
TİHV
Türkiye İnsan Hakları Vakfı

Tedavi ve Rehabilitasyon
Merkezleri Raporu
1997

Türkiye İnsan Hakları Vakfı Yayınları (17)
Kapak Resmi: Abidin Dino
Sayfa Düzeni: Sinan Solmaz
Baskı&Cilt: Pelin Matbaası, Ankara

TÜRKİYE İNSAN HAKLARI VAKFI
Menekşe 2 Sok. 16/6-7 Kızılay, 06440-Ankara/TÜRKİYE
Tel: (90-312) 417 71 80 Faks: (90-312) 425 45 52
E-mail: tihv@tr-net.net.tr

Yayına Hazırlayan: Ümit Erkol
Katkıda Bulunanlar: Gül Erdost, Levent Kutlu,
Neşe Şahin, Nuray Akkol

ISBN 975-7217-17-4

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
1997

Ankara, Haziran 1998

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



English version of
Treatment and Rehabilitation Centers Report-1997
is available at the HRFT.

İÇİNDEKİLER

İçindekiler	5
Sunuş	7
<i>M.Bakkalcı</i>	
Önsöz Yerine	11
<i>Y.Önen</i>	
1997 Değerlendirme Sonuçları	17

İŞKENCE ve İŞKENCENİN SONUÇLARIYLA İLGİLİ ÇALIŞMALAR ve DEĞERLENDİRMELER

İkincil Travmatik Stres	41
<i>C. Kaptanoğlu</i>	
Ölüm Orucu	49
<i>E. Gökmen, H. Gürvit, D. Kınay, N. Demirci, H. Şahin, R. Tuncay, E. Öge, G. Gürsoy</i>	



Abidin Dino

SUNUŞ

Metin Bakkalcı

Türkiye İnsan Hakları Vakfı'nın, kuruluşundan bu yana başarı ile yürüttüğü projelerinden birisi işkence görenlere yönelik Tedavi ve Rehabilitasyon Projesi'dir. Proje, Adana, Ankara, İstanbul ve İzmir Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerince yürütölmektedir. Çalışmalar 1990 yılında başlamış ve 1997 yılı başına kadar merkezlerimize 2767 kişi başvuruda bulunmuştur. Bu rakam, 1997 yılında ise 537 kişinin başvurusuyla, toplam 3304'e ulaşmıştır. Vakfımıza başvuran kişilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarının çözümü için, profesyonel ve gönüllü olarak sayıları yüzlerle ifade edilen sağlık çalışanı, ekipler halinde hizmet sunmaktadır. Yoğun insan hakları ihlallerinin varlığına karşın, henüz merkezlerimizin olmadığı bölgelere yönelik 5 il projesi (Diyarbakır, Van, Malatya, Gaziantep, Mersin) uygulaması 1997'de de sürmüştür.

Tedavi ve Rehabilitasyon projesi açısından 1997 yılı, Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinin her düzeyde daha etkin bir kurum olması çabası ile yaşanmıştır. Yıl içinde, bilim ortamının çeşitli unsurları ile ilişkilerin daha yoğunlaşması; Etik Kurulun oluşması; Tıbbi Kurulların oluşmaya hazır hale gelmesi; olgu tartışmalarının yoğunlaşması; psikolojik görüşme oranının %57'ye çıkması, tedavisi yarım kalan başvuru oranının %22.9'a düşmesi (1995'de %27.3, 1996'da %23.5 idi.); bu konudaki gelişmeler başlığı altında ifade edilebilir.

1997 yılı, TİHV'nin kuruluşundan bu yana önüne koymuş olduğu bir amaç olan, Diyarbakır'da merkez oluşturma çabalarının yeniden yoğunlaştığı bir yıl olmuş ve 1998 yılında somut adım atılmıştır.

Adana davasının mahkeme safhası 2 Mayıs 1997'de sonuçlanmıştır. "İşkence gören başvurularımızı yetkili mercilere bildirmemek" (TCK 530) iddiası ile yargılanan Tedavi Merkezi Hekimimiz Dr. Tufan Köse ise cezalandırılmıştır (18.787.000 TL. para cezası). Gelineen noktada ifade etmek isteriz ki, değerlerimizin ve görüşlerimizin haklılığı tüm açıklığı ile gözler önüne serilmiştir. Tıp etiğinin evrensel ilkelerinden olan **kişinin onayı dışında gizlilik**, işkence gibi özgül bir konuda birçok açıdan yaşamsal öneme sahiptir. Bu özgül konuda tartışmasız öncelikli olan, işkence mağdurunun ruhsal, fiziksel ve sosyal olarak sağlığının kazandırılması ve korunmasıdır. Bu nedenle hekimlerimiz, mahkeme kararı ne olursa olsun, görevlerini geçmişte olduğu gibi sürdüreceklarını açıklamışlardır.

Ne var ki, mahkeme kararı bu görüşe aykırıdır. Kuşkusuz yüzyılların birikimi olan değerlerin bir karar ile yokedilebilmesi mümkün değildir. Bu nedenle kararın kaldırılması için, hakkımız olan tüm ortamlarda (Yargıtay, Uluslararası/ Ulusalüstü Mahkeme süreçleri) çabalarımızı daha da yoğunlaştıracğıız. Dava şu anda Yargıtay aşamasındadır.

Bu süreçte konuya ilgi gösteren, katkıda bulunan ve dayanışma ortamı yaratan herkese çok teşekkür ediyoruz.

Tedavi Projesi, tedavi hizmetleri sunmanın yanısıra, kuşkusuz bu hizmetin niteliğinin artmasına yönelik olarak eğitim, bilimsel araştırma, bilimsel etkinlikler gerçekleştirme çalışmalarını da içermektedir.

Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi Projesi'nin 1997 yılı çalışma sonuçlarını içeren bu rapor, geçmiş yıllarda olduğu gibi Türkçe ve İngilizce olarak iki dilde kitap haline getirilmiştir. Rapor, TIHV'nın kendi olanakları çerçevesinde yayına hazırlanmış ve bastırılmıştır.

Yıllık raporların işlevselliği açısından basım ve sunum tarihleri önemlidir. Bu nedenle 1997 raporunun Haziran ayında basılması, işlevselliğe uygun olabilir. Kuşkusuz önümüzdeki yıllarda buna daha çok özen gösterilecektir.

1997 Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu Yönetim Kurulu adına Başkan Yavuz Önen'in insan hakları açısından 1997 değerlendirmesini içeren "Önsöz Yerine" yazısından sonra iki bölümden oluşmaktadır;

İlk bölümde, 1997 yılı Vakfın sağlık çalışmalarının dökümü sunulmaktadır. Bu döküm Adana, Ankara, İstanbul ve İzmir illerindeki TIHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerine işkenceye bağlı yakınmaları nedeniyle başvuran kişiler hakkında bilgi ve yorumları içermektedir.

Raporun ikinci bölümünde ise, 1997'de Tedavi Merkezlerimizin çaba gösterdiği kimi konulara ilişkin makaleler yer almaktadır.

Bu bölümde ilk olarak, Dr. Cem Kaptanoğlu'nun "İkincil Travmatik Stres" konulu yazısı yer almaktadır. Travmatik olayların, travmayı doğrudan yaşayan kişilerden başlayarak, onların yakın çevrelerini hatta tüm toplumu etkilediğini ortaya koyan yazıda, İkincil Travmatik Stres ile "Aydınlık için bir dakika karanlık eylemini" ilişkilendirme girişimi ilginç olduğu kadar, son derece anlamlı bir tartışma konusu olsa gerektir. Dr. Kaptanoğlu, bu eylemi "bir bakıma ihtiyaç duyduğumuz grup tedavisinin ilk seansı" olarak tanımlayıp, "ancak iyileşebilmemiz için önümüzde topluca katılmamız gereken çok sayıda seans var." saptamasını yapmaktadır.

Aynı bölümde ikinci yazı ise, toplum vicdanını derinden etkileyen, ülkemizde yaşamaya mahkum olduğumuz, dahası mahkum olmadığımız bir konu (açlık grevi - ölüm orucu) ile ilgilidir. 12 ölüm ile sonuçlanan Mayıs 1996 açlık grevi-ölüm orucu sürecinde, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nca tıp çevreleri ve dahası tüm toplumca onur duyulan bir şekilde başarı ile tıbbi yaklaşımda bulunulan açlık grevi-ölüm orucu katılımcılarının klinik değerlendirmesine ilişkindir.

TİHV çalışmaları, ülkenin değişik kentlerinde ortak bir amaç için çalışmalar yapan, sağlık çalışanı ve insan hakları savunucusu yüzlerce duyarlı insanın eseridir. Bu çalışmalara katkıda bulunan, bizi yalnız bırakmayan tüm dostlarımıza, çalışmalarımıza başından bu yana destek veren İnsan Hakları Derneği ve Türk Tabipleri Birliği'ne şükranlarımızı sunarız.

Ankara, Mayıs 1998



Abidin Dino

ÖNSÖZ YERİNE

Yavuz Önen*

Yer İstanbul Gazi Mahallesi, yıl 1995, Mart ayının 12'si. İsmetpaşa Caddesinde polislerin arasından sivil bazı kişiler uzun namlulu tüfeklerle nişan alarak göstericilere ateş ediyor. Sonuç 19 ölü, çoğunluğu kurşun yarası olmak üzere 300 kadar yaralı. Güvenlik güçleri hakkında İstanbul'da açılan dava güvenlik nedeniyle Trabzon'a taşınıyor. Duruşmayı izlemeye giden aileler ve avukatlar bazı "sivil" kişilerin saldırısına uğruyorlar. Sanıklar tahliye ediliyor. Deliller toplanamıyor, ifadeler alınamıyor. Yargılama süreci işleniyor.

Yer Manisa Emniyet Müdürlüğü, 1995 yılı Aralık ayı. 18 yaşından küçük 16 öğrenciye işkence yapılıyor. Açılan davada 10 polis beraat ediyor.

Yer İstanbul Eyüp İlçesi. Gazeteci Metin Göktepe gözaltına alındığı spor salonunda dövülerek öldürülüyor. Yargılanan polislere "kötü muamele uygulanmak"tan verilebilecek cezanın alt sınırı veriliyor; Beşer yıl.

Yer Ankara Türkiye Büyük Millet Meclisi, 1996 yılı, Şubat'ın 29'u. Mecliste pankart açtıkları için 6 öğrenciye toplam 96 yıl ceza (Yargıtay tarafından bozuldular).

Türkiye'nin pek çok cezaevinde açlık grevleri, ölüm oruçları. 1996 Mayıs. Sonuç 12 ölü.

Yer Diyarbakır Cezaevi, yıl 1996, Eylül ayının 24'ü. Polis, asker, gardiyandan oluşan altmış kişilik bir grup, demir çubuklarla tutukluların kafasını kırarak 10 kişiyi öldürüyor, yargılama devam ediyor.

Susurluk, karayolunda bir kamyon Mercedes marka bir otomobile çarpıyor. Adı pek çok siyasi cinayete karışmış, yıllardır aranan katil zanlısı Abdullah Çatlı, Özel Tim Komutanı ve Emniyet Müdürü Hüseyin Kocadağ, Korucubaşı Urfa DYP Milletvekili Sedat Bucak, bir kadın, suikast silahları ve susturucular bir arada. Tutuklu sanık yok, dava devam ediyor.

Yukarıda TV ekranlarına yansımış, gazetelerde haber olmuş ve kamuoyuna mal olmuş bazı önemli olayları sıraladım. Şimdi de gözden uzak hafızalarda yer etmemiş bilinmeyen bazı olayları yazmaya çalışacağım.

1997 yılı son beş ayında 43 kişiye ölüm cezası verilmiş ve çok sayıda dava da görülmekte.

Gözaltı sürelerinin kısaltılmasına yönelik yasal düzenlemelerin yapıldığı 12 Mart 1997 tarihinden 30 Kasım tarihine kadar, bu dönemde işkence görmesi nedeniyle TİHV merkezlerine başvuran mağdur sayısı 94'tür.

Urfa, 1997 yılı, Haziran ayı. İHD Şube başkanı Aziz Durmaz gözaltına alındı. "dayak, buzdolabında bekletme, askı, falaka, elektrik" gibi işkencelere maruz kaldı, kaburgaları kırıldı.

Genel İş Sendikası Ankara Anakent Şube Başkanı Murat Coşkun'a gözaltında tutulduğu süre içinde "basınçlı su sıkılması, askıya alma, elektrik, dayak" gibi işkenceler uygulandı.

İstanbul, Sefaköy'de 27 Ekim günü "kuşku" görüldükleri için gözaltına alınan 16 yaşındaki iki gence İstanbul Asayiş Şube Müdürlüğünde işkence yapıldı.

İzmir, 3 Kasım 1997. Üniversite öğrencisi Bülent Taşkın saat 23.00 sıralarında evine giderken 3 polis tarafından bilinmeyen bir yere götürüldü. Bülent Taşkın ajanlık teklifini kabul etmeyince soğuk suyun altında tutulduğunu, dövüldüğünü ve saat 03.00 sıralarında işlem yapılmadan bırakıldığını iddia etti.

Adana, 1997 yılı, 15 Kasım günü Çukurova Üniversitesi Fevzi Çakmak Öğrenci Yurdu. Sivil polisler tarafından gözaltına alınan Mustafa Özdemir adlı öğrenci boş bir araziye götürülerek ajanlık yapması için ölümle tehdit edildiğini açıkladı.

İzmir İl İdare Kurulu 1996 yılında Konak Meydanı'nda düzenlenen 1 Mayıs Mitinginde İbrahim Tekbudak adlı genci döverek kolunu kıran polislerin yargılanmamasına karar verdi.

Adana'da 14 Aralık 1996 tarihinde gözaltına alınan Demokrasi ve Barış Partisi (DBP) Seyhan İlçe Yönetim Kurulu Üyesi Songül Yıldız'a işkence yaptıkları için yargılanan Nezih Karakuş ve Ahmet Seçkin adlı polislere verilen hapis cezası ertelendi.

