
TİHV
Türkiye İnsan Hakları Vakfı

Tedavi ve Rehabilitasyon
Merkezleri Raporu
1998

Türkiye İnsan Hakları Vakfı Yayınları (19)

Kapak Resmi: Selçuk Demirel

Sayfa Düzeni: Sinan Solmaz

Baskı&Cilt: Şahin Matbaası, Ankara

TÜRKİYE İNSAN HAKLARI VAKFI

Menekşe 2 Sok. 16/6-7 Kızılay, 06440-Ankara/TÜRKİYE

Tel: (90-312) 417 71 80 Faks: (90-312) 425 45 52

E-mail: tihv@tr-net.net.tr

Yayına Hazırlayan: Ümit Erkol

Katkıda Bulunanlar: Gül Erdost, Levent Kutlu,

Neşe Şahin, Nuray Akkol, Olca Şahan

ISBN 975-7217-21-2

Türkiye İnsan Hakları Vakfı, Türk Medeni Yasası'na göre kurulmuş, hükümet dışı ve bağımsız bir kuruluştur.

Statüsü 30 Aralık 1990 tarihli ve 20741 sayılı

Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.



TIHV
Türkiye İnsan Hakları Vakfı

TEDAVİ ve REHABİLİTASYON
MERKEZLERİ RAPORU
1998

Ankara, Haziran 1999

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



English version of
Treatment and Rehabilitation Centers Report-1998
is available at the HRFT.

İÇİNDEKİLER

| | |
|------------------------------------|----|
| İçindekiler | 5 |
| Sunuş | 7 |
| <i>M.Bakkalcı</i> | |
| Önsöz Yerine | 10 |
| <i>Y.Önen</i> | |
| 1998 Değerlendirme Sonuçları | 19 |

İŞKENCE ve İŞKENCENİN SONUÇLARIYLA İLGİLİ ÇALIŞMALAR ve DEĞERLENDİRMELER

| | |
|---|----|
| Kompleks Travma Sonrası Stres Bozukluğu (K TSSB) | 43 |
| <i>C.Kaptanoğlu</i> | |
| İşkence sonrası Geç Dönemde Ortaya Çıkan Fiziksel Rahatsızlıklar | 49 |
| <i>Ü.Şahin</i> | |

| | |
|---|----|
| İşkence Sonrası Rehabilitasyon Yaklaşımları..... | 57 |
| <i>G.Şener, M.Kerem</i> | |
| Travmanın Adli Psikiyatrik Boyutu ve Öneriler | 65 |
| <i>Ü.Biçer, M.Bilgili, B.Çolak, Y.Ergezer</i> | |
| İşkence ve Adli Raporları..... | 75 |
| <i>S.Kozağaçlı, N.B.Vangölü</i> | |

İÇİNDEKİLER

| | |
|----|--|
| 8 | İçindekiler |
| 7 | Önsöz |
| 10 | Önsöz Yine |
| 12 | 1998 Değerlendirme Sonuçları |
| 43 | Kompleks Travma Sontesi Stres Bozukluğu (KTSB) |
| 43 | İşkence Sontesi Geç Dönemde Örtüsü Çıkan Fiziksel Rahatsızlıklar |

SUNUŞ

Metin Bakkalcı

Türkiye İnsan Hakları Vakfı'nın, kuruluşundan bu yana temel projelerinden biri işkence görenlere yönelik Tedavi ve Rehabilitasyon Projesi'dir.

Çalışmalar 1990 yılında başlamış ve 1998 yılı başına kadar merkezlerimize 3304 kişi başvuruda bulunmuştur. Bu rakam, 1998 yılında ise 706 kişinin başvurusuyla, toplam 4010'a ulaşmıştır. Vakfımız Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerine başvuran kişilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarının çözümü için, profesyonel ve gönüllü olarak sayıları yüzlerle ifade edilen sağlık çalışanı, multidisipliner ekipler halinde hizmet sunmaktadır.

Tedavi ve Rehabilitasyon Projesi açısından 1998 yılı, önceki yıllarda olduğunlaştırdığımız ve 1998 yılı için önümüze koyduğumuz programı gündelik faaliyetimiz içinde önemli ölçüde gerçekleştirdiğimiz bir yıl oldu. Tedavi ve Rehabilitasyon projesi açısından 1998 yılı, Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinin her düzeyde daha etkin bir kurum olması çabası ile yaşanmıştır.

Proje, 1998 yılında Haziran ayına kadar Adana, Ankara, İstanbul; İzmir Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerince yürütülmüştür. Haziran ayından sonra ise Diyarbakır'da beşinci merkezin açılması çerçevesinde son derece önemli bir yıl olmuştur. 1992 yılından başlayarak Türkiye İnsan Hakları Vakfı kararı olmasına karşın, çeşitli nedenlerle Diyarbakır'da merkez açma olanağı olmamıştır. Diyarbakır'daki ilgili kurum ve kişilerin etkin çabası ile, 1997'de başlayan Merkez açma hazırlıkları Haziran 1998'de tamamlanmış ve açılış gerçekleşmiştir. Açılıştan sonra gündelik faaliyetin yanı sıra, bir dizi etkinlik gerçekleştirilmiştir. Diyarbakır Merkezinin açılması, İçel'in Adana Merkezimiz ile ortak çalışmaya başlamasından

* Dr., TIHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Koordinatörü

sonra da, yoğun insan hakları ihlallerinin varlığına karşın, henüz merkezlerimizin olmadığı bölgelere yönelik 5 il projesi (Malatya, Gaziantep, Hatay, Adıyaman, Şanlıurfa) uygulaması 1998'de de sürmüştür.

Yine Tedavi ve Rehabilitasyon Projesi kapsamında 1998 yılının diğer önemli bir faaliyet alanı "İşkencenin Etkin Dokümantasyonu için El Kitabı Geliştirme 2. Uluslararası Toplantısı ' İstanbul Protokolü " hazırlıkları olmuştur. Övünçle ifade etmek gerekir ki, bu çalışmanın gerçekleşmesinde Türkiye İnsan Hakları Vakfı'nın önemli bir rolü olmuştur. 3 yıllık hazırlıklardan sonra, 11-13 Mart 1999'da İstanbul'da gerçekleştirilen bu toplantıya tüm dünyadan ve ülkemizden ilgili kuruluş ve kişiler katılmıştır. "İstanbul Protokolü" olarak anılacak bu çalışmanın Birleşmiş Milletler Protokolüne dönüştürülmesi için çalışılacaktır.

Tedavi ve Rehabilitasyon Projesi tedavi hizmetleri sunmanın yanı sıra, sunulan hizmetlerin niteliğinin artırılmasına yönelik, eğitim, bilimsel araştırma, bilimsel etkinlikler gerçekleştirme çalışmalarını da içermektedir.

Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi Projesi'nin 1998 yılı çalışma sonuçlarını içeren bu rapor, geçmiş yıllarda olduğu gibi Türkçe ve İngilizce olarak iki dilde kitap haline getirilmiştir.

Yıllık raporların işlevselliği açısından basım ve sunum tarihleri önemlidir. Bu nedenle Mayıs ayında basılması, bu işlevselliğe uygun olabilir. Kuşkusuz önümüzdeki yıllarda buna daha da özen gösterilecektir.

1998 Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu Yönetim Kurulu adına Başkan Yavuz Önen'in insan hakları açısından 1998 değerlendirmesini içeren "Önsöz" yazısından sonra iki bölümden oluşmaktadır.

İlk bölümde, 1998 yılı Vakfın sağlık çalışmalarının dökümü sunulmaktadır. Bu döküm, Adana, Ankara, İstanbul, İzmir ve Diyarbakır illerindeki TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerine işkenceye bağlı yakınmaları nedeniyle başvuran kişiler hakkında bilgi ve yorumları da içermektedir.

