

T.C. ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
Prof.Dr. Durmuş TEKİN

İŞKENCENİN RUHSAL ETKİLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Cem KAPTANOĞLU

ESKİŞEHİR - 1991

Anadolu Üniversitesi
Merkez Kütüphane

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ	1
GİRİŞ ve AMAÇ	2
GENEL BİLGİLER	5
PSİKOSOSYOKÜLTÜREL AÇIDAN İŞKENCE ve İŞKENCECİ	5
Günümüzde Uygulanan İşkence Teknikleri	9
İşkencecinin Psikolojisi	1 3
STRES KAVRAMI ve POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU ..	1 9
Stres	1 9
Posttravmatik Stres Bozukluğu	2 2
GEREÇ ve YÖNTEM	3 5
BULGULAR	4 0
TARTIŞMA	5 9
SONUÇLAR	7 3
ÖZET	7 5
KAYNAKLAR	7 6
EKLER	8 6

ÖNSÖZ

Bir insan, bir hekim olarak, işkencenin insanların, "ruhsal ve bedensel iyilik hali" ni bozan önemli, güncel bir sağlık sorunu olduğuna inanıyorum. Yeryüzünden silinmesi ve açtığı yaraların sarılması çabalarına katkısı olur umuduyla bu çalışmayı hazırladım. Çalışma konumun, bazı politik çağrışımına yol açacağını biliyorum. Ancak işkence gibi insan sağlığını yakından ilgilendiren bir konuda, hangi nedenlerle olursa olsun suskun kalmanın da son derece yanlış ve politik bir tavır olduğu inancındayım. Çalışmam, bu politik suskunluğun aşılıp üretken tartışmaların başlamasında bir adım olabilirse ne mutlu.

Tez konuyla ilgili çalışmalarında ilgi ve desteğini esirgemeyen, eğitimimde büyük emeği geçen, Hocam Prof. Dr. Durmuş TEKİN'e ve Yrd. Doç. Dr. Gülten SEBER'e, Doç. Dr. Hüsnü ERKMEN'e, araştırmamı gerçekleştirmem için bana kapılarını açan, İnsan Hakları Derneğine, Dernek Genel Başkanı Nevzat HELVACI ve Genel Sekreter Akın BİRDAL'a, Dernekteki çalışmalarında büyük yardımlarını gördüğüm Ayfer KANTAŞ, Meral BEKAR, Bekir YALÇIN'a ve araştırmaya katılarak özveri ve içtenlikle bilgi veren kişilere içten teşekkürlerimi sunarım.

GİRİŞ VE AMAÇ

İşkence, çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşların raporları (1,2), basına yansıyan olaylar, mahkeme tutanakları ve hekim raporlarıyla (3), Türkiye'nin gündeminde olan önemli bir insan hakları sorunudur (4). Sosyal, politik, adli, tıbbi vb. bir çok boyutu olan bu sorunun, özellikle tıbbi açıdan, bedensel, ruhsal, etik yönleriyle yeterince incelendiği söylenemez. Oysa toplumumuzda, işkence nedeniyle ruhsal, bedensel bütünlükleri örselenmiş bireylerin sayısı azımsanmayacak düzeydedir (5). Ayrıca, bu kişilerle ilgili bilimsel araştırmaların hemen hemen tümünün, Batılı bilim adamlarınca yapılmış olması da (6), bizler için trajik bir çelişkidir.

Değişik yönleriyle bir çok tıp dalını yakından ilgilendiren işkence konusunda, sağlık çalışanlarına düşen önemli sorumluluklar olduğu açıkça ortadadır.

Dünya Tıp Birliği'nin (WMA) 1975 Tokyo Deklarasyonu (Ek-1), 1976 Paris Uluslararası Psikoloji Kongre Bildirgesi (Ek-2), Amerikan Psikiyatri Birliği ve Psikoloji Birliği'nin işkence konusundaki duyarlılıklarını ilan eden 1984 tarihli ortak bildirme (Ek-3), bu sorumlulukları belgeleyip evrenselleştirmiştir.

Son yıllarda dünya kamuoyunun artan tepkisi nedeniyle, fiziki, kaba işkenceden çok, psikolojik işkence yöntemleri daha sık kullanılmaktadır. Hatta klinik psikoloji ve psikiyatrinin kullandığı bazı tedavi teknikleri, insan ruh yapısına değin ürettikleri bilgiler, başka ellerde incelmış işkence tekniklerine dönüşebilmektedir. (Ek-2) ve (Ek-3)'teki bildirge metinlerinden de anlaşılacağı gibi, bu kötüye kullanım, psikolog ve psikiyatrislerin konuya özel bir duyarlılık göstermelerine neden olmuştur.

Bu çalışmanın amacı, işkencenin, bireyin ruhsal yapısı üzerindeki etkilerini araştırmaktır. İşkence gibi ağır travmalara verilen ruhsal yanıtların bazı ortak özellikleri olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda, bu ortak özelliklerin yanısıra, işkence sonrası görülen özgün bazı ruhsal tepkileri de aydınlatmaya çalıştık. Araştırma planımız, olguların genel ruhsal belirti düzeylerini tespit etmek ve ruhsal belirtilerin nasıl bir dağılım gösterdiklerini anlamaya yönelikti. Bu nedenle, herbir olgudan elde edilen veriler değerlendirilerek psikiyatrik bir tanı arayışına gidilmedi.

Travmanın özelliklerinin, travma sonrası ruhsal durumun önemli belirleyicilerinden biri olduğunu kabul ederek, işkence sonrası ruhsal belirti düzeyi ile, işkencenin süresi, şiddeti, kurbanın cinsiyeti gibi değişkenlerin ilişkisini araştırdık.

Üzerinde durduğumuz bir başka nokta da, işkence sonrası farklı dönemlerde araştırmaya katılmış kişilerin, işkence olayının üzerinden geçen süreye bağlı olarak, ruhsal belirti dağılımlarında olan değişiklikti.

Ayrıca, işkence gören grubun ruhsal belirti dağılımını, kontrol grubuyla karşılaştırarak, işkence sonrası ruhsal belirti düzeyindeki

değişiklikleri göstermeyi amaçladık.

İşkence gibi olağanüstü travmatik olaylar ardından gelişen Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB) semptomlarını olgularımızda tarayarak bu bozukluğa özgü hangi semptomların işkence sonrası daha belirgin olarak ortaya çıktığını araştırdık. Semptom sıklığı ve yoğunluğuna göre, Posttravmatik Stres Bozukluğu pozitif (PTSB +) olarak değerlendirilen olguları, SCL-90-R ölçeğinden aldıkları ruhsal belirti skorları açısından, (PTSB -) olgularla karşılaştırdık ve işkence sonrası daha ağır bir tablo geliştiren, (PTSB +) grubun, ayırıcı özelliklerini ortaya koymaya çalıştık. Ayrıca, diğer bazı çalışmalarda (PTSB +) olarak değerlendirilmiş olguların ruhsal belirti profillerini, araştırma olgularımızinkini ile karşılaştırdık. Burada amacımız, travmatik olaya şiddetli reaksiyon veren bu grupların, ruhsal belirti dağılımlarındaki benzerlik veya farklılıkları ortaya koymaktı.

Çalışmamızla ilgili varsayımlarımız özetle şunlardır:

1. İşkence görmüş grubun ruhsal belirti düzeyi, her semptom boyutunda kontrol grubundan daha yüksek olmalıdır.
2. İşkence sonrası farklı zaman aralıklarında araştırmaya katılmış kişilerin ruhsal belirti yoğunluğu, işkence olayının üzerinden geçen sürenin uzunluğuna bağlı olarak azalmalıdır.
3. (PTSB +) olarak değerlendirilen grubun ruhsal belirti düzeyi (PTSB -) olan gruptan daha yüksek olmalıdır.
4. İşkence süresi ve şiddeti arttıkça, ruhsal belirti düzeyinde de bir artış olması beklenir.

GENEL BİLGİLER

PSİKO - SOSYO KÜLTÜREL AÇIDAN İŞKENCE ve İŞKENCECİ

İşkence, yüzlerce yıldan bu yana dünyanın bir çok yerinde, ceza verme, bilgi alma, itiraf ettirme gibi amaçlarla yasal veya yasadışı olarak kullanılmıştır. Eski Mısır, eski Yunan ve Roma İmparatorluğu'nda işkencenin hangi koşullarda, kimlere, nasıl uygulanacağı yasalarla belirlenmişti. Batıda ve Çin İmparatorluğu'nda işkencenin yasa dışı sayılması 18. yy. ortalarında olmuştur(7). Osmanlı Devleti'nde de işkence uygulamalarının olduğunu, bu konuyla ilgili tartışmaların Meşrutiyet'le yoğunlaştığını biliyoruz(8).

İşkencenin hedefleri tarih boyunca hemen hemen hep aynı kalmakla birlikte, uygulanan teknikler, kültürel, bölgesel farklılıklar göstermiştir. İşkence yapmanın inceliklerini anlatan, bir bakıma işkencecinin ilk elkitabı, *Malleus Maleficarum* (Cadı Çekici), yaklaşık 500 yıl önce yazılmıştır. Sprenger ve Kramer tarafından 1486 yılında yazılan bu kitap bugün de uygulanan bir çok işkence tekniğini şaşırtıcı ayrıntılarla anlatmaktadır(7). Günümüzde işkencenin yasal olarak uygulandığı hiç bir ülke yoktur. Ancak uygar dünyanın tüm duyarlılığına, uluslararası sözleşmelere

rağmen, Uluslararası Af Örgütü'nün raporlarına göre, 98 ülkede bugün de fiilen işkence uygulanmaktadır(9).

İşkence, bir insana, herhangi bir kişi veya kurum tarafından bilinçli olarak fiziksel ve/veya ruhsal şiddetli acı, rahatsızlık verilmesidir. İşkencecilerin, işkence uygulayarak elde etmek istedikleri, hedefledikleri nelerdir, neden işkence uygularlar? Bu soruyu beş ayrı başlık altında yanıtlayabiliriz:

1. Bilgi Almak (Information):

Politik, askeri, adli olaylarda kişinin bildiği sanılan konularda bilgi almak amacıyla işkence uygulanır.

2. "Suçluyu" ortaya çıkarmak, "suç" yüklemek (Incrimination):

Kişi ona destek veren veya onunla "suç" ortağı olan kişileri ele vermesi için zorlanır. Bu daha çok örgütlü "suç" olduğuna inanılan durumlarda ve mahkeme öncesi sorgulamalarda yapılır.

3. Fikir aşılama (Indoctrination):

Kişinin inançlarında, ideolojisinde, şu veya bu yönde değişiklik yapma çabasının, yani beyin yıkamanın ilk adımı işkencedir. Kişinin öğretilmek istenen yeni değerlere tepkisi, işkence ile cezalandırılır. Bu şartlı öğrenme, koşullar değiştiğinde genellikle kişinin kendi eski değerlerine geri dönmesiyle sonuçlanır. Bunun örnekleri Çin ve Kore'de benzeri işlemlere uğrayan tutsaklarda görülmüştür.

4. Sindirme (Intimidation):

İşkence, çeşitli toplumsal gurupların, işkencecinin onaylamadığı davranışlarda bulunmalarını önlemek amacıyla da kullanılır. Silvia Amati "İşkence Üzerine Düşünceler" adlı yapıtında şöyle diyor: "Vurgulamak istediğim şey, işkencenin ve toplama kamplarının,

yalnız söz konusu olan kurbanlara değil, O ülkenin tüm halkına yönelik olduğudur. İşkencenin amacının itiraf ettirme ve bilgi alma olduğu söylenir. Oysa asıl amaç, eleştirmeyi ve politik eylemleri cezalandırmak ve terör yoluyla tüm halkı yönlendirmek ve korkutmaktır(10).

5. Tecrit (Isolation):

İşkence gören kişi, kendisine herhangi bir nesne gibi davranan, gücü sınırsız işkenceciler karşısında, savunmasız, yalnız, çaresiz olduğu hissine kapılır ve özellikle böyle hissetmesi için dış dünyayla iletişimi koparılır. Bulduğu ortam, artık dışardakilerden çok farklı kuralların geçerli olduğu, işkencecilerin yönettiği bambaşka bir dünyadır ve bu dünyada sanki işkenceci ve kurban farklı canlı türleridir. Bu duygular, bireyin değerler sisteminin, güven ve direncinin çözülmesine yol açabilir.

Doğal olarak tüm bunların dışında, kişisel sadizm ve intikam duygularıyla da işkence yapabilir. Ancak bunlar, sistematik işkence uygulamalarında gördüğümüz, geniş kapsam ve pragmatik hedeflerin olmadığı, psikopatolojik terimlerle açıklanabilecek uygulamalardır.

Yukarda ele alınan hedeflere ulaşmak için, bireyin fiziksel ve ruhsal yapısında yaratılmak istenen etkiler ve kullanılan işkence teknikleri, bir kaç başlık altında toplanabilir. Öncelikle, bireyde işkenceyle ortaya çıkarılmak istenen fiziksel ve ruhsal etkileri inceleyelim.

Ruhsal, Fiziksel zayıflık (Debility): Aç, susuz, soğukta bırakma, çıplak, yalnız bırakma, uyutmama, dövme gibi bir çok yöntemle

kişide, bilinçli olarak fiziksel ve ruhsal zayıflık yaratılır. İstenen, denetim altına alınıp, direncinin kırılmasıdır.

Bağımlılık (Dependency): Kişi kaderinin tamamen işkencecilerin elinde olduğuna inandırılmaya çalışılır. Çevreden gelebilecek herhangi bir destek veya bilgiden izole edilir veya dışarıda olanlara değin yanlış bilgiler verilir. Ceza ve ödüllendirme aniden, nedensiz ve sistematik olarak yapılır. Tutsaklar arasındaki arkadaşlık ilişkileri, otorite sınırları yıkılır. Herşeyi yönlendirenin, hatta ölüme ve yaşama karar verenin işkenceci olduğu çeşitli tekniklerle öğretilerek kurban yıldırılmak istenir.

Dehşet (Dread): Kişi, sürekli olarak korku ve anxiete içinde tutulur. Bunun için en sık kullanılan teknikler, fiziksel acı, aileye yönelik tehditler, sahte idamlar, işkence için bekletme, diğer kurbanların acı çektiklerini, ölümlerini izletme, kurbanın ne zaman serbest bırakılacağına değin şüphede kalmasını sağlama ve ileride yapılacak işkenceleri kurbanların duyacakları şekilde aralarında konuşma olarak özetlenebilir. Kurbanı dehşete düşürmekle amaçlanan, daha kolay şartlanmasını sağlamaktır.

Zihin Karışıklığı (Disorientation): Şaşkınlık, emin olamama ve yitmişlik duygusu yaratma amaçlanır. Bunun için kullanılan belli başlı tekniklerden biri, kurbanı karşı tutum değişikliği yapmaktır. Bu, "kötü" işkencecinin birden "iyi" rolü oynamasının yanında, klasik "kötü" ve "iyi" rolü oynayan iki ayrı işkenceci ile de uygulanır. "kötü" işkenceci yeterli korkuyu yarattıktan sonra, başka bir işkenceci ortaya çıkar. Bu işkenceci, anlayışlı, babacan ve samimi bir insan (rahip) rolündedir. Kurban, tutsaklığı boyunca ilk kez "insani" bir sosyal ilişkiye girme fırsatı bulur(!), sığınmak, yardım

almak, kurtarılmak beklentileriyle yaklaşır. Sonuç daha büyük bir yıkım olur. Ayrıca bu karşıt anlamlı çift mesaj karşısında, kurban, travmatik olaya direnmesi için gerekli başa çıkma yöntemlerini geliştiremez. Diğer benzer amaçlı teknikler ise, tecrit, uzun süre gözünü bağlama, her türlü uyarandan uzak tutma veya sürekli aynı sesleri yüksek sesle dinletme v.b. olarak sıralanabilir(11).

Günümüzde Uygulanan İşkence Teknikleri:

Bireyin ruhsal fiziksel yapısında yaratılmak istenen etkiler, bir kısmı yukarda da açıklanan tekniklerin uygulanmasıyla olur. Bu teknikleri aralarındaki sınır kesin olmayan beş grupta inceleyebiliriz.

a. Aktif veya pasif yolla fiziksel acı verme:

Uluslararası Af Örgütü'ne 1980-1983 yıllarında bildirilen işkence olaylarının büyük çoğunluğunda, fiziki acıya dayalı bu yöntemler kullanılmıştır(9). Bunlar, yumrukla, tekmeyle, sopayla, kırbaçla, dikenli telle dövmek, ekstremiteleri kırmak, ezmek, ampüte etmek, tırnak çekmek, sağlam dişi oymak veya çekmek, kör etmek; ağız, anus, vajina, üretra ağzı gibi vücut deliklerine çeşitli cisimler sokmak, basınçlı soğuk su tutmak, kaynar su dökmek, vücuda özellikle genital bölgelere elektrik vermek, falakaya yatırmak, sigara v.b. cisimlerle yakmak, böcek, köpek, fare kedi vb. çeşitli hayvanlara ısirtmak gibi yöntemlerdir. Ayrıca, işkencecinin daha pasif konumda olduğu, kurbanı rahatsız bir pozisyonda bekletmek, çeşitli şekillerde yüksek bir yere asmak , vücudu veya ekstremiteleri bağlamak, ıslatmak, soğukta, hava akımında tutmak, güneş altında bekletmek, kara gömmek, pis suya sokmak, tabuta koymak gibi yöntemler de bu gruba alınabilir(12).

b. Aşırı yorma:

Kurbanın fiziksel gücünü zorlayacak bazı ağır işlerin, hareketlerin yaptırılmasıdır. Ağır cisimlerin taşınması, sürekli belli eksen çevresinde döndürme, koşturma gibi. Bunlara, uykusuz bırakma ve yetersiz beslenme eklenince kişinin direnme gücü azalabilir(13).

c. Korku verme:

Özellikle, ölüm korkusu vermek amaçlanır. Boğulma noktasına kadar solunumun engellenmesi, burundan veya ağızdan fazla miktarda zorla sıvı verme, solunum veya diğer yaşamsal fonksiyonları yavaşlatan, durduran ilaçlar verme gibi yöntemlerdir.

d. Psikolojik etki ağırlıklı fiziksel işkence teknikleri:

Bazı işkence türlerinin, yukardaki fiziki işkencelerden daha derin psikolojik etkileri vardır. Örneğin: Kurbanı tamamen karanlık veya aşırı aydınlık ortamda uzun süre tutmak, uyutmamak, sürekli soru sormak, diğer tutsaklar aracılığıyla baskı yapmak, çıplak bırakmak, cinsel işkence, tecavüz veya cinsel organlara acı vermek, ani baskın şeklinde uyarmak, sonra yalnız bırakmak yoluyla "tehlike şoku" yaratıp yıpratmak(14).

e. Ruhsal işkence:

Bu işkence tekniklerinde, fiziksel etkiden çok psikolojik etkiler ön planda tutulur. Sürekli olarak ölümlle, sakat bırakmakla tehdit etmek, işkence gören başkalarını seyrettirmek veya seslerini dinletmek, tutsakların aile üyelerine işkence edileceği tehditinde bulunmak, sahte idam uygulamaları yapmak, tutsakları birbirlerine aşağılayıcı davranışlarda bulunmaya zorlamak, sorgulamaları kurbanı soyarak yapmak, uzun süre gözlerini bağlı tutmak veya

başına kukuleta geçirmek, yoğun olarak rahatsız edici sesler (şarkı, marş vb.) dinletmek, tıbbi yardımdan yoksun bırakmak, dini inançları zorla çığnetmek, örneğin günah sayılan yiyecekleri, içecekleri zorla yedirtmek, içirtmek, kimseyle görüştürmemek, tutsaklık koşullarında ani, anlamsız, önceden kestirilmeyen değişiklikler, düzenlemeler yapmak, tutsakların inanç ve değerlerine ters düşen anonslar, konuşmalar, dinletmek, tekrar tekrar uzun itirafnameler yazdırmak, kendi yaşam ve düşüncelerini eleştiren sözlü ve yazılı bildiriler hazırlatmak gibi teknikler bu gruba alınabilir(15,16,17,18).

Biederman'ın hazırladığı aşağıdaki şema özellikle psikolojik işkence teknikleriyle, amaçlanan etkiler arasındaki ilişkiyi somut olarak açıklamaktadır(10).

TABLO I: Biederman'a Göre Klasik Psikolojik İşkence Yöntemleri.

Genel Yöntemler	Amaçlanan Etkiler	Teknikler
1. İzolasyon	Kurbanın dayanma gücünü azaltmak için sosyal desteğini elinden alma, kurbanı aşırı derecede kendine yöneltme, kurbanı, sorguya çekene bağlı kılma.	Tek mahkumiyet, tümüyle izolasyon, yarı izolasyon, grup izolasyonu
2. Algıyı tekeline alma	Dikkati içinde bulunduğu duruma çekmek, kendi kendini izlemeye yöneltmek, gardiyanların kontrol edemediği uyarıları da yok etme, itaati engelleyebilecek eylemleri yok etmek.	Fiziksel izolasyon Karanlık veya aşırı aydınlık, soğuk çevre, hareket etmenin kısıtlanması, aynı tür besin.

TABLO I (devamı)

3. Kuvvetten düşürme ve yorma	Psikolojik ve fiziksel dayanma gücünü azaltmak.	Yetersiz besin, çıplak bırakma, soğuk hava, yaraların tedavi edilmeyişi, uykusuz bırakma, uzun süreli hapis, zorla yazdırma, aşırı derecede yorma.
4. Tehdit etme	Korku ve çaresizliğe teşvik, bir daha eve dönmeyeceğine dair tehdit, sorgulamanın ve izolasyonun bitmeyeceği tehdidi.	Öldürme tehditleri. Bir daha eve dönmeyeceğine dair tehdit, sorgulamanın ve izolasyonun bitmeyeceği tehdidi, çelişki uyandıracak muamele değiştirmeleri.
5. Ara sıra iyimserlik	İtaat etmeye pozitif motivasyon, deprivasyon, uyum sağlamayı önleme.	Sorgucunun sürekli tavır değiştirmesi, söz vermeler, yarı itaatî mükafatlandırma, mükafatları geciktirme, Sınırsız güçle karşı karşıya bırakma, beraber çalışmayı normal gibi gösterme, kurbanın kaderi üzerinde kontrol gösterme.
6. Gücün sınırsızlığını gösterme	Karşı koymanın anlamsızlığını hissetme.	Kendini temizlemeyi engelleme, pis çevre, aşağılayıcı cezalar verme, hakaret ve alay etme, kişinin kendine özel hiçbir alan bırakmama
7. Aşağılama	Karşı koymayı, itaat etmekten daha gurur kırıcı gibi gösterme, kurbanı "hayvan seviyesine" kadar düşürme.	Zorla yazdırma, anlamsız işleri zorla yaptırma.
8. Anlamsız ve basit emirleri zorla yaptırma	İtaat geliştirmeye alıştıрма.	

İşkencecinin Psikolojisi:

İşkencecinin, insana acı veren, ruhsal ve bedensel bütünlüğünü zedeleyen yıkıcı eylemi göz önüne alınırsa, işkencecilerin birer acımasız sadist oldukları düşünülebilir. Ancak, işkence, özellikle sistematik işkence, soyut bir toplumda, bağımsız tek tek bireyler tarafından uygulanan bir eylem değildir. Bu nedenle işkence ve işkencecinin psikolojisini anlayabilmek için bunların ortaya çıktığı sosyal, kültürel, politik zeminin dikkate alınması gerekir. Şüphesiz işkenceciler arasında, sadist kişilikli olanlar da vardır. Bunlar, saldırganlıklarını, cinselliklerini, kurbanlarına işkence sırasında sınırsız bir şekilde boşaltırlar. Hatta işkence kurumlarının sundukları içgüdüyü boşaltma fırsatı sado-ışkenceci için yeterli olmaz. Genellikle bunlar normal işkence seanslarının dışında da kurbanlarına kural dışı işkenceler uygularlar. Küçük bir azınlık durumundaki bu grubun dışında kalan büyük çoğunluk, otoriteye körü körüne bağlı, özerk kontrolü olmayan itaatkâr işkencecilerdir. Sadist işkenceci yaptıklarından dolayı suçluluk duymazken, otoriteye saygılı, süper egosu güçlü işkenceci, işkence sırasında emirleri uygulasa da, zamanla ve koşulların değişmesiyle derin iç çatışmalara düşebilir. İşkenceciler arasında alkol, uyuşturucu kullanımının ve ruhsal rahatsızlıkların fazlalığı da bunu desteklemektedir(19). Milgram, işkence yapma ediminde, otoriteye itaatin önemli rol oynadığını bir laboratuvar deneyi ile göstermiştir. Konunun daha iyi anlaşılması amacıyla bu deney hakkında bilgi vermek faydalı olacaktır.

Milgram Deneyi: Deneyin amacının, öğrenmeyle ceza arasındaki ilişkinin araştırılması olduğu, söylenen denekler, çekilen

düzmece kur'a ile "öğretmen" rolünü, gerçekte bir araştırma asistanı olan diğer denek de "öğrenci" rolünü üstlenmiştir. Öğretmenden, diğer odadaki öğrenciye mikrofonla belli soruları sorması, eğer verilen yanıt yanlışsa değişik dozlarda elektrik şoku vermesi istenmiş ve şokun çok acı vereceği, ancak dokuya zarar vermeyeceği anlatılmıştır. Her şok verişinde, önceden ses bandına kaydedilmiş çığlıkları duyan öğretmen tereddüt ettiğinde, beyaz önlüklü disiplinli bir bilim adamı görünümündeki otorite figürü "öğretmen"e sırasıyla,

- Lütfen devam edin!
- Deney için devam etmeniz gerekli!
- Mutlaka devam etmelisiniz!
- Seçeneğiniz yok, devam etmek zorundasınız! uyarılarında bulunmuş, ancak, "öğretmen" son uyarıya rağmen devam etmezse deney bitmiştir.

