi, (4) travmatik olaya ilişkin uyum sağlayıcı tanımlamaların, aile üyelerinin bireysel tepkilerinin ve ilerideki kriz durumlarının çözümlenmesine yönelik olumlu yaklaşımların tarif edildiği bir "Sağaltıcı Kuram"ın geliştirilmesi; ve (5) kaydedilen gelişmelerin pekiştirilerek tedavinin sona erdirilmesi şeklinde sıralanmaktadır. Bu model, henüz kontrollü klinik araştırmalarla sınanmamıştır⁸.

SONUÇ

Burada gözden geçirilen çeşitli psikoterapi yaklaşımlarının ortak noktası, kişinin travma deneyiminden söz etmesini ve buna ilişkin duygularını terapötik bir ortamda serbestçe ifadesini sağlamaktır. Bu ortak ilke, dinamik yaklaşımda "travmanın yeniden yaşanarak kendilik ve yaşam kavramıyla bütünleştirilmesi," davranışsal yaklaşımda alıştırma yöntemleriyle travmanın sistematik olarak bütün yönleriyle canlandırılması, bilişsel yaklaşımda ise travma deneyimine ilişkin açıklamaların ve kavramların irdelenmesi şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Ancak bugün için, kullanılan çeşitli yöntemlerin etkili öğelerinin ne olduğuna ve bunların ardında yatan düzeneklere ilişkin yorumlar varsayımdan öteye gitmemektedir²⁹.

KAYNAKLAR

- 1) Amnesty International. Amnesty International Report 1994. London, England: Amnesty International Publications, 1994.
- 2) Van Willigen LHM. Organisation and care of rehabilitation services for victims of torture and other forms of organized violence: a review of current issues. Başoğlu M, editor. Torture and Its Consequences: Current Treatment Approaches. Glasgow: Cambridge University Press, 1992: 402-29.
- 3) Rasmussen OV. Medical aspects of torture. Danish Medical Bulletin 1990; 37: 1-86.
- 4) Kantemir E. Studying torture survivors: an emerging field in mental health. JAMA 1994; 272: 400-401.
- 5) Turner S, Goest-Unsworth C. Psychological sequelae of torture: a descriptive model. British Journal of Psychiatry 1990; 157: 475-480.
- 6) American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistics. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. III. Baskı. Washington: American Psychiatric Association, 1980: 236-238.
- 7) Friedman MJ. Biological approaches to the diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress 1991; 4: 67-91.
- 8) Keane TM, Albano AM, Blake DD. Current trends in the treatment of posttraumatic stress disorder. Başoğlu M, editor. Torture and Its Consequences: Current Treatment Approaches. Glasgow: Cambridge University Press, 1992: 363-401.
- 9) Van der Veer G. Psychotherapy. Political Refugees. Welzijn Volks Gezard Heiden Cultuur, 1988: 72-77.
- 10) Solomon SD, Gerrity ET, Muff AM. Efficacy of treatments of post-traumatic stress disorder. JAMA 1992; 268: 633-638.
- 11) Horowitz MJ. Phase oriented treatment of stress response syndromes. American Journal of Psychiatry 1973; 27: 506-515.
- 12) Horowitz MJ. Stress response syndromes, character style, and dynamic psychotherapy. Archives of General Psychiatry 1974; 31: 768-781.
- 13) Horowitz MJ, Marmar C, Weiss DS, Dewitt KN, Rosenbaum R. Brief psychotherapy of bereavement reactions: the relationship of process to outcome. Archives of General Psychiatry 1984; 41: 438-448.
- 14) Fairbank JA, Nicholson RA. Theoretical and empirical issues in the treatment of post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. Journal of Clinical Psychology 1987; 43: 44-55.
- 15) Lindy JD, Green BI, Grace M, Titchener J. Psychotherapy with survivors of Beverly Hills Supper Club fire. American Journal of Psychotherapy 1983; 41: 438-448.

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

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

CİNSELLİĞİN İŞKENCEDE KULLANIMI VE ANLAMI

Şahika Yüksel*

GİRİŞ

İşkencenin birincil amacı, itiraf ya da bilgi elde etmekten çok, bedensel ve/veya psikişik acı vererek bireyin kişisel ve politik kimliğini yıkmaktır¹. Genel olarak işkence ve örgütlü şiddetin, maruz kalan kişinin ruh sağlığında güçlü izler bıraktığı, birçok çalışmada gösterilmiştir^{2,3,4}. Özgül olarak cinsel işkenceye maruz kalmış olmanın, ruh sağlığı üzerinde farklı bir etki bırakabileceği ileri sürülmüşse de, bu konuda çok az çalışma yapılmıştır^{5,6}.

Cinsel işkencenin kapsamı konusunda bir görüş birliği henüz yoktur; ancak bu alanda çalışan yazarlar cinsiyet ve yaş ile kültürel ve dinsel özellikler göz önünde bulundurularak, farklı uygulamaların bu başlık altında ele alınabileceğini öne sürmektedirler. Günümüzde, cinsel işkencenin, 1984'te Van Willigen⁵ tarafından yapılmış olan tanımı yaygın olarak benimsenmektedir: "Cinsel işkence, güçlü ile zayıf olan taraflar arasındaki güç farkının cinsel olarak yorumlandığı ve kişinin bütünlüğüne doğrudan saldırı içeren bir şiddet biçimidir." Bu yazıda, cinsel işkenceyi politik bağlamına yerleştirdiğinden, Van Willigen'in anlayışı benimsenmiştir.

* Prof. Dr., İstanbul Ün. İstanbul Tıp Fak. Psikiyatri ABD, İstanbul.

Cinsel işkencenin ruh sağlığı üzerindeki etkilerinin aynı derecede iyi bilinmemesine karşın, kadınlara yönelik cinsel istismarın ele alındığı çok sayıda çalışma bulunmaktadır^{7,8,9}. Cinsel işkence, özel bir cinsel istismar biçimi olarak ele alındığında, bu duruma maruz kalanların, genelde cinsel istismarda ortaya çıkan sorunları yaşaması beklenebilir. Bu nedenle cinsel işkencenin özgül etkilerinin belirlenmesinde, cinsel istismarla ilişkili bilgilerden yararlanılmaktadır.

Cinsel istismar, sadece bir cinsel eylem değil, uygulanan kişiyi aşağılayan bir güç biçimidir ve geniş bir yelpaze içinde farklı biçimlerde yaşanabilir. Cinsel istismarda, penetrasyonun gerçekleşmiş olması bir koşul ya da daha sonra ortaya çıkan sorunları belirleyici bir etmen değildir. Cinsel istismarın ardından, kısa ya da uzun süreli olabilen ruhsal sorunlar gelişir. Bu sorunların sıklıkla "posttravmatik stres bozukluğu (PTSB)" (posttraumatic stress disorder) olarak tanımlanan semptomlar şeklinde yaşandığı ileri sürülmektedir.

Cinsel istismardan sonra ortaya çıkan sorunların tedavisi, hala erken evrelerindedir. Yaşanan travma örtülü kaldığı sürece söz konusu kişinin tedaviye daha dirençli olduğu, bu durumun bilinen bir özelliğidir. Ancak cinsel istismara maruz kalmış kişiler yaşadıklarını kolayca açıklayamamaktadırlar. Çok zaman hasta, çeşitli psikolojik ve somatik sorunlarla başvurmakta, cinsel istismar öyküsü dile getirilmemektedir^{10,11}.

Cinsel istismara maruz kalanlar, genellikle kadınlar ve çocuklar olmaktadır. Bir kadın, yaşamında hiçbir zaman cinsel istismara maruz kalmamış olsa da, cinsiyeti nedeniyle böyle bir risk altında olduğunu bilerek büyür ve çocukluk yaşlarından itibaren söz konusu riski bir ölçüde tehdit olarak algılamayı öğrenir. Bu nedenle, cinsel istismarın cinsiyete göre farklı anlamlar taşıması beklenir. Benzer farklılıkların, değişik kültürler arasında da görülebileceği açıktır^{9,10}.

Bu çalışmada, aşağıdaki sorunlar ele alınmaktadır:

- 1.Cinsel işkencenin kapsamına neler girer?
- 2.Kadınlar, erkeklere kıyasla cinsel işkenceye daha mı sık maruz kalmaktadır?
- 3.Cinsel işkenceye maruz kalanlarda, cinsel olmayan işkence yaşayanlarda görülenden farklı özgül bir psikolojik etkinin varlığından söz edilebilir mi?
- 4.Cinsel işkence yaşayanlarda somatik sorunlar, cinsel işlev bozukluğu ve cinsel ilişki sorunları daha sık görülür mü?

YÖNTEM

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü'ne çeşitli ruhsal sorunlarla başvuran, işkence ve gözaltı/tutukluluk deneyimi olan 50 hasta değerlendirildi. Bunların arasından, araştırma ölçütlerine uyan 39 hasta çalışma-

ya alındı. Çalışmaya alınma ölçütleri, (1) 18 yaşından büyük, (2) en az 10 günlük gözaltı süresi yaşamış, (3) görüşmenin yapıldığı sırada gözaltı/tutukluluğun en az bir ay önce sonlanmış ve (4) görüşmeyi ve amacını anlayabilecek bir ruhsal yapıda olma şeklinde belirlenmişti. Bu özelliklere uyan ve cinsel işkence deneyimi olan 28 vaka birinci grubu (G1), aynı özellikleri taşıyan ancak cinsel işkence deneyimi bildirmeyen 11 vaka ise karşılaştırma grubunu (G2) oluşturdu.

Cinsellik, işkence sırasında öbür yöntemlerle birlikte ve genellikle işkence "şiddetlendikçe" kullanılır. Bu nedenle cinsel işkencenin etkilerini, genelde işkenceye bağlı etkilerden ayırt ederek incelemenin zor olduğunu kaydetmek gerekir.

Cinsel işkencenin söz konusu olup olmadığını belirlemede karşılaşılan güçlük kısmen, genellikle dışardan bakan kişilerin cinsel işkence olarak kabul edebilecekleri, cinsel organlara elektrik verilmesi ya da bir kadın akrabasının ırzına geçileceği yönündeki tehditler gibi bazı uygulamaların, buna maruz kalan kişi tarafından aynı biçimde algılanmamasına bağlıdır. Bu çalışmanın amaçları için, görüşülen kişilerin bildirimlerine dayanılarak, geniş anlamda bir cinsel işkence tanımı benimsendi. Buna göre, cinsel işkenceyi iki kategoriye ayırarak ele aldık; (1) anal ya da vaginal penetrasyon gibi fiziksel uygulamalar, (2) ırza geçme tehdidi gibi psikolojik uygulamalar. Gruplar değerlendirildi ve bireyler maruz kalmış oldukları işkence tipleri açısından karşılaştırıldı. Cinsel işkence uygulanmış olan grup ayrıca cinsiyete göre iki altgruba ayrıldı ve bu altgruplar karşılaştırıldı.

Psikiyatrik tanımlar, Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Düzeltilmiş Üçüncü Baskı'ya (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition: DSM-III-R)¹² göre konuldu. Görüşülenlere Hamilton Anksiyete Ölçeği (Hamilton Anxiety Scale: HAS)¹³, Hamilton Depresyon Ölçeği (Hamilton Depression Scale: HDS)¹⁴, Semptom Listesi (Symptom Check List: SCL)¹⁵ ve Yaşam Olaylarından Etkilenme Ölçeği (Impact of Event Scale: IES)¹⁶ uygulandı. Gerek travma öncesi gerekse travma sonrası dönemlere ilişkin ürogenital hastalıklar, cinsel yaşam ve ilişki sorunları hakkında bilgi alındı.

BULGULAR

Sosyodemografik özellikler

Her iki grubun da yaklaşık dörtte üçü erkeklerden oluşmaktaydı. Cinsel işkenceye maruz kalmayan gruptaki kadınların hiçbirinde cezaevi deneyimi yoktu ve bu kadınlar, tüm çalışma grubu içinde en kısa süre gözaltında kalanlardı. Gruplar arasında yaş ya da eğitim durumu açısından anlamlı bir fark yoktu. Cinsel işkenceye maruz kalan grupta, evli olanların sayısı göreceli olarak yüksekti ve evlilikler genellikle travma olgusundan önce başlamıştı (Tablo 1).

Tablo 1. Sosyodemografik özelliklerin dağılımı

Sosyodemografik özellikler		Grup 1	Grup 2
Cinsiyet	Kadın	7	3
	Erkek	21	8
Medeni durum	Bekar	17	4
	Evli	9	6
	Dul	2	1
Yaş	Dağılım	18-44	18-42
	Ortalama (\pm SS)	29.9 (\pm 7.8)	28.0 (\pm 6.0)
Eğitim	İlk	4	6
	Orta	13	5
	Yüksek	11	3

SS: Standart sapma.

Travmatik olaylar

Üçü dışında tüm hastalar politik nedenlerle gözaltına alınmışlardı. Tutukluluk süresi 10 gün ile 10 yıl arasında değişmekteydi. Her iki gruptaki kişilerin tümüne kaba dayak, psikolojik işkence ve elektrik işkencesi uygulanmıştı. Uygulanan işkence türlerinin ortalama sayısı (\pm SS), cinsel işkence grubunda 7.35 (\pm 2.1), cinsel olmayan işkence grubunda ise 6.14'tü (\pm 2.1). İki grup arasındaki farklılık, istatistiksel açıdan anlamlı değildi ($p < 1.4$).

Çeşitli işkence türlerine maruz kalmalarının yanısıra, her iki gruptaki deneklerin çoğu, işsizlik, hapis, göç ve boşanma gibi travmatik olaylar yaşamışlardı. Bu olaylar, yaşamlarının çeşitli yönlerini etkilemişti.