Yukarıda sıralanan örnek olaylara bakıldığında;

-Güvenlik güçlerinin aşırı şiddet kullandığı, işkencenin ülkenin her yerinde yaygın ve sistematik uygulandığı, evlerde, bilinmeyen yerlerde de sorgulama ve işkence yapıldığı, görevlilerin gerekmediği hallerde de ateş ettiği ve öldürme kastıyla ateş ettiği,

-Sorumlular hakkında genel kural olarak soruşturma açılmadığı, açılmak zorunda kalınan davaların çok uzun sürdüğü, verilen cezaların çok hafif olduğu, cezaların ertelendiği, suçluların beraat ettirildiği, Susurluk davasında görüldüğü gibi savsaklama, unutturma, zaman içinde de örtbas etme taktiklerinin uygulandığı,

-Adil ve bağımsız olmayan, ağır ve hukuk kurallarına uymayan bir yargı sisteminin caydırıcı, kamu vicdanını tatmin edici, mağdurları hakkında koruyucu işlevini yerine getiremediği anlaşılmaktadır. Böylece, can güvenliği yoktur, yaşama hakkı tehdit altındadır yargısını ülkemiz için geçerli kılan koşulların devam ettiği ve ihlalcilerin ya da çetelerin etkinliklerini sürdürdükleri görülmektedir.

Son yıllarda Hükümetlerin demokratikleşme ve insan haklarını koruma stratejileri geliştirdikleri bir takım paketlerden sözettikleri görülüyor. Yaşanan olaylar ise tüm hükümetlerin vaatlerine rağmen ihlallerde azalma değil artış olduğunu gösteriyor.

İkinci olarak, Türkiye'de Hükümetler işkence, düşünce ve ifade özgürlüğü, Kürt sorunu vb. önemli konularda adım atarken hep ABD ve Batı Avrupa'yla olan ilişkileri gözetiyor. Demokrasi ve İnsan Hakları gündemi her zaman uluslararası kaynaklı olarak oluşuyor. Hükümetlerin bu göstermelik girişimleri nedeniyle yabancı ülke diplomat ve politikacılarından aldıkları destek, ihlalleri engellemeye yetmiyor ve ihlaller devam ediyor.

Düşünce ve ifade özgürlüğü, örgütlenme ve toplantı özgürlüğü baskılandı. Bu alanlarda çok sayıda ihlal yaşandı. İnsan Hakları savunucularına ard arda mahkumiyet verildi. İHD'nin ve KESK üyesi sendikaların şubeleri kapatıldı. Barışçıl toplantı ve gösteriler engellendi, şiddete başvurularak dağıtıldı. Cezaevlerindeki yaşam koşullarının vahameti devam ediyor, baskılar yoğunlaşıyor. Cezaevlerinde işkence, günlük yaşamın olağan bir parçası halindedir. Tüberküloz, Hepatit-B gibi ölümcül ve salgın hastalıkların yayıldığı resmi ağızlarından ifade edilmekte, ancak önlem alınmamaktadır.

Devlet otoritelerinin belirledikleri politikalara muhalif görüşleri ve talepleri ileri süren kişiler "terör" suçluları olarak yargı karşısına çıkarılmaktadır.

Siyasal bir sorun olan Kürt sorunu, Milli Güvenlik Kurulunun yetki alanı içinde kalmaya devam etmektedir. OHAL'ın kaldırılması ertelenmiş bulunmaktadır. Kürt yurttaşlarımızın yaşadığı yerlerde tüm hak ihlalleri yoğun bir şekilde yaşanmaktadır. Köylerini zorla terk etmek durumunda kalan insanlarımız beslenme, barınma, sağlık, eğitim gibi temel gereksinimlerini karşılayamamakta, gelecekleri konusunda belirsizlik ve umutsuzluk içinde bulunmaktadır.

28 Şubat 1997 günlü MGK toplantısında ülkenin daha önceleri saptanmış olan Milli Askeri Strateji Konsepti (MASK) belgesinde değişiklik yapılarak Şeriat tehdidi, PKK tehdidiyle eşdeğer olarak değerlendirilmiştir. Bu süreç Refah Partisi'nin kapatılmasına Necmettin Erbakan ve beş arkadaşının beş yıl süreyle siyasetten men edilmesine ve bazı milletvekilleriyle belediye başkanları hakkında soruşturma açılmasına, cezalandırılmasına yol açmıştır. REFAHYOL Hükümeti bu ortamda istifa ettirilmiş, ANASOL-D Hükümeti "sivil" güçlerin desteğiyle iktidara getirilmiştir. Ancak MGK'nın 18 maddeden oluşan isteklerinin uygulanması konusunda Başbakan Mesut Yılmaz'la Genelkurmay Başkanı İsmail Hakkı Karadayı ve dört kuvvet komutanı arasında başlayan tartışma bu kez yeni hükümete karşı bir komutanlar muhtırasının yayınlanmasına yol açmış, sınır ötesi ve OHAL Bölgesindeki operasyonlar da 28 Şubat sonrası gerilim ortamının daha da gerilmesini sağlamıştır. Demokratikleşme ve insan hakları konularının bu nedenlerle gündeme gelemeyeceği açıkça görülüyor. (TİHV'nin de bir toplantısına çağrılı olduğu İnsan Hakları Üst Kurulu toplantısı sırasında Dışişleri Bakanlığı'nın hazırladığı demokratikleşme raporunda askerlerin köklü değişikliklere onay vermedikleri belirtilmişti.)

TİHV, barış, demokrasi, insan hakları istemlerini, koşullar ne olursa olsun, dile getirmeye, tüm ihlallerin ve özellikle işkencenin ortadan kaldırılması çabalarını sürdürmeye kararlıdır. Bu rapor hafızalarımızı diri tutmayı sağlar, bizleri haksızlığa uğrayanlarla dayanışmaya yönlendirirse, hepimizde utanma vicdan ve adalet duygularını uyandırırsa ne mutlu onu üretenlere. Bu çabalarımızın demokratik, sivil bir iradenin de ülke politikasına egemen olmasına katkıda bulunması dileğiyle.

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

**1997
Değerlendirme Sonuçları**

TÜRKİYE İNSAN HAKLARI VAKFI TEDAVİ VE REHABİLİTASYON MERKEZLERİ 1997 YILI DEĞERLENDİRME SONUÇLARI

GİRİŞ

Türkiye İnsan Hakları Vakfı (TİHV), İnsan Hakları Derneği (İHD) ve Türk Tabipleri Birliği (TTB) bünyesinde yürütülen çalışmalar sonunda bir grup aydının da katılımıyla, 1990 yılında Türk Medeni Yasası'na göre kurulmuş, hükümet dışı ve bağımsız bir kuruluştur. Genel merkezi Ankara'da olan TİHV'nin İstanbul, İzmir ve Adana'da temsilcilikleri bulunmaktadır.

TİHV, çalışmalarını Türkiye Cumhuriyeti hükümetleri tarafından imzalanmış olsun ya da olmasın bütün uluslararası sözleşmeler ışığında yürütmektedir.

TİHV proje temelinde çalışmaktadır. Hazırlanan projeler insan hakları ile ilgili, hükümetler dışı, uluslararası kuruluşlara iletilmekte, destek sağlanarak yürürlüğe konulmaktadır. TİHV, hükümetlerden, insan haklarına aykırı uygulamalar yapan kurumlardan ve kişilerden bağış ya da destek almamayı ilke edinmiştir.

TİHV halen çalışmalarını Tedavi ve Rehabilitasyon Projesi ve Dokümantasyon Projesi olmak üzere iki ana proje çerçevesinde sürdürmektedir.

Dokümantasyon Projesi ile insan hakları ihlallerinin izlenmesi ve dokümantasyonu amaçlanmıştır.

Tedavi ve rehabilitasyon projesi ile ise, resmi ya da resmi olmayan gözaltı ve cezaevi süreçlerinde görmüş oldukları işkence ve kötü muamele nedeniyle sağlığı bozulmuş olan kişilerin fiziksel, ruhsal ve sosyal bütünlük içerisinde tedavi ve rehabilitasyonları yürütülmektedir. Dünya Tabipler Birliği Tokyo Bildirgesi'nde "İşkence, kendi başlarına ya da herhangi bir otoritenin emri ile hareket eden bir ya da birden çok kişinin, bir diğer kişiyi bilgi vermeye, bir itirafta bulunmaya ya da diğer herhangi bir nedenle zorlamak için kasıtlı, sistematik ya da nedensiz olarak gerçekleştirdiği fiziksel ya da mental acı" olarak tanımlanır. İşkence, Türkiye'de yalnızca gözaltı mekanları ve cezaevlerinde yapılan uygulamalarla sınırlı değildir. Köy ve ev baskınlarında, evlerde yapılan arama ve karakol kurma durumlarında,

sivil görevliler tarafından ya da devlete bağlı gizli örgütlenmeler adına hareket ettiklerini belirten kişiler tarafından kaçırılma olaylarında da, işkence olayları ile karşılaşmaktadır. İşkence bireyin yakın çevresini de etkileyebildiğinden, işkence görenlerin yakınlarının da travmatik süreçlerle ilişkisi olan ruhsal sorunlarının çözümü de TİHV çalışma alanı içerisinde değerlendirilmektedir. İşkence görenlerin yakınlarına da bu kapsamda hizmet sunulmaktadır.

TİHV tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarını, Ankara, İstanbul, İzmir, Adana illerinde mevcut temsilcilikleri aracılığıyla sürdürmektedir. Bu merkezlerde pratisyen hekim/aile hekimi, psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve tıbbi sekreterlerden oluşan profesyonel ekipler iletişim içerisinde buldukları her branştan uzman hekim ve diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarını düzenlemektedir. Başvuranların ön değerlendirmeleri merkezlerde yapılarak tedavi ve rehabilitasyon planı hazırlanmaktadır. Hazırlanan plan doğrultusunda gerekli tıbbi inceleme, laboratuvar tetkikleri ve tedaviler anlaşmalı ve gönüllü ilişki içerisinde bulunan uzman kişi ve kurumlar tarafından yürütülmektedir. Gönüllü hekimlerin katkıları dışında, tüm işlemlerin ücretleri TİHV tarafından karşılanmaktadır. Tedavi süreci merkezlerde bulunan ekipler tarafından koordine edilmektedir. Çalışmaların sonuçları ve değerlendirmeler, yıllık raporlar halinde dokümanite edilerek kamuoyuna sunulmaktadır.

TİHV'nin kuruluş döneminde, Olağanüstü Hal Bölgesi içerisinde gelişmiş tıp ortamına sahip, bölgenin her yerinden ulaşılabilir bir kent olması nedeniyle Diyarbakır'da tedavi merkezi açılması düşünülmüştür. Ancak yaklaşık 7 yıl "özel" nedenlerden dolayı merkez açılmayan Diyarbakır'da, 1998 yılı içerisinde Diyarbakır Temsilciliği açılması koşulları oluşmuştur. Bu gelişme sonrasında, Mersin, Gaziantep, Malatya, Diyarbakır ve Van illeri üzerinden yürütülen "5 Şehir Projesi" Adıyaman, Urfa ve Hatay illerinin de katılımıyla sürdürülecektir. Proje ile, proje kapsamına alınan ve tedavi merkezleri bulunmayan bölgelerde işkence uygulamalarına maruz kalanlara, tedavi merkezlerine ulaşabilmeleri ve tedavi süresince barınmaları için sosyal ve mali destek sağlanmaktadır. Proje, bu illerde faaliyet gösteren İnsan Hakları Derneği şubeleri ile Türk Tabipleri Birliği'ne bağlı yerel tabip odalarının aktif desteğiyle yaşama geçirilmektedir. Proje illerinde başvuruları kabul etmek ve tedavi olacakların merkezlerle irtibatlarını sağlamak üzere referans kişi ve kurumlar oluşturulmuştur. Referans kişi ve kurumlar ile düzenli iletişim, merkezden Proje Koordinatörü aracılığıyla sürdürülmeye çalışılmaktadır. Referans kişi ve kurumlar, başvuru yapıldığında proje koordinatörlüğünü arayarak randevu almaktadır. Başvuruların randevu alınan şehre ulaşımı, tedavilerini sürdürdükleri ilde barınmaları, günlük beslenme giderleri de TİHV tarafından karşılanmaktadır. Bu proje öncelikli olarak Ankara'da yürütülmektedir. Ancak zorunlu durumlarda diğer merkezlerde de 5 Şehir Projesi kapsamında başvuru kabul edilmektedir.

İşkence uygulamaları, bazen organ ve/veya ekstremiteler ya da fonksiyon kayıplarına yol açmaktadır. Bu tür olguların, tedavi projesi kapsamında ayrılan bütçe ile çözülemeyen sağlık sorunları için "Özel Proje" hazırlanmaktadır. Hazırlanan proje destek sağlayabilecek kuruluşlara gönderilmekte, destek sağlandığında ise uygulamaya konulabilmektedir.

TİHV işkence göreni tedavi etmeyi insan olmanın gereği ve sağlık çalışanının etik bir sorumluluğu olarak algılayan farklı branşlardan ve mesleklerden sağlık çalışanlarının multidisipliner çalışmalarının koordine edildiği bir insani-tıbbi kurumsallaşma yaratmıştır.

YÖNTEM

Bu rapor 1997 yılı içerisinde TİHV Ankara, İstanbul, İzmir ve Adana Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran 537 kişi üzerinde retrospektif olarak hazırlanmıştır.

Veriler için, başvuruların kişisel özelliklerini tarayan 49 maddelik soru formu kullanılmıştır. Bu form kişilerin sosyodemografik özelliklerini, gözaltı veya cezaevi süreçleri ile ilgili bilgileri, uygulanan işkence yöntemlerini ve yerlerini, ortaya çıkan ruhsal ve fiziksel belirtileri saptamaya yönelik olarak hazırlanmıştır.

Raporda sunulan tablo ve grafikler Microsoft Excel 5.0 bilgisayar programı ile elde edilmiştir.

19 başvuru işkence gören yakını olduğundan işkence ve gözaltı bilgileri yoktur. Bu nedenle bu süreçle ilgili değerlendirmeler 518 kişiye ait verilerle yapılmıştır.

Dört ayrı merkezde bilgi toplanmasına bağlı standardizasyon eksikliği, başvuruların bazı bilgileri hatırlamakta zorlanmaları, çalışmanın güçlük yaratan yanları olarak belirlenmiştir.