Deney düzeneği yukarıda anlatıldığı gibi ise, deneklerin (öğretmenlerin) %63'ü otorite figürünün istediği en yüksek doza kadar çıkmıştır. Banttan çığlık sesleri verilmezse bu oran %65'e yükselmiştir. Deney, öğretmenin, öğrenciyi bir pencereden görebileceği şekilde düzenlediğinde itaatçı deneklerin oranı %40'a inmiştir. Otorite figürü odada bulunmuyorsa itaat edenler %21'e inmiştir. Şok şiddetine öğretmen kendisi karar verebildiğinde ise maximum şoku öğretmenlerin ancak %3'ü uygulayabilmiştir(20). Milgram deneylerinin en önemli sonucu, başka insanlara acı çektirebilmenin, ancak küçük bir azınlığın işi olduğu mitini yıkması olmuştur. Bir başka deyişle, acı verme işlemi, işkence, resmi bir meşruluk taşırsa veya bir otorite tarafından denetlenirse,

toplumdaki erişkin, sıradan insanların çoğu, başkalarına acı vermek için ikna edilebilir. Doğal olarak bunda; ikna edenin gücü, bireyin kültürü, yaşam koşulları, ideolojik, politik koşullanmalar önemli rol oynar. Bazen Nazi Almanya'sında olduğu gibi büyük kitlelerin, benzer bir yıkım güdüsüyle hareket ettiği görülmüştür. Bu resosyalizasyon süreci, kitlesel olarak yıkım ve acı vermeyi kolaylaştırır. Ancak bireyleşebilmiş, evrensel ahlaki değer ve ilkelere sahip olan insanların, uygulanan baskı ne kadar fazla olursa olsun, işkenceci olamayacaklarını da vurgulamak gerekir(21).

Yukarda da belirttiğimiz gibi otoriteye bağımlı, itaatkâr bir kişi, öz moral değerleri, ilkeleri güçlü bir kişiye göre, işkence yapmak insana acı vermek için daha kolay ikna edilebilir. Doğal olarak burada söz konusu bireyin üyesi olduğu toplumun, kültürün de belirleyici rolü vardır. Bizim toplumumuzda da olduğu gibi, bazı toplumlar otoriteye itaati yüceltir, desteklerler. Ayrıca her toplumda ordu, polis teşkilatı gibi guruplar otorite merkezinde örgütlenir. Bir çok çalışmacıya göre işkenceciler, itaatkâr, otoriteye saygılı ve otoriteryen kişilerdir. Otoriteryen kişilik yapıları nedeniyledir ki hiyerarşik ilişkileri tercih ederler ve güçlü bir otoriteye bağlanmakta gönüllü, isteklidirler. Ancak kendilerinden aşağı hiyerarşik konumdakilere güç kullanmaktan, güç göstermekten zevk alırlar(22).

Birey için, işkence yapmayı kabul edilebilir kılan psikolojik etmenlerden biri de, genel olarak insanların diğer insanları, "biz" "benim" içinde bulunduğum "bizden olanlar" ve "onlar" olarak kategorize etme eğilimleridir. Bu çocukluktan başlayarak öğrenilir. Daha sonra çeşitli guruplar, takımlar, partiler vb. ile özdeşim

kurularak bir kimlik, birliktelik, bizlik arayışı şeklinde yaşam boyu sürer. "Bizden olanlar" "olmayanlar" ayrımı, yarışmak, rekâbet etmek, üstün gelmek motivasyonu olarak kalabileceği gibi, çeşitli etkilerle sertleşip keskinleşebilir. Örneğin; A takımını destekleyenlerle B takımını destekleyenler şiddetli kavgalara girebilirler. "Biz" "Onlar" ayrımının keskinleşmesinde diğer grubun değersiz, aşağı görülmesinin önemli rolü vardır. Yani "bize" göre "onlar" pis zenci, aşağılık yahudi, içdüşman, dışdüşman, kafir vb. olarak nitelendirilebilir. İşte diğer bazı insanları, gurupları aşağı görmenin başladığı noktada "onlar"a zarar vermek, acı çektirmek kolaylaşır. Örneğin; bir deneye katılanlar, haklarında aşağılayıcı yorumlar işittikleri deneklere, olumlu yorumlar işittikleri deneklerden daha yoğun elektrik şoku vermişlerdir(23). Bazı insanları değersiz, aşağı görmenin değişik düzeyleri vardır. Bu, "onlar"dan hoşlanmama, istemlerine, yeteneklerine, ahlâki değerlerine değin olumsuz duygular besleme şeklinde olabileceği gibi, "onlar"ı, kendisinin de içinde bulunduğu "bizler"i yok edecek veya tehlikeye sokacak düşmanlar olarak görme düzeyinde de yaşanabilir. İkinci yaklaşıma göre, kendi yaşam tarzlarının, inançlarının, sahip olduklarının güvenliklerinin korunması için "onlar"a her türlü muamele yapılabilir. İşkence, öldürme, toplu katliam vb. meşruiyet kazanır. Ayrıca belli gurup insana düşmanlık besleyen kişiler, bu antisosyal değer oryantasyonunu, kendi guruplarının içindeki aşağılayıcı ön yargılarla, bireysel deneyimlerle ve ideolojik şartlanmalarla edinirler. Kendileriyle "onlar"ı kesin sınırlarla ayırmaları, "onlar"ı anlama ve eşduyum yapmalarını engellediği gibi, "onlar"ı her türlü insani moral değer geçersiz

olduğu bir yere koymalarına neden olur. Artık bir düşman olan "onlar" için, hiçbir moral değer uygulanabilirliği yoktur. Sanki "onlar" başka bir canlı türüdür. Bu moral dışlama, işkencenin 19. yy.'ın sonuna kadar ABD'de zencilere, Eski Yunan'da kölelere uygulanmasının doğal görülmesi örneğinde somut olarak görülebilir.

Belli bir gurup insanın, diğerlerinin gözünde değersizleşmesi, aşağılanması uzun bir sosyal-kültürel-politik şartlanma süreciyle mümkündür. Bu şartlanmalar belli bir ideolojinin parçası haline gelirse kabul edilmeleri kolaylaşır. Özellikle toplumsal bunalım dönemlerinde bazı insanlar, var olanın korunmasını veya daha iyi bir gelecek kurulmasını hedefleyen ideolojileri daha güçlü benimserler. Bu da onlarda işlerin düzeleceği, en azından bozulmayacağı umudunu yaratır. Ayrıca bu ideolojiler, mutlaka başarılması gereken bazı hedefler ve bu hedefler için mücadelenin kaçınılmazlığını vurgularlar. Fakat ne yazık ki sıklıkla yapılan bir şey de bu hedeflere ulaşılmasını engelleyen düşmanlar saptamaktadır. Böylece kurulu olanı korumak veya dünyayı güzelleştirmek için işkence, cinayet, kitle katliamları belli bir gurup, bazen de geniş halk yığınları için kabul edilebilir eylemler olur.

İşkence bağlamında şiddet-birey ilişkisini irdelerken, çocuğun otorite ve şiddetle ilk karşılaştığı yerler olan aile ve okul ortamının önemini vurgulamadan geçemeyiz. İlk otorite figürleri olan anne ve özellikle babayla kurulan ilişkilerin, korku ve itaat temeline dayandığı ailelerde, çocuğun otoriteyle ilişkileri sağlıklı gelişecektir. Otoritenin isteklerinin dışına çıkmanın, aşağılanma veya dayakla cezalandırıldığını yaşayarak öğrenen kişinin gözünde, acı vererek "eğitmek", cezalandırmak veya şiddet kullanmak zamanla olağanlaşır. Okul ortamında da sürebilen bu korku ve

şiddete dayalı eğitim tarzı, bireyin uygun koşullar doğduğunda, başka insanlara yöneltebileceği öfke ve düşmanlık hislerini besleyecektir(24).

Altını ıslatıyor diye 2 yaşındaki çocuğunun kaba etlerini yakarak "tuvalet eğitimi" veren anne, kendi koyduğu kurallar çiğnenince genç kızını, oğlunu veya karısını döven baba, öğrencilerini sıradayağıyla "hizaya sokan" öğretmen veya suçlu olduğuna inandıklarına işkence yapan kişi...

Bunlar birbirlerinden farklı gibi görülseler de ailede, okulda, toplumda hergün yeniden üretilen şiddet kültürünün birbiriyle bağlantılı görünümüdür.

STRES KAVRAMI ve POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU

Stres

İşkence, kabaca, bireyin karşılaştığı olağanüstü bir stres olarak da tanımlanabilir. Sıradan gündelik streslerin ötesinde özellikleri olsa da, işkencenin yarattığı ruhsal etkiler, ancak çeşitli stres teorileri ışığında anlaşılabilir. Bu nedenle, işkence ve benzeri travmatik yaşantıların ruhsal etkilerini ayrıntılarıyla ele almadan önce, günümüzde geçerli stres modellerine değinmek yararlı olacaktır.

Günümüzde stres kavramının iki bileşeni olduğu kabul edilmektedir. Bunlardan birincisi, uyaran (stimulus) yani stresör, diğeri, organizmanın stresöre verdiği tepkidir (stres response)(25). Stres modellerinin kuruluşunda, stresör kavramının, özellikle stresör-organizma ilişkisine verilen anlamın, büyük önemi vardır. Bu çerçevede iki farklı stresör anlayışından söz edilebilir.

1. Normatif yaklaşım: Bu yaklaşımda, stresör, etkilediği organizmadan bağımsız, ayrı olarak tanımlanır. Organizmanın, strese değin kognitif yorumu pek dikkate alınmaz.

2. İnteraksiyonist yaklaşım: Bu yaklaşımda stresin oluşumunda etkili tüm faktörler, karşılıklı etkileşim içinde ele alınırlar. Stresör, organizma için anlamı göz önüne alınarak tanımlanır(26).

Selye'nin 1930'ların sonlarında ortaya attığı Genel Adaptasyon Sendromunu (GAS) normatif modele örnek olarak verebiliriz. GAS, toksik maddeler, sıcak, soğuk, hareket kısıtlaması veya X ışınları gibi fiziksel stresörlere karşı nonspesifik yanıt olarak özetlenebilir.

Selye bu sendromun, stresin sürekliliğiyle ilişkili olarak

1. Alarm reaksiyonu
2. Direnç
3. Tükenme

Aşamaları olduğunu belirtmiştir. Bu aşamalara bağlı olarak artan hormonal sekresyon (pitüiter ve adrenal glandlardan), timusun involüsyonu ve ülser oluşumunu açıklamıştır.(27). Selye'den sonra yapılan stres fiziolojisiyle ilgili çalışmalar göstermiştir ki bir çok başka biyolojik sistemler strese karşı organizmanın verdiği yanıtta rol almaktadır. Bunlar, katekolaminler (neropinefrin, epinefrin), endorfinler, indolaminler (serotonin ve melatonin), kortikosteroidler, prolaktin, büyüme hormonu, insülin, testesteron, lüteinizan hormon vb. olarak sıralanabilir(28).

Stres araştırmaları, 50'li yıllarda büyük bir ivme kazanmıştır. Hayvan araştırmalarında soğuk, sıcak, hareketsiz bırakma, uykusuz bırakma, elektrik şoku, kalabalık ve sıkışık yaşam ortamı, zorla uzun süre yüzdürme ve aç bırakma gibi stresörler kullanılırken, insanlarda da hoş olmayan filmler, aşırı iş yükleme, yüksek ses, fiziksel hastalık, sevilen birinin kaybı, emeklilik, sosyal konum değişikliği, gündelik öfkeler ve sosyal izolasyon gibi stresörlerin etkileri araştırılmıştır. Oluşan büyük bilgi birikimi ve zengin gözlemlere dayanarak 1967 yılında Holmes ve Rahe stresör tanımlamalarıyla Selye'nin normatif anlayışından uzaklaşarak yukarda sözü edilen interaksiyonel yaklaşımın temellerini atmışlardır. Holmes ve Rahe'ye göre insanlar için stresör, kişinin yaşam düzeninde önemli değişikliğe yol açan bir olaydır. Organizma stresör ilişkisine daha dinamik bir anlam yükleyen bu görüş, yaşam

olaylarının, psişik ve psikosomatik bozuklukların oluşumunda etkili stres faktörleri olarak ele alınıp araştırılmasına yol açmıştır. Bir başka deyişle organizma-stresör ilişkisine yaklaşım değişirken stresör konsepti de; bağımsız fiziksel uyarandan, yaşam olaylarına, psikososyal etmenlere doğru genişlemiştir(29).

Bu çalışmanın konusu olan işkence de, bireyin ruhsal yapısı üzerinde olumsuz etkileri olan travmatik bir yaşam olayı veya başaşağılanması güç bir stresördür. Ayrıca, bireyin karşılaştığı olağanüstü bir travma olmasıyla da diğer bir çok yaşam olayından daha derin etkileri vardır. Stresör olarak, işkenceyle aynı kategoriye giren ve benzer bazı ruhsal belirtilere yol açan silahlı çatışmalar, büyük kazalar, fiziksel saldırılar, ırza tecavüz gibi, kişide aşırı korku uyandıran büyük ve olağanüstü stresörlere karşı gelişen spesifik bazı semptom ve bozukluklar, günümüz psikiyatrisinde "Post Travmatik Stres Bozukluğu" başlığı altında ele alınmaktadır.

Posttravmatik Stres Bozukluğu

Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB), klinik psikiyatride uzun süreden bu yana bilinmesine karşın, psikiyatrik nomenklatüre girmesi oldukça geç olmuştur. PTSD'nun tarihçesi savaş olgusuyla sıkı sıkıya bağlantılıdır. Birinci ve özellikle ikinci Dünya Savaşları sonrasında asker, sivil bir çok insanın psikiyatrik rahatsızlıklar geliştirmesi, PTSD'na ilgiyi arttırmış ve 1952 yılında psikiyatrik nomenklatüre resmen kabulüne yol açmıştır. Vietnam savaşı sonrası PTSD olgularının ABD toplumunda çok artması ile PTSD, en çok araştırılan psikiyatrik bozukluklardan biri olmuştur. DSM III ve DSM-III-R'de (Ek-4) ayrıntılı olarak tanımlanan bu sendromun temel özelliği; psikolojik olarak travmatik veya insanlar için normalin dışında olarak değerlendirilebilecek bir olay ardından, karakteristik bazı semptomların gelişimidir. Klasik PTSD, tekrarlayan kabuslar, travmatik olayın ruhsal planda tekrar tekrar yaşanması, hafıza bozukluğu, konsantrasyon bozukluğu, huzursuzluk, uyku bozukluğu ve depresif semptomlarla seyreden bir tablo sergiler. Birçok ruhsal bozukluk gibi PTSD da ancak mültifaktöryel yaklaşımlarla kavranabilir. PTSD'da stresörün rolünü, kemik kırığına neden olan bir gücün rolüyle karşılaştırabiliriz. Yeterli gücün uygulanmasıyla bir kemik kırılabilir ve bu kemiğin kırılması için gereken güç, kırık kemiğin iyileşme süresi ve iyileşme sonrası kalan sekelin derecesi bireyden bireye değişir. Kişide PTSD gelişmesi için stresör, gerekli ama yeterli bir etken değildir. Hatta en şiddetli stresörler bile bazı kişilerde PTSD'na yol açmayabilir. Çünkü çeşitli psikolojik, fiziksel, genetik ve sosyal faktörler, sendromun gelişimini etkiler. Bu nedenle PTSD

ancak biyo-psiko-sosyal yaklaşımla anlaşılabilir(30).

PTSB'na Değın Biyolojik Açıklamalar: PTSD'nun biyolojisiyle ilgili çeşitli çalışmalarda, aşırı stresle değışen hormonlar olan kortikosteroidler, testesteron, büyüme hormonu, prolaktin ve katekolaminler yanında, enkefalinlerin ve endorfinlerin, PTSD semptomlarının gelişiminde önemli rol oynadıkları bildirilmiştir(31).

Nörobiyolojik açıklamalar, merkezi sinir sisteminin, yüklenme kapasitesinin üzerine çıkıldığında devreye giren ve negatif feedback işleyişle, retikülo-kortiko-retiküler sistem yoluyla etkili olan transmarjinal inhibisyon mekanizması üzerinde durmaktadır(32). Bir gurup araştırmacıya göre de, PTSD gelişiminde temel neden, REM uykusu mekanizmalarındaki bozukluktur(33,34). PTSD'nun biyolojik korelatları çok yönlü olarak araştırılırken, yeni bulgularla, özellikle bozukluğun psikofarmakolojik tedavisinde önemli açılımlar olacağına inanılmaktadır.

Psikolojik açıklamalar:

Psikoanalitik yaklaşımlar: Freud, I. Dünya savaşı sonrası savaş nörozlari üzerine yazdıklarıyla, PTSD'na değın psikodinamik açıklamalara önemli katkılarda bulunmuştur. Freud'a göre, egonun aşırı yüklenmesine neden olan travmayla ilk karşılaşan koruyucu mekanizmanın zorlanması sonucu, bireyin doğal adaptif kapasitesi yıkıma uğrar ve kişi, tekrar kompulsiyonu gibi, erken, ilkel savunma biçimlerine regrese olur(35). Rahatsız edici olayın rüyada veya disosiyatif epizotlarla tekrar tekrar yinelenmesinde, olayı pasif olarak yaşamanın çaresizliğinden kurtulup, travmatik olayı aktif

olarak yeniden kurarak egoya uyumlu hale getirme çabası vardır(36). Bir başka deyişle, PTSS'da görülen tekrarlayıcı kabuslar, düşünceler, "flashback"ler travmayla zedeleneen benlik imajının yeniden kurulması için tekrarlayıcı ama başarısız girişimler olarak değerlendirilebilir(37). Freud travma sonrası yaşanan ruhsal tepkileri iki temel başlıkta ele almıştır.

1. Travmaya fiksasyon: Bu, yukarda da sözü edilen, ruhsal planda travmayı tekrarlama veya hatırlama girişimlerinde ifadesini bulur. Travmatize kişinin, yaşamının doğal akışını sürdüremeyecek şekilde travmaya bağlandığını ilk belirten yazar, Pierre Janet'tir. Freud buna "fixation" derken başka bazı yazarlar "traumatohilia" veya "travma bağımlılığı" adını vermişlerdir(38).

2. Defansif reaksiyon: Travma ve O'nu anımsatan herşeyin, unutulması çabasıdır. Bu, amnezi, duyarsızlaşma, tepki azalması gibi, PTSS'da sık karşılaşılan semptomları açıklar.

PTSS'da sık görülen disosiyatif epizodları açıklamaya çalışan Waelder'e (1963) göre, rüyada veya uyanık, travmatik olayın tekrarlarla kontrol altına alınma çabası başarısızlıkla sonuçlanırsa, bunu ruhsal bir geriçekilme izler. Kişi, yaşadığı travmatik olaya ilişkin çaresizliğinden kaçmak için intrapsişik bir girişimle istenmeyen, acı veren düşünceler veya affektif durumları bilincinden defansif bir separasyona uğrattır(39). Bilinç ve duygulanım arasındaki bu çözülme, PTSS'na özgü bilinç, bellek ve bazı davranış bozukluklarını açıklayabilir.

Kognitif yaklaşımlar: Kognitif yaklaşımlara göre, ağır travmatik olaylar, kognitif olarak uygunsuz ve olağanın dışında olduklarından, daha önceden varolan algılama şemalarına entegre olmaları çok zordur. Yerleşik kognitif kalıplara uymayan travmatik olayın

kognitif özümseme çabaları, PTSD semptomları olarak karşımıza çıkar(40).

Sosyal Öğrenme Teorisi: Travmayı, deskriptif bir yaklaşımla ele alan Sosyal Öğrenme Teorisi, etyoloji oryantasyonlu psikodinamik travma teorilerinden ayrılır. PTSD'nun iki faktörlü şartlanma modeli, bu teorinin formülasyonlarına oldukça iyi uyar(41). Öğrenme modeline göre, nötral (şartlı) uyaran, şartsız uyaranla eşleştiğinde refleksif yanıt ortaya çıkar. Şartlı uyaran olabilecek kognitif, affektif, fizyolojik ve çevresel hatırlamalar, orjinal uyarının yokluğunda refleksif yanıtın ortaya çıkmasına yol açarlar. PTSD'da şartsız uyaran, travmatik olaydır. Refleksif yanıt ise; ani imajinasyon, kabuslar, "flashback"ler ve otonomik aşırı uyanıklık semptomlarını içerir. Kişi refleksif yanıtı yaşamamak için bunu presipite edecek şartlı uyarılardan uzak durur. Yani orijinal travmayı hatırlatan uyarılar, anksiyetesini arttırıp refleksif yanıtı (PTSD semptomları) ortaya çıkaracağından, bunlara karşı fobik bir korku duyar. Burada öğrenme modeli, anksiyeteyi intrapsişik çatışmanın ürünü olarak değil de, ruhsal bozukluğun primer motive edici gücü olarak görmesiyle, psikodinamik teorilerden ayrılır(42).

Travma Sonrası Ruhsal Durumu Etkileyen Faktörler

Son yıllarda farklı ekollerden çalışmacılar, travmanın bireyin ruhsal yapısı üzerine etkileri konusunda detaylı, kapsayıcı, interaksiyonel (karşılıklı etkileşime dayalı) bir posttravmatik adaptif davranış modeli geliştirmenin önemini vurgulamaktadırlar. Green, Wilson ve Lindy (1985); Figley (1985), Horowitz (1986), Lazarus (1985) gibi bir çok değerli araştırmacının bu alanda önemli

çalışmaları olmuştur. Ortaya konulan interaksiyonel modellere göre, bireysel özellikler, travmanın özellikleri ve sosyal çevre gibi farklı faktörler, travmatik olaya verilen ruhsal, fiziksel tepkilerde önemli rol oynamaktadır.

Bireysel özellikler: Bir çok araştırmaya göre, çok gençler ve yaşlıların travmaya dayanma güçleri, orta yaşta olanlara göre daha azdır(43,44). Çocukların, travmanın fiziksel ve emosyonel etkilerine dayanmak için gerekli savunma mekanizmalarını yeterince geliştiremediği söylenebilir. Aynı şekilde yaşlı insanlar da genç erişkinlerle karşılaştırıldığında, daha kısıtlı dayanma güçleri ve travmanın etkileriyle mücadele edebilmek için daha az esneklikleri vardır.

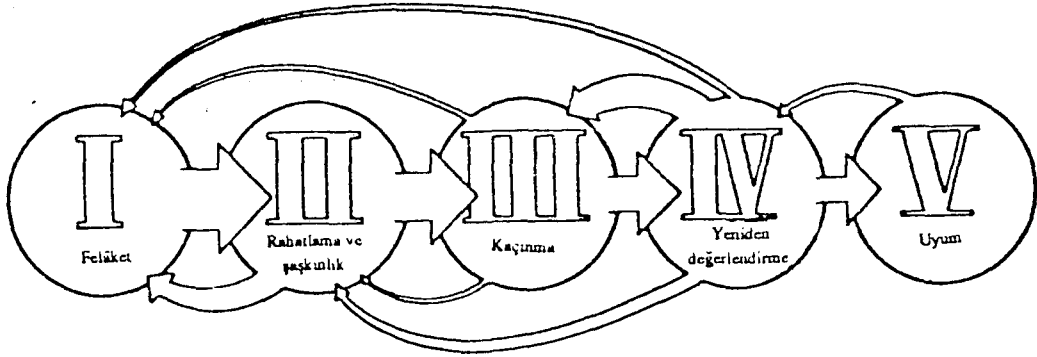
Travma öncesi bir ruhsal bozukluğun olması, kişide travmatik olayın yarattığı ruhsal etkileri arttırır. Bazı çalışmalara göre posttravmatik Psikopatolojide rol oynayan en önemli faktörlerden biri de psikiyatrik öykü ve premorbid kişilik yapısıdır(45). Özellikle travma öncesi depresif bozukluğu olan kişiler, travma sonrası depresyon açısından yüksek risk grubudur(46).