Cinsel işkence

Cinsel işkence olgusunun varlığı, ilk görüşmeler sırasında nadiren dile getirildi. Bazı vakalar, tedavinin başlangıç döneminde, cinsel işkence yaşamadıklarını bildirmişler, ancak daha ilerideki görüşmelerde, bir biçimde cinsel aşağılanma deneyimleri olduğunu açıklamışlardı. En sık bildirilen cinsel işkence tipleri, erkeklerde cinsel organlara elektrik uygulanması ve kadınlarda ırza geçme tehdidi ya da çıplak bırakma idi. Aşağıda bu hastaların, yaşadıkları bazı deneyimlerden örnekler sunulmaktadır:

-Bir kadın: "Evimde arama yaparlarken, erkek arkadaşımın gözleri önünde iç çamaşırlarımı ortalığa attılar ve beni hem sözleri hem de bakışlarıyla aşağıladılar."

-Genç bir kadın: "Beni hiç soymadıkları için şanslı sayılırım. Ancak sık sık soymakla tehdit ettiler."

-Bir kadın: "Annemin yan odada olduğunu ve benim yüzümden ona tecavüz edeceklerini söylediler."

-Genç bir erkek: "İrızma geçeceklerini söylediler, sonra makattan cop soktular. Canım yanarken, gülerek beni aşağıladılar ve artık erkek olmadığımı söylediler. Gözlerim bağılyken bir kızın ırzına geçtiler, ardından da 'şimdi sıra sende', dediler."

Tablo 2. Cinsel işkence türleri

İşkence Türleri	Kadın (7)	Erkek (21)	Toplam (28)
Cinsel organlara elektrik verilmesi	1	12	13
Irza geçmekle tehdit	5	2	7
Cinsel organlara bir cisim sokulması	2	2	4
Çıplak bırakma	2	-	2
Çıplak bırakmakla tehdit	4	-	4
Eş/yakınlara tecavüz tehdidi	1	3	4
Cinsel içerikli küfür ve aşağıılama*	6	12	18

*Kadınlar: "Pis", "kirlil", "kimse seni kadın olarak istemeyecek", "başkalarının yanında idrar yapmak zorunda bırakma".

Erkekler: "Erkekliğin bitti", "sen artık bir eşcinsel oldun."

Tablo 3. Tanıların dağılımı

Tanılar	Grup 1	Grup 2
Anksiyete bozukluğu	24	9
-PTSB	11	2
-Komplike PTSD	8	5
-Belirlenmemiş kaygı bozukluğu	5	2
Major depresif epizot	9	4
Somatoform bozukluk	8	3
Psikotik bozukluk	5	2
-Atipik psikoz	1	-
-Kısa psikotik atak	4	2
Paranoid kişilik bozukluğu	2	1

Not: Vakalara birden çok tanı konabildiğinden, tanı sayısı toplam hasta sayısından fazladır.

Görüşme yapılan kişilerin hiçbirinin öyküsünde travma öncesi geçirilmiş bir psikiyatrik bozukluk bulunmamasına karşın, bu kişilerin tümü, görüşme sırasında en az bir DSM-III-R tanı kategorisinin ölçütlerine uymaktaydı. Tablo 3'te göste-

rildiği gibi, gruplar arasında tanı dağılımı açısından anlamlı bir farklılık yoktu ve her iki grupta en sık rastlanan tanılar, anksiyete bozuklukları ile PTSTB idi. Ancak cinsel işkence uygulanmış olan grupta, birden çok sayıda tanı konmuş olma yönünde bir eğilim söz konusuydu.

Her iki grupta da IES, SCL-90, HAS ve HDS skorları orta derecede yüksek bulundu. IES skorları, vaka sayısının az oluşu nedeniyle istatistiksel açıdan karşılaştırılmadı; ancak skorlar her iki grupta da orta derecede yüksekti. SCL-90 altgrupları arasında, sadece paranoid ve kişiler arası duyarlılık altgruplarına ait skorlar, cinsel işkence görmüş vakalarda istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksekti (Tablo 4)(Şekil 1).

Tablo 4. Hamilton Anksiyete Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği ve Olaylardan Etkilenme Ölçeği değerleri

Ölçekler	Grup 1	Grup 2
Hamilton Anksiyete Ölçeği	26.0 (±10.0)	22.5 (±9.3)
Hamilton Depresyon Ölçeği	23.0 (±4.5)	23.0 (±8.5)
Olaylardan Etkilenme Ölçeği		
-Toplam	36.9 (±11.6)	31.0 (±16.0)
-Zorlayıcı düşünceler	18.7 (±9.6)	15.0 (±0.8)
-Kaçınmalar	17.9 (±6.5)	14.7 (±6.0)

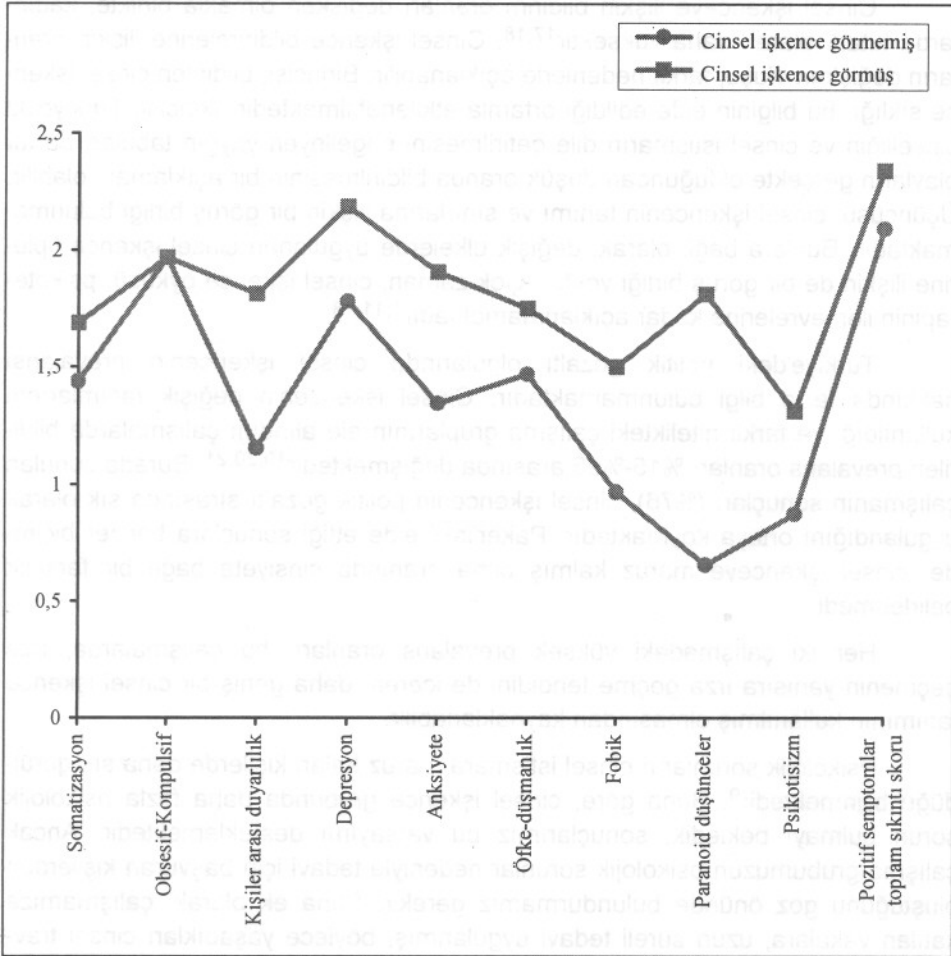
Ürogenital sorunlar:

Vakaların çoğunda, hem maruz kaldıkları çeşitli işkence yöntemlerine hem de olumsuz hijyen koşulları altında yaşadıkları uzun cezaevi dönemine bağlı çeşitli tıbbi sorunlar vardı. Bu yazıda, sadece ürogenital sistemle ilgili sorunlar ele alınmaktadır. Bu tür sorunların daha çok cinsel işkenceye maruz kalmış kişilerde görülmesine karşın, iki grup arasındaki farklılık istatistiksel anlamlılığa ulaşmaktaydı. İki vakada kronik ürogenital enfeksiyon nedeniyle bir böbreğin ameliyatla çıkarılması gerekmişti. Cinsel işkenceye maruz kaldığı kanıtlanmış olan 7 kadının 6'sında, üç vakada pelvis ağrısı şeklinde olmak üzere, işkenceden kaynaklanan fiziksel sorunlar bulunmaktaydı. Makada sopa sokulma öyküsü olan bir erkekte ise, sfinkter sorunları söz konusuydu.

Cinsel sorunlar:

Cinsel işkence uygulanmış 28 kişiden dördü, yeterli bilgi edinilemediğinden, değerlendirmeye alınmadı. Cinsel işkence grubunda, cinsel sorunların oranı göreceli olarak daha fazlaydı; bu oran erkeklerle kadınlar arasında anlamlı bir farklılık göstermiyordu. En sık rastlanan cinsel sorunlar, kadınlarda cinsel isteksizlik ve ağrılı koitus, erkeklerde ise ereksiyon bozukluklarıydı.

Şekil 1. Cinsel işkenceye maruz kalanlarla kalmayanların SCL-90 puanlarının kıyaslaması



Görüülenlerin birçoğu cinsel yakınlaşmaya yönelik korkuları olduğunu ifade ettiler. Bir aletle ırzına geçilen ve kız arkadaşının ırzına geçme ile tehdit edilen bir erkek, cinsel ilişki sırasında bu olayla ilgili "flashback"ler yaşamaktaydı. Bazıları ise, ilişki sırasında partnerini incitmekten korktuklarını ve bu durumun cinsel yaşamlarını etkilediğini ifade etmekteydi.

İlişkisel sorunlar:

Cinsel işkenceye maruz kalanların yaklaşık %70'i, bu tür bir deneyimi olmayanların ise %50'si, cinsel ilişkilerinin sorunlu ya da doyumsuz olduğunu bildirdi.

TARTIŞMA

Cinsel işkenceye ilişkin bildirim oranları değişken olmakla birlikte, kadınlarda tutarlı olarak daha yüksektir^{17,18}. Cinsel işkence bildirimlerine ilişkin oranların değişken oluşu, farklı nedenlerle açıklanabilir. Birincisi, bildirilen cinsel işkence sıklığı, bu bilginin elde edildiği ortamla etkilenebilmektedir. İkincisi, Türkiye'de cinselliğin ve cinsel istismarın dile getirilmesini engelleyen yaygın tabular, bu tür olayların gerçekte olduğundan düşük oranda bildirilmesinin bir açıklaması olabilir. Üçüncüsü, cinsel işkencenin tanımı ve sınırlarına ilişkin bir görüş birliği bulunmamaktadır. Bunlara bağlı olarak, değişik ülkelerde uygulanan cinsel işkence tiplerine ilişkin de bir görüş birliği yoktur. Çok zaman, cinsel işkence öyküsü, psikoterapinin ileri evrelerine kadar açıklanamamaktadır^{1,11,18}.

Türkiye'deki politik gözaltı olgularında cinsel işkencenin prevalansı hakkında fazla bilgi bulunmamaktadır. Cinsel işkencenin değişik tanımlarının kullanıldığı ve farklı nitelikteki çalışma gruplarının ele alındığı çalışmalarda bildirilen prevalans oranları %15-%95 arasında değişmektedir^{19,20,21}. Burada sunulan çalışmanın sonuçları (%76), cinsel işkencenin politik gözaltı sırasında sık olarak uygulandığını ortaya koymaktadır. Paker'in²² elde ettiği sonuçlara benzer biçimde, cinsel işkenceye maruz kalmış olma oranında cinsiyete bağlı bir farklılık belirlenmedi.

Her iki çalışmadaki yüksek prevalans oranları, bu çalışmalarda, ırza geçmenin yanısıra ırza geçme tehdidini de içeren, daha geniş bir cinsel işkence tanımının kullanılmış olmasından kaynaklanabilir.

Psikolojik sorunların cinsel istismara maruz kalan kişilerde daha sık görüldüğü bilinmektedir⁹. Buna göre, cinsel işkence grubunda daha fazla psikolojik sorun bulmayı bekledik; sonuçlarımız bu varsayımı desteklemektedir. Ancak çalışma grubumuzun psikolojik sorunlar nedeniyle tedavi için başvuran kişilerden oluştuğunu göz önünde bulundurmamız gerekir. Buna ek olarak, çalışmamıza katılan vakalara, uzun süreli tedavi uygulanmış, böylece yaşadıkları cinsel travmayı açıklamalarını engelleyen dirençlerin kırılma olasılığı artmıştı. Politik olmayan tutuklular üzerinde yapmış olduğu çalışmada Paker²¹, cinsel işkence oranını daha düşük buldu; ancak bu çalışmada incelenen grup, psikiyatri kliniğine başvuran semptomlu kişilerden oluşmamaktaydı. Bizim çalışmamızın sonuçları da dikkate alındığında, cinsel işkence deneyiminin politik nedenlerle gözaltına alınan ya da tutuklananlarda daha sık olabileceği izlenimi edinilmektedir.