TEDAVİ ve REHABİLİTASYON MERKEZLERİ ÇALIŞMALARI

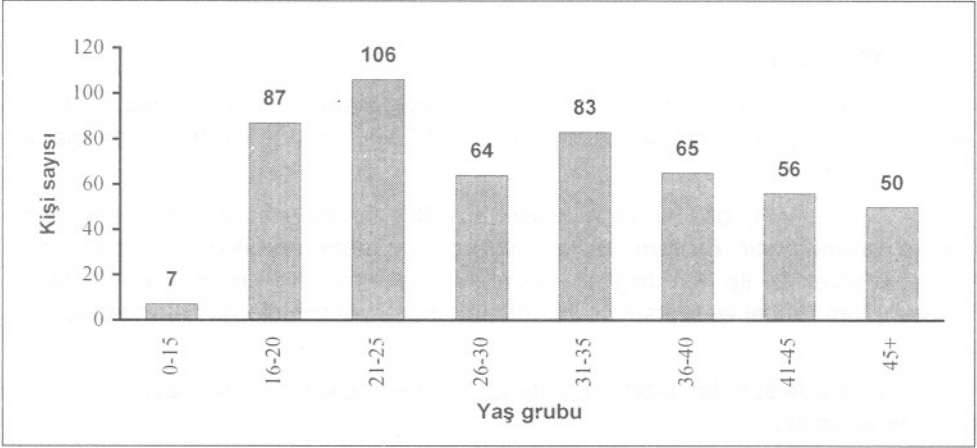
A. Sosyal ve Demografik Özellikler

TİHV 1997 yılı içerisinde, toplam 537 başvuruya "Tedavi ve Rehabilitasyon Projesi" kapsamında tıbbi bakım sağlamıştır. İşkence görenlerin yakını olarak başvuruları kabul edilen 19 kişinin bilgileri değerlendirme dışı bırakılmıştır. Değerlendirme işkence ve kötü muamele gören 518 kişiye ait bilgiler üzerinden yapılmıştır. Değerlendirme içerisinde, "başvuru" tanımlaması bu grubu ifade etmektedir.

Başvuruda bulunan 518 kişinin 151'i kadın, 367'si erkektir.

Yaşları 4 ile 70 arasında değişen başvuruların yaş ortalaması 31 olarak belirlenmiştir (Grafik 1). 0-18 yaş grubunda bulunan 43 kişi işkence gördüğünü beyan ederek başvuruda bulunmuştur. Çocuk ve gençlere yönelik işkence uygulamaları, işkence uygulamalarının ulaştığı boyutlar konusunda fikir verirken, işkencenin çocuk yaşta insanlarda yarattığı/yaratabileceği tahribatlar açısından da üzerinde özel olarak durmayı gerektirmektedir.

Grafik 1. 1997 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin yaş gruplarına göre dağılımı.



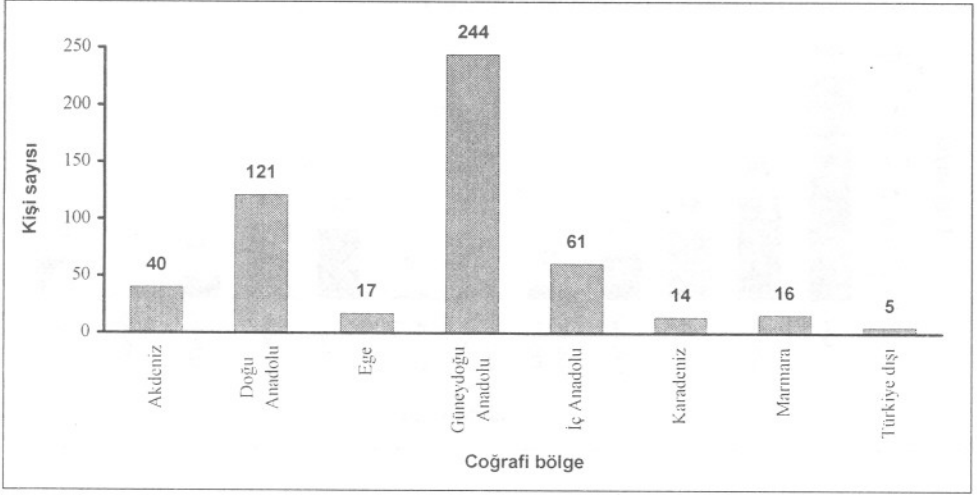
Başvuruların doğum yerlerine göre dağılımları incelendiğinde, önceki yıllarda olduğu gibi, en yüksek oranın Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ne ait olduğu, arkasından ikinci yoğunluğu Doğu Anadolu Bölgesi'nde doğanların oluşturduğu belirlenmiştir (Grafik 2). Bu durum anılan bölgelerde işkence uygulamalarının yoğunluğu, ya da bu bölgelerde yoğun olarak yaşanan etnik kimliğe yönelik baskı ve işkence uygulamalarının yaygınlığı iddialarını destekleyen bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Başvuruların eğitim durumları değerlendirildiğinde, ilkökul mezunu grubu sayısının, 1996 yılı verilerinde ilk sırayı alan lise mezunu grubun önüne geçtiği anlaşılmaktadır (Grafik 3).

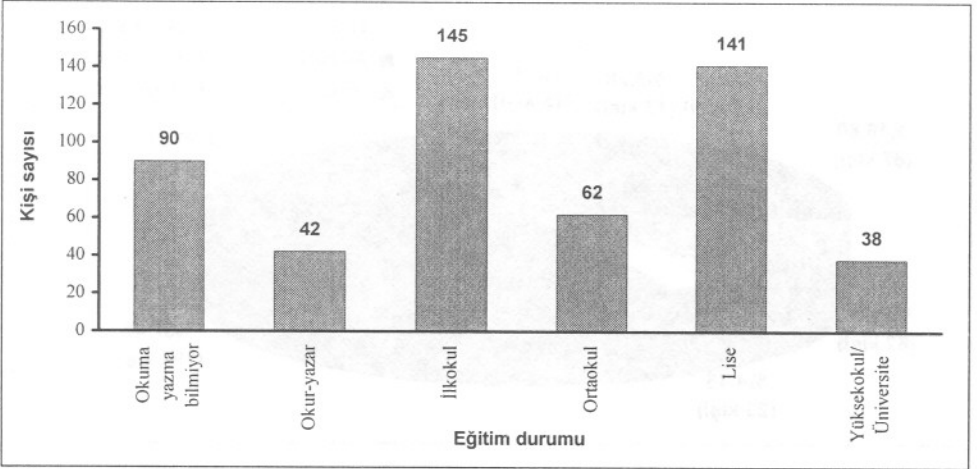
Başvuruların iş durumları değerlendirildiğinde işsizlik oranı yüksekliğinin, önceki yıllarda olduğu gibi devam ettiği anlaşılmaktadır (Grafik 4).

TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne yapılan başvuru sayıları incelendiğinde, en fazla başvurunun 160 kişi ile TİHV İstanbul Temsilciliği'ne yapıldığı belirlenmiştir. Bunu 149 başvuru ile İzmir, 140 başvuru ile Adana, 69 başvuru ile Ankara'nın izlediği anlaşılmaktadır.

Grafik 2. 1997 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin doğum yerlerine göre dağılımı.

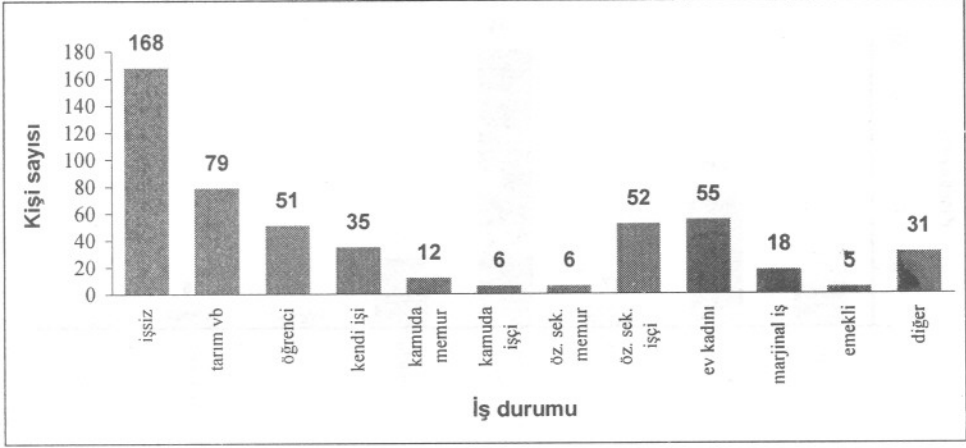


Grafik 3. 1997 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin eğitim durumlarının dağılımı.

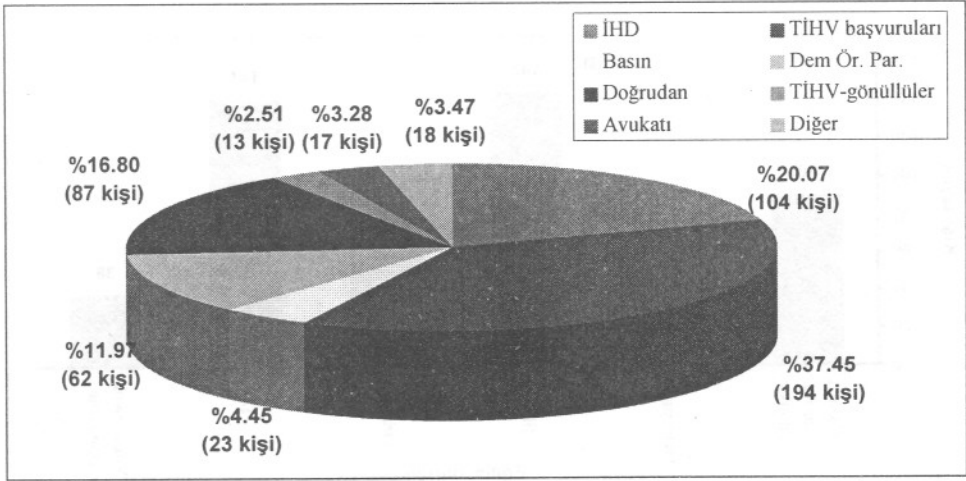


Başvuruların referans ve bilgilendirme kaynakları incelendiğinde ilk sırayı TİHV'ye daha önceden başvuruda bulunan kişilerin aldığı, önceki yıllarda ilk sırayı alan İHD'nin ikinci sırada yer aldığı anlaşılmaktadır (Grafik 5). Bu durum TİHV'nin önemli bir ihtiyacı etkin şekilde karşıladığını onaylarken, başvuruların dayanışma tutumunun da bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Grafik 4. 1997 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin iş durumlarına göre dağılımı.



Grafik 5. 1997 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin bilgilendirilme kaynaklarına göre dağılımı.



B. İşkence Süreci

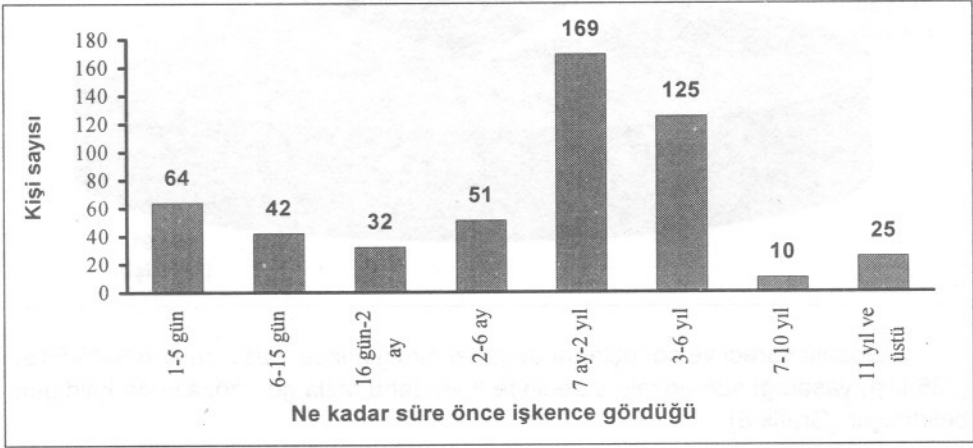
Bu bölümdeki değerlendirmelerde birden daha fazla işkence süreci yaşadığını belirten başvuruların, son gözaltı sürecine ait bilgiler kullanılmıştır.

Başvuruların %32.81'i (170 kişi) son olarak 1997 yılı içerisinde işkence

gördüğünü beyan etmiştir. Son kez 1996 yılı içerisinde işkence görenlerin yüzdesi ise %26.25 (136 kişi) olarak saptanmıştır.

Başvuruların son işkence sürecini ne kadar süre önce yaşadıkları, işkencenin güncelliği sorununa yaklaşım açısından bilgi vericidir. Rakamlar göstermektedir ki, siyasal iktidarların bütün iyileştirme vaad ve iddialarına karşın işkence sistematik olarak uygulanmaya devam edilmektedir (Grafik 6).

Grafik 6. 1997 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin, son kez işkence uygulamasına ne kadar süre önce maruz kaldıkları.

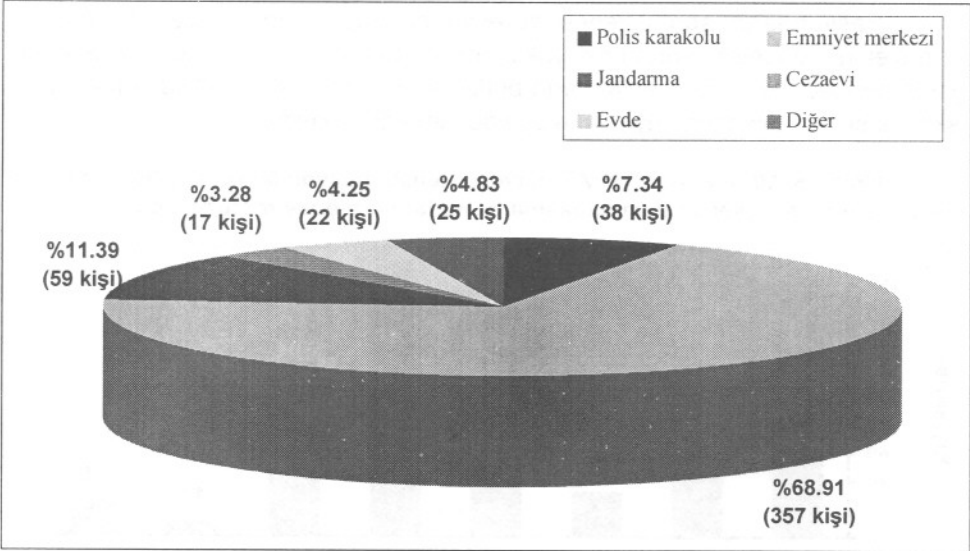


Başvuruların %24.52'si (127 kişi) son karşılaştıkları işkence uygulamasını, Olağanüstü Hal Bölgesi (OHAL Bölgesi) sınırları içerisinde gördüğünü belirtmiştir. Başvurulardan 33 kişi Diyarbakır'da, 51 kişi ise Mardin'de son işkence uygulamasına maruz kalmıştır. Bölgede TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi olmamasına karşın, yapılan bu başvurular bir merkeze duyulan acil ihtiyacın canlı işareti olarak değerlendirilebilir.

