

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLI TIP ENSTİTÜSÜ
Danışman:
Prof. Dr. Şebnem KORUR FİNCANCI

**YARALANMALARDA
RUHSAL MUAYENENİN KULLANIMI**

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKOLOG
HATİCE BULMUŞ

İSTANBUL
2008

ÖNSÖZ

Bana bu alanda çalışma imkânı sağlayan İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsü Müdürü, *Sayın Prof. Dr. İmdat ELMAS'A*

Tezimde karşılaştığım her zorlukta beni içtenlikle destekleyip, motive eden, tezimin başından sonuna kadar bana yol gösterip, yardımlarını esirgemeyen değerli Tez danışman hocam, *Sayın Prof. Dr. Şebnem KORUR FİNCANCI' YA*

Sayfa dizgesinde yardımcı olan *sevgili arkadaşım Aylin ÇELİK'e* literatür çevirilerimde ve tablo hazırlamamda önemli katkıları bulunan, tezin başından itibaren beni sabırla dinleyip bana çok büyük desteği olan *sevgili arkadaşım Cengiz SAV'A*

Çalışmalarım sırasında desteğini her zaman hissettiğim *sevgili Ailem'e*

Sonsuz Teşekkürler...

İstanbul, Ekim-2008

İÇİNDEKİLER	<u>SAYFA</u>
KISALTMALAR	i
GRAFİKLER	ii
TABLolar	iii
BÖLÜM I.	
GİRİŞ	1
BÖLÜM II.	
KONUyla İLGİLİ KURAMSAL AÇIKLAMALAR ve ARAŞTIRMALAR	
1- Travma Kavramı	4
2- Travma Kavramının Tarihsel Gelişimi	5
3- Temel Travma Tipleri	9
4- Travmayı Etkileyen Faktörler	24
5- Travma Tipleri, PTSD ve Diğer Psikiyatrik Hastalıklar ile ilgili Araştırmalar	30
6- Travmanın Teorik Alt Yapısı	33
7- Travma ve Klinik Değerlendirme	36
8- Klinik Müdahaleler	41
9- Tanı Yöntemleri ve Testler	53
10- Travma Konusu ile ilgili Hukuki Yaklaşımlar	57

BÖLÜM III.

GEREÇ VE YÖNTEM	66
------------------------	-----------

BÖLÜM IV.

BULGULAR	68
-----------------	-----------

BÖLÜM V.

TARTIŞMA ve SONUÇ	89
--------------------------	-----------

ÖZET	99
-------------	-----------

SUMMARY	101
----------------	------------

KAYNAKÇA	103
-----------------	------------

EK: Bilgi Formu	
------------------------	--

KISALTMALAR

APA: Amerikan Psikologlar Birliği

ASB: Akut Stres Bozukluğu

BDT: Bilişsel-Davranışçı Terapi

ÇPTT: Çok Boyutlu Psikodinamik Travma Terapi

DSM-IV-TR: Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı

EMDR: Göz hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme

MAK: Motorlu Araç Kazası

PTSB: Posttravmatik Stres Bozukluğu

GRAFİKLER

Grafik- 1: Cinsiyet bazında suç durumu	70
Grafik- 2: Çocuk olgularda suç türü dağılımı	71
Grafik- 3: Suç türlerinin dağılımı	72
Grafik- 4: 2005 öncesi 306 suç türünün dağılımı	73
Grafik- 5: 2005 sonrası 86 suç türünün dağılımı	73
Grafik- 6: Yaralanma turu bazında fiziksel muayene durumu	76
Grafik -7: Suç türü bazında fiziksel muayene durumunda gerçek ve beklenen değerler	77
Grafik- 8: Ruhsal muayene yapılmayan olgularda gerçek ve beklenen değerler	79
Grafik -9: Toplam suç türünde fiziksel durum öyküsü olma durumu	80
Grafik 10: Toplam suç türünde ruhsal durum öyküsü olma durumu	81
Grafik- 11: Toplam suç türünde olay öyküsü olma durumu	82
Grafik- 12: Yaralanma turu bazında ruhsal muayene yapılan olgularda gerçek ve beklenen değerler	84
Grafik- 13: Travmanın tespiti amaçlı yapılan Psikiyatri konsültasyon durumu	86
Grafik- 14: Toplam olguda ruhsal muayene dağılımı	87
Grafik- 15: Ruhsal muayene olan olgularda ruh sağlığı uzmanı bulunma durumu	87

TABLULAR

Tablo- 1: Mahkeme bazında suç türünün dağılımı	68
Tablo- 2: Cinsiyet bazında yaş dağılımı	69
Tablo- 3: Cinsiyet bazında suç durumu	70
Tablo- 4: Suç türü dağılımı	72
Tablo- 5: Suç türü ile yaralama türü arasındaki dağılım	74
Tablo- 6: Yaralanma türü ile fiziksel muayene arasındaki durum	75
Tablo- 7: Suç türü bazında fiziksel muayene durumunda gerçek ve beklenen değerler	77
Tablo- 8: Suç türü bazında ruhsal muayene durumu	78
Tablo- 9: Suç türü bazında fiziksel durum öykü durumu	80
Tablo- 10: Suç türü bazında ruhsal durum öykü durumu	81
Tablo- 11: Suç türü bazında olay öyküsü durumu	82
Tablo- 12: Yaralanma türü bazında ruhsal muayene	83
Tablo- 13: Yaralanma türü bazında psikiyatri konsültasyon durumu	85
Tablo- 14: Fiziksel muayene bazında ruhsal muayene durumu	88

BÖLÜM I.

1.GİRİŞ

Yaralanma sadece bedensel hasarlara neden olmamakta, aynı zamanda önemli ruhsal bozukluklara da yol açmaktadır. Yaralanmalarda psikolojik travmanın ruhsal etkileri yıllar boyu sürebilmektedir. Bu nedenle yaralanma olgularında yaralıların tıbbi değerlendirmesi, muayene bulguları ve bulguların değerlendirilmesi kadar ruhsal travmaların da değerlendirilmesi çok büyük önem taşımaktadır.

Psikolojik travmayı olağan olumsuz yaşantılardan ayıran; kişinin yaşamına ya da beden bütünlüğüne yönelik tehdit, şiddet ya da ölümlerle karşı karşıya gelmesidir(1).

Yaralanma sonrası fiziksel travmaya ait bulguların zaman içinde ortadan kalkması veya hiç bulgu oluşmaması söz konusu iken ruhsal travmaya bağlı bulguların uzun süre izlenebilmesi mümkündür. Önemli kanıt oluşturabilecek psikolojik bulguların saptanabilmesi için ayrıntılı bir psikolojik muayene gereklidir. Yaralanma olgularının tıbbi değerlendirmesi ve erken tanı ile tedaviye başlanması önemli olduğu gibi, adli açıdan ceza ve tazminat davaları sırasında yapılacak değerlendirmelerde de raporların önemi bulunmaktadır. Yaralanmaya sebep olan kişilerin ceza almasında veya tazminat talepleri sırasında dikkate alınacak raporların düzenlenmesinde yapılan fiziksel ve ruhsal muayenenin sonrasında saptanan bulguların değerlendirilmesi, hak ihlalinin ortaya çıkarılması önem taşımaktadır.

Adli muayenenin amacı tıbbi kanıtların ortaya çıkarılarak yargı sürecinin doğru şekilde yönlendirilmesidir. Gerek mağdur gerekse sanık açısından herhangi bir adli hataya düşmemek için yapılan adli muayeneler ve hazırlanan adli raporlar büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada Türkiye’de yaralanma olgularında önemli yere sahip olan psikolojik değerlendirmenin uygulanıp uygulanmadığını tespit edebilmek; uygulanmıyorsa bunun tüm yaralanma vakalarına standart hale getirilmesi (uygulayan kişinin unvanı veya alması gereken eğitim, uygulama koşulları); uygulanıyorsa psikolojik incelemenin hangi yöntemlerle yapıldığı, tanı kriterlerinin ne olduğu, ölçek tanımlarının yapılıp yapılmadığı,

bunun her yaralanma sonrası mı, yoksa mağdurun istemiyle mi gerçekleştiği yönünde araştırma yaparak bu konu ile ilgili açık bir durum tespiti yapılacaktır.

Araştırmanın Amacı:

Türkiye'deki yaralanma vakalarında ruhsal muayene kullanımının olup olmadığını tespit edebilmek, uygulanmıyorsa bunun önemine yer vermek, uygulanıyorsa var olan eksiklikleri tespit edebilmek ve yeni yasa ile birlikte gelişmelerin tespitinin bir bilimsel çalışma ile somut bir şekilde ortaya konabilmesi için bir form geliştirilmiş ve bu formda varsayım olarak kabul edilen değişkenler olan; ruhsal muayene uygulanıp uygulanmadığı, uygulanıyorsa bunun ne tür yaralanma sonrasında yapıldığı, psikolojik değerlendirmenin hangi yöntemlerle yapıldığı, tanı kriterlerinin ne olduğu; fiziksel muayene yapıp yapılmadığı, fiziksel delil bulunan vakalarda ruhsal muayene ile delilin pekiştirilip pekiştirilmediği, muayene öncesinde vakadan ayrıntılı olarak fiziksel ve ruhsal durum öyküsü ile olay öyküsünün alınıp alınmadığı, yaralanma türü, hayati tehlike derecesi, yaş, cinsiyet değişkenleri ile birlikte yapılan dosya incelemesinden sonra ortaya çıkan diğer değişkenlere yer verilmiştir.

Yaralanma tespitinde psikolojik değerlendirme süreci bu kadar önemli bir konu olmasına rağmen, bu konuyla ilgili çok büyük eksiklikler bulunmaktadır. Yapılacak olan bu çalışma ile birlikte bu eksiklikler tespit edilerek bu eksikliklerin giderilmesi yönünde bir adım daha atılacağı düşünülmektedir. İlerde yaralanma ve ruhsal travma konusunda yapılacak çalışmalarda ve yasal düzenlemelerde bu çalışmanın nesnel sonuçlarının katkı sağlaması amaçlanmaktadır.

Tezin Hipotezleri:

- 1- Türkiye'de 5237 sayılı TCK uygulamalarında ruhsal travma ile ilgili değişikliklere rağmen tanı ve teşhiste ruhsal değerlendirme yeterince ve gereğince uygulanmamaktadır.
- 2- Adli vakaların ruhsal muayenelerinde ve tanı sürecinde standart bir uygulama yoktur: Uzmanın ihtisas alanı, hangi psikolojik ölçüm araçlarının kullanılacağı, hangi

formların (örneğin, fiziksel muayenelerdeki sabit formlar) hangi kriterlere göre doldurulacağı ve diğer uygulama standartları gibi.

- 3- Adli vakalarla ilgilenen uzmanlık (hâkim, savcı, avukat, adli tıp uzmanı, psikiyatrist, psikolog)alanları, kanuni değişikliğin onlara yüklemiş olduğu sorumlulukların uygulanmasında eksiklikler yaşamaktadır.

BÖLÜM II.

KONUyla İLGİLİ KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE ARAŞTIRMALAR

1. TRAVMA KAVRAMI

1.1. Travma kavramı

Eski Yunancada ‘travma’ kavramı ‘yaralanma’ anlamına gelmektedir. Hayatı tehdit eden olaylar-yangınlar ya da seller, cinsel saldırı ya da terör saldırıları- zihni, bedeni ve ruhu yaralar (2).

Tıpta iki farklı anlamda kullanılmaktadır: travmatolojinin konusunu oluşturan fiziksel travmalar ve psikolojik travmalar.

1.1.1. Fiziksel travma

Travmatoloji, bugün en geniş anlamıyla tıp dilinde kullanılmakta ve **ortopedi** bilim dalıyla birlikte anılarak Ortopedi ve Travmatoloji bilim dalı şeklinde ifade dilmektedir. Travmatoloji daha çok, **travma** sonucu oluşan durumlarda acil tedavi içeren daldır. Kısaca travmatoloji, yaralar, **kırıklar**, yanıklar, ezikler, çıkıklar gibi travmatik lezyonlarla ilgilenen tıp dalıdır. Travmatoloji, hasarlı ve yaralanmalı hareket sistemi elemanlarının (**kemik, eklemler**) eski işlevlerine kavuşmasını ve yaralının hayatını kurtarmayı amaçlar (3). “Yara” denilince genel olarak fiziksel veya kimyasal bir etkenin vücutta oluşturduğu her türlü hasar anlaşılır. Böyle bir hasarın meydana gelmesine “yaralanma” denir (4).

1.1.2. Ruhsal Travma

Psişik bir travmadan, kişinin psişik ve biyolojik başa çıkma mekanizmalarını aşırı zorlayan ve bu kişinin, yani organizmanın normalde güçsüzlüğünü telafi edebilecek başka bir kişinin desteği ile de telafi edilemeyen olaylar anlaşılır (5). Terr’e göre ise “ruhsal travma” ani, beklenmedik ve karşı konulamaz bir şekilde fiziksel veya duygusal saldırıya bağlı olarak meydana gelmektedir. Bir olay eğer aşırı derecede üzüntü, endişe yaratmışsa

ve geçici olarak bireyin içsel dinamiklerini alt üst etmişse travmatik bir deneyim olarak görülür (6).

Genellikle travmatik deneyimin/yaşantının yaptığı şey dehşet duygusu, savunmasızlık, acizlik, ciddi yaralanma, fiziksel yaralanma ya da ölüm tehdididir. Farklı travma biçimleri benzer psikolojik belirtilere yol açar (7).

APA (American Psychological Association), çok sayıda potansiyel olan travmatik olayları tanımlamıştır. Askeri savaş, kişiye yönelik şiddet içeren saldırı (cinsel saldırı, fiziksel saldırı, hırsızlık, gasp), kaçırılma, rehin tutulma, terörist saldırıları, işkence, toplama kampı ya da savaş hapishanelerinde tutsak olma, doğal ya da insan eliyle meydana gelen hastalıklar, şiddetli otomobil kazaları, ölümcül hastalığa yakalanma bunlar arasında sayılabilir. Çocuklar için; cinsel travmatik olaylar, tehdit, aktif şiddet ya da yaralanmayı içermeyen uygunsuz cinsel deneyimlerin yanı sıra, başkasının ciddi yaralanması ya da doğal olmayan yollarla ölümüne tanıklık etmesi, kaza, savaş, hastalık ya da ölü bedenine ya da beden parçasına beklenmedik biçimde tanık olunması, aile üyelerinin ya da yakın arkadaşın yaşadığı şiddetli saldırı olayları, ciddi kazalar ya da yaralanmalar gibi olayların öğrenilmesini de içerir.

2. TRAVMA KAVRAMININ TARİHSEL GELİŞİMİ

İnsanlık tarihi sadece edebiyat ve sanat tarihi değil; ayrıca savaşların, bir grup insanın başkalarını özgürlüğünden yoksun bıraktığı, kişiler arası, aile içi şiddetin ve doğal afetlerin tarihidir (6). Travmatik olaylar ve bunların psişik sonuçları, eskiden beri insanların temel deneyimidir. İnsanlığın en eski metinlerinde de şiddetten, felaketlerden, savaşlardan, ağır ruhsal sarsıntılardan ve acı kayıplardan bahsedildiği görülmektedir (8).

İnsanlık tarihi boyunca, travmanın psişik negatif sonuçlarını ortadan kaldırmak veya telafi etme denemeleri vardır. Travma ritüelleri, mitolojik ve dinsel anlatılar, görsel ve edebi betimlemeler ve ayrıca felsefi yansımalar, merkezi bir kültürel edim olarak travmalarla defalarca karşı karşıya kalmalardan ortaya çıkmaktadır. Bunlar, travmanın nedenlerini,

gidişatını ve sonuçlarını açıklamaya ve aynı zamanda felakete karşın yaşamaya devam etmeye, olaylara bir anlam vermeye, onlardan gelecek için sonuçlar çıkarmaya çalışırlar (9).

Fiziksel yaralanmadan çok, korku ve dehşet duygusuna neden olan travmatik olayların yaşanmasını takiben psikolojik ve fizyolojik hastalıkların gelişmesi düşüncesi yeni değildir. İlyada’ da Homeros ve IV. Henry ve Macbeth’de Shakespeare gibi yazarlar bugünün posttravmatik stres belirti işaretleri olan dramatik semptomlar ve davranışlar gösteren karakterler yaratmışlardır. Hastalıklar, kazalar ve savaşlara insanların tepkilerinin tanımlanması pek çok tarihi belgede bulunabilir. 1666 Eylül ayında meydana gelen büyük Londra yangınından altı ay sonra Samuael Peyp’in yaşadıklarını yazdığı günlüğü, yangının sebep olduğu psikolojik travmaya iyi bir örnektir. Yazar Charles Dickens, 1868 Haziran ayında Kent’te Staplehurst’teki bir kazada yolcudur ve arkadaşına yazdığı mektupta ölmek üzere olan ve ölen insanlarla saatlerce bir arada olmanın ıstırabını ve kaza sonrasında demiryolu ile yolculuk yapmaktan duyduğu korkuyu anlatır. 19. yüzyıl fizyologlarına travmatik şokun nedeni sorulduğunda, çoğunluğu sinir sisteminde organik zarar meydana gelmesi ile açıklamaktadır. Psikiyatrik hastalıklar ile sonuçlanan travmatik olayla ilgili bireylerin algı ya da düşüncelerini reddederler. Zamanın yaygın düşünceleri, beyin sarsıntısı, omurga bağında yaralanma ya da küçük serebral kanamanın fiziksel yapıyı değiştirerek psikolojik semptomlara sebep olduğudur (10).

Psikolojik travma ile bilimsel anlamda uğraş, 19.yüzyılın ikinci yarısında başlar. Tıbbın ve psikolojinin genel gelişimiyle ve ayrıca teknik ilerlemelerle birlikte ortaya çıkar. Demiryolunun gelişmesi ile birlikte demiryolu kazalarında da artış başlamış ve demiryolu kazalarından sonra pek çok kişinin davranışlarında belirgin değişiklikler, organik bağlamda değerlendirilerek “demiryolu omurgası” (railroad spine syndrome) biçiminde tanımlanan bir kavramı ortaya çıkarmıştır (11). Askerlerde savaş sonrası psişik kökenli belirtiler de ilkin organik bağlamda değerlendirilerek kalp bozukluğunu düşündürmü; bu nedenle “irritabl kalp” (irritable heart) olarak adlandırılmıştır (12). I.Dünya Savaşı’nda bu sendrom " Gülle Şoku " (shell shock) olarak isimlendirilmiş ve bomba patlamaları sonucunda oluşan beyin travmasının nedeni ile meydana geldiği hipotezi ileri sürülmüştür. Hermann Oppenheim (13), “travma nevrozu” kavramı ile durumu tanımlamış ve nedenlerini beyinde meydana gelen anatomik değişiklikler olarak yorumlamıştır. Bunun yanında, kişilerin emeklilik tazminatı almak veya hastalık belirtileri kullanarak askeri görevden salıverilmek için rol yaptığı şüphesi

uzun süre varlığını sürdürmüştür. II. Dünya Savaşı'ndan sonra askerler, Nazi toplama kamplarından sağ kalanlar, Japonya'da atom bombasına maruz kalanlardan sağ kurtulanlarda benzer semptomlar görülmüş. Bu duruma zaman zaman “zorlanma nevrozu” veya “fiili tükenmişlik” isimleri verilmiştir.

İlk olarak Piere Briquet (1859), Jean-Martin Charcot (1887) ve Pierre Janet (1889) travmatik olayların psişik sonuçlarına dikkat çekmiştir. Janet, dissosiyon kavramını, nasıl bir travmanın, anımsamanın bilinçten ayırt edileceğini ve sonra da bilinç dışından psişik ve bedensel semptomlara neden olabileceğini göstermek için türetmiştir (9). Sigmund Freud, psikanalitik travma kavramını daha da geliştirmiştir. Freud, travmayı ilk önce, bilinçli işlemlerin kaldıramadığı ve her durumda daha sonraki nevrozlarda temel olacak gerçek olaylar olarak yorumlar. Daha sonra teorisini yeniden gözden geçirerek erken çocukluk travmalarını psiko-seksüel gelişim çerçevesinde hayaller (fantazi) olarak yorumlar (14). Psikanalitik travma kavramı, Masud Khan'nın (1963),“kümülatif travma” ve John Bowlby'nin (1976) “bağlılık ve erken çocukluk yoksunluğu” katkılarıyla da önemli ölçüde daha da gelişmiştir (9).

Sürekli olarak travmatik olayların psişik sonuçlarına dikkati çeken felaketler gerçekleşmeye devam etmektedir. Felaket psikolojisi hakkında ilk sistematik araştırmalar, Avrupa'da mayın mağduru büyük bir grubu 1906'da inceleyen Edward Stierlin'dir (1909). Devamında ağır bir kaza da 1943'te Boston'da olmuştur. Coconut Grove Night Club'ta bir yangında 492 kişi yaşamını kaybetmiştir. Eric Lindeman, psiko-sosyal danışmanlık organize ederek geride kalan mağdurlarda yas süreçlerini araştırmıştır (15). Savaş travmasından dolayı ortaya çıkan psişik etkileri- titreme, geçici felç, kontrol edilemeyen duygular, apati, duygusal veya bedensel hareketsizlik gibi belirtiler- uzun zaman simülasyon olarak değerlendirilmiştir. Birinci Dünya Savaşı sırasında askeri psikiyatrlar, kısmen beklenmedik sonuçlara yol açan semptomları psikolojik olarak değerlendirmeye başlamıştır (16). İkinci Dünya Savaşı'nda psikolojik kökene bağlı olan semptomlar (17) askerlerde, sivillerde ve özellikle çocuklarda araştırılmıştır (18,20). 1960'lardan beri birçok ülkede savunma psikolojisinin bir bölümü olan spesifik acil (kaza) psikolojisi tedbirleri askeri standarttır (21).

Kurbanı hedef alan ve sistematik uygulanan her türlü şiddet hareketi en ağır travma sayılmaktadır. Bunun yanında katliamlar (Holocaust), kendi korkunç boyutu içinde

bir doruk noktadır. Katliamlar sonrasında kurbanların terapisi, travma yaşayanlarda etkilerin ne kadar uzun sürebileceğini göstermiştir. Katliamları atlatanların bireysel yaşantısı tıpkı onların ortak dinamiklerini ve travmanın ikinci ve hatta üçüncü kuşağı etkilediği gibi etkilemektedir (22).

Vietnam Savaşı deneyimleri, birçok Amerikan askerinin geri dönüşü sonrası gösterdiği ağırlaştırıcı, psişik, sosyal, göze çarpan farklılıklar, travmatize edilmiş kişilerin uygun bir danışmanlık almaları gerekliliğine dikkatleri çekmiştir. Tüm bunlar 1980’de posttravmatik stres bozukluğunun (PTSB), Amerikan Psikiyatri Derneği’nin (APA) tanı el kitabında (DSM III) kabul edilmesine katkıda bulunmuştur. Posttravmatik semptomların ve sıkıntı verici durumlarının, kendine özgü psişik bozukluk olarak bu resmi kabulü psikotravmatoloji tarihinde bir dönüm noktasıdır. Bilimsel çalışmaların artması ile bozukluğun epidemiyolojisi, gidişatı ve sonuçları, özel risk faktörleri, yüksek risk grupları ve koruyucu faktörleri araştırılmıştır (23). 1991’den beri posttravmatik stres bozukluğu Dünya Sağlık Örgütünün (ICD), psişik bozuklukları sınıflama sisteminde de kabul edilmiştir.

Cinsel travma, her şeyden önce kadınlarda ve ergenlerde; ayrıca çocuklukta cinsel istismar, 20. yüzyılın son çeyreğinde, daha güçlü bir şekilde psikolojik araştırmaların merkezine yerleşmiştir (24).

1990’larda eski Yugoslavya’dan, ayrıca diğer savaş veya iç savaş bölgelerinden Avrupa Birliği’ne, çoğu, ülkelerindeki durumlardan daha ağır şekilde travmatize olmuş onbinlerce mülteci gelmiştir. 20. yüzyılın sonunda 21.yüzyılın başında bir seri kaza ve terörist eylem geniş halk kesimlerinin, profesyonel psikolojik danışmanlığın öneminin bilincine varmasını sağlamıştır. 101 kişinin hayatını kaybettiği Eschede’deki 1998’deki tren kazası, bir alanın tamamını tahrip eden 1999’daki Galtür’deki çığ felaketi, Kaprun’da 2000’deki 155 kişinin öldüğu demiryolu tüneli yangını da amaçlı, sistematik ve profesyonel acil durum psikolojik harekâtlarının geniş olanaklarını ve etkisini göstermiştir. Bununla ilgili ihtiyacın ne kadar büyük olduğu New York, Washington’da 2001’deki, Madrid’de 2004’te ve Londra’daki 2005’teki diğer terörist eylemleri ve ayrıca Orta Avrupa’daki Ağustos 2002’deki, Tsunami’yle Güney Asya’da 2004’de “Katrina” New Orleans 2005’deki feci sel baskınlarıyla görülmüştür (9).

Travmatik olaylar yaygın olarak meydana gelmesine rağmen, psikolojik travma ile ilgili çalışmaların Türkiye’de gelişimi yakın dönemlerde olmuştur. Marmara depremine kadar sadece kısıtlı sayıda çalışma yapılmıştır. Deprem deneyimi psikolojik travma üzerinde çalışmaya ve ilginin artmasına neden olmuştur (25).

3. TEMEL TRAVMA TIPLERİ

3.1. Doğal Yollarla Oluşan Travmalar

Doğal felaketler, doğrudan insanın sebep olmadığı geniş popülasyonda yaralanma ve ölümle sonuçlanan çevresel olaylar olarak önemli ölçüde pek çok sayıda insanı olumsuz yönde etkiler. Tipik afetler deprem, geniş alanda yangın, seller, kasırgalar gibi olayları içermektedir. Felaket esnasında fiziksel yaralanmanın boyutu, ölüm korkusu ve kayıp oranı bu olayların en travmatik yönünü ortaya koyar (6).

Türkiye, doğal afet riskinin yüksek olduğu, sadece deprem değil; ayrıca sel baskını, toprak kayması, heyelan, kuraklık ve yangınların yaygın olduğu bir ülkedir (25).

3.2. İnsan Eliyle Oluşturulan Travmalar

İnsan eliyle kasıtlı olarak oluşturulan travmaların, doğal felaketlerden daha fazla PTSD oluşturduğu ve doğal felaketlerden sonraki ruhsal sorunların insan eliyle amaçlı olarak oluşturulanlara göre daha kısa süreli ve hafif olduğu belirtilmektedir (26).

3.2.1. Aile İçi Şiddet

Kadınlara yönelik aile içi şiddet fiziksel, cinsel ya da psikolojik yönden kötü muameleyi içine alır (27). Aile içi şiddetin, mağdurlar ve mağdurun ailesi üzerinde ciddi zarar verici etkileri vardır. Bu etkiler, fiziki ve psikolojik sağlık ile birlikte kişilerarası ilişkileri içeren fonksiyonların birinde veya birden fazlasında meydana gelebilir (28). Tehdit ya da şiddet ayrıca çocuklara ya da evdeki hayvanlara yönelik de olabilir. Amerika’da yapılan çalışmada, evli ya da birlikte yaşayan geniş örneklem grubunun % 11,6’sı yumruklama, tekme atma ve boğulma gibi şiddetli fiziksel olaylar ifade ederken,

%25'i en az bir kez aile içinde fiziksel saldırıya maruz kaldıkları rapor edilmiştir. Fiziksel saldırı öykülerinin %9 ila %15'ini cinsel saldırı oluşturmuştur. Cinsel saldırı ile birlikte eşleri tarafından fiziksel saldırıya da maruz kalan kadınların oranı %45 bildirilmiştir (6).

Aile içi şiddete maruz kalanların gösterdiği psikolojik tepkiler önceleri (battered woman) “hırpalanmış kadın” sendromu şeklinde tanımlanıyordu. Sonradan bu kavram PTSD olarak tanımlanmıştır (29).

Araştırmalar, aile içi şiddete maruz kalan kadınlar üzerinde şiddetin psikolojik sonuçlarını, depresyon ve anksiyete (30,31) düşük kendilik değeri ve sosyal geri çekilme (32), somatik şikâyetler (33) ve intihar teşebbüsleri (31) olarak belgelemişlerdir. Şiddet mağduru kadınlarda PTSD dağılımı toplumda şiddete maruz kalan kadınların % 45 ile % 84'ü arasındadır (34). Çeşitli demografik faktörler (örneğin, genç yaşta olmak, işsizlik, düşük gelire sahip olmak ya da sahip olunan çocuk sayısının fazlalığı) yaşanan şiddetten sonra PTSD gelişimini arttırabilir.

Aile içinde eşinin şiddetine maruz kadınlarda PTSD sıklıkla gece kabusları, ya da travmatik olayı yeniden yaşantılama gibi tekrarlayıcı semptomlar, kısıtlı duygulanım ya da duygusal küntlük ve uyku bozuklukları, hipervijilans, yoğun anksiyete, konsantrasyon bozukluğu ve irkilme tepkileri gibi otonomik aşırı uyarılma semptomları, kaçınma belirtileri olarak görülmektedir (35).

3.2.2. Cinsel Saldırı

Cinsel saldırı sonrasında yaygın olarak görülen psikolojik sonuçlar; korku, endişe, PTSD, depresyon, düşük kendilik değeri, sosyal uyumda problemler ve cinsel işlev bozukluklarıdır (36,37). Çocuklara yönelik cinsel istismarın uzun dönem etkilerine bakıldığında; genel psikiyatrik hastalıklar, kişilik bozukluğu, depresyon, intihar ve kendine zarar verici davranışlar, yeme problemleri, somatizasyon, anksiyete, izolasyon hissi, utanma ve damgalanma hissi (stigma), düşük kendilik algısı, kişiler arası ilişkilerde zayıflama, başkalarına güvenmede zorluk yaşama, cinsel problemler olarak sıralanabilir (38).

Finkelhor ve Browne (39), dört travmatik (traumagenic) dinamiği- travmatik seksualization, ifşa, stigmatizasyon ve güçsüzlük/acizlik- istismar nedeniyle oluşan psikolojik yaralanmaların özü olarak tanımlamıştır. Bu dinamiklerin çocuğun değerlendirilmesinde

kullanılabileceğini ve çocukta sonradan, ruhsal yönden gelişebilecek problemleri tanımda kolaylık sağlayabileceğini, cinsel istismarın etkilerinin kavramsallaştırılmasının hem araştırmada hem de tedavide kolaylık sağlayacağını ileri sürmektedirler. Bu travmatik dinamiklerin genelleşmiş dinamikler olduğunu, sadece cinsel istismara özgü olmadığını diğer travma biçimlerinde de meydana gelebileceğini söylemektedirler. Bu dinamiklerin, çocukların dünyaya yönelik bilişsel ve duygusal oryantasyonunu değiştirebileceğini ve çocuğun kendilik değerini, dünyaya bakışını ve duygusal kapasitelerini bozarak travma yaratabileceğini ifade etmektedirler.

Tedavi gören, genel toplum ve üniversite popülasyonu gibi çeşitli popülasyondan seçilen kadınlarla yapılan çalışmalar, çocukluk döneminde cinsel istismar öyküsü bulunan ya da yetişkinlikte cinsel saldırı öyküsü bulunan kadınların gelecekte yeniden cinsel saldırının mağduru olma riskini taşıdıklarını ve bu riskin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu risk faktörü ile ilgili olarak, Miller ve arkadaşları tarafından 314 tedavi gören mağdurun arşiv bilgileri gözden geçirilmiş ve bu kadınların %24'ünün önceden tecavüze uğradıkları bulunmuştur. Sorenson ve arkadaşları, Los Angeles'te ikamet eden 3131 yetişkin ile görüşmüş ve 447 cinsel saldırı mağdurunun %67'sinin daha önce cinsel saldırıya maruz kaldıklarını bulmuştur. Gidycz ve arkadaşları, çocukluk ya da ergenlik döneminde cinsel istismar öyküsü bulunan 168 üniversiteli kadınla yapılan çalışmada %54'ünün okulun ilk üç ayında yeniden mağdur edildiklerini ifade etmişlerdir. Cinsel istismar öyküsü bulunmayan kadınların ise aynı dönemlerde %32'si saldırıya maruz kalmışlardır. Üç farklı popülasyonda yapılan çalışma da önceki deneyimlerin yeniden mağdur edilme riskini artırdığını göstermektedir (40).

Türkiye'de cinsel saldırı suçları ile ilgili yapılan çalışmalarda cinsel saldırı öyküsü bulunan mağdurların yeniden cinsel yönden travmatize olduklarına yönelik herhangi bir araştırmaya ulaşılamamıştır.

Cinsel saldırı öyküsünün bulunması çeşitli risk faktörlerinden sadece birisidir. Genelde mağdurun kişiliği ve karakteristik özelliği, cinsel saldırının yeniden mağduru olma risk faktörü olduğunu desteklememektedir. Çeşitli çalışmalar alkol tüketiminin olması, çeşitli rızaya dayalı cinsel ilişkiler gibi durumsal değişkenlerin yeniden mağdur edilme risk faktörü olduğu belirtir (40).

Breitenbecher (40), cinsel yönden yeniden mağdur edilme risklerini; gerçek olmayan ifadeler/tepkiler (mağdur tarafından cinsel yönlü mağduriyetini ifşa etme isteğinin artmış olması ya da cinsel mağduriyete dikkatin ve duyarlılığın artmış olması), yaşama biçimi ya da durumsal faktörler, kişiler arası ilişkilerde bozulma, bilişsel yapı, kendini suçlama, başa çıkma yeteneği, algılanan tehdit, travma ile ilgili semptomatoloji, genel psikolojik ve psikososyal uyum olmak üzere sekiz temel kategoriye ayırmıştır.