Cinsel işkence ile işkence dışı ortamda gerçekleşen cinsel istismarın anlamının farklı olacağı açıktır. Bu farklılık, vakaların psikiyatrik sorunlarına ve bu sorunlara uygun tedavi yaklaşımlarına da yansımaktadır. Cinsel istismar, söz konusu kişinin cinsel, sosyal ve psikolojik özelliklerine bağlı olarak farklı biçimlerde algılanabilmektedir. Benzer biçimde, politik nedenlerle işkenceye maruz

kalmış, farklı politik, sosyal ve psikolojik nitelikler taşıyan kişiler de heterojen bir grup oluşturur. Cinsel işkence, genelde işkence sürecinin önemli bir ögesidir; çünkü insanın en kırılgan yönlerinden birini doğrudan hedef almaktadır. Çalışma grubumuzda, aynı ülkede büyümüş ve aynı dinsel gruba ait olma şeklinde benzer bir kültürel yapı söz konusuydu; ancak bireyler, dinsel inançlarının yanısıra, cinselliğe karşı tutumları ve geçmişteki cinsel deneyimleri açısından da büyük farklılıklar göstermekteydi. Bunun yanısıra, bazı vakaların yaşadıkları güçlüklerin, sadece cinsel işkence deneyimleriyle açıklanabilmesinin olanaksız olduğu görüldü. Bu grup hastaların güncel sorunlarının değerlendirilmesinde, cinsel istismar ve genelde şiddet uygulamasına ilişkin birikimli deneyimler de dikkate alınmalıdır.

Çalışmamızda, bu konuyu kapsamlı olarak incelemiş olan Lunde ve Ortmann'ın¹⁸ bulgularıyla uyumlu olarak, cinsel işkence öyküsü bulunan hastalarda, başvuru sırasında daha yüksek oranda fiziksel, cinsel ve ilişkisel sorunlar görüldü ve gerek tıbbi gerekse cinsel bozuklukların dağılımı, bu araştırmacıların bildirdikleri oranlara benzemektedir.

Kuşkusuz, söz konusu bozuklukların cinsiyete göre ele alınarak değerlendirilmeleri gereklidir. Erkeklerle uygulanan cinsel işkencenin etkileri, göreceli olarak daha az incelenmiş bir konudur. Van Tienhoven'in²³ bildirmiş olduğu, fiziksel (sfinkter disfonksiyonu), psikolojik (eşcinsel olma korkusu) ve cinsel (erek-siyonla ilgili) sorunlar, bizim gözlemlerimizle uyumludur. Başka çalışmalarla da doğrulandığı gibi, cinsel işkencenin ardından bu sorunların ortaya çıkması, cinsel tacizin erkeklerde, cinsel kimliği derinden etkileyebildiğini ortaya koymuştur²⁴.

Türkiye'de işkenceyi uygulayan kişilerin çoğu erkek olduğundan, cinsel işkenceye maruz kalan kadınlar ve erkekler farklı biçimlerde etkilenebilmektedirler. Söz gelimi, işkence sırasında çıplak bırakılan bir erkek, kuşkusuz bu durumdan bir rahatsızlık duyabilir; ancak aynı durumda kalan bir kadının kendini aşağılanmış ve cinsel tehdit altında hissetmesi daha kolay olacaktır. Bu bağlamda, çalışma grubumuzdaki cinsel işkence yaşamış altı kadından üçünde, yapılan incelemelerde herhangi bir tıbbi açıklaması belirlenemeyen pelvis ağrılarının görülmesi, kayda değer bir bulgudur. Gözlemlerimiz, genel olarak her iki cinste de, cinsel işkence sonrası ortaya çıkan cinsel ve psikolojik sorunların, yaşanan cinsel tacizin niteliğiyle ilişkili olmadığı izlenimini vermektedir. Bu izlenim, ırza geçme teşebbüsüne maruz kalanlarla, ırzına geçilen kişilerde benzer sorunların görüldüğü yönündeki daha önce bildirilmiş bulgularla tutarlıdır⁸.

SONUÇ

Bu çalışmada, gözaltı sırasında çok sayıda travmaya maruz kalmış kişilerden oluşan küçük bir grupta, olayın yaşanma biçimi ve buna verilen anlam tanımlanmaya çalışıldı. Görüldüğü gibi, bir baskı yöntemi olarak cinsel şiddet, özellikle politik tutuklularda, öbür bedensel ve psikolojik işkence yöntemleriyle

birlikte ve örtüşmüş biçimde kullanılmaktadır. Bu çalışmada da cinsel ve cinsel olmayan işkence yöntemlerinin örtüşen etkilerinin ayırt edilmesi mümkün olmadı.

Cinsel istismarın, özellikle kadın yaşamındaki yeri, yaygınlığı ve olumsuz etkileri, iyi bilinen bir olgudur. Ancak şiddetin öbür biçimleriyle birlikte kullanılan özel bir cinsel taciz olan cinsel işkencenin özgül etkileri daha az tanınmaktadır. Belki de, öbür biçimlerinden farklı olarak, işkence sırasındaki cinsel istismarın, erkeklere de kadınlara olduğu kadar sık uygulandığı ileri sürülebilir. İşkence sırasında, egemen özelliklerini yitirmiş olan erkeğe, "bir kadına olduğu gibi," aşağılayıcı davranma ortamı oluşmaktadır.

Cinsel işkencenin nasıl yaşandığının anlaşılması, tedavisi henüz gelişme evresinde olan ve az bilinen işkenceye bağlı sorunların tedavisine önemli bir katkıda bulunacaktır. Öbür yanda, genel anlamıyla şiddet ve işkence, cinsel, bedensel ve psikolojik boyutlarıyla, sadece gözaltı ve cezaevi deneyimleriyle sınırlı olarak algılanamaz. Türkiye'de, özellikle Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde, tüm yerleşik toplumu etkileyen olağandışı koşullar yaşanmaktadır. Bu tür yaygın travmatik olayların etkilerinin, azımsanmayacak büyüklükte bir toplulukta uzun süreli olarak kendini göstermesi, kaçınılmazdır. Böylesi geniş kapsamlı travmanın olumsuz etkilerinin, sadece Türkiye İnsan Hakları Vakfı'nın çabalarıyla giderilmesi beklenemez. Türkiye'de çalışan tüm hekimler ve ruh sağlığı uzmanları, işkence ve olağandışı yaşam koşullarına bağlı olan hasar dahil olmak üzere, bu tür sorunları tanıma ve tedavi etme bağlamında, sorumluluğu paylaşmakla yükümlüdürler.

SÖZÜM

Bu çalışmada, genel anlamda çok sayıda travmaya maruz kalan kişilerden oluşan küçük bir grupla, olayın yaşama biçimi ve buna verilen önemi tanımlanmaya çalışıldı. Görüldüğü gibi, bir bakıma yönetime olarak cinsel şiddet özellikle politik tutuklanma, ölümlü bedensel ve psikolojik işkence yöntemleri

KAYNAKLAR

- 1) Agger I. Sexual torture of political prisoners: an overview. *Journal of Traumatic Stress* 1989; 2: 305-317.
- 2) Mollica R, Wyshak G, Lavelle J. The psychosocial impact of war trauma and torture on southeast Asian refugees. *American Journal of Psychiatry* 1987; 144: 1567-1572.
- 3) Rasmussen OV. Medical aspects of torture. *Danish Medical Bulletin* 1990; 37: 1-88.
- 4) Van der Veer G. *Counseling and Therapy with Refugees*. Wiley & Sons; 1990.
- 5) Van Willigen LHM. Women refugees and sexual violence. *Mediche Cont* 1984; 50: 1613-1614.
- 6) Truong TDD. *Vietnamese women and sexual violence*. Rijswijk, Netherlands: 1989.
- 7) Gise LH, Paddison P. Rape, sexual abuse and its victims. *The Psychiatric Clinics of North America* 1988; 11: 629-648.
- 8) Kilpartick DG, Best C, Veronen L. Mental health correlates of criminal victimization: a random community survey. *Journal of Counseling and Clinical Psychology* 1985; 53: 866-868.
- 9) Koss, Harvey M. The trauma of rape. In: *The Rape Victim*. Newbery Park: Sage Publications, 1991: 42-88.
- 10) Herman JL. *A forgotten history*. Herman JL, ed. *Trauma and Recovery*. USA: Basic Books, 1992:1: 7-32.
- 11) Mollica R, Son L. Cultural dimentions in the evaluation and treatment of sexual trauma: an overview. *Psychiatric Clinics of North America* 1989; 12: 363-379.
- 12) American Psychiatric Association. Committee on Nomenclature and Statistics. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third Edition. Washington: American Psychiatric Association, 1980: 236-238.
- 13) Hamilton M. Diagnosis and rating in studies of anxiety. *British Journal of Psychiatry* 1959; 3-79.
- 14) Hamilton M. Standardized assessment and recording of depressive symptoms. *Psychiat-Neuroschir* 1969; 72: 201-205.
- 15) Derogatis LP, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale preliminary report. *Psychopharmacological Bulletin* 1973; 9: 13-28.
- 16) Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine* 1979; 41: 209-218.
- 17) Godfried AE, Mollica RF, Presavent B. The physical and psychological sequelae of torture. *JAMA* 1988; 259: 2725-2729.
- 18) Lunde I, Ortmann J. Prevalence and sequelae of sexual torture. *Lancet* 1992; 336: 289-291.

- 19) Kaptanoğlu C. İşkencenin ruhsal etkileri. Basılmamış tez. Eskişehir, Türkiye: 1991.
- 20) Türkiye İnsan Hakları Vakfı. TIHV Türkiye İnsan Hakları Raporu 1991. Ankara, Türkiye: Değişim Ajans Matbaacılık, 1992.
- 21) Paker Ö. Gender differences in the psychological consequences of torture with and without a sexual component. Basılmamış tez. İstanbul, Türkiye: 1993.
- 22) Paker M, Paker Ö, Yüksel Ş. Psychological effects of torture: an empirical study of tortured and non-tortured non-political prisoners. In: Başoğlu M, ed. Torture and Its Consequences: Current Treatment Approaches. London, England: Cambridge University Press, 1992: 72-81.
- 23) Van Tienhoven H. Sexual violence as a method of torture. Nordisk Sexologi 1992; 10: 243-249.
- 24) Lipscomb GM, Muram D, Speck PM. Male victims of sexual assault. JAMA 1992; 267: 3064-3066.

CEZAEVLERİNDE ORTAYA ÇIKAN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR:

ÖN ÇALIŞMA

Pakize Geyran*

GİRİŞ

Türkiye ve dünyadaki cezaevlerinde varolan koşulların olumsuz ve zorlayıcı olduğunun bilinmesine karşın, bu kurumlardaki ruh sağlığı bozuk olan kişilerin tedavi ve rehabilitasyonuna yönelik çabalar yetersizdir. Konu ile ilgilenen çok az sayıdaki psikiyatristin, giderek kalabalıklaşan cezaevlerinin olumsuz koşulları karşısında yapabildikleri sınırlı kalmaktadır. Bununla birlikte, cezaevlerinde toplum genelindekine kıyasla daha fazla psikiyatrik bozukluk görülüp görülmediği konusu her zaman ilgi çekmiştir.

Cezaevi koşullarında ruhsal bozukluk görülme sıklığının toplum genelindekinden farklı olduğu eskiden beri vurgulanmaktadır^{1,2}. Son yıllara kadar, cezaevi sakinlerinin ruhsal durumlarını ele alan az sayıda çalışma yapılmıştır. Bu konudaki eski çalışmaların metodolojik sınırlılıklar içerdiğine dikkat çekilmiştir^{3,4}. Çalışmaların bazıları hükümlüler, diğerleri ise tutuklular arasından seçilen örnek grupları üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmalardaki, genellikle küçük olan vaka grupları, temsil edici nitelikte değildir. Psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesinde ise, çok farklı yöntemler kullanılmıştır.

* Dr., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Bölümü, İstanbul.

Son birkaç yıldır, cezaevi sakinleri arasında görülen ruhsal bozuklukların sıklığına ilişkin, güvenilir sonuçları olan çok sayıda çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalarda, standartlaştırılmış tanı ölçeklerine göre uygulanan görüşme yöntemleri ve temsil edici nitelikteki örnek grupları kullanılmıştır. Sonuç olarak, en yaygın tanının alkol ve psikoaktif madde kullanımı ve buna bağlı olarak ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar olduğu; en az bir ruhsal bozukluğun yaşam boyu bulunma sıklığının, toplum geneline kıyasla yüksek olduğu; şizofreni, majör depresyon ya da mani gibi ruhsal bozukluklara da sık rastlandığına işaret edilmiştir⁴⁻⁷. Bu sonuçların tersine, bir çalışmada⁸ daha düşük oranlar ortaya konmuştur. Söz konusu çalışmada, erkek hükümlülerde, başlıca tanı alkol kötüye kullanımı ve kişilik bozukluğu olmak üzere, psikiyatrik bozukluk oranı %37 idi. Elde edilen sonuçlar, cezaevi sakinlerinin psikiyatrik tedavi gereksinimi içinde ve bu tür hizmetleri sık kullanma eğiliminde (%8-16)^{9,10} olduklarını göstermektedir.

Burada sunulan çalışmada, 1991-1993 yılları arasında Türkiye'nin kuzeybatı bölgesindeki cezaevlerinden, psikiyatrik sorunlar nedeniyle Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Birimi'ne başvuran tutuklu ve hükümlülere ait tıbbi ve sosyodemografik veriler geriye dönük olarak incelenmektedir. Çalışmanın amacı, cezaevlerinde görülen psikiyatrik bozuklukların sıklığı ve niteliğine ilişkin bir tartışmayı başlatmak değildir. Geriye dönük bu değerlendirme, ileriye dönük ikinci bir çalışmanın çatısını oluşturacak bir ön çalışma olarak tasarlanmıştır. Her iki tasarım da, yazarların, cezaevi koşullarının bazı kişilerde yıllarca sürebilen birtakım psikiyatrik bozukluklara yol açtığı hipotezini destekleyen klinik izlenimlerini sınamak amacıyla geliştirilmiştir.