Siyasal nedenle işkence gördüğünü belirten başvuruların oranı %94.40 (489 kişi) olarak belirlenirken, başvuruların %5.60'ı (29 kişi) siyasal olmayan nedenlerle işkence gördüğünü beyan etmiştir. Adli nedenlerle işkence görenlerin başvurular arasındaki oranının azlığı, bu grubun gözaltı koşullarının iyiliğinden çok, hak arama konusundaki çekiniklikleri ve TİHV'yi yeterince tanımamakla açıklanabilir.

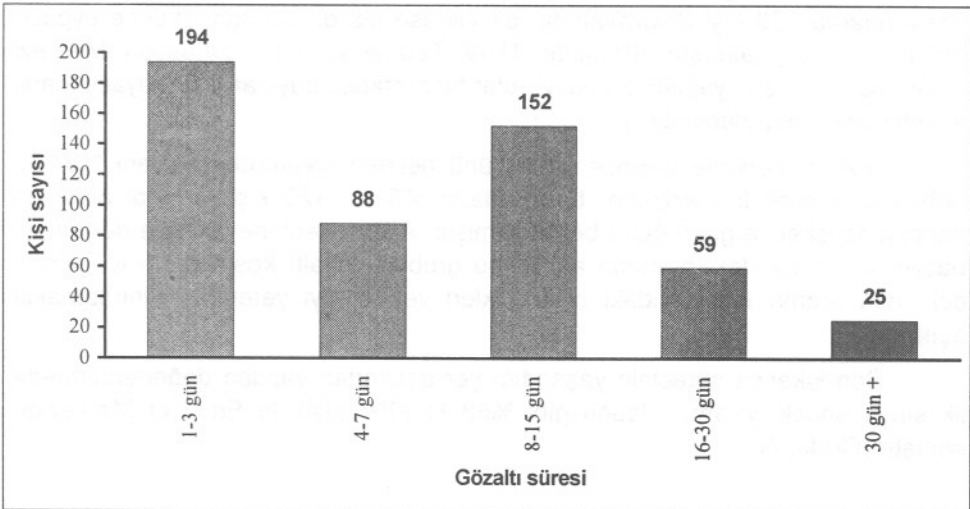
Son işkence sürecinin yaşandığı yer açısından yapılan değerlendirmede ilk sırayı önceki yıllarda olduğu gibi %68.91 (357 kişi) ile Emniyet Merkezleri almıştır (Grafik 7).

Grafik 7. 1997 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin, son işkence uygulamalarını gördükleri yerlerinin dağılımı.



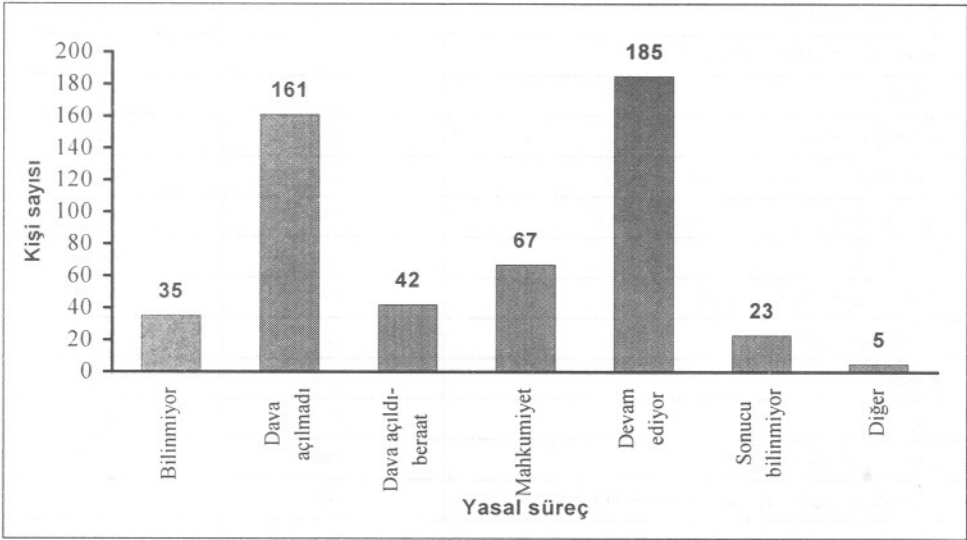
Gözaltı süreci ve sonuçlarını değerlendirdiğimizde, başvuruların %45.56'sı (236 kişi) yaşadığı son gözaltı sürecinde 8 ve daha fazla gün gözaltında kaldığını belirtmiştir (Grafik 8).

Grafik 8. 1997 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin yaşadıkları son gözaltı sürecinde gözaltı süreleri.



Başvuruların %46.52'si (241 kişi) TİHV'ye başvurmalarına yol açan gözaltı süreci sonrasında tutuklandığını, %23.36'sı (121 kişi) savcılık ya da mahkeme tarafından serbest bırakıldığını, %30.12'si (156 kişi) ise savcılığa çıkarılmaksızın serbest bırakıldığını beyan etmiştir. Başvuruların gözaltı sürecinin hukuksal sonuçları da anlamlı sonuçlar ortaya koymaktadır (Grafik 9).

Grafik 9. 1997 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin yaşadıkları son gözaltı süreci sonrasında dava açılıp açılmadığı, dava açıldı ise sonucu.



TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuruda bulunan 518 kişiye uygulanan işkence yöntemleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

518 kişi içerisinde 1-7 gün gözaltında kalan 282 başvurunun karşılaştığı işkence yöntemleri ise Tablo 2'de gösterilmiştir.

Başvuruların yaşadıkları son gözaltı sürecinde uygulanan işkence yöntemlerinin sayısal olarak değerlendirilmesinde birden fazla işkence yönteminin aynı anda uygulandığı anlaşılmaktadır (Grafik 10).

Gördüğü işkenceler nedeniyle başvuruda bulunan 518 kişinin %43.63'ü (226 kişi) bir kez gözaltına alındığını belirtirken, iki kez gözaltına alındığını belirtenlerin oranı %17.95 (93 kişi) olarak saptanmıştır. Üç ve daha fazla kez gözaltına alınanların oranı ise %38.42'dir (199 kişi).

Başvuruların yaşamının herhangi bir döneminde cezaevinde tutuklu ya da hükümlü olarak kaldıkları süreler Grafik 11'de belirtilmiştir.

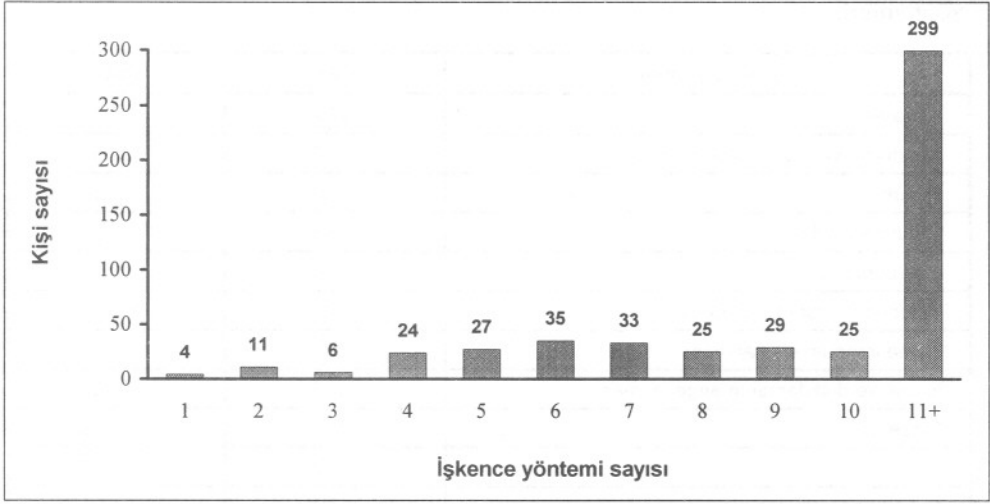
Tablo 1. 1997 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilere uygulanan işkence yöntemleri.

İşkence yöntemi	Sayı	Yüzde
Hakaret	500	96.5
Dayak	484	89.6
Kendisine yönelik başka tehditler	471	90.9
Göz bağlama	425	82.1
Öldürme tehdidi	418	80.7
Yakınlarına yönelik tehditler	301	58.1
Soyma	273	52.7
Basıncılı/soğuk su	258	49.8
Yeme içmenin kısıtlanması	256	49.4
İşeme ve dışkılamanın engellenmesi	244	47.1
Cinsel taciz	230	44.4
Soğuk zeminde bekletme	229	44.2
Hücrede tecrit	227	43.8
Elektrik	224	43.2
Askı	218	42.1
Saç, sakal, bıyık yolma	186	35.9
İşkenceye görsel/işitsel tanıklık ettirme	166	32.0
Haya burma	141	27.2
Uyutmama	139	26.8
Gürültülü müzik ya da marş dinletme	116	22.4
Falaka	113	21.8
Aşırı fiziksel aktiviteye zorlama	100	19.3
Ajanlık teklifi	83	16.0
Anlamsız istemlere itaat etmeye zorlama	82	15.8
Yalancı infaz	77	14.9
Her an işkenceye alınacakmış duygusu yaratma	65	12.5
Yakınlarının yanında işkence yapma	44	8.5
Havasız bırakma	25	4.8
Tecavüz	19	3.7
Yakma	18	3.5
Diğer	182	35.1

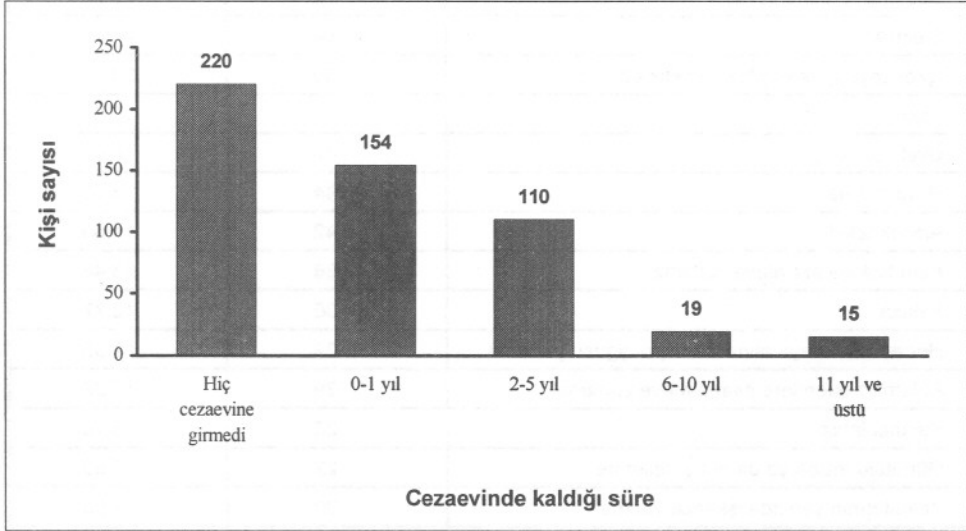
Tablo 2. 1997 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerden 1-7 gün süre ile gözaltında kalanlara (282 kişi) uygulanan işkence yöntemleri.

İşkence yöntemi	Sayı	Yüzde
Hakaret	267	94.68
Kendisine yönelik başka tehditler	247	87.59
Dayak	240	85.11
Öldürme tehdidi	198	70.21
Göz bağlama	194	68.79
Yakınlarına yönelik tehditler	143	50.71
Yeme içmenin kısıtlanması	113	40.07
İşeme ve dışkılamanın engellenmesi	110	39.01
Cinsel taciz	106	37.59
Soyma	102	36.17
Soğuk zeminde bekletme	90	31.91
Basınçlı/soğuk su	88	31.21
Hücrede tecrit	83	29.43
Saç, sakal, bıyık yolma	74	26.24
Elektrik	64	22.70
İşkenceye görsel/işitsel tanıklık ettirme	59	20.92
Askı	53	18.79
Uyutmama	47	16.67
Haya burma	44	15.60
Ajanlık teklifi	42	14.89
Aşırı fiziksel aktiviteye zorlama	38	13.48
Falaka	36	12.77
Her an işkenceye alınacakmış duygusu yaratma	32	11.35
Anlamsız istemlere itaat etmeye zorlama	29	10.28
Yalancı infaz	23	8.16
Gürültülü müzik ya da marş dinletme	22	7.80
Yakınlarının yanında işkence yapma	20	7.09
Tecavüz	9	3.19
Havasız bırakma	6	2.12
Yakma	6	2.12
Diğer	60	21.28

Grafik 10. 1997 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin, maruz kaldıkları işkence yöntem sayılarının dağılımı.



Grafik 11. 1997 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin, cezaevlerinde kaldıkları sürelerin dağılımı.



Başvurulardan 298 kişi cezaevinde kaldığını beyan etmiştir. Cezaevi yaşantısı olan başvuruların cezaevinde karşılaştıkları işkence yöntemlerinin dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. 1997 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerden cezaevi yaşantısı olanların (298 kişi), cezaevinde karşılaştıkları işkence yöntemleri.

İşkence yöntemi	Sayı	Yüzde
Hakaret	199	66.78
Dayak	127	42.62
Anlamsız istemlere itaat etmeye zorlama	94	31.54
Kendisine yönelik başka tehditler	71	23.83
Öldürme tehdidi	40	13.42
Hücrede tecrit	34	11.41
Soğuk zeminde bekletme	30	10.06
Yeme içmenin kısıtlanması	18	6.04
Falaka	17	5.70
Gürültülü müzik ya da marş dinletme	16	5.37
Saç, sakal, bıyık yolma	15	5.03
İşkenceye görsel/işitsel tanıklık ettirme	14	4.70
Yakınlarına yönelik tehditler	13	4.36
Soyma	10	3.36
Uyutmama	10	3.36
Vücudun tek bir noktasına sürekli vurma	10	3.36
Havasız bırakma	10	3.36
Aşırı fiziksel aktiviteye zorlama	9	3.02
İşeme ve dışkılamanın engellenmesi	8	2.68
Basınçlı/soğuk su	6	2.01
Haya burma	6	2.01
Yalancı infaz	5	1.67
Göz bağlama	4	1.34
Cinsel taciz	4	1.34
Ajanlık teklifi	4	1.34
Askı	3	1.01
Yakınlarının yanında işkence yapma	3	1.01
Elektrik	2	0.67
Tecavüz	0	0.00
Yakma	0	0.00
Diğer	42	14.09

Görüşmelerde tutuklu ve/veya hükümlü olarak cezaevinde kalan 298 başvurunun cezaevi ile ilgili değerlendirmeleri alınmıştır. Ortaklık gösteren noktalardan önemli olanlar aşağıdadır :

Başvurulardan %72.49'u (222 kişi) beslenmeyi, %73.48'i (219kişi) barınma ortamını, %84.90'ı (253 kişi) hijyenik durumu, %69.12'si (206 kişi) iletişim koşullarını, %81.54'ü (243 kişi) sağlık hizmetlerini, %54.69'u (163 kişi) havalandırma ve sportif faaliyetlerini, %64.76'sı (193 kişi) yazılı ve görsel eserlerden yararlanma koşullarını, %87.58'i (261 kişi) ise sevk koşullarını olumsuz / kötü olarak değerlendirmişlerdir.