Vietnam'da çarpışan ama, PTSSB geliştirmeyen bir gurup askerin katıldığı bir çalışmada, bu askerlerin bazı ortak kişilik ve davranış özellikleri gösterdikleri belirtilmiştir(47). Bunlar özetle; a) Çok gerilimli durumlarda soğuk kanlı hareket edebilen, emosyonel denetimleri güçlü kişilerdir. Tümü, savaşta yapılan impulsif hareketlerin, üstlerince kahramanlık olarak değerlendirilse de doğru olmadığını belirtmişlerdir. b) PTSSB geliştiren askerler için savaş; genellikle kendilerinin hiçbir şekilde denetleyemedikleri, anlam veremedikleri kaotik bir yaşantıdır. Oysa PTSSB geliştirmemiş

bu gurup, en sıcak çatışma koşullarında bile üstlerinin emirlerini, kendilerinin ve arkadaşlarının yaşamlarını gereksiz tehlikeye atacaksa uygulamayabilmişlerdir. Bu, basit bir otoriteye başkaldırının ötesinde insanların kendi yargılarına güvenlerinin ve inisiyatif kullanabilme yeteneklerinin göstergesidir. c) Vietnam muhاریlerinde sıkça görülen korkuyu inkâr eden, çatışmada korku duymayı utanç verici bulan tutumdan farklı olarak, bu gurubun, korkuyu, kendisi ve diğerleri için kabul ettiği ve bu duygusundan ötürü utanç duymadığı gözlenmiştir. Tahmin edilebileceği gibi, travmanın ve travma sonrası gelişen semptomların kognitif yorumu, maskülen, omnipotan, etkilenmezlik iddiasındaki kişinin idealize benlik imajını daha derinden etkileyip sarsacaktır. d) PTSSB geliştirmeyen gurubun önemli bir ortak özelliği de, savaşta sivil halka ve savaş esirlerine karşı saldırgan bir tutum almamış olmalarıdır. Travmatik yaşantı sırasında yapılanlara değin suçluluk duygusunun, travma sonrası ruhsal durum üzerine olumsuz etkisi olduğu gözönüne alınırsa, bu önemli bir noktadır.

Belirleyici tek faktör olmamakla birlikte Figley'in de vurguladığı gibi, bireysel özelliklerin travmatik olaydaki rolü çok önemlidir. Bu rol, hareketsiz, çaresiz kalma, kontrolünü yitirme şeklinde pasif olarak, veya stresörü değiştirebilme, başa çıkma çabası gösterme şeklinde aktif olarak yaşanabilir. Her travmatik yaşantıda belli bir birey-çevre etkileşimi vardır. Bu çerçevede birey, denetimi elinde bulundurabilmeyi ve çaresizliğe düşmemeyi başarabilir(48).

Şekil:I- Travma Sonrası Ruhsal İyileşme Dönemleri (Figley, 1985)



Felaket (catastrophe) dönemi, kurbanın subjektif yargısına bağlı olan, güvende olma duygusu oluşuncaya kadar sürer.

Rahatlama ve Şaşkınlık (Relief and Confusion) döneminde rahatlama geçici niteliktedir. Fakat şaşkınlık dönemi, "ne oldu, neden oldu, bu olayın sonuçları neler olabilir?" sorularıyla sürer.

Kaçınma (Avoidance), geçici olarak anksiyete semptomlarını hafifleten bir başa çıkma yöntemidir. Birey içe kapanır, çevreyle ilişkileri azalır. Yeniden değerlendirme (Reconsideration) döneminde ise kurban, etkilerinden kurtulmak için travmayla hesaplaşmaya hazırlanır. Bazıları için bu, yaşamları boyunca süren fakat son dönem olan "uyum" a ulaşamayan bir mücadeledir. Bu kişiler, genellikle kaçınma döneminde takılıp kalırlar. Ancak bazıları da sosyal, kişisel, ekonomik vb. kaynaklar yardımıyla veya erken terapötik müdahale ile uyum (adjustment) dönemine ulaşabilir. Özellikle son dönemde aşağıdaki beş temel soruya kendisini tatmin edebilen yanıtlar veren kurban, travmanın etkilerinden kurtulur. Bu tatminkâr yanıtlar, travmatik yaşantıyı belli bir perspektife

yerleştirmesini, travma ve travmaya bağlı stresi etkisizleştirmesini sağlar. Kurbanın yanıt aradığı beş temel soru şunlardır:

1. Ne oldu?
2. Neden oldu?
3. Neden o şekilde davrandım?
4. Neden böyle davranmaktayım?
5. Felaket tekrar olursa ne yaparım?

Kısaca, uyuma giden yolda yaşananlar, kurbanın, yukardaki sorulara yanıt aradığı ve travmanın tüm boyutlarıyla irdelendiği yavaş ilerleyen bir süreçtir diyebiliriz(48).

Travmanın zellikleri

PTSB'nun oluşumunda çeşitli travmalar etkili olabilir. Ancak bunlar, insanların genellikle normal olarak değerlendirdikleri sınırın ötesinde olmalıdır. Bu koşul, iş hayatındaki başarisızlıklar, evlilik sorunları, boşanma, sevilen birinin kaybı ve kronik hastalıklar gibi durumları dışlamayı getirir(49). PTSD'na yol açabilen stresörleri özetlersek, doğal afetler (sel, deprem, volkanik patlama vb.), insanların kazara yarattıkları felaketler (endüstriyel kazalar, taşıt kazaları, yangınlar), insanların bilinçli olarak yarattıkları feaketler (lm kampları, işkence, bombalama,savaşlar), bu olayların çoğunda, kazalar, işkence, ırza tecavüzde olduğu gibi fiziksel travma da söz konusu olur. Ancak yoğun korku, çaresizlik, kontrolünü kaybetme, yok olma hislerini içeren psikolojik komponent, hemen her zaman vardır. Travma, işkence, ırza tecavüz, ev kazalarında olduğu gibi tek başına, veya doğal felaketler, esir kampları, savaşlar gibi kitlesel olarak yaşanabilir. Bireysel olarak yaşananlar, gurup psikolojisi içinde, kitlesel olarak yaşananlardan

ruhsal anlamda daha sarsıcı, tahrip edicidir(50). Yaşanan travmatik olayın şiddeti ve süresi, olay sonrası ruhsal durum üzerine çok etkilidir. Örneğin, savaş esiri olarak kalma süresi uzadıkça ruhsal belirtilerde de artış olduğu saptanmıştır(51). Kore savaşında Korelilerce ve II. Dünya savaşında Japonlarca esir alınan askerlerde, diğer savaşlarda esir düşenlere göre daha fazla psikopatoloji gözlenmiştir. Bu durum, esirlere karşı tutum ve esir kamplarının koşullarıyla açıklanabilir(52). Savaş esirleri üzerinde yapılan bir başka çalışmada, araştırmacılar, eğer travmatik olay çok şiddetli ise kişilerin sosyodemografik farklılıklarının, etkilenme dereceleri açısından koruyucu önemi olmadığını bildirmişlerdir(53). Yine PTSSB geliştirme riskinin, savaşta silahlı çatışmaya girme sıklığı ve savaş sonrası gündelik yaşam stresiyle doğrudan ilişkili olduğu bildirilmiştir(54,55).

Sosyo - kültürel özellikler

Sosyal desteğin olup olmaması, PTSSB ve travma sonrası oluşan diğer ruhsal bozuklukların gelişimini, şiddet ve süresini etkiler. İyi sosyal destek gören kişilerin, bu bozuklukları şiddetli geçirmesi düşük olasılıktır. Ağır travmatik bir olay yaşamış bireyin üyesi olduğu aile, gurup, toplum ve kültürün, o kişinin uyumu ve ruh sağlığı açısından önemi, bir çok çalışmada belirtilmiştir(55,56,57). Travmanın etkilerinden kurtulmada, çocukluk dönemindeki ailesel özellikler yanında, travma sonrası ailenin tutumu, anlayışı, destek gücü ve travmatik olaya toplumun bakışı oldukça önemlidir(58,59,60).

Bireyin, travmatik olayın nedenlerine, hangi amaçlar için bunu göze alıp yaşadığına, kendi ruhsal ve fiziksel bütünlüğünü korumak

için yaptıklarının veya yapmadıklarının doğru olup olmadığına verdiği yanıtlar, travma sonrası uyumu ve ruhsal dengesi açısından önemlidir. Ayrıca, toplumun, çevresindekilerin bu sorulara nasıl yanıt verdiği ve bu kişiyi nasıl karşıladığının, ruhsal sağlığı açısından büyük önemi vardır. Örneğin Vietnam'dan dönen askerlerde PTSS'nun ve diğer ruhsal bozuklukların sık görülmesinin(61,62) temel nedenlerinden biri, bu askerlerin ve ABD toplumunun yukardaki sorulara verilecek tatmin edici yanıtlarının olmamasıdır. Vietnam muhariplerinden büyük kısmı, kendilerini çaresiz, ümitsiz, kişiliksiz, güçsüz, itilmiş ve bu savaşa anlam verme çabasından bitkin düşmüş olarak tanımlamaktadırlar. Ayrıca bu insanlarda, savaşla ilgili fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşantıların sonucu ortaya çıkan ve tekrar elde edilemeyecek pek çok değeri yitirme hissi vardır. Bir çoğu, kimliklerini, gençliklerini, saflıklarını ve tanrıya, adalete, otoriteye, hükümete inançlarını Vietnam'da yitirdiklerini belirtmişlerdir. 58.000 askerin öldüğü 300.000'inin yaralandığı bu savaşta, tüm dünyanın ve kendi toplumlarının gözünde yenik ve aşağılanmış bir ordunun üyesi olan bu insanlar, hala nedenleri net olarak açıklığa kavuşmamış kanlı bir savaşın, travmanın kurbanlarıdır(63). İlginç bir nokta da II. Dünya savaşı muhariplerinde rastlanan posttravmatik reaksiyonların, Vietnam'da savaşanlarda görülenlerden daha hafif olmasıdır(63).

PTSS'nun Klinik özellikleri

PTSS'da en belirgin klinik özellikler, gerilim, sıkıntı, travmatik olayın tekrar tekrar yaşanması, tepki vermede veya çevreyle ilişkilerde azalma ve otonomik, fobik, depresif semptomların varlığıdır. PTSS, travmatik olayın ardından herhangi bir zamanda

gelişebilir. Bir çok kişide, bozukluk, olaydan saatler veya günler sonra ortaya çıkar. Ancak travmatik yaşantıdan 30 yıl sonra ortaya çıkan PTSSB olguları da bildirilmiştir(64). PTSSB'da, hastanın korku içinde uyandığı tekrarlayan rüyalar, belki de olayın tekrar tekrar yaşanmasının en sık rastlanan şeklidir(65). Bazı hastalar unutma çabalarına rağmen, olayı, ani şekilde hatırlamaktan yakınırılar. Ayrıca hayali olarak yaşanan olaya davranışsal tepkilerin verildiği disosiyatif epizodlar da görülebilir(66).

PTSSB'da hemen hemen her zaman bir tepki azalması veya tutukluğu görülür. Bu duruma, psikik uyuşma denilebilir. Hasta, genellikle bu tepki azalmasını, travma öncesi durumuyla belirgin bir farklılık olarak tanımlar. Bir çok hasta, diğer insanlardan uzaklaşmış, kopuk olduğundan veya yaptığı işlerden zevk alamadığından yakınır. Daha ağır durumlarda ise, her türden coşkuyu yaşama yetisini yitirdiğinden, özellikle içtenlik, hırs, cinsellik gibi duyguların yetersizliğinden yani bir depresyon halinden yakınırılar(67,68). PTSSB'da sık görülen öfke, depresif ruh hali ve suçluluk hisleri, intihar ve intihar girişimlerine yol açabilir. Bu hastalar, intihar açısından oldukça riskli bir gruptur(69).

PTSSB geliştiren bir çok kişide, yaşamda kalma, kurtulma suçluluğu (surviving guilt) görülür. Bu, diğerlerinin acı çekmesine veya ölmesine rağmen kendisinin hayatta kalmasına, kurtulmasına veya hayatta kalmak için yaptıklarına bağlı olarak ortaya çıkar(70). Örneğin, bir esir kampında yöneticilerle işbirliği yaparak hayatta kalan, zarar görmeyen kişide suçluluk duygusu, hatta PTSSB görülmesi riski daha yüksek olacaktır(47) Orijinal travmayı anımsatacak uyaranlardan kaçma, bir çok sosyal işlevi kısıtlayacak fobik bozukluklara dönüşebilir(71). Özellikle işkence sonrası gelişen

yeme bozukluklarına rastlanmıştır(72). Bazı olgularda PTSS semptomlarının, herhangi bir tedavi görmeden geçtiği bilinmektedir. Ayrıca bazı semptom grupları, daha hızlı iyileşirken, bazıları inatçıdır. Örneğin, kabuslar, uyku bozukluğu, irkilme gibi semptomlar daha çabuk kaybolur ama, depresif semptomlar, içe kapanma, çevreye ilgisizlik, kaçınma gibi semptomlar daha dirençlidir(73).

Tedavi

PTSS'da tedavi, semptomları hafifletmeyi ve kronik kısıtlılıktan hastayı kurtarmayı, mesleki ve sosyal rehabilitasyonu sağlamayı amaçlar. Hasta ve terapist için bir çok zorlukları olan ve özel bilgi, eğitim gerektiren PTSS tedavisinde, davranışçı teknikler, farmakoterapi ve psikoterapinin çeşitli formları kullanılır. Burada özellikle işkence sonrası gelişen ruhsal bozuklukların tedavisinde uyulması gereken temel ilkelere değinmek sanırım yeterli olacaktır.

1. Tedavi kurumunda çalışanlar, beyaz önlük yerine günlük giysiler giymeli ve birbirlerine mesleki ünvanlarıyla değil de isimleriyle hitap etmelidirler. Bazı ülkelerde işkenceciler, beyaz önlük giyip, kurbanlarından kendilerini "doktor" diye çağırmalarını istediklerinden, bir çok hasta, hekim veya diğer personeli düşman gibi görebilir.
2. İşkence görenlerin tedavisiyle ilgilenen kişiler, işkenceyi veya sorguyu anımsatan herhangi bir uyarının şiddetli anksiyeteye neden olabileceğini unutmamalıdır.
3. İşkence görme nedenleri ne olursa olsun, bu kişilerin, geçmişte yaşadıkları olaylar nedeniyle, güvenlerini kazanmak, terapistin uzun zamanını alabilir. Özellikle

- otoriteden nefret duyguları nedeniyle, her tür bağımlılık hissi, hastanın paniğe kapılmasına yol açabilir.
4. Terapistin, yerine getiremeyeceği sözler vermemesi çok önemli bir noktadır. Bu kişilerin güven duygusu çok kırılgandır ve terapistin bu konudaki herhangi bir hatası terapötik ilişkiyi bozabilir.
 5. PTSS'nun tedavisindeki önemli zorluklardan biri de, hastaların, "flashback" semptomları sırasında yanlarında konuşabilecekleri birisinin olmasının gerekliliğidir. Çünkü hasta, bu epizodlarda paniğe kapılır ve intihar eğilimleri belirginleşebilir. Bu nedenle terapist, diğer tedavilerde olduğu gibi hastayla haftada bir-iki kez görüşerek tedaviyi sürdüremez. Daha sık ve uzun seansların dışında, hastaya yalnız olmadığını hissettirecek telefon konuşmaları da önemlidir. Ayrıca, görüşmeler arasında geçen süreyi kolaylaştırmak için, hastanın günlük tutması, duygularını söze dökerek banta kaydetmesi önerilebilir.
 6. Çok farklı sosyo-ekonomik, kültürel, politik geçmişlere sahip olan hastaların, duygularını dışavurum biçimlerindeki farklılıklar, gözardı edilmemelidir(74).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma Aralık 1989 - Mayıs 1990 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma kapsamına, İnsan Hakları Derneği Genel Merkezi ve Ankara Şubesi'ne işkence gördüklerini belirterek başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 35 kişiden 28'i alınmıştır. Araştırma popülasyonumuza, İnsan Hakları Derneği aracılığıyla ulaşmayı seçmemizde etkili olan nedenleri şöyle sıralayabiliriz:

- a. Derneğin, özellikle işkence gören kişilerin sıklıkla başvurduğu sivil bir kurum olması.
- b. Siyasi nedenlerle işkenceye uğramış kişilerde görülmesi doğal olan şüphe ve tedirginliği, bu yolla en aza indirebileceğimiz inancı.
- c. Bu kişilerin, ruhsal şikayetleri nedeniyle tedavi merkezlerine başvuran işkence kurbanlarına göre, işkenceye uğramış geniş kitlenin ruhsal durumunu daha iyi yansıtacağı düşüncesi.

Araştırmaya katılan kişilere, kendilerine verilen anket formu ve ölçekleri tek başlarına doldurmaları, isim verip vermemekte serbest oldukları bildirilmiştir.

Olguların ruhsal belirti düzeylerinin karşılaştırmalı değerlendirilmesinde kullanılan kontrol grubu, sağlık personeli, tıp fakültesi öğrencileri ve hasta ziyaretçileri arasından seçilmiş 30 kişiden oluşturulmuştur. Bu kişilerin seçiminde, araştırma grubumuza yaş ortalaması ve cinsiyet dağılımı uygunluğu dışında son bir yıl içinde ruhsal veya fiziksel hastalık nedeniyle doktor

veya hastaneye başvurmamış olmaları ve herhangi bir kronik fiziksel, mental hastalıklarının bulunmaması koşulları gözönüne alınmıştır. Ayrıca olgular, PTSS olup olmaması, cinsiyetleri, gördükleri işkencenin süresi, şiddeti, gözaltı veya cezaevinde kalma süreleri gözönüne alınarak gruplara ayrılmış ve gruplar, kendi aralarında karşılaştırılmışlardır. Bu karşılaştırmalar, "Student t testi" istatistik yöntemi kullanılarak yapılmıştır(75).

Araştırmada veri toplama aracı olarak aşağıdaki ölçekler ve bir anket formu kullanılmıştır.

1. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

SCL-90-R'nin hazırlanmasında temel alınan ölçek, "Hopkins Belirti Listesi (HSCL)"dir. Ancak bir çok uygulamadan sonra HSCL'nin yetersiz ve aksayan yönleri ortaya çıkmış ve Johns Hopkins Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikometrik Araştırmalar Bölümünden Derogatis ve arkadaşları tarafından gözden geçirilmiştir(76). SCL-90 adıyla bir süre kullanılan bu yeni ölçek, 1976 yılında Derogatis ve arkadaşlarınca tekrar gözden geçirilerek bu araştırmada kullanılan SCL-90-R ölçeği (Ek-6) hazırlanmıştır. Ülkemizde de bu ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ruhsal belirti ölçme aracı olduğu kabul edilmektedir(77,78). Bireyin yakın zaman içindeki ruhsal belirti durumunu ölçen SCL-90-R'nin geniş bir kullanım alanı vardır. Çok çeşitli insan gruplarına uygulanabilir. Çeşitli travmatik yaşantılar ardından ve işkence sonrası ruhsal durum değerlendirmesinde de kullanılmıştır(79,80). Özellikle 25 sorudan oluşan HSCL'nin "indochinese" versiyonu, bu alandaki araştırmalarda en sık kullanılan ölçeklerdendir(81,82).

SCL-90-R, 90 sorudan oluşur. Her soru için 0-4 arasında beş

dereceli bir ölçüm sistemi geliştirilmiştir. Son bir ay içindeki belirtileri "hiç yok" la "ileri derecede" arasında puanlamak mümkündür. On bölümden oluşan SCL-90-R'de dokuz temel ve bir değişik semptom maddelerini içeren ek maddeler bölümü vardır. SCL-90-R'nin ayrıştırabildiği 9 temel semptom boyutu şunlardır:

1) Somatizasyon 2) Obsesif-Kompulsif semptomlar 3) Kişilerarası duyarlılık 4) Depresyon 5) Anksiyete 6) Öfke-Düşmanlık 7) Fobik Anksiyete 8) Paranoid düşünce 9) Psikotizm. Bu semptom boyutlarının, ayrı ayrı puanlanarak değerlendirilmesinin yanında, tek bir puan üzerinden yorum yapılmak istendiğinde Genel Semptom İndeksi (GSI) gibi tek bir değer de kullanılabilir.

2. Zung Depresyon Ölçeği

Bu ölçek, 20 maddelik bir listeden oluşur (Ek-7) Her madde, depresyonun özel bir niteliği ile ilişkilidir. Bu maddelerden her biri, 4 ayrı derecede yanıtlanabilir. Bu ölçekle, depresyonun varlığı veya yokluğu yanında, dört farklı düzeyde (Normal, Hafif, Orta ve Şiddetli) şiddeti de tahmin edilebilir. Bu ölçekten alınan skor, 50'nin altında ise, "Normal sınırlar içinde", 50-59 arasında "Hafif", 60-69 arasında "Orta", 70'in üzerinde ise "Şiddetli" düzeyde depresyon olarak değerlendirilir(83).

3. Posttravmatik Stres Bozukluğu Sorgulama Formu

PTSB'nun ölçümünde çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Bunların belli başlıları "Impact of Event Scale", "PTSD subscale of the MMPI", "Mississippi scale for Combat-related PTSD", "Vietnam Era Stress Inventory" gibi ölçeklerdir(84). Bu ölçeklerin, geçerlilik, güvenilirlik testleri ülkemizde henüz yapılmamıştır. Bu nedenle, araştırmamızda, Cord'un 1981 de(85), Solomon ve arkadaşlarının

1987 de(86), DSM-III'ün PTSS tanı ölçütleri temelinde geliştirdikleri iki sorgulama formunun hazırlanışındaki yöntem örnek alınmış ve yeni bir PTSS sorgulama formu hazırlanarak kullanılmıştır^{Ek}(8). "Hiç yok" tan "ileri derecede var" a kadar 5 dereceli yanıt verilebilen 18 soru içeren bu form, diğer iki orijinal sorgulama formlarını hazırlayanların da belirttiği gibi, PTSS semptomları hakkında kabaca bilgi vermektedir. Değerlendirmede "orta derecede", "fazla", "çok fazla" seçeneklerinin işaretlendiği sorular pozitif yanıt olarak kabul edilmiştir. Elde edilen bilgiler, DSM-III-R'nin PTSS tanı ölçütleri çerçevesinde değerlendirilerek, olgular (PTSS -) ve (PTSS +) olarak gruplanmıştır.

4. Anket Formu

Araştırmada kullanılan 15 soruluk anket formu, olguların sosyodemografik özellikleri yanında, işkence öyküleriyle ilgili bilgiler almak üzere hazırlandı. Özellikle işkence öyküleriyle ilgili sorular, Uluslararası Af Örgütü tarafından geliştirilmiş protokol(87) ışığında düzenlendi (Ek-5).

Araştırmaya katılanların işkence gördükleri tarihle, araştırma formlarını doldurdukları tarih arasındaki sürenin, çok değişiklik gösterebileceği düşünülerek olgulardan, anket formu dışındaki ölçekleri farklı iki zaman kesiti için doldurmaları istendi.

1. İşkence gördükleri tarihten hemen sonraki ilk 6 ay içindeki ruhsal durumlarını göz önüne alarak,
2. Formları doldurdukları gün dahil son 1 ay içindeki ruhsal durumlarını göz önüne alarak.

Bu iki farklı dönem için bilgi alınmış, ancak, değerlendirmeler ve yorumlarda, olguların son 1 ay için verdikleri bilgilere ağırlık

verilmiştir. Bunun temel iki nedeni vardır. Birincisi, ölçeklerin, bireyin yakın zamandaki ruhsal belirti düzeyini ölçmeye daha uygun olmaları, ikincisi ise, hatırlanarak verilen bilgilerin eksik, abartılı veya yanlış olma riskini daha fazla taşımalarıdır. Ancak şunu da vurgulamak gerekir ki, işkence gibi bir travmanın hemen ardından her olguyla görüşmek ve belli aralıklarla ruhsal durum değerlendirmesi yapmak hemen hemen olanaksızdır. Bu da bir çok araştırmacıyı, hatırlamayla verilen bilgileri de kullanmak zorunda bırakmaktadır. Biz de handikaplarını göz önünde bulundurarak olgularımızdan işkence gördükleri tarihten hemen sonraki ilk 6 ay içindeki ruhsal durumlarıyla ilgili hatırlamalarına dayalı bilgileri de almayı uygun gördük.

BULGULAR

İşkencenin ruhsal etkilerini araştırmak amacıyla yapılan çalışmaya, 35 kişi katıldı. Bunlardan 28'i çalışma kapsamına alındı. 7 kişi, ölçekleri eksik doldurdukları için kapsam dışı bırakıldı. Tümü siyasi nedenlerle işkence gören 28 olgudan 17'si isim belirtti.

Araştırmaya katılanların 9'u kadın, 19'u erkekti. İşkence gördükleri tarihte en genci 17, en yaşlısı 35 yaşındaydı. Ortalama yaş 25 olarak bulundu. Araştırma formlarını doldurdukları tarihteki yaş ortalamaları, 29 idi. Olguların, işkence gördükleri tarihte üç ayrı yaş grubuna göre dağılımları Tablo-II'de gösterilmiştir.

Tablo II: Yaş Grupları

YAŞ	n	%
17-25	17	61
26-30	7	25
31-35	4	14

Olguların 11'i evli, 15'i bekâr, 2'si dul olduğunu belirtti. Tümü ilkokul düzeyinin üzerinde öğrenim görmüşlerdi. 2 kişi ortaokul, 6 kişi lise, 12 kişi yüksekokul mezunu iken, 8 kişi halen niversiteye devam etmekte idi.

İş durumları incelendiğinde, 10'u serbest meslek sahibi, 8'i ğrenci, 5'i memur, 3' işi, 2'si işiizdi.

Olgular, işkence gördükleri dönemle araştırmaya katıldıkları

tarihler arasında geçen süreye göre üç gruba ayrıldı:

I. grup, işkenceden 1 gün-6ay (ort=20 gün) sonra araştırmaya katılan 6 kişiden,

II. grup, işkenceden 7 ay-5 yıl (ort=1,5 yıl) sonra araştırmaya katılan 10 kişiden, ve

III. grup işkenceden 6 yıl-10 yıl (ort=7,5 yıl) sonra araştırmaya katılan 12 kişiden oluşuyordu.

Olgulardan 16'sı en az 1, en çok 15 gün süreyle göz altında tutulmuşlardı. Ortalama gözaltında kalma süreleri 13 gündü. 12'si ise, en az 4 ay en çok 6,5 yıl cezaevinde kalmıştı. Ortalama cezaevinde kalma süreleri 2 yıl 3 aydı.