Raporun ikinci bölümünde ise, 1998'de Tedavi Merkezlerimizin de çaba gösterdiği bazı konulara ilişkin makaleler bulunmaktadır.

Bu bölümde ilk olarak, Dr. Cem Kaptanoğlu'nun "Kompleks Travma Sonrası Stres Bozukluğu (K TSSB)" konulu bir yazısı yer almaktadır. Önümüzdeki dönemde, TSSB'nin kliniğiyle ilgili tartışmalar, karmaşık / basit TSSB gibi yeni eksenide yoğunlaşacağını ifade eden yazar, kompleks TSSB'nin basit TSSB'den oldukça farklı bir klinik görünüme sahip olduğuna dikkat çekiyor. Uzamış, tekrarlayıcı travmalarla karşılaşan mağdurları anlamamızı kolaylaştıracak bir tanısal kategoriye gereksinimimiz olduğunu vurgulayıp, "Yirmi yılı aşkın bir süredir sıcak tartışmaların sürdüğü, sokak ortasında veya evlerinde insanların öldürüldüğü, işkence, adam kaçıрма, kaybedilme ve çete öykülerinin, masalların yerini aldığı bir ülkede, Türkiye'de büyüyen çocukları "ki pek çoğu 20 yaşlarına geldi", şimdiki ve gelecekteki davranışları, tepkileri, düşünceleri ve duygularıyla, belki "karmaşık TSSB"nin yardımıyla daha iyi anlarız." cümlesiyle bitiriyor yazısını.

Yine bu bölümde ikinci olarak, işkence görenler arasında çok sık rastlandığı bilinen, kas- iskelet sistemini ilgilendiren yakınma ve hastalıklara ilişkin Dr. Ümit Şahin'in bir yazısı yer almaktadır. İşkenceye bağlı gelişen kas- iskelet sistemi hastalıklarının ayırd edici özelliklerinden birinin başvuruadaki ağrılı durumun kronikleşebilmesi ve bazen izleyen yıllar içinde geç dönemde ortaya çıkabilmesi olduğunu belirten yazar, işkence sonrası rehabilitasyon yaklaşımında, fiziksel, psikolojik ve sosyal disiplinlerarası işbirliğine ihtiyacı belirtiyor. TİHV İstanbul Temsilciliği Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezine başvuran kas- iskelet sistemine ait yakınmaları bulunan ve fizik-tedavi ve rehabilitasyon konsültasyonu istenen başvuruların yakınmaları, tanıları ve uygulanan tedaviler çözümlenerek işkence sonrası dönemde ortaya çıkan, özellikle de kronikleşen ya da geç dönemde görülen fiziksel rahatsızlıklar değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Üçüncü olarak, Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu öğretim üyeleri Prof. Dr. Gül Şener ve Yrd. Doç. Dr. Mintaze Kerem'in, ülkemizde ilgili alana yönelik son derece değerli bir yazıları yer almaktadır. İşkence sonrası sorunların giderilmesinde ya da en aza indirilmesinde rehabilitasyon yaklaşımlarının önemine işaret eden yazarlar, işkence nedeniyle oluşan kas-iskelet ve nörolojik sisteme ait problemlere; kişinin gereksinimlerine göre belirlenen fizyoterapi rehabilitasyon yöntemlerine ilişkin çalışma sunuyorlar. Fiziksel ve psikolojik problemlerin en aza indirilmesinde iyi bir rehabilitasyon ekibi, uygun tedavi ve sosyal yaklaşımların gerekliliği vurgulanıyor.

Dördüncü yazı ise, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'ndan Dr. Ü. Biçer, Dr. B. Çolak ile Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'ndan Dr. M. Bilgili, Dr. Y. Ergezer'in "Travmanın Adli Psikiyatrik Boyutu ve Öneriler" başlıklı çalışmaları. Adli Tıp alanında travmanın fiziksel boyutunun ayrıntılı olarak değerlendirilmekle birlikte yakın zamana kadar psikiyatrik boyutunun yeterli kadar ele alınmadığını ifade eden yazarlar, travmanın ruhsal boyutunun adli psikiyatri ve hukuksal zeminde bazı düzenlemelerin gerekliliğine işaret ediyorlar. Ve travmanın ruhsal boyutunun adli psikiyatri açısından tanınması, adli tıp ve hukuk yönünden objektif kriterlere göre değerlendirilmesi için ruhsal travmanın boyutları ve önerilerin tartışılmasına son derece değerli katkı sunan çalışmalarını sunuyorlar.

Bu bölümde son olarak, adli tıp uygulamalarını çeşitli açılardan tartışma olanağı veren Av. N. Betül Vangölü ve Av. Selçuk Kozağaçalı'nın vekilliğini üstlendikleri bir örnek olay ile ilgili bir yazı yer almaktadır.

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

Ankara, Mayıs 1999

ÖNSÖZ YERİNE

Yavuz Önen*

Türkiye, 1998 yılını Mesut Yılmaz'ın Başkanlığındaki ANASOL-D (ANAP-DSP-DTP'nin oluşturduğu CHP'nin dışarıdan desteklediği koalisyon) 55. hükümetinin yönetiminde yaşadı. Bu hükümet MGK'nın 1997 yılının 28 Şubatında islami köktendinciliğe karşı aldığı tavır sonucunda, siyasi islamın temsilcisi durumunda olan Refah Partisinin Başkanı Necmettin Erbakan başkanlığındaki Hükümetin düşürülmesiyle kurulmuştu.

1998 yılında 28 Şubat kararlarının en önemli maddesi olan sekiz yıllık eğitimin uygulamaya konulması sonucu İmam Hatip mezunlarının, öğrencilerinin ve ailelerinin eylemlerini yoğun olarak yaşadık. Özellikle Cuma günleri; camilerden çıkan kalabalıkların sekiz yıllık kesintisiz eğitim ve türban yasağına karşı yaygın eylemleri oldu. 1998 yılının siyasi ortamına Devletin ve Hükümetin 'Laik' atağı ve kararlılığı damgasını vurdu.

Siyasi gündemin bir başka önemli maddesini çeteler oluşturdu. Suç örgütleri olarak nitelenen çetelerin üzerine gidildiği izlenimi yaratıldı. Başbakanlık Başmüfettişi Kutlu Savaş'ın bu konudaki raporu açıklandı. Bu raporda Devlet ilişkili çetelerin, siyasi cinayetlerin ötesinde, özelleştirme ihalelerinde kararları etkileme, kamu bankalarından bazı işadamlarına kredi sağlama gibi eylem ve davranışlarla ekonomik yaşamı da yönlendirdikleri belirlendi.

1998 yılında, üzerinde en çok konuşulan konulardan birisi de yolsuzluklar oldu. ANAP ve DYP Genel Başkanlarının da içinde olduğu pek çok yolsuzluk dosyası TBMM'de ele alındı.

* TIHV Başkanı

TBMM Göç Komisyonu TIHV ve İHD'nin de içinde olduğu sivil toplum örgütlerini, görüşlerine başvurmak üzere, davet etti. TBMM İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu, özellikle işkence uygulamalarının üzerine gitti. Kamuoyunu doğru bilgilendirdi. Komisyon Başkanı Sema Pişkinsüt, karakollarda ve OHAL bölgesinde yaptığı incelemelerle kamuoyunda olumlu izler bıraktı. İnsan Haklarından Sorumlu Devlet Bakanı Hikmet Sami Türk, insan hakları savunucularıyla diyalog kurma amacıyla 1997 yılında başlattığı İnsan Hakları Üst Kurulu toplantılarına davetlerini 1998'de sürdürmedi, Dışişleri Bakanı İsmail Cem, insan hakları ihlalleri konusunda daha gerçekçi bir tutum sergiledi. İnkarcı politikaları terk etti. Ülke içinde ve dışın-da daha inandırıcı bir söylem oluşturdu.