Brockhigton (41), çeşitli çalışmalarda tecavüz, cinsel istismar ve aile içi şiddet ile intihar girişimi arasında ilişki olduğunu ortaya koyan sonuçlar bulunduğunu ancak tamamlanmış intihar ile ilgili çalışmanın olmadığını belirtir. Ullman (42), makalesinde cinsel suçların mağduru olan kız çocuklarını ve kadınların intihar girişimlerinin yüksek olduğu ile ilgili tartışmaya yer vermiştir.

Türkiye’de Zoroğlu ve arkadaşları (43) tarafından yapılan çalışmada klinik dışı ergen popülasyonunda, çocukluk dönemi istismar ve ihmal yaşantılarının azımsanmayacak bir oranda görüldüğü ve bunun kendine fiziksel zarar verme davranışı, özkıyım girişimi ve dissosiyatif belirtiler ile ilişkili olduğu anlaşılmaktadır. Cinsel saldırının fiziksel sonuçlarının yanı sıra en büyük travmayı psişik yapıda yarattığı bilinmektedir. Cinsel saldırı sonrasında kanıtların toplanması ve kurbanın saldırıyla başa çıkmasında sağlık çalışanları merkezi bir rol oynarlar. Hekimler doğru bilgi ve bilince sahip iseler, mağdura çok faydalı olabilirler. Aksi takdirde tedavi sürecindeki hekimin hastayı yargılayıcı bir tutum sergilemesi, yaşamı tehdit edilmiş ve şiddete maruz kalmış kişiyi yeniden travmatize edebilir(44).

3.2.3. Çocuğa Kötü Muamele

Uluslararası veriler bir ile üç milyon arasında çocuğun her yıl fiziksel, cinsel ya da psikolojik olarak istismar edildiğini göstermektedir. Çocuğa kötü muamele kavramı ile çocuğun istismarı ve ihmali ima edilmektedir. Çocuğa kötü muamele: fiziksel istismar, cinsel istismar, psikolojik istismar ve ihmal olarak dört grupta ele alınır (45).

Çocukta kalıcı hasarlara, yaralanmalara ve ölümlere neden olabilen fiziksel istismar, fiziksel, davranışsal ve psikolojik problemlerle ilişkilidir (46). Çocuğun cinsel istismarı, psikolojik, davranışsal ve fiziksel problemlerin riskinde artışa yol açmaktadır. Bu problemler

çocukluk döneminde başlayabilir ve yetişkinlik sırasında da devam eder. Cinsel istismar sonrasında tipik olarak görülen semptomlar patognomik (tanısal) değildir; çünkü semptomlar diğer travma tiplerinde de görülebilmektedir. Ancak bu semptomların iyi tanınması mağdurların idantifiye edilmesi ve değerlendirilmesini kolaylaştırmaktadır (47).

Çocuğun psikolojik istismarının etkileri üzerine yapılan çalışmalar sınırlı düzeydedir. Çocukluk döneminde aile içi şiddete maruz kalınmasının çocuklarda PTSD gelişmesinde risk faktörü olduğu belirtilmektedir (45). Çocuğa yönelik kötü muamelenin psikolojik, davranışsal ve fizyolojik problemlerle sonuçlandığı üzerine güçlü deliller bulunmaktadır. Çocuğa yönelik kötü muamele sonucu oluşan belirtiler tanısal olmamasına rağmen, bu belirtilerin farkına varma mağdurların tanınmasına ve değerlendirilmesine yardımcı olur (45).

3.2.4. Çocuk ve Ergenlerde Travma

Çocukların akut travmatik deneyim tepkileri yaşlarına ve gelişim dönemlerine göre değişir. Çocuklarda korku, çaresizlik, dehşete düşme, travma için spesifik, tekrarlanan davranışlar, monoton oyun, gece kabusları, hoşlandığı aktivitelere ilgide azalma, uyumakta güçlük, korku yaşama, karanlıktan, banyoya gitmekten korkma, kendine ve başkalarına güvensizlik, geleceği sınırlı algılama ve küçük çocuklarda temizlik ve konuşma gibi yetenekleri kaybetme görülebilmektedir (48).

Çocuğun yaşadığı şiddet deneyimini nasıl algıladığı ve travmatik olaya tavrının anlamı uzun dönem etkileri için merkezi öneme sahiptir. Sağlıklı iyileştirme, travmadan sonra bilişsel yeteneğe, kendine öz saygıya, başa çıkma mekanizmalarına, aile ile kalıcı duygusal ilişkiye ilaveten aile dışından da sosyal desteğe bağlıdır (48).

Uzun süreli sistematik şiddet altında bulunan çocuklar, kronik ve süregelen travmatik olayların sonucu olarak kompleks travma geliştirebilirler. Çocukların yetişkinlerin koruma ve gözetim sağlayacaklarına yönelik yeteneklerine olan güveni azalır ve dünyada güven algısının zarar görmesine, diğer insanlara güvensizliğe neden olabilir. Çocukların bu durumlarda anksiyete, sinir ve çaresizlik duyguları artabilir, bazen antisosyal ve saldırgan davranışlar gösterebilirler. Sürekli travmatize oluyormuş gibi tepki verirler (48).

Selma Fraberg (49), klinik vakalar yardımı ile çok küçük yaştaki çocuklarda sistematik olarak, kanuni ebeveynlerin kötüye kullanımını ve kötü davranmasını araştıran ilk insanlardan biridir. Fraberg, zayıf organize olmuş bağıllık davranışından, çocuğun travmatik ilişkideki aktif katılımına çeşitli geçişlerin olduğunu belirtir. Leonore Terr (50), yıkıcı duygusal zorlanmalar çerçevesinde travmanın çocuklara etkilerini açıklamış ve onların boğucu düşüncelerini, kâbuslarını ve onların değişen oyun davranışlarını kaydetmiştir. Travma yanıtlarını bir seferlik travma deneyimi ve kronik yanıt olmak üzere ikiye ayırmıştır. Fraiberg ve Terr'in açıklamaları kronik olarak travmatize edilmiş gençler (adolesan) ve çocukların teşhis ve tedavisi için çok önemli bir başlangıçtır.

Türlü şekillerde travmatize edilmiş ergenlerde bilişsel, dilsel, motor yetenekleri ve sosyal eksiklikleri (51–53) içeren gelişim aksaklıkları olduğundan ergenler, kaygı bozukluğu, PTSD, depresyon ve farklı kişilik bozukluklar (54,55) gibi farklı klinik tanı tabloları gösteren karmaşık ve dalgalanan bozukluklar gösterirler.

Araştırmalar, gerçek travma aracılığı ile ortaya çıkan büyük zorlanmaların, borderline kişilik bozukluğu için risk faktörü olduğunu işaret eder (56). Gelişim yıllarındaki borderline bozukluklarının %70–90'ında (57–60) geriye dönük çalışma yapıldığında çocuk yaşta travmatik zorlanmalar tespit edilmiştir (61).

Çalışmalar, şiddet suçları, cinsel istismar, doğal afet ve savaş gibi travmatik stresörleri yaşayan çocuklarda PTSD gelişebileceğini göstermektedir. Standardize edilmiş metotların kullanıldığı çalışmalarda, belirli afetlerin mağduru olan çocuklar arasında PTSD oluş sıklığı %30 ile %60 arasında bulunmuştur. Genel popülasyonda çocuklar arasında PTSD prevalansı ile ilgili bir çalışma henüz yoktur, ancak Amerika'da lise öğrencilerinin %40 civarında toplumsal ya da aile içi şiddetin bazı biçimlerini yaşadıkları ve %3 ile %6 arasında PTSD görüldüğü belirtilmektedir. Çocuk popülasyonunda PTSD varlığının delili ve travma deneyiminin yüksek oranı nedeniyle dünya çapında tüm ruh sağlığı çalışanlarının çocuklarda gereken önlemleri alabilmek ve tedavide etkili olabilmek için çocukların travma sonrası tepkilerini tanımaları gerekmektedir (62)

3.2.5. Erken dönem travmaların psikopatolojisi

Erken gelişimsel dönem travmasına sahip ergenlerde bütünleşmiş kendilik/ nesne kavramı eksiktir. Farklı kişiler olarak görünürler ya da farklı yaşlarda dalgalanırlar. Farklı türde dissosiyatif süreçlerin sonucu olarak zayıf içselleştirilmiş ve belirginleşmemiş kendilik nesnesi imgesinden dolayı kendilerini başkalarından ayrı olarak algılayamazlar ve ayrılığa dayanamazlar (55,63).

Böyle ergenlerde kendilik duygusal ve uyarıcı düzenlemelerinde bozukluklar gösterir (64). Erken dönem travmatize eden zorlanmalardan dolayı kendilik organizasyonu yeteneğini edinemezler. Kronik travmanın ağırlaştırıcı sonuçlarından biri kendiliği düzenleyen özelliklerin eksikliğine, kendine ve diğerlerine karşı yıkıcı davranışları hapseden duyguların eşlik etmesidir.

Kendilik organizasyonunun yitimi kendini;

- Dikkat problemi, örneğin gelecekteki uyarılara odaklanma yeteneğinin kaybı (daha sonra öğrenme problemi ile karşılaşır),
- Uyarılmadan dolayı tedaviyi bırakmada güçsüzlük (içtepi kontrolü kaybı, örneğin, kızgınlık, öfke ve üzüntü gibi kontrolsüzce duygularla tepki vermek),
- Duygularının travmatik öncüllerinin algılama durumunun dışında, kendi kişisel duygu yığınlarının duygusal tepkileri gibi tekrar travmatize olarak yaşama eğilimi ile kendisini gösterir.

Erken dönem travmatize edilmiş ergenlerde nöro-psiko-biyolojik düzenlemeler içselleştirilmez veya eksik olur. Ama bazıları iyi yapılandırılmış bir çevrede kendi kendilerini yapılandırabilirler. Bu yüzeysel uyumda, çevre düzensiz (deorganize) olur olmaz, çöken düzenlemeler (65) çerçevesinde devam ettirilen dışsal düzenlemeler söz konusudur. Bu çocuklar kendi yönelimsizlik tepisel ve saldırgan davranışları ile göze çarparlar. Daha sonraları, ergenlik çağlarında alkol, uyuşturucu ve belirli ideolojilere yönelik kimlik gelişimi gibi kendiliği organize eden işlevlere sahip dışsal düzenleyici araçlara başvururlar. Bunlar, içsel eksikleri dengeler. Bu bozukluğa sahip ergenlerin madde kötüye kullanımı, kendini yaralama ve başkalarına karşı şiddet ve saldırganlık davranışlarını sergileme durumuna girmeleri, travmatize edilmemiş yaşlılarından 300 kat daha fazla olmaktadır (66,67).

Erken travmatik koşulların sonucu olarak kendilik algısında ve başkalarını algılamada bozukluklar bulunmuştur (68). Gelişimdeki erken travmatik deneyimler güvenmeyi ve çevreyi geliştirmeyi engeller. İstikrarlı içsel yönelimler normalden eksiktir. Başkalarının güvenilir olup olmadığından şüphe, güvensizliğe, asılsız iddialara ve samimiyetle ilgili problemlere yol açar ve çok kolay sosyal izolasyona götürür (68). Dona kalmak tepkisinden dolayı ayrıca hareket gelişimlerinde ve oyunlarda göze çarpan şeyler çocuklarda daha sık olarak görülür. Dikkat düzenlemesindeki ve zaman-mekân hissindeki bozukluklar bir başka sonuçtur (53).

3.3. Bedensel Hastalıklar

Savaş, şiddet ve felaketler ile kurtarma ekiplerinin travmatik deneyimlerinin psikik sonuçlarının yanında, psikik travmatize ile bedensel hastalıklar arasındaki bağlantılar, çalışmaların merkezine giderek daha fazla yer etmektedir. Araştırılan temel konu travmatik olayların sonucu olarak bedensel hastalıklar ve bedensel bir hastalığın sonucu olarak PTSTB'dir (9).

3.3.1. Travmatik bir olayın sonucu olarak bedensel hastalıklar

Shalev'e (69) göre travma yaşayan kişilerde fiziksel hastalığın dört ifade biçimi vardır.

- Kötü sağlık durumu ve spesifik olmayan bedensel semptomlar
- Kolay tanı konulur hastalıklar
- Tıbbi hizmetlerden faydalanmada değişim
- Yüksek ölüm riski

Birçok travmatize olmuş insanda sürekli bedensel semptomlar ortaya çıkar. Özellikle de PTSTB'nin geliştiği kişiler bedensel semptomlardan yakınmaktadır. Sürekli yorgunluk, baş ağrısı, kas gerginliği, sırt ağrıları ve uyku bozukluğu PTSTB'ye eşlik eder.

Akut ve kronik ağrılar, çeşitli şekillerde PTSTB'nin semptomlarıyla bağlantılıdır. Acilde ve kliniklerde ağrı nedeniyle başvuran hastaların %10-35'inde PTSTB saptanmıştır (70). Bütün PTSTB hastalarının %80'ni de kronik ağrılardan, çoğunlukla baş veya bel ağrılarından yakınmaktadır (71,72).

PTSB, kanser veya kardiyovasküler hastalıklar gibi hayati tehlike arz eden hastalıkların sonraki süreçlerini de etkiler. PTSD semptomları, hastalık esnasında depresyon veya anksiyete semptomları olarak tıbbi komplikasyonlar üzerinde daha şiddetli bir olumsuz etkiye sahiptir (73).

Travma mağdurları tarafından tıbbi hizmetin kullanımında iki örnek tanımlanır. Bir yandan felaketlerden, kazalardan, savaşıardan, şiddet eylemlerinden kurtulanlar tıbbi hizmetlerden artarak yararlanır (75); diğeryandan ise PTSD'li hastalar her travma anısında kaçınmayı denerler. Buna tıbbi araştırmalar veya semptomların ortaya çıkışını sormak da dâhildir. Bu hastalar sağık kurumlarından sakınırlar ve kendi kendilerine bedensel semptomları olabildiğince sonlandırmaya çalışırlar.

Travma yaşımiş insanlardaki ölüm oranı genel nüfusun ve çeşitli karşılaştırmalı grupların açık bir şekilde üstündedir. İntihar olasılığı, PTSD'li savaş gazilerinde, PTSD'li olmayan savaş gazilerinden dört kat daha yüksektir (69).

Bir travmadan sonra yüksek ölüm oranı psişik bozukluk sonucuyla ve bununla bağlantılı riskli davranışlarla açıklanır (69). Travmanın failiyle travmatik bağlantılar, devam eden saldırıya karşı kendini güven altına almayı engelleyebilir. Alkol veya uyuşturucu madde aracılığıyla mağdur, öznel "ferahlık" kazanmaya veya olayı "unutmaya" çalışır. İntihar eylemi bazı olaylarda suçluluk duygusundan ve tecavüzden kesin bir "kurtuluş" denemesi olarak anlaşılabilir. Bu ve diğeryüreçler mağdurun yaşamını ve sağığını sürekli tehlikeye atan davranış tarzlarına yol açar (9).

3.3.2. Bedensel bir hastalığın sonucu olarak PTSD

Hayati tehlike arz eden hastalıklar bağlamında PTSD üzerine son on yılda çok sayıda çalışma yapılmıştır (75). Araştırmalar temelde şunlara dayanır:

- Kalp ve kan dolaşımıyla ilgili hastalıklar (kalp krizi, inme, beyin kanaması)
- Kanser ve diğery hastalıklar (meme kanseri, kötü huylu tümör, çocuklarda ve ergenlerde kanser, ağır yanıklar, AIDS)
- Spesifik tıbbi tedaviler (kemik nakli, kalp nakli)
- Aile ve eş hastalıkları (kanser hastası çocukların aileleri, kalp nakli yapılmış kişiyle birinci derecede ilişkisi olan kişiler, kanser hastalarının eşleri).

Bu çalışmaların çoğunda hastalarda yaklaşık %10–20 arasında PTSD bulunmuştur. Bozukluk, herhangi bir ölümcül hastalıktan muzdarip hastaların hepsiyle ilgili değildir. Buna rağmen semptomların şiddetinden ve yüksek komorbiditeden (diğer psikişik bozukluklar, ayrıca somatik hastalıklar ve PTSD'ye eşlik eden komplikasyonlar) dolayı bu hastaların klinik-psikolojik tedavileri mutlaka gereklidir (9).

Hayati tehlike arz eden hastalıklardaki travma türleri bazı özellikler gösterir: Tehdit, mağdurun çevresinde (kazalarda, şiddet eylemlerinde, felaketlerde olduğu gibi) değil, aksine onun kendi bedenindedir. Hayati tehlike arz eden durumdan, yaşanan çaresizlik ve teslim olma duygusundan kaynaklanan günlük zorlanmalar, gerekli tıbbi tedavilerle yakın bağlantılıdır ve sık olarak çok uzun süre devam eder. Bilişsel olarak sık sık geçmiş travmayı hatırlama, gelecekte kötüleşme beklentisinden daha az ön plandadır (yeni enfarktüs, metastazlar ve kötüye giden durum v.s).

Hayati tehlike arz eden hastalıkların ve bununla bağlantılı tıbbi tedavinin akut psikişik sonuçlarının yanında mağdurlar için uzun süreli sonuçlar da büyük bir rol oynar. Kalp nakli yapılan hastalarda (76) ameliyattan oniki ay sonra da yüksek değerlerde bir psikopatoloji tespit etmiştir. Hastaların %16'sında PTSD gözlemlenmiştir. Ameliyattan sonraki ilk üç yıl içinde bu hastalardaki ölüm riski PTSD'li olmayan hastalardan 13 kat daha yüksektir. Ayrıca hasta ile ilgilenen akrabalarda da %18 oranında şiddetli bir PTSD söz konusudur (77).

Akut bir akciğer sorunu yaşamış hastalarda güçlü tıbbi tedaviden sonraki yaklaşık sekiz yılda ağırlaştırıcı psikişik bozulmalar ve semptomlar tespit etmiştir. Taburcu olduklarında hastaların %43,5'i bütün PTSD semptomlarından, diğer %8,9 ise kısmen PTSD semptomlarından şikâyetçidir. Yaklaşık sekiz yıl sonra PTSD %23,9 bütün tabloyu, diğerlerinde ise %17,8 kısmi tabloyu gösterir (78).

Onkoloji hastalarında hastalanmadan 7 ila 10 yıl sonra travmatizasyonun devamı anlamında güçlü psikişik zorlanmalar bulmuştur. Hastaların %53'ünde akut bir psikişik bozukluk teşhis edilmiştir ve bunların %5,6'sı PTSD'dir (79).

3.4. Devlet Eliyle Oluşturulan Travmalar

3.4.1. İşkence ve Kötü Muamele

Psikolojik, fizyolojik ve sosyal olmak üzere bireyleri ve toplumları etkileyen işkence, oldukça etkilidir. İşkencenin dünya çapındaki dağılımına bakıldığında çeşitli insan hakları gruplarının işkence vakalarının epidemik düzeye yaklaştığını ileri sürdükleri görülür. Uluslararası Af Örgütü'nün 1992 yılında hesapladığı, sistematik işkencenin meydana geldiği 93 ulus sayısı 2004'ten itibaren 132 ulusla genişlemiştir. Son dönem dünyada meydana gelen olayların niteliği bu rakamın daha da arttığının işaretini vermektedir (80).

Türkiye'deki uygulamalara bakıldığında İnsan Hakları Derneği 2007 yılı raporunda 687 kişinin işkence ve kötü muamele, onur kırıcı ve küçük düşürücü davranış ile karşı karşıya kaldığı belirtilmiştir (81). Raporda belirtilen bu rakam, işkence olayının sadece küçük bir kısmını göstermektedir. Pek çok vakanın rapor edilmediği bilinen bir gerçektir. Rapor edilen işkence vakaları sivil toplum kuruluşlarına başvuran mağdurlardır. Bu nedenle Türkiye'de yapılan işkencenin gerçek sayısını bilmek mümkün olmayabilir.

Fiziksel işkencenin tespitinde tıbbi değerlendirme yaraların alanını, derecesini ve daha fazla medikal bakımın gerekli olup olmadığını belirlemek için gerekli olabilir. Tıbbi değerlendirme önemli olabilir; çünkü yara izi, ezikler, kırıklar, vb. sıklıkla işkencenin yöntemini (belki psikolojik tedavi için önemli olabilir) ortaya çıkaracaktır ve iddiayı doğrulamak için kullanılabilir. Yara izlerinin veya kırıkların yokluğu, ise işkencenin yokluğuna işaret etmez, pek çok işkence biçimi çok az ya da hiç fiziksel yara izi bırakmadan yapılabilir (80).

İşkence pek çok sonuca sahip olabilir ve hiçbir fiziksel kanıt bırakmadan mağduru yetersiz bırakarak mağdurun üzerinde ciddi sağlık problemlerin oluşmasına neden olur. Psikolojik belirtiler işkence ve kötü muamelenin tek kanıtı olabilir Genellikle travmatik deneyimin/yaşantının yaşattığı şey dehşet duygusu, savunmasızlık, acizlik, ciddi yaralanma, fiziksel yaralanma ya da ölüm tehdididir. Farklı travma biçimleri benzer psikolojik belirtilere yol açar. Bu nedenle travma çalışmaları genelde işkencenin psikolojik sonuçlarını anlamada yardımcı olur (80).

Mağdur üzerinde psikolojik etkileri olabilen işkence tamamen, kolayca hem bilinebilir hem de belgelenebilir (82). İşkence mağdurlarında en yaygın olarak görülen psikolojik hastalık posttravmatik stres bozukluğudur. İşkence mağdurlarının çeşitli psikolojik semptomları rapor edilebilir. PTSTB, anksiyete ve depresyon bildirilen temel teşhislerdendir. Pek çoğu uykusuzluk, ya da cinsel işlev bozukluğu gibi nörovejetatif semptomlar ile beraber hasarlı bellek, dezoryantasyon ve konfüzyon belirtileri göstermiştir (80).

Cinsel işkence mağdurları daha çok kaçınma davranışı tanımlarken psikolojik ve fiziksel işkence yaşayan izolasyon ve bilinç kaybından yakınan mağdurlar daha çok posttravmatik stres bozukluğunun zorlayıcı/yineleyici semptomlarına sahip olabilirler (83). Depresyon düzeyi ile algılanan işkence tehdidi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (84). Yapılan çalışmalar kadınların işkence sonrası psikiyatrik semptom geliştirme riskinin daha fazla olduğunu göstermiştir (85).

3.4.2. Savaş ve Etnik Temizleme

UNİCEF (1995), 1980'lerde yalnızca iki milyon çocuğun savaş esnasında öldürüldüğünü; dört ile beş milyon arasında çocuğun sakat kaldığını ve 10 milyonunun üzerinde çocuğun psikolojik olarak travmatize olduğunu rapor etmişlerdir (86).

Savaş; fiziksel zarar gibi çeşitli stres faktörlerini içeren, uzun süreli travmaya yol açan, sevdiklerinin kaybı, yoksunluk, istismar edilme ve yoksulluğa neden olan karmaşık bir durumdur (87). Çocuklar, savaşın yükü ile ihtiyaçları ve hakları genellikle ikinci dereceye konulan nüfusun en çabuk ve kolay incinebilir, yaralanabilir kesimini oluşturmaktadır (88).

İkinci Dünya Savaşı'nın etkilerini görebilmek amacı ile Alman çocuklarla yapılan çalışmada çocukların şimdiki psikopatolojik sıkıntılarını, posttravmatik stres semptomlarını ve travmanın etkilerini belirlemek amaçlanmıştır. Yerel basın aracılığı ile 93 katılımcının yer aldığı çalışmada %13,8 oranında savaş sonrası PTSTB ile ilgili semptomlar rapor edilmiştir.

İkinci Dünya Savaşı sonrası PTSD önemli ölçüde şimdiki psikopatoloji sıkıntıları ile ilişkili bulunmuştur (89).

Benzer şekilde yapılan çalışmalarda da çocukluk döneminde savaşa tanık olanlarda yüksek oranda travma deneyimi belgelenmiştir. Saigh (1991), araştırmasında majör savaş stresine maruz kalan Lübnanlı ergenlerin %33'ünde posttravmatik semptomlar bulmuştur. Kuveytli çocukların %70'inde, Körfez Savaşı'ndan sonra orta dereceden şiddetli dereceye kadar PTSD semptomlarına rastlanmıştır (90).

Körfez savaşından sonra Iraklı çocuklarla yapılan bir çalışmada, PTSD semptomlarının çocukların %80'inde iki yılın üzerinde sabit kaldığı görülmüştür (91). Bazı çalışmalar da savaş sonrasında posttravmatik semptomlarda önemli derecede azalma olduğu belirtilmiştir. Gazze'de çocukların % 40'ı başlangıçta PTSD teşhisi alırken, bu rakam bir yıl sonra barış sürecinin başlangıcı ile birlikte %10'lara düşmüştür (92). Laor ve arkadaşları (93), SCUD misilleme atağından sonraki beş yılda PTSD semptomlarında önemli ölçüde düşüş kaydedildiğini; fakat şiddetli PTSD semptomlarının çocukların hâlâ % 8'inde görüldüğünü belirtmektedir.. Kalıcı PTSD semptomları, yer değişikliği ve ailenin ekonomik durumunun iyi olmaması ile ilişkilidir (93). Savaş sonrasında uzun süreli PTSD semptomlarının dağılımında farklılıklar; başlangıçtaki şiddet, travmadan sonraki psiko-sosyal çevre ve devam eden karışıklık, örneğin, yer değişikliğinin sonuçları gibi faktörler ile açıklanabilir (88).

Susanne Schall ve Thomas Elbert (94) tarafından 1994 yılında meydana gelen Rwanda soykırımından 10 yıl sonra toplam 68 Rwandalı yetim ile savaş deneyimleri ve PTSD semptomları ile ilgili görüşmeler yapılmıştır. Çocuk merkezli evlerde kalan gençler ile yetimhanede kalan gençlerden oluşan iki örnek grup karşılaştırılmıştır. Tümü aşırı düzeyde şiddete maruz kalmış ve % 41'i, anne ve babasının öldürülmesine tanık olmuştur. Örneklemin % 44'ünde PTSD görülmüştür. PTSD riskinin yetimhanede kalan çocuklara göre çocuk merkezli evlerde yaşayan gençlerde daha yüksek olduğu ve ayrıca soykırımın ortaya çıkması ile 8 ila 13 yaş arasındakilerde 3 ila 7 yaş arasındakilere göre daha yüksek oranda PTSD görüldüğü bildirilmiştir. Bundan başka travmatik deneyim sayısı ile sonradan gelen stres tepkileri arasında önemli ilişki bulunmuştur. Çocukların posttravmatik stres tepkileri

ailenin kaybı, şiddet deneyimi ve en önemlisi hayatlarında sürekli tehdit hissetmeleri ile ilişkilidir (94).

3.4.3. Kitlesele Şiddet

Yüksek sayıda yaralı ya da kayıp içeren, kasıtlı yapılan şiddettir. Fakat savaş bağlamında meydana gelmeyen, travma alanında yer alan daha yeni bir kategoridir. 19 Nisan 1995'te Oklahomo şehrinin bombalanması, Pentagon ve Dünya Ticaret Merkezine 11 Eylül 2001'de terörist saldırı ve Haziran 2005' te Londra'daki terörist saldırı olayları dünyada yaşanan toplumsal/ kitlesele travmaya neden olan olaylardır. Maalesef dünyada buna benzer terörist saldırıları içeren benzer örnekler bulunmakta ve yine totaliter rejimler tarafında insan hakları ihlalleri olmaktadır (6).

Toplum içerisinde güçsüzlük, çaresizlik, aşırı uyarılmışlık, öfke ve huzursuzluk hisseden örselenmiş bireylerin artması travmatik bir toplum yapısının ortaya çıkmasına neden olabilir.

3.5. Kazalara Bağlı Oluşan Travmalar

3.5.1. Ulaşım Kazaları

Ulaşım araçlarının kazaları, (uçak kazaları, trenin raydan çıkması ve deniz kazaları gibi) çoğunlukla çeşitli yaralanma ya da yüksek ölüm oranlarını içermektedir. Bu tür olaylar sıklıkla diğerlerine göre ne zaman olacağı kestirilemez, önceden belirlenemez ve mağdurlar açısından travmatik bir deneyimdir (6).

Bütün dünyada trafik kazaları, yaralanmalara neden olan kazalar arasında ilk sırada yer almaktadır (95). Her yıl üç milyonun üstünde insan Amerika'da ciddi motorlu taşıt kazaları yaşamaktadır (96). Motorlu taşıt kazaları Amerika'da erkekler arasında %35 ve kadınlar arasında %13'lük oranla en yaygın travmatik olaydan biridir (97). Bu insanların önemli bir kısmında- özellikle eğer kaza başkalarının büyük ölçüde yaralanması ya da ölümü ile sonuçlanmışsa- önemli psikolojik sorun gelişir. Kazadan sonra üzüntü ve kendini suçlama, sonradan gelişen psikolojik etkilerin artmasına yol açabilir (6).

Motorlu taşıt kazalarından sonra mağdurlarda sıklıkla bazı travma sonrası semptomlar görülür (96). PTSD, motorlu taşıt kazalarından sonra muhtemel negatif sonuçlardan sadece biri olup depresif semptomlar, fiziksel zorlanmalar gibi diğer duygusal ve fiziksel problemler kazadan sonra ortaya çıkabilir (98). Pek çok çalışma şiddetli motorlu taşıt kazalarını da içeren travmatik olaylardan sonra travma sonrası depresif semptomlara ilişkin yüksek komorbite belgelemişlerdir (37,99,100). Motorlu taşıt kazası geçiren 107 olgunun yarısı PTSD tanısı almış, ayrıca komorbite depresyon geliştirmişlerdir (101).

Ülkemizde de trafik kazaları giderek artmakta ve her yıl bu kazalara bağlı olarak milyonlarca insan yaralanmakta ya da ölmektedir. Trafik kazalarının oluş sıklığı ve bununla ilişkili yüksek hastalık ve ölüm oranı Türkiye’de temel problemlerdir. İstatistik Enstitüsüne göre sadece 1999 yılı boyunca toplam 438.338 trafik kazası meydana gelmiş, 4.596 ölüm ve 109.899 yaralanma ile sonuçlanmıştır. Yüksek dağılıma rağmen motor kazası gibi travmatik olaylar, ruh sağlığı alanında çalışanların ilgisini daha az çekmektedir (25).

Trafik kazalarının ekonomik kayıplar ve bedensel yaralanmalarla sonuçlanmasının yanı sıra ruhsal ve duygusal zararları da vardır. Türkiye’de trafik kazaları ile yaşanan travma üzerine az sayıda çalışma yapılmıştır. Motorlu taşıt kazası yaşayan kişilerde ciddi ve uzun süren psikiyatrik sorunlar oluşmakta olup, belirlenen risk gruplarına erken müdahale ve rehabilitasyonu gerekmektedir (102).

3.5.2. Ev ve İş Kazaları

Pek çok çalışan işyerinde yaptıkları iş esnasında travmatik olaylara maruz kalırlar. İlgili literatür sekiz meslek grubunda çalışan insanların, çalıştığı işten kaynaklanan travmatik olaya maruz kalabileceğini belirtmektedir. Bu çalışma grupları askeri, ulaşım, enerji seviyesi, finans bölümü, sağlık, nükleer endüstri ve diğer endüstri kolları olarak sıralanabilir (10).

Ev ve iş kazaları ile travma arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalara fazla rastlanmamıştır.

4. TRAVMAYI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

4.1. Risk Faktörleri

İnsanların büyük çoğunluğu yaşamları boyunca en az bir kez travmatik olay yaşarlar (103,104). Epidemiyolojik çalışmalar Amerikalıların büyük çoğunluğunun yaşamları boyunca en az bir kez travmatik olayla karşılaşmasına rağmen, sadece nüfusun küçük bir bölümünün PTSD geliştirdiğini ortaya koymaktadır (105). Genel popülasyonun %40–70'i travmatik olay yaşarken sadece %5–15 oranında birey PTSD görülmektedir (106).

PTSD başta olmak üzere ruhsal travma ile ilişkili sendromlarda herhangi bir travmanın yaşanması gerekli; ancak yeterli değildir. PTSD, travmatik olayın doğası ve şiddeti, kişilik, baş etme mekanizmaları, inanç sistemleri ve atıf biçimleri travmatik olay sonrası içinde bulunulan çevre, sosyal destek sistemleri gibi pek çok etmenin etkileşimi sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır (107).

Ruhsal travmalarda öznel deneyimin önemi gittikçe artan bir bilgi haline gelmiştir. Travmatik olaylar sonrası akut stres tepkileri yaygın olarak gözlenir ve bu tepkiler genellikle olayı takip eden bir ay içinde azalır. Ancak öznel deneyimin yoğunluğu ve şiddeti, akut stres tepkilerin ortaya çıkmasını kolaylaştırmakla birlikte, psikopatolojinin süregelenleşmesini de etkilemektedir (107).

Yapılan çalışmalar, yaşanan travmatik olayın tipine bakılmaksızın kadınların, erkeklere oranla iki kat daha fazla PTSD geliştirdiğini, travmatik olay yaşayan herkeste PTSD semptomları gelişmeyebileceğini göstermektedir (104).

Breslau ve arkadaşları (108) tarafından yapılan çalışmada erkeklerin ortalama % 5,5' i kadınların ise ortalama % 4,3'ü farklı travmatik olaya maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bununla beraber travmatik deneyim sayısında farklılık olmamasına rağmen kadınlarda PTSD, erkeklere göre daha yüksek oranda görülmektedir. (109).