Olguların kendilerine karşı uygulandığını belirttikleri işkence yöntemleri Tablo III'de verilmiştir.

Tablo III : Uygulanan İşkence Yöntemleri

	<u>N</u>	<u>%</u>
1. Gözleri bağlama	28	100
2. Tehdit, aşığılama, belli şeyleri söylemeye zorlama, küfür	28	100
3. Tıbbi bakımdan yoksun bırakma	24	85
4. Uykusuz bırakma	21	75
5. Sert cisimlerle (yumruk, cop, kumtorba vb.) gövde ve/veya cinsel organlara ve/veya başa vurulması	20	71
6. Aç bırakma(48 saatten uzun)	18	64
7. Hücrede tecrit (48 saatten uzun)	17	60
8. Elektrodlarla gövdeye ve/veya cinsel organlara, ağza elektrik verilmesi	17	60
9. Basıncılı soğuk suyla ıslatma	16	57
10. Zorla ayakta tutma (48 saatten uzun)	15	53
11. İşeme ve dışkılamayı önleme (tuvaleti kullanmaya izin vermeme)	15	53
12. Falaka	15	53

Tablo III (devamı)

	<u>N</u>	<u>%</u>
13. Susuz bırakma	14	50
14. İşkence gören başkalarını seyrettirme, dinletme	14	50
15. Asma (ters, düz veya filistin askısı)	13	46
16. İple ellerin, ayakların, vücudun bağlanması	10	35
17. Kulağa, başa sert cisimle sürekli vurulması	10	35
18. Cinsel organlara şiddet uygulanması, vagina veya makata sert cisimler sokulması, ırza tecavüz	9	32
19. Sahte idam işkencesi	5	17
20. Sigarayla yakma	3	10
21. Üzerine idrar, dışkı, çöp vb. maddeler dökme	3	10
22. Tedavi amacı dışında ilaç verme	3	10
23. Saçlarından asma	3	10

Tablo-III'de görülen çeşitli işkence yöntemleri farklı sıklıkta olmak üzere, 13 olgumuza en az 1 gün en çok 14 gün (ort=6 gün) süreyle, 15 olgumuza en az 15 gün en çok 70 gün (ort=15 gün) süreyle uygulanmıştı.

"İşkence sonrası tıbbi yardım gördünüz mü?" sorusuna olgularımızdan 16'sı "Hayır", 11'i "Ayaktan tedavi gördüm", 1'i de "Hastaneye yatırılarak tedavi gördüm." yanıtını vermişlerdir.

İşkence sırasında veya sonrasında kendilerini muayene eden hekim veya sağlık personelinin genel tutumunu, olgularımızdan 2'si "Ellerinden gelen ilgiyi gösterdiler.", 12'si "İlgisizdiler", 10'u da "İşkencecilerle işbirliği içindeydiler" şeklinde değerlendirmiştir.

"İşkence nedeniyle herhangi bir organınızda işlev kaybı, sakatlık, iz oldu mu?" sorusuna Olgularımızdan 13'ü olumlu yanıt vermiştir.

Posttravmatik Stres Bozukluğu ile ilgili veriler :

(PTSB +) olarak değerlendirilen 10 (%36) olgunun işkence tarihindeki yaş ortalaması 27 idi. Bu olgular araştırmaya katıldıkları tarihten en az 15 gün en çok 10 yıl (ort=3,5 yıl) önce işkence görmüşlerdi. Uygulanan işkencenin süresi en az 2 gün en çok 70 gün (ort=21 gün) olarak bulundu.

Araştırmaya katıldıkları gün dahil, son bir ay içindeki ruhsal durumlarını gözönüne alarak doldurdıkları PTSD Sorgu Formlarında en sık pozitif yanıt verilen ilk 10 semptom, Tablo-IV'de, işkence sonrası ilk 6 AY hatırlanarak yanıtlanan PTSD Formlarında en sık pozitif yanıt verilen ilk 10 semptom da Tablo-V'de verilmiştir.

Tablo IV: Son 1 AY İçin En Çok Pozitif Yanıt Verilen PTSD Semptomları

	<u>%</u>
1. Huzursuzluk veya öfke patlaması	74
2. İşkenceye değin anıların tekrar tekrar, aniden ve rahatsız edici şekilde hatırlanması	61
3. Söz konusu olaya benzer veya onu sembolize eden bir durumla karşılaşıldığında yoğun ruhsal gerginlik duyma	61
4. Uyarılara (gürültü, parlak ışık, dokunma vb.) karşı aşırı tepki verme	56
5. Dikkatini toplamada güçlük	52
6. Aşırı uyanıklık, tedirginlik, huzursuzluk, her an kötü birşeyler olacakmış gibi bir his	48
7. İşkence ile ilgili düşünce ve duygulardan kaçınma çabası	48
8. Uykuya dalmada veya uykuda kalmada güçlük	43
9. Söz konusu olay veya olaylara değin bir unsuru çağrıştıran veya sembolize eden bir durumla karşılaşıldığında fiziksel rahatsızlık duyma (çarpıntı, terleme, nefes darlığı, bulantı gibi)	43
10. Kendini diğer insanlardan izole, kopuk ve onlara yabancılaşmış hissetme	39

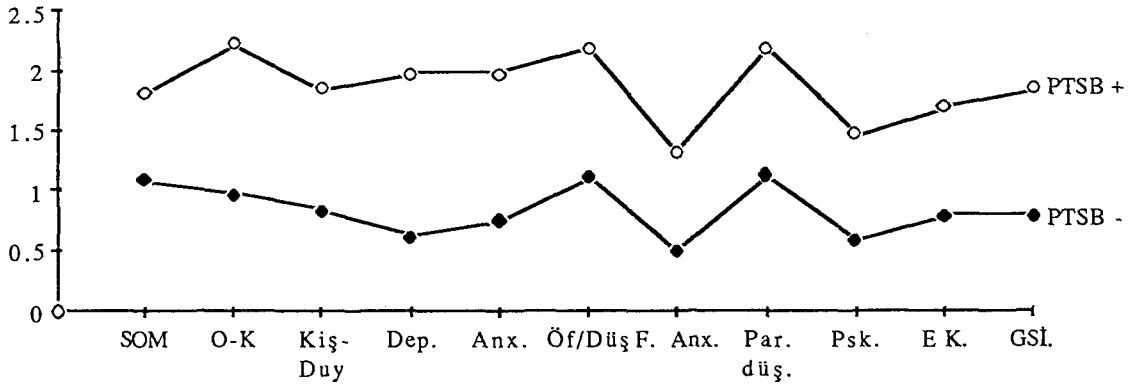
Tablo V: İşkence Sonrası İlk 6 AY İçin En Çok Pozitif Yanıt Verilen PTSD Semptomları.

	<u>%</u>
1. İşkenceye değin anıların tekrar tekrar, aniden ve rahatsız edici şekilde hatırlanması	82
2. Sözkonusu olaya benzer veya onu sembolize eden bir durumla karşılaşıldığında yoğun ruhsal gerginlik duyma	82
3. Dikkatini toplamada güçlük	71
4. Aşırı uyanıklık, tedirginlik, huzursuzluk, her an kötü birşeyler olacakmış gibi bir his	71
5. Huzursuzluk veya öfke patlamaları	68
6. Sözkonusu olay veya olaylara değin bir unsuru çağrıştıran veya sembolize eden bir durumla karşılaşıldığında fiziksel rahatsızlık duyma (çarpıntı, terleme, nefes darlığı, bulantı gibi)	68
7. Uyarılara (gürültü, parlak ışık, dokunma vb.) karşı aşırı tepki verme	64
8 Uykuya dalmada veya uykuda kalmada güçlük	64
9. İşkence ile ilgili düşünce ve duygulardan kaçınma çabası	64
10. Geleceğe dönük beklentilerde karamsarlık, uzun erimli hiçbirşey düşünememe, planlayamama	57

(PTSB +) olarak değerlendirilen olguların (PTSB -) olgularla SCL-90-R belirti dağılımları karşılaştırıldığında (PTSB +) olguların ruhsal belirti düzeyleri tüm boyutlarda yüksek bulunmuştur. Ayrıca depresyon belirti boyutları açısından iki grup arasında istatistiki olarak önemli farklılık saptanmıştır (Tablo-VI). Her iki grubun ruhsal belirti profilleri Grafik-I'de gösterilmiştir.

Tablo VI: PT SB + ve PT SB - Olguların Son 1 AY İçin Ruhsal Belirti Dağılımları.

SCL-90-R	PT SB + n=10		PT SB - n=18		t
	X	SD	X	SD	
SOM	1.81	(0.95)	1.09	(0.55)	ns
O-K	2.23	(1.02)	0.98	(0.93)	ns
Kiş-Duy	1.85	(0.73)	0.83	(0.62)	ns
Dep.	1.98	(0.83)	0.62	(0.57)	p<0,05*
Anx.	1.98	(0.98)	0.75	(0.69)	ns
Öf/Düş.	2.20	(1.09)	1.12	(0.87)	ns
F. Anx.	1.32	(0.58)	0.50	(0.47)	ns
Par. düş.	2.20	(1.14)	1.13	(0.79)	ns
Psk.	1.47	(0.71)	0.59	(0.53)	ns
EK.	1.70	(0.81)	0.80	(0.66)	ns
GSI.	1.85	(0.80)	0.80	(0.59)	ns

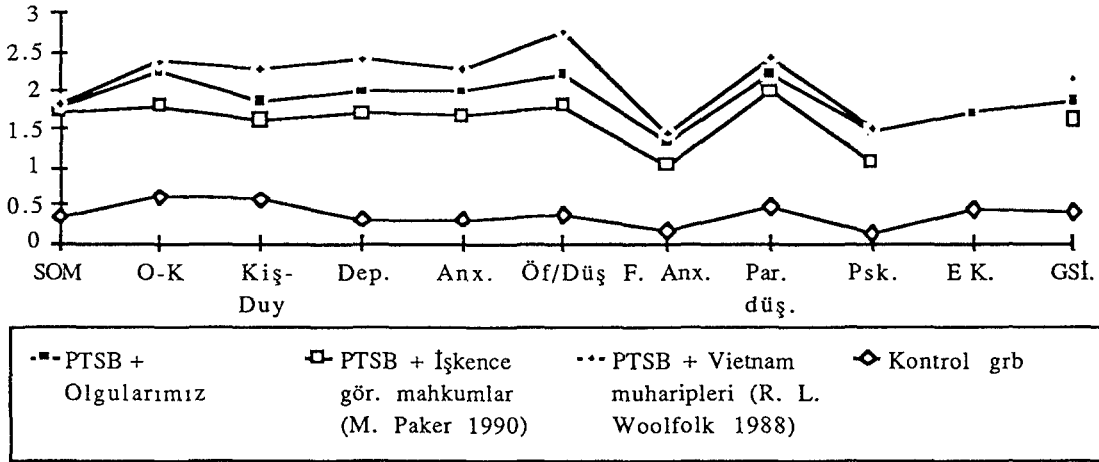


Grafik I: PT SB + ve PT SB - Olguların Ruhsal Belirti Profili.

Grafik-II'de (PT SB +) 27 Vietnam muharibi(88) ve (PT SB +) 156 işkence görmüş mahkumun(89) ruhsal belirti profilleri verilmiştir. (PT SB +) Vietnam muhariplerinin ruhsal belirti düzeyi en yüksekken, olgularımızın belirti düzeyi iki grubun arasındadır.

Tablo VII : PTSB + Üç Ayır Grubun Ruhsal Belirti Dağılımı.

SCL-90-R	C. Kaptanoğlu 1991 PTSD + n = 10		M. Paker 1990 PTSD + n = 73		R. L. Woolfolk 1988 PTSD + n = 27		Kontrol Grubu n = 30	
	x	SD	x	SD	x	SD	x	SD
SOM	1.81	(0.95)	1.73	(0.86)	1.84	(0.83)	0.36	(0.31)
O-K	2.23	(1.02)	1.81	(0.74)	2.36	(0.73)	0.60	(0.36)
Kiş-Duy	1.85	(0.73)	1.59	(0.75)	2.29	(0.73)	0.58	(0.38)
Dep.	1.98	(0.83)	1.71	(0.74)	2.41	(0.73)	0.33	(0.21)
Anx.	1.98	(0.98)	1.66	(0.82)	2.29	(0.85)	0.32	(0.29)
Öf/Düş.	2.20	(1.09)	1.79	(0.82)	2.77	(0.90)	0.39	(0.33)
F. Anx.	1.32	(0.58)	1.04	(0.60)	1.44	(1.03)	0.16	(0.15)
Par. düş.	2.20	(1.14)	2.00	(0.76)	2.44	(0.98)	0.48	(0.44)
Psk.	1.47	(0.71)	1.07	(0.64)	1.51	(0.71)	0.13	(0.11)
EK	1.70	(0.81)	-	-	-	-	0.46	(0.38)
GSI.	1.85	(0.80)	1.61	(0.60)	2.16	(0.63)	0.43	(0.26)



Grafik II : PTSB + Üç Ayır Grubun Ruhsal Belirti Profilleri.

Zung Depresyon Ölçeği verileri :

Tablo-VIII'de verilen değerler gözönüne alındığında olgulardan 12'sinde(%43) depresyon görülmezken (SDS<50), 16'sında(%57) değişik düzeylerde depresyon saptanmıştır (SDS>50).

İşkence gördükleri dönemle Zung Depresyon ölçeğini doldurdıkları tarih arasında geçen süre açısından üç gruba ayrılan olguların, son 1AY için Depresyon düzeyleri Tablo VIII'de verilmiştir. Bu üç grup arasında istatistiki olarak önemli fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo VIII: İşkence Tarihinden sonraki Üç Farklı Dönemde Araştırmaya Katılmış Olguların Zung Depresyon Ölçeği Puanları.

ZUNG Dep. Ölç. SDS	İşk. den Ort=20 gün son. n=6	İşk. den Ort=1.5 yıl son. n=10	İşk. den Ort=7.5 yıl son. n=12
50	1	5	6
50-59	2	2	4
60-69	2	2	1
70 - (+)	1	1	1

Olguların, son 1 aylık ve hemen işkenceden sonraki ilk 6 aylık dönemler için aynı ölçekten aldıkları skorlar karşılaştırıldığında (Tablo IX), işkenceden hemen sonraki ilk 6 aylık dönemde depresyon düzeyinin istatistiki olarak önemli düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Tablo IX: Son 1 AY ve İşkence Sonrası ilk 6 AY İçin Zung Depresyon Ölçeği Puanları.

SON BİR AY İçin SDS n=22	ORT (m) : 51.50 SD : 13.3
İşk. Sonrası İlk ALTI AY İçin SDS n=28	m : 59.39 SD : 12.62

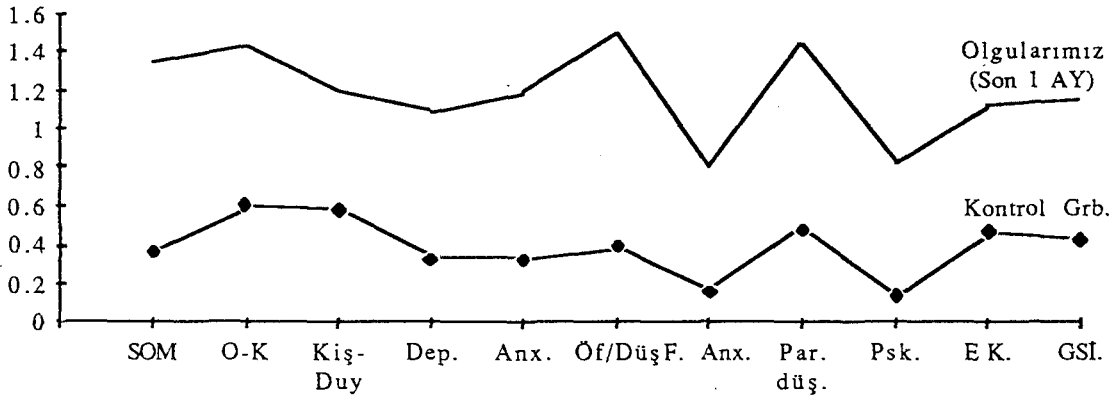
t ist = 2.16 SD = 48 p<0.05* (önemli fark var)

Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) verileri :

Olguların son 1 AY için SCL-90-R skorları, kontrol grubunun skorlarıyla karşılaştırıldığında (Tablo X), tüm semptom boyutlarında istatistiki olarak önemli bir farklılık bulunmuştur (p<0,001). Her iki grubun ruhsal belirti profilleri Grafik-III'de gösterilmiştir.

Tablo X : Olguların ve Kontrol Gurubunun Son 1 AY İçin Ruhsal Belirti Dağılımları.

SCL-90-R	Son 1 AY n=28		Kontrol Grp. n=30		t
	X	SD	X	SD	
SOM	1.35	(0.71)	0.36	(0.31)	p<0,001
O-K	1.43	(0.81)	0.60	(0.36)	p<0,001
Kiş-Duy	1.19	(0.74)	0.58	(0.38)	p<0,001
Dep.	1.08	(0.79)	0.33	(0.21)	p<0,001
Anx.	1.19	(0.75)	0.32	(0.29)	p<0,001
Öf/Düş.	1.50	(0.84)	0.39	(0.33)	p<0,001
F. Anx.	0.80	(0.70)	0.16	(0.15)	p<0,001
Par. düş.	1.45	(0.80)	0.48	(0.44)	p<0,001
Psk.	0.83	(0.63)	0.13	(0.11)	p<0,001
EK	1.12	(0.70)	0.46	(0.38)	p<0,001
GSİ.	1.17	(0.64)	0.43	(0.26)	p<0,001



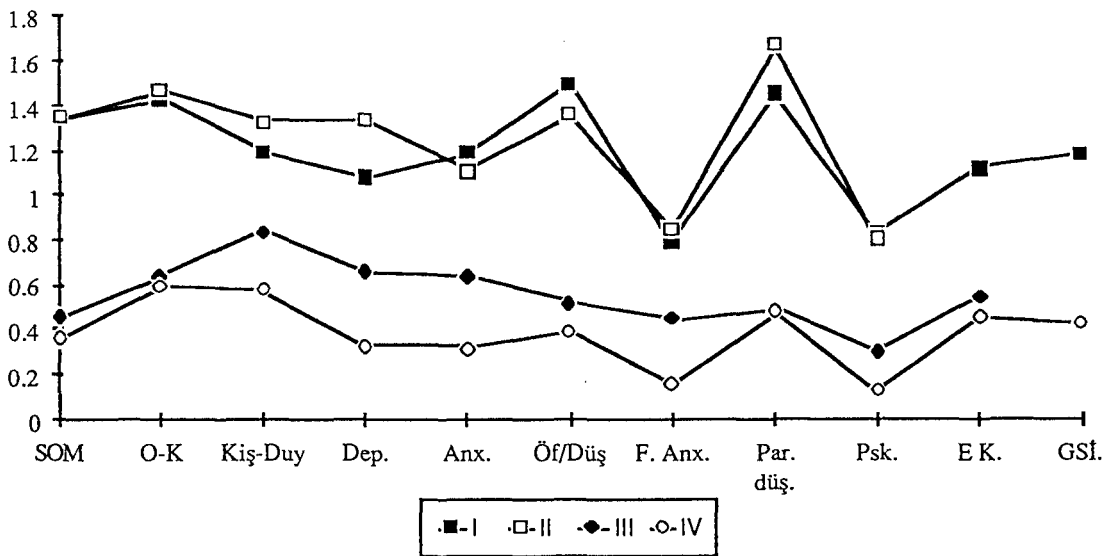
Grafik III: Kontrol Grubu ve Olgularımızın Ruhsal Belirti Profilleri

Olguların ruhsal belirti dağılımları, travmaya uğramış farklı iki gruba karşılaştırılmıştır (Tablo XI). Tablonun II. sütununda, Parker ve arkadaşlarının politik olmayan suçlardan hükümlü, işkence görmüş 156 mahkuma değin verdikleri skorlar, III. sütunda, Dilbaz ve arkadaşlarının kaza sonucu ekstremitelerini akut olarak kaybeden 14 kişiye değin verdikleri skorlar(90) ve IV. sütunda kontrol grubundan elde edilen SCL-90-R skorları verilmiştir. Ayrıca bu dört grubun ruhsal belirti profilleri Grafik-IV'te gösterilmiştir.

Tablo XI: Üç Ayrı Gurubun, Posttravmatik Ruhsal Belirti Dağılımları.

SCL-90-R	I. Olgularımız Kaptanoğlu'91 n=28		II. İşk. gör. mahk. Paker'89 n=156		III. Akut Amp. Dilbaz'88 n=14		IV. Kont. Grb. n=30	
	m	s	m	s	m	s	m	s
SOM	1.35	(0.81)	1.35	(0.86)	0.46	—	0.36	(0.31)
O-K	1.43	(0.71)	1.47	(0.76)	0.64	—	0.60	(0.36)
Kiş-Duy	1.0	(0.74)	1.33	(0.73)	0.84	—	0.58	(0.38)
Dep.	1.08	(0.78)	1.34	(0.76)	0.66	—	0.33	(0.21)
Anx.	1.19	(0.75)	1.11	(0.80)	0.64	—	0.32	(0.29)
Öf/Düş.	1.50	(0.84)	1.36	(0.88)	0.52	—	0.39	(0.33)
F. Anx.	0.80	(0.67)	0.85	(0.57)	0.45	—	0.16	(0.15)
Par. düş.	1.45	(0.79)	1.67	(0.79)	0.50	—	0.48	(0.44)
Psk.	0.83	(0.63)	0.81	(0.63)	0.31	—	0.13	(0.11)
EK	1.12	(0.68)	-	-	-	-	0.46	(0.38)
GSI.	1.18	(0.64)	-	-	0.55	—	0.43	(0.26)

Tüm semptom boyutları I ve II. Gruplar için $p>0,05$



I- Olgularımız, II- İşk. görmüş mahkum. (Paker ve ark), III- Akut Amputasyon (Dilbaz ve ark), IV- Kontrol gurubu.

Grafik-IV :Üç Ayrı Grubun Posttravmatik Ruhsal Belirti Profilleri.

İşkence gördükleri tarihten 1 gün-6 ay (ortalama 20 gün), 7 ay-5 yıl (ortalama 1,5 yıl), 6 yıl-10 yıl (ortalama 7,5 yıl) sonra araştırmaya katılan olguların son 1 ay için belirti dağılımları Tablo XII'de verilmiştir.

Tablo XII: Son İşkence Tarihi ile Araştırmaya Katıldıkları Tarih Arasında Geçen Süreye Göre Ayrılan Üç Grubun Ruhsal Belirti Dağılımları.

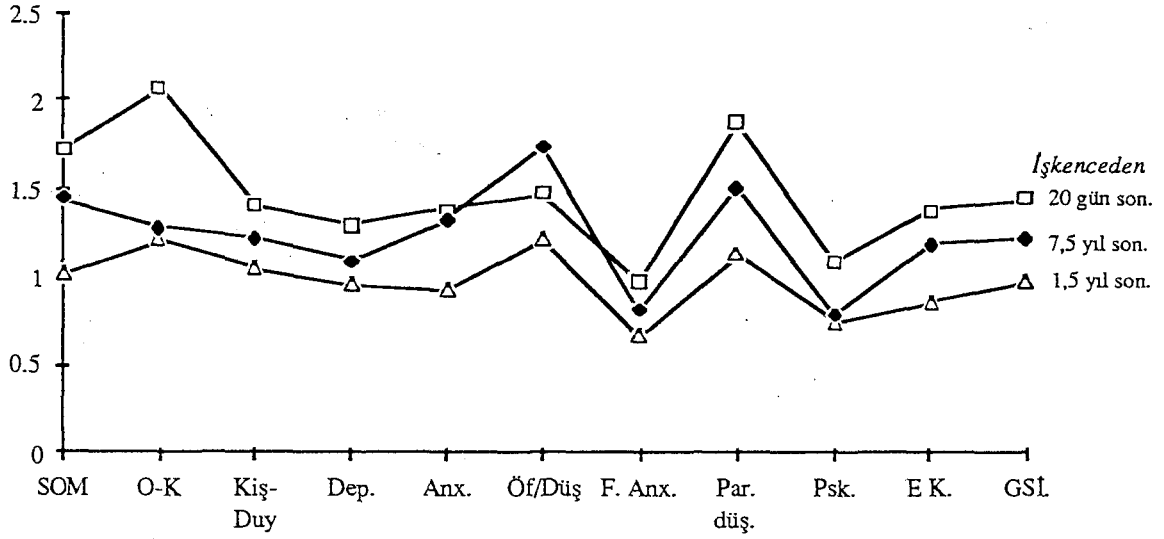
SCL-90-R	İşk. den Ort=20 gün son. n=6		İşk. den Ort=1.5 yıl son. n=10		İşk. den Ort=7.5 yıl son. n=12		t
	m	SD	m	SD	m	SD	
SOM	1.72	(0.97)	1.01	(0.58)	1.44	(0.60)	ns
O-K	2.07	(1.01)	1.21	(0.84)	1.28	(0.53)	ns
Kiş-Duy	1.40	(0.67)	1.04	(0.87)	1.22	(0.68)	ns
Dep.	1.29	(0.82)	0.95	(0.92)	1.08	(0.68)	ns
Anx.	1.38	(0.77)	0.92	(0.82)	1.32	(0.68)	ns
Öf/Düş.	1.47	(1.16)	1.21	(0.84)	1.74	(0.63)	ns
F. Anx.	0.97	(0.75)	0.66	(0.72)	0.81	(0.63)	ns
Par. düş.	1.88	(0.64)	1.13	(1.04)	1.51	(0.52)	ns
Psk.	1.08	(0.74)	0.73	(0.78)	0.78	(0.42)	ns
EK.	1.38	(0.77)	0.86	(0.58)	1.19	(0.70)	ns
GSİ.	1.45	(0.70)	0.97	(0.73)	1.22	(0.52)	ns

p>0.05

İşkenceden ortalama 20 gün sonra araştırmaya katılan grubun, somatizasyon, obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon ve paranoid düşünce belirti boyutlarında belirgin artma vardır.