Ancak, parlamentodaki ve hükümetteki bu "iyi hale" karşın hak ve özgürlüklerin korunması ve geliştirilmesi yönünde bir gelişme sağlanamadı. İşkence uygulamaları, sistematik olarak devam etti. Düşünce açıklama özgürlüğü sürekli gözetim ve baskı altında tutuldu¹. Cezaevlerinde olaylar yaşandı, cezaevi koşulları iyileştirilemedi. Yargısız infaz ve faili meçhul cinayetler, köy boşaltmalar, sayıları azalmakla birlikte devam etti. Toplantı ve gösteri düzenleme özgürlüğü sert müdahalelerle karşılandı. Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonu'nun (KESK) eylemlerini polis aşırı şiddet kullanarak dağıttı. Kayıp analarının ve ailelerinin, başka bir deyişle Cumartesi Annelerinin İstanbul Galatasaray Lisesi önündeki oturma eylemlerine polis sürekli müdahale etti. Katılanları gözaltına aldı, pek çok gün eyleme izin vermedi. Üniversite öğrencilerinin meşru ve barışçıl eylemleri de, polisin ve ülkücü militanların aşırı şiddetine uğradı. Öğrencilerin özgür ve demokratik üniversite ve ekonomik haklar talebi, polisin olduğu kadar DGM'lerin de hedefi haline geldi. Bu taleplerle TBMM'de pankart açan ve barışçıl gösteri yapan öğrenciler yüz yıla yakın ceza aldılar.

1998 yılında, basına ve çalışanlarına da ağır bir bedel ödetildi. Toplumsal olayları, eylemleri görüntüleyen muhabir ve kameramanlar polisler tarafından dövüldü, kameralar kırıldı. Muhalif Özgür Gündem ve Emek gazeteleri kapatıldı.

Muhalif siyasi partiler de sıkı denetim altında tutuldu. ÖDP ve EMEP ve diğer sosyalist partilerin bazı etkinliklerine izin verilmedi, soruşturmalar açıldı, gözaltı ve tutuklamalar oldu. Ancak HADEP bu baskı uygulamalarında en önemli hedef durumundaydı. HADEP Başkanı Murat Bozrak iki kez tutuklandı (1995 seçimlerinden bu yana Diyarbakır'a sokulmuyor). HADEP Genel Merkezi güvenlik güçlerince üç kez basıldı. Siyasi yaşamda en önemli olaylardan biri de, Türkiye'nin en fazla oy alan partisi Refah Partisi'nin Anayasa Mahkemesince kapatılmasıdır. Partinin bazı üst düzey yöneticilerine de 5 yıl kamu haklarından men cezası verildi ve siyaset yapmaları engellendi.

¹ 1998 yılı içerisinde, İHD Genel Başkanı Akın Birdal, İP Genel Başkanı Doğu Perinçek, Yazar Haluk Gerger, gazeteci Ragıp Duran ve birçok kişi düşüncelerinden dolayı mahkumiyet ile sonuçlanan davalardan yargılandılar.

Türkiye'nin en büyük ili İstanbul'un Refah Partili Belediye Başkanı Recep Tayyip Erdoğan görevden alındı ve yaptığı bir konuşma nedeniyle ceza aldı, siyasal haklarından men edildi ve hükmü kesinleşti.

Şemdin Sakık vak'ası, Akın Birdal'a saldırı

Türkiye 1998 yılında Kürt sorunu alanında önemli gelişmeler yaşadı. İlk olay PKK'nin önemli yöneticilerinden Şemdin Sakık'ın güvenlik güçlerine teslim olmasıydı. Şemdin Sakık'ın ifadelerinde yer aldığı ileri sürülen suçlamalar, basına sızdırıldı. Bazı kişi ve kuruluşların PKK ile ilişkide oldukları, yardım ettikleri biçiminde özetlenebilecek suçlamalarda, İHD Genel Başkanı Akın Birdal ön plana çıkarıldı. Medya tekellerinin ve köşe yazarlarının özel çabalarıyla Akın Birdal hedef haline getirildi. Bu sahte ifadelerin yayınlanmasındaki amacın, İHD ve diğer muhalif kesimlere yönelik bir "tahrik ortamı" oluşturmak olduğu gözlemlendi. Ve Akın Birdal, 12 Mayıs 1998 günü İHD Genel Merkezine gelen iki kişi tarafından kurşun yağmuruna tutuldu. Sıkılan kurşundan beşine hedef olan Birdal mucizevi bir şekilde kurtuldu.

Abdullah Öcalan ve Roma süreci

PKK lideri Abdullah Öcalan'ın Suriye'den çıkışıyla başlayan Moskova-Roma serüveni, Türkiye'nin 1998 yılı sonlarına doğru en önemli gündemini oluşturdu. Bu süreç uluslararası alanda diplomatik bir hareketlilik yaratırken, içeride de toplumsal bir ilgiyi tüm kesimlerde uyandırdı.

Roma sürecinde HADEP binalarında örgütlenen tepkiler güvenlik güçlerinin müdahalelerine yol açtı. Bu süreçte üç bin kadar yönetici ve üye gözaltına alındı. Tutuklamalar oldu, davalar açıldı. Resmi bir program dahilinde ve MHP'nin öncülüğünde örgütlenen karşı tepkiler Büyükelçilik binalarının önünde de yaşandı. Ülkücülerin bu eylemleri şiddete dönüştü. Kürt kökenli iki kişi bu saldırılarda yaşamını kaybetti. Bu süreçte PKK ile çatışmada ölen şehitlerin cenaze törenleri de, şoven, milliyetçi dalganın yaratılması yönünde kullanıldı. Bu süreçte, kartel durumundaki bazı gazetelerin yazarları bile bu gidişi eleştiren bir tavır takındılar².

Erken genel ve yerel seçimler

Bu siyasi istikrarsızlık ortamında erken genel ve yerel seçime gidilmesi kaçınılmaz hale geldi. Parlamento erken seçim kararı aldı. Böylece ANASOL-D hükümeti bir erken seçim ortamında görev yaptı. Ancak iktidarını sürdüremedi; bir gensoruyla düşürüldü. Bazı siyasi girişimlerinin de başarısızlığa uğraması üzerine,

² Bazı şehit aileleri temsilcileri de bu ortamda "şehitlerin de, insan hakları yok mu?" sorunu sıkça dile getirerek hem Avrupa ülkelerinin Türkiye'ye yönelik insan hakları ihalleri eleştirilerine hem de Türkiye'de insan hakları savunucularına karşı bir tavır segilediler. Bu tutum, 1993-1996 yılları arasında polislerin cenaze törenlerinde güvenlik güçlerinin kullandığı 'Kahrolsun İnsan Hakları' sloganının 1998 yılında artık aileler tarafından kullanıldığını göstermiştir.

DSP Genel Başkanı Bülent Ecevit'in başkanlığında, yalnızca DSP milletvekillerinin görev alacağı bir hükümet modeli üzerinde uzlaşma sağlandı. Bu hükümetin temel işlevini ülkeyi 18 Nisan seçimlerine götürmek oluşturuyordu. Ayrıca "suç örgütlerinin" ve "kara para" aklamalarının üzerine gidilecekti. Ancak 1998 yılı sonlarına doğru TBMM ilgili komisyonlarında DYP, ANAP, DSP'li üyeler ortak hareket ederek ANAP lideri Mesut Yılmaz ile DYP lideri Tansu Çiller hakkındaki yolsuzluk dosyalarının kapatılması kararı aldılar. Böylece 1999 Ocak ayının ilk yarısında Bülent Ecevit uzlaşmayla Başbakan oldu .