YÖNTEM VE BULGULAR

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Birimi Tutuklu Servisi, tedavi ve rapor düzenleme amacıyla yollanan vakalara hizmet vermekte, bu bağlamda Türkiye'nin kuzeybatı bölgesindeki Metris, Bayrampaşa ve Paşakapısı cezaevlerindeki 4500 kişilik kapasitenin, ileri tedavi ve gözlem talebini karşılamaktadır. 1991-1993 yılları arasında incelenen 988 başvurunun 887'si tedavi amacıyla birimize gelmiştir. Doksan dokuz vakanın tedavisi yatırılarak gerçekleştirilmiş, bu vakaların 43'ünün cezaevi öncesi dönemde konulan psikiyatrik tanı nedeniyle hastaneye yatırılarak tedavi öyküsü bulunduğu öğrenilmiştir (Tablo 1). Geri kalan 56 vakada ise yatırılarak tedavi gereksinimi ilk kez cezaevindeyken ortaya çıkmış, ancak bunların 32'sine (Grup 2) cezaevi dönemi öncesinde psikiyatrik bir tanı konularak ayaktan tedavi uygulanmıştır (Tablo 2). Bizi en çok ilgilendiren 24 vaka (Grup 1), ilk kez cezaevinde eşik-üstü psikiyatrik semptomların geliştiği hastalardı (Tablo 3). Vakaların tanıları, Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Düzeltilmiş Üçüncü Baskı'ya (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition: DSM-III-R)¹¹ göre belirlenmiştir.

Tablo 1. Cezaevi öncesi dönemde psikiyatrik tanı ve yatarak tedavi öyküsü bulunan 43 vakanın DSM-III-R'ye göre tanıları.

Tanı	Vaka sayısı
Şizofrenik spektrumda yer alan psikotik bozukluk	15
İki uçlu duygu durumu bozukluğu	10
Organik mental bozukluk	3
Alkol/psikoaktif madde kötüye kullanımı	10
Kişilik bozukluğu	4
Yapay bozukluk	4
Uyum bozukluğu	2
Zeka Geriliği	2
Toplam	50

Tablo 2. Cezaevi öncesi dönemde psikiyatrik tanı ve ayaktan tedavi öyküsü bulunan 32 vakanın (Grup 2) DSM-III-R'ye göre tanıları.

Tanı	Vaka sayısı
Şizofrenik spektrumda yer alan psikotik bozukluk	2
İki uçlu duygu durumu bozukluğu	2
Organik mental bozukluk	2
Alkol/psikoaktif madde kötüye kullanımı	18
Yapay bozukluk	5
Zeka geriliği	3
Toplam	32

Tablo 3. İlk kez cezaevinde eşik-üstü psikiyatrik semptomların geliştiği 24 vakanın (Grup 1) DSM-III-R'ye göre tanıları.

Tanı	Vaka sayısı
Psikotik özellikli majör depresyon	8
Depresif/anksiyeteli uyum bozukluğu	12
Kısa tepkisel psikoz	1
Atipik psikoz	2
Şizofreniform psikoz	1
Toplam	24

Grup 1 ve Grup 2, χ^2 testi (Yates düzeltmesi) kullanılarak istatistiksel açıdan karşılaştırıldı. Öğrenim, yaş, cinsiyet ve bedensel hastalık öyküsünün yanısıra, cezaevinde kalma süreleri açısından da her iki grup birbirine benzer bulundu (Grup 1, 11.8 ay; Grup 2, 7.4 ay). Her iki grupta, toplam olarak sadece 6 kadın vardı. Grup 1'de hükümlü/tutuklu oranı %50 iken (16 tutukluya karşılık 8 hükümlü), Grup 2'de bu oran %14'tü (28 tutukluya karşılık 3 hükümlü); iki grup arasındaki farklılık, istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p=0.03$). Daha önce cezaevinde yatış öyküsü açısından, gruplar arasında anlamlılık düzeyine yaklaşan bir fark vardı (Grup 1, 0.4; Grup 2, 1.2; $p=0.069$).

Her iki gruptaki toplam 9 vakada işkence öyküsü saptandı; ancak bunların hiçbirinde işkenceye bağlı herhangi bir fiziksel bulgu ya da yetersizlik yoktu. İşkence vakalarının gruplar arasındaki dağılımında da istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık belirlenmedi (Grup 1'de 6 vakaya karşılık Grup 2'de 3 vaka). Bu 9 vakaya ait tanılar Tablo 4'te, cezaevinde bulunmalarına gerekçe olan suçlar ise Tablo 5'te gösterilmektedir.

Tablo 4. İşkence öyküsü olan 9 vakaya konulan tanılar.

Tanı	Vaka sayısı
Depresif/anksiyeteli uyum bozukluğu	4
Psikotik özellikli depresyon	2
İki uçlu duygu durumu bozukluğu	2
Şizofreniform psikoz	1

Tablo 5. İşkence öyküsü olan 9 vakanın hapis gerekçesi olan suçlar.

Suç	Vaka sayısı
Hırsızlık, dolandırıcılık, vb.	4
Cinayet	5

Gruplar içinde toplam 3 siyasi vaka vardı (Grup 1, 2 vaka; Grup 2, 1 vaka). Bu üç vakanın hiçbirisi işkence öyküsü bildirmemi.

Tanı dağılımı açısından iki grup arasındaki fark ileri derecede anlamlı bulundu ($p<0.00001$). Grup 1'de en çok uyum bozukluğu ve depresif spektruma ait bozukluklara (%83) rastlanırken, Grup 2'de en yüksek oranda alkol/psikoaktif madde kötüye kullanımı (%56) saptandı. Cezaevinde buldukları sürece elde edilen sosyal destek ve suç dağılımı (Tablo 6) açısından, iki grup benzer nitelikte bulundu.

Tablo 6. Grup 1 ve Grup 2'de suçların dağılımı.

Suç	Grup 1	Grup 2
Hırsızlık, dolandırıcılık, vb.	4	11
Silah bulundurmak	1	1
Cinsel suç	1	1
Cinayet, cinayete teşebbüs	16	17
Politik suç	2	1
Toplam	24	32

TARTIŞMA

Birçok tutuklu ve hükümlü, cezaevlerinde çok sayıda ağır travmaya ve zorlanmaya maruz kalmakta, bu kişilerin bazılarında ciddi psikiyatrik bozukluklar gelişmektedir. Ancak bu varsayımları destekleyecek çok az sayıda psikiyatrik çalışma yapılmıştır. Literatürde, cezaevinde ortaya çıkan psikiyatrik yakınmaların, bu ortamlarda yaşanan şiddetin bir sonucu olabileceği, hapisteki kişilerin bazı bedensel rahatsızlıkları abartılı yorumlayabileceği ve depresyonla ilişkili somatik yakınmaların oldukça sık görüldüğü vurgulanmıştır¹². Bizim çalışmamızda ise, daha önce cezaevi deneyimi olmayan hükümlülerin daha yüksek oranda bulunduğu ve ilk kez cezaevinde eşik-üstü semptomların geliştiği grupta, uyum bozukluğu ile depresif spektruma ait semptomların, istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Standartlaştırılmış görüşme yöntemlerinin kullanıldığı başka çalışmalarda olduğu gibi, bu çalışmada da, cezaevlerinde görülen psikoz vakalarının toplum geneline kıyasla daha fazla olmadığı izlenimi edinilmiştir¹³⁻¹⁵.

Türkiye'de politik aktiviteleri nedeniyle tutuklu olarak yargılanan kişilerden, işkence uygulanmış ve uygulanmamış olanların karşılaştırıldığı bir çalışmada¹⁶, anksiyete-depresyon ve posttravmatik semptomların düşük oranda görülmesinde, kişilerin ait olduğu altgrup ve inanç sisteminin koruyucu etkisinin rol oynadığı ileri sürülmüştür. Bu çalışmada, vakalar arasında posttravmatik stres bozukluğu oranının, yaşamlarının herhangi bir dönemi için değerlendirildiğinde %33, araştırmanın yapıldığı sırada ise %18 oranında olduğu belirlenmiştir.

Gene Türkiye'de yapılmış olan ve cezaevinde bulunan kişiler arasında, posttravmatik stres bozukluğunun değerlendirildiği, bu konuyla ilişkili olarak literatürde belirleyebildiğimiz tek çalışmada¹⁷, 246 politik olmayan mahkumun 208'inde işkence öyküsü belirlenmiş ve bu vakalarda posttravmatik stres bozukluğu oranı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bunun yanı sıra, işkence gören vakalarda, Semptom Listesi (Symptom Checklist-90: SCL-90) skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır¹⁸.

Gelecekte yapılacak çalışmalarla cezaevi sakinlerinde ruhsal travma sonrası gelişen psikiyatrik bozuklukların sıklığının belirlenmesinin ve travma ile belirtiler arasındaki ilişkinin ayrıntılı olarak incelenmesinin gerekliliği açıkça bellidir. Bu tür çalışmalarda, işkenceyi de kapsayan tüm olası travmatik olaylara ilişkin öykünün alınmasına ve başta posttravmatik stres bozukluğu olmak üzere psikiyatrik semptomların sistemli biçimde araştırılmasına önem verilmelidir. Bunun yanısıra, cezaevi yaşantısının içerdiği zorlamaların ve travmatik deneyimlerin niteliğinin gösterilmesi, buna bağlı olarak gelişen psikiyatrik tabloları anlamamıza yardımcı olacaktır.

TARTIŞMA

Buğün Türkiye'de cezaevlerinde çok sayıda kişi tutulmaya ve yargılanmaya maruz kalmakta. Bu kişiler arasında bazı psikolojik bozukluklar da görülmektedir. Ancak bu bozuklukların değerlendirilmesi için yeterli çalışmalar yapılmamıştır. Ülkemizde cezaevlerinde olan psikolojik vakaların tespiti, bu anlamda yaşanan yasadışı olaylar, katliamlar, hırsızlıklar, tecrübe edilmiş bedensel katliamların ardından yapılan yargılamaların sonucunda vakımların oldukça sık görüldüğü görülmektedir. Bu anlamda cezaevi deneyim yaşayan mahkûmların, diğer yollarla tutulmuş ve cezaevine eşit şartlarda sokulmuş mahkûmların sağlığını etkilediği ve bu anlamda cezaevlerinde tutulmuş mahkûmların sağlığını etkilediği görülmektedir. Bu anlamda cezaevlerinde tutulmuş mahkûmların sağlığını etkilediği görülmektedir. Bu anlamda cezaevlerinde tutulmuş mahkûmların sağlığını etkilediği görülmektedir.

Türkiye'de psikolojik vakaların nedenleri tutuklu olarak değerlendirilmekte. Bu anlamda cezaevlerinde tutulmuş mahkûmların sağlığını etkilediği görülmektedir. Bu anlamda cezaevlerinde tutulmuş mahkûmların sağlığını etkilediği görülmektedir. Bu anlamda cezaevlerinde tutulmuş mahkûmların sağlığını etkilediği görülmektedir.

Genel Türkiye'de yapılan bir çalışmada cezaevlerinde tutulmuş mahkûmların sağlığını etkilediği görülmektedir. Bu anlamda cezaevlerinde tutulmuş mahkûmların sağlığını etkilediği görülmektedir. Bu anlamda cezaevlerinde tutulmuş mahkûmların sağlığını etkilediği görülmektedir.

KAYNAKLAR

- 1) Simons SP, Cornier BM. Delinquent acting-out and ego structure. *Laval Medical* 1969; 40: 933-935.
- 2) Cloninger CR, Guze SB. Psychiatric illness and female criminality: the role of sociopathy and hysteria in the antisocial woman. *American Journal of Psychiatry* 1970; 127: 79-87.
- 3) Coid J. How many psychiatric patients in prison? *British Journal of Psychiatry* 1984; 145: 78-86.
- 4) Teplin LA. The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the epidemiological catchment area program. *American Journal of Public Health* 1990; 80: 663-669.
- 5) Bland RC, Newman SC, Dyck RJ, et al. Prevalence of psychiatric disorders and suicide attempts in a prison population. *Canadian Journal of Psychiatry* 1990; 35: 407-413.
- 6) Herrman H, McGorry P, Mills J, et al. Hidden severe psychiatric morbidity in sentenced prisoners: an Austrian study. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148(2): 236-239.
- 7) Chiles J, von Cleve E, Janelka R, et al. Substance abuse and psychiatric disorders in prison inmates. *Hospital and Community Psychiatry* 1990; 41: 1132-1134.
- 8) Gunn J, Maden A, Swinton A. Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *British Medical Journal* 1991; 303: 338-41.
- 9) Steadman HJ, Falisiak WS, Dvoskin J, et al. A survey of mental disability among state prison inmates. *Hospital and Community Psychiatry* 1987; 38: 1086-1090.
- 10) Steadman HJ, Holohean EJ, Dvoskin J. Estimating mental health needs and service utilization among prison inmates. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 1991; 19: 297-307.
- 11) American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistics. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Revised Third Edition. Washington: American Psychiatric Association; 1987.
- 12) Derro, RA. Health problems in a city-country workhouse. *Public Health Reports* 1978; 93: 379-85.
- 13) Feighner JP, Robins E, Guz SB, et al. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry* 1972; 26: 57-63.
- 14) Faulk M. A psychiatric study of men serving a sentence in Winchester Prison. *Medicine, Science and Law* 1976; 16: 244-51.
- 15) Gunn J, Social factors and epileptic in prison. *British Journal of Psychiatry* 1974; 124: 509-17.

- 16) Baçoğlu M, Paker M, Paker Ö, et al. Psychological effects of torture: a comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151(1): 76-81.
- 17) Paker M, Paker Ö, Yüksel Ş. Effects of traumatic conditions on the psychological profiles of prisoners. XIII. World Congress of Psychiatry: 1989 12-19 October; Athens.
- 18) Derogatis LP, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale preliminary report. *Psychopharmacological Bulletin* 1973; 9: 13-28.