PTSB risk faktörleri ile ilgili araştırmalar, PTSD geliştiren bireyler ile geliştirmeyenler arasındaki farklılıkta travmatik olay esnasında bireylerin öznel yaşantılarının önemli bir rol oynadığını göstermektedir (102). Bu deneyimlerin kognitif süreci öznel deneyimlerin bir parçasıdır. Kognitif modele, bu öznel deneyimlerdeki farklılıkları açıklamaya yardımcı olmak için başvurulabilir (110).

Bir dizi faktör, bir travmayla ve onun sonuçlarıyla başa çıkmayı uzun süre zorlaştırabilir veya engelleyebilir (102). PTSD gelişmesinde en güçlü dört risk faktörü: Sosyal destekte azalma, genel yaşam stresi, travmanın şiddet derecesi, çocuklukta zorlanma ve düşük zekâdır (23).

4.1.1. Olay Faktörleri

Travmatik olayla ilgili risk faktörleri olarak kabul edilirler:

- Ağır şiddet ve uzun süre
- Travmatik olayın tekrarı
- Yaşam tehdidi
- Olay üzerinde sınırlı kontrol
- Önemli derecede fiziksel yaralanma
- Büyük maddi zarar
- İnsanlar tarafından olaydan sorumlu tutulmak
- Kasti zarar verilmesi
- Olayın ve durumun sembolik önemi (23,111,112)

Travmatik olayların şiddeti, PTSD riskinin oluşmasında en göze çarpandır. İşkence ve cinsel saldırı (105) gibi travmatik olaylar yüksek PTSD oranı ile ilişkili iken motorlu taşıt kazaları veya yaşamı tehdit eden hastalıklar sonrası travma oranı daha düşüktür (113).

4.1.2. Kişilik Özellikleri Faktörü

Mağdurun kişiliği ile ilgili çeşitli araştırmalar aşağıdaki risk faktörlerini ortaya koyar. Mağdurdan kaynaklı etkenler mağdurun travma yaşamadan önceki durumuna işaret etmekte olup kalıcı PTSS ile ilişkilendirilmiştir. Mağdurdan kaynaklı temel risk faktörleri şunları içerir:

- Genel yaşam stresi
- Çocuklukta zorlanma
- Düşük zekâ
- Çocuklukta kötü muamele
- Düşük sosyo-ekonomik düzey
- Cinsiyet
- Ailede psikik bir tanı
- Geçmişte travma öyküsü
- Anamnezde psikik bozukluk
- Başa çıkma yeteneğinin yetersiz olması
- Hiperaktivite
- Genetik yatkınlık
- Düşük eğitim seviyesi
- Yaş faktörü: Orta yaş grubundakilere göre daha genç ya da daha yaşlı bireyler daha yüksek risk grubundadırlar.
- Etnik aidiyet
- Travma anında ya da hemen sonra daha büyük tehlike, üzüntü verici bir durum (102, 6).

Kadınlarda yüksek oranda PTSS görülmesi hastalığa karşı daha fazla savunmasız olmaları ya da travmadan sonra erkeklerden farklı başa çıkma yöntemleri ile açıklanabilir. Travmatik olayda kasıtlılık PTSS oluşumunu artıran risk faktörlerinden biridir (113).

Doğal afetler ya da kazalar gibi kasıtlı olmayan travmatik olaylarda yaralanma işkence ya da tecavüzde olduğu gibi amaçlı olarak yapılamadığı için travmanın şiddeti daha

az olacaktır. Fiziksel yaralanma ile PTSD arasında önemli bir ilişki bulunamamıştır. Sadece Davidson ve Smith, kasıtlı olarak gerçekleştirilen fiziksel yaralanmalardan sonra PTSD riskini fazla bulmuştur (113).

Travma esnasında ya da sonrasında yaşanan sıkıntı, PTSD gelişiminde temel risk faktörüdür. Travma esnasında özellikle yüksek düzeyde strese maruz kalanlar, daha fazla PTSD'nin riski altındadırlar. Strese dayanma ya da duygularını kontrol etme, travma öncesinde var olan problemler, önceki travma deneyimi ve bilişsel yapı, olayların kendi kontrolü dışında gerçekleştiği yönünde düşünme tarzı ya da olayları potansiyel tehdit olarak algılama tarzı gibi etkenler PTSD gelişiminde risk faktörleridir (6).

Yetişkinlerle yapılan çalışmalar akut stres bozukluğunun sonradan gelişen PTSD ile ilişkili olduğunu gösterirken, çocuklarda bu bulguyu destekler çok az çalışma bulunmaktadır. Trafik kazalarına bağlı olarak yaralanan ve PTSD geliştiren çocuklarda yaralanmanın ilk ayında ASB ile karşılaşmamışlardır (114).

4.1.3. Travma anında ve sonrasında Tepkiler

Travmatik olay sırasında veya ondan kısa süre sonra belirli akut tepkiler psikik bozulma riskini yükseltir, genel semptomları güçlendirir ve gündelik başa çıkma yeteneğini azaltır. Bunların önemli olanları şunlardır:

- Peri-travmatik dissosiasyon (115).
- Ağır akut stres tepkileri (116,117).
- Travma sonrası ilk hafta içinde güçlü zorlanmalar, kaçınmalar, depresyon, kaygı (118).
- Travmadan sonraki haftalarda artmış kızgınlık veya öfke (119,120).
- Suçluluk duygusu yaşama ve suçlu olduğuna dair düşünceler (121).

4.1.4. Çevrenin Tepkileri

Tanıdıklar, dostlar, iş arkadaşları, yetkili makamlar, gazeteciler, v.s. travma ile orta ve uzun vadeli başa çıkmayı oldukça etkileyebilirler. Bu bağlamda risk faktörleri şunlardır:

- Başkalarından yardım gelmemesi (maddi, pratik, kanuni)
- Eksik sosyal destek
- Sürekli olayın hatırlatılması (tetikleme) (102, 104).

4.2. KORUYUCU FAKTÖRLER

Bir travmanın sonuçları herkes için aynı -objektif bir olay -değildir; aksine kurbanların kişisel yorumlarının ve kişisel gelişim aşamasının ayrıca bünye ile ilgili koşulların etkilerinin ortaya koyduğu bir deneyimdir (9).

Çocuklarda ASB değerlendirmesinde gelişimsel ve sosyal faktörlerin ASB'den PTSSB'ye (örneğin, cinsiyet, psikiyatrik hastalık, diğer yaşam olayları, aile yapısı, aile psikopatolojisi) dönüşünü hafiflettiği ileri sürülmektedir (122).

Travma sonrasında karşılaşılan güçlükler ve yaşam olaylarının olumsuz sonuçlarını veya etkilerini değiştirmek için yapılan eylemler kontrol edebilirlik veya denetleyebilirlik duygusuyla ilişkilidir. Bu durumun psikopatolojiye karşı koruyucu bir işlevinin bulunduğu düşünülmektedir (123).

4.3. TRAVMADA BİLİŞSEL YAPILANDIRMA

Herhangi bir travmatik olay sırasında, bilişsel fonksiyonlar harekete geçer; bilişsel süreç (örn., dikkat, yorumlama, kodlama, bilişsel ayrıntılandırma ve yeniden düzenleme) ve bilişsel yapı (örn., bilişsel network, ilişkili bağlantı ve olayın özümsemiği depolanmış bellek) bireyin öznel anlamını değiştirmek için birlikte çalışırlar (124). Şematik faktörler, anlamlandırma sürecinde önemli bir etkiye sahiptir. Şemalar çeşitli uyarıcı durumlarında tetikleyici olmasına rağmen, travma, şematik fonksiyonu harekete geçirmede güçlüdür. Bilgi

işleme, başka bilişsel fonksiyondur; anlam karışıklığına sebep olabilir. İşlem, algı, seçme, kontrasyon, kodlama, hatırlama, düşünme, karar verme ve uyarıcı kontrolü gibi fonksiyonları içerir. Birey aşırı stres altındayken bu bilgi işleme fonksiyonları bozulmaya başlar. (125). Tolin ve Foa (126), travma mağdurları ile yaptıkları çalışmada uyan/uyarlamalı rol alan bilişsel süreçleri, travma mağdurlarını aşırı olumsuz sonuçlarından korumak için araştırma yapmışlar ve bozuk bilişsel sürecin, bireylerin PTSTB semptomlarını geliştirme olasılığını arttırdığını ortaya koymuşlardır. Bilişsel süreçler, bu nedenle PTSTB geliştiren bireyler ile geliştirmeyenler arasındaki farklılıkları ortaya koymada önemli rol oynamaktadır.

4.3.1. Travma Öncesi Şema

Travma öncesi şemalar, travmatik olay esnasında bireylerin anlamlandırmalarına katkıda bulunur. Olayları değerlendirirken, insanlar, neler olup bittiğini anlamak için şemaları kullanır ve sonra yeni bilgiyi var olan şemalara dâhil ederler (127). Travma deneyimi yaşadıklarında şemaların içeriği insanlara ne olduğunu canlandırmada yardımcı olur. Travma ile karşılaşıldığında güçlü başa çıkma yeteneğini yansıtan kendilik şemaları, dayanıklılık, başkalarına ve çevreye güvenme ve kendi etkinliğinin bireylerin anlamlandırma sürecinde, travma öncesi tepkilerinde, travma sonrası duygusal yapısında ve bedensel duyarlılığında olumlu etkileri olması muhtemeldir. Yoğun korku, yetersizlik, güvensizlik, kolay incinebilirlik ve güçsüzlüğü kapsayan bozulmuş kendilik şemaları, travma mağduru üzerinde daha fazla negatif etki bırakabilmektedir. Şematik yapılandırma, böylelikle bireylerin PTSTB geliştirmesinden koruma ya da PTSTB gelişimine katkıda bulunma olasılığına sahiptir (127). Fischer ve Riedesser (128), dolaylı travmatik bir durumun yol açtığı travmatik reaksiyonla, travmatik durum aracılığı ile etkinleştirilen/aktifleştirilen kişi ne kadar erken travma edilmişse o kadar kapsamlı devamlı (yaşam boyu) gelişimi belirleyen algı/hareket şeması ile travma şeması arasında bir ayrım yapabileceklerini belirtir.

4.3.2. Travma esnasındaki deneyimler

Pek çok araştırmacı, travma esnasındaki deneyimlerin (travma esnasında olanlar) PTSTB gelişiminde önemli etkileri olduğunu bulmuştur (102). Bu deneyimler, travmatik olayın önemini/ zorluğunu, şiddetini (104) ve peritratmatik disosiyasyonu içerir (102). Travmatik olaylara maruz kalan bireyler, olay esnasında ya da hemen olayı takiben disosiyatif tepkiler

ifade ederler (115). Farklı travmatik olayları takiben peritratmatik dissosiyasyon ve PTSTB arasındaki iliŖki üzerine yapılan alıŖmada, peritratmatik dissosiyasyonun PTSTB'nin en güçlü öngörülen deęiŖkeni olduğunu ve diğer yaygın öngörülen deęiŖkenlere benzeyen semptomlarla ilgili olduğu bulunmuŖtur (104).

Pek çok travma mağduru dissosiyasyon deneyiminden bahseder. Dissosiyasyon, bir savunma mekanizmasıdır; dissosiyasyon semptomları, uyuŖma, hissizleŖme, kaçınma, depersonalizasyon, derealizasyon, duygusal tepkinin yoksunluğu ve farkındalığının azalması gibi semptomlardır. Risk faktörleri ile ilgili araŖtırmalar, dissosiyasyonun PTSTB semptomlarının en güçlü öngörülen deęiŖkeni olduğunu göstermektedir. Dissosiyasyon olanlar, olmayanlara göre önemli ölçüde PTSTB geliŖmesi olasılığına sahiptir (102,104).

Peritratmatik deneyimler, bireylerin hafıza kaydını etkiler. Travma hafıza kaydı, travma ile ilgili hafızadan ve bireyin travma ile ilgili inanıŖlarından oluŖmaktadır Tüm bu faktörler iyileŖmeyi etkileyebilir (126). Genelde, bireyin olayı algıladığı stres ne kadar fazla ise duygular ve davranıŖlar üzerinde o kadar etkili olur. PTSTB geliŖtiren travma mağdurları, travma esnasındaki tepkilerini olumsuz biçimde yorumluyor grnrleri; bu sonradan travmanın iyileŖmesini engeller (130). Deneysel bulgular, mental bozukluk, mental konfüzyon, negatif duygusal değer ve semptomların negatif değeri gibi kognitif faktörlerin travmatik hafızanın doğasını etkilediğine iŖaret etmektedirler (131).

4.3.3. Travma Sonrası Tepkiler

PTSTB risk faktörleri ile ilgili yapılan pek çok araŖtırma, yaŖanan travmatik olaylar sonrasında sosyal destek ve stresin PTSTB teŖhisinde bazı deęiŖkenleri açıklayabileceğini göstermektedir (102,104). İlginç olarak, negatif sosyal etkileŖimin mağdurunun adaptasyonunda güçlü negatif etkileri olduğu bulunurken pozitif sosyal etkileŖiminin mağdur üzerinde çok az etkisi olduğu grlmŖtir (132).

5. ÇEŞİTLİ TRAVMA TİPLERİ İLE PTSTB VE DİĞER PSİKİYATRİK HASTALIKLAR İLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

İsrail örneğinde şiddet mağduru kadınlar arasında PTSTB dağılımını değerlendiren araştırmada şiddet mağduru kadının diğer travma yaşantısı olan kadınlara göre (kontrol grubu) daha fazla psikiyatrik semptom gösterdiği, şiddet mağduru kadınlar arasında PTSTB teşhisi olmayanlara göre, PTSTB teşhisi bulunan şiddet mağduru kadınlarda daha fazla psikiyatrik semptom gösterdiği ifade edilmektedir. Yapılan çalışmada şiddete maruz kalan kadınların büyük kısmı (%51,6) PTSTB'nin kriterleri ile karşılaştıklarını göstermektedir (35).

Türkiye'de trafik kazaları ile travma arasında ilişkiyi gösteren çalışmalar ise şunlardır: Işık Sayıl ve arkadaşları (133) tarafından 23 denek üzerinde yapılan pilot çalışmada hastaların %17.4'ünün PTSTB Ölçeği'ne göre, "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" ölçütlerini karşıladıkları görülmüştür. Özalpın ve arkadaşları (102) tarafından motorlu araç kazalarından sonra ortaya çıkan ASB ve PTSTB görülme oranlarını araştıran çalışmada ise motorlu araç kazası (MAK) grubunda 1. ayda %20 ASB, 3.ayda %30 PTSTB ve 6.ayda %17 oranında PTSTB gelişirken, kontrol grubunda hiç ASB ve PTSTB gelişmediği bulunmuştur. MAK sonrası ASB geliştirenlerin 3. ve 6. ayda PTSTB geliştirme oranı ASB geliştirmeyen olgulardan yüksek olduğu MAK grubunda, 1., 3. ve 6.aydaki PTSTB puan ortalamaları kontrol grubundan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Turan ve arkadaşları (134) tarafından trafik kazası geçirmiş olan ve orta veya şiddetli derecede yaralanmış olan hastalarda kazadan sonraki ilk haftalarda hangi oranda ASB semptomlarının geliştiğini tespit etmek ve ASB semptom şiddeti ile hastaların demografik özellikleri ve kazayla ilgili özellikler arasındaki ilişkileri inceleme amacıyla yapılan çalışmada hastaların psikiyatrik semptomlarını ve yaralanmanın derecesini ölçmek için Travma Sonrası Stres Ölçeği, Olayın Etkisi Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Durumluluk Kaygı Ölçeği ve Kısaltılmış İnjury Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma sonucunda Olayın Etkisi Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Durumluluk Kaygı Ölçeği skorları ve kalp hızı akut stres bozukluğu semptomları şiddetli olanlarda, daha hafif olanlara göre anlamlı derecede yüksek

bulunmuş. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği puanları şiddetli derecede yaralananlarda orta derecede yaralananlara göre artmış olarak gözlenmiştir.

Değişik travma tiplerinin semptomlarını araştırdıklarında insan eliyle, kasıtlı olarak oluşturulan travmanın mağduru, doğal yollarla travmatize olan mağdura göre daha fazla PTSTB geliştiği saptanmıştır. İnsan eliyle oluşturulan travma mağdurları anksiyete ile tepki gösterirler ve güçlü şekilde kontrol kaybı, çaresizlik hissederler ve kendilerini suçlarlar (135). Başka insan eliyle ya da doğal yollarla oluşan travmalara göre aile içi şiddet, özellikle tanıdığımız ve yakınımız biri tarafından yapıldığı için psikolojik olarak daha fazla sarsıcı olabilmektedir (136).

PTSTB;

- Tecavüz veya cinsel istismar mağdurlarının yaklaşık %50' sinde,
- Diğer şiddet eylem mağdurlarının yaklaşık %25' inde,
- Kişilerin zarar gördüğü trafik kazalarının yaklaşık %20' sinde
- Hayati tehlike barındıran hastalıklara sahip hastaların %10 ile % 20'si arasında,
- Çeşitli mesleklerde (Polis, itfaiye ve kurtarma görevlerinde çalışanlar)%8 ile %20'si arasında,
- Kaza veya şiddet eylemi tanıklarının yaklaşık %5'inde

Görülür (23,137,138).

Altı ülkeden işkence mağdurları ile yapılan çalışma, işkence için kullanılan fiziksel yöntemlerde ülkeler arasında büyük farklılıklar olduğunu göstermiştir. Bu farklılıklara rağmen mağdurlarda PTSTB %69 ile %92 arasındadır (139). Türkiye'de işkence mağdurları üzerine yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Parker ve arkadaşları tarafından (140), işkence ile ilgili çalışmada Türkiye'de 208'nin işkence gördüğü bildirilen 246 politik olmayan tutukluda işkencenin etkileri değerlendirildiğinde işkenceye maruz kalanlarda PTSTB görülme sıklığı daha yüksek bulunmuştur.

Çocuklar üzerinde cinsel istismarın psikolojik etkileri ile ilgili araştırmalarda istismara uğramayan çocuklarla karşılaştırma yapılmış ve cinsel istismara uğrayan çocuklarda önemli ölçüde yoğun korku duyguları, gece kâbusları, PTSTB, düşük öz saygı, çekiniklik, acımazlık, suça yatkınlık, uygunsuz cinsel davranışlar, regresif davranışlar, kendine zarar verici

davranışlar ve genel davranış problemleri gösterdikleri saptanmıştır. Cinsel istismara maruz kalan çocukların %77'sinde PTSD bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda cinsel istismarın PTSD'nin gelişmesinde risk faktörü olduğunu göstermektedir (67).

6. TRAVMANIN TEORİK ALT YAPISI

6.1. Psikodinamik Yaklaşım

Travma, 'öznenin' yaşamında, şiddetiyle öznenin onu uygun cevaplamadaki yetersizliği aracılığıyla belirginleşmiş bir olay, sarsıntı ve psişik organizasyonda bu olaydan ileri gelen sürekli patojenik etkilerdir. Kısaca ifade edilirse travma, öznenin toleransına ve yeteneğine kıyasla psişik olarak başa çıkılması ve işlenmesi aşırı güç olan uyarıcıları ile karşılaşma olarak karakterize edilir (141).

Psikodinamik yaklaşım içinde travmatik deneyim çok kuvvetli deneyimi ve başa çıkılamayan uyarıcı ile karşılaştığı çevresi ve birey arasındaki yüzleştirme olarak görünür. Her zamanki başa çıkma yeteneği ve savunma mekanizmaları bu durumla başa çıkmada başarısız olur. Kişilik yapısı zarar görür, kişi çaresizlik ve umutsuzluk yaşar. Savunma ve başa çıkma süreçleri altüst olmaya başlar. Bu duygusal tepkilerin kaybolması, apati ya da depersonalizasyon ile sonuçlanabilir (142).

Psikodinamik bakış açısıyla travmatik deneyimin iki sonucu vardır; hasar ve onarma süreci. İlk kısa dönemde (birkaç saat ya da gün sonra)(bazen atlanabilen dönem) travmatik deneyimle harekete geçen duyguları şiddetli ortaya çıkar. Horowitz, bunu (outcry phase) çılgılık dönemi olarak adlandırır. Sonra duyguların bastırıldığı dönem inkâr dönemi (deny phase) olarak adlandırılır. Hiçbir şey olmamış ya da olay ona etki etmemiş gibi davranır. Yapısı normal görünür ancak travmatik deneyimi hatırlatan durumlardan kaçınmaya çalışır. Tepkileri yüzeysel ve donuktur. (Intrusive phase) zorlantı döneminde yaşadığı travmatik olaylar sürekli hatırlanır, gece kâbuslarında yaşanır. Başka bir dönem (working through phase), travmatik olay kişinin deneyimlerinin önemli parçası haline gelir, inkâr etmez ya da zorlantı döneminde olduğu gibi baskın değildir. Bu dönemde birey, bu deneyim ile yaşamayı öğrenir ve dünya bakış açısı ve kendilik imajına onları uydurur (142).

S. Freud, (1892–1934) hayatı boyunca ilk önce dış etkilerin veya bireysel anlamla yaşanmış gerçekliğin fantastik kurgusunu bu dışsal etkilerin içsel işlenicinin psişik sonuçlar için sorumlu olup olmadığını kendine sormuştur. Her şeyden önce her anıda fantastik yapıların söz konusu olduğu sonucuna varmıştır. Travma kendisinde değil, aksine sonradan işlendiği gibi patojenik faktördür. Örneğin erken çocukluk travmatik deneyimler gelecekte bütünleşmemiş ve değişmemiş bir şekilde kalır ise çeşitli yazarlar için olaylı yaşantıların onların fantezilerine ve güdüsel dağılımıyla içsel psişik dünyaya direkt etkisinin küçümsenmediği kesindir.

Entegre edilmemiş işlenmemiş travmatik yaşantılar bilinçdışı ve sözel olmayan iletişim aracılığı ile ebeveyn temsillerinin ayrılmış (çözölmüş) öğeleriyle kendini özdeşleştiren ve bunları kendi kişisel kendilik temsiline kabul eden çocuğa uygulanır (aktarılır). Kültürel mirasın bir türü gibi ağır psişik travmanın sonuçları bir kuşaktan ötekine iletilebilir. Ebeveynlerin hikâyesi (tarihi) çocuğun kişisel tarihinden ayrılamaz (143).

Psikodinamik yaklaşıma göre bireylerin travmatik deneyime tepkileri kişilik yapılarının özelliğine bağlıdır, önemli faktör ise bireyin başa çıkma özelliğidir(142).

6.2. Nörobiyolojik Yaklaşım

Travmatize olmuş çocuklar ve ergenler gerçekten de duyarlılık ve uyarılma süreçlerinden dolayı düşük uyarılmalara çok ağır cevaplar verme eğilimindedir(144). Muhtemelen frontallopların azalan işlevselliği ve limbik sistemin yükselen uyarılma yeteneği de uyarılara eşlik eder. Amigdalanın yüksek uyarılabilirliği, çabuk korunma davranışını garantiler; tehlike algılanır algılanmaz, ilgili durumların belirli bir kavrayışını mümkün kılacak kortikal süreçlerden kaçınılır. Hızlı bir şekilde, hareketi iç tepisel tepkiler olarak algılanan çabuk motorik cevaplarda kendini gösterir. Uyarıcı genellemelerinden dolayı kötü muamele görmüş çocuklar felaket tepkilerinin türölülüğü ile azalan tetikleyicilere cevap veririler (145) .

Normal stres hastalaşır. Böyle iç tepisel tepkiler beyinde farklı seviyelerde kendini gösterebilir: Beyin sapı sabitlenmiş hareket modellerini (örneklerini) gösterir, beyincik senso-

motorik şemaları harekete geçirir, limbik ilmipler kortekse bağımlı kaç- savaş veya dona kalma cevaplarını işleme yol açar.

Tepkiyi tetikleyen bilgiler iki yoldan amigdalaya ulaşır:

1. Talamustan bir uyarımın iyi tanımlanabildiği büyük beyinin sensorik bölümünün üzerinden.
2. Fazla tanımlanmadan talamustan direkt amigdalaya.

Gelişimsel travmayla ilgili biyolojik araştırmaların çoğu hayvan deneylerine dayanır. Çalışmaların sadece küçük bir kısmı şimdiye kadar istismar ve ihmal edilmiş çocukları ele alır (146,147).

Diğer yandan yetişkinlerde daha yüksek kortizol salgılanması DeBellis'in (148), yaşla ve büyüme şartlarıyla bağlantı kurduğu yönündeki sonucunu destekler. Putnam ve Trickett (146), tipik nöro-endokrinel bozukluklar geliştirdiklerini tespit etmiştir. İki çalışma cinsel istismarda artan bağışıklık cevaplarını açıklarlar. Bağışıklık işlevlerindeki bu tepkiler, neden cinsel istismar vakalarında hastalanmada daha duyarlı olduğunu açıklayabilir (66). Çocuklukta istismar, beyin gelişiminde geniş bozukluklara neden olmaktadır (146,149,150). Bu bulgular ağır derecede travmatize edilmiş çocuklarda sınırlandırılmış bir beyin büyümesini tespit eden Rutter'in (1983) çalışmasıyla uyum gösterir (151). Sağlıklı çocuklar ve ergenlerdeki araştırmalara göre 5 yaşından 18 yaşına kadarki yaşlardaki çizgisel alan kendini geliştirir. İstismar veya ihmal edilmiş ergenler çizginin orta alanlarında bir azalma göstermişlerdir (147). Kız çocuklarında da çizginin orta alanlarında açık bir azalma kendini gösterir. Özellikle de bedensel veya cinsel istismara uğramış çocuklarda çizginin her iki beyin hemisferi arasında bir bağlantı kurma işlevi kısıtlanmıştır. Yürütme gücü işlevlerinde ve dissosiasyondaki bozukluklar da ilişkilendirilmişlerdir.(147). DeBellis ve arkadaşları (149), preetal ve temporal beyin bölgelerindeki erken bir nöron kaybının orta ve arka çizgi alanlarında zayıf bir gelişme olduğunu iddia etmektedir.

6.3. Aileye Dayalı Yaklaşım

Çocuklarını travmatik durumlara maruz bırakan ailelerde ebeveynler çocukken çok sık travmatik olaylar yaşamıştır. Böyle yaşantıların bileşenleri bir sonraki kuşağın aile

yaşamının işlev tarzını içine alır. Bunlardan ortaya çıkan klinik belirtiler, hiyerarşi ve sınırlamadaki bozulmalar ve ayrıca iletişim ve koordinasyon zorlukları aracılığı ile aile – sistemi seviyesinde hem aile içerisinde hem de aile ve onun çevresi arasında kendini gösterir. Yetişkinler kendi çift çatışmalarıyla ve gerilimleriyle başa çıkamazlarsa bunu sık olarak bir çocuğa aktarırlar.(143).

6.4. Gelişimsel Psikoloji Yaklaşımı

Gelişimsel bakış açısı, travmatizasyonun normal gelişimsel sürece engel olduğu hipotezine dayanır. Bu süreç bireylerde belirli gelişimsel görevlerin hâkim olmasını zorlaştırabilir. Bu nedenle travmatize olmuş kişilik yapısı ve gelişimsel görevler hakkında bilgiye sahip olmalıyız. Koruyucu faktör ve gelişimsel görevlerin içeriğinin ikisinin de teşhisi kolaylaştırıcı değeri vardır (142).

7. TRAVMA VE KLİNİK DEĞERLENDİRME

7.1. DSM-IVR Tam Ölçütlerine göre PTSD

Posttravma sonrası Stres Bozukluğu

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

(1). Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

(2). Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik, ya da dehşete düşme vardır.

B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:

(1). Olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşümler, düşünceler ya da algılar vardır.

(2). Olayı sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme, (çocuklar, içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler.)

(3). Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, halüsinasyonları ve dissosiyatif 'flashback' epizotlarını kapsar.

(4). Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)

(1). Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları

(2). Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları

(3). Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama

(4). Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması

(5). İnsanlardan uzaklaşma ya da insana yabancılaştığı duyguları

(6) Duygulanımda kısıtlılık (Örn, sevme duygusunu yayamama)

(7). Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (Örn, bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama)

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:

(1) Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük

(2) İrritabilite ya da öfke patlamaları

(3) Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme

(4) Hipervijilans

(5) Aşırı irkilme tepkisi gösterme

E. Bu bozukluk (B,C ve D tanı ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer.

F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

Akut: semptomlar 3 aydan daha kısa sürerse

Kronik: semptomlar 3 ay ya da daha uzun sürerse

Gecikmeli başlangıçlı: semptomlar, stres etkeninden en az 6 ay sonra başlamışsa (152).

7.2. Klinik Alt Tipleri

DSM-IVR, üç aydan daha kısa süren PTSD belirtileri için akut PTSD, 3 aydan fazla süren PTSD belirtileri için süreğen PTSD tanısı konulur (123).

7.3. Akut Stres Bozukluğu DSM-IVR Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

(1) kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir

(2) kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır

B. sıkıntı doğuran olayı yaşarken ya da bu olayı yaşadıkten sonra kişide aşağıdaki dissosiyatif semptomlardan üçü (ya da daha fazlası) bulunur:

(1) öznel uyuşukluk, dalgınlık duyumları ya da duygusal tepkisizlik

(2) çevrede olup bitenlerin farkına varma düzeyinde azalma (örn: "afallama")

(3) derelizasyon

(4) depersonalizasyon

(5) dissosiyatif amnezi (yani, travmanın önemli bir yanını anımsayamama)

C. Travmatik olay şunlardan en az biri yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır: göz önüne tekrar tekrar gelen görüntüler, rekürren düşünceler, rüyalar, ilizyonlar, "flashback" epizotları, o yaşantıyı yeniden yaşar gibi olma ya da travmatik olayı anımsatan şeylerle karşılaşınca sıkıntı duyma.

D. Travma ile ilgili anıları uyandıran uyaranlardan belirgin kaçınma (örn. düşünceler, duygular, konuşmalar, etkinlikler, yerler, insanlar).

E. Belirgin anksiyete ya da artmış uyarılmışlık semptomları (örn. uyumakta zorluk çekme, irritabilite, düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü, hipervijilans, aşırı irkilme tepkisi gösterme, motor huzursuzluk).

F. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur ya da bireyin travmatik yaşantısını aile bireylerine anlatarak kişisel destek kaynaklarını harekete geçirmek ya da yardım almak gibi gerekeni yapmasının peşinde koşma yetisini bozar.

G. Bu bozukluk en az 2 gün, en fazla 4 hafta sürer ve travmatik olaylardan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkar.

H. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir, Kısa Psikotik Bozukluk olarak açıklanamaz ve daha önceden var olan bir Eksen I ya da Eksen II bozukluğunun bir alevlenmesi değildir (152).

7.4. Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travmatik olayların süreğen olarak yaşandığı ve travmanın tekrar yaşanması tehdidinin sürekli olduğu durumlarda ortaya çıkan ruhsal tablodur. Çocukluk döneminde süreğen cinsel, fiziksel, ruhsal kötüye kullanım, eş tarafından sürekli aşağılanma ve dövülme,

toplama kampında yaşama, özel tip cezaevlerinde tutulma, zorunlu göç, sıcak savaş ortamında yaşama gibi süregelen travmatik olaylarda PTSTB belirtilerinin niteliği, özellikle kalıcı kişilik değişikliğinin de eklenmesiyle daha da “karmaşık” olabilmektedir. DSM’de yer alan DESNOS, başka türlü adlandırılmayan aşırı stres sorunları ile ilgili bir tanıdır. Uzun süren, tekrarlayan ve insan eliyle yaratılmış travmatik yaşantılar sonrası ortaya çıkan ruhsal bozuklukların PTSTB tanı ölçütlerinin yeterince karşılayamadığı durumlarda düşünülür (107).

7.5. Çocuklarda Travmanın Değerlendirilmesi

Çocuklar travmatik olaylara maruz kaldıklarında gelişimsel süreçleri zarar görür ve sonraki gelişim görevlerinde problemler ortaya çıkabilir. Şiddet ortamında uzun süre yaşama çocuğun kendisine ve başkalarına yönelik algısını etkileyebilir. Bu, tek bir şiddet olayın etkisinden çok, daha şiddetli ve uzun süreli etkilerin sonucu ortaya çıkabilir. Çatışma öncesinde ve çatışma sırasında yaşanan stres ve gerilim çocuğun başa çıkma stratejilerini ve direncini tehdit eder. Bakımından sorumlu kişilere duyulan güvenlik hissi, kişilik gelişimde önemli etkiler yaratır. Bu güven ilişkisi sarsılırsa, örneğin saldırı esnasında ebeveynlerinin yetersizliği ile karşı karşıya gelirse ya da korunmaya ihtiyaç duyduğunda ebeveynlerini yanında bulamazsa, çocuk kendine ve başkalarına karşı güvenini kaybeder (48).

Değerlendirmede önemli teşhis kategorileri:

Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSTB): Çocukların davranışlarında korku, çaresizlik ve dehşete düşme vardır. Travmada çocuklara özgü spesifik durumlar tekrarlanan davranışlar, konusu ve görünüşü ile yaşadığı deneyimi açıklayan monoton şekilde oynanan oyun (travmatik oyun), gece kabusları, hoşlandığı aktivitelerden hoşlanmama, hassas zamanlarda ortaya çıkan travma odaklı korku (örneğin, uyku zamanı, karanlıkta veya banyoda), başkalarına ve kendine karşı güvenin azalması, gelecek duygusu ile ilgili yoğun endişe ve küçük çocuklarda daha önce var olan gelişimsel yeteneklerin kaybolması (örneğin, konuşmada bebesileşme) olarak açıklanabilir (48).

Depresyon: Çocuklarda depresyonun önemli işareti ağlama, üzgün olma, iştahsızlık, yorgunluk, uyku bozukluğu, çevreyi araştırmada isteğin yok olması, intihar girişiminde bulunmadır (48).