DSP'li Bakanların ve Adalet Bakanı Hasan Denizkurdu'nun çabalarıyla bazı demokratikleşme adımlarının atılması gündeme geldi. Ancak ölüm cezasının kaldırılması, DGM'lerin AHM'nin eleştirileri doğrultusunda yeniden düzenlenmesi sağlanamadı. Barış ortamına geçişi kolaylaştırmak üzere bir "Genel Siyasi Af" çıkarılması, Pişmanlık Yasası vb. niyetler sözde kaldı. Demokratikleşme atılımı bir kez daha ertelendi. 1995 yılında Gümrük Birliği öncesinde gerçekleştirilen Anayasa değişikliği nedeniyle çıkartılması gereken uyum yasaları 1998 yılında da çıkarılmadı.

İnsan hakları ihalleriyle ilgili yargı süreçlerinden örnekler

Manisa'da gençlere işkence yaptıkları iddiasıyla polis memurları hakkında açılan davada, polis memurları yerel mahkeme tarafından beraat ettirildi. Savcılık, işkenceye delil teşkil eden raporların resmi kuruluşlardan alınmamış olmasını da beraat istemine gerekçe olarak göstermişti. Yargıtay tarafından kararın bozulması üzerine, dava mahkemede tekrar görüldü. Mahkeme beraat kararında direndiği için, Yargıtay Ceza Genel Kurulu'nda tekrar görüşülen dava sonuçlandı: Hüküm açıklandı: Raporlar geçerlidir, işkence vardır, polisler suçludur ve cezalandırılmalıdır.

Metin Göktepe'yi öldürmekten sanık polislerden beşi, 18 yıl hapis cezasına çarptırıldıktan sonra "iyi hal" ve "asıl failin belli olmaması" nedeniyle cezaları 7 yıl hapis cezasına çevrildi. Beşi ise beraat etti.

Gazi Mahallesi'nde 1995 yılında 19 kişinin öldürülmesiyle sonuçlanan olaylar nedeniyle 20 polisin yargılandığı davada ilerleme sağlanamadı. Davanın Trabzon'dan İstanbul'a alınması talebi kabul edilmediği gibi delillerin toplanmasında da sonuç alınamadı.

1993 yılında işkence sonucu öldürülen Baki Erdoğan'a işkence yapan polisler, 5 yıl 6 ay hapis cezasına mahkum oldu. Yargıtay, Erdoğan'ın "epilepsi hastası olduğu"na ilişkin bilgiler hesaba katılmadığı gerekçesiyle kararı bozdu.

Şükran Aydın'a işkence ve tecavüz suçlamasıyla yargılanan Yüzbaşı Musa Çitil, delil yetersizliği gerekçesiyle beraat etti.(Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi, Şükran Aydın'ın işkence gördüğüne karar verdi.)

TBMM'de pankart açmaları nedeniyle 6 Aralık 1996'da Ankara DGM tarafından ağır hapis cezalarına mahkum edilen 8 öğrencinin cezası Mart ayında Yarğıtay tarafından bozuldu. Ankara DGM, Kasım ayında öğrencilere cezalarda azalma olsa bile yeniden hapis cezası verdi. (İlk karar, 96 yıl, ikinci karar, 46 yıl.)

13 Mart 1998 tarihinde Adana Emniyet Müdürlüğünde Mehmet Yavuz adlı 18 yaşındaki gencin ölümü nedeniyle 11 polis hakkında açılan dava 23 Kasım 1998 tarihinde sonuçlandı. Adana 3. Ağır Ceza Mahkemesi 11 polisten 10'unun beraatine karar verdi. Polislerden sadece Murat Güldaş'a ceza verildi. 10 yıl hapis cezası da "kendisini savunduğu" gerekçesiyle 1 yıl 8 aya indirildi. Ceza alan polis de tahliye edildi.

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 50. Yılı

IHD ve TİHV 50. yıl nedeniyle "Evrensel Bildirgenin 50. Yılında Türkiye İnsan Hakları Hareketi; Birikimler ve Perspektifler" başlıkları üstünde tartışmak üzere 28-29 Kasım tarihlerinde Ankara'da bir konferans düzenledi. Toplantıya, insan hakları hareketi içinde yer alan farklı dönemlerden ve farklı kesimlerden kişiler katıldı.

Konferansın temel amacı, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesini (İHEB) ve günümüze kadar gerçekleşen insan hakları gelişmelerini tartışarak, dünyadaki ve Türkiye'deki insan hakları mücadelesinin deneyimleri ışığında geleceğe yönelik sonuçlar çıkartmaktı. Konferans bu açıdan değerlendirildiğinde yararlı oldu ve 36 maddede tespit ve önerileri kapsayan "Nihai Rapor" ve "Sonuç Bildirgesi" yayımlandı.

TİHV, İHEB'nin yayınlanmasının 50. yılında uluslararası kuruluşların bazı etkinliklerine de katıldı. Af Örgütü (AI), Uluslararası İnsan Hakları Federasyonu (FIDH), ATD Quart Monde ve France Liberte'in (Fransa Özgürlük Vakfı) oluşturduğu yürütme kurulunda TİHV de temsil edildi. Bir yılı aşkın çalışmalar sonucunda 3-11 Aralık günlerinde Paris'te İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin imzalandığı Chaillot Sarayında tüm ülkelerden sayıları beş yüz kadar olan insan hakları savunucusunun katıldığı bir hafta düzenlendi. Toplantı sonucunda insan hakları savunucularının "Paris Deklarasyonu" ile ileriye yönelik "Eylem Planı" kabul edildi. İnsan hakları savunucuları zirvesini düzenleyen yürütme kuruluna katılmaları için bölgesel yeni temsilciler seçildi. Bu bölgesel toplantılardan, OMCT tarafından Cenevre'de, Avrupa Konseyi tarafından Strasburg'da ve AI tarafından İstanbul'da yapılanlara TİHV'de katıldı.

50. yılda önemli bir gelişme de Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun "İnsan Hakları Savunucuları Bildirgesi"ni kabul etmiş olması ve Roma'da Haziran-Temmuz 1998'de yapılan Birleşmiş Milletler Toplantısında Uluslararası Ceza Mahkemesi'nin kurulması olmuştur.

Avrupa İşkenceyi Önleme Komitesi

Avrupa İşkenceyi Önleme Komitesi, 5-17 Aralık tarihlerinde Türkiye'de incelemeler yaptı. Hükümet, Komitenin raporunu yayınlamasına ilk kez izin verdi (23 Temmuz 1998). Komite, Olağanüstü Hal Bölgesi ve mücavir illerde inceleme yapmadı. (Bu bölgedeki cezaevi ve diğer merkezlerde, TBMM İnsan Hakları İnceleme Komisyonu inceleme yaptı. Komisyon Başkanı Dr. Sema Pişkinsüt, bölgedeki gözaltı-tutuklama merkezlerinde ve cezaevlerinde işkencenin yaygın olduğunu bildirdi.)