İşkenceden ortalama 1,5 yıl sonra araştırmaya katılanların belirti düzeyleri, diğer iki gruba göre düşüktür. İşkenceden ortalama 7,5 yıl sonra araştırmaya katılanların belirti düzeyleri, öfke-düşmanlık belirti boyutu dışında diğer iki grubun arasındadır.

Sözkonusu üç grubun ruhsal belirti profilleri Grafik V'de gösterilmiştir.



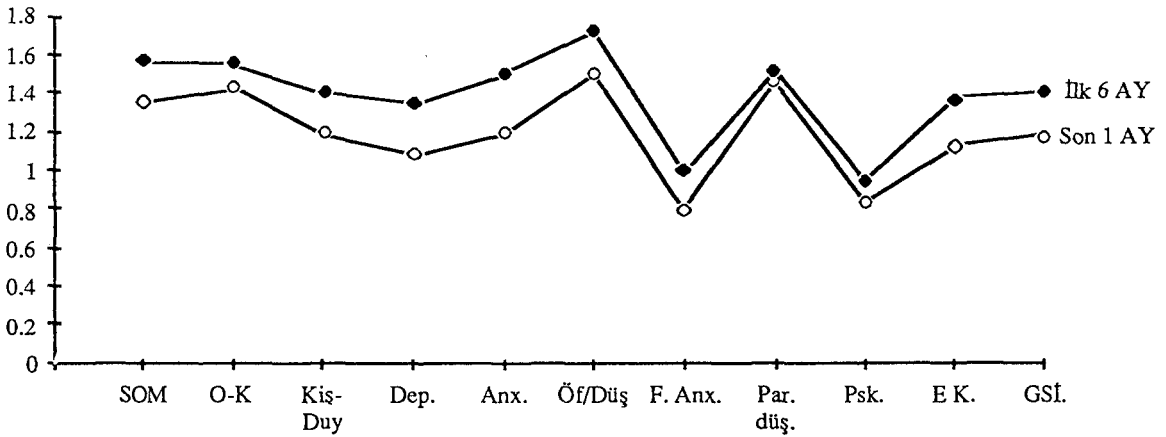
Grafik-V: İşkence Sonrası Ruhsal Belirti Profiline Zamana Bağlı Değişimi.

Olguların araştırmaya katıldıkları gün dahil son 1 ay için SCL-90-R skorları ile işkence sonrası ilk 6 ayı hatırlayarak verdikleri bilgilere dayalı skorlar arasında istatistiki olarak önemli farklılık bulunamamıştır ($p > 0,05$). Bu iki grubun ruhsal belirti dağılımı Tablo XIII'de, ruhsal belirti profilleri Grafik-VI'da gösterilmiştir.

Tablo XIII: Son 1 AY ve İşkence Sonrası İlk 6 AY'da Ruhsal Belirti Dağılımı.

SCL-90-R	Son 1 AY n=28		İşk Son. ilk 6 ayı hatırlayarak n=22		t
	m	SD	m	SD	
SOM	1.35	(0.71)	1.56	(0.73)	ns
O-K	1.43	(0.81)	1.55	(0.74)	ns
Kiş-Duy	1.19	(0.74)	1.40	(0.88)	ns
Dep.	1.08	(0.79)	1.34	(0.88)	ns
Anx.	1.19	(0.75)	1.50	(0.82)	ns
Öf/Düş.	1.50	(0.84)	1.72	(0.87)	ns
F. Anx.	0.80	(0.70)	0.99	(0.78)	ns
Par. düş.	1.45	(0.80)	1.51	(0.93)	ns
Psk.	0.83	(0.63)	0.94	(0.68)	ns
EK	1.12	(0.70)	1.37	(0.69)	ns
GSİ.	1.17	(0.64)	1.40	(0.72)	ns

p>0,05



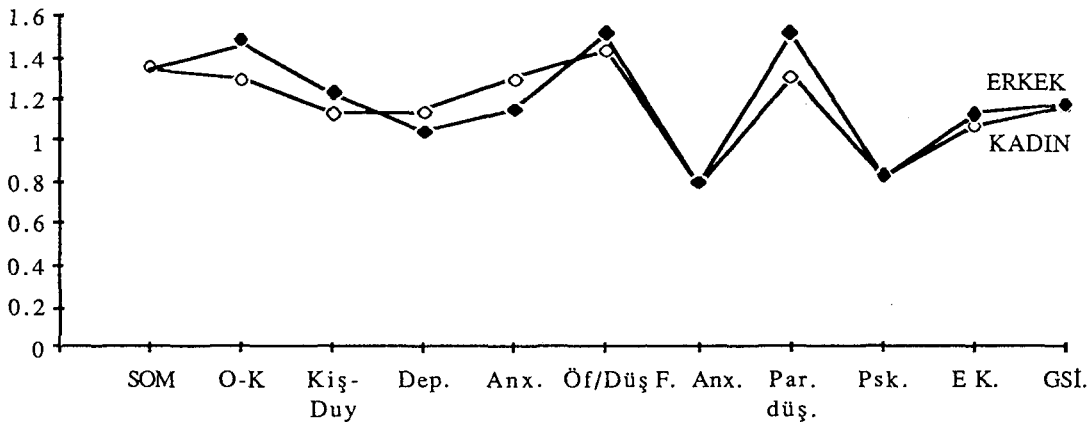
Grafik-VI: Son 1 AY ve İşkence Sonrası İlk 6 AY İçin Olguların Ruhsal Belirti Profilleri.

İşkence sonrası ruhsal belirti düzeyinde cinsiyete bağlı farklılık olup olmadığının araştırılması amacıyla erkek ve kadın olguların

son 1 ay için SCL-90-R skorları karşılaştırıldı (Tablo-XIV). Hiçbir belirti boyutunda istatistiki olarak önemli farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Her iki gurubun belirti profilleri Grafik VII'de gösterilmiştir.

Tablo XIV: Cinsiyetin Ruhsal Belirti Dağılımı İle İlişkisi

SCL-90-R	KADIN n=9		ERKEK n=19		t
	X	SD	X	SD	
SOM	1.35	(0.66)	1.35	(0.75)	ns
O-K	1.30	(0.76)	1.48	(0.85)	ns
Kiş-Duy	1.13	(0.82)	1.23	(0.71)	ns
Dep.	1.14	(0.77)	1.05	(0.81)	ns
Anx.	1.30	(0.76)	1.15	(0.77)	ns
Öf/Düş.	1.44	(0.76)	1.52	(0.89)	ns
F. Anx.	0.79	(0.73)	0.80	(0.66)	ns
Par. düş.	1.31	(0.89)	1.52	(0.76)	ns
Psk.	0.82	(0.66)	0.83	(0.63)	ns
EK.	1.07	(0.72)	1.13	(0.68)	ns
GSİ.	1.16	(0.67)	1.18	(0.64)	ns



Grafik VII: Kadın ve Erkek Olgularının Ruhsal Belirti Profilleri

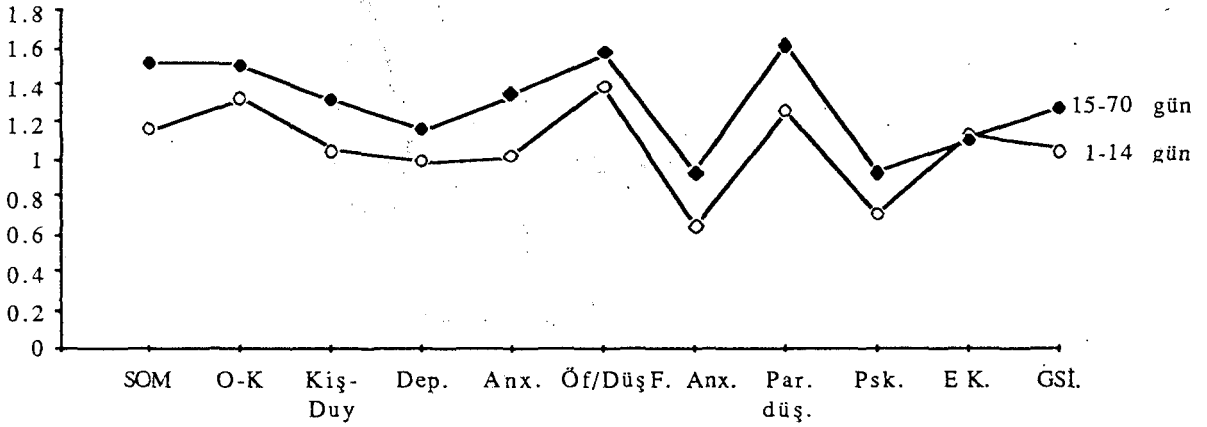
Olgular, 1-14 gün, (ortalama 6 gün) ve 15-70 gün, (ortalama 30 gün) işkence görenler olmak üzere iki gruba ayrılarak işkence süresiyle ruhsal belirti dağılımı arasındaki ilişki araştırıldı.

Daha uzun süre işkence gören grubun ruhsal belirti düzeyi yüksek olmakla birlikte (Tablo XV, Grafik VIII), fark istatistiki olarak önemli değildi ($p>0.05$).

Tablo-XIV: İşkence Süresinin Ruhsal Belirti Dağılımı İle İlişkisi

SCL-90-R	Ort=6 gün (1-14 gün)		Ort=30 gün (15-70 gün)		t
	m	n=13 SD	m	n=15 SD	
SOM	1.16	(0.80)	1.52	(0.61)	ns
O-K	1.33	(0.99)	1.51	(0.64)	ns
Kiş-Duy	1.05	(0.62)	1.32	(0.82)	ns
Dep.	0.99	(0.80)	1.16	(0.80)	ns
Anx.	1.02	(0.75)	1.35	(0.74)	ns
Öf/Düş.	1.39	(0.91)	1.58	(0.79)	ns
F. Anx.	0.64	(0.64)	0.93	(0.69)	ns
Par. düş.	1.26	(0.73)	1.62	(0.84)	ns
Psk.	0.71	(0.63)	0.93	(0.64)	ns
EK	1.14	(0.68)	1.11	(0.71)	ns
GSI.	1.05	(0.66)	1.28	(0.63)	ns

$p>0,05$



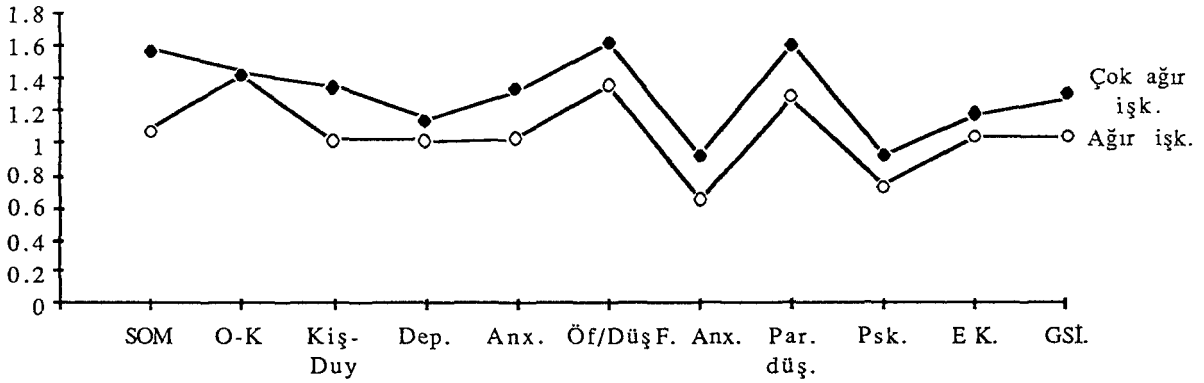
Grafik VIII: İşkence Süresinin Ruhsal Belirti Profili Üzerine Etkisi

Araştırmaya katılanların tümü ağır işkence görmüşlerdi. Ancak uygulanan işkence yöntemleri ve işkence süresi gözönüne alınarak yapılan ayrımla iki grup oluşturuldu. Ağır ve çok ağır işkence gören bu iki grubun SCL-90-R skorları arasında istatistiki olarak önemli fark yoktu. ($p>0,05$). Ancak çok ağır işkence gören grubun ruhsal belirti düzeyi daha yüksekti (Tablo XVI). Grupların ruhsal belirti profilleri Grafik IX'da verilmiştir.

Tablo XVI : İşkence Şiddetinin Ruhsal Belirti Dağılımı ile İlişkisi

SCL-90-R	Ağır İşk. n=13		Çok Ağır İşk. n=15		t
	m	SD	m	SD	
SOM	1.08	(0.80)	1.58	(0.55)	p>0,05
O-K	1.42	(0.99)	1.43	(0.64)	ns
Kiş-Duy	1.02	(0.62)	1.35	(0.81)	ns
Dep.	1.01	(0.79)	1.14	(0.81)	ns
Anx.	1.03	(0.76)	1.33	(0.74)	ns
Öf/Düş.	1.36	(0.88)	1.62	(0.81)	ns
F. Anx.	0.65	(0.64)	0.93	(0.69)	ns
Par. düş.	1.28	(0.73)	1.61	(0.84)	ns
Psk.	0.73	(0.63)	0.92	(0.64)	ns
EK	1.04	(0.70)	1.18	(0.17)	ns
GSİ	1.05	(0.66)	1.30	(0.29)	ns

p>0,05



Grafik IX: İşkence Şiddetinin Ruhsal Belirti Profili Üzerine Etkisi

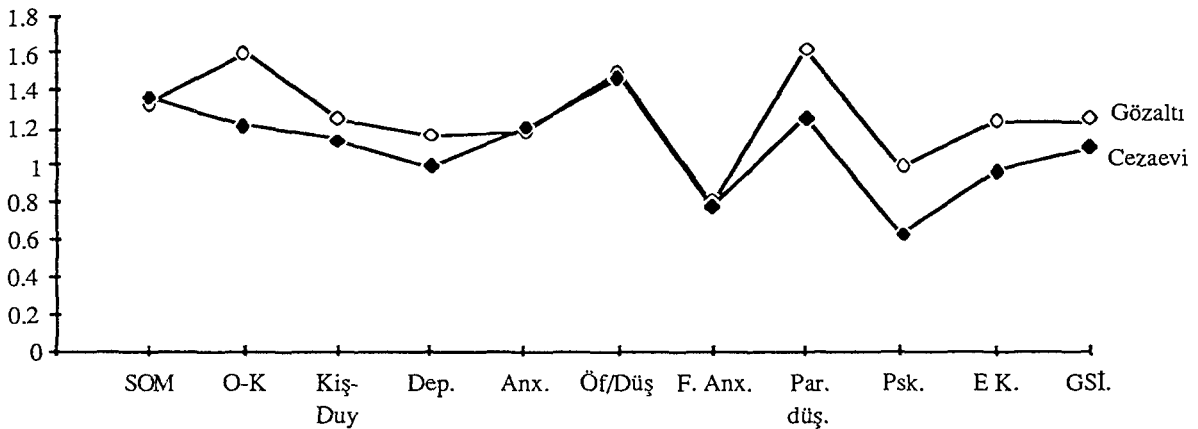
Olgularımızdan ortalama 27 ay cezaevinde kalan grupla, ortalama 13 gün gözaltında tutulan grup arasında ruhsal belirti skorları açısından istatistiki olarak önemli farklılık bulunamadı

($p>0,05$). Ancak I. grubun ruhsal belirti düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı (Tablo XVII). Her iki grubun ruhsal belirti profilleri Grafik X'da gösterilmiştir.

Tablo XVII : Gözaltında veya Cezaevinde Kalma Süresinin Ruhsal Belirti Dağılımı ile İlişkisi.

SCL-90-R	I. 1-45 gün (Ort. 13 gün) gözaltı n=15		II. 46 gün-6,5 yıl (Ort. 27 ay) cezaevi n=13		t
	m	SD	m	SD	
SOM	1.33	(0.85)	1.36	(0.55)	ns
O-K	1.60	(0.96)	1.22	(0.56)	ns
Kiş-Duy	1.25	(0.77)	1.13	(0.72)	ns
Dep.	1.16	(0.86)	0.99	(0.72)	ns
Anx.	1.18	(0.80)	1.20	(0.72)	ns
Öf/Düş.	1.50	(0.91)	1.48	(0.78)	ns
F. Anx.	0.80	(0.72)	0.78	(0.63)	ns
Par. düş.	1.62	(0.88)	1.26	(0.67)	ns
Psk.	0.99	(0.73)	0.63	(0.44)	ns
EK	1.24	(0.61)	0.97	(0.76)	ns
GSİ.	1.25	(0.70)	1.09	(0.57)	ns

$p>0,05$



Grafik X: Gözaltında/Cezaevinde Kalma Süreleri Farklı İki Grubun Ruhsal Belirti Profilleri.

TARTIŞMA

İşkencede, kişinin; bedeni, insani gereksinimleri, korku ve sevgileri, düşüncelerine, inançlarına, kişiliğine karşı acımasızca kullanılır. Bu süreç, bedensel, ruhsal yıllarca sürebilecek izler bırakır. Ama özellikle ruhsal izler, işkencenin en zor silinen izleridir (88). Zaten işkencecinin de hedefi, daha çok kurbanın ruhsal dünyası, kişiliğidir. İstenen, bireyin kişiliğinde, düşüncelerinde, yaptıklarında işkenceciyi rahatsız eden ne varsa "arınması" dır. Bireyin geçmişinden, geçmişteki kişiliğinden pişmanlık duyduğunu "samimi itirafı" ve bunun bir adım ötesi olan, işkenceci ile özdeşleşmesi ise, işkencecinin, işkencenin nihai hedefi yani "zaferi" dir. Bulgular bölümünde verdiğimiz çeşitli işkence teknikleri, bu sindirme, "arındırma" işleminin araçlarıdır.

Birbirinden uzak bir çok ülkede benzer işkence tekniklerinin kullanılması, işkenceciler arasında bilgi ve teknoloji akışının olduğunu göstermektedir(91). Özellikle farmakolojik ve psikolojik işkence tekniklerinin ve bazı işkence araçlarının, oldukça yetkin ellerde şekillenip uygulamaya sokulduğu da açıktır(92). İşkence, yalnızca işkenceci ve kurban arasında geçen, işkencehane ile sınırlı bir ilişki değildir. Hatta, bir toplumda işkencenin uygulanıp uygulanmamasını veya hangi işkence tekniklerinin seçileceğini belirleyen, işkenceciden çok, o toplumdaki insan haklarına duyarlılığın düzeyidir. İşkence teknikleri konusunda, günümüzde genel eğilim, psikolojik ve iz bırakmayan fiziki işkence tekniklerinin seçimi yönündedir. Ancak bazı ülkelerde hala kaba, hatta öldürücü fiziksel işkencelerin uygulandığını da biliyoruz (93,94). Tablo III'de

verilen işkence tekniklerinden, gözlerin bağlanması ve tehdit, aşağılama, olguların tümüne uygulanmıştır. 1978-1985 yılları arasında, işkence görmüş toplam 319 kişi üzerinde yapılan altı ayrı çalışmada ise, gözleri bağlama'nın (%33)105 kişiye, tehdit, aşağılamanın (%78)246 kişiye uygulandığı bildirilmiştir (95). Gözlerin bağlanmasıyla yapılmak istenen, şaşkınlık, yitmişlik duygusu yaratmaktır. Ayrıca kurbanla göz temasının, işkenceciyi huzursuz edip, suçluluk duygusu uyandırabileceği de düşünülebilir. Gözleri bağlı kişinin kendisine ne yapıldığını, ne yapılacağını son ana kadar bilememesi, hareketlerini ancak başkasının komutlarıyla yönlendirebilmesi, onu işkencecinin gözünde, üzerinde çalışılan herhangi bir nesne konumuna yaklaştırır ve işkence, işkenceci için kolaylaşır. Bunların dışında işkencecinin tanınmak istememesi de gözlerin bağlanma nedeni olabilir. Kaba dayak, olgularımızın %71'ine uygulanmıştır. Üç ayrı rehabilitasyon merkezinde yapılan çalışmalarda ise bu oran sırasıyla %100 (95), %94 (87), %100 (87) olarak bulunmuştur. Uykusuz, aç, susuz bırakma, tecrit, uzun süre ayakta tutma, tıbbi yardımdan yoksun bırakma, tuvaleti kullandırmama gibi deprivasyon teknikleri, olgularımızın %63'üne uygulanmıştır. A. Goldfeld ve ark. (1988) çalışmalarında, aynı tekniklerin uygulanma sıklığını %58 olarak vermişlerdir(95). İşkencenin her zaman önemli bir parçasını oluşturan bu teknikler, kişide, ruhsal, fiziksel zayıflık yaratarak daha sonraki yönlendirmeleri kolaylaştırırlar. Oldukça sık kullanılan işkence tekniklerinden biri de elektrik işkencesidir. Vücudun çeşitli yerlerine kablo ile elektrik verilerek uygulanan bu teknik, olgularımızın %60'ına uygulanmıştır. Aynı tekniğin uygulanma

sıklığını, A. Goldfeld ve ark. (1988) %47, L.M. Catcart (1979) %55, H. Kruger (1978) %85 olarak vermişlerdir(95,87). Kalıcı bedensel iz bırakmaması nedeniyle çok sık kullanılan bu tekniğin, deride bıraktığı spesifik izlerin histopatolojik biyopsi yoluyla kesin tespiti için çalışmalar sürmektedir(87).

Diğer bir çok işkence tekniğinden daha derin ruhsal izler bırakan cinsel işkence, olgularımızın %71'ine uygulanmıştır. Agger ve Jensen (1988) Salvador da yaptıkları çalışmada, kurbanların %62'sinin cinsel işkence gördüklerini bildirmişlerdir(96). I. Lunde ve J. Ortmann (1990)'ın Türkiye, Ortadoğu, Uzakdoğu, Latin Amerika ve Avrupa'dan, Merkezlerine gelen 283 işkence kurbanı üzerinde yaptıkları araştırmada ise, cinsel işkence görenlerin oranı %61 olarak bulunmuştur. Aynı araştırmacılar, işkence sonrası, cinsel sorunları olanların oranını, %32 olarak bulmuşlardır. Ayrıca cinsel işkence gören grupta, cinsel sorunlar %40, cinsel işkence görmemiş grupta %19 oranında bulunmuştur. Araştırmacıların vurguladığı bir nokta da gençlerde cinsel işkence sonrası, cinsel sorunların daha sık görüldüğüdür(96). Lunde ve Ortmann (1990), çalışmalarında "mental cinsel saldırı" ve "soyunmaya zorlama" yı da haklı olarak cinsel işkence ölçütleri olarak kabul etmişlerdir. Bu ölçütleri kullandığımızda, bizim olgularımızın tümünün cinsel işkence gördüğünü söyleyebiliriz. Ancak biz araştırmamızda, yalnızca, "cinsel organlara şiddet uygulanması" ve "fiziki cinsel saldırı" gibi iki ölçütü göz önüne alarak cinsel işkence gören olguları belirledik. Ölçütlerimizdeki bu sınırlılığa rağmen, oranın yüksek olması dikkat çekicidir. Ancak bazı kültürlerde, gündelik hayatta bile cinselliğin, aşağılama, ceza vermekle özdeşleşebildiği düşünüldüğünde(97),

işkence gibi aşığılama ve ceza vermenin amaçlandığı bir eylemde, cinsel işkencenin ön plana çıkması şaşırtıcı değildir. İşkenceye uğrayanların, genellikle açıklamak anımsamak istemedikleri cinsel işkence yöntemlerinin, kesin uygulama sıklığını ortaya koymak oldukça zordur. Bu yöntemlerle, kişiliğin en özel köşelerine kadar işgali, bireyin kendisine ait hiçbir alanın bırakılmaması amaçlanmaktadır.

İşkence gibi ağır bir travmanın ardından, çeşitli ruhsal rahatsızlıkların görülmesi olağandır. Fakat işkenceye bağlı majör psikiyatrik bozuklukların ancak küçük bir azınlıkta ortaya çıktığı bildirilmiştir(98). İşkence kurbanlarının semptomlarının, bir ruhsal bozukluk olarak adlandırılıp adlandırılmayacağı tartışmaları halen sürmektedir(99). İşkence sonucu oluşan ruhsal izlerin, mental bir hastalık olmayıp sağlıklı bir ruhsal işleyişi olanaksız kılan travmatik anıların sonucu olduğunu kabul etsek de, bazı kişilerde ortaya çıkan önemli ruhsal işlev bozukluklarını PTSD başlığında ele almanın olumlu yanlarını gözardı edemeyiz. Olgularımızda PTSD semptomları araştırıldığında, son 1 ay için en çok pozitif yanıt verilen ilk 10 semptom, genellikle sempatik hiperaktivite ve depresyona bağlı semptomlardı (Tablo IV). PTSD'na özgü ve travmatik olayın anımsanmasıyla karakterize dört temel semptom ise sıklık sıralamasında 2., 3., 7. ve 9. sıralarda yer almışlardır. Olgularımızın araştırmaya katıldıkları tarihlerle, işkence gördükleri tarihler arasında geçen sürenin ortalama üç yıl olduğu düşünülduğünde "huzursuzluk ve öfke patlamaları" nın ardından, 2. ve 3. sırada işkence ile ilgili anılara bağlı semptomların gelmesi, işkencenin, unutulması son derece güç travmatik anılar bıraktığının kanıtıdır.