ÖNCEKİ İŞKENCENİN DELİLİ OLARAK KEMİK SİNTİGRAFİSİ:

62 HASTADAN DELİLLER

Veli Lök*, Mehmet Tunca**, Emre Kapkın***, Vehbi Tırnaklı****, Gürkan Dirik*****,
Fikri Öztop*****, Yılmaz Bolat*****, Türkcan Baykal*****

GİRİŞ

İşkence yüzyıllardır varolan oldukça eski bir suçtur. Önceleri açıkca uygulanırken, yüzyılımızda çok sayıda hükümet tarafından gizlenerek uygulanmakta ve sürekli olarak inkar edilmektedir¹. Türkiye'de 1980'lerde en az yüzbin insanın işkence gördüğü tahmin edilmekteyse de², onlardan çok azı mahkemeye başvuru-bilmiştir³. İşkencenin objektif izleri oldukça nadir olarak ve güçlkle saptanabilir. "Türkiye İnsan Hakları Vakfı İzmir Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi," olarak; daha önce tarafımızdan muayene edilen, kemik sintigrafisinde patolojik bulguları 5-12 ay sürmüş olan, işkence görmüş 4 kişiye ilişkin raporumuzu bildirmiştik⁴. Bu

-
- * Prof. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji ABD, İzmir.
 - ** Yrd. Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. İç Hastalıkları ABD, İzmir.
 - *** Dr., Psikiyatrist, TIHV, İzmir.
 - **** Dr., Nükleer Tıp Uzmanı, İzmir.
 - ***** Dr., Radyolog, İzmir.
 - ***** Prof. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Patoloji ABD, İzmir.
 - ***** Dr., Nörolog, İzmir.
 - ***** Dr., TIHV, İzmir.

görüntüleme tekniği istismar edilmiş çocukları⁵, osteomyeliti⁶, elektrik yanıkları gibi derin yumuşak doku hasarlarını⁷ ve özellikle stress kırıklarını^{8,9} değerlendirmekte değerli bir teknik olarak kabul edilmektedir.

YÖNTEM

İzmir Tedavi Merkezi'nde 1989 Aralık ayından, 1992 sonuna kadar gözaltında işkence gördüğünü iddia eden 221 kişiyi muayene ettik. Bunlardan 62'si yeterli düzeyde dokümanite edilebildi. Başvuruların 52'si erkek (%83.87), 10'u kadındı (%16.13) ve yaş ortalamaları 30.89 olarak bulundu (dağılım: 9-64, standart sapma: 8.76). İşkence gördükleri zamandaki yaş ortalamaları 24.76 idi (dağılım: 9-64, standart sapma: 8.10). 62 olgunun tümü dövüldüğünü belirtiyordu. Bunlardan 54'ü yoğun biçimde dövüldüğünü belirtiyordu (%87.1). Falaka işkencesi, ayak tabanlarına bir sopa ile vurulması, 48'ine (%77.4) uygulanmıştı. Askı, elektrik uygulanması, cinsel taciz, yalancı infaz gibi öbür işkence metodları başvuruların çoğu tarafından belirtilmekteydi. "Kabadayak", "yoğun kabadayak" (bir aletle dövme, yumruk ya da tekme ile vurma) ve "falaka,"nın daha ayrıntılı tanımları için okuyucular (15)'de belirtilen kaynağa bakabilirler.

Kendisine uygulanan işkence çeşitleri ve sürelerini içeren ayrıntılı medikal anamnez alındıktan sonra her başvuru çeşitli dal uzmanları tarafından (psikiyatrik değerlendirmeyi de kapsayacak biçimde) muayene edilmiş ve rutin araştırmalar istenmiştir: Semptom alanının direkt radyografisi; ayağın (sadece falaka olgularında), vertebraların (semptomatikse ya da kemik sintigrafisinde vertebralarda hiperaktif bulgu varsa) ve beynin (eğer başa şiddetli darbe varsa) bilgisayarlı tomografisi çekilmiş ve her başvuruya en az bir kez olmak üzere kemik sintigrafisi uygulanmıştır. 99m Technetium pyrophosphate 15-20 mCi intravenöz olarak verildikten 2.5 saat sonra tüm iskelet sintigrafisi "Siemens scintiview gamma camera" ile alınmıştır. İskelet yapıdaki hiperaktivite, pozitif scan bulgusu olarak kabul edilmiştir. Varolan dental patoloji ile uyumlu mandibuler hiperaktivite dışarıda bırakılmıştır. Eğer ilk kemik scan pozitifse; kemik scan bulgular normale dönene dek 1, 3 ve 6 ay sonra ve her altı ayda bir yinelenmiştir. İşkence gördüğünü belirttiği tarihten en az bir yıl sonra görülen ve kemik scanleri pozitif olanlar ise altı aylık aralarla yeniden değerlendirilmişlerdir. İdrar ve biyokimyasal kan tahlilleri ile EMG yapılmıştır.

BULGULAR

26 olgu (%41.94) işkence gördükten 5-51 gün sonra başvurmuştu (akut olgular). İşkence gördüklerini belirttikleri tarihten değerlendirme tarihine dek geçen süre ortalaması 17.42 gündü (standart sapma 14.86). 33 olgu (%53.23) olaydan 1.5-15 yıl sonra görüldü (kronik olgular). Bu grupta işkence ile muayene tarihi arasındaki zaman ortalaması 10.46 yıldır (standart sapma: 2.37). Hem geç-

mişte hem de yakın zamanda işkence gördüklerini belirten kişiler (Böyle 5 olgu vardı.) işkence gördükleri son tarih dikkate alınarak sınıflandırıldı. İşkence gördükten, 3, 3 ve 4 ay sonra başvuran 3 olgu vardı (subakut olgular). Olguların demografik karakterleri Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Araştırma gruplarının demografik karakterleri

	Kadın (n-%)		Erkek (n-%)		Toplam (n-%)	
Akut olgular	18	69.23	8	30.77	26	100
Yaş Ortalaması-SS	25.00	12.49	29.63	8.50	26.42	11.61
Kronik olgular	31	93.94	2	6.06	33	100
Yaş ortalaması-SS	34.03	4.50	30.0	2.00	33.79	4.46
Subakut olgular	3	100.00	0	0.00	3	100
Yaş ortalaması-SS	30.00	7.48	-	-	30.0	7.48
Toplam	52	83.87	10	16.13	62	100
Yaş ortalaması-SS	30.89	9.17	30.6	13.34	30.89	8.76

SS: Standart sapma.

Her başvuru kemik scan ile en az bir kez olmak üzere değerlendirildi. "Akut, olguların 16'sında (%61.54), "kronik, olguların 17'sinde (%51.52) ve "subakut, olguların üçünde de kemik scan pozitif; toplam 36 kişide (%58.06). İki ana gruptaki farklılık anlamlı değildi ($p=0.613$, Tablo.2.). Kronik olguların ilk kemik scanleri belirtilen işkence olayından ortalama 10.5 yıl sonra alınmış olduğu için, 33 kişinin 17'sinde pozitif scan bulguları olması önemli olabilir.

Tablo 2. İki ana grubun kemik sintigram sonuçları

	Kemik scan + (n-%)		Kemik scan - (n-%)		Toplam (n-%)	
Akut olgular	16	27.12	10	16.95	26	44.07
Kronik olgular	17	28.81	16	27.12	33	55.93
Toplam	33	55.93	26	44.07	59	100.00

Serbestlik derecesi=1, $\chi^2=0.256$, $p=0.613$.

İşkence olayından ortalama 10.5 yıl sonra görülen 33 olgunun 32'sine (%96.97) falaka uygulanmış olduğu belirtilmekteydi, "akut, olgular arasında ise bu sayı 26'da 14'e (%53.85) düşmekteydi. Bu farklılık yüksek düzeyde anlamlı bulundu ($\chi^2=13.33$; $p=0.0002$). Bu da ilkel ve çok ağrı verici bir işkence yöntemi olan falakanın Türkiye'de daha az uygulanmaya başlandığını göstermektedir.

İzlenen olgular

İşkence gördüğünü belirten 62 olgu içinde 12'sinin (%19.36) ortalama 13.08 ay (aralık: 1.5-31+, SS: 8.99) izlemesini yapabildik. "Akut,, olgular arasında 8, "kronik,,ler içinde 3 ve "subakut,,lar içinden 1 olgunun izlemesi yapılabildi. İki akut olguda kemik scan 1.5 ve 15 ay içinde normalize oldu ve öbür 10 olguda ortalama 13.40+ ay (aralık: 4-31+, standart sapma:9.80) sonunda hala patolojikliğini sürdürmekteydi. 8 akut olgunun izlenilebildiği süre sonunda kemik scan'de pozitiflik ortalama 16.25+ aydır sürmekteydi (aralık: 4-31+, standart sapma:11.08).

İşkence gören çocuklar

Başvurularımız arasında bize, gördükleri işkenceden 22-51 gün sonra (ortalama:42.0, standart sapma:11.90) başvuran ve yaşları 9, 12, 13 ve 13 olan 4 erkek çocuk vardı. Hepsi şiddetli dövüldüklerini belirtiyorlardı ve üçüne falaka da uygulanmıştı. Çocuklardan ikisinde 22. ve 51. günde alınan kemik sintigrafisi, falaka ile uyumluluk gösteriyordu ve pozitifti. 22. günde kemik scan'i pozitif olan çocukta 4.5 ay sonra da patolojik bulgular sürüyordu.

TARTIŞMA

1991'de, Türkiye'de, 552 kişi işkence gördüğünü belirtmiş, bunlardan 218-inin işkence gördüğü resmi tıp otoriteleri tarafından tasdik edilmiştir³. İzmir'deki merkezimize 1992 sonuna kadar başvuranların toplamı 221'dir. İşkence görenler gözle görülebilen izleri kaybolana dek gözaltında tutulurlar ve yasal haklarını arama konusunda baskı görürler. Sağlık çalışanları da işkence konusunda bilgi sahibi değildirler, hatta bazıları işkenceciler ile işbirliği içerisindeyler¹⁰⁻¹¹. Zamanın geçmesi ile kaybolmayan izler çok önemlidir. Biz dikkatimizi kısa zaman önce işkence görmüş kişiler üzerinde odakladık ve kısa erimde kemik scan'in bunun için iyi bir aday olduğu ortaya çıkmaya başladı. Tıp literatüründe, bizim çalışmalarımıza yakın olabilecek, daha önceki çalışmalar daha çok stres kırıkları ve ciddi yumuşak doku hasarları ile ilgilidir. Kan akışını arttıran tüm rahatsızlıkların kemik tutuluşunu göreceli olarak artırdıkları belirtilmektedir¹². Scan konvansiyonel radyografilerden daha erken zamanda pozitifleşir ve düzelleme iki hafta içinde başlar ve büyük olasılıkla en az 4-5 ay içinde ve hastaların çoğunda 2 yılın sonunda normal görüntüye dönüşür¹³⁻¹⁴. İstisnai olgularda pozitif scan 30 yıl kadar sürebilir¹².

Ciddi biçimde dövülen insanlarda patolojik kemik scan bulguları saptanması şaşırtıcı değildir. Falaka, lokal olarak kas hasarlarının eşlik etmesiyle daha provakatiftir. Falaka işkencesi uygulandığını belirten ve işkence olayından hemen sonra bize başvuran olgularımızın çoğunda metatarsal kemiklerde tipik hiperaktivite (14 falaka olgusunun 11'inde -%78.57-) vardı ve uzun bir süre pozitif olarak kaldı. Falaka Ortadoğu'da sık kullanılan bir işkence çeşididir¹⁵. Bu nedenle bu güçlü ilişkililik ve uzun süren objektif deliller adli olarak kabul görebilir. Bununla

beraber; yakın zamanda işkence gören "akut, hastalarımız arasında, falaka olgularının %20'sinde (genel içinde %40'ı) normal kemik scan mevcuttu. Spesifik izlerin aranması¹⁶ ya da üç fazlı 99m technetium kemik scan, manyetik rezonans görüntüleme¹⁷ gibi sofistike araçların kullanılması duyarlılığı artırabilir. Bizim CAT scan ile ilgili ilk izlenimiz, keza cesaretlendiricidir. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olan iki ana grubumuz, Türkiye'de falaka işkencesinin bir şekilde azaldığını düşündürmektedir. "Kronik, grubumuzdaki olgular 1980 askeri darbesi sırasında sorgulanan ve cezaevinde kalan insanlardan oluşmaktadır. Bu olgular işkence ve kötü muamelenin çok yaygın olduğu cezaevlerinde 11 yıl kadar kalmış ve Nisan-Ağustos 1991'de şartlı tahliye ile serbest bırakılmışlardır. Olgularımızın tamamı tekrarlayan ve ciddi bir şekilde dövüldüklerini, işkencenin değişik formlarının uygulandığını belirtmişlerdir. Falaka biri dışında hepsine uygulanmıştır. Bazılarında işkence periodlarının toplam süresini düşünebilmek bile zordur (Bir olguda 194 gün, bir başkasında 450 gün vs.). Aradan geçen süre uzun olduğu için bu parametre dikkate alınmamıştır. 33 kronik olgunun 17'sinde (%51.52) kostalar, skapulalar, vertebralar, diz eklemleri ve metatarsal kemiklerde değişik kombinasyonlarda, kemik scande hiperaktif spotlar görülmüştür. Üç olgu 8-12 ay sonra yeniden değerlendirildiğinde pozitif tutuluş değişmemiştir. Pozitif kemik scan'in 3 yıldan daha fazla sürmesi çok ender görülmektedir^{12,14}. Yani patolojik sonuçlarda böylesine yüksek bir oran (%50'den fazla) oldukça dikkat çekicidir.