518 başvurudan, 272 kişi son işkence süreci sonrası, resmi görevlilerin insiyatifi ile adli tabip karşısına çıkarıldığını beyan etmiştir. Adli muayenesi yapılanlar içerisinde, %67.28'i (183 kişi) muayene sırasında güvenlik güçlerinin muayene ortamı dışına çıkarılmadığını, %73.1'i (199 kişi) gerektiği gibi muayenesinin yapılmadığını, %61.40'ı (167 kişi) bulgularla uyumlu rapor düzenlenmediğini belirtmişlerdir. Buna karşın işkence sonrası kendisi girişimde bulunarak rapor alanların sayısı ise %14.48 (41 kişi) olarak belirlenmiştir.

C. Tedavi Süreci

1997 yılı içerisinde TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran 518 kişiden, %29.92'si (155 kişi) yalnız fiziksel, %4.83'ü (25 kişi) yalnız ruhsal yakınmalarla başvuruda bulunurken, %65.25'i (338 kişi) hem fiziksel hem de ruhsal yakınmalarla yardım talebinde bulunmuştur.

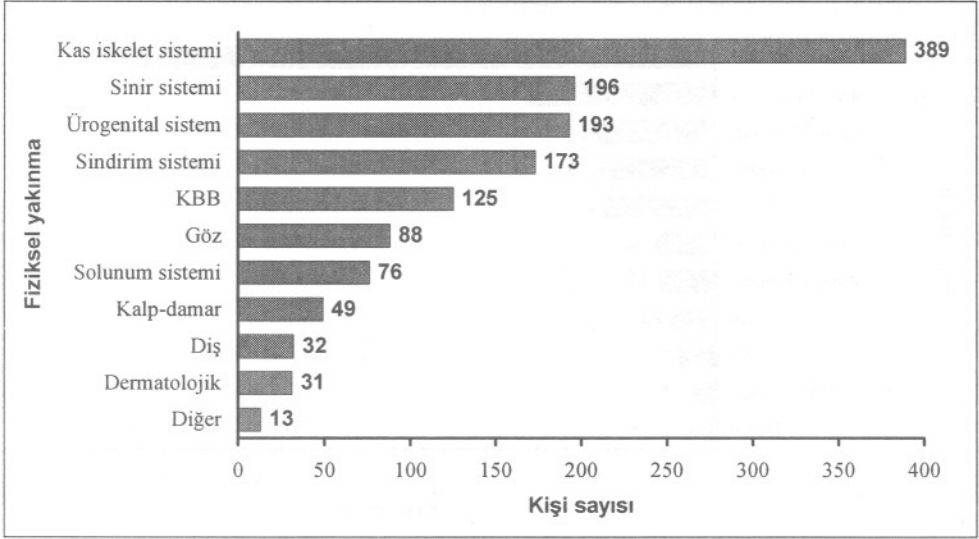
Başvuruların fiziksel yakınmaları sıklık açısından değerlendirdiğinde, kas-iskelet sistemi yakınmaları önceki yıllarda olduğu gibi ilk sırayı almıştır (Grafik 12).

518 başvurunun fiziksel yakınmalara bağlı tanılar sıklık açısından değerlendirildiğinde, ilk sırayı yine kas-iskelet sistemi ile ilgili tanılar almıştır (Grafik 13).

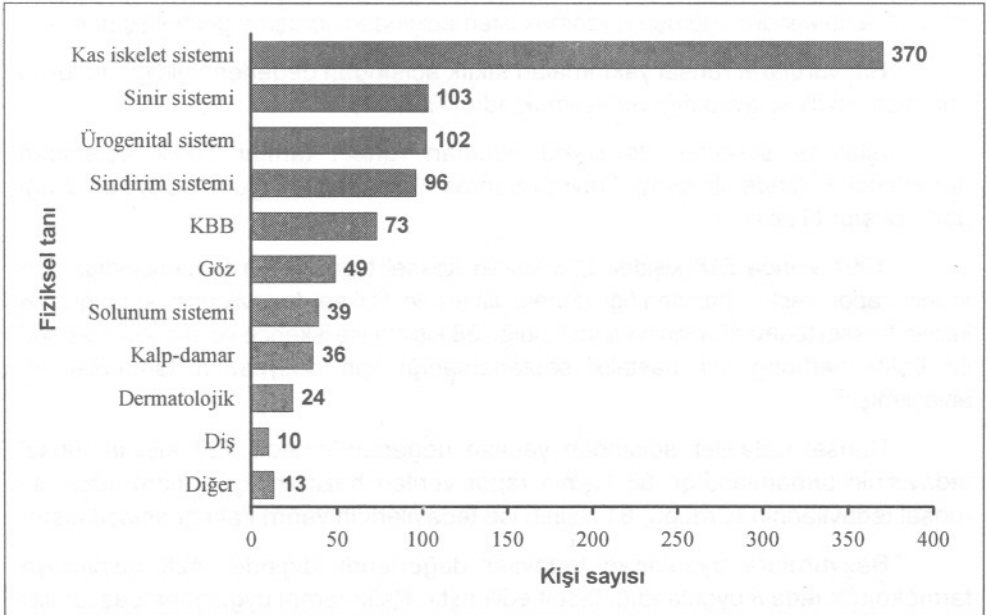
Başvuranların, muayene ve laboratuvar incelemeleri sonucunda konulan tanıların işkence ile ilgisi; "işkence ya da cezaevi yaşantısı ile ilişkisi yok", "işkence ya da cezaevi yaşantısı etiyolojik faktörlerden biri", "işkence ya da cezaevi yaşantısı varolan patolojiyi ağırlaştırdı ya da ortaya çıkardı", "işkence ya da cezaevi yaşantısı tek etiyolojik faktör" ile "belirlenemedi" seçenekleri kapsamında değerlendirilmektedir. İşkence ile ilişkili fiziksel tanıların dağılımı ise Grafik 14'de gösterilmiştir.

518 başvurudan %14.48'inde (75 kişi) işkenceye bağlı kalıcı iz ve/veya fiziksel sakatlık saptanmıştır.

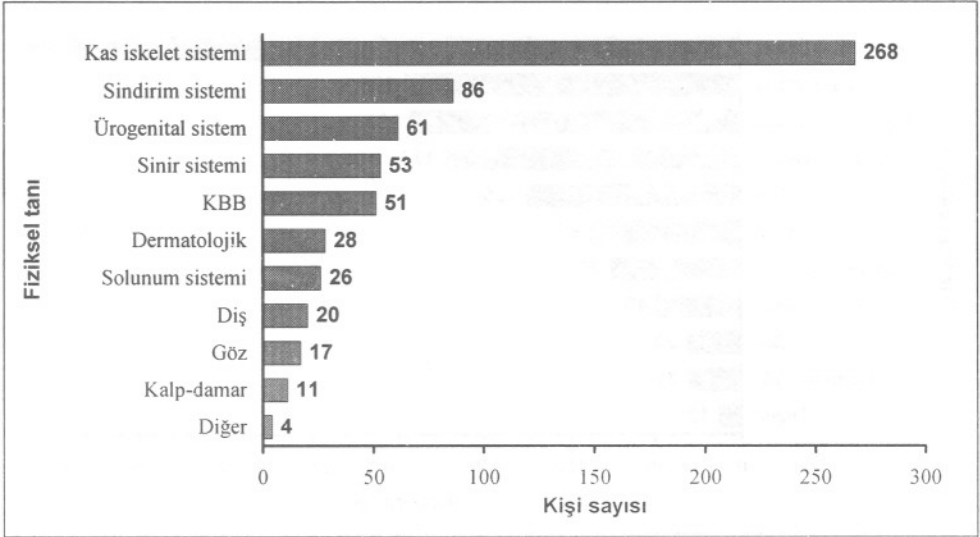
Grafik 12. 1997 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin, fiziksel yakınmalarının dağılımı.



Grafik 13. 1997 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin, fiziksel tanıların dağılımı.



Grafik 14. 1997 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin, işkence ile ilişkili fiziksel tanılarının dağılımı.



Başvuranlara merkezlerimizde görevli ya da merkezlerimiz ile ilişkili psikiyatristler ile görüşmeleri önerilmekte ancak ısrarcı olunmamaktadır. Başvurulardan 283 kişi psikiyatrist ile görüşürken, 235 kişi için görüşme yapılmasına ihtiyaç duyulmamış ya da kendileri görüşme yapmak istemediğinden görüşme gerçekleşmemiştir.

Başvuruların ruhsal yakınmaları sıklık açısından değerlendirildiğinde, uyku sorunlarının ilk sırayı aldığı anlaşılmaktadır (Tablo 4).

İşkence süreçleri ile ilişkili bulunan ruhsal tanılar sıklık açısından değerlendirildiğinde, ilk sırayı Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)'nin aldığı görülmüştür (Tablo 5).

1997 yılında 518 kişiden 223 kişinin fiziksel tedavilerinin tamamlandığı, 146 kişinin rapor verileri hazırlandığı dönem itibarı ile fiziksel tedavilerinin sürdüğü, 76 kişinin fiziksel tedavi sürecinin yarım kaldığı, 38 kişinin ise işkence ve cezaevi süreçleri ile ilişkili herhangi bir hastalık saptanamadığı için dosyasının tamamlandığı anlaşılmıştır.

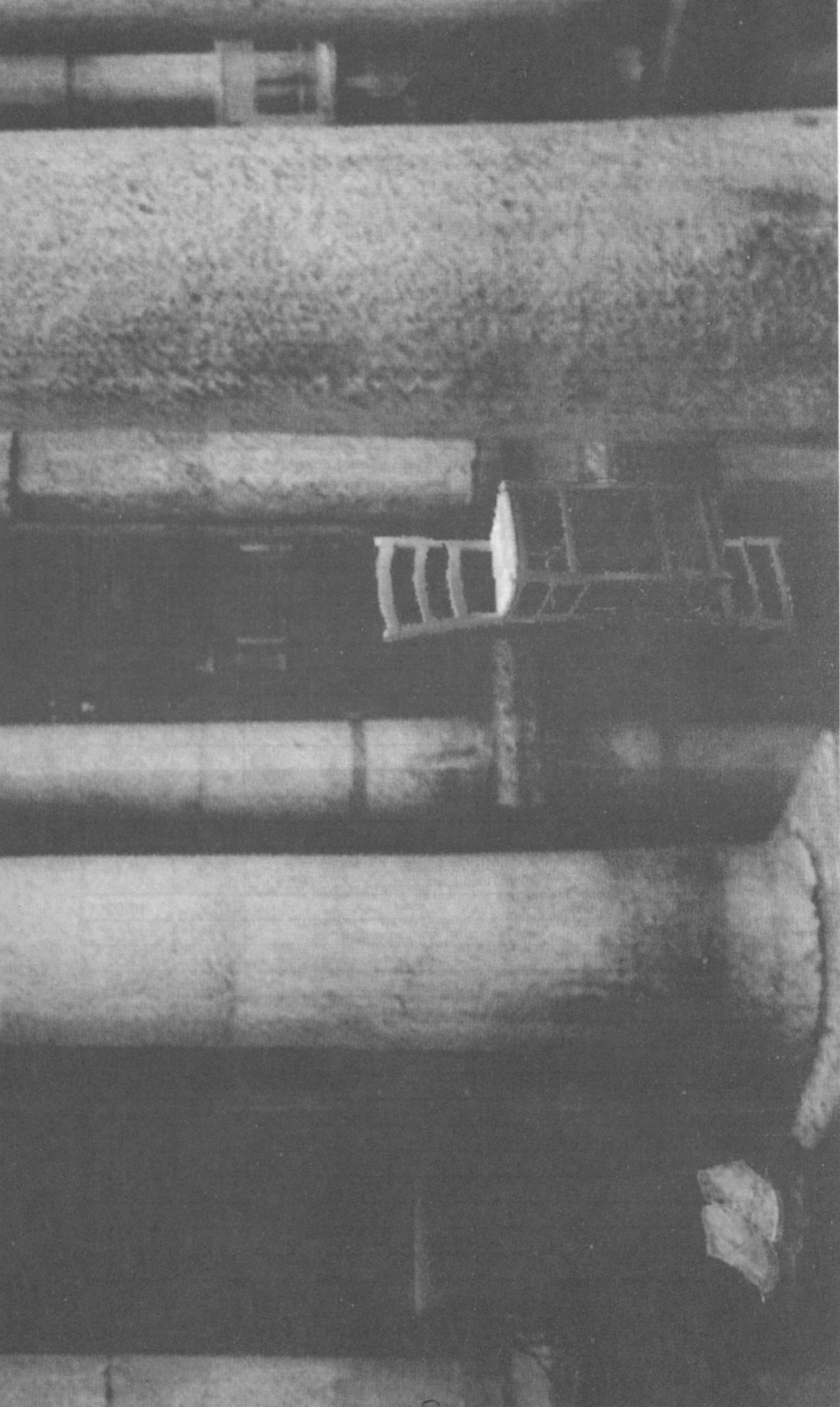
Ruhsal tedaviler açısından yapılan değerlendirmede 137 kişinin ruhsal tedavisinin tamamlandığı, 86 kişinin rapor verileri hazırlandığı dönem itibarı ile ruhsal tedavilerinin sürdüğü, 81 kişinin ise tedavilerinin yarım kaldığı anlaşılmıştır.

Başvurulara uygulanan tedaviler değerlendirildiğinde, 428 başvuruya farmakolojik tedavi uygulandığı tespit edilmiştir. Psikoterapi uygulanan başvurular 140 kişi olarak saptanmıştır. 74 kişiye fizyoterapi, 29 kişiye çeşitli cerrahi

girişimler, 13 kişiye ortopedik girişimler, 16 kişiye ise diş tedavilerinin tek başına veya kombine olarak uygulandığı anlaşılmıştır.