Avrupa İşkenceyi Önleme Komitesinin ziyaretinden hemen önce, 3 Aralık'ta, Başbakan tarafından "İnsan Haklarına Saygı: İşkence ve Kötü Muamelenin Önlenmesi" başlıklı bir genelge yayınlandı. Komite, geçmişte bu amaçla yayınlanan genelgelerin uygulanmadığını, yeni genelgeninse "henüz anlaşılmadığını" gözlemledi. Komite, özellikle İstanbul Yabancılar Şubesindeki keyfi uygulamaları ve kötü koşulları vurguladı. Cezaevlerinde ise, hücre tipi yapıların yıkılmasını istedi. Komite, incelediği psikiyatri kuruluşlarında ise iyileşme olmakla birlikte, "elektroşok" uygulamaları konusundaki kaygılarını belirtti. Hükümetin Komiteye 3 Şubat 1999'da verdiği ara raporda, Adalet Bakanlığı, Komitenin E tipi cezaevlerindeki "özel" uygulamalara ilişkin eleştirisini şöyle yanıtladı: "Bu ceza ve tutuklevlerinde insanlık dışı muamele riski altında olanlar tutuklu ve hükümlüler değil, personeldir. Personel, sürekli olarak sözlü taciz, tehdit ve fiziksel saldırılara maruz kalmaktadır". (Ne yazık ki, bu "defansif" pozisyon, ceza ve tutuklevlerinde insan haklarına dayalı bir ortamın kurulması konusunda bizi karamsarlığa sevk ediyor.)

TİHV'ye Avrupa Konseyi'nden Ödül

1998 yılında TİHV, "Avrupa Konseyi 1998 Avrupa İnsan Hakları Ödülü"nü aldı. Avrupa Konseyi Parlamenter Asamblesi Bakanlar Komitesi kararıyla bu ödülü, "Bayan Chiara Lubich" ve "Committee on the Administration of Justice" ile paylaştık.

Pinochet'ye Yargılama,

1998 yılının bir diğer önemli uluslararası olayı da Şili'li diktatör General Pinochet'nin işlediği insanlık suçu nedeniyle Londra'da tutuklanmasıdır. Lordlar kamarası aldığı kararla Pinochet'nin Şili'ye geri dönmesine izin vermemiş ve İspanya'da yargılanması yolunu açmıştır. Bu olay insanlık suçu işleyenlerin doku-nulmazlığına indirilmiş çok önemli bir darbe ve benzeri suçlara çok önemli bir gözdağıdır. İşlenen suçların cezasız kalmayabileceğine ilişkin bu uluslararası olay yalnızca Şilili kayıpların, öldürülmüşlerin analarını ve ailelerini değil tüm insan hakları ortamlarını mutlu etmiştir.

İşkencenin lanetlendiği bir dünya özlemiyle.

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

**1998
Değerlendirme Sonuçları**

TİHV TEDAVİ ve REHABİLİTASYON MERKEZLERİ 1998 YILI DEĞERLENDİRME SONUÇLARI

GİRİŞ

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

TİHV, çalışmalarını Türkiye Cumhuriyeti hükümetleri tarafından imzalanmış olsun ya da olmasın uluslararası insan hakları sözleşmeleri ışığında yürütmektedir.

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

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

Dokümantasyon Projesi ile insan hakları ihlalleri izlenmekte, sonuçları günlük bültenler, yıllık raporlar halinde yayınlanmaktadır.

Tedavi projesi ile ise, resmi ya da resmi olmayan gözaltı ya da cezaevi yaşantısı sırasında görmüş oldukları işkence ve kötü muamele, cezaevi koşulu nedeniyle sağlığı bozulmuş olan kişilerin fiziksel, ruhsal ve sosyal bütünlük içerisinde tedavi ve rehabilitasyonları yürütülmektedir.

Dünya Tabipler Birliği Tokyo Bildirgesi'nde "İşkence, kendi başlarına ya da herhangi bir otoritenin emri ile hareket eden bir ya da birden çok kişinin, bir diğer kişiyi bilgi vermeye, bir itirafta bulunmaya ya da diğer herhangi bir nedenle zorlamak için kasıtlı, sistematik ya da nedensiz olarak gerçekleştirdiği fiziksel ya da mental acı" olarak tanımlanır. Başvuranların öyküleri, işkence uygulamalarının yalnızca gözaltı mekanları ve cezaevlerinde yapılanlarla sınırlı olmadığını göstermektedir. Köy ve ev baskınlarında, evlerde yapılan arama ve karakol kurma durumlarında, sivil görevliler tarafından ya da devlete bağlı gizli örgütlenmeler adına hareket ettiklerini belirten kişiler tarafından kaçırılmalarda da, işkence uygulamaları ile karşılaşmaktadır.

İşkence ve sonuçları bireyin yakın çevresini de etkileyebildiğinden, işkence görenlerin yakınlarının da travmatik süreçlerle ilişkisi olan ruhsal sorunlarının çözümü çalışma alanımız içerisinde değerlendirilmiştir. İşkence görenlerin yakınlarına da bu kapsamda hizmet sunulmaktadır.

TİHV tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarını, Ankara, İstanbul, İzmir, Adana ve Diyarbakır illerinde mevcut temsilcilikleri aracılığıyla sürdürmektedir. Bu merkezlerde, pratisyen hekim/aile hekimi, psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve tıbbi sekreterlerden oluşan ekipler, işbirliği içerisinde buldukları her branştan uzman hekimlerle birlikte tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarını yürütmektedir. Başvuranların ön değerlendirmeleri merkezlerde yapılarak tedavi ve rehabilitasyon planı hazırlanmakta, hazırlanan plan doğrultusunda gerekli tıbbi inceleme, laboratuvar tetkikleri ve tedaviler anlaşmalı ve gönüllü ilişki içerisinde bulunan uzman kişi ve kurumlar tarafından sağlanmaktadır. Gönüllü hekimlerin ücretsiz katkıları dışındaki tüm işlemlerin ücretleri TİHV tarafından karşılanmaktadır. Tedavi süreci her aşamasında merkezlerde bulunan ekipler tarafından koordine edilmektedir. Çalışmaların sonuçları ve değerlendirmeler, yıllık raporlar halinde dokümanite edilerek kamuoyuna sunulmaktadır.

TİHV Temsilciliklerin olmadığı iller ve çevresinde yaşayan, tedavi ihtiyacı duyan kişilerin başvuruda bulunabilmesini kolaylaştırmak amacıyla, Gaziantep, Şanlıurfa, Hatay, Malatya ve Adıyaman illeri merkezli "5 Şehir Projesi", yürütülmektedir. Proje çalışmaları ile merkezlerin bulunmadığı bu bölgelerde, işkence uygulamalarına maruz kalanlara, çalışmalar konusunda bilgilendirme yapılmakta, tedavi hizmetlerine ulaşabilmeleri için sosyal ve mali destek sağlanmaktadır.

Proje, bu illerde faaliyet gösteren İnsan Hakları Derneği şubeleri ile Türk Tabipleri Birliği'ne bağlı yerel tabip odalarının aktif desteğiyle yürütülmektedir. Proje illerinde başvuruları kabul etmek ve tedavinin yürütüleceği merkezlerle irtibatlarını sağlamak üzere gönüllü referans kişi ve kurumlar oluşturulmuştur. Referans kişi ve kurumlar ile düzenli iletişim merkezden Proje Koordinatörü aracılığıyla sürdürülmeye çalışılmaktadır. Referans kişi ve kurumlar, başvuru yapıldığında proje koordinatörlüğünü arayarak randevu almaktadır. Başvuruların randevu alı-

nan şehre ulaşımı, tedavilerini sürdürdükleri ilde barınmaları, günlük temel gereksinimleri de TİHV tarafından karşılanmaktadır. Bu proje öncelikli olarak Ankara'da yürütülmektedir. Ancak zorunlu durumlarda diğer merkezlerde de 5 Şehir Projesi kapsamında başvuru kabul edilmektedir.

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

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

YÖNTEM

Bu rapor 1998 yılı içerisinde TİHV Ankara, İstanbul, İzmir, Adana ve Diyarbakır Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran 706 kişiye ait bilgilerle retrospektif olarak hazırlanmıştır.