Kemik scan anormalliklerinin uzun sürmesini açıklamak kolay değildir. Kas nekrozu hiperaktif spotlara neden olmaktadır ama bu kadar uzun sürmemektedir⁷. Son zamanlara kadar araştırmacılar sintigrafinin uzun süreli bir delil olmasından çok görülmeyen kırıkların tanısına katkısı ile ilgilenmişlerdir. "Metabolik aktivitede süren artış, artmış vaskülarite ya da öbür prosesler,"in pozitif scan kalıcılığına yol açabildiği düşünülmektedir¹⁴.

Falaka işkencesi ve ciddi dövme konvansiyonel radyograflerle saptanamayacak, -olasılıkla irreversible- periostal reaksiyona neden olabilir. Öte yandan radyonükleid çalışmalar, lokal olarak değerlendirilen bu metabolik ve vasküler patolojik değişimleri saptayabilir.

İşkencenin çok çeşitli yöntemleri vardır¹⁵. Her durumda işkencenin varlığını kanıtlamaya ve fiziksel sekellerini saptamaya çalışmak başarısız bir çabaya dönüşebilir. Hatta kemik scan bile yakın zamanda işkence görmüş olan olguların %40'ında negatif sonuç verebilmektedir. İşkence görenlere yardımcı olmak ve uygulanmasına karşı mücadele etmek, tıp mensuplarının sorumluluklarından biridir, ama işkencenin toplumdan eradike edilmesi için genelde daha yaygın uluslararası bir çabaya gereksinim vardır.

TEŞEKKÜR

Bu proje IRCT Kopenhag-Danimarka tarafından desteklenmiştir. Katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Amnesty International. Report 1990. London: Amnesty International publications, 1990.
2. Amnesty International. Torture and medical neglect of prisoners. London: Amnesty International publications, 1988.
3. Örneklerle Türkiye İnsan Hakları Raporu 1991. Ankara: TIHV Yayınları, 1992.
4. Lök V, Tunca M, Kumanlioğlu K, Kapkın E, Dirik G. Bone scintigraphy as clue to previous torture. *Lancet* 1991; 337: 846-7.
5. Ter-Meulen DC, Majd M. Bone scintigraphy in the evaluation of children with obscure skeletal pain. *Pediatrics* 1987; 79: 587-92.
6. Rosenbaum DM, Blumhagen JF. Acute epiphyseal osteomyelitis in children. *Radiology* 1985; 156: 89-92.
7. Delpassand ES, Dhekne RD, Barron BJ, Moore WH. Evaluation of soft tissue injury by Tc-99m bone agent scintigraphy. *Clin Nuc Med* 1991; 16: 309-14.
8. Sterling JC, Edelstein DW, Colco RD, Webb R. Stress fractures in the athlete. Diagnosis and management. *Sports Med* 1992; 14: 336-46.
9. Matheson GO, Clement DB, Mc Kenzie DC, Taunton JE, Lloyd-Smith DR, Macintyre JG. Scintigraphic uptake of 99m Tc at non-painful sites in athletes with stress fractures. The concept of bone strain. *Sports Med* 1987; 4: 65-75.
10. British Medical Association. *Medicine Betrayed*. London: Zed books Ltd, 1992.
11. Peterson HD, Rasmussen OV. Medical appraisal of allegations of torture and the involvement of doctors in torture. *Forensic Science Int* 1992; 53: 97-116.
12. Powers TA. Bone imaging. Sandler MP, Patton JA, (eds). *Shaff and Wilkins*, 1989: 533-579.
13. Matheson GO, Clement DB, Mc Kenzie DC, Tauton JE, Lloyd-Smith DR. Stress fractures in athletes. A study of 320 cases. *Am J Sports Med* 1987; 15: 46-58.
14. Matin P. Diagnosis of traumatic and sports injuries. Mettler FA, (ed). *Tadionucleide bone imaging and densitometry. Contemporary issues in nuclear imaging volume 4*. New York: Churchill Livingstone, 1988: 87-1089.
15. Rasmussen, OV. Medical aspects of torture. *Dan Med Bull* 1990; 37 (Supplement 1): 1-88.
16. Rasmussen, OV, Skylv G. Sings of falanga torture. *Lancet* 1992; 340: 725.
17. Kerr R, Forrester DM, Kingston S. Magnetic resonance imaging of foot and ankle trauma. *Ortop Clin North Am* 1990; 21: 591-601.

DERİDE ELEKTRİK İŞKENCESİ İZLERİ

Fikri Öztop^{*}, Veli Lök^{**}, Türkcan Baykal^{***}, Mehmet Tunca^{****}

GİRİŞ

Dünyanın birçok yerinde ve ülkemizde, insanlık suçu olan işkence olayları sürüp gitmektedir. Vücuda elektrik verilmesi yaygın olarak kullanılan bir işkence türüdür^{1,2}. Elektrik akımı vücudun çok değişik bölgelerine bağlanan elektrotlar aracılığı ile verilmektedir. Elektrik akımı ağrının yanısıra, şiddetli kas kontraksiyonlarına neden olarak, hastanın soluğunun kesilmesi gibi korku verici durumlar yarattığı ve geride pek az iz bıraktığı ya da hiç iz bırakmadığı için işkenceciler tarafından ideal bir yöntem olarak görülmektedir.

Elektrik akımının deride yarattığı yapısal değişiklikler elektrik kazasına uğramış insanlar ve deney hayvanları üzerinde kapsamlı bir biçimde araştırılmıştır³. Bu çalışmaların çoğunda yapısal değişiklikler, akımın geçişi sırasında ortaya çıkan ısıya bağlanmakta, elektrik için spesifik bulgular üzerinde durulmamaktadır. Elektrik işkencesinin izlerini ısı ve diğer etmenlere bağlı yüzeysel deri hasarlarından kesin olarak ayıracak tanı yöntemlerine gereksinim vardır. Danimarka'da bilim adamlarının oluşturduğu disiplinler arası topluluğun bir kolu ("electrical group" of Anti Torture Research, ATR) 1976 yılından beri domuzlar üzerinde

* Prof. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Patoloji ABD, İzmir.

** Prof. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji ABD, İzmir.

*** Dr., TIHV, İzmir.

**** Yrd. Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. İç Hastalıkları ABD, İzmir.

elektrik akımı için spesifik sayılacak yapısal değişiklikleri ortaya koymak amacıyla deneysel çalışmalar yapılmaktadır^{1,4-13}. Bu çalışmalarda, elektrik ve ısı enerjilerinin deride oluşturduğu yapısal değişiklikler arasında bazı farklar bulunduğunu ortaya koymuşlardır. Deride ortaya çıkan birçok değişiklik içinden iki tanesinin elektrik hasarı için oldukça spesifik olduğunu öne sürmektedirler:

1. Epidermis, damar duvarları ve ter bezi hücrelerinde beyaz nekroz (nekrotik hücrelerin sitoplazmaları hemotoksilin ve eosin ile boyanmadığı için bu terimi kullanılmaktadır) alanlarında veziküler çekirdeklerin bulunması.

2. Dermisin kollajen liflerinde kalsiyum birikmesi.

Transfer edilen elektrik enerjisinin cinsinin ve miktarının, bu yapısal özellikleri kantitatif bakımdan önemli ölçüde etkilediğini bildirmektedirler.

Bu çalışma, Türkiye İnsan Hakları Vakfı İzmir Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi'ne elektrik işkencesine uğradığı savı ile başvuran, görülebilir deri lezyonu bulunan ve biyopsi yapılmasını kabul eden bir grup insanda, elektrik enerjisi için spesifik sayılan bulguları araştırmak amacı ile yapıldı.

YÖNTEM

1991-1994 yıllarını kapsayan dönemde 12 kişiden insizyon, punch ya da shave yöntemleri ile biyopsi alındı. Deri örnekleri önce diseksiyon mikroskobu ile incelendi. Makroskopik bulguların ayrıntılı bir tanımlaması yapıldı. Fiksasyon için %10'luk fosfat tamponlu formalin kullanıldı. Parafine gömülen dokulardan elde edilen kesitler rutin olarak hematoksilin-eozin ile boyandı. Işık mikroskopik olarak incelendi. Dört olguda kesitlerin bir bölümüne demir reaksiyonu ve kalsiyum için alizarin red-S boyası uygulandı.

BULGULAR

Olguların 4'ü kadın, 8'i erkekti. Yaş dağılımı 15-38, yaş ortalaması 25.9 idi. Elektrik uygulaması ile biyopsi arasındaki süre 4-20 gün kadardı. Biyopsi 4 olguda ayak parmakları, 2 olguda ayak bileği, 2 olguda el sırtı ve birer kişide el bileği, karın duvarı, göğüs duvarı ve dudak mukozasından yapılmıştı. Olguların 7'sinde (%63.3) epidermis ve dermiste tanımlanmaya değer bazı yapısal değişiklikler saptanmıştır.

Makroskopik bulgular

Olgulardan 6'sında deri üzerinde, genellikle kırmızımtırak-kahverengi, yüzyeyden hafifçe kabarık 1-2 mm kadar çap gösteren bir benek bulunuyordu. Bazı olgularda bunu, normal deriye göre daha açık renkli ve saydamsı bir halka çevreliyordu. Bir olguda ise ortada 2 mm çapında ülser mevcuttu.

Mikroskopik bulgular

Ülseröz lezyonu bulunan olguda dermiste granülasyon dokusu ve yoğun yangısal infiltrasyon mevcuttu. Diğer olgularda dermiste göze çarpan bir değişiklik yoktu. Buna karşılık epidermiste genellikle zonal nitelik gösteren bazı değişiklikler vardı. Makroskopik olarak saptanan kırmızımtırak benek, keratin tabakasında hemolize uğramış kan ve eksüda içeren bir keratotik ya da parakeratotik kalınlaşma niteliğindedi. Bunun altında bulunan epidermis genellikle incelmış, hücreler sıkışmış ve hücre sınırları silinmişti. Kalınlaşmış keratin tabakasının kapladığından daha geniş bir alanda granüler tabaka ve reteler kaybolmuş, bazal tabaka hücrelerinin düzeni bozulmuştu ve melanin pigmenti içeren hücreler yoktu. Üst dermis ve epidermiste minimal düzeyde eritrosit ekstrevasyonu mevcuttu. Spinal hücre tabakasında odaksal olarak kromatinini kaybetmiş ve hayal halinde görünen çekirdeğe sahip keratinositler dikkati çekiyordu. Bunların sitoplazmaları, çevrelerindeki hücrelere göre daha asidofilikti. Bazı alanlarda ise spinal hücrelerin çekirdekleri küçük koyu bazofilik bir nitelik kazanmıştı ve bu çekirdekler saydam halka ile çevriliydi. Bir olguda deri yüzeyinde kırmızımtırak benek yoktu. Diseksiyon mikroskobunda deri yüzeyinde, çil benzeri küçük kahverengimsi hafif kabarık, çok sayıda benek mevcuttu. Histolojik incelemede bu beneklerin parakeratotik kalınlaşmalar olduğu ve önceki olgularda olduğu gibi kan ve eksüda içermediği gözlemlendi. Bu olguda diğerlerinden farklı olarak, epidermiste tek tük veziküller çekirdekli hücre ve üç beş tane koyu kromatinize, piknotik görünümlü çekirdeğin yığılması ile oluşmuş dev hücrelerine benzeyen, fakat sitoplazması seçilemeyen bazı oluşumlar mevcuttu. Dört olguya uygulanan demir reaksiyonunda, yüzeydeki keratotik ya da parakeratotik kalınlaşmalarda pozitif boyanma saptanmadı. Aynı olgulara uygulanan alizarin red-S boyasında bir olguda yalnızca ter bezleri ve küçük damar duvarlarındaki hücrelerde kalsiyum birikimi saptandı. Kollajen liflerde birikim görülmedi.

TARTIŞMA

İncelediğimiz olgularda işkence uygulamasında cinsiyet ayrımı yapılmadığı gözlenmektedir. Bu çalışmada kadınların sayıca fazla oluşu, elektrik işkencesinin daha rafine bir yöntem gibi görüldüğü ve kadınlarda, falaka ve kaba dayağa tercih edildiği şeklinde yorumlanabilir.

Olgularımızın yaş ortalaması, diğer çalışmalarda da olduğu gibi, işkence de daha çok genç yaş gruplarının hedef alındığını göstermektedir. Bir olgumuzun 15 yaşında oluşu işkencecilerin çocukları bile gözetmediğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, elektrik akımının vücudun hemen hemen her yerine verildiği görüldü. Ayak parmakları ve öncelikle parmak aralarının tercih edildiği dikkati çekmektedir.

Elektrik akımının sivri uçlu bir elektrot ile verilmesi deride 1-2 mm çapında kırmızımtırak bir beneğin oluşmasına yol açmakta ve bu lezyonlar "picana" olarak adlandırılmaktadır¹⁴. Bu terimin, ok ucuna takılan sivri demir anlamına gelen farsça "peykan" kelimesinden batı dillerine aktarılmış olması olasıdır. Elektrik işkencesi gördüğünü öne süren olgularımızın hepsinde deri lezyonları "picana-peykan" özelliği taşımaktaydı.