Dikkate bağlı hiperaktivite bozukluğu: Yerinde duramama, konsantrasyon zorluğu, risk alan davranışlar ve dürtüsel hareket, engellenmeye karşı düşük tolerans ve öğrenme bozukluğu gibi davranışlarla açıklanabilir (48).

PTSB, büyük ergenlerde yetişkin PTSD ile benzer özellikler gösterirken küçük çocuklarda travma sonrası patolojisini değerlendirdiğimizde bazı sınırlılıklar ortaya çıkabilir. Öncelikle, 18 PTSD kriterinin 8'i deneyimi ve içsel durumu tanımlayan, küçük çocukların anlamlı dil ve bilişsel yeteneğinin ötesinde bir iş olan sözel tanımlamalar gerektirir. Klinisyen bu nedenle, çocuğun davranışlarını gözlemleyerek çocuğun düşüncelerini ya da hissettiklerinin PTSD ile uygun olup olmadığı ile ilgili çıkarımda bulunmaya çalışmalıdır. Ailenin sıklıkla çocuğun PTSD semptomatolojisini asgari olarak anlatabilme düşüncesi olmasına rağmen doğrudan aile, öğretmen ve çocuğun çevresinden alınan ifadeler değerlendirme sırasında önemli unsurlardır. Ancak hiçbir şey uygun şekilde yürütülmüş ve kapsamlı klinik görüşmenin yerini alamaz (62).

İkinci olarak travmatize olmuş çocuklar sıklıkla yetişkinlerde görülen PTSD'nin semptomlarını sergiler, ayrıca var olan yapılandırılmış görüşme ve skalalarda tipik olarak değerlendirilmeyen bir dizi semptom da sıklıkla birlikte görülür. Bunlar; sahip olunan bazı gelişimsel yeteneklerin son zamanlarda kaybolması (regresyon), yeni ortaya çıkan korkular ya da eski korkulardan birinin yeniden ortaya çıkması, kazalar, dikkatsiz davranışlar, ayrılma anksiyetesi, karın ve baş ağrısı gibi psikosomatik şikayetler, ayrıca küçük çocuklarda travma sonrası anksiyete, hiperaktivite, fevri davranışlarda artış gösterebilirler ki bu davranış çoğunlukla dikkat bozukluğu/hiperaktivite ile karıştırılır (62).

8. KLİNİK MÜDAHALELER

8.1.Travma Terapisi

Travma terapisi travmadan dolayı oluşan bozuklukların, uyarlanmış veya özgül geliştirilmiş metotlarla spesifik tedavilerdir. Bunun yanında mağdurlar için felaketlerden sonra yasa eşlik eden veya akraba ve toplumsal programlar gibi diğer danışmanlık biçimleri

de faydalı olabilir. Travmatik deneyim hakkında konuşmanın bilişsel yanı da vardır. Travmatik deneyim hakkında konuşma, hastanın bu deneyimleri nasıl anlamlandırdığının farkına varmasına yardımcı olur (142).

8.2.Endikasyonlar

Bir travmatik olaydan sonra psikişik bir bozukluk ortaya çıktığında veya oluşan semptomlar kötüleştiğinde, daima travma terapisi görülür. Bu bağlamda en sık tanımlanan bozukluk PTSTB'dir. PTSTB'nin tanısında her şeyden önce yapılandırılmış görüşmeler, yani kişinin kendiliğini ve ötekini değerlendirme formları şeklinde uygulanan çeşitli araçlar bulunmaktadır (153).

Birçok danışan travmatik anılarla karşılaşmaktan korkar ve kendiliğinden hiçbir psikologa veya psikoterapistte başvurmaz. Travma nedenli bozukluklar bundan dolayı kolay teşhis edilemez. PTSTB çok sık olarak uzun bir geçmişe sahip travmalarda (örn, çocukluk travmaları, cinsel istismar), belirgin komorbite bozukluklarda (depresyon, aksiyete, somatize, dissosiasyon, bağımlılık), terapiye dirençli ağır sendromlarda (devamlı somatoform ağır bozuklukları) ağır organ hastalıklarında ayrıca kişilik bozukluklarında da görülür. Travma terapisi travmatik olayın bitmesini, yani travma edici ilişkinin sonlanmasını ve mağdurlar için artık hiçbir tehlike olmamasını ön şart koşar (137).

8.3. Travma Terapisinin Temel İlkeleri

Travma terapisi geleneksel klinik-psikolojik ve psikoterapötik metotların salt uygulanmasından daha fazladır. Travma terapistleri özel bilgi ve tekniklere ihtiyaç duyarlar. Danışanlar için kontrollerin ve güvencenin aracılığı, ayrıca güven dolu terapötik bir ilişki, tedavinin pozitif süreci için önemlidir. Travma terapisinin genel içeriği;

- Geçmiş yetenekleri ve özellikleri algılama ve tanıma
- Anılardaki taşıyıcı bağlantıları çağırma ve güçlendirme
- Bugünkü mevcut somut yetke ve etkinliklere dikkat etmek, tanımak ve geliştirmek

- Bugünkü mevcut bağlantıları (terapötik olanlar dâhil) düzenleyen anlamında tanımak ve desteklemek
- Gelecekteki gelişim şansları hakkında bilinçlendirme ve hazırlama.
- İyileşmenin ve travmanın işlenmesinin önünde duran engelleri ortadan kaldırmak.
- Olayları ve deneyimleri şimdiye kadarki yaşam öyküsüne ve yaşam biçimine katmak (128).

8.4.Mağdurların Genel Gereksinimleri:

Terapistler, travma terapisinin merkezi prensiplerini aşağıdaki gibi ifade ederler:

- Kendini güvende hissetmek.
- Kişisel sınırlara saygı gösterileceğini bilme.
- İsteddiği zaman bırakabileceğini ve gideceğini bilmek.
- İstenilmediğinde dokunulmayacak.
- Kabul edildiğini hissetmek ve yargılanmamak.
- Konuşabilmek; birinin onu dinlemesi
- Donuk olsalar bile, duygularına dikkat edilmesi.
- İstedğinde rahat bırakılmak (137,154).

Yukarıda ifade edilen ihtiyaçlar çeşitli kişi gruplarında kısmen farklı travmalardan sonra gözlenebilir. Liste buna rağmen tam değildir. Travma terapisinde farklılıklar olsa da genelde ortak tutumlar şunlardır:

- Daima mağdurun rızasıyla çalışma
- Basitten başlamak
- Sorular sorma
- Yönetimi (önderliği) mağdura bırakmak
- Çok erken toparlanmada ısrarcı olmamak
- Tedavi eden kişi olarak kendi tepkilerine dikkat etmek (137,154)

8.5.Genel İşleyiş Tarzı

Genel davranış tarzına gelince, uygulamacılar ve araştırmacılar tarafından travma terapisinin çeşitli adım, aşama ve evreleri geliştirilmiştir. Kısmen çok çeşitli gruplarla ve travmalarla olan çalışmalardan ortaya çıkarlar. Terapistin aktif bir şekilde hareket ettiği, mağdurun travmayla yüzleşmesinin devamlılığını ve türünün belirlendiği özenli güvenliği sağlayan bir ilerleme onların ortak paydasıdır. Birçok travma terapisti Pierre Janet'in (1889,1898) evre-modeline yönelir.

- 1.Stabilizasyon ve semptom azaltılması.
- 2.Travmatik deneyimin modifikasyonu
- 3.Entegrasyon ve Rehabilitasyon (7)

Stabilizasyon (duygu kontrolü) ayrıca travmayla (açıklama, gözden geçirme, sonradan yaşama) her travma terapinin çekirdek tekniklerini biçimlendirir.(*Maecker, 2006*) Psişik istikrarın güvence altına alınması travmanın terapötik işlenmesi için merkezi şarttır ve daima yüzleştirmeden daha önceliğe sahiptir. Bu benliğin güçlendirilmesinde yararlı olur, danışanın kaynaklarına kolayca ulaşılabilir yapar, yeni ve pozitif düşüncelerin kazanılmasına yardım eder. Terapinin koruyucu çerçevesi dâhilinde travmayla yüzleşme, sık sık parçalara ayrılmış anıların düzenlenmesini, bunlara bağlantılandırılmış duygular tarafından artık etki altına bırakılmamayı, kaçınma davranışını azaltmayı, ortadan kaldırmayı ve belirli uyarıcılara ve durumlara verilen uygun tepkileri vermeyi sağlar (7).

Psikoterapinin etkisi medikal terapinin her türünden daha yüksektir (155).Bundan dolayı ilkin psikoterapötik olarak tedavi edilmelidir.

Terapinin sonunda deneyimlerin ve anların sonuçlarının kişisel yaşama entegrasyonu bulunur. Mağdurun kaynaklarının tekrar etkinleştirilmesinde çok önemli bir rol oynar. Mağdurlarda travmadan kaynaklı sarsılan onur ve bağımsızlık böylece adım adım terapi süreci aracılığıyla tekrar oluşturulabilir (7).

8.6. Bilişsel –Davranışçı Terapi (BDT)

Bir travmadan sonra Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT) kullanımı İngiltere’de ve Almanya’da geliştirildi (156). Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işlemenin (EMDR) yanında PTSB’nin tedavisi için en ayrıntılı biçimde dile getirilmiş metotlardandır. Bilişsel-Davranış terapisi, danışanın davranışlarına ve düşüncelerine dayanır. Tedavinin amaçları:

- Olumsuz anılara alışma
- Kaçınma davranışını ve problemleri başa çıkma girişimlerini ortadan kaldırma
- Olayları kendi bağlamlarında düzene sokabileceği eksiksiz bir travma hafızasını oluşturmak
- Problemleri düşüncelerin, yorum ve yaklaşımların değişimi (7)

Birçok danışan, tedavinin başında, zorlayan, tekrarlayıcı olan travmanın yeniden yaşamanın tam bir “yok oluşu”nu diler. “Benim artık hatırlamak zorunda olmayı istemediğim her şeyi silin.” Şeklinde bir yaklaşımı vardır. Ancak buna kalıcı olarak ulaşılamaz. Daha ziyade burada danışana yardım etmek, daha az bir öznel yükü olayı düşünmek ve aynı zamanda günlük eylemlerde travma ve onunla bağlantılı duygular tarafından sınırlandırılmamak söz konusudur (7).

Hemen başlangıçta danışan, travmanın başlangıçları ve genel sonuçları üzerine bilgi alır. Semptomların tanınması rahatlamaya katkıda bulunur. Diğer mağdur örnekleri aracılığıyla, danışanlarda acıların dindirilebileceği, iyileşme ve tedaviye ulaşılacağı umudu uyandırılabilir (7).

Danışanlar tarafından bildirilen semptomlar, düşünceler ve davranış tarzları yardımıyla, danışan ve terapist, bozukluğun kişisel bir modelini geliştirirler. Danışandan en fazla zorlayan anılarını kısaca anlatması beklenir. Bununla bağlantılı duygular, düşünceler ve tepkiler (travma olunan zamandaki ve şimdiki) daha sonra grafiksel olarak betimlenebilir. Danışan, terapi motivasyonunun ne kadar önemli olduğunu anlaması aracılığıyla ayrı ayrı öğeler arasındaki bağlantıyı açık bir şekilde tanır (7).

Devam eden süreçte ilkin aşağıdaki teknikler kullanılır:

Tam Anlatım: Danışan travmatik olayları başından sonuna kadar olayın bütün açılarından dile getirmelidir. Anlatım sıralaması, etkilerin zamansal bir sıralamasına izin verir; sensorik bölünmüş parçalar belirgin hafızaya bütünleşmiş olabilir, hafızadaki eksikler tanımlanır ve adım adım bitirilir (7).

Düşsel Tekrar Yaşantılama: Danışandan tam olarak ne olduğunun gözünde canlandırması ve travmatik olayı bütün anlamsal özellikleriyle yeniden yaşaması beklenir. Bunun aracılığıyla anılara ulaşabilir ve böylece bununla bağlantılı olan zorlanmaları azaltabilir (7).

Sorunlu Bileşenin Belirlenmesi ve Değiştirilmesi: Travma ve onun anılarını kısmen uygun; ama aynı zamanda birçok olayda disfonksiyonel olabilecek değerlendirmelerin ve düşüncelerin bir sıralamasıyla bağlantılandırılır. Bunlar görüşmede tanımlanır ve bilişsel metotlar yardımıyla devamlı işlenir. (sokratik diyalog, hipotezlerin sınanması, niceselleştirme, bilişsel yapılandırma vs.) (7).

Yorumlama : Gerçek bir tehlike artık mevcut değilse, danışan oradaki süreci ve o zamanki koşulları yeniden yapılandırması, ayrıca risklerin ve sorumluluğun yeniden değerlendirilmesi için, olayların gerçek yerine tekrar bakar. Bu, ilkin terapistin eşliğinde olur, sonra da bağımsız veya bir akrabayla olur. (7).

Bozukluğun değişik bakış açılarının yanında danışanın kaynakları ve onun yaşamının sağlıklı alanları görüşülür. Etkinlik ve travmadan sonra da mevcut olan sosyal ilişkiler çalışılır ve iyileşme için bunların önemi vurgulanır. Eğer mümkünse, danışanın tanıdıkları da dâhil edilir. Danışanların erken destek arayışına değer vermek ve ona bilgi vermek, terapinin ona sunduğu destek kadar önemlidir.(7)

8.7. GÖZ HAREKETLERİYLE DUYARSIZLAŞTIRMA VE YENİDEN İŞLEME (EMDR)

Posttravmatik stres bozukluğunun görece yeni bir tedavisi de EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) metodudur. Bu yöntem, eğer kişi zorlayan olayı düşünürken, gözler hızlı ve ritmik hareket ederse, psişik zorlanmanın azaltılabileceği yönündeki gözleme dayanır. Metot beyin-organik temellerden yola çıkar: Nöro-biyolojik

araştırmalar, PTSTB'li insanlarda, duygusal uyarımlarda da tipik olduğu gibi, korteksin sağ hemisferinin ve sağ çağrışım alanının artmış etkinliğine, işaret etmektedir. Aynı zamanda sol hemisferde, diğer yaşanan olayların iletilebilir dile çevrildiği her alanın etkinliği azalmaktadır. Bu da, PTSTB'li insanların, yaşananı dilde ifade etme becerileri azaldığında, çeşitli duygusal etkileri (görsel, işitsel, duyumsal, kokuyla ilgili vs..) yaşadıkları anlamına gelir. Onlar için etkilere ad koymak güçleşir ve anıların dilsel kodlamasını yönetmeyebilirler ve üzerinde etkili olamayabilirler. EMDR'nin tedavi çerçevesinde terapist tarafından sola sağa yönlendirilen düzenli göz hareketleri aracılığıyla bu bloke olmuş bilgi işleme aşılabilir.

Karakteristik göz hareketleri olmadan da, iki yönlü uygun uyarımlarda (dokunsal, akustik) da EMDR işlevseldir (157).

EMDR'yle tedavi 8 aşamaya ayrılır:

1. Anamnez ve tedavi planı
2. Stabilizasyon ve ön hazırlık
3. Travmayı ve onun sonuçlarını değerlendirmek
4. Duyarlılığı azaltma ve gözden geçirme
5. Olumlu kendilik değerlendirmelerinin tespiti
6. Beden testi
7. Görüşme ve oturumun kapatılması
8. Gelecek oturumda etkinin tekrar kontrolü

Tedavinin temel öğesi, danışanın travmaya bağlı bulunan bir imgeye ayrıca bununla ilişkilendirilmiş duygulara, hislere ve düşüncelere yoğunlaşmasıdır. Bu sırada danışan sol-sağ-uyarımı, örneğin terapistin, danışanın gözünün önünde hareket eden parmağını, takip eder. Optik, dokunsal ve akustik uyarımların büyük beyin hemisferlerinin iletişimini uyardığı ve travmaya bağlı ablukayı aştığı görünmektedir. Bir çok danışan travma anılarının ayrı ayrı bileşenlerindeki bir değerimi yaşarlar; aynı psikanalizde çağrışım zincirinin ortaya çıkması gibi. Danışanların üçte birinde hızlı sona eren süreçten dolayı daha az zorlayan duygusal boşalım (katarsis) ortaya çıkar. Terapist, danışanın tekrar travmatize olmaması için, bu sürece çok yetkin bir şekilde eşlik etmelidir (7).

Duyarsızlaştırma, devam eden hiçbir değerim kalmayacak kadar uzun tekrar edilir. Bundan sonrada zorlama, alışılmış yolla katlanır şimdi için uygun ölçüte geriler. Çağerışım zinciri, çocuklarda çoğunlukla yetişkinlerde olduğundan daha kısadır, işlem de ona

göre daha hızlı sonlanır. Çocuklar da travmadan, yahut son tedavi girişiminden, sonraki yıllarda EMDR'yle başarılı bir şekilde tedavi edilebilirler (158).

EMDR, posttravmatik semptomlarının tedavisinde çok etkili bir araçtır. EMDR, diğer yöntemlerle iyi bir şekilde bütünleştirilebilir. Shapiro(1998), EMDR'yi çeşitli metotlarla bütünleşmiş, metotlar arası tedavi tekniği olarak görür. Psikodinamik terapilerde olduğu gibi, serbest çağrışım, katarsis, sembolleştirme, davranış terapilerinde olduğu gibi, devamlı öğrenme zinciri, genelleme ve koşullu tepki; bilişsel yönelimli tedavilerde olduğu gibi bilişsel yapıların ve inançların ilerleyici değişimi; Geştalt terapide olduğu gibi statik-duygusal durumların çözümü şeklinde ortaya çıkar (7).

PTSB'nin tedavisinde EMDR'nin terapötik geçerliği birçok çalışmada kanıtlanmıştır. PTSD üzerindeki etkisi salt yüzleştirici terapideki veya bilişsel davranışçı terapidekiyle benzer boyuttadır (7).

8.8. Hipnoterapi, Psikodinamik yönelimli Travma Terapiler

Travmatize edilmiş insanların hipnoz aracılığıyla tedavi edilmesinin uzun bir geleneği vardır. Hipnoterapinin çeşitli yöntemleri (güvenli yer, içsel gözlem, ekran tekniği, düşsel tekrar yaşantılama) PTSD'de standart müdahalelerdir (7).

PTSD'de spesifik hipnoterapinin yanında psikodinamik ve bilişsel-davranışçı terapötik metotların kombinasyonunun da güvenilir olduğu görülmüştür. Başta dissosiasyonun travmayla aşamalı bir yüzleşmeyi kolaylaştıran çeşitli metotları vardır. İmgeleme çalışmaları, içsel gücün kişiselleştirilmesini, zaman perspektifleri ile yüzleşmeyi destekler ve danışanın yaşam öyküsünde olayların düzenlenmesini kolaylaştırır. Özellikle zorlayan anılar ve kâbuslar, imgeleme yöntemi aracılığıyla bunlardan muzdarip olmayacağı şekilde değiştirilerek iyi bir sonuç elde edilebilir (7).

Psikodinamik travma terapisi kişilik gelişiminin derinlikçi psikolojik anlayışına dayanır. Tedavide travmanın psikodinamik anlamı, dissosiasyon ve tekrarlanma zorunluluğu gibi travmaya özgü psişik savunma mekanizmaları önemli bir rol oynar (7).

Horowitz'in (1997), Psikodinamik –Bilişselci terapisi ve ayrıca Fischer'in (2000) Çok Boyutlu Psikodinamik Travma Terapisi (ÇPTT) derinlikçi psikolojik temel varsayımlarına yönelir. Şimdiye kadarki “doğal” travma sürecine, travmatize eden durum faktörlerine, sosyal çevreye ve kişilik gibi dört boyuta göre hareket ederler. Psişik travmatizasyonun süreç modeli temeldir. Stabilizasyon denemeleri, mesafe koyma ve kendiliğin sakinleşmesi, danışanın travmayla başa çıkmasında ve yeni yaratıcı bir başlangıcın yapımında yardım olur (7).

Fischer'e göre klasik psikanalitik terapi stratejisi travmatik bozukluklarda uygulanmaz, çünkü burada gerçeklik sıklıkla fantezilerden daha kötüdür. Buradaki yerinde terapi stratejileri, ilk olarak travma telafi edici şema güçlendirilmeli, özenli çalışma işbirliği ve travma şeması arasındaki en küçük farklara dikkat edilmeli ve bir aktarım nevrozun veya bir aktarım travması amaçlı olarak engellenmelidir. Fischer'in Çok Boyutlu Psikodinamik Travma Terapisinin (ÇPTT) temel stratejisi psikodinamik etki faktörlerini bu yolla travma kaynaklı bozuklukların etiyolojik gruplarına uyarlamaktır. Burada temelde Janet tarafından geliştirilmiş üç aşamalı terapi şemasını izler, aktarım ve karşı aktarım ilişkisi için klasik psikanalizde üretilen diyalektik anlayışı kapsayacak şekilde geliştirir. ÇPTT, EMDR'ye bağlanıldığında, travmanın işlenmesi için spesifik etkili bir enstrüman temel stratejiye eklenir (7).

ÇPTT, psişik travmanın sonuçlarına odaklanan psikoanalitik/ psikodinamik terapi yaklaşımlarının özel bir uygulamasıdır. Uygun olamayan davranış kalıplarının sorgulanmasında, travmatize olarak bozulan bilişsel-duygusal şemalarının kişiye özel yeni taslakları üzerine önerilerde bulunmak amacıyla davranış terapisine ait teknikleri de kullanır. Bununla, davranış terapisinin teknikleri, değişimin ve bunun için gerekli psikoterapötik ilişki kurulumunun psikoanalitik süreç yönelimli bir şemanın hizmetinde olur (Psikodinamik-Davranışçı Travma Terapisi). Ayrıca ÇPTT, imajinatif terapiden, özellikle de psikodinamik-imajinatif terapiden, öğeleri de içerir. Reddemann'ın psikodinamik imajinatif travma terapisi (PITT) kompleks bir şekilde travmatize olmuş hastaların tedavisi için geliştirilmiş ve travma terapisinin diğer alanlarında da uygulanmıştır.

Gersons ve ardaşları, psikodinamik temelinin üzerine bilişsel-davranışçı yönelimli ve direktif psikoterapiden öğeleri de katan, integratif bir terapi yaklaşımı geliştirmiştir. Bu Kısa Eklektik Terapi (BEP-Brief Eclectic Therapy) zamansal olarak sınırlandırılmış ve sorun

odaklıdır. Psikik eğitimi, imajinasyon aracılığıyla açıklamayı, yazma çalışmalarını ve anı nesnelereyle çalışmasını kapsar (7).

8.9.Travmatik Çocuklara Müdahale

8.9.1.Anahtar işaretler:

Çocukların travmatik deneyimlere normal tepkileri şunlardır:

- Anksiyete
- Uyku problemleri
- Mutsuzluk
- Sinirlilik
- Parmak emme ya da altını ıslatma davranışının yeniden ortaya çıkması
- Karın ağrısı, baş ağrısı
- Zayıf konsantrasyon ve öğrenme problemleri

Çocukların spesifik tepkileri yaşlarına bağlı olarak değişmektedir. Okul öncesi çocuklar sıklıkla anksiyetelerini ailelerinden ayrılmak istemeyerek gösterirler ve yalnız bırakıldıklarında panik tepkiler gösterirler (ayrılık anksiyetesi). Uyuyacaklarında korku gösterebilirler, yabancıardan korkarlar, sıklıkla kötü rüya görmekten yakınırlar ve yatağını ıslatmaya başlayabilirler. Okul çağı çocukları sıklıkla konsantrasyon zorluğu gösterirler, aşırı uyarılma ve gelecek korkusu ile birlikte fiziksel açıklaması olmayan baş ve karın ağrıları görülür. Ergenler, anksiyetelerini dağıtmak için kendilerine zarar verici davranışta bulunurlar; gelecek ile ilgili karamsar olabilirler ve kendilerinin kim olduğu konusunda karışıklık yaşayabilirler (48).

8.9.2. Terapistin Genel Hareket Tarzı

- Çocuğun yaşadığı deneyimi ailesine ya da çocuğun bakımından sorumlu kişiye sormalı
- Çocuğun hangi stres altında olduğunu farkında olmalı

- Çocuklar yetişkinler gibi şiddet olaylarını aynı anda anlayamayabilirler. Sıklıkla aileler, çocuğun stresli durumunun dışsal kaynaklarını bulmak için çocuğun davranışları değiştiği zaman anlatırlar ve size yardımcı olurlar. Daha büyük çocuklar kendilerini ifade edebilirler fakat önemli olan çocuğa yaşanan stresli olaylarla ilgili sözel açıklamada bulunması için baskı uygulanmamasıdır. Çocuğun buna hazır olmadan yapılması onu daha fazla travmatize edebilir. Çocuğu tanıyan ebeveyn ya da öğretmen oyun, resim çizme ya da hikâye anlatarak çocukların kendisine üzüntü veren şeyi anlatmasına yardımcı olabilir (48).

8.9.2.1. İlk Terapi

- Güvenliği sağlama, tutarlı olma
- Sağlıklı başa çıkma mekanizmalarını destekleme
- Kendi yeterliğini kazanma ve odaklama
- Anlam yaratma
- Travmatik anıları bütünleştirme
- Mutluluk yaşama

Bu, bireysel ya da grup aktivitelerinde oyun, resim çizme, drama ya da diğer yaratıcı aktiviteler, fiziksel egzersizler ve çocukların tepkilerini anlayabilecek empatik anlayış ile sağlanabilir. Travmatik olaylar hakkında konuşmadan önce çocuk beden ve duygularını düzenleme yeteneğini kazanmaya ihtiyaç duyabilir. Bu nefes alma egzersizleri, yoga, meditasyon (stres düzenleme) ile sağlanabilir (48).

8.9.2.2. İkinci Terapi:

Çocukların işlevlerini yeniden kazanmalarına yardımcı olmak için ayrıca aileye yardımcı olmak gereklidir. Bu da aile danışmanlığı ile sağlanabilir. Travmatize olmuş çocuk ve ergenle, aile danışmanlığında spesifik temalar şunlar olabilir:

- Aile üyeleri arasındaki roller ve beklentiler
- Aile üyelerinin kaybı ve yası

- Anlam ve uyum
- Kendine ve başkalarına güven
- Motivasyonlar, rüyalar ve gelecek için istekler
- Sosyal ilişkileri yeniden kurma

Travmatize olmuş çocuk ile ebeveynleri (çocuğa bakan) arasında yeniden kurulan sağlam bağıllık önemlidir. Bu ebeveyn ya da çocuğa bakan kişi tarafından çocuğun etrafında güvenilir bir çevre oluşturularak, çocuğun tepkilerine empatik yaklaşım göstererek ve olumlu pekiştireç ile sağlanabilir.

Çocuk istismarı ve ihmali olan vakalarda aileye, çocuğun olmadığı ortamda danışmanlık yapılmalıdır. Bu tarz olgularda danışman olan kişi çocuğun güvenliğini sağlamanın gerekliliğinin farkında olmalıdır ve gerekli yasal mercilere bildirmesi gerekebilmektedir. Semptomlar kalıcı olup çocuğun gelişimi risk altında ise çocuk, uzman tarafından muayene edilip tedavi edilmelidir (48).

8.9.3.Önerilen tedaviler:

- Bireysel, grup ya da ailenin katılımı ile BDT
- EMDR
- Öyküsel terapi
- Aile terapisi (48).

9. TANI YÖNTEMLERİ VE TESTLER

Ruhsal travmanın değerlendirilmesinde doğru ve güvenilir bilginin elde edilmesi için uygun görüşme tekniklerinin seçilmesi önemlidir:

Yetişkinler için Travma Ölçekleri -Kendi kendine uygulanan (Self-Report)

Yetişkinlerde PTSTB değerlendirme	Madde sayısı	Süre/dak.	Çoklu travma tiplerini ölçer	DSM-IV kriterleri ile uyumlu
Davidson travma ölçeği (DTS: Davidson Trauma Scale)(158).	17<TD;10-15<td>	Yok	Evet	
Zorlayıcı olaylar anketi (DEQ: Distressing Event Questionnaire) (159)	35	10–15	Evet	Evet
Olayların etkisi skalası-gözden geçirilmiş (IES-R: Impact of events Scale-Revised) (160)	22	5–10	Hayır	Evet
Los Angeles semptom Kontrol listesi (LASC: Los Angeles Symptom Checklist)(161)	43	10–15	Evet	Hayır
Savaş ile ilgili PTSTB için Mississippi skalası (M-PTSD:Mississippi Scale for Combat-Related PTSD)(162).	17	10–15	Evet	Hayır
Modifiye PTSTB semptom skalası (Modified PTSD Symptom Scale (MPSS-SR)(163)	17	10–15	Evet	Evet
Penn posttravmatik stress envanteri (Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder)(164)	26	15–20	Evet	Hayır
	49	10–15	Hayır	Evet

Posttravmatik teşhis skalası
(*PDS: Posttraumatic Diag. Scale*) (165).

Siviller için Missisipi PTSD ölçeği- gözden geçirilmiş	30	5–10	Hayır	Evet
(<i>R-CMS: Revised Civilian Mississippi Scale for PTSD</i>) (166).				
Posttravmatik stres belirtilerini tarama ölçeği (<i>SPTSS: Screen for Posttraumatic Stress Symptoms</i>) (167).	17	10–15	Evet	Evet
Travma semptom envanteri (<i>TSI: Trauma Symptom Inventory</i>) (168)	100	15–20	Evet	Hayır
Travma semptom Kontrol listesi (<i>TSC-40: Trauma Symptom Checklist-40</i> (169).	40	10–15	Evet	Hayır

Yetişkinler için PTSD görüşmesi- (Klinisyenler tarafından uygulanan)

Klinisyenler tarafından uygulanan PTSD skalası (<i>CAPS: Clinician Administered PTSD Scale</i>).(170).	30	40–60	3'ten fazla	Evet
PTSD semptom skalası-görüşme versiyonu(<i>PSS-I : PTSD Symptom Scale- Interview Version</i>) (171)	17	20–30	Hayır	Evet
PTSD için yapılandırılmış görüşme (<i>SI-PTSD: Structured Interview for PTSD</i>) (172).	27	20–30	Hayır	Evet

Çocuklarda Travma ve PTSTB'nin Ölçümü

Çocuklarda değerlendirme	Hedef yaş grubu	Format	Madde sayısı	Süre dakika	Çoklu travma tiplerini ölçer	DSM-IV kriterleri ile uyum
Stresli olayların boyutların sıralama skalası (<i>DOSE: Dimensions of Stressful Events</i>) (173)	Belirli yaş grubu yok	Görüşme	24/varies	15–30	Evet	Evet
Travmatik olayları tarama envanteri (<i>TESI: Traumatic Events Screening Inventory</i>) (174)	4 ve üzeri	Görüşme	18/varies	10–30	Evet	Evet
Çocukluk çağı PTSTB görüşmesi (<i>Childhood PTSD Interview</i>) (173).	Belirli yaş grubu yok	Görüşme	93/1	15–20	Evet	Evet
Çocuklar için PTSTB Envanteri (<i>CPTSDI: Children's Posttraumatic Stress Disorder Inventory</i>) (175)	7–18	Görüşme	43/1	15–20	Evet	Evet
Çocuklar ve Ergenler için Klinisyenler Tarafından Uygulanan PTSTB Skalası (<i>CAPS-CA: Clinician-Administered PTSD Scale for Children & Adolescents</i>) (176)	7–18	Görüşme	33/2	30–120	Evet	Evet

Kötü Şeyler Olduğu Zaman Skalası (<i>WBTH: When Bad Things Happen Scale</i>) (177).	8–13	Kendi kendine uygulanan	95/1	10–20	Hayır	Evet
Çocuklar için PTSS Semptom Skalası (<i>CPSS: Child PTSD Symptom Scale</i>) (178)	8–18	Kendi kendine uygulanan	26	10–15	Evet	Evet
Çocuklar için Travmatik Olayların Etkisi Ölçeği-gözden geçirilmiş (<i>CITES-2: Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised</i>) (179)	6–18	Görüşme	78	30–45	Evet	Evet
Çocuklar için PTSS Semptom Skalası (<i>TSCC: Trauma Symptom Checklist for Children</i>) (180)	6–17	Görüşme	54/1	10–20	Evet	Hayır
Çocuklar için Travma Semptom Kontrol Listesi (<i>TSCYC: Trauma Symptom Checklist for Young Children</i>) (180)	3–12	Bakımı ile ilgilenenin ifadesi	54/1	20–30	Evet	Hayır

10. TRAVMA KONUSU İLE İLGİLİ HUKUKİ YAKLAŞIMLAR

10.1. Adli Olgu, Adli (Adli-Tıbbi) Rapor ve Adli Hekimlik

Yargılama sürecinde, çözümü uzmanlık gerektiren sorunlarda başvuru bilirdişilik mekanizmasının en sık kullanılan parçası, tıp bilimi, dolayısıyla bu bilim dalındaki uygulamaları ile hekimlerdir. Hekimlerden yargılama sürecinde tıbbi belgeleri ile destek olmaları beklenmektedir. Hekimlik uygulamaları sırasında tıbbi destek sunulan olgulardan bir kısmı, sağlığın bozulmasına yol ačan etkenin ve insana ulaşma yolunun özelliği nedeniyle kendisi ve/veya diğer insanların süreçte sorumluluğu olabileceği kuşkusu bulunan olgular olabilir. İnsan eliyle ya da sorumlu olduğu bir işleyiş içinde ortaya çıkan her türden dış etki sonucu zarar gördüğu kuşkusu bulunan bu olgular, 'adli travmatoloji' kapsamında değerlendirilen ve hekimlerin uygulamaları sırasında en sık karşılaşacakları 'adli olgu' türüdür. Dış etkiler; psikolojik, mekanik, fiziksel, kimyasal ve biyolojik dış etkiler biçiminde sınıflandırılabilir. Dış etki türleri tek tek görülebileceği gibi birkaçı bir arada da uygulanmış olabilir. Özellikle psikolojik dış etkiler, diğer türden dış etkilere eşlik edebilmekte ve adli olguların değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulması ve araştırılması gereken bir bileşen niteliği taşımaktadır. Psikolojik etkiler; yoksunluk, sınırlama, sözlü ve bedensel uyaran olarak sıralanabilir (181).