23 başvuru işkence gören yakını olduğundan işkence ve gözaltı bilgileri bulunmamaktadır. 9 başvuru ise bilgilerinde eksiklikler bulunması nedeni ile değerlendirme dışı bırakılmıştır.

1998 yılı içerisinde 1 başvuru için "Özel Proje" hazırlanarak destek sağlanmıştır. Bu projenin bilgileri rapor içerisinde yer almamaktadır.

Bu nedenlerle değerlendirmeler 673 kişiye ait verilerle yapılmıştır. Rapor içerisinde "başvuru" tanımlaması 673 kişilik bu grubu ifade etmektedir.

Veriler için, başvuruların kişisel özelliklerini tarayan 47 maddelik soru formu kullanılmıştır. Bu form kişilerin sosyodemografik özelliklerini, gözaltı veya cezaevi süreçleri ile ilgili bilgileri, uygulanan işkence yöntemlerini ve yerlerini, ortaya çıkan ruhsal ve fiziksel belirtileri, konulan tanıları ve tedavi süreçlerini saptamaya yönelik olarak hazırlanmıştır.

Raporda sunulan tablo ve grafikler Microsoft Excel 97 bilgisayar programı ile elde edilmiştir.

Beş ayrı merkezde bilgi toplanmasından doğan standardizasyon eksiklikleri, başvuruların bazı bilgileri hatırlamakta zorlanmaları, çalışmanın güçlük yaratan yanları olarak belirlenmiştir.

Bazı başlıklar altında elde edilen verilerin çeşitliliği yapılan grafiklerin bir kısmında sütun sayısının fazlalığına ve bir kısmında "diğer" sütununda yığılmaya neden olmuştur.

TEDAVİ ve REHABİLİTASYON MERKEZLERİ ÇALIŞMALARI

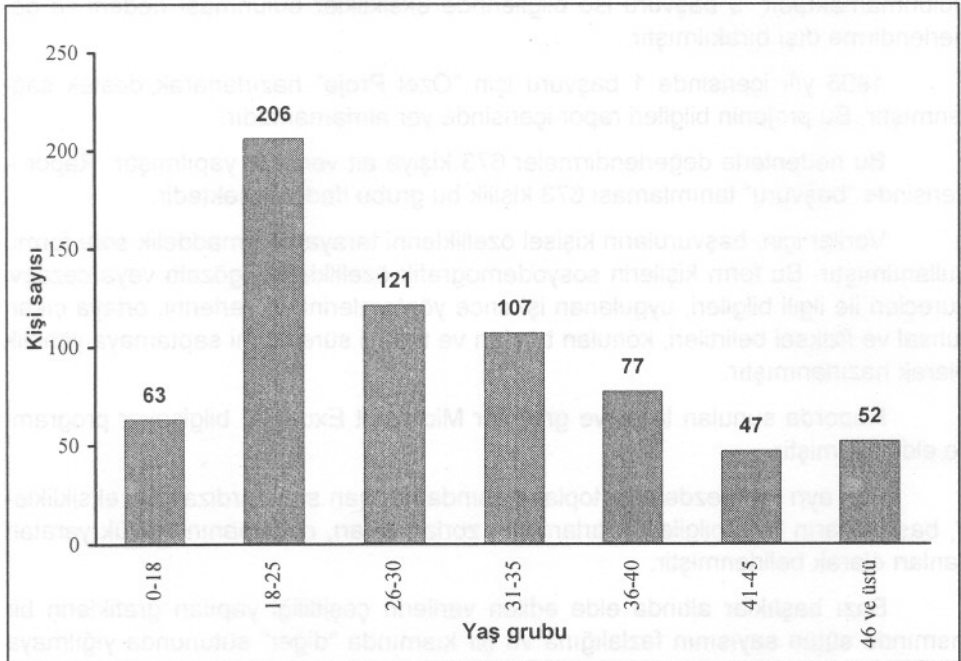
A. Sosyal ve Demografik Özellikler

TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne yapılan 673 başvuru incelendiğinde, en fazla başvurunun 260 kişi ile TİHV İstanbul Temsilciliği'ne yapıldığı belirlenmiştir. Bunu 160 başvuru ile İzmir, 157 başvuru ile Adana, 66 başvuru ile Ankara ve 30 başvuru ile Diyarbakır'ın izlediği anlaşılmaktadır. Diyarbakır Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi 30 Temmuz 1999 tarihinden başlayarak başvuru kabul etmeye başlamıştır.

Başvuruda bulunan 673 kişinin 196'sı kadın, 477 'si erkektir.

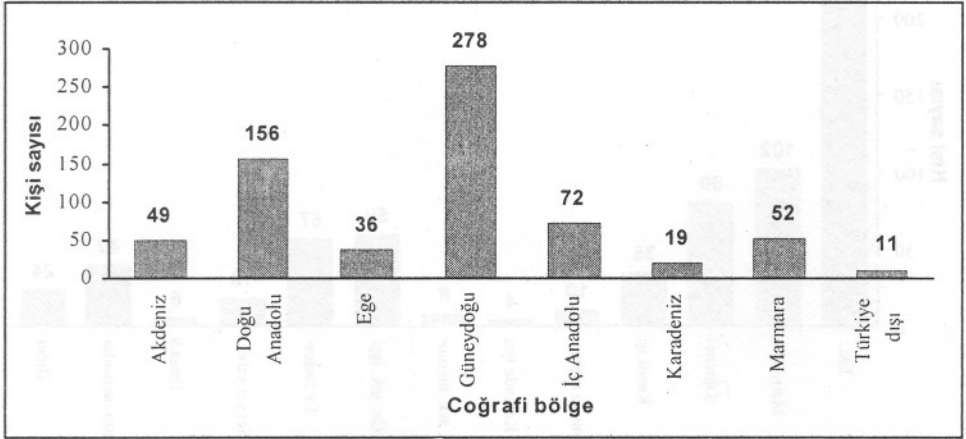
Yaşları 3 ile 90 arasında değişen başvurularımızın yaş ortalaması 30.00 ± 10.53 olarak belirlenmiştir (Grafik 1). 0-18 yaş grubunda bulunan 63 kişi işkence gördüğünü beyan ederek başvuruda bulunmuştur. Toplumun geleceği olan çocuk ve gençlere yönelik işkence uygulamalarının 1998 yılı içerisinde de sürdürülmesi işkence uygulamalarının ulaştığı boyutları ortaya koymaktadır. Bu durum işkencenin çocuk yaşta insanlarda yarattığı/yaratabileceği tahribatlar açısından da üzerinde özel olarak düşünmeyi gerektirmektedir.