Tablo 4. 1997 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin, ruhsal yakınmalarının dağılımı.

Ruhsal yakınma ve belirtiler	Sayı	Yüzde
Uykuya dalma ya da sürdürme güçlüğü	251	48.46
Anksiyete (sıkıntı)	228	44.02
Bellek kusuru	224	43.24
Yorgunluk, halsizlik	210	40.54
Konsantrasyon güçlüğü	209	40.35
Flashback yaşantısı ya da travmatik süreç yeniden yaşanıyorcasına duygu ve davranışlar	206	39.77
Travmanın yineleyen ya da zorlayıcı tarzda anımsanması	187	36.10
Travmayı anımsatan uyarılarla karşılaşıldığında şiddetli huzursuzluk duygusu	176	33.97
Sinirlilik ya da öfke patlamaları, tepki eşliğinde düşme	174	33.59
Travmanın yineleyici yada rahatsız edici tarzda kabus biçiminde görülmesi	167	32.24
Uyku niceliğinde ileri derecede azalma ya da artma	158	30.50
İnsanlardan uzaklaşma ya da onlara yabancılaşma duyguları	141	27.22
Travma anılarını uyaran etkinlik, durum ya da insanlardan kaçınma	113	21.81
Aşırı uyanıklık (tetikte olma duygusu)	112	21.62
Önemli etkinliklere ilgi ya da katılımda belirgin azalma	111	21.43
Depresif afekt	108	20.85
Travmayı anımsatan uyarılarla karşılaşıldığında fizyolojik tepkiler	104	20.08
Geleceğinin kısıtlandığı duygusu	95	18.34
İştah/kilo değişikliği (azalma ya da artma)	93	17.95
Yaşanmış ya da tanık olunmuş travmatik olay(lar)a şiddetli korku, umutsuzluk ya da dehşet yanıtı	89	17.18
Ajitasyon (huzursuzluk, yerinde duramama)	83	16.02
Travma ile ilgili düşünce, duygu ya da söyleşilerden kaçınma çabaları	65	12.55
Abartılı irkilme tepkileri	65	12.55
Duygusal kısıtlılık (ya da küntlük)	59	11.39
Disforik mizaç	57	11.00
Cinsel istekte azalma	49	9.45
Psikomotor etkinlikte azalma	30	5.79
İntihar düşüncesi ya da girişimi	26	5.02
Obsesyon	17	3.28
Travmanın önemli bir kesitini anımsayamama	13	2.51
Varsanı (görsel, işitsel taktil)	13	2.51
Kompulsiyon	10	1.93
Sanrı	7	1.35
Alkol ya da madde kullanımı	2	0.39
Yok	156	30.12



Maaria Wirkkala, Iv. Uluslararası İstanbul Bienali

Tablo 5. 1997 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerde, işkence ile ilişkili bulunan ruhsal tanılarının dağılımı.

Ruhsal tanılar	Sayı	Yüzde
Yok	275	53.0
TSSB (Travma Sonrası Stres Bozukluğu)	109	21.0
Majör depresif bozukluk	60	11.6
Akut stres bozukluğu	21	4.1
Yaygın anksiyete bozukluğu	17	3.3
Öbür anksiyete bozuklukları	17	3.3
Uyum bozukluğu	15	2.9
Distimik bozukluk	7	1.4
Şizofreni	5	1
Panik bozukluğu	4	0.8
Somatizasyon bozukluğu	4	0.8
Obsesif kompulsif bozukluk	3	0.6
Öbür duygu durum bozuklukları	3	0.6
Konversiyon bozukluğu	3	0.6
Öbür organik ruhsal bozukluklar	3	0.6
Cinsel işlev ya da kimlik bozuklukları ya da parafililer	3	0.6
Ağrı bozukluğu	2	0.4
Uyku bozuklukları	2	0.4
Sanrısız bozukluk	1	0.2
Alkol kötüye kullanımı	1	0.2
Disosiyatif bozukluklar	1	0.2
Yeme bozuklukları	1	0.2
Kişilik bozuklukları	1	0.2
Diğer	4	0.8

SONUÇ

TİHV, her yıl yayımladığı TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu ile insan hakları ihlallerinin sistematik olarak devam ettiği bir ülkede, farklı meslek gruplarından yüzlerce sağlık çalışanın özverili çalışmalarının mütevazı bir dökümünü yapmayı amaçlamaktadır.

1997 yılında başvuruda bulunan 518 kişinin %32.81'inin (170 kişi) 1997 yılı içerisinde işkence görenler olması, ülkemizde işkencenin devam ettiği ve sistematik olarak uygulandığı iddialarını destekleyicidir.

Tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarını olumsuz etkileyen bir faktör olan işsizlik sorunu, bu yıl da dikkat çekici düzeydedir. İş ve meslek edindirme ile sosyal destek çalışmalarının geliştirilmesi projelendirilmiştir.

Gözaltı sürelerin uzunluğu işkence uygulamalarını kolaylaştırıcı bir rol oynamaktadır. Ancak işkence tek başına gözaltı sürelerinin kısaltılması ile önlenemez. Nitekim 1-7 gün gözaltında kalan gruba uygulanan işkence yöntemleri incelendiğinde yoğun işkence gördükleri anlaşılmaktadır. İşkencenin önlenmesi için öncelikle siyasal iktidarlar işkencecileri cesaretlendiren ve koruyan tutumlarını terk etmelidir.

İşkence yöntemleri arasında, psikolojik işkence yöntemlerinin ön plana çıktığı ancak elektrik şoku ve askı gibi işkence yöntemlerinin de sistematik olarak uygulandığı anlatımlardan anlaşılmıştır. İşkencenin önlenmesi ve işkence bulgularının tıbbi raporlarla saptanması tartışmalarında bu durum değerlendirilmelidir.

Başvuranlarda işkence ile ilişkili pek çok tanı saptanmasına karşın bunların adli raporlara yansıtılmamış olması adli raporlar süreçleri ve işkencenin önlenmesinde hekim sorumluluğu kapsamında tartışılmalıdır.

Tedaviyi yarıda bırakma oranları bir önceki yıla göre azalmasına karşın halen önemli bir sorun olma özelliğini korumaktadır.

İşkencenin tarihin karanlık sayfalarında kaldığı bir dünya umuduyla.

***İşkence ve İşkencenin
Sonuçlarıyla
İlgili Çalışmalar ve
Değerlendirmeler***



Muzaffer İlhan Erdost, 1988

İKİNCİL TRAVMATİK STRES

Cem Kaptanoğlu*

Travmatik yaşantıların ruhsal etkileri, yakın zamana kadar, yalnızca, travmatik olayla doğrudan karşılaşan kişiler gözönüne alınarak tartışılmıştır. Oysa travmatik olaylar, travmayı doğrudan yaşayan kişilerden başlayarak, onların yakın çevrelerini hatta tüm toplumu etkiler. **İkincil travmatik stres** olarak isimlendirilen bu etkiler, travmayla doğrudan karşılaşan kişilerde çıktığı bilinen posttravmatik stres bozukluğuna (PTSB) benzer bir klinik tabloya yol açabilmektedir. Figley, ikincil travmatik strese bağlı ruhsal tepkilerin (ikincil travmatik stres bozukluğu) şaşırtıcı şekilde PTSB'ye benzediğini bildirmiştir¹. DSM-IV'te yapılan değişikliklerle, ikincil travmatik stresin, PTSB'ye yol açabileceği kabul edilmiştir². Bir başka deyişle travmatik olaydan dolayı olarak etkilenen kişilere de DSM-IV'ün tanı ölçütleri çerçevesinde PTSB tanısı konulabilmektedir.

DSM-III-R ölçütlerine göre PTSB tanısı koyabilmek için, aşağıdaki alıntıda da görülebileceği gibi, kişinin, travmatik olayı bizzat yaşamaması gerekmektedir. *"Kişi, olağan insan yaşantısının çok dışında, hemen herkes için belirgin sızıntı kaynağı olabilecek bir olay yaşamıştır."*³ DSM-IV'te ise aynı bölüm değiştirilerek, tanımlanmıştır: *"Kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir."* Bu tanım çerçevesinde DSM-IV'te aşağıdaki yaşantıların da PTSB'ye yol açabileceği vurgulanmıştır.

a) Bir kişinin yaralanmasına veya doğal olmayan yolla ölmesine **tanık olmak**.

* Doç. Dr., Eskişehir Orhangazi Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı.



Zeynel Yeşilay, Kuğu Gölü Yedigöller

- b) Bir aile üyesinin veya yakın bir arkadaşının ölümünü aniden **öğrenmek**.
- c) Bir aile üyesinin veya bir yakınının ciddi bir saldırıya uğradığı, kaza geçirdiği ya da yaralandığını **öğrenmek**.
- d) Çocuğunun ölümcül bir hastalığa yakalandığını aniden **öğrenmek**.
- e) Beklenmedik şekilde ceset ya da ceset parçaları ile karşılaşmak.

Travmatik olaya "tanık olmak" veya olayı "öğrenmek" yani ikincil travmatik stresin, PTST ile doğrudan ilişkilendirilmesi, özellikle son 20 yılda yapılan araştırma ve tartışmaların bir sonucudur. Figley'in 1991'de kullandığı ve genel kabul gören "secondary traumatic stress disorder" teriminden önce, travmanın dolaylı etkilerini tanımlamak için çeşitli terimler kullanılmıştır. Danieli (1982), "ripple effect" ve "trauma infection", Miller (1988), "emotional contagion"; Verbosky (1988), "proximity effects", Remer (1988), "secondary survivor"; Mc Cann (1990), "vicarious traumatization"; Dixon (1991), "peripheral victims" terimlerini aynı olguyu tanımlamak için kullanmıştır¹.

Travma, Danieli'nin belirttiği gibi *dalga etkisi* (ripple effect) gösterir. Yani travmayla doğrudan karşılaşan kişiden başlayarak gittikçe büyüyen halkalar halinde, kişinin ailesi, arkadaşları ve yaşadığı toplum travmadan etkilenir (proximity effects). Solomon ve arkadaşlarının Lübnan savaşına katılmış İsrail askerlerinde, Davidson ve arkadaşlarının Vietnam'da savaşmış ABD askerleri üzerine yaptığı çalışmalarda, PTST tanısı almış askerlerin ailelerinde PTST geliştirmeyenlere göre daha fazla çatışma ve işlev bozukluğu saptanmıştır. PTST tanısı almış askerlerin eşlerinde, umutsuzluk düzeyi yüksek ve uyum sorunları daha fazla bulunmuştur^{4,5}. Travmanın çocuklar üzerindeki dolaylı etkileri, Nazi soykırımından kurtulan ebeveynlerin savaş sonrası doğan çocukları üzerinde araştırılmıştır. Soykırımdan kurtulan ebeveynlerin, çocuklarıyla, bağımlı, aşırı koruyucu, çocuğun bireyselleşmesini engelleyen bir ilişki kurdukları saptanmıştır⁶. Travma yaşamış ebeveynlerin, ruhsal yönden destek arayışında olmalarının, çocuk-ebeveyn rollerini tersine çevirebildiği ve çocuğun ebeveyn rolünü üstlendiği bildirilmiştir (parentification)⁷. Bu çocuklar üzerinde yapılan izlem çalışmalarında kontrol grubundaki çocuklara göre daha fazla depresyon geliştirdikleri ve agresyon gösterdikleri saptanmıştır⁸. Kamboçyalı sığınmacıların çocuklarında, ebeveynlerinin yaşadıkları travmaların etkilerinin iki kuşak boyunca görüldüğü bildirilmiştir⁹. İşkence görmüş, öldürülmüş, kaybedilmiş, sürülmüş, çalışma yaşamları, eğitimleri kesintiye uğratılmış bireylerin ailelerinde ortaya çıkan ikincil travmatik stres tepkileri, ülkemizde bu durumda milyonlarca insan olmasına rağmen henüz hiçbir kurum tarafından ele alınmamış, bu insanlardan özür bile dilenmemiştir.

Kişinin, bir "aile üyesinin" veya "yakın bir arkadaşının", işkenceye uğradığını, ödürüldüğünü, kaybolduğunu öğrenmesinin, PTST'ye yol açabileceğini kabul ederken, DSM-IV'te yapıldığı gibi, aynı travmaları yaşayan "bir aile üyesi" veya "yakın bir arkadaş" olmadığında, tanıkların hiç etkilenmeyeceğini düşünmek yanlıştır. Burada kişinin ikincil travmatik stres tepkisi verip vermemesi,

travmanın birinci mağduruyla samimiyeti ve akrabalık ilişkisine değil, mağdurlarla ne düzeyde özdeşim kurduğuna bağlıdır. Kişi travmatik olayı TV'de izlese ve travmaya uğrayanları hiç tanımasa da eğer onlarla güçlü bir özdeşim içindeyse, PTSS belirtileri sergileyebilir. Bu olasılık, özellikle benzer bir travmatik olayı daha önce yaşayan veya canlı tanığı olanlar için daha da yüksektir. Psikodinamik açıdan, ikincil travmatik stresin ruhsal etkileri, posttravmatik stres bozukluğuna özgü belirtilerden farklı değildir. Birey, yaşadıkları, gördükleri, tanık oldukları nedeniyle kendisini çaresiz, güçsüz, yetersiz hisseder. Güvenlikte olduğu hissi sarsılır, kendisi, diğerleri ve dünyayla ilgili olumlu yargıları yıkılır. Travma sonrasında artık hiçbir şey eskisi gibi değildir¹⁰.