Adli rapor, adli makamlarca hekimden istenen ve kişinin tıbbi durumunu tespit ederek sorulan soruları yanıtlayan, hekimin görüş ve kanaatini bildiren raporlardır. Adli hekimlik, koruyucu ve tedavi edici gibi temel bir görev ve sorumluluk alanıdır. Hekimin bu görev ve sorumluluğu, adli olguların muayenelerinin yapılması, raporların yazılması ve adli makamlara bildirilmesi şeklindedir. Hekimin adli rapor vermeyi yalnızca bir sorumluluk olarak düşünmemesi, aynı zamanda hekim olarak temel bir hak ve işlevi kabul etmesi gerekir (182). Adli raporların sonuç kısmında yer alan kavramlar travmanın ağırlığını ortaya koymaktadır. Dolayısıyla adli rapor bir anlamda da eylemi yapan kişinin yargılanacağı yasa maddesini ve alacağı ceza miktarını belirlemektedir (183).

Adli olguya yaklaşım

Adli olgu ile ilgili değerlendirmelerde sık karşılaşılan bir argüman, adli olgunun yalan söylediği ya da güvenilmez olduğunun vurgulanmasıdır. Tanımlanan bu özellik nedeniyle, ‘ hasta’ kavramından ayrı bir yere yerleştirilen adli olgular bu bakış açısı içinde değerlendirildiği için adli raporlarda gözlenen eksikliği de ortaya çıkaran etkenlerden biridir (181)

Hastalar, yakınmalarını öznel konumlarına uygun olarak tanımlarlar. Pozitif bilimler içinde yer alan tıp bilimi, bu öznel tanımın bilimsel yöntemlerle araştırılarak nesnel ve bilimsel bir tanıya dönüşümünü sağlama yükümlülüğü getirmektedir. Ağrı öznel bir yakınmadır. Tanımlanan ağrının başlangıç zamanı ve koşulları, düzeyi, yeri ve yayılımı tüm öznelliğine rağmen yapılacak tıbbi araştırma ve ayırıcı tanı için başlangıç noktası oluşturmaktadır. ‘Subjektif ağrı’ adli raporlarda yer alırken, bu tanımın öznelliğini nesnel bir boyuta taşıma amaçlı herhangi bir araştırma yapılmaması bilimsel bir tutum değildir (181).

Yargılamaya değil tanımlamaya yönelik araştırma adli olguya yaklaşımın temelini oluşturmalıdır. Hekim, hastasına herhangi bir önyargı olmaksızın, yansız ve yüksüz davranmak ve bu davranışı hekim-hasta ilişkisinin başından sonuna sürdürmek zorundadır. Tanı süreci bir yargılama değil, tanımlama sürecidir (181).

Adli raporların yargı sürecini aksatmayacak ve yargılamayı geciktirmeyecek özellikte olması gerekmektedir. Verilen adli raporların yetersizliği gündeme geldiğinde, koşullar ve sistem sorumlu tutularak eksiklikler gerekçelendirilmektedir. İleri sürülen gerekçeler verilecek yanlış kararları haklı göstermez. Adli raporun bir hafta sonra düzenlenmesi yargılama sürecini de o süre kadar uzatır. Yetersiz bir inceleme ile düzenlenmiş bir adli rapor ise yargılama sonucunu sonsuza dek yanlış yönde değiştirebilir (181).

Adli olgunun öyküsünde tanımladığı özellikler, yapılacak muayene ve incelemelerin, konsültasyonların ve oluşturulacak ekip çalışmasının sınırlarını çizecektir. Adli olgunun başvurusunun ardından bir adli rapor düzenlenmesine kadar geçen dönemde; görüşme, fizik

muayene, laboratuvar, konsültasyonlar, verilerin analizi, tanı (gerekçe, tanım, sonuç) aşamalarının tümü gerçekleştirilmeli ve adli rapora aktarılmalıdır. (181).

Yapılan adli görüşme güvenli bir ortamda ve yeterli zaman içinde yapılmalıdır. Görüşmede etkin dinleme, titiz iletişim, saygı, empati ve dürüstlük ile hastanın güveni kazanılmalıdır, insanın bilgiden önemli olduğu farkındalığının bulunması önemlidir. Görüşmede olay öncesi psikososyal öykü, olay sonrası psikososyal öykü, olay öncesi tıbbi öykü (fiziksel, psikolojik), olay sırasındaki tıbbi öykü, olay sonrası tıbbi öykü alınmalıdır. (181).

Adli olguların önemli bir bölümünde multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir. Psikolojik dış etkinin varlığını araştırmak üzere psikiyatrik muayene yapılması, adli olgunun değerlendirilmesinde çok değerli bulgular sağlayabilir (181).

10.2.Travma ve Adli Değerlendirme

Son zamanlarda yasal düzenlemelerde aşırı stres yaratan olayların yarattığı psikolojik etkilerin sonucu oluşan ruhsal hastalık PTSSB olarak tanınmaya başlamıştır. Bu kabul psikoloji ve hukuk için dönüm noktasıdır. Bu psikolojik teşhisin kabulü doğru değerlendirme araçlarının ve psikolojik yaralanmayı teşhis edebilme yöntemlerinin önemini arttırmıştır (10).

PTSSB ile sonuçlanan travmaların birçoğu adli nitelikte olabilir. Travma bulguları, fiziki ve psikolojik bulguların ortaya çıkarılması ile belgelenebilir. Ancak travmaya ait fiziksel bulgu saptanamayan durumlarda travma ve psikiyatrik bozukluk arasındaki ilişki travmatik olayın ortaya çıkartılmasında önem kazanmaktadır. Travmanın olaydaki rolünün aydınlatılmasının adli önemi bulunduğu gibi bireyin yaşam kalitesini düşüren travmanın sonuçlarının ortadan kaldırılması, erken müdahale açısından da tespitinin yapılması önemlidir.

Trafik kazası sonucu oluşan yaralanmalarda yaralıların tıbbi değerlendirilmeleri, muayene bulguları ve sekellerin değerlendirilmesi, yaralanmaya sebep olan kişilerin cezalandırılmasında esas alınacak kesin raporların ve tazminat talepleri sırasında dikkate alınacak sakatlık oranını gösterir raporların düzenlenmesi sırasında ilk muayenede saptanan bulguların değerlendirilmesi çok önem taşır.

Herhangi bir adli olay sonrası ortaya çıkan ruhsal bozukluklar değerlendirilirken, kişide olay öncesi var olan veya olayla ilişkisi olmayan bozukluklardan dolayı bağlantısı olup olmadığı ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. İddia edilen olayla ilgili bazı sorulara açık net cevaplar bulunmaya çalışılmalıdır.

Bu sorular şunlardır;

- Travmatik olayın zamanı, tipi, şiddeti ve süresinin ne olduğu
- Travmatik olaya yüklenen anlamların neler olduğu
- Kişinin PTSD gelişimi açısından cinsiyet, psikiyatrik hastalık öyküsü gibi risk etmenlerinin bulunup bulunmadığı
- Gerçekten ruhsal travma olarak kabul edilebilecek türden bir olayın olup olmadığı
- Tarif edilen ve gözlenen klinik tablo ortaya çıkması psikiyatrik bozukluklardan herhangi biriyle uyumlu olup olmadığı
- Tespit edilen klinik psikiyatrik tablo adli dosyada tespit edilen travma sonrası ortaya çıkıp çıkmadığı
- Sözü geçen olay öncesi kişide herhangi bir psikiyatrik bozukluk öyküsü olup olmadığı
- Semptomlar uzak ya da yakın geçmişteki farklı travmalardan etkilenip etkilenmediği
- Ayrı zamanlara ait kısa aralıklı birden fazla travma varsa bu olaylar birbirinden bağımsız olarak semptomların oluşmasına katkıda bulunup bulunmadığı
- Kişinin günlük yaşamdaki işlevselliği sözü geçen olaylardan ne kadar etkilediği
- Semptomların bir kısmı ya da tamamı taklit edilip edilmediği ya da abartılıp abartılmadığı
- Klinik tanı netleşmişse klinik seyir ve prognoz nasıl olduğu

Değerlendirmeyi yapan hekim tüm bu soruların cevabını ararken travma mağduru olan kişi ile görüşmesinde, bilirkişiliğin görevinin gerektirdiği ölçüde objektif ve nesnel kalmayı becerebilmelidir (107,184).

Adli olgularda psikolojik değerlendirmelere yer verilmesi, PTSTB'nin yasal dñzenlemelerde kullanılması tartişmalara yol ağmıştır. Temel ikilem, semptomların ۆznel doğasının bulunması ve ekonomik kazanç elde etmek, suç unsuru eylemin sorumluluğunu azaltmak ya da daha az ceza almak için temaruz ya da uydurma PTSTB riskinin bulunması arasındadır. Temaruz olasılığını değerlendirdiğimiz zaman gۆrüşme biçimi ayrıca ۆnemlidir (185). Sparr ve Resnick ilk olarak hastaya, temel zorlukları anlatmasını isteyen ۆzellikle PTSTB semptomlarını soruşturmayan açık uęlu gۆrüşme yapılmasını ۆnermektedir. Bu açık uęlu sorulardan oluşan gۆrüşme kapalı uęlu, yۆnlendirici sorularla, belki yapılandırılmış değerlendirme araçları ile gۆrüşmeye devam edilmelidir (185).

Adli olgularda travmatik olayın psikolojik etkilerinin olaydan kısa sñre sonra akut stres belirtileri ile gۆzlenebilmesi mۆmkñn iken bazı olgularda bu psikopatolojik belirtilerin ortaya ęıkması daha gecikebilmektedir. Psikopatolojinin olaydan hemen sonra olmaması ileri zamanlarda da olmayacağı anlamına gelmemektedir. DSM'ye gۆre Akut stres reaksiyonların teşhis kriterlerini oluşturan semptomların en fazla 4 hafta sñrmesi ve travmatik olay sonrası 4 hafta içinde de ortaya ęıkması kriteri esas alınarak konur. PTSTB'den sۆz edebilmek için geğerli semptomların 1 aydan uzun sñrmesi, kronik PTSTB 'den sۆz edebilmek için 3 aydan sñrmesi gerekmektedir. (152) . Travmanın varlığı olaydan yılar sonra dahi psikiyatrik tanı ile kolaylıkla ilişkilendirilebilir (184).

Adli olgu ile ilgili değerlendirme yapılırken ve rapor hazırlarken bu nesnel kriterlerin gۆz ۆnñnde bulundurulması gerekmektedir aksi halde yetersiz değerlendirme sonucu hazırlanan raporlar yargılamayı olumsuz yۆnde etkileyebilir. PTSTB, sosyal ve profesyonel bir destek ile sağlıklı bireylerde kısa sñrede iyileşme hali gۆsterir. Adli açıdan ۆnemi bir durum tam iyileşme halinde bile kişide travma ile ilgili hastalık boyutunda olmasa da duyarlılığın devam etmesinin beklenmesi ve tekrarlama riskinin mevcut olmasıdır (184).

Cinsel istismara uğradığı iddia edilen ęocukların psikolojik/psikiyatrik değerlendirmeleri uzun ve karmaşık bir sñreci gerektirir. ęocuklarda adli olgunun bir paręası olmak travmatik bir durum yaratırken muayene, yasal sñreęte bulunma da ęocukta ayrıca travmatik etkiler bırakabilmektedir. ęocuklarla yapılan adli gۆrüşme ortamı ve değerlendirme sñreci bu nedenle ۆzenle ۆzerinde durulması gereken bir konudur (186).

Adli değerlendirme yapılırken çocuğun gelişim düzeyi ve görüşmeyi algılaması önemlidir. Görüşme uzman tarafında yapılandırılmalı ve yaşına uygun olmalıdır. Çocuk duygusal, davranışsal ve sözel olarak iletişim kurar. Sözel iletişim çocuğun gelişim dönemine bağlı ancak diğerleri çocuğun deneyimlerine bağlıdır. Karşımızdakinin çocuk olduğu, çocuğun yaşadığı deneyimin uzmanı olduğu, çocuktan elde edilebilecek delil sürecinin ertelenebileceği çocuk ile yapılan adli görüşmenin temel ilkeleridir. Çocuk ile yapılacak görüşme ortamı, uzmanın ses tonu önemlidir. Görüşmeyi yapan uzmanın önyargılardan uzak olmalı, çocuğu dinlemeli ve yorum yapmamalıdır. Değerlendirmeyi yapan kişi ile çocuğun belirli bir güven ilişkisi kurması adli görüşmede en önemli bölümdür (187). Bu güven ilişkisi çerçevesinde yapılan görüşmede çeşitli psikolojik testler uygulanmalıdır.

10.3. Yeni Türk Ceza Kanununda Ruhsal Travma Kavramı

Suçun maddi unsur (ortada fiilin bulunmasıdır), manevi unsur (kasten ya da taksirle işlenmeli) ve hukuka aykırılık olmak üzere üç unsuru vardır. Bazı suçların tanımında netice-nedensellik bağı kurulması gerekmektedir. Netice, fiil sonunda dış dünyada meydana gelmesi ve bunun yasalarda tanılanmış olması gerekir. Nedensellik ise netice ile fiil arasında bulunması gereken illiyet olarak adlandırılan bağdır. Travma sonrasında görülebilecek psikolojik semptomlardan PTSD ve ASB, DSM IV-R'de etiyolojisi açıkça belirtilir. Etiyolojinin belli olması olay ve sonuç arasında nedensellik bağı mümkün kılar. Bu nedensellik bağı da cezayı artırıcı nitelikli unsurun güçlü bir delili olmasını hatta suçun ortaya çıkmasını sağlar.

Hukuka aykırı ve suç teşkil eden bir eylemin nasıl ve kimin tarafından yapıldığını gösteren her tür bulgu delil niteliği taşır (188). Adli bilimlerde Edmond Locart'ın, 'her temas iz bırakır' düşüncesini psikolojik değerlendirmeye göre düşünürsek travmatik olay sonunda yaşanan duygulanımlar bireyde iz bırakır diyebiliriz. Fiziksel delil, olay yeri, suç, mağdur ve suçlu arasında kurulabilecek her şeydir. Psikolojik delil ise kişilerin ruhsal yapılarını bilimin olanak verdiği ölçüde testler ve gözlemler aracılığı ile suç ile psikolojik durum arasındaki ilişkiye bakabilmektir.

Adli olgularda fiziksel muayene aşaması sonrasında elde edilen deliler yanında psikolojik deliller bulunmakta, fiziksel delil olmayan bazı olgularda suçun ortaya çıkarılmasında psikolojik/psikiyatrik değerlendirmede elde edilen bulgular tek başına delil niteliği taşıyabilmektedir. Adli psikiyatrik değerlendirmeler sırasında kişinin ruhsal muayenesinin bütünüyle yapılmasının ve ayırıcı tanının önemi, oluşan psikiyatrik bozukluğun travma ile nedensellik bağının kurulması kadar, kişinin işlevselliğini etkileme oranının saptanması gibi hususlara karar verilebilmesi için zorunludur (184).

Türkiye’de adli olgularda psikolojik değerlendirme daha çok fiziksel delillerle desteklenmiş suçların sonuçlarının etki alanının genişliği bunun mağdur üzerinde ne kadar etkili olduğunun bulunması amacıyla kullanılır. Ceza kanununda bazı suçlar için cezanın ‘şekli ve miktarı’ belirlendikten sonra cezayı arttıran özel bazı durumlar ‘nitelikli unsurlar’ olarak adlandırılır. Söz konusu suç bu hallerde işlenmişse verilecek temel cezanın üzerine bir artırım uygulanır. Beden ve ruh sağlığının bozulması hali de bazı suçlar için cezayı arttırıcı bir durumdur. Örneğin, fiziksel şiddet uygulayarak müessir fiil suçunu işleyen kişiye ilgili kanın maddesi gereği ceza uygulanır. Bu olay nedeniyle mağdurun beden ve ruh sağlığı bozulmuş olması ilgili yasada suçu ağırlaştırıcı bir durum olarak düzenlenmiştir. Psikolojik değerlendirmenin cezayı arttırıcı bir unsur olması psikolojik değerlendirme sonucu ortaya çıkan delilin sadece bir yönünü vurgulamaktadır. Oysaki adli olay sonrası travmatik bulguların saptanmasının önemi cezanın şiddetini etkilemesinden ziyade zaman zaman suçun ispatı ile alakalı olmaktadır (184). Örneğin cinsel saldırı sonrası kişilerde bedensel ve ruhsal hastalık oluşması cezayı arttırıcı bir etkindir ve aynı zamanda cinsel saldırının varlığını ve cinsel eylemin kişinin rızası dışında gerçekleştiğinin delili olabilir (184).

Fiziksel delillerin ortadan kalkması ya da fiziksel delillerin karartılması mümkün iken psikolojik deliller bireyde uzun süre gözlenebilmektedir. Örneğin, işkence tahrip edici psikolojik belirtilere neden olur; işkence yöntemleri genellikle herhangi bir fiziksel iz bırakmamak için tasarlanmışlardır ve fiziksel işkence yöntemlerinin yol açtığı fiziksel bulgular işkence yapıp yapılmadığını spesifik olarak saptamaya imkan tanımayabilir (189). İşkence yöntemleri giderek daha gelişmekte ve işkenceciler hiçbir delil bırakmayan yöntemler uygulayabilmektedir. Tüm bunlar psikolojik değerlendirmenin önemini daha da arttırmaktadır. Bugün işkence ile bağlantılı psikolojik semptomlar adli tıpta kabul görmekte ve fiziksel kanıtları olmayan olgularda psikolojik raporlar önem kazanmaktadır. İşkence uygulamaları

üzerinden uzun bir zaman geçtikten sonra, mağdura işkence yapıldığı sadece psikolojik kanıtlarla gösterilebilir (190).

Dünyada adli olgularda psikolojik değerlendirmenin önemi kendini İstanbul protokolü ile ortaya koyar. İstanbul protokolü, İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı, Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesi için El Kılavuzudur.

İstanbul Protokolünün amaçları;

- Elde edilen bilgilerin açıklığa kavuşturulması,
- Mağdurlar ve aileleri için, bireylerin ve devletin sorumluluğunun ortaya konması ve sorumluluğun kabul edilmesi,
- Bu tür olayların tekrarının önlenmesi için alınması gereken önlemlerin tanımlanması,
- Soruşturma sonucunda sorumlu olduğu belirlenenler için;
- Ceza ve disiplin cezası işlemlerinin başlatılması,
- Maddi tazminat, tıbbi tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin teminin sağlanmasıdır (190).

İstanbul protokolünün VI. bölümünde yer alan 233 ile 314 arasındaki maddelerde psikolojik değerlendirmenin etkili şekilde belgelendirmenin nasıl yapılacağı, psikolojik belirtilerin nasıl değerlendirileceği ve yazılan psikolojik raporların uluslararası düzeyde de somut delil olarak kabul edildiği açık bir şekilde belirtilmektedir. İstanbul Protokolü ilkeleri tüm adli olguların değerlendirilmesinde ışık tutacak bir el kılavuzu niteliğindedir.

Yeni Türk Ceza Kanunu'nda insan vücudunda suça teşkil edebilecek her türlü fiziksel ve ruhsal travmalar 'yaralanmalar' başlığı altında toplanmıştır.(191)

TCK' da pek çok maddenin ve kavramın adli psikiyatrik değerlendirmeyi gerektirdiği görülmektedir. *Vücut dokunulmazlığına karşı suçlarda* (TCK 86. 87. 88. ve 89. Maddeler) “algılama yeteneğinin bozulmasına neden olma”, “duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına veya yitirilmesine neden olma”, “fiilin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbi müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olup

olmaması” gibi kavramlar nedeni ile PTSTB tanısı sanıkların alacağı cezalarda önemli bir etkidir. PTSTB tanısının atlanmasının ya da yanlış olarak bu tanını konulmasının verilecek cezanın miktarını önemli ölçüde etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. TCK’ da *İşkence ve Eziyet* başlığı altındaki suçlarda (94. ve 95. maddeler) “bir kişiye karşı insan onuruyla bağdaşmayan ve bedensel veya ruhsal yönden acı çekmesine, algılama veya irade yeteneğinin etkilenmesine neden olma”, “duyularından veya organlarından birinin işleyişinin sürekli zayıflamasına veya yitirilmesine neden olma”, bir kimsenin eziyet çekmesine yol açacak davranışlarda bulunmak” gibi kavramlar psikiyatrik değerlendirmeyi gerektirmektedir. PTSTB tanısı işkence ve eziyetin gerçekleştirip gerçekleştirmediğinin belirlenmesinin yanı sıra işkencede cezayı arttırıcı unsur bulunup bulunmadığı hususunda da önemli bir yere sahiptir. TCK’ da *Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlarda* (103. ve 104. maddeler) “çocuğun cinsel yönden istismar”, “suçun sonucunda mağdurunun beden veya ruh sağlığının bozulması (199) yine TCK’ da *Kişilerin huzur ve sükûnunu bozma başlığı altında* (123. madde) Yapılan etkinlikler sonucu mağdurun dengesi bozulduğu örneğin ruhsal bir teşevvüşe uğradığı hâllerde ise, kasten yaralama suçu söz konusu olacaktır gibi kavramlar ile PTSTB, ceza davasının sonucuna önemli etkileri olacak klinik bir tanı haline gelmiştir.

Basit tıbbî müdahale ile giderilebilecek ölçüde bozukluklar: Belirgin bir psikiyatrik bozukluk tablosu kriterlerini doldurmayacak (Uluslararası sınıflandırma ve tanımlama kriterlerine göre) her türlü geçici nöropsikiyatrik şikâyetler.

Algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan durumlar : Psikiyatrik bir tanı ölçütü kriterlerini dolduran geçici bozukluklar (Psikotik durumlar, demanslar gibi kalıcı ve ağır tablolar hariç).

Duyulardan veya organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflamasına neden olan bozukluklar : Merkezi sinir sisteminin işlevlerinde kalıcı olarak zayıflama (Kalıcı postkonküzyonel sendrom, genel tıbbî duruma bağlı kişilik değişikliği gibi). Duyulardan veya organlardan birinin işlevinin yitirilmesine veya iyileşme olanağı bulunmayan hastalığa neden olan bozukluklar : Travmatik olaya bağlı olarak ortaya çıkan psikozlar, demans, diğer nörolojik ve bilişsel işlev kaybı ile seyreden ağır, kalıcı psikiyatrik bozukluk ve sendromlar (191).

BÖLÜM III.

GEREÇ VE YÖNTEM

Türk Ceza Kanunu'nun değiştirilmesinden önceki 11 yılı kapsayan 1995–2005 yılları arasında ve kanun değişikliği sonrası 2005- 2006 yıllarını kapsayan sürede İstanbul, Kadıköy, Üsküdar ve Bakırköy adliyelerinde bulunan Asliye ceza, Sulh ceza ve Ağır ceza mahkemelerinde açılan ceza davalarında yer alan vücut dokunulmazlığına karşı suçlar, cinsel saldırı, işkence, aile içi şiddet ve kaza gibi beş suç iddiası ile açılan 395 dosya her 10 kayıta bir alınarak 'rasgele örnekleme yöntemi' ile seçilmiştir. Her 10 kayıta bir alınan dosyanın konu ile ilgisi bulunmadığında ardından gelen konu ile ilgili ilk dosya alınarak dosyada yer alan adli tıp raporları incelenmiştir.

Çalışmanın başında incelenecek dosya sayısı toplam 1100 olarak belirlenmiştir ancak bazı adliyelerdeki ceza mahkemelerinin arşivlerinin adliye dışında olması, arşivde bazı dosyaların bulunamaması, arşivden dosya çıkarılmasında sorunlar yaşanması Adalet Bakanlığı'ndan bu çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmış olmasına rağmen bazı hâkimlerin ve mahkeme kaleminde çalışan müdürlerin adliyenin çalışma yoğunluğu nedeniyle bu çalışmanın yapılmasına müsaade etmemeleri, olumsuz koşullar dolayısıyla çalışma başında hedeflenen dosya sayısına ulaşılammış sadece 390 dosyada yer alan Adli Tıp raporu incelenebilmiştir. Mahkeme, yasal ortam, suçun türü, fiziksel ve ruhsal muayene durumu değişkenleri ile bunlar arasındaki ilişkiler adli kayıtlar temel alınarak incelenmiştir. Araştırma kapsamında mahkeme kayıtları esas alınmıştır.

Bu amaçla, Ek'te verilen bilgi formu kullanılarak burada yer alan değişkenlere göre dosyada yer alan Adli Tıp raporları incelenmiştir. İncelemek için alınan toplam 395 dosyanın 5'inde Adli Tıp raporu bulunmamaktadır. Hazırlanan formda yer alan değişkenler, davanın açıldığı mahkeme ve yıl, dosyada yer alan mağdurun yaşı ve cinsiyeti, suçun türü, yaralanmanın şiddeti, fiziksel muayenenin varlığı, ruhsal muayenenin varlığı, anamnez (fiziksel durum, ruhsal durum ve olay öyküsünün varlığı), psikiyatrik konsültasyonun olup olmaması, istenen konsültasyonun psikolojik travmanın değerlendirilmesi amaçlı olup olmadığı, ruhsal muayeneyi hangi uzmanın yaptığı, ruhsal

değerlendirilmenin nasıl yapıldığı, yöntemi (test-psikolojik test-klinik görüşme), cezanın varlığı, uygulanma durumu gibi değişkenlere yer verilmiştir. Bu değişkenlere göre yapılan dosya incelemesi ile özellikle fiziksel ve ruhsal yönden yara alan olguların tespitinde psikolojik değerlendirilmenin yasal süreç ve sonuçlarını etkilemesi açısından önemi tartışılmıştır.

Araştırmada veri toplama araçları ile elde edilen bilgilerin çözümlenmesi SPSS 15 paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. Verilerin özetlenmesinde frekans ve yüzde tanımlayıcı istatistikleri kullanılmıştır. İlişkisel istatistiklerin analizinde ise Ki-Kare testi kullanılmış ve elde edilen veriler $p < 0.01$ düzeyinde sınanmıştır.

Çalışmanın sadece İstanbul ilindeki ceza davaları ile sınırlı olmasının bu verilerle ulaşılan sonucu kısıtlayacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM IV.

BULGULAR

Mahkeme bazında suç türlerinin dağılımı tablo 1 'de verilmiştir. Tüm adliyelerdeki incelenen dosyalarda ilk sırada vücut dokunulmazlığına karşı suçların geldiği görülmektedir.

Tablo 1- Mahkeme Bazında Suç Türlerinin Dağılımı

Mahkemeler		n	%	Genel Toplam %
İstanbul Adliyesi	Vücut Dok. Karşı	29	34	21,80
	Cinsel Saldırı	16	19	
	İşkence	35	41	
	Kazalar	5	6	
	Toplam	85	100	
Bakırköy Adliyesi	Vücut Dok. Karşı	69	49	36,15
	Cinsel Saldırı	18	13	
	İşkence	30	21	
	Aile İçi Şiddet	22	16	
	Kazalar	2	1	
Toplam	141	100		
Kadıköy Adliyesi	Vücut Dok. Karşı	22	52	10,76
	Cinsel Saldırı	7	17	
	İşkence	3	7	
	Aile İçi Şiddet	7	17	
	Kazalar	3	7	
Toplam	42	100		
Üsküdar Adliyesi	Vücut Dok. Karşı	72	59	31,28
	Cinsel Saldırı	15	12	
	İşkence	30	24	
	Aile İçi Şiddet	2	2	
	Kazalar	3	3	
Toplam	122	100		
	Genel Toplam	390	-	100

Cinsiyet bazında yaş dağılımı tablo 2’de verilmiştir. Olguların 3/4’nü erkeklerin oluşturduğu ve 4/5 ‘nin 18 yaş üstünde oldukları görülmektedir.

Tablo 2- Cinsiyet Bazında Yaş Dağılımı

Cinsiyet	18 Yaş altı veya Üstü	n	%	Genel Toplam%
Kadın	18 Yaş ve Altı	20	40	5.10
	18 Yaş ve Üzeri	89	26.3	22.10
	Kadın Toplam	109	100	27.20
Erkek	18 Yaş Altı	31	60	7.90
	18 Yaş ve Üzeri	250	63.7	64.10
	Erkek Toplam	281	100	72.80

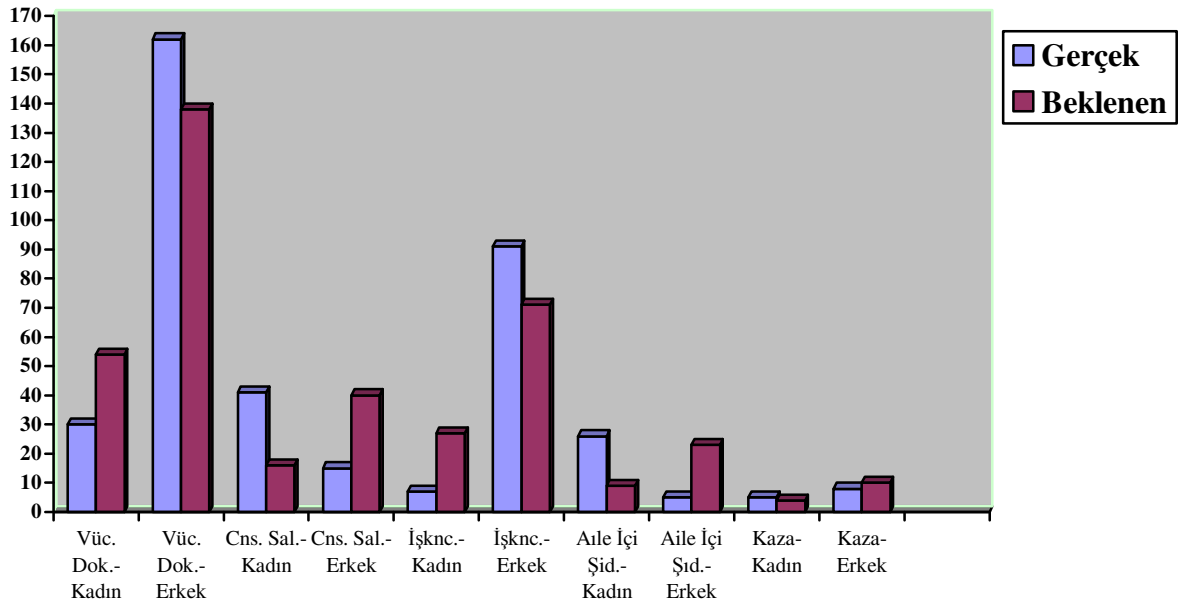
Cinsiyet bazında suç durumuna ait beklenen ve gözlenen değerler tablo 3 ve grafik 1’de verilmiştir. Buna göre cinsel saldırı ve aile içi şiddet suçlarında kadınlarda gözlenen toplam beklenen toplamdan yüksek iken, erkeklerde vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlar ile işkence suçlarında gözlenen toplam beklenen toplamdan yüksektir. Bu bulgulardan hareketle kadınların cinsel saldırı ve aile içi şiddet, erkeklerin ise vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlar ile işkence suçlarına daha fazla maruz kaldıkları sonucuna varılmış ve bu farklılık $p<0,0001$ yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur.

Tablo 3- Cinsiyet Bazında Suç Durumu

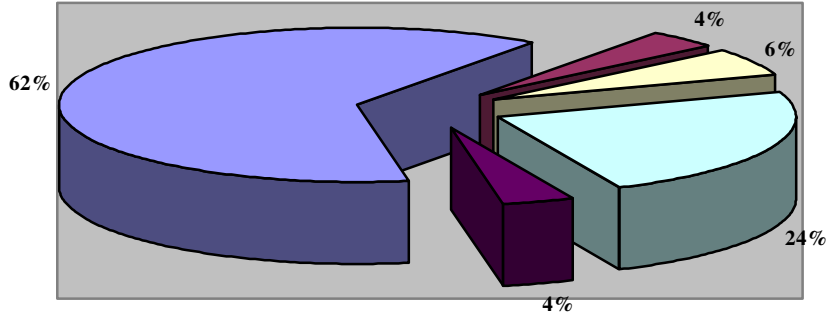
Olgular				Toplam
		Kadın	Erkek	
Vücut Dok. Karşı	Toplam	30	162	192
	Bek. Toplam	54	138	192
Cinsel Saldırı	Toplam	41	15	56
	Bek. Toplam	16	40	56
İşkence	Toplam	7	91	98
	Bek. Toplam	27	71	98
Aile İçi Şiddet	Toplam	26	5	31
	Bek. Toplam	9	22	31
Kazalar	Toplam	5	8	13
	Bek. Toplam	4	9	13
Toplam	Toplam	109	281	390
	Bek. Toplam	109	281	390

Ki-kare: 141.383 p<0,0001

Grafik 1: Cinsiyet Bazında Suç Durumunun Genel Dağılımı



Grafik 2:Çocuk Olgularının Suç Türlerine Göre Dağılımı

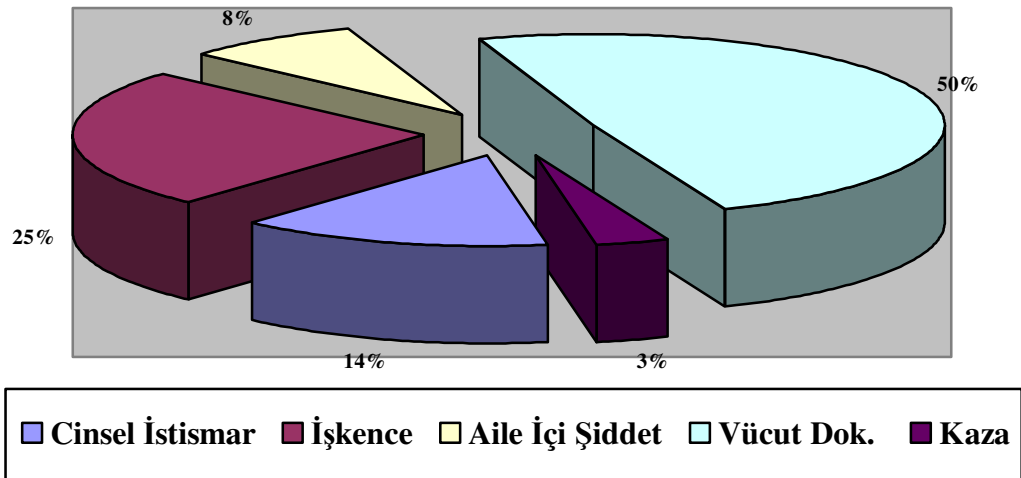


Suç türlerinin dağılımı tablo 4 ve grafik 3'te verilmiştir. Buna göre ilk sırada vücut dokunulmazlığına karşı suçlar gelmektedir.