İşkence görmüş toplam 367 kişi üzerinde yapılan 4 ayrı çalışmanın (95) işkence sonrası görülen semptomlarla ilgili verdikleri oranlar Tablo-XVIII'de gösterilmiştir. Tüm gruplar arasında verilen semptomların görülme sıklıkları açısından belirgin yakınlık vardır. Bizim bulgularımızın da genel olarak diğer gruplarla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Tablo XVIII: İşkence sonrası, bazı psikiyatrik semptomların görülme sıklıkları.

	Allodi ve Cowgill 1982 No=42	Rasmussen ve Lunde 1980 Lunde 1982 No=135	Domovitch 1984 No=98	Amnesty Int. 1985 No=19	Kaptanoğlu 1991 No=28
Anksiyete	36 (%88)	32 (%24)	87 (%94)	12 (%63)	11 (%48)
Depresyon	29 (%71)	26 (%19)	57 (%66)	13 (%68)	16 (%57)
Huzursuzluk/ Agresivite	-	40 (%30)	53 (%63)	2 (%11)	17 (%74)
İçekapanma/ İzolasyon	-	13 (%10)	53 (%63)	5 (%26)	9 (%39)
Nörovejetatif Semptomlar	26 (%63)	19 (%14)	32 (%41)	7 (%26)	13 (%46)
Uykusuzluk	28 (%68)	-	81 (%83)	16 (%84)	10 (%43)
Kabus görme	14 (%34)	29(%20)	66(%78)	16 (%84)	7 (%30)
Cinsel İşlev boz.	5 (%12)	-	27 (%57)	-	-
Bellek boz.	12(%29)	61 (%45)	37 (%38)	6 (%32)	9 (%39)
Konsantrasyon boz.	13(%32)	61 (%45)	46 (%60)	8 (%42)	12 (%52)

Olgulardan (PTSB +) olarak değerlendirilen (%36) 10 kişinin ruhsal belirti düzeyleri, varsayımımızı doğrular şekilde her semptom boyutunda (PTSB -) olgulardan daha yüksek olarak

bulundu. Depresyonun, PTSSB ile sıklıkla birlikte görüldüğü(95) görüşünü destekler şekilde, depresyon semptom boyutunda iki grup arasında önemli farklılık vardı. (PTSSB -) gruptan yaş, cinsiyet, öğrenim durumu bakımından önemli fark göstermeyen ($p>0.05$), (PTSSB +) grubun işkence gördüğü ortalama süre, biraz daha uzundu (18/21 gün). Elimizdeki bu verilerle, sözkonusu 10 kişilik grubun travmatik olaya neden daha şiddetli ruhsal yanıt verdiğini net olarak açıklamak olanaksızdır.

Daha önce de vurgulandığı gibi işkencenin birey üzerindeki psikolojik etkilerini belirleyen dört temel unsur vardır: 1) İşkencenin şiddeti 2) İşkence öncesinde, işkence sırasında ve sonrasında bireyin kişiliği, kullandığı savunma mekanizmaları 3) Travma sonrası yaşadığı, ilişkiye girdiği çevre 4) Kişinin, işkencenin kognitif değerlendirmesinin hangi aşamasında olduğu (Şekil I). Bunlar dikkate alınmadan kişinin travmaya karşı verdiği tepkinin niteliğine sağlıklı bir yorum getirilemez.

Bireyin travma öncesi ve sırasındaki kişilik yapısının tespiti, savaş öncesinden başlayarak düzenli ruhsal durum kayıtları tutulan bazı Vietnam muharıpleri dışında, hiç bir grup için mümkün olmamıştır. Bizim olgularımız için de mümkün değildi. Ayrıca travma sonrası içinde yaşanan sosyal çevre ve travmanın kognitif yorumunda hangi aşamada oldukları hakkında da kısıtlı bilgimiz vardı. Tüm bunlar göz önüne alındığında, (PTSSB +) gruptakilerin travmaya neden daha şiddetli yanıt verdiklerini ancak, konu hakkındaki genel bilgilerimize dayanarak açıklayabiliriz. Özellikle siyasi nedenlerle işkenceye uğrayan kişinin, kafasında oluşacak bazı sorulara doyurucu yanıtlar verip verememesi, işkence sonrası

ruhsal durumunda önemli rol oynar. Örneğin: "Bunlar neden benim başıma geldi?" sorusuna, siyasi bir olayda raslantısal olarak gözaltına alınıp işkence görmüş bir kişinin vereceği yanıtla, zaten siyasi bir uğraş içinde olup, birçok olumsuz sonucu göze almış birinin vereceği yanıt farklı olacaktır. Birinci kişi için, içine düştüğü durum, ona yapılanlar, anlam veremediği, kaotik bir yaşantıdır. İşkence dünyası ve bu dünyanın kuralları, bu kişinin beklentilerinin tamamen dışındadır. Ama ikinci kişi, başına gelenleri kavramakta daha az zorlanacaktır. Travma ardından her insanın kendisine sorduğu "Ne oldu?", "Neden oldu?", "Neden öyle davrandım?", "Neden böyle davranmaktayım?", "Tekrar olsa ne yaparım?" sorularını, bir deprem felaketi sonrasında yanıtlamak belki çok zor olmayabilir. Ama işkence için aynı şey söylenemez. Çünkü işkencede, siz seçilmişsinizdir ve sizi seçenlerin kendilerine göre bazı nedenleri vardır. Tüm bunlara doyurucu yanıtlar bulmak ise olağanüstü bir ruhsal enerji gerektirir. Buradan, siyasi, dini vb. güçlü inançları olan kişi, işkenceden etkilenmez sonucunu çıkarmak da yanlış olur. Ancak sözkonusu inançların, yukarıdaki sorulara, daha kolay yanıt bulunmasına yardımcı olma potansiyelleri vardır diyebiliriz. Bazı psikoterapi teknikleriyle yapılmaya çalışılan da, kişinin işkence öncesi, işkencedeki ve işkence sonrası yaşantılarını, inançlarını, ilişkilerini yeniden anlamlandırmaktır(100). İşkencenin ruhsal etkileri üzerine yapılan çalışmalarda, tam olarak ortaya konulması oldukça zor olan diğer bir konu da, bireyin işkence sonrası yaşamını sürdürdüğü çevre ve o çevreyle ilişkileridir. Birçok çalışmaya göre, travma sonrası bireyin kendisini anlayan, kabullenen, destekleyen bir sosyal çevrede bulunması iyileşmesini

hızlandırır(55,56). Hatta işkence kurbanlarının ruhsal tedavisi ile ilgilenen iki terapistin (J. Cienfuegos ve C. Monelli 1983) görüşüne göre, işkence sonrası, bu travmatik anısını paylaşabileceği, kendisini anlayabilecek, kabullenecek insanlarla birlikte cezaevinde kalan bireylerin, işkenceden kısa süre sonra topluma geri dönenlere göre, işkencenin olumsuz etkilerinden daha çabuk kurtulmaları beklenir (101). "Çünkü, aynı deneyimleri yaşamış insanlarla acılarını konuşup tartışabilen kişi, grup paylaşımı içinde daha kolay iyileşebilir. Fakat, kendisinininkilerden çok farklı özlem ve beklentileri olan dışardakilerin dünyasına aniden katılan kişi, uyum sağlamakta zorlanır. Ölümle, yaşamın sınırında yaşamış bu kişilerin zihni, uzun süre yaşamın anlamı, ölüm, idealler gibi soyut hesaplaşmalarla meşgul olduğundan, dışarının gündelik hayatı onlara, bencil, duyarsız, maddeci gelebilir. Ayrıca büyük bir stres yaşayan herkes, neler olduğunu, nasıl olduğunu çevresindekilerle paylaşmak ister, tanıklar arar. Çevresi, yaşadığı toplum, onu anlayışla kabullenip dinleyecek duyarlılığı göstermezse kişi yalnızlaşır ve travmatik anılarla başbaşa kalır." Şili'li araştırmacılara ait bu görüşler, belli ülkelerde, belli dönemler için geçerli olsa da, sanırız genelleştirilmeleri yanlış olur. Ancak travma sonrası iyileşme sürecinde, toplumun, çevrenin tutumunun, aile, iş ve ekonomik durumun, rehabilitasyon ve hak arama konusunda yardım edecek kuruluşların önemi büyüktür, diyebiliriz.

(PTSB +) olarak değerlendirilmiş üç ayrı grubun ruhsal belirti profillerinin verildiği Grafik-II incelendiğinde, bu üç grubun semptom yoğunlukları farklı olmakla birlikte, profillerinin belirgin bir paralellik gösterdikleri görülebilir. Semptom yoğunluğu

açısından en yüksek grup, Vietnam muharıpleri, en düşük ise işkence görmüş mahkumlardır. Olgularımız bu iki grubun arasında yer almaktadır. Grafikten çıkarılabilecek diğer önemli bir sonuç da (PTSB +) her üç grubun da aynı semptomları, aynı sıklıkta, ama travmanın niteliğine bağlı olarak, farklı yoğunlukta yaşamalarıdır. Gruplar farklı yöntemlerle (PTSB +) olarak değerlendirilmiş olmalarına rağmen, tümünün SCL-90-R ölçeğinde aynı profili vermeleri PTSD'nun travma sonrası görülen özgün bir antite olduğunu ve üç grubun da (PTSB +) olarak değerlendirilmelerinde kullanılan yöntemlerin güvenilirliğini göstermektedir.

Olguların son 1 ay için SCL-90-R ölçeğine göre semptom dağılımları, kontrol grubumuzla karşılaştırıldığında, tüm semptom boyutlarında istatistiki olarak önemli farklılık vardı. Ancak bu iki grup arasındaki sözkonusu farklılık, salt işkencenin ruhsal etkilerinden kaynaklanan, işkence görmenin yarattığı bir farklılık olarak yorumlanamaz. Çünkü kontrol grubunu oluşturan bireylerle , işkence gören grup arasında, işkence görmüş olma faktörü dikkate alınmasa da, yaşam biçimi, stres düzeyi gibi bir çok açıdan farklılıklar vardır. Oysa salt işkencenin ruhsal etkilerinin ölçülmesi için, kontrol grubunun, işkence gören gruba, gözaltında veya cezaevinde geçirilen süre, politik faaliyet, bu nedenle aranma vb. özellikleri ile de benzemesi gerekir(102). Aralarındaki temel farklılık, işkence görme olduğu zaman, işkencenin ruhsal etkilerini bu iki grubu karşılaştırarak anlayabiliriz. Ancak böyle bir kontrol grubunun hazırlanması, hemen hemen olanaksızdır. Bizim, iki grup arasında bulduğumuz farklılık, işkencenin spesifik ruhsal etkilerini ortaya koymasa da, sıradan bir grup insanla, işkence görmüş bir grup insanın ruhsal belirti düzeylerinin karşılaştırılması olanağını

vermektedir.

Grafik IV'de, işkence görmüş, adi suçlardan hükümlü mahkumlar ve kaza sonucu bir ekstremitelerini kaybetmiş kişilerin oluşturduğu iki farklı grupta, olgularımızı ruhsal belirti düzeyleri açısından karşılaştırarak, grubumuza özgü bir farklılığın olup olmadığını görmek istedik. İşkence görmüş iki grubun semptom yoğunluğu, akut ekstremitte kaybına uğramış gruptan daha fazla idi. Olgularımız işkence görmüş diğer grubun ruhsal belirti düzeyinin genel olarak altında bir profil çizdi. Ancak, olgularımız öfke-düşmanlık semptom boyutunda, her üç grubun da üzerine çıkmıştı. İşkence gibi insan eliyle yaratılmış travmatik yaşantılar ardından, öfke-düşmanlık duygularının en belirginleşen duygular olduğu bir çok çalışmanın ortak sonucudur(103). Özellikle akut amputasyon grubunda olduğu gibi, kaza ile olmuş travmalarda(104), doğal afetlerden sonra(105,106), genel ruhsal belirti düzeyinde ve özellikle öfke-düşmanlık duygularında belirgin bir artış olmamaktadır. İşkence görmüş diğer grubun daha düşük öfke-düşmanlık belirti yoğunluğu vermesi ise, cezaevinde bulunan ve cinayet, yaralama, gasp, kaçakçılık vb. suçlardan hükümlü bu grubun, işkenceye değin kognitif yorumunun, olgularımızdan daha farklı olduğu şeklinde açıklanabilir.

İşkence sonrası farklı zaman aralıklarında araştırmaya katılan grupların belirti dağılımlarının zamana bağlı değişimini incelediğimizde (Grafik V), araştırma öncesi varsayımımızın, kısmen doğrulandığını gördük. Varsayımımıza göre, işkenceden ortalama 7,5 yıl sonra araştırmaya katılan grubun, en düşük ruhsal belirti düzeyini vermesi gerekiyordu. Ancak bu grup, işkenceden 1,5 yıl

sonra araştırmaya katılan gruptan daha yüksek ruhsal belirti düzeyi verirken, öfke-düşmanlık semptom boyutunda, her iki grubun da üzerinde yer aldı. Bu profil, işkencenin ruhsal etkilerinin çok uzun sürse ve çok geç başlayabilse de genellikle zamanla hafiflediği(107) bilgisi ile çelişiyordu. Bu çelişkili durumu açıklayabilmek için 12 kişilik bu grubun özelliklerini incelediğimizde, çoğunun 1982-85 yılları arasında gözaltına alındığını ve diğer iki gruptaki kişilerden çok daha uzun süreli ve şiddetli işkence gördüklerini bulduk. Bu ek bilgilerle sözkonusu çelişkili durum açıklığa kavuşurken, işkence sonrası ruhsal belirti düzeyinde, işkencenin şiddeti, süresi ve işkence sonrası cezaevi veya dışardaki yaşam koşullarının, önemli rol oynadığı bir kez daha vurgulanıyordu.

Yukarda da belirtildiği gibi, işkence sonrası ruhsal profil, kaza veya doğal afetler sonrasında yaşananlardan genellikle farklılıklar gösteriyor(106). Bu farklılıkların en önemlisi de işkence sonrası, kızma, karşı koyma, öfke, saldırganlık gibi duygularda yoğunlaşma, artma olmasıdır(103). İşkence sonrası yaşanan bu emosyonel farklılığı, ayağı taşa takılarak düşen insanla, bir başkasının çelmeleyip düşürdüğü insanın hissettikleri arasındaki farklılığa benzetebiliriz. Her iki durumda da kişi düşmüştür. Ama "Neden düştüm?" sorusuna verilen yanıtlar son derece farklıdır. Bu sorunun yanıtlanması ardından ise, duyulan öfke düzeyinde, her iki durum için farklılık olacaktır.

Grafik V'de görülebileceği gibi, işkenceden ortalama 20 gün gibi kısa bir süre sonra, obsesif düşüncelerde artma saptanmıştır. Sanırız bunlar, genellikle travmatik olaya değin düşüncelerdir. İşkenceden

ortalama 7,5 yıl sonra araştırmamıza katılan grupta ise, somatizasyon semptom boyutunda yükselme olurken, obsesif düşüncelerin yoğunluğu daha azdır. Zamana bağlı bu semptom değişimi, PTSS semptomlarının iki farklı dönem için gösterdikleri, farklı sıklık sırasıyla da, uyum içindedir (Tablo IV, V). Özetlersek, genellikle işkenceden hemen sonra içeriğini işkence ile ilgili anıların oluşturduğu obsesif düşünceler oldukça yoğunken, zamanla bunlar azalmaktadırlar. Sabit kalan veya yükselme eğilimi gösteren semptomlar ise, somatizasyon, anksiyete ve depresyona özgü semptomlardır. Bu bulgumuz başka çalışmaların sonuçlarıyla da uyumludur(67,108).

İşkence sonrası ortaya çıkan somatizasyon semptomlarının klinisyen için özel bir önemi vardır. Özellikle, Asyalı ve Ortadoğulu, işkence görmüş kişilerde, somatik şikayetler genellikle ön planda olmaktadır(67). Ruhsal tedavi merkezlerine gelen Latin Amerikalıların, ruhsal sıkıntılarını psikolojik terimlerle daha rahat anlatabildikleri, Asyalı, Uzakdoğulu ve Ortadoğuluların, daha çok bedensel yakınmalar yoluyla ruhsal sıkıntılarını dışa vurdukları gözlenmiştir(98). Ruhsal rahatsızlıkların genellikle onur kırıcı olarak görüldüğü ve sözel iletişimin çeşitli şekillerde kısıtlandığı kültürlerde, somatizasyonun yani beden dilinin ön plana geçmesi, olağandır. Söz konusu coğrafik, kültürel özellikler dikkate alınmasa da tüm işkence kurbanlarında somatizasyonun sık görüldüğü bildirilmiştir(99). İşkence ardından yaşanan yoğun öfke ve kızgınlık duygularının beden diline dönüşmesi ve sempatik sistem hiperaktivasyonu, somatik belirtilere neden olabilir. Ayrıca ağır bedensel travmaya uğramış bu kişilerde özellikle travma

bölgelerinde lokalize somatik yakınma ve ağrıların sık görüldüğü bilinmektedir(109). İdealize benlik imajı, güçlülük, dayanıklılık, etkilenmezlik, erkeksilik gibi özellikler taşıyan kişilerin, ruhsal yakınma ve sıkıntılarını kabullenmeleri zor olacağından, somatizasyona eğilim gösterecekleri de gözardı edilmemelidir.

Zung Depresyon Ölçeğine göre, olguların %57'sinde depresyon saptanmıştır. Ülkemizde genel popülasyonda depresyon belirtilerinin %20, klinik düzeyde depresyonun da %10 (110) olduğu düşünüldüğünde bu oran oldukça yüksektir.

I. K. Genefke ve P. Vesti (1990)'nin bildirdiğine göre işkence kurbanının, yasal başvuru hakkını kullanma özgürlüğü ve bundan sonuç alabileceğine olan güveninin, ruhsal iyileşmesinde olumlu etkileri vardır(99). İşkencecilerin toplum tarafından cezalandırılması, bu konuya duyarlılık gösterilmesi, işkence kurbanının, özellikle, öfke-düşmanlık duygularını olumlu bir şekilde boşaltmasına yardımcı olur. Olgularımızın yasal başvuru haklarını kullanma ve bu başvurudan sonuç alma oranlarına baktığımızda görünen tablo hiç de iç açıcı değildi. Yalnızca bir kişinin başvurusu değerlendirilip sonuca bağlanmıştı. İki kişinin başvuruları yasal değerlendirme sürecindeydi. 12 kişi (%43) yasal başvuru haklarını kullandıklarını ancak başvurularının yanıtız kaldığını belirtti. Diğer 13 kişi (%46) ise yasal başvuruda bile bulunmamıştı.

Görevli hekim veya diğer sağlık personelinin işkence sırasında ve/veya sonrasındaki tutumlarıyla ilgili olarak, olgulardan 2'si "ellerinden gelen ilgiyi gösterdiler" derken 12'si "ilgisizdiler", 10'u da "işkencecilerle işbirliği içindeydiler" demiştir. Bizim olgularımıza ait bu oranları genellemek yanlış olabilir. Ancak, yalnızca ülkemizde

değil, dünyanın pek çok ülkesinde, bir çok hekime benzer suçlamaların yöneltildiğini biliyoruz(111). Bu konudaki suçlamalardan başlıcaları şunlardır: Psikolojik veya farmakolojik işkence tekniklerinin geliştirilmesi çalışmalarına katılmak, insan organizmasına değin bilgiler vererek acıyı arttırmanın yollarını göstermek, kurbanın dayanma sınırını saptayarak ölüme yol açmayacak şekilde işkence yapılmasına yardımcı olmak, işkence görmüş veya işkence sonucu ölmüş kişilere gerçek dışı rapor düzenlemek(111,112). Sözkonusu suçlamaların sona ermesinde, hekim yetiştiren kuruluşlara ve hekimlerin meslek örgütlerine önemli sorumluluklar düşmektedir(113,114).

Bu çalışmada, işkencenin, işkence gören kişiler üzerindeki ruhsal etkileri araştırılıp incelenmiştir. Oysa işkence, yalnızca işkence gören bireyi etkilemez. Etkileri, bireyin yakın çevresinden başlayarak gittikçe genişleyen halkalar halinde tüm topluma yayılır. Bu boyutu ile işkence, önemli bir toplum ruh sağlığı sorunudur. İleride yapılacak çalışmalarda konunun bu yönüyle de ele alınması işkencenin ruhsal etkilerini, daha bütünsel kavramamızı sağlayacaktır.

SONUÇLAR

Bu çalışmanın önemli bazı sonuçlarını şöyle sıralayabiliriz.

1. Araştırma olgularımıza uygulanan işkence yöntemleri ve bunların uygulanma sıklığı, literatürde, başka ülkeler için verilen bilgilerle uyum içinde idi.
2. İşkenceyle ilgili travmatik anıların ve bunlara bağlı semptomların zamanla hafiflese de, uzun süre devam ettiği gözlemlendi.
3. Olgulardan (PTSB +) ve (PTSB -) olarak değerlendirilen iki grup arasında her semptom boyutunda özellikle de depresyon boyutunda farklılık saptandı.
4. Başka çalışmacılarca (PTSB +) olarak değerlendirilmiş iki ayrı grubun ruhsal belirti profilleri, araştırma olgularımızın ki ile dikkat çekici bir paralellik göstermiştir. Bir başka deyişle, her üç gruptaki bireyler, genel olarak aynı semptomlara pozitif yanıt vermişler ancak semptomların yoğunluğu ile ilgili yanıtları değişiklik göstermiştir..
5. Olguların SCL-90-R ölçeğine göre semptom dağılımları, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, tüm boyutlarda istatistiki olarak önemli farklılık bulundu.
6. İşkence sonrası farklı zaman aralıklarında araştırmaya katılan üç grubun, zamana bağlı belirti düzeyi değişimini incelediğimizde; daha yakın zamanda işkence görmüş grubun genel olarak daha yüksek belirti verdiği bulduk. Fakat bir grup, çeşitli nedenlerle, işkence sonrası geçen süreden bağımsız olarak öfke-düşmanlık semptom

boyutunda tüm grupların üzerinde yer aldı.

7. Olgularımızın işkence gördükleri konusunda yasal başvuru haklarını oldukça az kullandıklarını, bu haklarını kullananların da sonuç alamadıklarını bulduk.
8. Görevli hekim veya sağlık personelinin işkence sırasında ve sonrasında tutumlarına değin olgularımızın verdiği bilgiler, bu konunun tıp fakülteleri ve hekimlerin meslek örgütlerince ele alınması gereken önemli bir sorun olduğunu bir kez daha ortaya koymuştur.

ÖZET

Bu çalışmada, işkencenin, kişinin ruhsal yapısı üzerine etkileri araştırılmıştır. İşkence gördüğünü belirterek İnsan Hakları Derneği'ne başvuran 28 kişinin, çeşitli ölçeklerle ruhsal değerlendirilmeleri yapılmış ve elde edilen bulgular, kendi içinde ve farklı gruplara ait verilerle karşılaştırılmıştır.

Çalışmanın ilk bölümünde, işkence ve işkenceci, psikolojik, sosyal, kültürel yönleriyle ele alınmıştır. Ayrıca bu bölümde "Neden işkence yapılır?" "İşkencecinin kişilik özellikleri nelerdir?" gibi sorulara yanıtlar aranmıştır.

İkinci bölümde, işkencenin ağır stres yaratan bir stresör olmasından çıkılarak, günümüzde geçerli stres modelleri tartışılmıştır. Ayrıca işkencenin de içinde olduğu olağanüstü yaşam olaylarının yol açtığı bir ruhsal bozukluk olan, Posttravmatik Stres bozukluğu (PTSB), ayrıntılarıyla incelenmiştir.

Üçüncü bölümde, araştırma yöntemimiz ve gereçler anlatılmış ve araştırma bulgularımız verilmiştir. Bu bulgulara göre, işkence gören olguların ruhsal belirti düzeyleri, kontrol grubumuzdan önemli düzeyde farklı bulunmuştur. Olgularımızın öfke-düşmanlık semptom boyutu, karşılaştırdığımız başka gruplara göre dikkati çekecek düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca, işkencenin neden olduğu ruhsal izlerde, aradan geçen süreye bağlı olarak bazı değişiklikler olduğu gözlenmiştir.

Özellikle depresyon semptom boyutunda olmak üzere, (PTSB +) olarak değerlendirilen 10 kişinin ruhsal belirti düzeylerinin (PTSB-) gruptan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Son bölümde ise, elde edilen tüm veriler literatür ışığında tartışılarak bazı sonuçlara varılmıştır.