Grafik 1. 1998 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin yaş gruplarına göre dağılımı



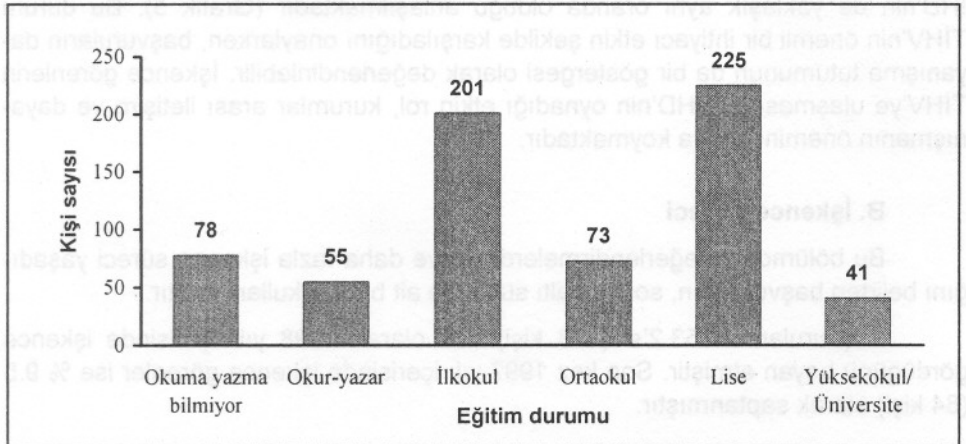
Başvuruların doğum yerlerine göre dağılımları incelendiğinde, önceki yıllarda olduğu gibi, en yüksek oranın Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ne ait olduğu, arkasından ikinci yoğunluğu Doğu Anadolu Bölgesi'nde doğanların oluşturduğu belirlenmiştir (Grafik 2). Bu durum anılan bölgelerde işkence uygulamalarının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

Grafik 2. 1998 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuruda bulunan kişilerin doğum yerlerine göre dağılımı



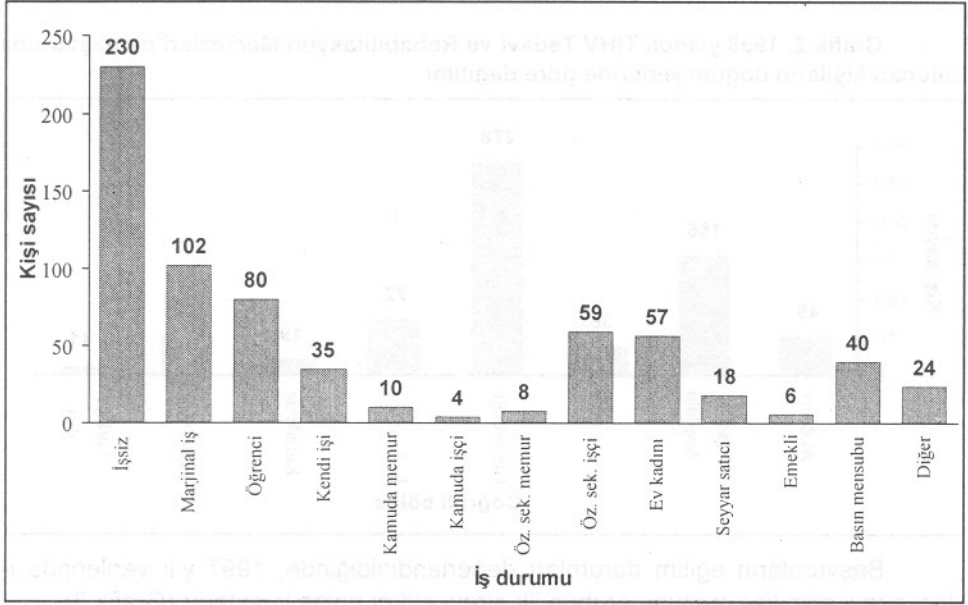
Başvuruların eğitim durumları değerlendirildiğinde, 1997 yılı verilerinde ikinci sırayı alan lise mezunu grubun ilk sırayı aldığı anlaşılmaktadır (Grafik 3).

Grafik 3. 1998 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuruda bulunan kişilerin eğitim durumlarına göre dağılımı



Başvuruların iş durumları değerlendirildiğinde işsizlik oranı yüksekliğinin, önceki yıllarda olduğu gibi devam ettiği anlaşılmaktadır (Grafik 4). Tedavi sürecinin bütünlüğünü bozan bir faktör olan işsizlik sorununu ve sosyal projelerin uygulamaya geçirilebilmesine duyulan ihtiyacı bir kez daha ortaya koymaktadır.

**Grafik 4. 1998 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuru-
da bulunan kişilerin iş durumlarına göre dağılımı**



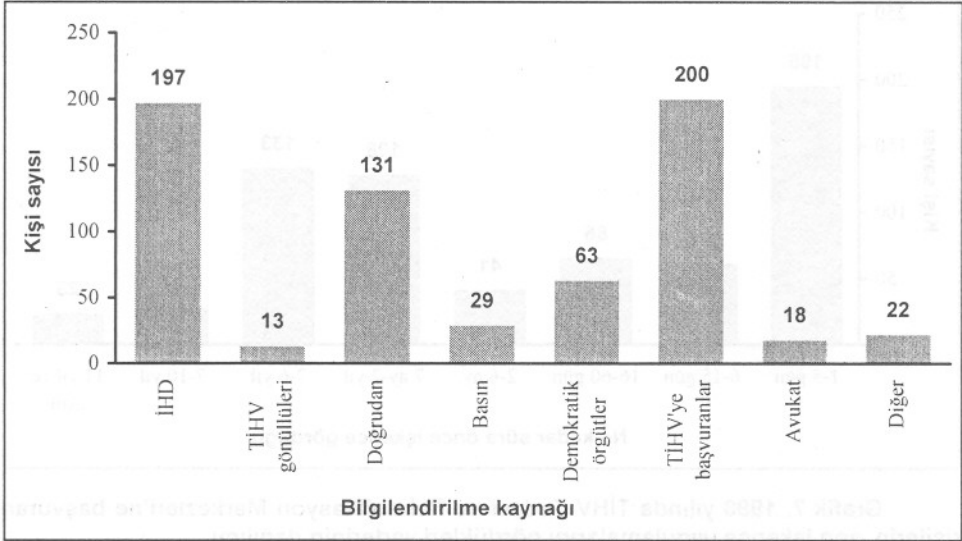
Başvuruların referans ve bilgilendirme kaynakları incelendiğinde ilk sırayı TİHV'ye daha önceden başvuruda bulunan kişilerin aldığı, ikinci sırada olan İHD'nin de yaklaşık aynı oranda olduğu anlaşılmaktadır (Grafik 5). Bu durum TİHV'nin önemli bir ihtiyacı etkin şekilde karşıladığını onaylarken, başvuruların dayanışma tutumunun da bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. İşkence görenlerin TİHV'ye ulaşmasında İHD'nin oynadığı etkin rol, kurumlar arası iletişim ve dayanışmanın önemini ortaya koymaktadır.

B. İşkence Süreci

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

Başvuruların %53.2'si (358 kişi) son olarak 1998 yılı içerisinde işkence gördüğünü beyan etmiştir. Son kez 1997 yılı içerisinde işkence görenler ise % 9.5 (64 kişi) olarak saptanmıştır.

Grafik 5. 1998 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuruda bulunan kişilerin bilgilendirilme kaynaklarına göre dağılımı



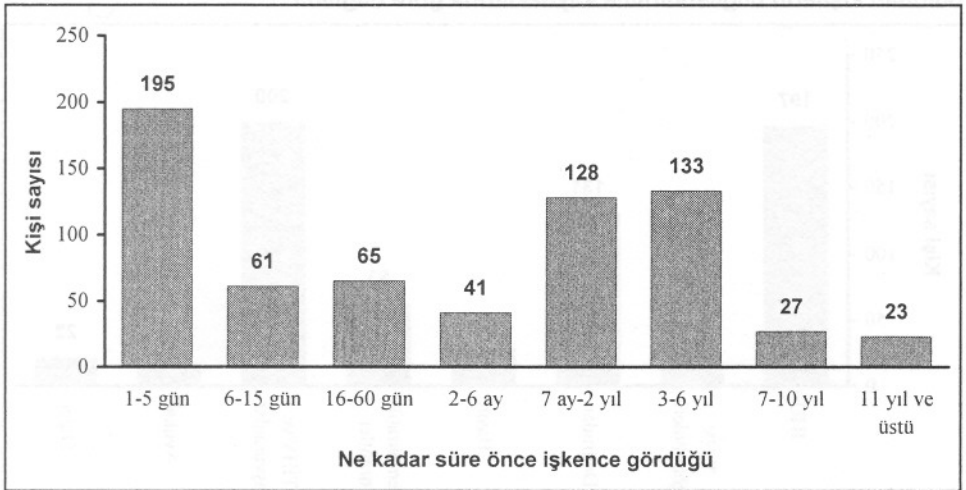
Başvuruların son işkence sürecini ne kadar süre önce yaşadıkları, işkencenin halen sistematik olarak uygulanması sorununa yaklaşım açısından bilgi vericidir. Türkiye'deki işkence iddialarının küçük bir bölümünü oluşturmasına karşın tek başına TİHV başvurularına ait rakamlar bile işkence uygulamalarının münferit vakalar olarak değerlendirilemeyeceğini açıkça ortaya koymaktadır. Siyasal iktidarların bütün iyileştirme vaat ve iddialarına karşın işkence sistematik olarak uygulanmaya devam etmektedir (Grafik 6).