Tablo 4- Suç Türlerinin Dağılımı

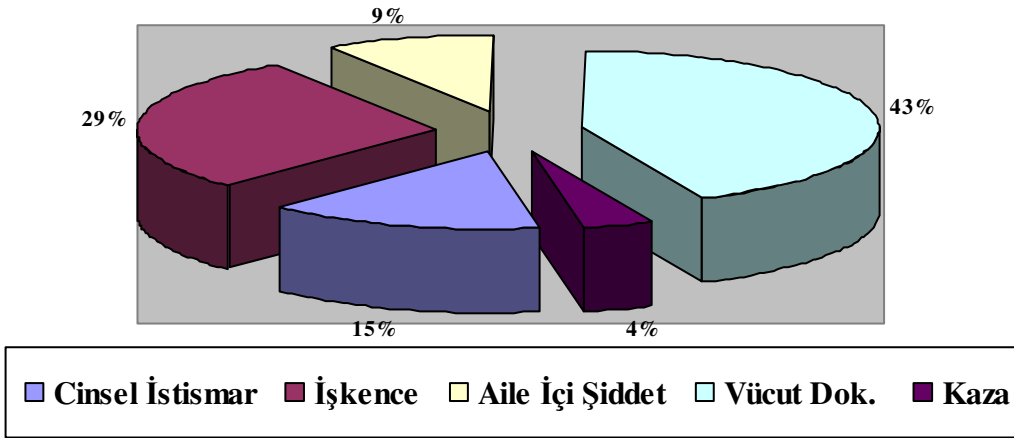
Dava	n	%
Vücut Dok. Karşı	192	49,2
İşkence	98	25,1
Cinsel Saldırı	56	14,4
Aile İçi Şiddet	31	7,9
Kazalar	13	3,3
Toplam	390	100

Grafik 3: Suç Türlerinin Dağılımı

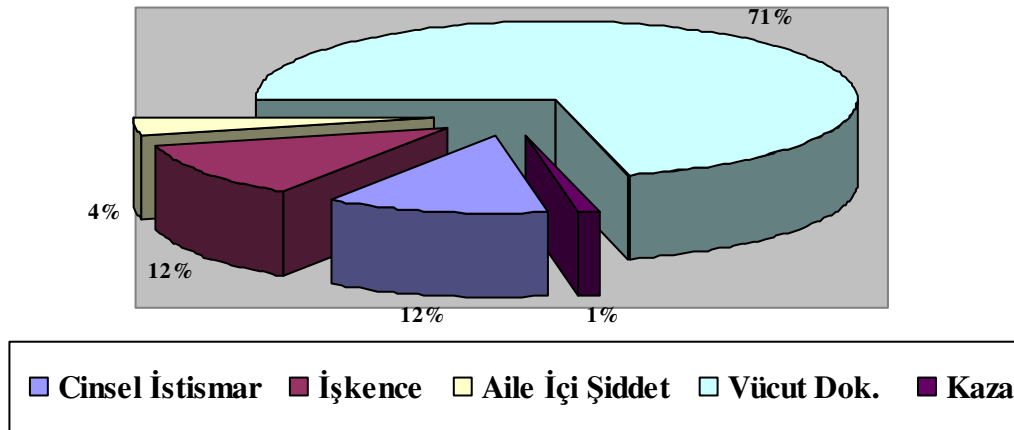


İlgili yasanın varlığı durumunda suç türlerinin dağılımı grafik 4 ve grafik 5'te verilmiştir. 2005 yılından öncesinde ilgili yasa maddeleri farklı iken ve 2005 sonrası ilgi yasa maddeleri bulunurken işlenen suçların başında vücut dokunulmazlığına karşı suçlar gelmektedir.

Grafik 4: 2005 Öncesi 306 Olguda Suç Türünün Dağılımı



Grafik 5: 2005 Sonrası 86 Olguda Suç Türünün Dağılımı



Suç Türü Bazında Yaralanma Türlerinin dağılımı tablo 5'te verilmiştir. Buna göre vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlarda ilk sırada kesici yaralanmalar gelmektedir. İşkence suçlarının % 92'sinde künt yaralanma vardır. Aile içi şiddet suçlarının % 71'inde künt, % 19'unda kesici yaralanması vardır. Kazaların tamamında künt yaralanma vardır.

Tablo 5 -Suç Türü Bazında Yaralanma Türlerinin Dağılımı

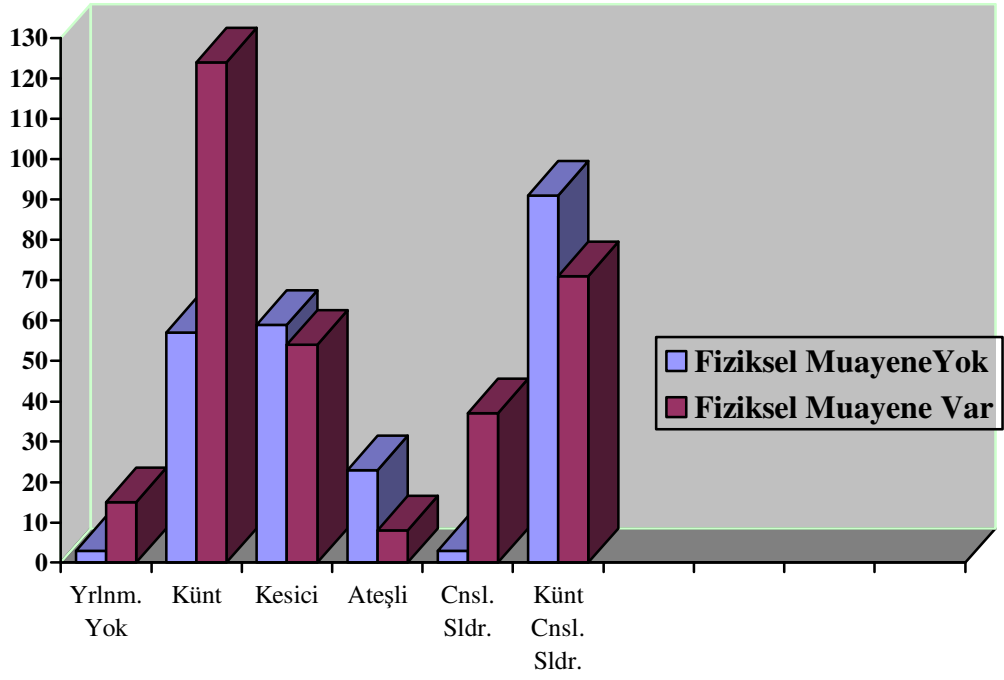
Suçun Türü	Yaralanma Türü	n	%	Genel Toplam %
Vücut Dokunulmazlığına Karşı	Künt	54	28.1	13.85
	Kesici	107	55.7	27.43
	Ateşli	31	16.1	7.95
	Toplam	192	100	49.23
Cinsel Saldırı	Yaralanma Yok	7	12.5	1.80
	Künt	2	3.6	0.5
	Cinsel Saldırı	40	71.4	10.25
	Toplam	56	100	14.35
İşkence	Yaralanma Yok	8	8.2	2.05
	Künt	90	91.8	23.07
	Toplam	98	100	25.12
Aile İçi Şiddet	Yaralanma Yok	3	9.7	0.75
	Künt	22	71.0	5.50
	Kesici	6	19.4	1.50
	Toplam	31	100	7.75
Kazalar	Künt	13	100	3.30

Yaralanma türü bazında Fiziksel muayene durumu tablo 6 ve grafik 6'da verilmiştir. Yaralanma olmayan olguların %83' ünde fiziksel muayene yapılmıştır. Yaralanma türleri içinde en fazla cinsel saldırıya bağlı oluşan yaralanma olgularında fiziksel muayene yapıldığı görülmüştür.

Tablo 6 -Yaralanma Türü Bazında Fiziksel Muayene Durumu

Yaralanma Türü	Fiziksel Muayene	n	%	Genel Toplam %
Yaralanma Yok	Yok	3	16.7	0.75
	Var	15	83.3	3.80
	Toplam	18	100	4.50
Künt	Yok	57	31.5	14.50
	Var	124	68,5	31.80
	Toplam	181	100	46.30
Kesici	Yok	59	52.2	15.10
	Var	54	47.8	13.80
	Toplam	113	100	28.90
Ateşli	Yok	23	74.2	5.90
	Var	8	25.8	2.05
	Toplam	31	100	7.90
Cinsel Saldırı	Yok	3	7.5	0.75
	Var	37	92.5	9.50
	Toplam	40	100	10.25
Künt Cinsel Saldırı	Yok	1	14.3	0.25
	Var	6	85.7	1.50
	Toplam	7	100	1.75

Grafik 6: Yaralanma Türü Bazında Fiziksel Muayene Durumu



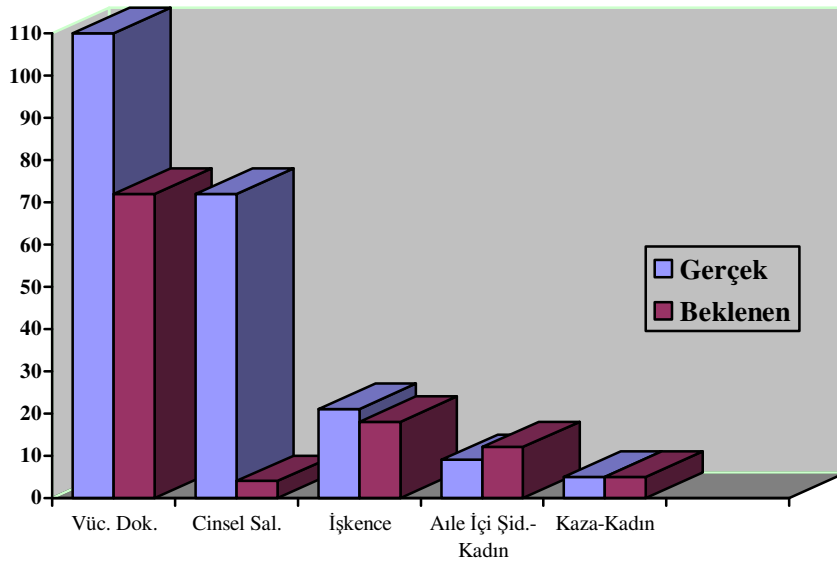
Suç türü ile fiziksel muayene durumu tablo 7' ve grafik 7'de verilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkinin $p < 0,0001$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu anlaşılmaktadır. Bu bulgulardan hareketle en az vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlarda (% 43) fiziksel muayene yapıldığı, cinsel saldırı suçları (% 93) ile işkence suçlarında (% 82) ise en fazla fiziksel muayene yapıldığı görülmüştür. .

Tablo 7- Suçun Türü Bazında Fiziksel Muayene Durumu

Suçun Türü		Fiziksel Muayene		Toplam
		Yok	Var	
Vücut Dok. Karşı	Toplam	110	82	192
	Bek. Toplam	72	120	192,0
Cinsel Saldırı	Toplam	4	52	56
	Bek. Toplam	21	35	56,0
İşkence	Toplam	18	80	98
	Bek. Toplam	37	61	98,0
Aile İçi Şiddet	Toplam	9	22	31
	Bek. Toplam	12	19	31,0
Kazalar	Toplam	5	8	13
	Bek. Toplam	5	8	13,0
Toplam	Toplam	146	244	390
	Bek. Toplam	146	244	390,0

Ki-Kare: 70,415 p < 0,0001

Grafik 7: Suçun Türü Bazında Fiziksel Muayene Durumunda Gerçek ve Beklenen Değerler



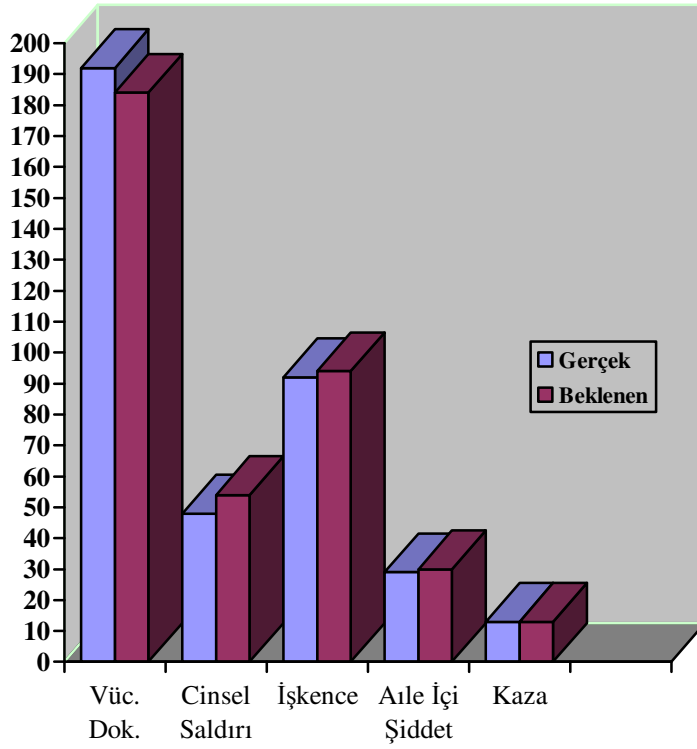
Suç Türü Bazında Ruhsal Muayene durumu tablo 8 ve grafik 8’de verilmiştir. Vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlar ile kaza suçlarının hiç birinde olgularda ruhsal muayene yapılmamıştır. En fazla cinsel saldırı suçlarında (% 14) ruhsal muayene yapılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin $p < 0,0001$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 8- Suçun Türü Bazında Ruhsal Muayene Durumu

Suçun Türü		Ruhsal Muayene		Toplam
		Ruhsal Muayene Yok	Ruhsal Muayene Var	
Vücut Dok. Karşı	Toplam	192	0	192
	Bek. Toplam	184	8	192
Cinsel Saldırı	Toplam	48	8	56
	Bek. Toplam	54	2	56
İşkence	Toplam	92	6	98
	Bek. Toplam	94	4	98
Aile İçi Şiddet	Toplam	29	2	31
	Bek. Toplam	30	1	31,0
Kazalar	Toplam	13	0	13
	Bek. Toplam	13	1	13
Toplam	Toplam	374	16	390
	Bek. Toplam	374	16	390

Ki-Kare: 24,981 $p < 0,0001$

Grafik 8: Ruhsal Muayene Olmayanlarda Beklenen ve Gerçek Toplam Değerler

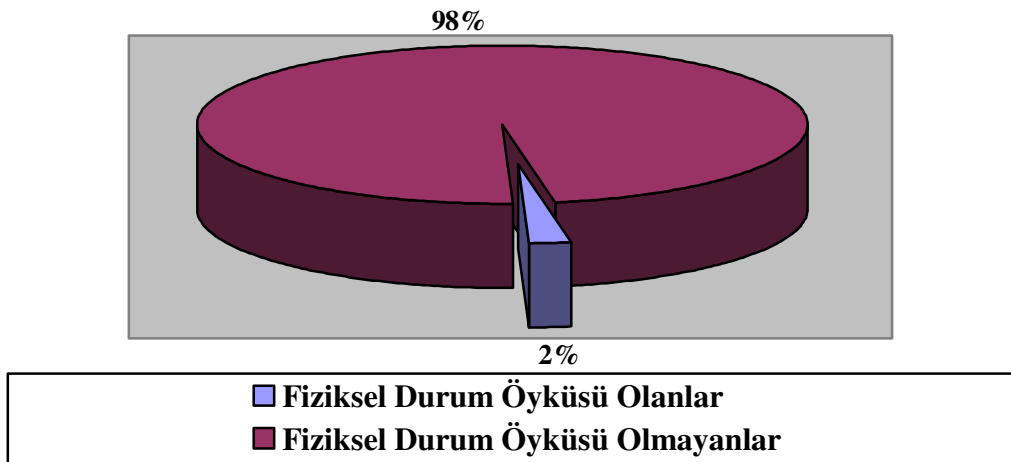


Suç Türü Bazında fiziksel durum öyküsü tablo 9 ve grafik 9’da verilmiştir. Buna göre en fazla işkence olgularında (% 5) fiziksel durum öyküsü vardır. Aile içi şiddet suçlarının ve kazaların tamamında fiziksel durum öyküsü yoktur.

Tablo 9- Suçun Türü Bazında Fiziksel Durum Öyküsü

Suçun Türü	Fiziksel Durum öyküsü	n	%	Genel Toplam %
Vücut Dokunulmazlığına Karşı	Yok	190	99	49
	Var	2	1	1
	Toplam	192	100	49
Cinsel Saldırı	Yok	54	96	14
	Var	2	4	1
	Toplam	56	100	14
İşkence	Yok	93	95	24
	Var	5	5	1
	Toplam	98	100	25
Aile İçi Şiddet	Yok	31	100	8
Kazalar	Yok	13	100	3.30

Grafik 9: Toplam Suç Türü Bazında Fiziksel Durum Öyk. Olan ve Olmayan Olguların Dağılımı

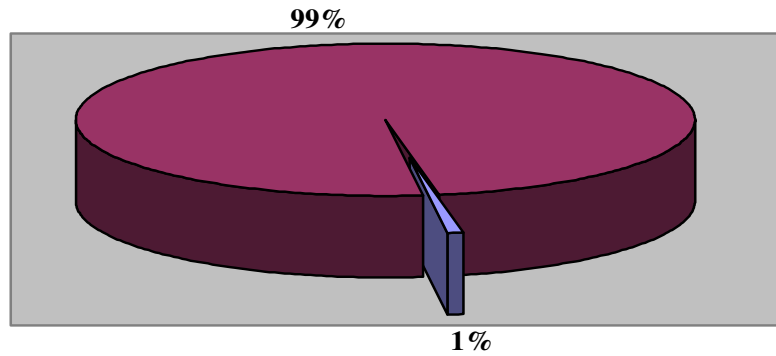


Suç Türü Bazında Ruhsal durum öyküsü Tablo 10’da verilmiştir. Vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçların, aile içi şiddet ve kazaların tamamında ruhsal durum öyküsü yoktur. Cinsel saldırı suçları ile işkence suçlarında olguların % 2’sinde ruhsal durum öyküsü vardır. Genel toplamda (grafik 10) mahkemelerin %1’inde ruhsal durum öyküsü varken, %99 ‘unda ruhsal durum öyküsü yoktur.

Tablo 10- Suçun Türü Bazında Ruhsal Durum Öykü Durumu

Suçun Türü	Ruhsal Durum Öyküsü	n	%	Genel Toplam %
Vücut Dok. Karşı	Yok	192	100,0	49.25
	Var	1	1,8	0.25
Cinsel Saldırı	Yok	55	98,2	14.10
	Var	1	1,8	0.25
İşkence	Yok	96	98,0	24.60
	Var	2	2,0	0.50
Aile İçi Şiddet	Yok	31	100,0	8.00
Kazalar	Yok	13	100,0	3.30

Grafik 10: Suç Türü Bazında Ruhsal Durum Öyküsü



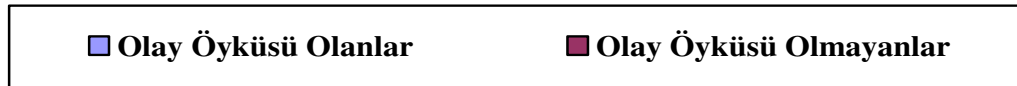
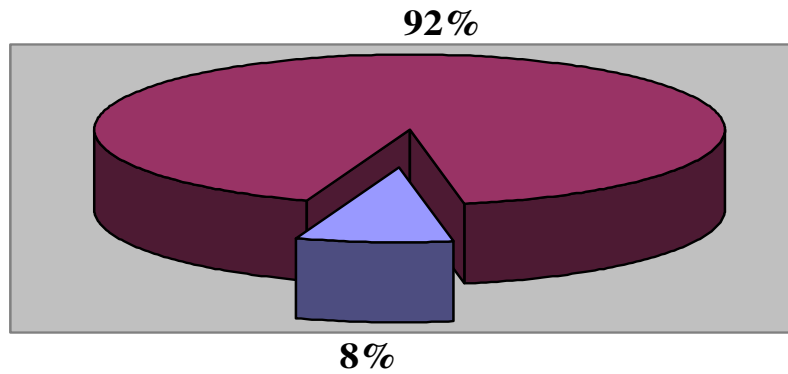
■ Ruhsal Durum Öyküsü Olanlar ■ Ruhsal Durum Öyküsü Olmayanlar

Suç Türü Bazında olay öyküsü durumu Tablo 11’de verilmiştir. Buna göre genel toplamda (grafik 11) %8’ olgudan olay öyküsü alınmıştır.

Tablo 11- Suçun Türü Bazında Olay Öyküsü

Suçun Türü	Olay Öykü durumu	n	%	Genel Toplam %
Vücut Dok. Karşı	Yok	190	99	49
	Var	2	1	1
Cinsel Saldırı	Yok	46	82	12
	Var	10	18	3
İşkence	Yok	80	82	21
	Var	18	18.4	5
Aile İçi Şiddet	Yok	30	97	8
	Var	1	3	0
Kazalar	Yok	13	100	3

Grafik 11: Toplamda Olay Öyküsü Olan ve Olmayan Olguların Dağılımı



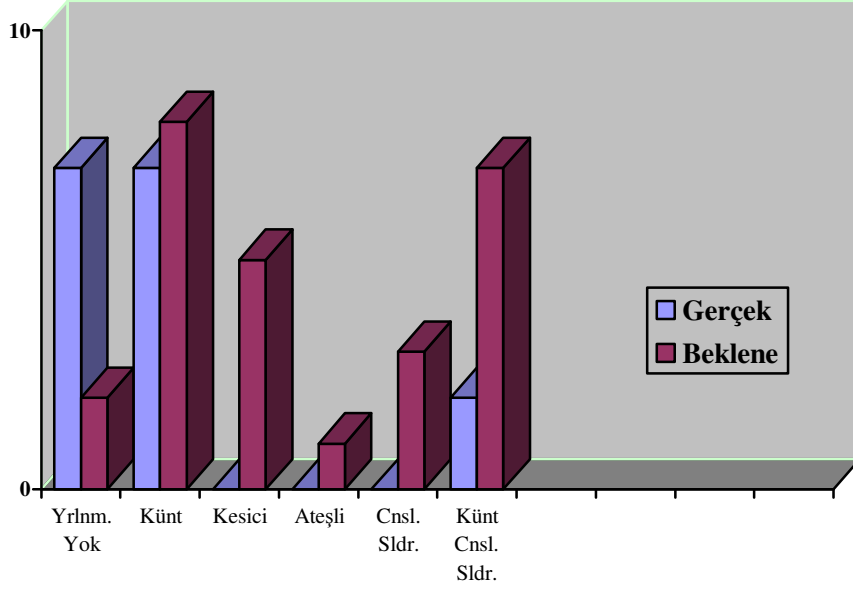
Yaralanma türü bazında ruhsal muayene durumu tablo 12’de verilmiştir. Cinsel saldırı suçlarında gözlenen ruhsal muayene durumu diğer olgulardan yüksek olduğu görülmüştür. Cinsel saldırı suçlarında, diğer suçlara oranla daha fazla ruhsal muayene yapıldığı sonucuna varılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin $p < 0,0001$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 12- Yaralanma Türü Bazında Ruhsal Muayene Durumu

Yaralanma Türü		Ruhsal Muayene		Toplam
		Yok	Var	
Künt Cinsel Saldırı	Toplam	16	2	18
	Bek. Toplam	17	1	18
Künt	Toplam	174	7	181
	Bek. Toplam	174	7	181
Kesici	Toplam	113	0	113
	Bek. Toplam	108	5	113
Ateşli	Toplam	31	0	31
	Bek. Toplam	30	1	31
Yaralanma Yok	Toplam	33	7	40
	Bek. Toplam	38	2	40
Cinsel Saldırı	Toplam	7	0	7
	Bek. Toplam	7	0	7
Toplam	Toplam	374	16	390
	Bek. Toplam	374	16	390

Ki-Kare: 26,982 $p < 0,0001$

Grafik 12: Yaralanma Türü Bazında Ruhsal Muayene Yapılmış Kişilerde Gerçek ve Beklenen Değerler Grafiği

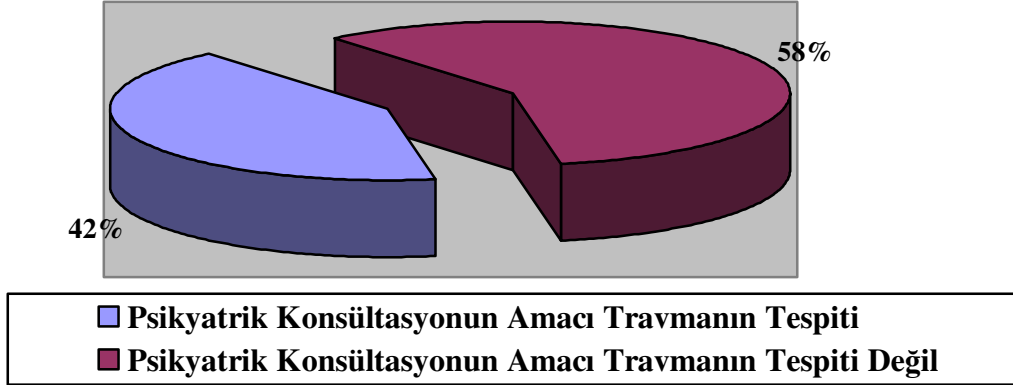


Tablo 13- Yaralanma Türü Bazında Psikiyatri Konsültasyon Durumu

Yaralanma Türü		n	%	Genel Toplam %
Yaralanma Yok	Psikiyatri Konsültasyon Yok	15	83	4
	Konsültasyon Amacı Travma Dışı	1	6	0
	Konsültasyon Amacı Travma	2	11	1
	Toplam	18	100	4
Künt	Psikiyatri Konsültasyon Yok	179	99	46
	Konsültasyon Amacı Travma Dışı	1	1	0
	Konsültasyon Amacı Travma	1	1	0
	Toplam	181	100	46
Kesici	Psikiyatri Konsültasyon Yok	113	100	29
Ateşli	Konsültasyon Amacı Travma Dışı	1	97	8
	Psikiyatri Konsültasyon Yok	30	3	0
	Toplam	31	100	8

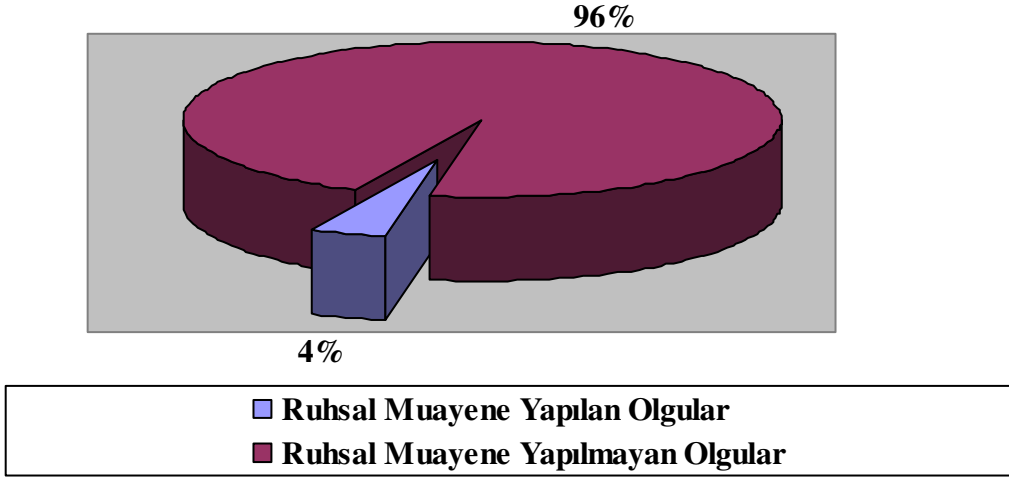
Cinsel Saldırı	Psikiyatri Konsültasyon Yok	34	85	9
	Konsültasyon Amacı Travma Dışı	4	10	1
	Konsültasyon Amacı Travma	2	5	1
	Toplam	40	100	2
Künt Cinsel Saldırı	Psikiyatri Konsültasyon Yok	7	100	2

Grafik 13: Psikiyatrik Konsültasyon Yapılmış Olgularda Travmanın Tespiti Amacıyla Yapılan Konsültasyon Dağılımı



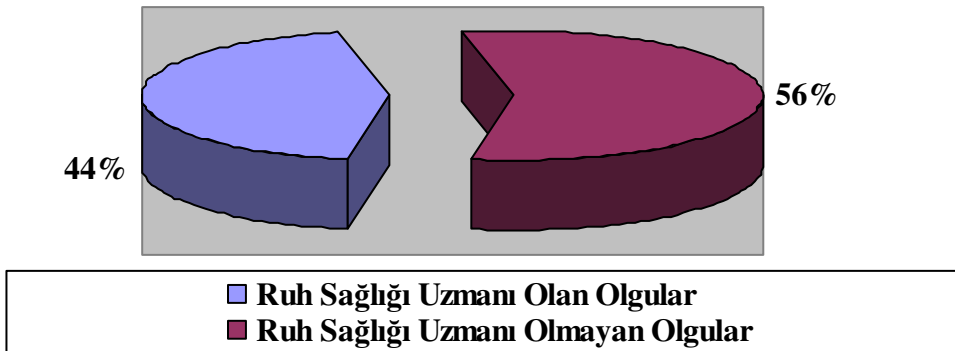
Ruhsal muayene durumu grafik 14’de verilmiştir. Buna göre toplam vakaların % 96’sında ruhsal muayene yokken, % 4’ünde ruhsal muayene vardır.

Grafik 14: Ruhsal Muayenenin Genel Dağılımı



Ruhsal Muayene Bazında Uzman durumu grafik 15’te verilmiştir. Buna göre ruhsal muayenelerin % 56’sından ruh sağlığı uzmanı yok iken, sadece muayenelerin % 44’ü ruh sağlığı uzmanı tarafından yapılmıştır.

Grafik 15: Ruhsal Muayene Olan Olgularda Ruh Sağlığı Uzmanı Varlığı Dağılımı



Fiziksel Muayene Bazında Ruhsal Muayene durumu Tablo 14’te verilmiştir. Buna göre fiziksel muayenelerin % 93’ünde ruh muayene yok iken, % 7’sinde aynı zamanda ruhsal muayene de yapılmıştır.

Tablo 14- Fiziksel Muayene Bazında Ruhsal Muayene Durumu

Fiziksel Muayene	Ruhsal Muayene	n	%	Genel toplam %
Yok	Yok	146	100	37
Var	Yok	228	93	58
	Var	16	7	4
	Toplam	244	100	63

Ruh Sağlığı Uzmanı bulunan olguların tümünde ruhsal muayene klinik gözleme dayandırılarak yapılmış, ayrıca travmayı ölçmeye yönelik psikolojik test uygulanmamıştır. Tanı konmamış olguların ikisinde, PTSD tanısı konmuş olguların üçünde, kişilik bozukluğu tanısı konmuş olguların birinde, psikoz tanısı konmuş olgularının birinde ruh sağlığı uzmanı bulunduğu; beş nevroz tanısı konmuş olgularda ruh sağlığı alanında herhangi bir uzman bulunmadığı tespit edilmiştir. Ruhsal muayene varlığının ceza kararlarında fark oluşturmadığı görülmektedir.

BÖLÜM V

TARTIŞMA ve SONUÇ

5237 sayılı TCK' da ilgili maddelerde yaralanma başlığı altında incelenen vücut dokunulmazlığına karşı suçlar, işkence, aile içi şiddet, cinsel saldırı, kazalar gibi olaylar DSM IVR' de listelenen travmatik olaylar kapsamında yer almaktadır. Bu çalışmada, yaralanma başlığı altında yer alan suç türlerinden sonra bu suçun mağdurlarında olması muhtemel ruhsal travma ve ruhsal muayene konusundaki durumun tespitinin yapılması planlanmıştır. Bu suç türlerinden sonra bireylerde fiziksel semptomlar görülebileceği gibi yaşanan travmatik olay sonrasında ruhsal semptomlar ve bu semptomların ortaya çıkarılmasında yapılması gereken ruhsal değerlendirmenin önemi vurgulanmaktadır.