İkincil travmatik stresin anlaşılmasında, şimdilik en önemli kaynak, travmaya uğramış mağdurların tedavisiyle ilgilenen terapistlerin, kendi ikincil travmatik stres tepkileriyle ilgili iç gözlemleridir. Psikoterapistler veya travma mağdurlarına bakım verenler, ikincil travmatik stres belirtileri geliştirme riski yüksek olan gruplardır. Psikoterapi sürecinde, genellikle mağdurdan travmatik olayı ayrıntılarıyla anlatması istenir. Terapist, anlatılanları zihninde canlandırarak travmayı imajiner olarak yaşar. Mağdurla eşduyum yapan, kendisini onun yerine koymaya, onu anlamaya çalışır ve travmayı imajiner düzeyde kendisi de yaşayan terapistin, travma mağdurunun yanıt aradığı temel soruları kendisine de sormaması olanaksızdır. 1)Ne oldu? 2)Neden oldu? 3)Neden o şekilde hissettim veya davrandım? 4)Neden şimdi böyle hissetmekteyim ve davranmaktayım? 5)Olay benim başıma gelirse ne yaparım? sorularının sorulmasıyla birlikte, artık terapist kendi yaşadığı travmayla hesaplaşmaya girişmiştir. Bu hesaplaşma süreci ise birinci mağdurun yaşadığı ve PTSS'nin bilişsel belirtilerini oluşturan süreçten farklı değildir. Bu süreçte, terapistte ortaya çıkan belirtiler şunlardır: 1)Bilinçli olarak insan eliyle yaratılan travmalarda, mağdurla terapist arasında, travmayı yaratan elin gölgesi, tehdidi hep vardır. Terapist, kolaylıkla mağdurun yaşadığı çaresizliğe, korkuya kapılabilir. 2)Terapistin, kendisinin güçlü, yetkin ve güvenlikte olduğu inancı, tanık oldukları karşısında, sarsılır, yıkılır. 3)Genel olarak insanlara olan güveni, insanlıkla ilgili umutları sarsılır. 4)Yeterince duyarlılık göstermediklerini düşündüğü meslektaşlarına, çevresindekilere, topluma öfke duyar. 5)Mağdurun öfkesiyle özdeşim kurabilir veya mağdurun öfkesinin yoğunluğunu görüp ondan korkabilir. 6)Terapist, saldırganla mağdur arasında yaşanan çatışmanın ortasında kalabilir. Terapist tanık rolündedir. Bir tanık olarak tarafsız kalmanın hemen hemen olanaksız olduğu bu durumda tek olasılık kurbanla özdeşim kurmak değildir. Terapist saldırganla da özdeşim kurabilir. 7)Terapist kurbanın yasına katılabilir. 8)Terapistin ruhsal tepkileri yalnızca kurban veya saldırganla ilişkisinin ürünü olarak ortaya çıkmaz. Terapist travmaya tanık olanlara, izleyicilere, gören ama "elinden birşey gelmeyenlere" benzer tepkiler verebilir. Travma karşısındaki bu çaresiz tanıklık rolünü sorgulayan terapist, "tanık suçluluğu" (witness guilt) yaşayabilir¹¹.

Terapistin ikincil travmatik stres tepkileri, ikincil travmatik stresi her yönüyle anlamamızı sağlamaz, ancak terapistin yaşadıklarının bu olguyu anlamamızda önemli katkıları olduğu açıktır. Yukarıda sayılanlar, herhangi bir terapi sürecinde oluşan, oluşabilen, aktarım, karşı aktarım bağlamında da ele alınabilir. Fakat bu özgül terapi sürecinde travmanın oynadığı merkezi rol, terapist üzerindeki dolaylı etkileri, terapistin yaşadıklarını yalnızca aktarım, karşı aktarım kavramıyla açıklamamızı olanaksız kılar.

İnsan eliyle yaratılan travmaların yoğun, sürekli ve yaygın olarak yaşandığı ülkelerde, ikincil travmatik stres, "toplumsal ruh hali"nin analizinde kullanılabilen önemli bir kavramdır. Türkiye'de toplum olarak doğrudan veya dolaylı, sürekli, şiddetli travmalar yaşıyoruz. Bu travmatik olaylara medya aracılığıyla sıklıkla tanıklık ediyoruz. Her gün, aniden parçalanmış ceset parçaları, acımasızca dövülen insanlar, enselerinden tek kurşunla vurulmuş cesetler, işkence mağduru çocuklarla TV ekranında da olsa karşılaşıyoruz. Tüm bunlar bile toplum olarak birincil veya ikincil travma belirtilerini göstermemiz için yeterli diye düşünüyorum. Çok satan gazetelerden birinin 29 Ocak 1998 tarihli sayısındaki, sekiz sütuna manşeti şöyleydi: "*Kutlu Savaş'ın Susurluk Raporu ne kadar çaresiz olduğumuzu gösterdi. Bizi kim koruyacak?*"¹². Tanık olduklarımız karşısında toplum olarak çaresiziz. Korku içindeyiz, çünkü "kötülerden" korumakla görevli kurumlar kötülerle işbirliği içinde bizi öldürmeye hazır bekliyor. Susurluk kazası tüm bilişsel şemalarımızın dışındaydı, çünkü bizim (en azından büyük bir bölümümüzün) alışık olduğumuz sahne, önde siyah mercedesin kaçmaya çalıştığı, arkada beyaz polis arabasının onu kahramanca kovaladığı sahneydi. Toplum olarak Susurluk'ta gördüklerimize inanamadık. Siyahla beyaz, iyiyile kötü iç içeydi, ortada beklediğimiz gibi kovalamaca yoktu, suç ortaklığı vardı hem de "münferit" bir suç ortaklığı değil, sistemin seçtiği sistematik bir suç ortaklığı. Gerçekten, yedi cücelerin cadıyla çete kurduğu, yakışıklı prensin korkak bir cüce olduğu bu gerçeküstü dünyada Pamuk Prenses'i (bizi) kim koruyacak? Yoksa Pamuk Prenses'e kalan, Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanı'nın deyişiyle, "ört ki ölem" mi demek?

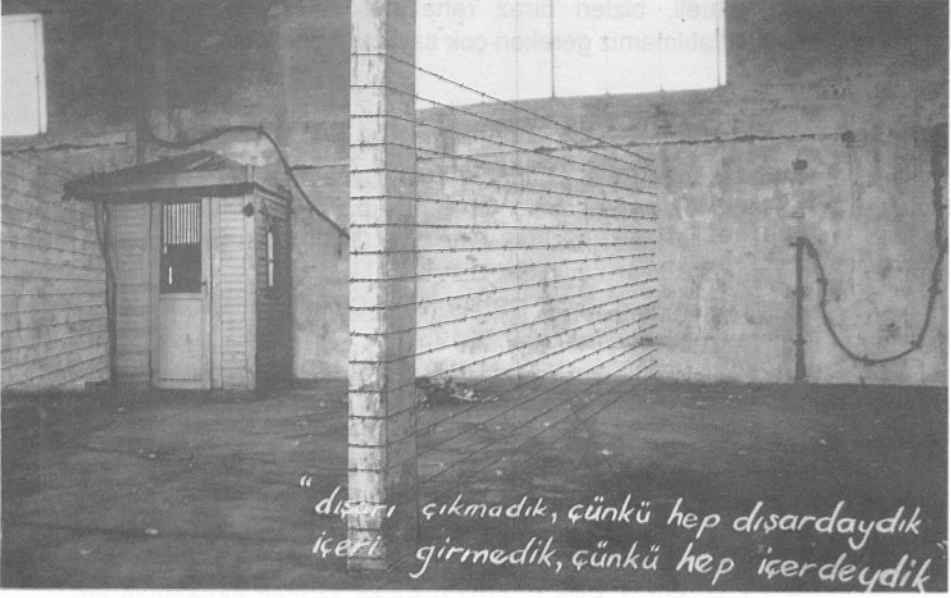
Özellikle devlet terörüyle ilgili bilgilerin kamuoyunun gözleri önüne serildiği son yıllarda siyasal alanda çok popüler olan "susma sustukça sıra sana gelecek" sloganı, Nazi Almanyası'ndan bu yana bilinen ancak Türkiye'de konjonktür gereği son yıllarda tutulan bir slogan. Özellikle Türkiye orta ve üst sınıfları, bazı sağcı politikacı ve yazarlar, artık kötü işlerin yalnız "kötülerin" "hak edenlerin" başına gelebileceği yanılması kırımlı görünüyorlar. Bunda, birden siyasi, ahlaki, toplumsal bir bilinç sıçraması yapmaları değil, devlet terörünün onları da "sıraya koyabileceği" gerçeği etkili. Buradan çıkabilecek önemli bir sonuç şu: Türkiye'de belirli siyasal, etnik, dini, sınıfsal grupları değil, değişik ölçülerde tüm toplumu etkileyen bir güvenlik bunalımı yaşanmakta. Dünyanın güvenli ve adil olduğuna

inancımızın toplum olarak sarsılması, ikincil travmatik stresin temel belirtilerinden birini hep birlikte yaşadığımızın göstergesi. "Susma sustukça sıra sana gelecek" sloganı herşeye rağmen daha çok "ön sıralarda" olup mağdur olmuşları sahiplenip, diğerlerini daha duyarlı olmaya, bir şeyler yapmaya çağırmak için attıkları bir slogan. Yani sırası gelmiş ve travmatize edilmiş veya edilmeyi her an bekleyen insanlar, kendisine sıranın hiç gelmeyeceğini düşünenlere, o kadar da rahat olmamalarını onların da mağdur olabileceklerini hatırlatıyor. Bu sloganda aynen mağdurla eşduyum yapan terapistin, çevresindekilerin duyarsızlığına yönelik tepkisinde olduğu gibi, bir sitem, kırgınlık, suçlama, eleştiri ve öfke var.

Tanık olduklarımız karşısında, örneğin; coplarla, tekmelerle acımasızca dövülen öğrencileri televizyonumuzdan veya evimizin penceresinden izlerken, mağdurla saldırganların arasında kalıyoruz. Bir kısmımız mağdurla, onun çaresizliği, acısı ve öfkesiyle özdeşleşebiliyor. Ancak mağdurla özdeşim kurmak kural değil, saldırganla da özdeşleşenlerimiz var. Saldırganı alkışlayanlar, "vur vur" diye tempo tutanlar bunlar. Şiddet kullanımına "meşru" güçlerle özdeşim kurarak katılan, şiddet makinası canilerle "gurur duyan" bu insanların gündelik yaşamlarında kolayca şiddet kullanmaları yüksek olasılık. Bunun en çarpıcı örneği ABD'de yaşanmıştır. Archer ve Gartner'in bildirdiğine göre, ABD'de şiddete madalya takılan Vietnem savaşı sonrasında, kadın ve erkek siviller tarafından işlenen şiddet suçlarında artış olmuştur. Bu artış, 1963-1973 arasında erkeklerde, %101, kadınlarda %59 dur¹³. Yine Archer ve Gartner'in yaptığı bir çalışmada; I. Dünya savaşı, II.Dünya savaşı, Vietnam savaşı ve başka 11 savaştan sonra, savaşan uluslarda, savaş yaşamamış uluslara göre cinayet oranlarında önemli yükselmeler olmuştur¹³. Ülkemizde de şiddet suçlarındaki artış, Güneydoğu'da süren savaş ve sistematik insan hakları ihlallerinin sıradan insanlar üzerindeki etkilerinden bağımsız olarak açıklanamaz.

Mağdurla mı saldırganla mı özdeşim kuracağımızın nasıl belirlendiği, bu yazıda ele alınamayacak kadar geniş bir konu. Ancak terapist için söylediklerimiz burada da geçerli. Kişinin ne mağdurla ve ne de saldırganla özdeşim kurmayıp tanık rolünde kalması da olası. Ancak tanıklık bizi öfkeden, çaresizlikten, güvensizlikten, umutsuzluktan, güçsüzlük hissinden korumuyor. Ayrıca tanık olmanın ama tanıklığımızın hiçbir şeyi değiştirmeyeceğini bilmenin suçluluğunu (tanık suçluluğu) toplum olarak yaşıyoruz.

Türkiye'de milyonlarca insan, "aydınlık için bir dakika karanlık eylemi" sırasında, kendilerini evlerinde güvenceye alıp, ışıklarını söndürüp yaktı. Bu bir bakıma tanıklıklarının devlet ve diğerleri tarafından tanınması istemiydi. Eylem yöntemi, tepki duyulan travmatik yaşantıların karanlıkla sembolize edildiği ve sonra hep birlikte aydınlığa ulaşılan içeriğiyle, PTSD'nin bir belirtisi olan travmanın kompulsif tekrarı olgusuyla çok benzeşiyordu. Travmayı yani karanlığı birkaç dakika boyunca tekrar ürettik ancak bu kez devlet terörünün ürettiği travmalardan



*“Dışarı çıkmadık, çünkü hep dışardaydık
İçeri girmedik, çünkü hep içerdeydik”
Edip Cansever, Oteller Kenti*

Aslında korku varsa, korku duyulması sağlanıyorsa içeri girmesiniz de, hep içerdesiniz demektir; korku duyulduğunun farkında olunmasa da.

Hayat içerinin dışarı, dışarının içerisi olduğu zamanlar içinde sürüp gidiyor ve öyle görünüyor ki bugüne kadar hiçbir politik sistem, en ferah görünen uygulamalarında bile, “dışarının dışarı” olmasını sağlayabilmiş değil.

Hepimizin şunu anlayabilmesi çok önemli: dünya üzerinde yaşıyoruz, başka gidecek bir yer yok - en azından şimdilik; hepimizin ömrü sınırlı ve özellikle vardığımız zamanlar içinde “çokar” dediğimiz şey bütün anlamlarıyla ve nihai olarak “ben” ve “öteki” diye ayrılması mümkün olmayan bir içerik kazanmış durumda.

Bütün silahlar eskisinden çok daha çabuk geri tepiyor.

Artık bahçenizde huzur yoksa evinizde de yok.

Hale TENER

farklı olarak denetim, ilk kez bizim elimizdeydi ve ürettiğimiz sembolik travmayı, yine biz sonlandırdık. Zaten mağdurların travma sonrası, ellerinde olmadan en sık yaptıkları şey, travmatik yaşantıyı, uykuda veya uyanıkken sık sık tekrarlamaktır. Ancak eylemde yapılanın bundan farkı, travmayı -karanlık- bizim kontrolümüzde tekrarlamaktı. Eylem sırasında güç bizdeydi. Bizim için eylem bir bakıma ihtiyaç duyduğumuz grup tedavisinin ilk seansıydı. Topluca yaptığımız bu yapma-bozma (doing-undoing) ritüeli, bizleri biraz rahatlatmıştı. Ancak iyileşebilmemiz için önümüzde topluca katılmamız gereken çok sayıda seans var.