Thomsen¹³ domuzlar üzerinde yaptığı çalışmada elektrik enerjisine bağlı değişikliklerin epidermiste çok ön planda olduğunu görmüş ve bu yüzden epidermal morfolojiye ağırlık verilmiştir. Thomsen ve arkadaşları¹² ayrıca doğru akım, asit ve alkalilerin oluşturduğu lezyonların morfolojilerini incelemiş ve elektrik akımları ile ortaya çıkan değişikliklerin patogenezi aydınlatmaya çalışmıştır. Kendi çalışmamıza temel aldığımız için bu araştırmaların sonuçlarını özetlemenin uygun olacağını düşünüyoruz:

Elektrik ve ısıya bağlı lezyonlar karşılaştırıldığında; elektrik lezyonları genellikle segmental, ısıya bağlı lezyonlar diffüzdü. Isıya bağlı lezyonlarda epidermis dermisten ayrılmış, elektrik lezyonlarında ayrılmamıştı. Stratum korneumda, 50 Hz ve 8000 Hz'lik alternatif akım lezyonları ve doğru akımın anot lezyonlarında sarı renkli, kümelenmiş bir materyal dikkati çekti. Yüksek sıcaklığa bağlı lezyonların bazısında da elektrik lezyonlarındakine benzeyen açık sarı kümelenme mevcuttu. Isıya bağlı lezyonlar ve 100.000 Hz'lik alternatif akım lezyonlarında granüler ve fibriler sitoplazma vardı. 100.000 Hz'lik elektrik lezyonlarının dışındaki bütün elektrik lezyonlarında "beyaz nekroz" görüldü. Yüksek sıcaklığa bağlı lezyonlarda bazen düşük dereceli "beyaz nekroz" gözlemlendi. "Veziküler çekirdekler" yalnızca katot lezyonları ve alternatif akımın 50 Hz ve 8000 Hz'lik lezyonlarında görüldü.

Asit ve alkalilerin oluşturduğu lezyonlar ile elektrik lezyonları karşılaştırıldığında; hem ışık, hem elektron mikroskopunda, anot lezyonları ile asit lezyonlarının, katot lezyonları ile alkali lezyonlarının benzerlik gösterdikleri görüldü.

Yukarıdaki bilgilerde de görüldüğü gibi yalnızca "veziküler çekirdekler" elektrik lezyonları için spesifiktir. Bu bulgunun ayrıntılı tanımı şöyle verilmektedir:

Epidermal hücrelerin sitoplazmaları soluk ve homojendi ("beyaz nekroz"). çekirdekler düzensiz, iri "üni ya da mütiloküler" berrak nükleoplazmalıydı ve bazen iri düzensiz kromatin içeriyordu ("veziküler çekirdekler"). Hasardan sonraki 48 saat içerisinde lezyonlar değişiklik göstermedi, fakat üçüncü ve daha sonraki günlerde "veziküler çekirdekler" ayrırtedilemedi ve lezyonların çoğu beşinci günde ortadan kalkmıştı.

Olgularımızda elektrik verilmesi ile biyopsi yapılması arasında geçen süre 4-20 gün kadardı. Gözaltında tutulanlarda zaman oryantasyonunun bozulması için gayret gösterildiği bilinmektedir. Bu nedenle bildirilen süreler güvenilir olmak-

tan uzaktır. Biz yalnızca, 4 gün gözaltında tutulduktan sonra serbest kalan ve hemen biyopsi yapılan bir olgumuzda "veziküler çekirdeklere" benzerlik gösteren çekirdekler gördük. Bu olguda da "beyaz nekroz" yoktu. Diğer olgularda biyopsinin elektrik hasarından beş ya da daha sonraki günlerde yapılmış olması muhtemeldir. Beşinci günde atılan nekrotik dokuların yerini bir tamir dokusu almaktadır. Bizim bir olgumuzda aktif bir ülseröz lezyon, beş tanesinde ise yenilenmekte olan epidermis bulguları vardı. Kanımızca, elektrik işkencesi gören kişilerde, üç gün sonra kaybolan epidermal "veziküler çekirdekler,"i yakalama şansı oldukça zayıftır.

Biz olgularımızda stratum korneumda tanımlanan sarımtırak renkli keratin kümelenmesini gördük. Alternatif akım ve anot bölgesi lezyonlarında ortaya çıkan bu kitlede demir reaksiyonunun pozitif olduğu bildirilmektedir¹¹. Demir reaksiyonu uyguladığımız dört olguda negatif sonuç aldık. Thomsen¹³ demirin, kendi kullandıkları elektrottan elektroliz yolu ile dokuya geçmiş olabileceğini öne sürmektedir. Bizim olgularımızda demir içermeyen elektrot, örneğin bakır tel kullanılmış olabilir.

Olgularımızın bazılarında epidermiste segmental olarak, çevresinde saydam halosu bulunan piknotik çekirdekli hücrelerle, kromatinini kaybetmiş içi boş gibi görünen çekirdeği olan hücrelere rastladık. Bunlara benzer değişikliklerin epidermiste termal hasar, alternatif akım ve anot lezyonlarında görüldüğü bildirilmekte ancak spesifik bulgu olarak kabul edilmemektedir¹³.

Elektrik işkencesini kanıtlamak için spesifik fakat uzun süre kaybolmayacak yapısal kanıtlara gereksinim bulunduğu açıktır. Danimarka ATR "elektrik grubu,"nda yer alan Karlsmark ve arkadaşları domuzlarda ısı ve elektrik zedelenmesinin dermiste meydana getirdiği değişiklikler üzerinde çalışmışlardır¹⁶. Yazarlar, ısı enerjisinin deri ekleri ve damarların hücresel yapıları üzerinde kalsiyum birikimine yol açtığını, buna karşılık alternatif akımın verildiği yerde ve doğru akımın katot bölgesinde derminin kollajen liflerinde karakteristik bir kalsifikasyon geliştiğini bildirmişlerdir. Bu değişikliklerin elektrik hasarının oluşmasından 2-7 gün sonra ortaya çıktığı ve iki ay sonra bile kaybolmadığı bildirilmektedir. Yazarlar kalsiyum birikiminin gösterilmesi için çok duyarlı ve spesifik olan alizarin red-S boyasının kullanılmasını önermektedir.

Biz bu boyayı uyguladığımız 4 olgudan birinde (ülseröz lezyonu bulunan olgu) ter bezleri ve damarlarda kalsiyum birikimi saptadık. Elektrik hasarı için karakteristik sayılan kollajen kalsifikasyonuna rastlamadık.

Karlsmark ve arkadaşları ilk yayınlarında karakteristik kollajen kalsifikasyonunun yalnızca doğru akımla katot bölgesinde oluşan lezyonlarda ortaya çıktığını, alternatif akım lezyonlarında görülmediğini bildirmişlerdir⁶. Alternatif akım ile spesifik kalsifikasyonun oluşması için doğru akımdakinden daha yüksek enerji dozları gerekebileceğini düşünen araştırmacılar, sonraki çalışmalarında önceden kullandıkları 3x3 ya da 2x4 cm lik metal elektrotlar yerine, aynı miktar enerjisi (35-

160 joule), 0.5 mm çapında sivri ucu olan elektrot aracılığı ile ileterek birim alana düşen enerji miktarını arttırmış ve 11 denekten 6'sında, 7. günden sonra kollajen liflerde karakteristik kalsiyum birikimi geliştiğini görmüşlerdir. Yazarlar, alternatif akım ile kollajen kalsifikasyonu oluşabilmesi için oldukça yüksek ve belirli bir enerji aralığına (95-160 joule) gereksinim olduğu sonucuna varmışlardır¹.

Bizim olgularımızdaki bulgular, işkence için ince uçlu bir elektrot ile alternatif akım verildiğini düşündürmektedir. Karakteristik kollajen kalsifikasyonu görmeyişimiz kullanılan elektrik enerjisinin kalsifikasyon için uygun şiddetlerde olmayışına bağlanabilir.

Danielsen ve arkadaşları, ülseröz deri lezyonları olan 5 yaşındaki bir çocukta karakteristik kollajen kalsifikasyonu saptamış ve deri lezyonlarını elektrik hasarına bağlamışlardır¹⁵. Kaynaklarda bu yayın dışında insanlarla ilgili yayına rastlamadık.

SONUÇ

İşkence sırasında kullanılan elektrik enerjisinin tipini, gücünü ve uygulanan enerjinin miktarını doğru olarak saptamaya olanak yoktur. İşkence kurbanlarının zaman oryantasyonları da bozulduğu için elektrik verilmesi ile biyopsi arasında geçen süre sağlıklı bir biçimde hesaplanamamaktadır. Bu nedenlerle, koşulları önceden planlanabilen deneysel çalışmaların bütün sonuçlarını, belirsizliklerle dolu işkence koşulları altında kalmış kişilerde bulmayı beklememek gerekir. Bazı bulgular saptansa bile, bunları sağlıklı ve güvenilir bir biçimde yorumlamak güç bir iştir.

Bu çalışma, birbirini tanımayan ve çok farklı zamanlarda, elektrik işkencesi gördüğünü öne sürerek başvuran kişileri konu etmektedir. Kendilerinde, elektrik işkencesi için spesifik sayılan histopatolojik bulguları açık bir biçimde ortaya koyamadık. Ancak olguların 2/3'ünde deride, benzer özellikler gösteren lezyonlar mevcuttu. Lezyonların "picana-peykan" şeklinde oluşu işkence için sivri uçlu bir elektrot ile alternatif akım verilmiş olduğunu kuvvetle destekliyordu. Etiyolojik faktörün elektrik enerjisi olduğu kesin olarak söylenemese bile, başvuran bu kişilerin fiziksel bir enerji ile travmaya uğratıldıkları kesindir.

Bizce, elektrik işkencesi gördüğünü bildirenlerde mutlaka deri biyopsisi yapılmalı ve elektrik enerjisi için spesifik sayılan bulgular ısrarla aranmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Karlsmark T, Thomsen HK, Danielsen L, Aalund O, Nielsen O, Nielsen KG, Genefke IK. Tracing the use of electrical torture. *Am J Forensic Med Pathol* 1984; 5: 333-337.
2. Türkiye İnsan Hakları Vakfı. TİHV Tedavi Merkezleri 1990-1992 Raporu. TİHV Yayınları 3, Ankara: TİHV, 1993.
3. Gök Ş, Soysal Z. Elektrik akımlarının canlı organizmada meydana getirdiği lezyonlar ve bu lezyonların adli tıp açısından değerlendirilmesi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 1983; 1-198. 127. Sayfa 1-198, 1983.
4. Aalund O, On behalf of the A.T.R. electrical group (Danielsen L, Genefke IK, Karlsmark T, Nielsen KG, Nielsen O, Thomsen HK, Aalund O). Sequelae to exposure of porcine skin to heat and electricity. *Acta Med Leg Soc (Liege)* 1980; 30: 33-41.
5. Danielsen L, Thomsen HK, Nielsen O, Aalund O, Nielsen KG, Karlsmark T, Genefke IK. Electrical and thermal injuries in pig skin. Evaluated and compared by light microscopy. *Forensic Sci Int* 1978; 12: 211-225.
6. Karlsmark T, Danielsen L, Thomsen HK, Aalund O, Nielsen O, Nielsen KG, Johnson E, Genefke IK. Tracing the use of torture: Electrically induced calcification of collagen in pig skin. *Nature* 1983; 301: 75-78.
7. Nielsen KG, Nielsen O, Thomsen HK. Device and methods for the measurement of energy transfer in experiments involving thermal and electrical injuries of skin. *Forensic Sci Int* 1981; 17: 203-209.
8. Thomsen HK, Danielsen L, Nielsen O, Aalund O, Nielsen KG, Karlsmark T, Genefke IK. Early epidermal changes in heat and electrically injured pig skin I. A light microscopic study. *Forensic Sci Int* 1981; 17: 133-143.
9. Thomsen HK, Danielsen L, Nielsen O, Aalund O, Nielsen KG, Karlsmark T, Genefke IK. Early epidermal changes in heat and electrically injured pig skin II. An electron microscopic study. *Forensic Sci Int* 1981; 17: 145-152.
10. Thomsen HK, Danielsen L, Nielsen O, Aalund O, Nielsen KG, Karlsmark T, Genefke IK. Epidermal changes in heat and electrically injured pig skin. A light microscopic study of the sequences in morphology. *Acta Pathol Microbiol Immunol Scand (A)* 1982; 90: 327-332.
11. Thomsen HK, Danielsen L, Nielsen O, Aalund O, Nielsen KG, Karlsmark T, Genefke IK, Christofersen P. Epidermal changes in heat and electrically injured pig skin. A light microscopic study of the influence of heat energy intensity and electrical current frequency. *Acta Pathol Microbiol Immunol Scand (A)* 1983; 91: 297-306.
12. Thomsen HK, Danielsen L, Nielsen O, Aalund O, Nielsen KG, Karlsmark T, Genefke IK, Christofersen P. The effect of direct current,

sodium hydroxide and hydrochloric acid on pig epidermis. A light microscopic and electron microscopic study. *Acta Pathol Microbiol Immunol Scand (A)* 1983; 91: 307-316.

13. Thomsen HK. Electrically induced epidermal changes. A morphological study of porcine skin after transfer of low-moderate electrical energy. Copenhagen: FADL, 1984; 1-77.

14. Danielsen L. Skin changes after torture. *Torture* 1991; (supp 1) 27-32.

15. Danielsen L, Karlsmark T, Thomsen HK, Thomsen JL; Bealting LE. Diagnosis of electrical skin injuries: A review and description of a case. *Am J Forensic Med Pathol* 1991; 12: 222-226.

İŞKENCEDE TIBBİ RAPOR DÜZENLENMESİ

Orhan Süren*

İşkence insanlık tarihinden beri vardır. İşkence uygulamasını azaltmak, en aza indirmek ve en sonunda ortadan kaldırmak, üstesinden gelinmesi gereken bir sorun olarak tüm toplumların önünde durmaktadır. Bu süreçte hekimlerin görevi büyüktür. Hekimin görevi, işkenceyi bilimsel kanıtlarla yargı önüne sermektir. Ancak konu ile ilgili tıbbi bilgide eksiklik vardır. Başarılı olabilmek için klinik ve laboratuvar bulguların saptanmasında, rapor verilme tekniğinin geliştirilmesinde çalışmalara gerek duyulmaktadır. Dış ülkelerde işkencenin tıp fakültelerinde eğitim ve araştırma konusu olmasına yeni yeni başlanmıştır. Ülkemizde tıp fakültelerinde işkencenin lafının dahi edilmemesi büyük eksikliktir. Hipokrat Yemini gereği işkence ile uğraşmak tıbbın asli görevi olmalıdır.