Travma türleri doğal yollarla oluşan travmalar (depresyon, sel, hastalıklar vb.), insan eliyle oluşan travmalar (tecavüz, cinsel istismar, fiziksel saldırı, aile içi şiddet) ile devlet eliyle oluşan travmalar (işkence, savaş, etnik temizleme, kitlesel şiddet), kazalara (ev, iş, trafik kazaları) bağlı oluşan travmalar olmak üzere dört gruba ayrılabilir. Bu çalışmada; İstanbul ilinde dört farklı adliyeden (tablo 1) rastlantısal örnekleme yoluyla seçilen dosyaların suç türlerine göre dağılımına bakıldığında ilk sırada vücut dokunulmazlığına karşı suçların geldiği görülmektedir. İlgili yasaya göre suç dağılımına bakıldığında (grafik 4) 2005 yılından önce (%43) ve (grafik 5) 2005'ten sonra (%71) fazla işlenen suç türünün vücut dokunulmazlığına bağlı oluşan suçlardan oluştuğu görülmektedir.

Cinsiyet bazında yaş dağılımı tablo 2'de verilmiştir. Cinsiyet bazında suç durumu tablo 3 ve grafik 1'de verilmiştir. Olguların 3/4'nü erkeklerin oluşturduğu ve 4/5'nin 18 yaş üstünde oldukları görülmektedir. Bu bulgu erkeklerin travmatik olaylara maruz kalma riskinin yüksek olması ile paraleldir. Travmatik olaylar ile ilgili yapılan araştırmalar sosyal yaşantılar

içinde daha fazla bulunan erkeklerin kadınlara göre daha fazla travmatik olaya maruz kaldığını göstermektedir.

Yaşam boyu travmatik olaya maruz kalma oranı %50'den fazladır. Yaşam boyunca travmatik deneyime maruz kalma oranı cinsiyetler arasında farklılıklar göstermektedir. Kadınların %74'ü, erkeklerin %82'si en az bir travmatik olay ifade etmişlerdir.(192) yine erkeklerin %60,7'si ve kadınların %51,2'si travmatik olaya maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (193). İfade edilen en yaygın travmatik deneyim türünden ikisi aile üyelerinden ya da arkadaşlarından birinin ölümüne tanık olma ve fiziksel saldırıya maruz kalmadır. (192) erkekler kadınlara göre daha çeşitli travma türlerine maruz kalırlar (erkeklerin %55'i, kadınların %46'sı) (194) Breslau ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkeklerin ortalama 5,5'i kadınların ise 4,3'ü farklı türden travma tiplerine maruz kaldıkları bulunmuştur. (195)

Cinsiyet bazında suç durumuna ait beklenen ve gözlenen değerler Tablo 3 ve grafik 1'de verilmiştir. Buna göre cinsel saldırı ve aile içi şiddet suçlarında kadınlarda gözlenen toplam beklenen toplamdan yüksek iken, erkeklerde vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlar ile işkence suçlarında gözlenen toplam beklenen toplamdan yüksektir. Bu bulgulardan hareketle kadınların cinsel saldırı ve aile içi şiddet, erkeklerin ise vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlar ile işkence suçlarına daha fazla maruz kaldıkları sonucuna varılmıştır.

Toplumda kadınlar ve erkekler arasında yaşanan travma türlerinde farklılık vardır (194). Tecavüz ve cinsel saldırı gibi travmatik deneyimler özellikle kadınlar arasında yaygın iken; erkekler arasında çatışma, birinin yaralanmasına ya da ölümüne tanık olma, silahlı saldırı tehdidi altında bulunma ve trafik kazası gibi olaylar daha fazla yaygındır (194) Kadınlar daha çok tecavüz ya da cinsel istismar gibi saldırının cinsel biçimini yaşarlar. Erkekler ise çoğunlukla fiziksel saldırı, motor kazaları ya da savaş deneyimi gibi travmaların deneyimini yaşarlar.(195).

Yaşam boyu travmatik deneyim ile karşılaşma oranı %39 ile %84 arasındadır. Bu değişkenlik travmatik olayın doğasına ve araştırma grubunun demografik özelliklerine bağlıdır. Genel popülasyonda insanların PTSD gelişmesinin yaşam boyu prevalansı %7,8 ile %9,2 arasında değişmekte olduğu ve yaklaşık %60'nın kronik hale geldiği görülür. Travma deneyiminden sonra kadınlarda, erkeklere göre daha fazla PTSD görülür. (192–194). PTSD

oranının cinsiyete göre farklılaşmasını, kadınların erkeklere göre savunmasız ve saldırıya daha açık olması ayrıca kadınların yaşadığı travmatik olay türünün (örneğin, tecavüz, diğer cinsel saldırı biçimleri) erkeklerin yaşadığı travmatik olaylara göre(trafik kazaları, fiziksel saldırı) daha fazla PTSD gelişme riski bulunması ile açıklanır (194).

Toplam olgu içinde çocuk olgu sayısının 51 olduğu, cinsiyet ve yaş gruplarına bakıldığında ise % 40'nın kız çocuğu, %60'nın ise erkek çocuk olduğu görülmektedir. Çocukların maruz kaldığı suç türleri değerlendirildiğinde (grafik 2) ise çocukların en fazla (%62) cinsel istismara maruz kaldığı görülmektedir. Cinsel istismara uğrayan çocukların yaşları 2 ile 17 (3'ü erkek 1'i kız olmak üzere toplam 4 olgu 7 yaş ve altıdır) arasında değişmektedir. Cinsel istismara uğrayan olguların 18'i kız, 14'ü erkek çocuktur. Yaşam boyu girişim halinde kalınmış ya da tamamlanmış tecavüz riskinin kadınlarda %20'nin üstünde olduğu fakat erkekler ve çocukların da cinsel olarak saldırıya maruz kaldığı belirtilmektedir (186).

Araştırmalar cinsel istismara maruz kalan çocukların %25'nin 7 yaş ve altında olduklarını ortaya çıkarmıştır (196). Kız çocukların erkek çocuklara göre cinsel istismara daha fazla maruz kaldıkları ve özellikle erkek çocuklarının kız çocuklara göre daha küçük yaşlarda istismar edildiği bulunmuştur (197)

Uluslar arası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği çocuk istismarını, 'rıza yaşının altında bulunan bir çocuğun cinsel açıdan olgun bir yetişkinin cinsel doyumuna yol açacak bir edim içinde yer alması ya da bu duruma göz yumulması' şeklinde tanımlamıştır. Çocukların maruz kaldığı cinsel istismar çeşitleri; temas içermeyen istismar (cinsel öneri, seksi konuşma ve yorumlarda bulunma, teşhircilik) röntgencilik, cinsel organlara dokunma, oral seks (oral-vajinal, oral-penil, oral-anal ilişki), interfemoral ilişki (çocuğun bacakları arasına penisin yerleştirilmesi), cinsel penetrasyon (anal, genital, parmak, cisim)cinsel sömürü (çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşu) olarak yedi gruba ayrılmıştır. Çocukların bu istismar türlerinden en sık olarak oral, genital temas, dokunma ve okşama gibi cinsel edimlere maruz kaldığı açıklanmıştır (197).

Çocuk istismarı ve ihmalinin çocuk sağlığını tehdit eden en önemli sorunlardan biri olmasına karşın sağlık alanında çalışan profesyonellerin konuya ilgi göstermesi ancak

1960'lardan sonra olmuştur. (198). Son yıllarda adli makamlara bildirilen istismar olgularında belirgin bir artış dikkat çekmektedir. İstismarın çocuk ve ergenlerde ciddi ruhsal sorunlara yol açtığı bilinen bir gerçektir (199).

Uluslararası veriler bir ile üç milyon arasında çocuğun her yıl fiziksel, cinsel ya da psikolojik olara istismar edildiğini göstermektedir (45). Çocuğun cinsel istismarı, psikolojik, davranışsal ve fiziksel problemlerin riskinde artışa yol açan çocukluk döneminde başlayıp ve yetişkinlik döneminde de devam eden (47), yeniden cinsel yönden travmatize risk grubunun oluşmasına (40) neden olan dünya çapında ciddi bir problemdir (186).

Örseleyici bir deneyim geçirmiş olan çocukların değerlendirilme aşamasında bir kez daha örselenmemeleri ve en iyi şekilde izlenmeleri için bir ekip çalışması yapılmalıdır. (198). Cinsel saldırı ile ilgili olayların iyi şekilde dökümantasyonu ve delillerin korunması yargılama sürecinde değerlendirme açısından önemlidir (186).

Suç Türü Bazında Yaralanma Türlerinin dağılımı tablo 5'te verilmiştir. Buna göre vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlarda ilk sırada kesici yaralanmalar gelmektedir. İşkence suçlarının % 92'sinde künt yaralanma vardır. Aile içi şiddet suçlarının % 71'inde künt, % 19'unda kesici yaralanma vardır. Kazaların tamamında künt yaralanma vardır.

Yaralanma türü bazında Fiziksel muayene durumu tablo 6 ve grafik 6'da verilmiştir. Yaralanma olmayan olguların %83'ünde fiziksel muayene yapılmıştır. Yaralanma türleri içinde en fazla cinsel saldırıya bağlı oluşan yaralanma olgularında fiziksel muayene yapıldığı görülmüştür.

Suç türü ile fiziksel muayene durumu tablo 7' ve grafik 7'de verilmiştir. En az vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlarda (% 43) fiziksel muayene yapıldığı, cinsel saldırı suçları (% 93) ile işkence suçlarında (% 82) ise en fazla fiziksel muayene yapıldığı görülmüştür.

Suç Türü Bazında Ruhsal Muayene durumu tablo 8 ve grafik 8'de verilmiştir. Vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlar ile kaza suçlarının hiç birinde olgularda ruhsal muayene

yapılmamıştır. En fazla cinsel saldırı suçlarında (% 14) ruhsal muayene yapılmıştır. Bu bulgulardan hareketle cinsel saldırı ve işkence suçlarında, vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlara oranla daha fazla ruhsal muayene yapıldığı sonucuna varılmıştır. Vücut dokunulmazlığına karşı suç mağdurlarının hiç birinde ruhsal muayene yapılmaması dikkat çekicidir. Çeşitli araştırmalar, fiziksel saldırı, cinsel saldırı, aile içi şiddet, işkence ve kazalar sonrasında bireylerde en sık PTSD olmak üzere çeşitli psikolojik etkiler görüldüğünü ve bu etkilerin uzun süre bireyde izlenebileceğini göstermektedir (96).

Suç Türü Bazı Suç Türü Bazında fiziksel durum öyküsü tablo 9 ve grafik 9'da verilmiştir. Buna göre en fazla işkence olgularında (% 5) fiziksel durum öyküsü vardır. Aile içi şiddet suçlarının ve kazaların tamamında fiziksel durum öyküsü yoktur.

Suç Türü Bazında Ruhsal durum öyküsü Tablo 10'da verilmiştir. Vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçların, aile içi şiddet ve kazaların tamamında ruhsal durum öyküsü yoktur. Cinsel saldırı suçları ile işkence suçlarında olguların % 2'sinde ruhsal durum öyküsü vardır. Genel toplamda (grafik 10) mahkemelerin %1'inde ruhsal durum öyküsü varken, %99 'unda ruhsal durum öyküsü yoktur. Suç Türü Bazında olay öyküsü durumu Tablo 11'de verilmiştir. Buna göre genel toplamda (grafik 11) %8' olgudan olay öyküsü alınmıştır.

Adli olguların eksiksiz ve ayrıntılı muayenesi olayın aydınlatılmasında önemli yere sahiptir. Adli olgunun başvurusunun ardından bir adli rapor düzenlenmesine kadar geçen dönemde; görüşme, fizik muayene, laboratuvar, konsültasyonlar, verilerin analizi, tanı (gerekçe, tanım, sonuç) aşamalarının tümü gerçekleştirilmeli ve adli rapora aktarılmalıdır (181).

Fiziksel Muayene Bazında Ruhsal Muayene durumu Tablo 14'te verilmiştir. Buna göre fiziksel muayenelerin % 93'ünde ruh muayene yok iken, % 7'sinde aynı zamanda ruhsal muayene de yapılmıştır. Ruhsal muayene yapılan vakaların hepsinde fiziksel muayene de yapılmıştır. Fiziksel muayene yapılmayan vakaların tamamında ruhsal muayene de yapılmamıştır. Ama sorun şuradadır ki: Fiziksel muayeneyi gerektiren fiziksel travmaların olmadığı durumlarda da ruhsal bir muayeneyi gerektiren ruhsal bir travma olabilir. Bu da

adaletin temelini oluşturan suçluyu tespit için en önemli araç olan bir delilin yok sayıldığı anlamına gelmektedir. Genel toplamda olguların %37 sinde fiziksel muayene yoktur. Bunlardan 31'i literatürde özellikle kişiliğin örseleyici yanına vurgu yapılan işkence, cinsel saldırı, aile içi şiddet vakasıdır. Ne yazık ki bu vakalar, fiziksel bir muayene gerektirmediği için onlara ruhsal bir muayene de yapılmamıştır. Bütün bunlarla beraber nasıl fiziksel muayene sonucu elde edilen deliller suçun varlığı veya yokluğunun yanında nasıl ki suçun mağdura etkisinin şiddetini göstermenin bir delili ve dolayısıyla verilecek cezanın niteliğini ve niceliğini etkiliyor ise, psikolojik değerlendirme sonucu elde edilen deliller sadece suçun varlığı veya yokluğunu ispatlamamanın bir delili değil aynı zamanda suçun mağdura etkisinin şiddetini de göstermede önemli bir delildir.

Psikiyatri konsültasyonu istenen yaralanma olgularına bakıldığında toplam olgu içinde en fazla cinsel saldırıya bağlı yaralanma türünde (tablo 13) psikiyatri konsültasyonu istendiği görülmüştür. Toplam olguda yapılan psikiyatri konsültasyon durumuna bakıldığında (grafik 13) %42'sinin istenen psikiyatri konsültasyon olayın etkisini ortaya çıkarma amaçlı yapılmıştır. Diğer olguların travmatik olayla ilgisi olmayan zekâ düzeyi ve yaşanan olayın anlam ve sonuçlarını ortaya koyabilecek durumda olup olmadığını belirlemek amacı ile ruhsal değerlendirmenin ilgili ihtisas kurulunca ruh sağlığı uzmanlarınca yapıldığı tespit edilmiştir.

Ruhsal muayene durumu grafik 14'de verilmiştir. Buna göre toplam vakaların % 96'sında ruhsal muayene yokken, % 4'ünde ruhsal muayene vardır. Araştırmamızda incelenen dosyalarda travmatik olaylar olarak nitelendirilen suç türleri sonrası mağdurlarda ruhsal muayene sayısının azlığı dikkat çekicidir.

Fiziksel delillerin ortadan kalkması ya da fiziksel delillerin karartılması mümkün iken psikolojik deliller bireyde uzun süre gözlenebilmektedir. Fiziksel bulgunun olmadığı durumlarda PTSD ve diğer psikiyatrik semptomlar, suçun delili niteliğindedir. Adli olgularda fiziksel muayene aşaması sonrasında elde edilen deliller yanında psikolojik deliller bulunmakta, fiziksel delil olmayan bazı olgularda suçun ortaya çıkarılmasında psikolojik/psikiyatrik değerlendirmede elde edilen bulgular tek başına delil niteliği

taşıyabilmektedir. Özellikle bir çok olguda fiziksel bulgu saptanmayacağı düşünüldüğünde; uğranılan travma ile ilişkilendirilebilen travma sonrası stres sendromu gibi bir tanı; olayın tek kanıtı olabilir. Bu kapsamda psikiyatrik değerlendirmenin cinsel saldırı muayenesinin ayrılmaz bir parçası olduğu söylenebilir (200).

Bazı suç türleri fiziksel delil bırakmadan yapılabilir. Yapılan araştırmalarda özellikle cinsel istismar olgularında çocukların bu istismar türlerinden fiziksel temas içermeyen dolayısıyla fiziksel delil bulunmayan cinsel saldırıya maruz kaldıkları (197) ve ruhsal etkilerin uzun süreli izlenebileceği belirtilmektedir. Bu durumda fiziksel delil bırakmayan nitelikte yapılan cinsel istismarı ortaya çıkarmada en etkili delil psikoloji delil olacaktır.

İşkence tahrip edici psikolojik belirtilere neden olur; işkence yöntemleri genellikle herhangi bir fiziksel iz bırakmamak için tasarlanmışlardır ve fiziksel işkence yöntemlerinin yol açtığı fiziksel bulgular işkence yapıp yapılmadığını spesifik olarak saptamaya imkan tanımaz (189). İşkence uygulamaları üzerinden uzun bir zaman geçtikten sonra, mağdura işkence yapıldığı sadece psikolojik kanıtlarla gösterilebilir (190). Dünyada adli olgularda psikolojik değerlendirmenin önemi kendini İstanbul Protokolü ile ortaya koyar. Bu protokol İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı, Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesi için El Kılavuzudur. İstanbul Protokolü ilkeleri tüm adli olguların değerlendirilmesinde ışık tutacak bir el kılavuzu niteliğindedir.

Araştırmalar çeşitli travma türlerinde mağdurların çoğunda travmatik etkiler görüldüğünü özellikle travma sonrasında PTSB bulgularının diğer psikopatolojik hastalıklar içinde en yaygın olarak görüldüğü ve uzun süreli izlenebileceği belirtilmektedir. PTSB; Tecavüz veya cinsel istismar mağdurlarının yaklaşık %50'sinde, diğer şiddet eylem mağdurlarının yaklaşık %25'inde, trafik kazalarının yaklaşık %20'sinde, hayati tehlike barındıran hastalıklara sahip hastaların %10 -20'si arasında, bazı meslek gruplarında (polis, itfaiye ve kurtarma görevlerinde çalışanlar) %8-20 arasında, %3-10 arasında felaketten mağdur olan kişilerde, %9-17 arasında felaket durumunda çalışan yardım görevlilerinde, kaza veya şiddet eylemleri tanıklarının yaklaşık %5'in de görüldüğü ifade edilmiştir. (137,138)

İnsan eliyle kasıtlı olarak oluşturulan travmaların, doğal felaketlerden daha fazla PTSD oluşturduğu ve doğal felaketlerden sonraki ruhsal sorunların insan eliyle amaçlı olarak oluşturulanlara göre daha kısa süreli ve hafif olduğu belirtilmektedir (26). Tecavüz mağdurlarının tümünde PTSD olasılığı diğer travma tiplerine göre daha fazladır (186).

Yapılacak doğru ve eksiksiz değerlendirmeler adli sürecin doğru şekilde işlemesine yardımcı olacağı gibi mağdura erken müdahalenin mağdurun erken tedavisinde önemli rol oynar. Deneysel çalışmalardan elde edilen bulgular travma odaklı BDT özellikle cinsel istismara maruz kalan semptomatik çocuklara erken müdahale için (1-6 ay-travma sonrası) önerilmektedir (186).

Ruhsal Muayene Bazında Uzman durumu grafik 15'te verilmiştir. Buna göre ruhsal muayenelerin % 56'sından ruh sağlığı uzmanı yok iken, sadece muayenelerin % 44'ü ruh sağlığı uzmanı tarafından yapılmıştır. Ruh Sağlığı Uzmanı bulunan olguların tümünde ruhsal muayene klinik gözleme dayandırılarak yapılmış, ayrıca travmayı ölçmeye yönelik psikolojik test uygulanmamıştır. Tanı konmamış olguların ikisinde, PTSD tanısı konmuş olguların üçünde, kişilik bozukluğu tanısı konmuştur. Olguların birinde, psikoz tanısı konmuş olgularının birinde ruh sağlığı uzmanı bulunduğu; beş nevroz tanısı konmuş olgularda ruh sağlığı alanında herhangi bir uzman bulunmadığı tespit edilmiştir.

Bu değerlendirme aşamasında ne ruh sağlığı uzmanı ne de Adli Tıp uzmanları tarafından herhangi bir travmayı değerlendirmeye yönelik test uygulanmadığı sadece klinik gözlemlere dayandırılarak mağdurun ruh hali ile ilgili bilgiler verildiği görülmektedir. Travmatik olay sonrasında mağdurda görülen 'nevroz' tanısı Adli Tıp uzmanlarının mağdurun muayene esnasındaki duygu ve davranış durumu gözlemlere dayandırılarak verildiği, raporlarda ifade edilen "genel anksiyete halinde olduğu" şeklindeki ibareden hareketle tanı grubunda nevroz teşhisine yer verilmiştir. Uzmanın gözleminin ve bu ifadenin de ruhsal muayene sayılacağı düşünülmüştür.

Bilgi formunda kullanılan 'nevroz' terimi ruh sağlığı alanında herhangi bir

uzmanlığı bulunmayan kişilerin, genelde pratisyen hekimlerin, mağdurun dışı yansıyan duygu durumunu açıklamaya çalışırken kullandıkları “anksiyeteli, endişeli, kaygılı vs..” gibi kavramları gruplamak amacıyla kullanılan bir kavramdır. Adli olayın bir konusu olma kendi başına bir stres kaynağıdır. Üstelik kişi bir olayda mağdur konumundaysa bu stres daha şiddetli bir şekilde yaşanır. Delil toplamak aşamasının her zaman en önemli parçası olan adli –tıbbi raporlama bunun gibi öznel, farklı yorumlanabilecek teknik ve bilimsel destekten yoksun ehil olmayan ellere bırakılmayacak kadar önemlidir. Delil var olan bir durum değerlendirilmesinde değil; o durum veya nesne ile adli olay arasında kurulabilecek en nesnel, bilimsel ilişkidir. Örneğin babalık davalarında kişi ile onun oğlu olduğunu iddia eden kişi arasındaki bilimin oluşturduğu ilişki gibi. Delil ne baba olduğunu iddia eden kişi ne de oğulluk iddiasında bulunan kişidir; bilimin onlar arasında kurduğu en nesnel ilişkidir. Bundan dolayı bilimin imkânları dâhilinde adli olaylara yaklaşmak ve bu yaklaşımın oluşturduğu ilişki sonucu ortaya ilerde mahkeme aşamasında suçlunun bulunup cezalandırılmasında etkili kullanılabilecek delillere ihtiyaç vardır.

TCK'nın 5237 sayılı yasada yaralama ve suç mağdurunda ruhsal travma ile ilgili maddeler yer almıştır. Bu maddeler şunlardır: Vücut dokunulmazlığına karşı suçlar başlığı altında kasten yaralama suçuna giren madde 86, İşkence ve Eziyet suçları başlığında madde 94, madde 96; Cinsel özgürlük aleyhine suçlar başlığı altında cinsel saldırı (madde 102) çocukların cinsel istismarı; (madde 103), Kişilerin huzur ve sükûnunu bozma (madde 123), bu maddelerde kişide oluşan ruhsal arazların ceza miktarını arttıracakları belirtilmektedir. Araştırmamızda yasanın varlığı ile ruhsal muayene durumu arasındaki ilişki incelendiğinde yasanın varlığına bağlı olarak ruhsal muayene durumunun değişmediği sonucu bulunmuştur. Türkiye’de adli psikiyatrik değerlendirmede yaş tespitinde, sanığın suça karşı cezai ehliyetinin bulunup bulunmamasını değerlendirmede, hukuki ehliyetinin bulunup bulunmadığının tespitinde ve suç ile psikiyatrik bozuklular arasında ilişkinin ortaya çıkmasında adli psikiyatrik değerlendirmeye ve kullanılan tanılama yöntemlerine ve araçlarına güvenerek ruhsal değerlendirmeye başvurmadan ve bunu mahkeme kararlarında aynı yönde kullanmaktan çekinmeyen hukuk sistemi özellikle işkence, cinsel istismar ve aile içi şiddetin olduğu travmatik olgularda ise ruhsal değerlendirmeye gereken önemi vermemesi düşündürücüdür.

Adli olguların tanımlanması ve suçun aydınlatılabilmesi için delilerin eksiksiz toplanması önem taşımaktadır. Yapılan adli görüşme güvenli bir ortamda ve yeterli zaman içinde yapılmalıdır. Görüşmede etkin dinleme, titiz iletişim, saygı, empati ve dürüstlük ile hastanın güveni kazanılmalıdır, insanın bilgiden önemli olduğu farkında lığın bulunması önemlidir (181).

Adli olguların değerlendirilmesinde olayla ilgisi olduğu düşünölen her bulgunun raporda eksiksiz olarak belirtilmesi gerekir. Travmatik olguların değerlendirilmesi multidisipliner bir çalışmayı gerektirebilir. Bu nedenle travmatik olguların ilgili ruh sağlığı uzmanlarına yönlendirilmesi ve uzmanlar tarafından yapılan muayenelerde görüşmenin koşullarına dikkat edilmesi gerektiği gibi objektifliği sağlamak amacıyla gerekli ölçüm araçlarının da kullanımının yaygınlaştırılması gerekmektedir.

ÖZET

Bu çalışma, Türkiye'deki yaralanma olgularında ruhsal muayene kullanımının olup olmadığını tespit edebilmek, uygulanmıyorsa bunun önemine yer vermek, uygulanıyorsa var olan eksiklikleri tespit edebilmek ve yeni yasa ile birlikte gelişmelerin tespitinin bir bilimsel çalışma ile somut bir şekilde ortaya koyabilmek amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla hazırlanan bilgi formu ile İstanbul ilini kapsayan dört adliyenin ceza mahkemelerinde bulunan vücut dokunulmazlığı, işkence, cinsel saldırı, aile içi şiddet, kaza ile ilgili dosyalarının içinde yer alan adli raporlar incelenmiştir.

Dört farklı adliyeden rastgele yöntemi ile seçilen dosyaların suç türlerine göre dağılıma bakıldığında taranan 390 dosyada en fazla vücut dokunulmazlığı'na karşı suçların geldiği bu suç türüne ise en fazla erkeklerin maruz kaldığı görülmüştür. Cinsiyete göre yaş dağılımına bakıldığında olguların 3/4'nün erkeklerin oluşturduğu ve 4/5'nin 18 yaş üstünde oldukları görülmektedir. Çocuk olgularının 20'si kız çocuğu, 31'i erkek çocuktur. Çocukların en fazla cinsel istismar suçuna maruz kaldıkları görülmüştür. Toplam dosyada %60 oranında fiziksel muayene yapıldığı, cinsel saldırı ve işkence suçlarında, vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlara göre daha fazla fiziksel muayene yapıldığı görülmüştür. Genel toplamda %2 oranında fiziksel durum öyküsü alındığı, %1 oranında ruhsal durum öyküsü alındığı %8 oranında olay öyküsü alındığı tespit edilmiştir.

Olguların ruhsal muayene durumu değerlendirildiğinde Toplam olguların %96'sında (374 olgu) ruhsal muayene yapılmadığı %4'ünde oranında (16 olgu) ruhsal muayene yapıldığı tespit edilerek bu sonucun ortaya atılan hipotezi destekler nitelikte olduğu görülmüştür. Travma olgusunda ruhsal yapı değerlendirirken herhangi bir standart bir uygulama olmadığı, bu değerlendirmelerde Adli Tıp uzmanlarının toplam olguların 7'sinde klinik gözlemlere dayandırılarak 'mağdurun genel anksiyete durumları' ile ilgili görüş bildirdikleri, bu raporların hiçbirinde psikiyatrik konsültasyon yapılmadığı tespit edilmiştir. Ruhsal muayeneyi yapan ruh sağlığı uzmanlarının hiçbirinin standart ölçüm araçları kullanarak değerlendirme yapılmadığı, muayenelerde travmayı ölçmeye yönelik araçların kullanılmadığı tespit edilmiştir.

Adli muayenenin amacı tıbbi kanıtların ortaya çıkararak yargı sürecinin doğru Şekilde yönlendirilmesidir. Bunun için yapılması zorunlu olan ayrıntılı, eksiksiz muayene yapılması, standart adli muayene raporu hazırlanması, özellikle travmatik olaylarda ruhsal muayenenin de dikkate alınması gerekmektedir. Yapılan adli görüşme güvenli bir ortamda ve yeterli zaman içinde yapılmalıdır. Görüşmede etkin dinleme, titiz iletişim, saygı, empati ve drŐtlk ile hastanın güveni kazanılmalıdır, insanın bilgiden önemli olduğu farkındalığının bulunması önemlidir.

Özellikle travmatik olayla ilgisi olduğu dŐnlen her olgunun semptomları dikkate alınmalı ve ruhsal muayenelerde travmayı ölçmeye yönelik testlerin uygulanma alanının yaygınlaştırılması gerekmektedir. Psikolojik delilin önemli bir delil olduğu gereği unutulmamalı ve adli olgularla alıŐan tm meslek gruplarının (hâkim, savcı, adli tıp uzmanı, avukat, psikiyatrist, psikolog) adli olguya yaklaşım ve değerlendirme sürecinde gereken zeni gstermeleri gerekmektedir.

SUMMARY

In the study, it is target to determine if the psychological evaluation is used or not in trauma cases. If psychological evaluation is not used, it is put forth importance of this for consideration. If psychological evaluation is used, it is determined defect of existent. It is target to objectify with scientific study in determination of development that occur in new law.

For this target, data document is set and forensic reports are analysed. Forensic cases are choosed from four different law court (İstanbul, Üsküdar, Kadıköy, Bakırköy) by randomize method. Forensic cases are consist of psychical violent, torture, sexual assault, domestic violence and accident. According to crime type it is determined that psychical violence has the most proportion in the crime types, in 390 case. Men, who are stay more than women in social experience, are the most exposed to violence in all case.

According to gender and age dissolution, the proportion of man in cases is 3/4 and the proportion of above of 18 age is 4/5 children are the most exposed to sexual abuse in other crime type. In total file, forensic physical evaluation is used (proportion %60) Physical evaluation is used in sexual assault and torture more than physical assault. Physical anamnesis %2 , psychological anamnesis %1 ,case anamnesis %8 are used in total case.

When assesing psychological evaluation of case, it is determined that psychological evaluation is not used in proportion of 96 / 374 case, and it is used in proportion of 4 / 16 case. This result show affirming of our predicating hypothesis. It is determined that when assesing the psychological structure, there is not used any standart application in this evaluation. Forensic medicine experts use clinic observation (in 7 case)and they say their opinion with general anxiety aspect of victim and there is not made psychiatric conultation in this case. Non of the mental health experts who evaluate psychological state use standart measure instrument or instrument that measure trauma.

The aim of forensic evaluation is to reveal medical evidence and to direct judgement process correctly. With for this aim, detailed and absolute evaluation and standart forensic evaluation should be made. Psychological evaluation should be considered espically in traumatic cases. Forensic interview is should be made in safety medion and in sufficient time . expert should take confidence with active listening, careful communication, consideration, empathy, honesty. Expert should be awareness of that human is more important than data. In forensic interview , precase anamnesis, postcase anamnesis and precase medical anamnesis (physical , psychological)should be get.

Psyhological evidence is as important as physical evidence. Especially in traumatic case, all symptoms should be considered and the usage of test that is used examination of trauma, should be generalized. Career cluster who works with forensic case (adjudicator, prosecutor, forensic medicine expert, lawyer, psychiatrist, psychologist) pay attention approaching and evaulating the forensic case.

KAYNAKLAR

- 1- Enrenreich, J.H.(2003):Understanding PTSD: forgetting “trauma”, *Analyses of social Issues and Public Policy* 3(1):15–28.
- 2- MatsakisA., 2004.Ed. Don R. Catherall,Handbook of Stres, Trauma and the Family, Routledge .s.14 .
- 3- Fiziksel travma, <http://tr.wikipedia.org/> Travmatoloji. Erişim Tarihi:08.10.2008.
- 4- Çetin G.(1999) Yaralar, Adli Tıp, Cilt I., Böl.Ed. Soysal Z.,Çakalır, C.,İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları,İstanbul,s.475.
- 5- Van der Kolk, B., Streeck-Fischer A. (2002) :Gewaltbereitschaft als Traumafolge. In: Heitmeyer W. Hagan J.(Hrsg).Handbuch der Gewaltforschung.
- 6- Briere, J., Scott, C., (2006).Principles of Trauma Therapy : A Guide to Symptoms, Evaluation and Treatment: Sage Publication.
- 7- Haukson, P. (2003): *Psychological Evidence of Torture*. CPT, s,91
- 8- Shay, J.(1991): Learning about combat stres from Homer’s Illias. *Journal of Traumatic Stress*, 4(4).561–579.
- 9- Hausmann, C.(2006): Einführung in die Psychotraumatologie: Wien, UTV.
- 10- Tehrani N.,(2004)Work Place. Trauma-Concepts,Assessment and Interventions., Psychology Pres. Kluwer Academic Publishers. s.5–23.
- 11-Ericksen, J.E.(1867): On Railway And Other Injuries Of The Nervous System. Phialadelphia: Henry C. Lea.
- 12- DeCosta, J.M.(1871): On irritable heart: A clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *American Journal of Medical Sciences*, 61,s. 2–53.
- 13- Oppenheim, H.(1889): Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charite in den letzten 5 Jahren gessammelten Beobachtungen. Berlin, Hirschwald.
- 14- Freud, S.(1896): Zur Aetiologie des Hysterie. In: Studienausgabe, Band VI, Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag, 51–81.
- 15- Lindeman, E.(1944): Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141–148.