KAYNAKLAR

1. H. Öndül (1990) İşkence Raporu. 1989 Ankara İnsan Hakları Derneği Ankara Şubesi Yayınları, s. 15-172.
2. E. Tuşalp, 2 Ocak 1991. İşkence Politik Tercih. Cumhuriyet Gazetesi.
3. Ankara Bürosu, 4 Şubat 1991. İnsan Hakları Vakfı'ndan 1990'ın İnsan Hakları Bilançosu. Cumhuriyet Gazetesi.
4. İnsan Hakları Derneği (1989) İşkence Raporu 1989. İnsan Hakları Derneği Ankara Şubesi Yayınları, s. 25-77.
5. Uluslararası Af Örgütü (1989) Uluslararası Af Örgütü Türkiye Raporları İstanbul Alan yayıncılık, s. 9-13.
6. S.W. Turner. (July 22 1989) Allegations of Torture in Turkey. The Lancet. 8650, s. 220-22.
7. E. Peters (1986) Torture. Oxford, Basil Blackwell. s. 5-39.
8. A. N. Ölçen (1982) Osmanlı Meclisi Mebusanında Kuvvetler Ayrımı ve Siyasi İşkenceler. Ankara, Ayça yay., s. 110-118.
9. Amnesty International (1984) Torture in the eighties. New York Author. Psychology and Torture (1990) Peter Suedfeld (ed). Hemisphere publishing corp. New York s. 129.
10. G. Keller. İşkence Psikolojisi, (1990) Almanca'dan çeviren: Mihrican Özdem, İstanbul, Fırat yayınları. S. 60.
11. P. Suedfeld (ed). (1990) Psychology and Torture. Hemisphere publishing corp. New York, s. 7.
12. İ. Çalışlar, C. San, 2 Şubat 1986. Bir İşkenceci Polisin İtirafları. Nokta Dergisi İstanbul, Gelişim yay., Yıl: 4. Sayı: 4 s. 13-19.

13. E. Tuşalp (1986). İnsan Hakları Dosyası "Bin İnsan" İstanbul. Tekin yay. 85-99.
14. F. Yetkin, M. Tanboğa (1990) Dörtlerin Gecesi. Ankara. Yurt yay, s. 62-73.
15. E. Tuşalp (1986) Bin Tanık. Ankara. Dost kitabevi yay., s. 113-131.
16. Y. Ayaşlı (1989). Adressiz Sorgular, Ankara. Yurt yay. 179-199.
17. H. Kıvanç (1988) Ben Devletim: İşkence Yaparım. İstanbul. BDS yay., s. 49-93.
18. E. Tuşalp (1987) Bin Belge. Ankara. Dost Kitabevi yay., s. 215-245.
19. P. Harrison (1976) The sociology of Lower Hell New Society, 2, s. 456.
20. D. Duhm (1987). Kapitalizmde Korku Almanca'dan çev: Sargut Şölçün. Ankara Kalem yay., s. 160.
21. E. Staub (1978). Positive social Behavior and Morality: 1. Social and Personal influences. New York Academic Press.
22. T. Adorno, F. Brunswik. (1950). The Authoritarian Personality New York, Norton.
23. A. Bandura, B. Underwood, M. E. Fromson., Disinhibition of Aggression Through Diffusion of Responsibility and Dehumanization of Victims. Journal of Research in personality, 9 s. 253-269. (1975).
24. A. Yörükoğlu (1986) Gençlik Çağı. Ankara, Türkiye İş Bankası Kültür yayınları, s. 123.
25. G. Turpin, M.Lader (1986). Life event and mental disorder: Biological theories of their mode of action. Life Events and Psychiatric Disorders. H. Katschinig (ed). Cambridge. Cambridge Univ. press. s. 33-41.
26. C. T. Margon, R. A. King, J. R Weisz, ve ark. (1986) Introduction to Psychology. 7. baskı. New York McGraw-Hill, s. 307.

27. B. Öztaş (1990) Stres Nörofizyolojisi. Stres ve Hastalıklar. N. Tarhan (ed). İstanbul Gri Ajans, s. 15-23.
28. H. Katschnig (1986) Life Events and Psychiatric Disorders: Controversial Issues Cambridge, Cambridge Univ. press, s. 45-50.
29. R.S. Lazarus, A. DeLongis, S. Folkman, ve ark (1985). Stress and Adaptational Outcomes. American Psychologist vol 40 no 7 s. 770.779.
30. B. A. Van derKolk,(1987). Psychological Trauma. Washington, DC: American Psychiatric Press. s. 18-44.
31. M.J. Friedman (1988) Toward Rational Pharmacotherapy for PTSD: An Interim Am.J. Psychiatry 145:3, s. 281-285.
32. I.P.B. Watson, L. Hoffman, G.V. Wilson (1988) The Neuropsychiatry of Post-traumatic Stress Disorder. British Journal of Psychiatry 152, s. 164-173.
33. C.F.Reynolds III, (1989) Sleep Disturbance in Posttraumatic Stress Disorder: Pathogenetic or Epiphenomenal? Am.J. Psychiatry 146: 6, s. 695-696.
34. R.J. Ross, W.A. Ball, K. A. Sullivan ve ark. (1989) Sleep Disturbance as the Hallmark of Posttraumatic Stress Disorder. Am.J. Psychiatry 146: 6.s. 697-707.
35. S.Freud (1986). Introductory Lectures on Psychoanalysis. A. Richards, A. Dickson (ed.), London Penguin Books s. 315.
36. S.Freud (1986) On Metapsychology, The Theory of Psychoanalysis. A. Richards, A. Dickson (ed.), London Penguin Books. s. 282-283.
37. R.B. Ulman. (1987) Horneyan and Kohutian Theories of Psychic Trauma: A self-psychological Reexamination of the work of H. Kelman. Am.J. Psychoanalysis Vol 47 No:2. s. 154-161.
38. B.A. Kolk, O. Hart. (1989) Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma. Am.J. Psychiatry 146:12. s.948-956.

39. J.S. March (1990) The Nosology of Posttraumatic Stress Disorder J. Anxiety Disorders, Vol. 4. s. 61-82.
40. M.J. Horowitz, N. Wilner, N. Kaltreider. (1980) Signs and symptoms of Posttraumatic Stress Disorder. Arch. Gen Psychiatry 37: s. 85-92.
41. T.M. Keane, J.A. Fairbank, J.M. Caddell, ve ark. (1989). Implosive (Flooding) Therapy Reduces Symptoms of PTSD in Vietnam Combat veterans. Behavior Therapy 20, s. 245-260
42. T.M. Keane, R. T. Zimmering, J. M. Caddell. (1985) A. Behavioral Formulation of Posttraumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans. Behavior Therapist, 8, s.9-12.
43. F. Allodi, G. Cowgill. (1982) Ethical and Psychiatric Aspects of Torture: A Canadian Study. Canadian Journal of Psychiatry, 27, s.88-102.
44. R.S. Pynoos, C. Frederick, K. Nader ve ark. (1987) Life Threat and Posttraumatic Stress in School - age Children. Arch. Gen Psychiatry 44: s.1057-1063.
45. I.J.J. Lopen, S. F. Corras, (1985) Psychopathological aspects of the toxic oil syndrome catastrophe. Br. J. Psychiatry 147, s.252-265.
46. E. M. Smith, C. S. North, R. E. McCool ve ark. (1990) Acute Postdisaster Psychiatric Disorders: Identification of Persons at Risk. Am.J. Psychiatry 147:2, s.202-206.
47. H. Hendin, A.P. Haas. (1984) Combat Adaptations of Vietnam Veterans Without Posttraumatic Stress Disorders. Am.J. Psychiatry 141: 8, s.956-960.
48. C.R. Figley (1985) Trauma and its wake The Study and Treatment of PTSD New York. Brunel / Mazel. s. 402-407.
49. H.I. Kaplan B.J. Sadock, (1985) Modern Synopsis of psychiatry 4. baskı. Baltimore. Willams. & Wilkins. s. 336.
50. APA (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition-Revised. Washington, DC pub. APA. s. 248.

51. R.J. Ursano, J.A. Boyastun, R.D.Wheatley. (1981) Psychiatric Illness in US. Air Force Vietnam prisoners of war: A five year follow-up *Am.J. Psychiatry* 138: s.310-314.
52. G.W. Beebe. Follow-up studies of World war II and Korean war prisoners. II: (1975) morbidity, disability and maladjustments *Am.J. Epidemiol.* 101. s. 400-422.
53. J.C.Kluznik, N. Speed, C. V. Valkenburg ve ark. (1986) Forty-Year Follow-up of United States Prisoners of War *Am.J. Psychiatry* 143: 11, s.1443-1446.
54. M. Friedman, C.K Schniederman, A. N, West ve ark. (1986) Measurement of Combat Exposure, Posttraumatic Stress Disorder and Life Stress Among Vietnam Combat Veterans. *Am. J. Psychiatry* 143: 4, s.537-539.
55. D.W.Foy, E.M. Corroll, C.P Donahoe, (1987) Etiological Factors in The Development of PTSD in Clinical Samples of Vietnam Combat Veterans. *Journal of clinical Psychology*, Vol. 43. No: 1. s. 17.
56. Z. Solomon, M. Mikulincer, H. Flum. (1988) Negative Life events, coping responses, and combat-related psychopathology, a prospective study. *J. Abnorm. Psychol.* 97: s.302-307.
57. Z. Solomon, M.Mikulincer. S.Hobfoll, (1987) Objective versus subjective Measurement of Stress and social support: Combat related reactions. *J. Consult. Psychol* 55: s.577-583.
58. J.H. Streimer J. Cosstick, C. Tennant ve ark. (1985) The Psychosocial Adjustment of Australian Vietnam Veterans. *Am. J. Psychiatry* 142:5, s. 616-618.
59. B.L. Green, M. C. Grace, J. D. Lindy. (1990) Risk Factors for PTSD and other Diagnoses in a General Sample of Vietnam Veterans. *Am.J. Psychiatry* 147: 6.s. 729-733.

60. J. Davidson, M. Swartz, M. Storck ve ark. (1985) A Diagnostic and Family Study of Posttraumatic Stress Disorder *Am.J. Psychiatry* 142: 1. s. 90-93.
61. R.K. Pitman, B. Altman, M.L. Macklin. (1989) Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Wounded Vietnam Veterans. *Am.J. Psychiatry* 146:5, s. 667-669.
62. R.K. Stutman, E.L. Bliss. (1985) Posttraumatic Stress Disorder, Hypnotizability and Imagery. *Am.J. psychiatry* 142:6 s. 741-743.
63. J.P. Wilson. *Understanding the Vietnam Veteran* (1988). Ochberg. *Posttraumatic therapy and Victims of Violence* New York. Brunnel Mazel. s. 234.
64. C. Dyke, N. J. Zilberg, A. J. McKinnon. (1985) Posttraumatic Stress Disorder: Thirty-Year Delay in a World War II Veteran *Am J. Psychiatry* 142 :9, s.1070-1073.
65. E.A. Brett, R. Ostroff. (1985) Imagery and Posttraumatic Stress Disorder: An Overview. *Am.J. Psychiatry* 142: 4, s. 417-424.
66. H. Hendin, A.P. Haas, P. Singer ve ark. (1984) The Reliving Experience in Vietnam Veterans With PTSD. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 25, No.2, s. 165-173.
67. J. Kroll, M. Habenicht, T. Mackenzie ve ark. (1989) Depression and PTSD in Southeast Asian Refugees. *Am.J. Psychiatry* 146:12, s. 1592-1597.
68. C.C. Tennant, K.J. Goulston, O.F. Dent. (1986) The Psychological Effects of Being a prisoner of War: Forty Years After Release. *Am.J. Psychiatry* 143: 5, s. 618-621.
69. D.A. Pollock, P. Rhodes, C.A. Boyle ve ark. (1990) Estimating the Number of Suicides Among Vietnam Veterans. *Am.J. Psychiatry* 147: 6, s. 772-776.
70. E. A. Brett, R.L. Spitzer, J. B. W. Williams ve ark. (1988) DSM-III-R Criteria for Posttraumatic Stress Disorder. *Am. J. Psychiatry* 145 : 10 s. 1232-1336.

71. R.S. Schottenfeld, M.R. Cullen. (1985) Occupation Induced Posttraumatic Stress Disorders. *Am.J. Psychiatry* 142:2, s. 198-202.
72. T.A. Fahy, P.H. Robinson, G.F. Russell ve ark. (1988) Anorexia Nervosa Following Torture in a Young African woman. *British Journal of Psychiatry*, 153: s. 385-387.
73. J.K. Boehnlein, J.D. Kinzie, R. Ben, J. Fleck. (1985) One-Year Follow-up study of PTSD Among survivors of Cambodian Concentration Camps. *Am.J. Psychiatry* 12:8, s. 956-959.
74. J.C. Bouhoutsos (1990), Treating Victims of Torture Psychology's Challenge. *Psychology and Torture*, P. Suedfeld (ed.) NewYork, Hemisphere Pub. Corp. s. 133-134.
75. K. Özdamar (1989) Biyoistatistik. İstanbul, Bilim Teknik yay. s. 71.
76. B. Tufan (1987) Türkiye'ye Dönen İkinci Kuşak Göçmen İşçi Çocuklarının Psiko-Sosyal Durumları. Sosyal Planlama Başkanlığı yay. No. 2091 s. 53.
77. O. Hayran (1982) Çubuk Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Ruhsal Sorunlara İlişkin Vak'a Kontrol Araştırması. Basılmamış Uzmanlık Tezi, Ankara.
78. S. Birsöz (1980), Hastalık Öncesi Yaşam Değişimleri Ruhsal Sonuçları Üzerine Bir İnceleme. Basılmamış Doçentlik Tezi, Ankara.
79. J.H. Shore, E.L. Tatum, W. M. Vollmer. (1986) Psychiatric Reactions to Disaster: The Mount st. Helens Experience *Am.J. Psychiatry* 143:5, s. 590-595.
80. Ş. Yüksel, M. Paker, Ö. Paker, (1989) Torture on Prisoners and PTSD. VIII. Dünya Psikiyatri Kongresi Bildirisi Atina. *Excerpta Medica Int. Cong. Series* 899 no 2302, s. 592.

81. R.F. Mollica, G. Wyshak, D. Marneffe ve ark. (1987) Indochinese Version of the Hopkins Symptom Checklist-25: A Screening Instrument for the psychiatric Care of Refugees. *Am.J. Psychiatry* 144: 4, s. 497-500.
82. R.F. Mollica, G. Wyshak, J. Lavelle ve ark. (1990) Assesing Symptom Change in Southeast Asian Refugee Survivors of Mass Violence and Torture. *Am.J. Psychiatry* 147:1, s. 83-88.
83. W.W.K. Zung (1973) From Art to Science: The Diagnosis and Treatment of Depression. *Arch Gen Psyhiat* 29: s. 328-337.
84. M.E. McFall, D.E.Smith, (1990) Convergent Validity of Measures of PTSD in Vietnam Combat Veterans. *Am.J. Psychiatry* 147:5, s. 645-648.
85. J.J. Card. (1987) Epidemiology of PTSD in A National Cohort of Vietnam Veterans. *Journal of Clinical Psychology*, Vol.43, No 1 s. 6-16.
86. Z. Solomon, M. Weisberg. (1987) PTSD Among Frontline Soldiers with Combat Stress Reaction: The 1982 Israeli Experience. *Am.J. Psychiatry* 144: 4, s. 448-454.
87. L.M. Cathcart, P.Berger, B. Knazan (1979) Medical Examination of Torture Victims Applying for Refugee Status. *CMA journal* 121: s. 179-184.
88. R.L. Woolfolk, D.A. Grady. (1988) Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. *The J. Nevrous and Mental Disease* Vol. 176 No 2, s. 107-111.
89. M. Paker, Ö. Paker, Ş. Yüksel Does PTSD Develop After Being Exposed to Torture? 2nd. European Conference on Traumatic Stress, Noordwijkerhout, The Netherlands, Sept. 23-27 1990.
90. N. Dilbaz, H. Erkmn, G. Seber ve ark. (1989) Effects of Age and time of amputation on depression and psychopathology. VIII. Dünya psikiyatri kongre bildirisi Atina. *Excerpta Medica Int. Cong. Series* 899, no 1068, s. 280.

91. M. Pilisuk, L. Ober. (1976) Torture and genocide as Public Health Problems. *Amer. J. Orthopsych.* 46(3), s. 388-392.
92. E.M. Cooperman. (1977) Doctors, torture and abuse of the doctor-patient relationship. *CMA Journal* Vol. 116 s. 707-710.
93. E. Gordon, A.K. Mant. (1984) Clinical Evidence of Torture. Examination of a Teacher from El Salvador. *The Lancet*, s. 213-214.
94. K. İstanbullu (1986), *Göz Altında Kaybolanlar* Yalçın yay. 2. basım. İstanbul.
95. A.E. Goldfeld, R.F. Mollica, B.H. Pesavento ve ark. (May 13, 1988) The Physical and Psychological Sequelae of Torture. *JAMA*. Vol 259, No 18 s. 2725-2729.
96. I. Lunde, J. Ortmann. (Aug. 4, 1990) Prevalence and sequelae of sexual torture. *The Lancet* 336 s. 289-291.
97. C. Kaptanoğlu, G. Seber, D. Tekin. (1989) Rape and sexual Assault from Psycho-social Perspective. *Mediterr J. Soc Psychiat* Vol 9-10. s. 41-45.
98. B.E. Engdahl, R.E. Eberly (1990) The Effects of Torture and Other Maltreatment: Implications for psychology. *Psychology and Torture*. P. Suedfeld (ed.). NewYork. Hemisphere pub. corp. s. 31.
99. İ. K. Genefke, P. Vesti (1990). İşkenceden sağ kalanların Rehabilitasyonunda Psikoterapi. *İngilizce'den Çevirenler: S. Tuncer, A. Ayan, Y. İşleşen, C. Çelik*, İzmir. Doğruluk mat. s. 27.
100. F.E. Somnier, İ.K. Genefke, (1986) Psychotherapy for victims of Torture. *British J. Psychiat*, 149. s. 323-329.
101. A.J. Cienfuegos, C. Monelli. (1983) The Testimony of Political Repression as a Therapeutic Instrument. *Amer. J. Orthopsychiat.* 53(1). s. 43-51.
102. H.D. Petersen. (1989) The Controlled Study of Torture Victims. *Scand.J. Soc Med* 17: s. 13-20.

103. L. Weisaeth. (1989) Torture of a Norwegian Ship's Crew. *Acta psychiatr. Scand.* (Suppl. 355) : 80: s. 63-72.
104. U. Malt. (1988) The Long-Term Psychiatric Consequences of Accidental Injury. *British J. Psychiatry*, 153, s. 810-818.
105. A.C. McFarlane. (1988) The Aetiology of Post-traumatic Stress Disorders Following a Naturel Disaster. *British J. Psychiatry* 152, s. 116-121.
106. J.D. Kinzie, J.K. Boehnlein, P.K. Leung ve ark. (1990) The Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Its Clinical Significance Among Southeast Asian Refugees. *Am.J. Psychiatry* 147: 7 s. 913-917.
107. H. I. Kaplan, B.J. Sadock. (ed) (1983). *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV*. 4. baskı Baltimore. Williams & Wilkinson s. 918-924.
108. Ş. Yüksel. Post-traumatic Cognitive Behavioral Therapy. 2nd. European Conference on Traumatic Stress, Noordwijkerhout, The Netherlands. 23-27 Sep. 1990.
109. R.A. Benedikt, L.C. Kolb. (1986) Preliminary Findings on Chronic Pain and PTSD. *Am.J. Psychiatry* 143: 7, s. 908-910.
110. L. Küey, B. Üstün, C. Güleç (1987) Türkiye'de Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi. XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongre Kitabı, İstanbul Onur ofset, s. 437-449.
111. L.A. Sogan, A.R. Jonsen. (1982) Medical Ethics and Torture. *JAMA*, Vol 248. No 1 s. 1307-1308.
112. Leading Articles. (March, 24 1979) Doctors and Torture. *The Medical. J. Australia* s. 217.
113. A. Gellhorn, (1979) Violations of Human Rights: Torture and the Medical Profession. *The New Engl. J. Medicine* 299:7, s. 358-259.
114. R.E. Walker. (1988) Safari to Kenya. *CMA J. Vol.* 139, s. 704-705.

Ek-1

TOKYO BİLDİRGESİ

(İşkence ve Diğer Zalimce, İnsanlıkdışı veya Aşağılayıcı İşlem ve Cezalara İlişkin)

29'uncu Dünya Hekimler Kurul-
tayında (Ekim 1975, Tokyo-Japonya)
benimsenmiştir.

Önsöz :

Tıbbî insanlığın hizmetinde kullanmak, kişiler arasında herhangi bir ayırım yapmadan beden ve ruh sağlığını korumak ve iyileştirmek, hastalarının acılarını dindirmek ve onları rahatlatmak, hekimlere tanınmış bir ayrıcalıktır. Hekimin insan yaşamına duyduğu saygı, tehlike altında bile sürdürülmeli ve herhangi bir tıbbî bilginin insanlık yasalarına aykırı biçimde kullanılmasına izin verilmemelidir.

Bu bildirge bağlamında işkence, yalnız başına veya bir yetkilinin emri altında davranan bir veya birden çok sayıda kişinin, bilgi edinmek, itiraf almak veya bir başka nedenle, kasıtlı, sistemli veya zevk için, bir başka kişiye zor kullanarak, ona fiziksel veya ruhsal yönden acı çektirmesidir.

Bildirge:

1. Silahlı çatışma ve sivil kavgalar da dahil hiçbir durumda hekim, işkenceyi ve zalimce, insanlıkdışı veya aşağılayıcı başka hiçbir işlemi onaylamayacak, hoş görmeyecek ve bunlara katılmayacaktır; suçu her ne olursa olsun, bu işlemlerle karşılaşan kurbanın inançları ve güdülleri ne olursa olsun, ister kuşku edilen kişi, ister sanık, isterse suçlu olsun bu durum değişmez.

2. Hekim, işkence veya zalimce, insanlıkdışı ve aşağılayıcı öteki işlemlerin uygulanmasına yarayacak veya kurbanın böyle bir işleme dayanma yeteneğini azaltacak herhangi bir yer, araç, madde veya bilgi sağlamayacaktır.

3. Hekim, işkence veya zalimce, insanlıkdışı ve aşağılayıcı öteki işlemlerin uygulandığı veya böyle bir gözdağının verildiği yerlerde bulunmayacaktır.

4. Hekim, tıbbî açıdan sorumlu olduğu kişinin bakımıyla ilgili bir

karar verirken klinik yönden bütünüyle bağımsız olmalıdır. Hekimin temel görevi, izlediği kişilerin sıkıntısını azaltmaktır; kişisel, toplumsal veya politik hiçbir güdü, bu yüce amaçtan daha üstün sayılmayacaktır.

5. Bir hükümlü beslenmeyi reddettiğinde, eğer hekim, beslenmeyi gönüllü olarak reddetmenin yol açacağı sonuçlar üzerinde kişinin tam ve doğru bir yargıya varacak yetenekte olduğu kanısında ise, bu kişiyi damardan beslemeyecektir. Hükümlünün böyle bir yargıya varma yeteneği ile ilgili karar, en azından bir başka bağımsız hekimce onaylanmalıdır. Beslenmeyi reddetmenin yol açacağı sonuçların hekim tarafından hükümlüye anlatılması gerekir.

6. Dünya Hekimler Birliği, işkenceye veya zalimce, insanlıkdışı veya aşağılayıcı öteki işlemlere göz yummamaları yüzünden karşılaşılabilecekleri tehdit ya da misillemelere karşı hekimleri ve ailelerini destekleyecek ve diğer meslektaşlarını da bu yolda teşvik edecektir.

Kaynak : Y. Kıyak (1987) Lectures on Medical Ethics.
İstanbul Marmara Üniv., Yayın No:445., s 176-177.
Çev: C. Kaptanoğlu.

Ek-2

Uluslararası Psikoloji Kongresi Bildirgesi, Paris 1976.

Kongre, her psikoloğun, kişiler arasında ayırım yapmadan, insan onuruna saygı göstererek, bilgi ve yetisini, insanlığın hizmetinde kullanması gerektiğini vurgular. Psikolojik bilgi ve yöntemlerin, bilinçli ve sistematik olarak, özgürlüğü elinden alınmış insanlara bedensel ve ruhsal acı çektirmek ve bu işleri yapacak kişiler yetiştirmek için kullanılmasından kaygı ve üzüntü duyduğunu belirtir.

İnsan ruh sağlığının korunması ve iyileştirilmesi amacıyla, insan davranışı üzerine eğitim gören kişiler olarak psikologlar, psikolojik teorilerin kötüye kullanılması karşısında doğrudan sorumluluk hissederek, insanı, hapsedmek, psikiyatrik kuruluşlarda ve klinik sınırlamalarda tutmak da dahil, her çeşit işkence ve başka zalimce, insanlık dışı ve onur kırıcı davranışı reddeder, psikologların, işkencenin ve başka zalimce, insanlık dışı ve onur kırıcı davranışın ve cezanın uygulanmasını teşvik etmeyeceğine, izin vermeyeceğine ve yardımcı olmayacağına karar verir.

Psikologların işkenceyi ve başka zalimce ve onur kırıcı davranışı kolaylaştırmak ve bu yolda başkalarını yetiştirmek için bilgisini ve yetisini kullanmayacağına karar verir.

Psikologların, kendi araştırma sonuçlarının, asıl amacına zıt olan amaçlarla kullanılmamasına dikkat edeceğine karar verir.