KAYNAKLAR

1. Beyond Trauma: Cultural and Societal Dynamics. ed. R.F. Kleber, C.R. Figley; B.P.R. Gerson. New York, Plenum Press. p. 75-98. 1995.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Çev: Köroğlu E. Ankara. Hekimler Yayın Birliği 1994.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği DSMIV Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı. Çev: Köroğlu E. Ankara..Hekimler Yayın Birliği 1989.
4. Solomon Z. Waysman M. Belkin R. et al. (1992) Marital relations and combat stress reaction: The wives perspective. Journal of Marriage and the Family. 54, 316-326
5. Davidson J. Swartz M. Storck M. et al. (1985) A Diagnostic and family study of posttraumatic stress disorder. Am. J Psychiatry, 142: 1. 90-93.
6. Solkoff N. (1992) Children of survivors of the Nazi Holocaust: A critical review of the literature. American J. of Orthopsychiatry, 62:342-358.
7. Sigal J.J. Racoff V. Ellin B. (1973) Some second generation effects of survival of the Nazi persecution. American J of Orthopsychiatry, 43: 320-327.
8. Sigal J.J. Weinfeld M. (1985) Control of aggression in adult children or survivors of the Nazi persecution. Journal of Abnormal Psychology, 94: 556-564.
9. Sack W.H. Clarke G.N. Seeley J. (1995) Posttraumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34 (9), 1160-1161.
10. McFarlane A.C. (1994) Individual Psychotherapy for post-traumatic stress disorder. Psychiatric Clinics of North America, vol:17 no:2 395-397.
11. Trauma and Recovery. Lewis H.J. New York. Basic Books, p. 134-151,1992
12. Radikal Gazetesi, 29 Ocak 1998.
13. Archer D. Gartner R. Barış Dönemi Kayıpları çev: Babacan Aysun. Cogito sayı:6-7 Kış-Bahar: 237-251.

MAYIS 1996 AÇLIK GREVİ - ÖLÜM ORUCU KATILIMCILARININ KLİNİK DEĞERLENDİRMESİ

Emel Gökmen, Hakan Gürvit, Demet Kınay, Nermin Demirci, Hüseyin Şahin,
Rezzan Tuncay, Emre Öge, Gençay Gürsoy*

GİRİŞ

20 Mayıs 1996 tarihinde; 38 ilde, 41 cezaevinde, 1500 tutuklu ve hükümlünün katılımıyla açlık grevleri (AG) başladı. AG'nin 45. gününde, 159 kişi ölüm orucu, 61 kişi aynı sürece -politik bir ayrımla- süresiz açlık grevi (SAG) olarak devam etti. Bir grup ise 55 gün açlık grevi yaparak eylemi sonlandırdı. 55. ve 65. günlerde ise 111 kişi 2. ve 3. ölüm orucu (ÖO) ekiplerini oluşturdu. Sürecin diğer katılımcıları ise 55. günden itibaren tekrar AG'ye başladılar. Sonuç olarak; 220 kişinin (ÖO+SAG) 69 gün aç kaldığı bu süreç 27 temmuz 1996 tarihinde sona erdi. Biri kadın 12 kişi yaşamını yitirdi.

Tüm katılımcılar AG sırasında şekerli su+tuz, ek olarak çay ve ıhlamur aldılar. ÖO'na döndükten sonra ise, sıvı alımları günde 4 bardak şekerli su+tuz ile sınırlandırıldı.

Bir grup ÖO+SAG katılımcısı (18 hasta), süreç sonlandıktan itibaren 1,5 ay boyunca İÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Kliniği'ne yatırılarak, tedavileri düzenlendi, ileri incelemeleri ve bakımları yapıldıktan sonra, en az ayda bir sıklıkta kontrollerle takip edildi. Değerlendirmeyi yapan ekip, bu gruba ek olarak; pilot çalışma alanı olarak belirlenen Bayrampaşa Cezaevi'ndeki katılımcıların tamamı ve diğer cezaevlerinden kontrollerini yapma şansını bulduğu daha az sayıdaki ÖO-SAG katılımcısını da değerlendirdi. Sonuç olarak 69 gün aç kalan 220 kişinin %40'ı

* İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı.

ekip tarafından değerlendirilmiştir. (Bunlar Gebze, Ümraniye, Sakarya, Bursa Cezaevlerinin yanısıra TİHV'ye başvuran az sayıdaki Konya, Eskişehir, Çanakkale, Ankara ve Malatya Cezaevlerinin katılımcılarıdır.)

Bu yazıda, 18 hastanın klinik, nöropsikolojik, elektrofizyolojik (EEG, EMG, EP), nöroradyolojik değerlendirmeleri ve pilot çalışma alanı olan Bayrampaşa katılımcılarının klinik izlemlerinden oluşan çalışmanın klinik değerlendirmesi yer alacaktır.

Klinik Değerlendirme:

Hastalar: AG ve ÖO'yu sonlandıran 18 hasta (3K, 15E) ilk 4 hafta içinde İÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Kliniği'ne yatırılarak izlendi. Bunların 16'sı 1. ÖO ekibi ve SAG katılımcısı, bir hasta 2. ÖO ekibi katılımcısı, bir hasta da AG'ni 39. günde sonlandırmıştı. Bu hastanın öyküsünden, genel durumunun kötüleşmesi üzerine AG'nin sonlandırıldığı ve IV (damardan) glikoz tedavisinin uygulanmasını izleyen birkaç gün komatöz tabloda kaldıktan sonra kalıcı amnestik durumun olduğu öğrenildi.

Tablo 1: Hasta grubunun genel özellikleri

	Aralık (Ortalama)
Yaş	23-50 (29.9)
Boy (cm)	158-186 (171.5)
Açlık öncesi ağırlık (kg)	50-105 (69.6)
Açlık sonlandırıldığında ağırlık (kg)	36-74 (47.7)
Kaybedilen ağırlık (kg)	11-31 (21.8)
AG-ÖO sonlandırıldığında BMI* (kg/m ²)	11.8-18.4 (16.5)**

* Body Mass Index=ağırlık (kg)/boyxboy (m²); kabul edilebilir en düşük BMI değeri 20'dir

** Bir kişinin 23.8 BMI dışında

Uzun süreli açlık sırasında ortaya çıkan semptomlar: Halsizlik, güçsüzlük hissetme ve genelde açlığın ilerleyen döneminde yatağa bağımlı hale gelme, bilinç bulanıklığı, sürekli kusma ve hıçkırık, ayağa kalktığında oluşan baygınlık hissi ve başdönmesi (ortostatik hipotansiyon), gövde ataksisi, pareteziler, 'duyu kaybı', uyuşukluk, ağrı ve kramplar, ışık-koku-sese aşırı hassasiyet, görmede azalma, gece körlüğü, kulak çınlaması, kulakta uğultu, işitme kaybı, oksipital nevralsi benzeri başağrıları olarak özetlenebilir.

Açlığın sonlandırılmasını takip eden saatlerde İstanbul Tıp Fakültesi acil servisine getirilen 8 hastanın, 6'sının bilinci çeşitli düzeylerde (somnolans-stupor) bozduktü. Tamamının yatağa bağımlı olacak düzeyde genel durumu kötüydü,

4'ünde pnömoni enfeksiyonu saptandı. Pediatri Bölümü, Beslenme ve Metabolizma Bilim Dalı'nın konsültasyonu sonucu hepsinde ağır protein enerji malnütrisiyonu olduğu belirtildi.

İzleyen günlerde de başvurularla sayıları 18'e ulaşan hastalara acilen tiamin replasmanı yapılmaya başlandı (ilk saatlerde acile başvuran 8 hastanın tamamının damar yolu açıldı ve %20 dextroz perfüzyonu devam etmekteydi; daha sonra başvuranlara da aynı şekilde ilk dönemde tiamin replasmanı yapılmadan dextroz yüklendiği öğrenildi). Hastalara pozitif azot bilançosunun sağlanması ve katabolizmanın durdurulması için Beslenme ve Metabolizma Bilim Dalı'nın konsültasyonları doğrultusunda total parenteral nutrisyon, semielementer nutrisyon veya polimetrik diyet uygulandı. Ayrıca folik asit, A-E-K ve B kompleks vitamin replasmanı yapıldı.

18 hastanın ilk dönem muayene bulguları ve 1. yıl sonu muayene bulguları aşağıdaki tablodadır.

SEMPATOM VE BULGULAR	İLK MUAYENE hasta sayısı (n=18)	1. YIL SONU MUAYENE hasta sayısı (n=18)
Bilinç değişiklikleri (ılımlı konfüzyondan somnolans stupora kadar)	12	0
Korsakoff amnezisi	10	10
Apati	5	6
Öfori, çocuksu davranışlar	3	0
Depresyon ve şizofreniform psikoz	2	2
Yoğun anksiyete bozukluğu	1	0
<i>Nutrisyonel ambliyopi</i>		
Görme kaybı, optik diskte ödem ve solukluk	9	0
Retinal kanamalar	2	0
<i>Xeroptalmia</i>		
Gece körlüğü	3	0
Konjunktivit	2	0
Aşırı ses hassasiyeti	16	0
Kulak çınlaması, işitme azalması	3	2
Pozisyonel vertigo	2	1
Horizontal nistagmus	18	18
Vertikal nistagmus	8	2
Oftalmoparezi	12	0
Gövde ataksisi	18	10
Ekstremitte ataksisi	4	5
Kas atrofi	10	0
Kas zaafi	5	0
Tendon reflekslerinde azalma	5	0
Vibrasyon duyusunda azalma	6	0
Pozisyon duyusunda karıştırma	1	0

Tablodan da anlaşılacağı gibi, ilk muayenelerinde hastaların semptom ve bulguları çok renkli ve yakınmalarla uyumluydu. Nörolojik semptomlar içinde dikkat çekici olan ve 1. yıl sonunda halen devam eden, sekel olarak değerlendirilebilecek bulgular ise Wernicke-Korsakoff Hastalığı'na (WK) aitti.

WK, tiamin (vitamin B1) eksikliğine bağlı gelişen iki aşamalı bir tablodur. B1, karbonhidrat metabolizmasında kullanılan bir koenzimdir. Tahıllarla -özellikle ekmekle- yeterli miktarda kolayca alındığından normalde eksikliği yaşanmazken, uzun süreli açlıkta eksikliği ortaya çıkabildiği gibi, açlığın sonlandırılmasında yeterli tiamin desteği sağlanmadan şekerli sıvıların damar yoluyla verilmesiyle, kritik düzeydeki vitamin B1 depoları, verilen şekerin metabolizması için tüketileceğinden, hastalığın ortaya çıkacağı söylenebilir. İkinci durum, daha önceki AG'lerinin sonlandırılmalarında ve 1996 yılında kısmi olarak gerçekleşmiştir.

- Klasik olarak Wernicke Ansefalopatisi (WA) tetraddır.
- Bilinç değişiklikleri (uykuya eğilimli halden daha ağır zihinsel bulanıklığa kadar artan bir tablodur)
- Oftalmoparezi (diplopi)
- Nistagmus
- Ataksi (gövde ataksisidir, bazen ekstremitelerde ataksisi eşlik edebilir)

Bunu takip eden sürede ise Korsakoff Sendromu gelişebilmektedir. Korsakoff Sendromu amnezi ile karakterizedir. Amnezinin retrograd bileşeni (hastalanmadan önceki birkaç yılı kapsayan) ve anterograd bileşeni (yeni yaşantı parçalarının hafızaya kaydedilememesi) mevcuttur. Amneziye eşlik edebilen duygulanım ve düşünce bozuklukları nedeniyle çeşitli psikiyatrik tablolar da ortaya çıkabilir. Korsakoff Hastalığı için demans denilemez. Tamamen amnezi ile sınırlı özgül bir durumdur. Demansın temel bileşeni de unutkanlıktır ama hafıza kaybına bilişsel işlevlerin diğer bileşenleri de eklenmektedir (dil yeteneği, karmaşık görsel algı, planlama, soyutlama, yargı gibi). Korsakoff hastalarında ise sadece amnezi vardır, diğer işlevler tamamen korunmaktadır, hatta bizim hastalarımızda yaptığımız testlerde ortalama standardın belirgin bir biçimde üzerinde saptanmıştır. Korsakoff Sendromu bir limbik sistem hastalığıdır. Limbik sistem belleğin giriş kapısı olduğu gibi, duygulanımın da düzenleyicisi olan bir bölgedir. Buradaki hasar yaygın olduğunda çeşitli duygulanım ve düşünce bozukluğu ile giden psikiyatrik tablolara yol açmaktadır. Bu nedenle Korsakoff Hastalığının bir diğer adı da Korsakoff Psikozudur.

WK veya WA tanısı alanların toplamı 39'dur. Yaşayanların %69'u hastalanmıştır.

Hastaların %40'ında WA semptomlarının açlık sürerken 60'lı günlerde ortaya çıktığı söylenebilir.

Pilot çalışma alanı olan Bayrampaşa Cezaevi katılımcılarının mortalite ve morbidite değerlendirmesi:

Ölümler	4 (%6.25)
Wernicke-Korsakoff Hastalığı	6 (%9.37)
Wernicke Ansefalopatisi	33 (%51.56)
W-K semptomu olmayanlar	21 (%32.81)
TOPLAM	64 (%100)

Bu sonuçlar Bayrampaşa Cezaevi örnek popülasyonuna aittir ve 96 grevi koşullarına özgüdür, daha farklı koşullarda değişebileceği öngörülebilir. Örneğin, Mayıs 96'da ilk ölüm 61. günde olurken, 1982 yılında Diyarbakır Cezaevinde 45,50, 53 ve 55. günlerde 4 kişi, aynı cezaevinde 1984 yılındaki ÖO'unda 49 ve 52. günlerde 2 kişi yaşamını yitirmiştir. Diyarbakır koşullarının 96 grevine oranla çok daha ağır olduğu söylenebilir.

Gelinen bu noktada açlık grevi devam ederken, grevcinin B1 vitaminini şeker-tuz ve su ile birlikte alması gerekliliği açıkça ortaya çıkmıştır. Ancak taraf olan kişi ve kurumlarca ölümlere rağmen "besleniyorlar, açlık grevi yapmıyorlar" spekülasyonları devam ettikçe, ülkemizde açlık grevi geleneğine B1 vitamini alımının yerleşmesi güç olacak gibi görünüyor.



Abidin

— Rest done —

Abidin Dino

Görsel Ürünler

Abidin Dino çizimleri *Türkiye İnsan Hakları Vakfı tarafından yayınlanan eserden alınmıştır.*

Maaria Wirkkala ve Hale Tenger'in eserleri *İstanbul Kültür ve Sanat Vakfı tarafından yayınlanan 4. Uluslararası İstanbul Bineali, BIENAL isimli kitaptan alınmıştır.*

Zeynel Yeşilay'ın eseri *Bolu Kalkınma ve Tanıtma Vakfı tarafından yayınlanan Güzel Bolu ve Yedi Mevsimi isimli kitaptan alınmıştır.*