- 16- Salmon, T.W.(1919): War neuroses and their lesson. *New York Medical Journal*, 109, 993–994.
- 17- Kardiner, A.(1941): *The Traumatic Neurosis Of War*. New York: Hoebner.
- 18- Bodman, F.(1941): War conditions and the mental health of the child. *British Medical Journal*, 11, 486–488.
- 19- Mercer, M.H.&Despert, J.M.(1943):Psychological effects of the war on French children. *Psychosomatic Medicine*, 5,266–272.
- 20- Caarey-Trefzer, C. J.(1946): The results of a clinical study of war-damaged children who attended a child guidance clinic. *Journal of Mental Science*, 95, 535–559.
- 21- Puzicha, K., Hansen, D.&Weber, W.(2001): *Psychologie für Einsatz und Notfall. Internationale truppenpsychologische Erfahrungen mit Auslandseinsätzen, Unglücksfällen, Katastrophen*. Bonn: Bernard&Graefe.
- 22- Ludewig-Kedmi, R., Spiegel, M.V.&Tyranziel, S.(Hg) (2002): *Das Trauma des Holocaust zwischen Psychologie und Geschichte*. Zürich: Chronos.
- 23- Teegen, F.(2003): *Posttraumatische Belastungsstörung bei gefährdeten Berufsgruppen. Prävalenz-Prävention-Behandlung*. Bern: Huber.
- 24- Amann, G.&Wipplinger, R.(Hg) (2005): *Sexueller Missbrauch, Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie*. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Tübingen: DGVT.
- 25- Aker,T.,Önen P.,Karakılıç H.,(2007). Psycholocal Trauma Research and Practice in Turkey. *International Journal of Mental Health*. 36 (3).s.38–57.
- 26- Watson,C.G.,Brown K,Kucala T ve ark. (1993):Two Studies of Report Pretraumatic Stressors Effect on PTSD Severity. *J ClinPsychol*, 49,s.311–318.
- 27- Eisenstat, S.A.&Bancroft, L. (1999). Domestic violence. *New England journal of Medicine*,341, s.886–892.
- 28- Coker ,A.L.,Smith,P.H.,Mc Keown,R.E.,King,M.J.(2002). Physical and Mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*,23, s.260–268.

- 29- Wolker, L.E.(1992). Battered woman syndrome and self-defense. Symposium on women and the law. *Notre Dame Journal of Law, Ethic and Public Policy*,6, s.321–334.
- 30- Gleason, W.J.(1993). Mental disorder in battered women: An empirical study. *Violence and Victims*,8, s.53–68
- 31- Golding J.M.(1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A metaanalysis. *Journal of Family Violence*,14, s.99–132
- 32- Rigsby, R.K.(1995): An injury into the adaptive function of withdrawal: focusing on depression and abusive relationships. *Dissertation Abstract international*,55(9-B),4131.(UMI No.9503083)
- 33- Dutton, M.A.(1992).Assesment and treating of post-traumatic stress disorder among battered women. D.W.Foy (Edit.).*Treating PTSD: Cognitive-Behovioral strategies. Treating manual for practitioners* (s.69–98). New York: Guilford.
- 34- Astin,M.C.,Lawrence,K.J.,&Foy,D.W.(1993).Posttraumatic stres disorder among battered women: Risk and resiliency factors.*Violence and Victims*,8, s.17-28.
- 35- Sharhabani-Arzy R.,Amir M.,Kotler M.,&Liran R., (2003). The Toll of Domestic Violence: PTST among Battered Women in an Israeli Sample. *J Interpers Violence* 18; s.1335
- 36- Hanson, R.K.(1990).The Psychological impact of sexual assault on women and children: a review. *Ann Sex Res* 3, s.187–232.
- 37- Resick, P.A. (1993). The Psychological impact of rape. *J Interpers Violence* 8, s. 223–225.
- 38- Polusny,M.A.,& Follette,V.M. (1995). Long term correlates of child sexual abuse: theory and review of the empirical literature. *Appl Prev Psychol; Curr Sci Perspect* 4, s.143–166.
- 39- Finkelhor,D.,&Browne,A.(1985).The Traumatic Impact of Child Sexual Abuse: A Conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*,55(4).
- 40- Breitenbecher, K.H.(2001), Sexual Revictimization Among Women A review of the literature focusing on empirical investigation. *Aggression and Violent Behavior* 6, s. 415–432.

- 41- Brockington,I.(2001).Suicide in women. *International Clinical Psychopharmacology*, 16, s.7–19.
- 42- Ullman,S.E.,(2004).Sexual assault victimization and suicidal behavior in women: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* 9,s.331–351.
- 43- Zoroğlu S., Tüzün Ü.,Şar V., Öztürk M., Eröcal M.K., Alyanak B., 2001. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 2(2), s.69–78.
- 44- Türkiye İnsan Hakları Vakfı- TİHV. Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu Ankara, TİHV Yayınları, 2002.
- 45- Guerrero J. W.,(2006):“Child Maltreatment and Domestic Violence as Additive Traumas in the onset of PTSD”.Yayımlanmamış Doktora Tezi., Fairleigh Dickinson University, Umi Number; 3206069.
- 46- MacMillan, H.L.,&Munn,C.(2001): The sequelae of child maltreatment. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, s.325–331.
- 47- Putman, F.W.(2003):Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*,42, s.269–278.
- 48- RCT Field Manual on Rehabilitation Version 1:1, Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims Version 1:1, s. 338–346.Ed.Bengt H.Sjölund, Copenhagen, 2007.
- 49- Fraiberg S.(1982): Psychological defences in infancy. *Psychoanalytic Quarterly*. 51 s.612–635
- 50- Terr, L.(1991) :Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatr*, 27: s.96–104.
- 51- Bower G.H.,Sivers H.,(1998). The Cognitive Impact of Traumatic Events. *Development and Psychopathology*, 10,s. 625–653.
- 52- Cole P.M.,Putnam F.W.,(1993): The Effects of Incest on Self and Social Functioning: A Developmental Psychopathologic Perspective. *Journal Consultant Clinical Psychology*, 60,s.174–185.
- 53- Streeck-Fischer A., Kepper I., Lehmann U.Schrader-Mosbach H. (2000): Gezeichnet für das Leben Stationäre Psychotherapie von misshandelten und

missbrauchten Kindern. In: Streeck-Fischer A. , Sachsse U., Oezkan I. eds. Körper, Seele, Trauma Vandenhoeck.

- 54-** Wolfe, D. A., Sas, L., Wekerle, C. (1994): Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 18(1), s.37–50.
- 55-** Putman F. W. (1997) : Dissociation in child and adolescents. Guilford Press New York.
- 56-** Guzder, J., Paris, J., Zelkowitz, P., Marchessault, K., (1996). Risk Factors for Borderline Pathology in Children. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 358(1), 26–33.
- 57-** Herman J.L., Perry J.C., Van der Kolk B.A., (1989). Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 146, s.490–495.
- 58-** Ogata, S.N., Silk K.R., Goodrich, S.(1990). The Childhood Experience of the Borderline Patient. In: Family Environment and Borderline Personality Disorder: Links PS (Ed.) Washington DC, American Psychiatric Press, 85–104.
- 59-** Marziali E. (1992). The Etiology of Borderline Personality Disorder: Developmental Factors. In: Borderline Personality Disorder. Clarkin, J.F., Marziali, E. Munroe-Blum H. (Ed.) New York: Guilford Press, 27-44.
- 60-** Zanarini, M.C.; Williams, A.A.; Lewis, R.; Reich, B.; Vera, S. C.; Marino, M. F.; Levin A.; Yong, L.; Frankenburg, F.(1997). Reported Pathological Childhood Experiences Associated with the Development of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry* 154(8), s.1101–1106.
- 61-** Driessen, M. Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., Barea, R., Wulff, H., Ratzka, S.(2002). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe Posttraumatische Störung. *Nervenarzt* 73, s. 820-829.
- 62-** Kaminer D., Sedaat S., Stein J.D.(2005). Post-traumatic Stress Disorder in Children. *World Psychiatry* 4(2), s.121–125.
- 63-** Sanders, B. & Giolas, M.H.(1991): Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. *American Journal of Psychiatry*. 148, s. 50–54.

- 64-** Schore, A.(1994) :Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development. Hillsdale, N.J. Lawrence Erlbaum Associates
- 65-** Streeck Fischer A. (1998): Über die Mimikry-Entwicklung am Beispiel eines jugendlichen Skinheads mit frühen Erfahrungen von Vernachlässigung und Misshandlung. In: Streeck Fischer A. ed. Adoleszenz und Trauma. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen 161–163
- 66-** Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Willimason, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J.S.(1998): Relationship of childhood abuse to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventiv Medicin.* 14, 245-258.
- 67-** Kendall&Tackett,K.,A.,Williams,L.M.& Finkelhor, D.(1993):Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent emirical studies. *Psychology Bulletin*, 113, s.164–180.
- 68-** Streeck-Fischer, A.(2004): Trauma und Entwicklung Folgen von Traumatisierung in Kindheit und Jugend. *Psychiatria Danubina*, 16(4),s.269–278.
- 69-** Shalev, A.(2001): Traumatischer Stres, Körperreaktionen und psychische Störungen. In: A.Maercker&U. Ehler (Hg.): *Psychotraumatologie. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie*, Band 20. Göttingen: Hogrefe, 27–43.
- 70-** Otis, J., Keane, T.&Kerns, R.(2003): An examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stres disorder. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 40, s.397–406.
- 71-** Beckham, J.C., Crawford, A.L., Feldman, M.E., Kirby, A.C., Herzberg, M.A., Davidson, R.J.&Moore, S.(1997): Chronic post-traumatic stress disorder and chronic pain in Vietnam combat veterans. *Journal of Psychosomatic Research*, 43,s. 379–389.
- 72-** McFarlane, A.C., Atchinson, M., Rafalowicz, E&Papay, P.(1994): Physical symptoms in posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, s.607–617.
- 73-** Schnurr, P.P.& Jankowski, M.K.(1999): Physical health and post-traumatic stres disorder. Review and synthesis. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 4,s. 295–304.

- 74-** Deykin, E., Keane, T., Kaloupek, D., Fincke, G., Rothendler, J., Siegfried, M. & Creamer, K. (2001): Posttraumatic Stress Disorder and the Use of Health Services. *Psychosomatic Medicine*, 63, s. 835–841.
- 75-** Maercker, A., Ehlers, U., (2001): Psychotraumatologie-eine neue Theorie-und Praxisperspektive für verschiedene medizinische Disziplinen. In: A. Maercker, & U. Ehlers (Hg): *Psychotraumatologie. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie*, Band 20. Göttingen: Hogrefe, 11–23.
- 76-** Dew, M.A., Kormos, R.L., Roth, L. H., Murali, S., DiMartini, A. & Griffith, B.P. (1999): Early post-transplantant medical compliance and mental health predict physical morbidity and mortality one to three years after heart transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 18, s. 549–562.
- 77-** Stukas, A.A., Dew, M.A., Switzer, G.E., DiMartini, A., Kormos, R.L. & Griffith, B.P. (1999): PTSD in heart transplant recipients and their primary family caregivers. *Psychosomatics*, 40, s. 212–221
- 78-** Kampfhaber, H.P., Rothenhaeusler, H.B., Krauseneck, T., Stoll, C. & Schelling, G. (2001): Posttraumatische Belastungsstörung und gesundheitsbezogene Lebensqualität von Überlebenden eines ARDS im Langzeitverlauf. In: A. Maercker & U. Ehlers (Hg): *Psychotraumatologie. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie*, Band 20. Göttingen: Hogrefe, 119–138.
- 79-** Diedrich, M., Siol, T., Thomas, W. & Köhle, K. (2001): Psychische Langzeitfolgen bei hämatologisch-onkologischen Patienten. In: Maercker & U. Ehlers (Hg): *Psychotraumatologie. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie*, Band 20. Göttingen: Hogrefe, 59–73.
- 80-** Campbell, T. A. (2007). Psychological assessment, diagnosis, and treatment of torture survivors: A review, *Clinical Psychology Review* 27, s. 628–641.
- 81-** İnsan Hakları Derneği, İHD, 2007 İnsan Hakları Raporu, Ankara
- 82-** Başoğlu, M., (1993). Prevention of torture and care of survivors: an integrated approach. *Journal of the American Medical Association*, 270(5), s. 606–611.
- 83-** Ramsay, R., Gorst-Unsworth, C., Turner, S. (1993). Psychiatric morbidity in survivors of organized state violence including torture. A retrospective series. *British Journal of Psychiatry*, 162, s. 55–59.

- 84-** Roncevik-Grzeta, I., Franciskovic, T., Moro, L., Kastelan, A.(2001). Depression and torture. *Military Medicine*, 166 (6),s.530–33.
- 85-** Ekblad,S., Prochazka, H., Roth,G., (2002) Psychological impact of torture : A 3-month follow- up of mass- evacuated Kosova adult in Sweden. Lessons learned for prevention. *Acta Pschiatrica Scand* 2002; 106(Suppl. 412) : 30–36.
- 86-** Schall S., & Elbert T.,(2006).*Journal of Traumatic Stress*, 19 (1), s. 95–105.
- 87-** Berman, H. (2001). Children and War: Current understandings and future directions. *Public Health Nursing*, 18, s. 243–252.
- 88-** Barenbaum, J., Ruchkin, V. and Schwab-Stone, M. (2004): The psychosocial aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45,s. 41–62.
- 89-** Kuwert, P., Spitzer, C., Trader, A.,Harald J., Erman, F.&Erman, M.(2007): Sixty years later: post-traumatic stresssymptoms and current psychopathology in former German children of World War II , *International Psychogeriatrics* , 19:5, 955–961.
- 90-** Nader, K. O., Pynoos, R. S., Fairbanks, L. A., al-Ajeel, M. and al-Asfour, A.(1993): A preliminary study of PTSD and grief among the children of Kuwait following the Gulf crisis. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, s.407–416.
- 91-** Dyregrov, A., Gjestad, R. and Raundalen, M. (2002): Children exposed to warfare: longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 15, s.59–6
- 92-** Thabet, A. A. and Vostanis, P. (1999): Post-traumatic stress reactions in children of war. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, s.385–391.
- 93-** Laor, N.,Wolmer, L. and Cohen,D. J. (2001). Mothers' functioning and children's symptoms 5 years after a SCUD missile attack. *American Journal of Psychiatry*, 158,s. 1020–1026.
- 94-** Schall S., & Elbert T.,(2006) *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), s. 95–105.
- 95-** The World Report on Traffic Injury Prevention, 2004. The Fundamentals, Chapter One, Geneva, 2004.
- 96-** Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Freidenberg, B. M., Malta, L. S., Kuhn, E., & Sykes, M.A. (2004). Two studies of psychiatric morbidity among motor vehicle accidentsurvivors 1 year after the crash. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 569–583.

- 97-** Kessler, R. C. (1995). The national comorbidity survey: Preliminary results and future directions. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5(2), 139–151.
- 98-** Miller M.L.,(2007). “The Interrelationship Between Social Support and Post-Trauma Symptoms in the Aftermath of a Severe Motor Vehicle Accident”. Yayınlanmamış doktora tezi. (UMI Number: 3277708).
- 99-** Kramer, T. L., Lindy, J. D., Green, B. L., Grace, M. C., & Leonard, A. C. (1994). The comorbidity of post-traumatic stress disorder and suicidality in Vietnam veterans. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 24(1), 58–67.
- 100-** Roca, R. P., Spence, R. J., & Munster, A. M. (1992). Posttraumatic adaptation and distress among adult burn survivors. *American Journal of Psychiatry*, 149(9),1234–1238.
- 101-** Blanchard, E. B., Buckley, T. C., Hickling, E. J., & Taylor, A. E. (1998). Posttraumatic stress disorder and comorbid major depression: Is the correlation an illusion? *Journal of Anxiety Disorders*, 12(1), 21–37.
- 102-** Ozaltın M., Kaptanoğlu C., Aksaray G.,(2004). Motorlu araç kazalarından sonra görülen Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1):16–25.
- 103-** Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68(5), 748–766.
- 104-** Ozer, E.J., Best, S., Lipsey, T.&Weiss, D.S.(2003): Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta analysis, *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- 105-** Irish L., Ostrowski S.A.,Fallon, W.,Spoonster E.,Dulmen M., Sledjeski E.,&Delahanty D.I.,(2008). Trauma History Characteristics and Subsequent PTSD Symptoms in Motor Vehicle Accident Victims. *Journal of Traumatic Stres*, 21(4),s.377–384.
- 106-** Yull, W., Williams, R., & Joseph, S. (1999). Post-traumatic stress disorder in adults. In E.Yule (Ed.), *Post-traumatic stress disorders: Concepts and Therapy*. s.1–24.

- 107-** Aker T., Önen P. (2006). Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Fenomolojisi, Anksiyete Bozuklukları, Ed.,R.Tükel,T.Akln, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi, No-4, s.385-405, Ankara.
- 108-** Breslau,N.,Kessler,R.C.,Chilcoat,H.D.,Schultz,L.R.,Davis,G.C.,&Andreski, P.(1998).Trauma and posttraumatic stres disorder in the community:The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55,626–632.
- 109-** Breslau, N., & Davis, G. (1992). Posttraumaticstress disorder in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*, 149, 671–675.
- 110-** Simmons C. A. ,&Granvold D. K.,(2005). A Cognitive Model to Explain Gender Differences in Rate of PTSD Diagnosis. *Brief Treatment and Crisis Intervention 5*: 290–299.
- 111-** Siol, T., Flatten, G.&Wöller, W.(2004): Epidemiologie und Komorbiditat der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Flatten, G. et al.(Hg): Posttraumatischen Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 51–69.
- 112-** Yehuda, R.(Ed.) (1999): Risk-Factors for Posttraumatic Stres Disorder. Washington DC: American Psychiatric Association.
- 113-** Voges M.A.,Romney M.D.,(2003). Risk and resiliency factors in posttraumatic stres disorder. *Annals of General Hospital Psychiatry*,2(4), s.1–9.
- 114-** Kassam-Adams N, Winston FK. (2004) Predicting child PTSD: the relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43. s.403–11.
- 115-** Marmar, C., Weiss, D.S., Scenger, W., Fairbank, J., Jordan, K., Kulka, R.&Hough, R. (1994): Peritraumatic dissociation and posttraumatic stres in male Vietnam theatre veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, s. 902–907.
- 116-** Bryant, R.&Harvey, A.(1997): Acute stres disorder: A critical review of diagnostic issues. *Clinical Psychology Review*, 17, 757–773.
- 117-** Solomon, Z. (1997): Akute Kampfreaktionen und PTSB- Die israelische Erfahrung. In: T. Spoerner (Hg): Stressbewältigung und Psychotraumatologie im humanitären Hilfeinsatz. Bonn, s. 92–111.

- 118-** Shalev, A., Peri, T., Canetti, L.&Schreiber, S.(1996): Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 153,s. 219–225.
- 119-** Feeny, N.C., Zoellner, L.&Foa, E.(2000): Anger, dissociation and post-traumatic stress disorder among female assault victims. *Journal of Traumatic Stress*, 13,s.99–100.
- 120-** Ehlers, A., Mayou, R.A.&Bryant, B.(1998): Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents, *Journal of Abnormal Psychology*, 107, s.508-519.
- 121-** Ehring, T., Ehlers, A.&Frank, S. (2006): Die Rolle von Rumination und abstraktem Denken bei der Aufrechterhaltung der PTBS. Vortrag bei der 8.Jahrestagung der DeGPT, Mai 2006. <http://www.trauma2006.de/download/trauma2006.pdf> (01.06. 2006)
- 122-** March JS.2003, Acute Stress Disorder in Youth: A Multivariate Prediction Model. *Biol Psychiatry* 53,s.809–16.
- 123-** Aker,T.,Tural Ü.,Önder E.,(2006).Travma Sonrası Stres Bozukluğun Patogenezi, Anksiyete Bozuklukları, Ed.,R.Tükel,T.Akılın, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi, No-4, s.417, Ankara
- 124-** Granvold,D.K.(1995).Cognitive treatment. InL. Beebe,(Ed.)N.A.Winchester, F.Pflieger,&S.Lowman,Encyclopedia of social work.s.525-538.Washington, DC:NASW Pres.
- 125-** Beck, A. T. (1993). Cognitive approaches to stress. In (Eds.) P. M. Lehrer & R. L. Woolfolk Principles and practice of stress management 2nd ed., s.333–372. New York: Guilford Press.
- 126-** Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2002). Gender and PTSD: A cognitive model. (Eds.), In R. Kimerling, P. Ouimette, & J. Wolfe *Gender and PTSD*, s. 76–97. New York: Guilford Press.
- 127-** Nurius, P. S., & Berlin, S. B. (1995). Cognition and social cognitive theory. In (Eds.), L. Beebe, N. A. Winchester, F. Pflieger, & S. Lowman. *Encyclopedia of social work*. s.513–524. Washington, DC: NASW Pres

- 128-** Fischer, G.&Riedsler, P.(1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhardt.
- 129-** Barker, R.L.(1999). *The Social work dictionary*. Washington, DC: NASW Pres.
- 130-** Foa, E. B.,& Rothenbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. s.82, New York: Guilford Press.
- 131-** Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (1999).Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy* (37), 809–829.
- 132-** Davis, R. C., Brickman, E. R., & Backer, T. (1991).Effects of supportive and unsupportive responses of others to rape victims: Effects on concurrent victim adjustment. *American Journal of Community Psychology*, 19, 443–451.
- 133-** Sayıl I., Pekyardımcı C.,Özgüven H. D.,(1998). Trafik Kazasına Uğrayan Kişilerde Akut Stres Belirtileri Bozukluğu. *Kriz dergisi*, 6(1):13–20
- 134-** Turan T.M., Eşel E., Keleş S.,(2003). Motorlu Araç Kazası Geçiren Kişilerde Akut Stres Bozukluğu Semptomlarının Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2003:6(1):12–17.
- 135-** Resnick,H.S.,Kilpatrick,D.G.,Dansky,B.S.,Saunders,B.E.,&Best,C.L.(1993) Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (61),984–991.
- 136-** Woods,S.J.&Campbell J.C.,(1993).Posttraumatic Stress in Battered Women: Does the Diagnosis Fit?.*Issues in Mental Health Nursing*, 14 (2), s. 173-186.
- 137-** Flatten G.,Gast U.,Hofmann A.,Liebermann, P.,ReddemannL.,Siol T.,Wöller W.& Petzold,E.R.(2004): Posttraumatische Belastungsstörung.Leitlinie und Quellentext.2.Auflage.Stuttgart:Schattauer
- 138-** Friedmann, A., Hoffmann, P., Leuger-Schuster, B., Steinbauer, M.&Vyssoki, D.(2004): Psychotrauma. Posttraumatische Belastungsstörung. Wien: Springer.
- 139-** Moisaner,P.A., Edston, E. (2003).Torture and its sequel- a comparison between victims from six countries. *Forensic Science International*.137,s.2–3

- 140-** Paker M, Paker Ö, Yüksel Ş. (1992). Psychological Affecets of Torture: An Empirical Study of Tortured and Non-tortured Non-political Prisoners.(Ed.) M. Başoğlu, Torture and its Consequences: Current Treatment Approaches. Cambridge University Press, 72–82.
- 141-** Laplanche,J., Pontalis,J.B.,(1994). Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt A.M.Suhrkamp.
- 142-** Van der Veer, G.(1992): Psychological Problems of Victims of war, torture, and repression in John Wiley&Sons(eds.) *Counselling and therapy with refugees and victims of trauma* (2nd edition) New York, Wiley, s.126
- 143-** Steck, B.,(1997): Anmerkungen zum intrafamilialen Trauma beim Kind. Schweitzer Archiv Für Neurologie und Psychiatrie, 6–148, 229–238.
- 144-** Post R.M., Weiss, S. R., Li, H., Smith, M.A., Zhang, L. X., Xing, G., Osuch, E. A., McCann, Una, D.(1998):Neural plasticity and emotional memory.Development and Psychopathology, 10, 829-855
- 145-** Perry B.D., Pollard R (1998): Homeostasis, stress, trauma and adaptation. Child and Adolescent. *Psychiatric Clinic of North America*; 7: 33–51
- 146-** Putman F.W., Trickett P.K.(1997): The psychobiological effects of sexual abuse, a longitudinal study. *Annals of the New York Academy Science*, 821, s.150–159.
- 147-** Teicher M.H.,Andersen, S.L. Polcari, A., Anderso,C.M., Navalta, C.M.. (2002): Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinic of North America* 25: 397–426
- 148-** Debellis M.D., Baum, A.S., Birmher, B.,Keshavan, Eccard, C.H., M.S., Boring, A.M., Jenkins, F.J., Ryan, N.D. (1999a): Developmental traumatology Part I: Biological stress syfems. *Biological Psychiatry* 43, 1259–1270.
- 149-** Debellis M.D., Keshavan, M.S., Clark, D.B., Giedd, J.N., Boring, A.M., Frustaci,K., Ryan, N.D. (1999b): Developmental traumatology Part II: brain development. *Biological Psychiatry* 43, 1271–1284.
- 150-** Bremner J. D., Narayan M.(1998): The effects of stress on memory and the hippocampus throughout the life cycle. Implications for childhood development and aging. *Development and Psychopathology*,10.s.871–885.

- 151-** Castellanos, F. X.; Lee, P. P.; Sharp, W.; Jeffries, N. O.; Greenstein, D. K. et al. (2002): Developmental Trajectories of Brain Volume Abnormalities in Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Jama*, 288 (14), s.1740–1748
- 152-** Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği Washington DC,,2000, Çev.Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara,2001.
- 153-** Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P.&Flatten, G. (2004): Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung.
- 154-** Herman, J.(2003): Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Paderborn: Junfermann.
- 155-** Van Etten, M.L.& Taylor, S.(1998): Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5,126–144
- 156-** Zöllner, T., Karl, A., Maercker, A., Hickling, E.&Blanchard, E.(2005): Manual zur Kognitiven Verhaltenstherapie von Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Verkehrsunfallopfern. Lengerich: Pabst
- 157-** Hofmann, A & Liebermann, P. (2006): Die EMDR-Methode in der Behandlung psychisch Traumatisierter. In: A. Maercker&R.Rosner (Hg.) : Psychotherapie der psychotraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis-störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart: Thieme, 68–73.
- 158-** Chemtob, C. M.,Nakashima, J., Hamada, R.Şç&Carlson, J.G.(2002): Brief treatment for Elementary School children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58,99–112.
- 159-** Kubany, E. S, Leisen, M. B., Kaplan, A. S, & Kelly, M. P. (2000). Validation of a brief measure of posttraumatic stress disorder: the Distressing Event Questionnaire (DEQ). *Psychological Assessment*, 12, s.197–209.

- 160-** Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale - Revised. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). New York: Guilford.
- 161-** King, Lynda A; King, Daniel W; Leskin, Gregory Alan; Foy, David W. (1995). The Los Angeles Symptom Checklist: a self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Assessment*, 2, s.1–17
- 162-** Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988) Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, s.85–90.
- 163-** Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resick, P. A., & Kilpatrick, D. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *The Behavioral Therapist*, 16, s.161–162
- 164-** Hammarberg, M. (1992). Penn Inventory for posttraumatic stress disorder: Psychometric properties. *Psychological Assessment*, 4, s.67–76.
- 165-** Foa, E., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of PTSD: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, s.445–451.
- 166-** Norris, F. H., & Perilla, J. L. (1996). The Revised Civilian Mississippi Scale for PTSD: Reliability, validity, and cross-language stability. *Journal of Traumatic Stress*, 9, s.285–298.
- 167-** Carlson, E. (2001). Psychometric study of a brief screen for PTSD: Assessing the impact of multiple traumatic events. *Assessment*, 8, 431–441.
- 168-** Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- 169-** Elliot, D. M. & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: Validating the Trauma Symptom Checklist – 40 (TSC–40). *Child Abuse & Neglect*, 16,s.391–398.
- 170-** Weathers, F. W., Keane, T. M., & Davidson, J. R. (2001). [Clinician-Administered PTSD Scale: A review of the first ten years of research](#). *Depression and Anxiety* Vol, 13(3), s.132–156.

- 171-** Foa, E., Riggs, D., Dancu, C., & Rothbaum, B. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 6*, s.459–474.
- 172-** Davidson, J. R. T., Kudler, H. S., & Smith, R. D. (1990). Assessment and pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder. In J. E.L. Giller (Ed.), *Biological assessment and treatment of posttraumatic stress disorder* (s. 205–221). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 173-** Fletcher, K. (1996). Psychometric review of the Parent Report of Child's Reaction to Stress. In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (s.225–227). Lutherville, MD: Sidran Pres
- 174-** Ribbe, D. (1996). Psychometric review of Traumatic Event Screening Instrument for Children (TESI-C). In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (s. 386–387). Lutherville, MD: Sidran Press.
- 175-** Saigh, P., Yaski, A.E., Oberfield, R.A., Green, B.L., Halamandaris, P.V., Rubenstein, H., Nester, J., Resko, J., Hetz, B., & McHugh, M. (2000). The Children's PTSD Inventory: Development and reliability. *Journal of Traumatic Stress, 30*,s. 369–380.
- 176-** Nader, K., Kriegler, J.A., Blake, D.D., Pynoos, R.S., Newman, E., & Weathers, F.W. (1996). *Clinician Administered PTSD Scale, Child and Adolescent Version*. White River Junction, VT: National Center for PTSD
- 177-** Fletcher, K. (1996). Psychometric review of the When Bad Things Happen Scale (WBTH). In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (s 435–437). Lutherville, MD: Sidran Press.
- 178-** Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C., Treadwell, K. R. H. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 376–384.
- 179-** Wolfe, V. V., Gentile, C., Michienzi, T., Sas, L., Wolfe, D. A. (1991). The Children's Impact of Traumatic Events Scale: a measure of post-sexual abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment, 13*, 359–383
- 180-** Briere, J. (2005) *Trauma Symptom Checklist for Young Children: Professional manual*. Florida: Psychological Assessment Resources Inc

- 181-** Fincancı Korur Ş., (2006). Adli Olguya Yaklaşım. (Ed: ÇetinG, Yorulmaz C.). Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis Adli Raporların Düzenlenmesi, İ.Ü. CerrahpaşaTıp Fakültesi Sürekli Tıp etkinlikleri Dizisi 48, İstanbul, s.92–103.
- 182-** Koç S., Adli Tıp cilt III, 1573–1633 Adli Tıpta Rapor hazırlama tekniği ve rapor örnekleri İstanbul, 1999 (ed.) Zeki Soysal, Canser Çakalır.
- 183-** Bilgin N G, Dokgöz H, Kar H. Eski (2006) . Yeni Türk Ceza Yasası'na göre düzenlenen Adli raporların karşılaştırılması. Adli Tıp Bülteni,2006;11(2):64–70.)
- 184-** Oral G,(2006) Yeni TCK ve Ruhsal Travma, (Ed: ÇetinG, Yorulmaz C.). Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis Adli Raporların Düzenlenmesi, İ.Ü. CerrahpaşaTıp Fakültesi Sürekli Tıp etkinlikleri Dizisi 48, İstanbul, 2006;118–126.
- 185-** Friel, A., White, T., Hull, A. (2008): Posttraumatic Stress Disorder and Criminal Responsibility. The Journal of Forensic Psychiatry&Psychology, 19 (1), 64–85
- 186-** Welch, J., Mason F.,(2007). Rape and sexual assault. BMJ,334,s. 1154–89
- 187-** Payne, L., (2007).Cinsel İstismar vakalarında Görüşme Teknikleri, Uluslararası katılımlı VII. Adli Bilimler Sempozyumu'nda sunulan Çalıştay, Gaziantep.
- 188-** Donay, S., (2006) Hukuk ve Delil, Yayınlanmamış ders notu, İ.Ü.Adli Tıp Enstitüsü.
- 189-** The Istanbul Protocol. “Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment”,United Nations New York and Geneva 2001.
- 190-** TİHV Raporu, 2000, Gözaltında Tecavüz ve Cinsel saldırıda Raporun yeri s.51–64
- 191-** ÇetinG.,Güzel S.,Balcı Y.,(2005),Yeni Türk Ceza Kanun'nda tanımlanan yaralama suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi ve Adli rapor tanzimi için rehber.

- 192-** Stein B.M.,Walker R.J.,&Forde D.R.,(2000). Gender differences in susceptibility to posttraumatic stres disorder. *Behaviour Researhd and Therapy*, 38, s. 619–628
- 193-** Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes,M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stres disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, s.1048–1060.
- 194-** Stein B.M.,Walker R.J., Hazen A.L.,&Forde D.R.,(1997). Full and Partial Posttraumatic Stres Disorder; Findings From a Community Survey. *Am J Psychiatry*, 154 (8); s. 1114–1119.
- 195-** Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz,L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998).Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55,s.626–632.
- 196-** Keskin, G.,Çam,O.,(2005). Çocuk cinsel istismarına psikodinamik hemşirelik yaklaşımı. *Yeni Symposium* 43(3): 118–125
- 197-** Page-Zara, A.,(2004). Çocuk cinsel istismarı: cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri, *Türk Psikoloji Yazıları* 7 (13),s. 103–113.
- 198-** Şahin F., (2003) Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesinde ekip çalışması, *Çocuk ve Ruh Sağlığı Dergisi*: 10(1) s.46-47
- 199-** Karakaya I.,(2004). Cinsel istismar olgularında Hukuki alandaki Zorluklar. *Çocuk ve Ruh Sağlığı Dergisi*: 11(3) s.153
- 200-** Yorulmaz, A.C.,Şanyüz, Ö., h. Ö.Çetin Ketenci (2006):Yeni yasalar çerçevesinde hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğu, tıbbı malpraktis ve adli raporların düzenlenmesi, sempozyum dizisi:48.şubat, s.127–141.

EK.1

BİLGİ FORMU

1. Mahkeme
2. Yıl
3. Yaş
4. Cinsiyet: Kadın () Erkek ()
5. Suçun Türü
6. Yaralanmanın Türü
7. Yaralanmanın Şiddeti
8. Muayene Sayısı
9. Fiziksel Muayene: Var () Yok ()
10. Ruhsal Muayene: Var () Yok ()
11. Anamnez Fiziksel Durum: Var () Yok ()
12. Anamnez Ruhsal Durum: Var () Yok ()
13. Anamnez Olay Öyküsü: Var () Yok ()
14. Psikiyatrik Konsültasyon: Var () Yok ()
15. Psikiyatrik konsültasyonun amacı: Travma amaçlı () Travma amaçlı değil ()
16. Ruhsal Muayenede Kullanılan Yöntemler:
17. Ruhsal Muayenede Kullanılan Testler:
18. Ruhsal Muayeneyi Yapan Uzman
19. Tanı Kriterleri:
20. Mahkeme Kararı Üzerindeki Etkisi: ceza var () ceza yok ()