Kongre, tüm mesleki ve akademik, ulusal ve uluslararası örgütlerden, kuruluşlardan ve birliklerden bu sorunlara ilişkin düşüncelerini, üyelerine açıkça belirtmelerini talep eder. Örgütlü ve örgütlenmemiş psikologları, yukarıdaki ilkelere uydukları için baskı altında tutulan veya baskı altına alınma tehlikesi olan meslektaşlarına yardım etmeye teşvik eder.

Kongre, 22. Uluslararası Psikoloji Kongresine hazırlık olarak, psikolojinin kötüye kullanımının şekli ve boyutları üzerine araştırmalar yürütmeye ve daha ayrıntılı mesleki ilkeler hazırlamaya karar verir. Son olarak, kongre, Uluslararası Psikologlar Birliği'nin, örgütlenmemiş psikologların, ulusal ve uluslararası Psikologlar Birliklerinin veya başka şahıs ve örgütlerin, bu bildirgedeki ilkelerin çiğnenmesine ilişkin şikayetlerinin, Uluslararası Psikologlar Birliği'ne iletilmesiyle yükümlü bir denetim kurulu oluşturulmasına karar verir.

Kaynak : G. Keller (1990), İşkence Psikolojisi.
Almancadan çev.: M. Özdem Fırat yay., s.67
(C. Kaptanoğlu tarafından özetlenmiştir.)

Ek-3

AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ (APA) VE AMERİKAN PSİKOLOJİ BİRLİĞİ (APA)'NİN İŞKENCEYE KARŞI ORTAK BİLDİRGESİ

Amerikalı Psikologlar, kişinin değer ve onuruna saygı duymak ve temel insan haklarının korunması için çaba göstermekle, mesleki etik ilkeleri gereği yükümlüdürler.

Amerikalı Psikiyatristler, insan onuruna saygı göstermeye ve yeterli tıbbi hizmeti sevecenlikle vermeye, özellikle psikiyatride değin tıbbi etik ilkeleri gereği yükümlüdürler.

Devletçe desteklenen işkence ve diğer zalimce insanlık dışı veya aşağılayıcı işlemlerin dünyanın birçok ülkesinde yapıldığı belgelenmiştir ve psikolojik bilgi ve teknikler işkencenin dizayn ve uygulanmasında kullanılabilir ve işkence kurbanları, uzun süreli, birçok psikolojik ve fiziksel sorunlardan ötürü acı çekebilirler.

BİLDİRİLİR Kİ, Amerikan Psikoloji Birliği ve Amerikan Psikiyatri Birliği, her nerede olursa olsun işkenceyi kınar ve Birleşmiş Milletler'in İşkence ve başka zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı davranış veya cezaya karşı sözleşmesini ve Birleşmiş Milletler'in tıbbi etik İlkelerini benimser.

Bu, işkenceye karşı ortak bildirge, 4 Ekim 1984 tarihinde Başkan Reagan tarafından onaylanarak yasalaşmıştır.

Amerikan Psikoloji Birliği
Temsilciler Meclisi tarafından
onaylanmıştır.

1 Şubat 1986

Amerikan Psikiyatri Birliği
Temsilciler Kurulu tarafından
onaylanmıştır.

6-7 Aralık 1985

Kaynak : American Psychological Association,
American Psychologist, 1984, 39pp. 676-678
Çev: Cem Kaptanoğlu.

Ek-4

DSM-III-R Posttravmatik Stres Bozukluğu Tanı Kriterleri

A. kişi olağan insan yaşantısının çok dışında, hemen herkes için belirgin bir sıkıntı kaynağı olabilecek bir olay yaşamıştır, örn. yaşamı ya da fizik bütünlüğü tehdit eden bir durum; çocuklarına, eşine ya da diğer yakın akrabalarına ve arkadaşlarına yönelik ciddi bir tehlike ya da zarar; evinin ya da içinde yaşadığı toplumun birden yıkımı, bir kaza ya da fizik şiddeti sonucu ağır bir şekilde yeni yaralanmış ya da öldürülmüş ya da yaralanmakta ya da ölmekte olan başka bir kişiyi görme.

B. Travmatik olay aşağıdakilerden en az biri yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:

1. olayın, elde olmadan, sıkıntı veren bir biçimde tekrar tekrar anımsanması (küçük çocuklarda, travma temalarının ya da onun bir yönünü andıran özelliklerin görüldüğü oyunları tekrar tekrar oynama)

2. olayı sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme

3. travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi, birden tepki gösterme ya da hissetme (uyanırken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsalar bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, hallüsinasyonları ve dissosiatif ["flashback" (geriye dönme)] epizodları kapsar.

4. travmatik olayın bir yönünü sembolize eden ya da travmanın yıldönümleri gibi, ona benzeyen olaylarla karşılaşıldığında psikolojik bir sıkıntı duyma

C. Aşağıdakilerden en az üçünün varlığı ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ya da genel tepki verme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan):

1. travmaya eşlik etmiş olan düşünce ya da duygulardan kaçınma çabaları

2. travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler ya da durumlardan kaçınma çabaları

3. travmanın önemli bir yönünü anımsayamama (psikojenik amnezi)

4. önemli etkinliklere karşı belirgin olarak ilgide azalma (küçük çocuklarda, yakın zamanlarda edinilmiş tuvalet terbiyesi ya da dil yetenekleri gibi gelişimsel yeteneklerin kaybı)

5. insanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları

6. duygulanımda kısıtlılık, örn. sevme duygularını yaşayamama

7. bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma, örn. bir mesleği, evliliği, çocukları ya da uzun bir yaşamı olacağı beklentisi içinde olmama

D. Aşağıdakilerden en az ikisinin varlığı ile belirli, artmış

"uyanıklık" durumu semptomlarının sürekli olması:

1. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte zorluk
2. huzursuzluk ya da öfke patlamaları
3. düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk
4. aşırı uyanıklık
5. tepkilerde aşırılık

6. travmatik olayın bir yönünü sembolize eden ya da ona benzeyen olaylarla karşılaşınca fizyolojik tepkiler gösterme (örn. bir asansörde saldırıya uğramış bir kadın her asansöre bindiğinde sıırsıklam terler)

E. Bu bozukluğun süresi (B, C ve D maddelerindeki semptomlar) en az bir aydır.

Semptomların başlangıcı travmadan en az altı ay sonra olmuşsa geç başlangıçlı olarak belirtilir.

Kaynak : APA (1987), Diagnostic and Statistical Manual Disorders
Third Edition-Revised. Washington, DC pub. APA. s. 248-50

Ek-5

ANKET FORMU

İnsanın diğer bir insana yapabileceği en büyük insanlık dışı işlem olan işkencenin, yeryüzünden, ülkemizden silinmesi dileğiyle bu araştırmayı planladık. Araştırmanın sonucunda elde edilecek veriler işkence gibi son derece travmatik bir olayın insanlar üzerindeki etkilerini bilimsel olarak ortaya koyup değerlendirmek amacıyla kullanılacaktır.

Araştırmamız, farklı üç ölçeğin yaşantınızın iki dönemi için yanıtlanması temelinde planlanmıştır.

Birinci gruptaki ölçekleri sadece EN SON İŞKENCE GÖRDÜĞÜNÜZ TARİHTEN HEMEN SONRAKİ ALTI AYLIK SÜRE içinde hissettiklerinizi duygu ve düşüncelerinizi hatırlayarak işaretlemenizi istiyoruz.

İkinci gruptaki ölçekleri ise BU GÜN DAHİL SON BİR AY İÇİNDEKİ DUYGU VE DÜŞÜNCELERİNİZİ GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURARAK YANITLAMANIZI istiyoruz.

Yardımlarınız ve sabrınız için şimdiden Teşekkürler.

Anadolu Üniversitesi
Tıp. Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı.
Arş. grubu adına
Dr. Cem Kaptanoğlu.

NOT: • Anket formu ve ölçekleri lütfen tek başınıza doldurunuz,
• isim verip vermemekte serbestsiniz.

1. Yaş :
2. Cinsiyet :
 - a. Kadın
 - b. Erkek
3. Medeni Hal :
 - a. Bekar
 - b. Evli
 - c. Dul
4. Öğrenim Durumu :
(Lütfen en son bitirdiğiniz okulu veya terkettiğiniz okulu-sınıfı yazınız.)
5. İşi :

6. Hükümlü ve/veya tutuklu olarak cezaevinde kaldığınız süre:
(Lütfen hangi tarihler arasında yıl/ay olarak belirtiniz.)
7. En son kaç yıl veya ay önce işkence gördünüz?
(Hatırlayabilerseniz lütfen tarih veriniz.)
8. Aşağıdaki işkence türlerinden size karşı uygulanan(lar)ı işaretleyiniz.
- a. Zorla ayakta tutma (48 saatten daha uzun süre.)
 - b. Tecrit (48 saatten daha uzun süre.)
 - c. Aç bırakma (48 saatten daha uzun süre.)
 - d. Uykusuz bırakma.
 - e. Gözlerini bağlama.
 - f. Susuz bırakma (yalnızca pis su, tuzlu veya sabunlu su verme.)
 - g. İşeme veya dışkılamayı önleme.
 - h. Tıbbi bakımdan yoksun bırakma.
 - ı. Tehdit, aşağılama (hakaret, küfür, belli şeyleri söylemeye zorlama.)
 - i. İşkence gören başkalarını seyrettirme.
 - j. İple bağlama
 - k. Üzerine idrar veya dışkı atma.
 - l. İlaç verme (tedavi amacı dışında.)
 - m. Diş sökme.
 - n. Saçlarından asma.
 - o. Sahte idam işkencesi.
 - ö. Kulağa sert cisimlerle vurulması.
 - p. Falaka
 - r. Sert cisimlerle (gövdeye ve/veya cinsel organlara ve/veya başa vurulması.)
 - s. Ucu sivri elektrodlarla, elektrikli coplarla gövdeye ve/veya cinsel organlara, ağıza elektrik verilmesi.
 - ş. Yakma (sigaraların, elektrikle ısıtılan çubukların, sıcak yağın, sönmemiş kirecin, yakıcı asitlerin vücuda uygulanması.)
 - t. Bir sopa veya iple yüksek bir yere kollardan ve/veya bacaklardan asma.
 - u. Cinsel organlara şiddet uygulanması, vagina veya makada sert cisimler sokulması.
 - ü. Irza tecavüz.
 - v. Suyla ıslatma.
 - y. Vücudun ve/veya başın kirli, dışkı karıştırılmış suyla dolu çukura veya lağıma sokulması.
 - z. Listede yer almayan size uygulanmış başka yöntemler varsa lütfen boşluğa yazınız.

9. Yukarıda işaretlediğiniz işkence tür(leri)ü size hangi süreyle uygulandı.
.....
10. İşkence sonrası tıbbi yardım gördünüz mü?
a. Hayır
b. Evet, ayaktan tedavi gördüm.
c. Evet, yatırılarak tedavi gördüm (hastane, revirde vb.)
11. Tedavi veya doktor muayenesinden sonra size karşı tekrar işkence uygulaması oldu mu?
a. Hayır
b. Evet, bir süre sonra tekrar işkence gördüm.
c. Evet, işkenceye devam edilmesi veya kesilmesine karar verebilmek amacıyla hekime muayene ettirildim.
12. İşkence sırasında veya sonrasında sizi muayene ve tedavi etmekle görevli hekim(ler)in genel tutumu nasıldı?
a. "Ellerinden gelen" ilgiyi gösterdiler
b. İlgisizdiler
c. İşkencecilerle işbirliği içindeydiler.
13. Fiziksel işkence nedeniyle vücudunuzda herhangi bir sakatlık, işlev kaybı, iz oluştu mu?
a. Evet, işkenceden hemen sonra oluşan bu rahatsızlıklar aradan geçen süre ve tedaviler sonucunda bugün tamamen geçmiş durumda.
b. Evet, bugün de beni rahatsız eden fiziksel izler taşıyorum.
c. Hayır.
14. Yukarıdaki soruya yanıtınız "Evet" ise lütfen aşağıdaki boşlukta bu rahatsızlık, şikayet ve sakatlığınızı tanımlayınız. Bu rahatsızlıklar nedeni ile hekim raporu aldıysanız süresiyle birlikte belirtiniz.
15. İşkence gördüğünüzü öne sürerek yetkili makamlara suç duyurusunda bulundunuz mu?
a. Hayır.
b. Evet, işkenceciler yargılandı veya yargılanmaları sürüyor.
c. Evet, fakat başvurum yanıtız kaldı.

Hazırlayan : Cem KAPTANOĞLU

Ek-6

RUHSAL BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (SCL-90-R)

Aşağıda herkeste olabilecek şikayet ve problemlerin bir listesi vardır. Lütfen herbir soruyu dikkatle okuyun, sonra bu durumun bugün de dahil son bir ay içinde sizi ne ölçüde tedirgin ve huzursuz ettiğini gözönüne alarak yan taraftaki karenin içine ilgili sayıyı yazın. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen silin. Yenisini okunaklı biçimde yazın.

Soru atlamaksızın tüm soruları yanıtlayın. Başlangıç örneğini dikkatle okuyun, anlamadığınız soru olursa danışın.

Örnek:

- 1- Başağrısı
- 0- Hiç yok
- 1- Çok az var
- 2- Orta derecede var
- 3- Fazla var
- 4- Aşırı derecede var.

	Hiç yok 0	Çok az var 1	Orta derecede var 2	Fazla var 3	Aşırı derecede var 4
1. Başağrısı					
2. Sinirlilik ya da içinde titreme hissi.					
3. Kafanızdan atamadığınız tekrarlayıcı hoşagitmeyen düşünceler.					
4. Baygınlık ya da baş dönmesi					
5. Cinsel istek ve ilginin azalması.					
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu.					
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri.					

	Hiç yok 0	Çok az var 1	Orta derecede var 2	Fazla var 3	Aşırı derecede var 4
8. Sorunlarınızdan pekçoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu.					
9. Olayları hatırlamada zorluk.					
10. Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili endişe.					
11. Kolayca gücenip rahatsız olma hissi.					
12. Güğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar.					
13. Caddelerde ya da açık alanlarda korku hissi.					
14. Enerjinizde azalma ya da yavaşlama hali.					
15. Hayatınıza son verme düşünceleri.					
16. Başka kişilerin duymadığı sesleri duymak.					
17. Titreme					
18. Çoğu kişiye karşı güvensizlik hissi.					
19. İştah azalması.					
20. Kolayca ağlama.					
21. Karşı cinsten olan kişilere karşı utangaçlık ve rahatsızlık hissi.					
22. Tuzağa düşürülmüş ya da yakalanmış hissetmek.					
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma					
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları.					
25. Evden dışarıya yalnız çıkma korkusu.					
26. Olanlar için kendini suçlama.					
27. Bel ve sırtta ağrılar.					

	Hiç yok 0	Çok az var 1	Orta derecede var 2	Fazla var 3	Aşırı derecede var 4
28. İşlerin yapılmasını erteleme duygusu.					
29. Yalnızlık hissi.					
30. Karamsarlık hissi.					
31. Herşey için çok fazla endişe duygusu.					
32. Herşeye karşı ilgisizlik hali.					
33. Korku hissi.					
34. Duygularınızın kolayca inciltilebilmesi hali.					
35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizin farkında olması.					
36. Başkalarının sizin anlamadığı ya da dikkate almadıkları hissi.					
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi.					
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak.					
39. Kalbin çok hızlı çarpması ya da kalp çarpıntısının artması					
40. Bulantı ya da midede rahatsızlık hissi.					
41. Kendini başkalarından aşağı görme duygusu.					
42. Adele (kas) ağrıları.					
43. Başkalarının sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu hissi.					
44. Uykuya dalmada güçlük.					
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme.					

	Hiç yok 0	Çok az var 1	Orta derecede var 2	Fazla var 3	Aşırı derecede var 4
46. Karar vermede güçlük.					
47. Otobüs, tren gibi araçlarda seyahat etme korkusu					
48. Nefes almada güçlük.					
49. Sıcak-soğuk basmaları.					
50. Sizi korkutan belirli uğraşı yer ve durumlardan kaçınma hissi.					
51. Hiçbir şey düşünememe hali.					
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma.					
53. Boğazınıza bir yumruk tıkanması.					
54. Gelecek konusunda ümitsizlik hali.					
55. Düşüncelerinizi toparlamada güçlük.					
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi.					
57. Gerginlik ya da coşku hissi.					
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi.					
59. Ölüm ya da ölmeyi düşünme.					
60. Aşırı yemek yeme.					
61. İnsanlar size baktığı ya da hakkınızda konuştuğu zaman huzursuz olma.					
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma.					
63. Bir başkasına vurma, yaralama, zarar verme isteği.					

	Hiç yok 0	Çok az var 1	Orta derecede var 2	Fazla var 3	Aşırı derecede var 4
64. Sabahları çok erken saatte uyanma.					
65. Yıkama, sayı sayma, dokunma gibi bazı hareketleri tekrarlama hali.					
66. Uykuda huzursuzluk ya da rahatsızlık.					
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği.					
68. Başkalarının paylaşım kabul etmediği inanç ve düşüncelerinizin oluşu.					
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme.					
70. Pazar yeri, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi.					
71. Herşeyin bir yük gibi görünmesi.					
72. Dehşet ve panik nöbetleri.					
73. Topluluk içinde yiyip içerken huzursuzluk hissi.					
74. Sık sık münakaşa etme.					
75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali.					
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu.					
77. Başkaları ile birlikte olduğunuz durumlarda dahi yalnızlık hissi.					
78. Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık duyma.					
79. Kendinizi değersiz hissetme duygusu.					
80. Size kötü bir şey olacaktı duygusu.					
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma.					

	Hiç yok 0	Çok az var 1	Orta derecede var 2	Fazla var 3	Aşırı derecede var 4
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu.					
83. Eğer fırsat verirsiniz insanların sizden yararlanacağı korkusu.					
84. Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelere sahip olma.					
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşünceleri.					
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller.					
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi.					
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama.					
89. Suçluluk duygusu.					
90. Aklınızda bir bozukluk olduğu düşüncesi.					

ZUNG DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim _____

Yaş _____ Cinsiyet _____ Tarih _____

	Hiçbir zaman veya çok ender olarak	Bazen	Sık sık	Çoğunlukla veya her zaman
1 KENDİMİ KIRGIN, KEDERLİ VE HÜZÜNLÜ HİSSEDİYORUM				
2 KENDİMİ EN İYİ SABAHLARI HİSSEDİYORUM.				
3 AĞLAMA NÖBETLERİ GEÇİRİYORUM VEYA KENDİMİ AĞLAYACAK GİBİ HİSSEDİYORUM				
4 GECE BOYU UYUMAKTA GÜÇLÜK ÇEKİYORUM				
5 İŞTAHIM HERZAMANKİ GİBİ				
6 ÇEKİCİ KADINLARA/ERKEKLERE BAKMAKTAN, ONLARLA KONUŞMAKTAN VE BİRLİKTE OLMaktan HOŞLANIYORUM				
7 KİLO KAYBETMEKTE OLDUĞUMU FARKEDİYORUM				
8 KABIZLIK ÇEKİYORUM				
9 KALBİM HERZAMANKİNDEN HIZLI ÇARPIYOR				
10 SEBEPSİZ YERE YORULUYORUM				
11 ZİHNİM HERZAMAN OLDUĞU KADAR AÇIK				
12 ALIŞTIĞIM ŞEYLERİ KOLAYLIKLA YAPABİLİYORUM				
13 HUZURSUZUM VE YERİMDE DURAMIYORUM				
14 GELECEĞE ÜMİTLE BAKIYORUM				
15 HERZAMANKİNDEN DAHA TEDİRGİNİM				
16 KOLAYLIKLA KARAR VEREBİLİYORUM				
17 İŞE YARADIĞIMI VE BANA İHTİYAÇ DUYULDUĞUNU HİSSEDİYORUM				
18 HAYATIM OLDUKÇA DOLU				
19 ÖLSEYDİM HERKES İÇİN DAHA İYİ OLURDU				
20 ALIŞMIŞ OLDUĞUM ŞEYLERİ YAPMAKTAN HALA ZEVK DUYUYORUM				

W. Zung, 1965, 1974.

SDS HAM PUANI

SDS İndeksi

Ek-8

Posttravmatik Stres Bozukluğu Sorgulama Formu :

1. İşkenceye değin anıların tekrar tekrar, aniden ve rahatsız edici şekilde hatırlanması.

<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Çok az
<input type="checkbox"/> Orta derecede	<input type="checkbox"/> Oldukça fazla
<input type="checkbox"/> İleri derecede	

2. Tekrar tekrar sözkonusu olaya değin rahatsız edici rüyalar görme.

<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Çok az
<input type="checkbox"/> Orta derecede	<input type="checkbox"/> Oldukça fazla
<input type="checkbox"/> İleri derecede	

3. Aniden kendinizi sanki işkence olaylarını yeniden yaşıyormuş gibi hissetme veya davranışlarda, hareketlerde bulunma.

<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Çok az
<input type="checkbox"/> Orta derecede	<input type="checkbox"/> Oldukça fazla
<input type="checkbox"/> İleri derecede	

4. Sözkonusu olaya benzer veya onu sembolize eden bir durumla karşılaşıldığında yoğun ruhsal gerginlik duyma.

<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Çok az
<input type="checkbox"/> Orta derecede	<input type="checkbox"/> Oldukça fazla
<input type="checkbox"/> İleri derecede	

5. İşkence ile ilgili düşünce ve duygulardan kaçınma çabası.

<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Çok az
<input type="checkbox"/> Orta derecede	<input type="checkbox"/> Oldukça fazla
<input type="checkbox"/> İleri derecede	

6. İşkenceye değin anıları canlandıracak faaliyet veya durumlardan kaçınma çabası.

<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Çok az
<input type="checkbox"/> Orta derecede	<input type="checkbox"/> Oldukça fazla
<input type="checkbox"/> İleri derecede	

7. İşkence süresinin önemli bir kısmı veya unsurlarını hatırlayamama.
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hiç | <input type="checkbox"/> Çok az |
| <input type="checkbox"/> Orta derecede | <input type="checkbox"/> Oldukça fazla |
| <input type="checkbox"/> İleri derecede | |
8. Eskiden hoşlanılan, ilgi duyulan belli bazı aktivitelere, uğraşlara karşı ilgide azalma.
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hiç | <input type="checkbox"/> Çok az |
| <input type="checkbox"/> Orta derecede | <input type="checkbox"/> Oldukça fazla |
| <input type="checkbox"/> İleri derecede | |
9. Kendini diğer insanlardan izole, kopuk ve onlara yabancılaşmış hissetme.
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hiç | <input type="checkbox"/> Çok az |
| <input type="checkbox"/> Orta derecede | <input type="checkbox"/> Oldukça fazla |
| <input type="checkbox"/> İleri derecede | |
10. Sevgi hislerinde küntleşme, azalma herhangi bir kimseye veya şeye sevgi duymada güçlük çekme.
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hiç | <input type="checkbox"/> Çok az |
| <input type="checkbox"/> Orta derecede | <input type="checkbox"/> Oldukça fazla |
| <input type="checkbox"/> İleri derecede | |
11. Geleceğe dönük beklentilerde karamsarlık, uzun erimli hiç bir şey düşünememe, planlayamama.
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hiç | <input type="checkbox"/> Çok az |
| <input type="checkbox"/> Orta derecede | <input type="checkbox"/> Oldukça fazla |
| <input type="checkbox"/> İleri derecede | |
12. Uykuya dalmada veya uykuda kalmada güçlük.
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hiç | <input type="checkbox"/> Çok az |
| <input type="checkbox"/> Orta derecede | <input type="checkbox"/> Oldukça fazla |
| <input type="checkbox"/> İleri derecede | |
13. Huzursuzluk veya öfke patlamaları.
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hiç | <input type="checkbox"/> Çok az |
| <input type="checkbox"/> Orta derecede | <input type="checkbox"/> Oldukça fazla |
| <input type="checkbox"/> İleri derecede | |

14. Dikkatini toplamada güçlük.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hiç | <input type="checkbox"/> Çok az |
| <input type="checkbox"/> Orta derecede | <input type="checkbox"/> Oldukça fazla |
| <input type="checkbox"/> İleri derecede | |

15. Aşırı uyanıklık, tedirginlik, huzursuzluk, heran kötü birşeyler olacakmış gibi bir his.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hiç | <input type="checkbox"/> Çok az |
| <input type="checkbox"/> Orta derecede | <input type="checkbox"/> Oldukça fazla |
| <input type="checkbox"/> İleri derecede | |

16. Uyarılara (gürültü, parlak ışık, dokunma vb.) karşı aşırı tepki verme.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hiç | <input type="checkbox"/> Çok az |
| <input type="checkbox"/> Orta derecede | <input type="checkbox"/> Oldukça fazla |
| <input type="checkbox"/> İleri derecede | |

17. Söz konusu olay veya olaylara değin bir unsuru çağrıştıran veya sembolize eden bir durumla karşılaşıldığında fiziksel rahatsızlık duyma. (Çarpıntı, terleme, nefes darlığı, bulantı gibi)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hiç | <input type="checkbox"/> Çok az |
| <input type="checkbox"/> Orta derecede | <input type="checkbox"/> Oldukça fazla |
| <input type="checkbox"/> İleri derecede | |

18. Yukarıda "Evet" olarak işaretlediğimiz belirti(ler)i kabaca hangi süreyle yaşadınız.

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1 aydan daha kısa bir süre |
| <input type="checkbox"/> 1 ay veya daha uzun bir süre |

Hazırlayan : Cem KAPTANOĞLU