İşkencede, sağlıklı rapor verebilmek için hekimin bazı prensipleri, kuralları ve bilgileri özümsemesi ön koşuldur. Her şeyden önce hekim işkencenin tanımını iyi bilmelidir. Ancak bu şekilde neyin karşısında olduğunu tartabilir ve kelimeleri seçerek dikkatle raporunu yazabilir.

"Dünya Tabipleri Birliği" 10 Ekim 1975 tarihli Tokyo toplantısında işkenceyi şu şekilde tanımlamıştır: İşkence, kendi başına ya da herhangi bir otoritenin emri ile hareket eden bir ya da birden çok kişinin, bir diğer kişiyi, bilgi vermeye, bir iti-

* Dr., Ortopedist, İzmir Tabip Odası İşkence Muayene ve Rapor Komisyonu Üyesi, İzmir.

rafta bulunmaya, ya da diğer herhangi bir nedenle konuşmaya zorlamak, korkutmak veya cezalandırmak için kasıtlı ve sistemli, fiziksel ve mental, şiddetli acı verici ya da zarara yol açan, aşağılayıcı, insanlık dışı işlemlerdir.

1984 yılında yapılan, Birleşmiş Milletler'in işkence değerlendirmesi de, bunun benzeri, daha genişletilmiş şeklidir. Altı çizilerek belirtilen, işkencede amacın bilinç ve geliştirilmiş yöntem-alet kullanımı olmasıdır.

Unutulmaması gereken bir özellik de işkencede karar organının yargı olduğudur. Olayda işkence vardır veya yoktur kararı mahkemeye aittir. Hekimin görevi yargının önüne inandırıcı, güven verici kanıt getirmektir. Ancak kesin olan bir gerçek, raporun bilimsel ağırlığının büyük önemi olduğu ve kolay reddedilemeyecek gücüdür. Bu nedenle rapor veren hekimin konu ile ilgili eğitim görmüş olması, yetkinliği büyük önem taşır. Bazı bilgileri edinmiş olmak gerekir.

Türkiye Cumhuriyeti, 1953'de "Avrupa İnsan Hakları ve Temel Özgürlükleri Sözleşmesi,"ne imza atmakla bi dizi yükümlülüklere girmiştir. Ülkemiz bireylerinin sözleşmede tespit edilen konularda "Uluslararası İnsan Hakları Mahkemesi,"ne başvuru hakkı vardır ve T.C. burada alınan kararlara uymak zorunluluğundadır. İşkence de bu konulardan biridir, işkencenin uluslararası bir tanımının olması bu yüzdendir. Bu nedenlerle, raporun içeriğinin, düzenleniş tekniğinin uluslararası normlara uygun olması çok önemlidir. Aksi halde yetersiz rapor Uluslararası İnsan Hakları Mahkemesi'nin önüne getirildiğinde kabul görmeyecektir.

Rapor düzenlenmesinde gelişme sağlanması için tıp-hukuk işbirliğine gerek vardır. Yargıda kelimelerin önemi büyüktür. Rapor dili yargı diline uygun seçilmiş olmalıdır. Yargı, yorum ve kararların kesin olmasını ister. Ne var ki işkence raporunda kesin yorum ve karar her zaman olası değildir. Olabilirlik derecesinin belirlenmesinde hukuk açısından kabul görececek ifadenin seçilmesi için bazı teknik terminolojinin birlikte tesbiti önemli ölçüde kolaylık sağlayıcı olacaktır.

İşkence raporu verecek hekimin önyargılı olmaması da çok önemlidir. İşkenceye veya tutuklunun suçlandığı konuya karşı kendini kontrol edemeyeceği boyutta duyarlı olan hekimin rapor vermesi doğru değildir. Örneğin daha önce kendisi veya çok yakını işkence görmüş veya şiddet içeren eylemlerde bulunmuş kimselere karşı aşırı nefret duyan hekim, iyi niyetine rağmen istese de tam anlamıyla nesnel veya tarafsız olamayabilir. Olan bulguları, olduğundan fazla, var olmayan bulguları var olarak görebilir. Bilimsel dürüstlüğe gölge düşürmemek hekimin asli görevlerinden biridir. Böyle durumlarda hekim rapor vermeyi reddetmeli ve bu hak diğer hekimlere tanınmalıdır.

Rapor verecek hekimin bağımsız olması, herhangi bir baskıyı üzerinde hissetmemesi de istenir. Dış ülkelerde serbest hekimin raporuna daha çok önem verilmesi bundandır. Aksine ülkemizde, hakimler daha çok resmi hekimlerin raporlarına güven duyarlar. Bunun haklı olabilecek tarafları olduğu söylenebilir. Çözüm olarak, bir kamu kuruluşu kabul edilebilecek Tabip Odaları bu konuda

görev alabilir. Tabip Odaları, rapor verebilecek tarafsız hekim kadrosunu oluşturmada ve gerekli laboratuvar olanaklarını sağlamada yeterli güce sahiptir. Yargının, Tabip Odaları'nın bu potansiyelini görmesi ve görev istemesi, Tabip Odaları'nın da bilimsellik, nesnellik ve tarafsızlık yönünden kendini kanıtlaması beklenen aşama olmalıdır.

Daha sonra teknik bilgilerin verilmesinde görüleceği gibi, hekim, işkence konusunda eğitim almış, yetkin olmalıdır. Rapor, gerektiğinde uluslararası mahkemeye sunulacağı için, içeriğinin, yazılış tekniğinin uluslararası normlara uyması gerekir. Son 20-30 yıl içinde bu konularda büyük gelişmeler olmuştur. 1982'de Danimarka'da kurulan "İşkence Kurbanları için Rehabilitasyon Merkezi" (RCT) ile işkence görenin muayenesi, bulguları, tedavisi ve rapor verilmesi konularında önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Birleşmiş Milletler'ce de tanınan, uluslararası kimliğini kazanmış bu kuruluşca kurslar şeklinde eğitime başlanmıştır. Konu ile ilgili çok az olan çalışma sayısı son yıllarda hızla artmaktadır. Bu çalışmaların ortaya koyduğu sonuçlar aranır olmuştur. Sağlıklı rapor verilebilmesi için, ülkemiz hekimlerinin de bu bilgileri bilmeleri gereklidir.

Örneğin, RCT'nin getirdiği kabul gören koşullardan biri, işkence raporunun bir ekip muayenesinden sonra verilebileceğidir. Bu ekipte en azından ortopedist-travmatolog, psikiyatrist, nörolog, romatizmayı iyi bilen bir iç hastalıkları uzmanı ve dış hekimi bulunmalıdır. Buna, duruma göre gerekli görülen diğer tıp dallarından uzmanlar da eklenir. Raporun yazılmasında, ekipten bir uzmanın raportör olarak görevlendirilmesi ve rapörtörün, bulguların ağırlık kazandığı tıp dalından olması büyük kolaylık sağlar. Raportörün hazırladığı taslak üzerinde birlikte tartışılarak karara varılır.

Yeterli laboratuvar tetkiklerini yaptıracak olanakların bulunmasının ön koşullardan biri olduğunu belirtmek gerekir. İşkencenin tanımında ve pozitif veya negatif karara varılmasında laboratuvar bulgularının önemi büyüktür. Hekimin elinin altında yeterli laboratuvar olanakları yoksa, durumu belirtip kişinin bu olanaklara sahip en yakın kuruluşa sevkini sağlamak en doğru tutumdur.

TEKNİK BİLGİLER

İlke olarak, rapor, gereksiz bilgilerle uzatılmamalı, fakat içeriği şüpheye yer bırakmamalı, aydınlatıcı boyutlarda ve yeterli olmalıdır. Genel görüş olarak, gerekli bilgilerin yazılmaması, gereksiz uzatmaların yapılmış olmasından çok daha sakıncalıdır. Rapor aşağıdaki şekilde düzenlenmelidir:

Öykü

- İşkencenin tarihi ve yeri tam yazılmalıdır. Bulguların değerlendirilmesinde geçen sürenin ve yapıldığı yerin koşullarının önemi vardır.
- İşkencenin yapılış şekli ve süresi en önemli bilgilerdendir.

- İşkenceden hemen sonraki yakınmalar ve bulgular eksiksiz yazılmalıdır.
- İşkenceden hemen sonra ve bugüne kadar yapılan tedaviler kayda geçirilmelidir. Hastane tedavisi görüp görmediği bilinmelidir. Gerektiğinde tedavi gördüğü hastaneden bilgi istenmelidir.

- İşkenceden sonra kaza, hastalık geçirip geçirmediği bilinmelidir.

Özgeçmiş

- İşkenceden önceki sağlık durumu, geçirdiği hastalıklar, kazalar ayırıcı tanı bakımından önemlidir.

- Daha önce hastanede yatıp yatmadığı, yattı ise yapılanlar bilinmelidir.

İşkence ile ilgili varolan yakınmalar

- Yorum yapılmasında önemlidir. Kişi tam ifade edemiyor ise sorular ile açıklık getirilmelidir.

Baki

- Genel Durum: Yaşı, kilosu, boyu, sağlık görünümü kaydedilir.
- Fiziki ve mental olarak yapılır.
- Kişi tam veya yeterli soyulmalı, yürümede, ayakta ve yatar durumda muayene edilmelidir.

- Sıra ile baş, boyun ve gövde, üst ve alt ekstremiteler muayene edilir. İşkence iddiası ile ilgili ya da ilgili olmayan bütün bulgular kayda geçerilir.

- Yara izleri ve şekil bozuklukları tam olarak kaydedilir. Ölçümleri yapılır.

- Ekstremitelerin uzunlukları, çevre ölçümleri, eklemlerin aktif ve pasif hareket dereceleri saptanır.

- Kas testleri yapılır.

- İşkence iddiası ile ilgili olan ve olmayan bütün bulgular kaydedilir.

- Bazı olgular gerektiğinde gözetime alınır. İşkence konusunda simülasyon hiç unutulmamalıdır. Şüpheli durumlarda kişi tek veya topluluk içinde (aile, vb. içinde) gözetime alınıp karara varılmaya çalışılmalıdır.

Laboratuvar incelemesi

- İşkencenin şekline ve bulgulara göre yeterli düzeyde istenir. Laboratuvar konusunda, gerektiğinden fazla olmamak ön koşulu ile kısıtlı davranılmalıdır.

- Kan ve idrar, elektromyelografi, elektroensefalografi, basit radyolojik inceleme, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans incelemesi, sintigrafi ve iğne biyopsisi olguya göre istenir. Bazı olgularda fotografik tespit de yapılır.

Yorum

- İşkence raporunda bilimsel ağırlıklı en önemli bölümdür. İddia edilen işkence şekli ile ilgili olan ve olmayan bulgular belirtilmeli, işkence ile ilgili olan klinik

bulgular ve laboratuvar bulguları, işkencenin yapılış şekli, aradan geçen süre, daha önce gördüğü tedaviler, yaş ve genel sağlık durumu ile ilişkileri bilimsel olarak izah edilmelidir.

- Tam tanı konulması yorumu kolaylaştırır.
- Yorumlar nesnel ve tarafsız yapılmalıdır.
- İfadeler mümkün olduğu kadar kesin olmalıdır.
- Değişik branş bulguları ile işkence arasındaki negatif ya da pozitif ilişki iyi belirtilmelidir.

Karar

- İşkence raporunda kesin karar vermek genellikle zordur. Akut vakalarda kesin karar verme olasılığı daha büyüktür.
- Kronik vakalarda çoğunlukla kesin karar vermek zor olduğundan mahkemede kabul görebilecek ifadenin kullanılması önemlidir. Genellikle karar, "olasılıkla", "büyük bir olasılıkla" gibi ifadelerle bağlanır.

KAYNAKLAR

1. Courjon JA. Longitudinal electro-clinical study of cases of post traumatic epilepsy observed from the time of trauma. *Epilepsia* 1970; 11: 29-36.
2. Courjon JA, et al. Valeur diagnostique et pronostique de L.E.E.G. dans les suites immédiates des traumatismes ès crâniens: *Rev E.E.G. Neurephysiol* 1971; 1: 13.
3. Farrell DF, Starr A. Delayed neurological sequelae of electrical injuries. *Neurology*, 1968; 18: 601-606.
4. Hougen HP, Kelstrup J, Petersen HD, Rasmussen OV. Sequelae to torture: A controlled study of torture victims living in exile. *Forensic Science International* 1988; 36: 153-160.
5. Turner SW, Landau T, Hinshelwood J, Bamber HTI. Torture of Turkish Kurds [letter]. *Lancet* 1989; 1(8650): 1319.
6. Magid D, Fishman EK. Assessment of musculoskeletal inflammation. Churchill Livingstone New York 1987 63-203.
7. Ortmann J, Genefke IK, Jakobsen L, Lunde I. Rehabilitation of torture victims: an interdisciplinary treatment model. *American Journal of Social Psychiatry* 1987; 3: 161-167.
8. Rostock p. Unfall begutachtung. Verlag von Johann Ambrosius, Barth Leipzig: 1935.
9. Tarakçioğlu B. İşkence olayı. İstanbul: Belge Uluslararası Yayıncılık. 1990.
10. Thomsen HK. Electrically induced epidermal changes. FADL's forlag. Kopenhagen Arhus, Odense 1984.