Başvuruların %16.0'ı (108 kişi) son karşılaştıkları işkence uygulamasını, Olağanüstü Hal Bölgesi (OHAL Bölgesi) sınırları içerisinde gördüğünü belirtmiştir.

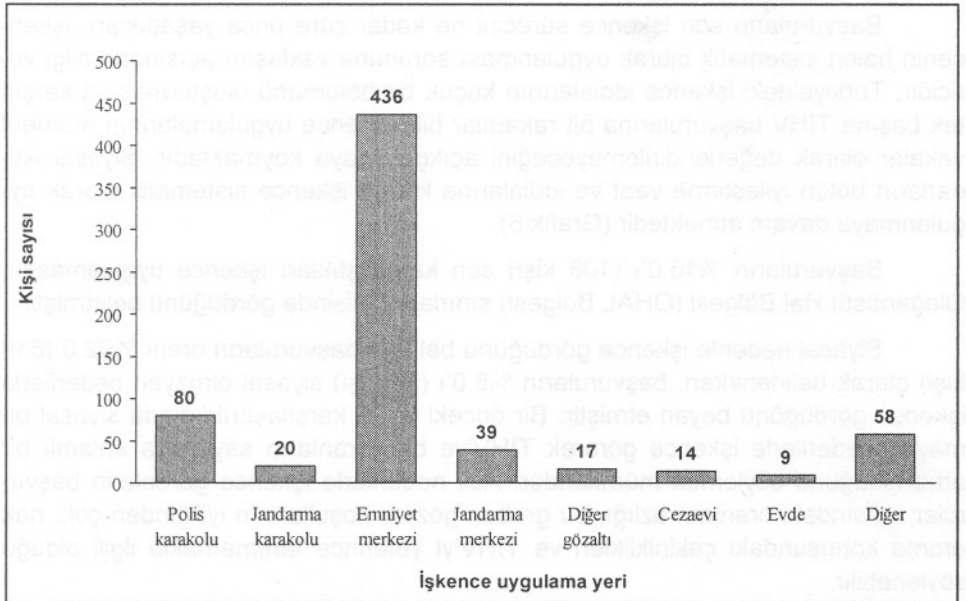
Siyasal nedenle işkence gördüğünü belirten başvuruların oranı %92.0 (619 kişi) olarak belirlenirken, başvuruların %8.0'ı (54 kişi) siyasal olmayan nedenlerle işkence gördüğünü beyan etmiştir. Bir önceki yıl ile karşılaştırıldığında siyasal olmayan nedenlerle işkence görerek TİHV'ye başvuranların sayısında anlamlı bir artış olduğunu söylemek mümkündür. Adli nedenlerle işkence görenlerin başvurular arasındaki oranının azlığı, bu grubun gözaltı koşullarının iyiliğinden çok, hak arama konusundaki çekiniklikleri ve TİHV'yi yeterince tanımamakla ilgili olduğu söylenebilir.

Son işkence sürecinin yaşandığı yer açısından yapılan değerlendirmede ilk sırayı önceki yıllarda olduğu gibi %64.8 (436 kişi) ile Emniyet Merkezleri almıştır (Grafik 7).

Grafik 6. 1998 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin, son kez işkence uygulamasına ne kadar süre önce maruz kaldıkları

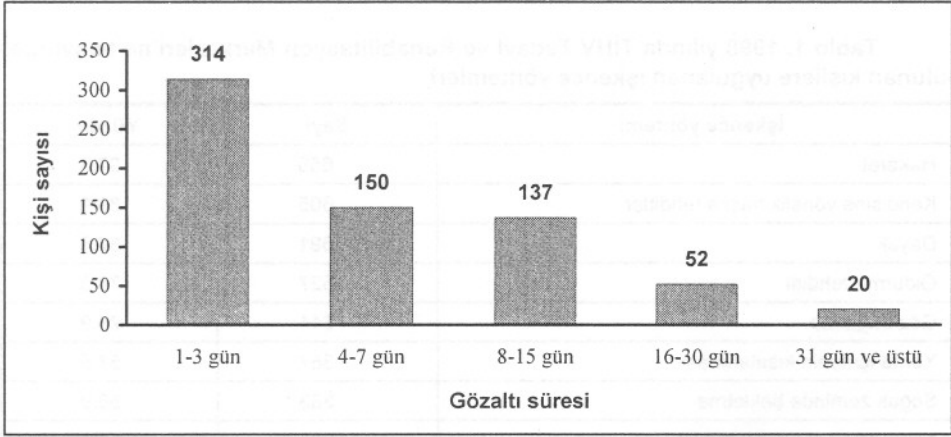


Grafik 7. 1998 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin, son işkence uygulamalarını gördükleri yerlerinin dağılımı



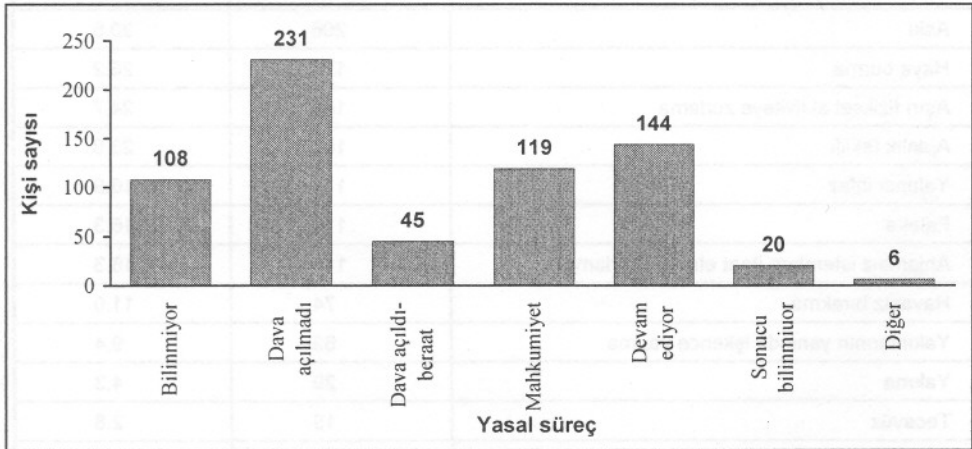
Gözaltı süreci ve sonuçlarını değerlendirdiğimizde, başvuruların %31.1'i (209 kişi) yaşadığı son gözaltı sürecinde 8 ve daha fazla gün gözaltında kaldığını belirtmiştir (Grafik 8).

Grafik 8. 1998 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuranların yaşadıkları son gözaltı sürecinde gözaltı süreleri



Başvuruların %35.2'si (237 kişi) TİHV'ye başvurmalarına yol açan gözaltı sonucunda tutuklandığını, %30.8'i (207 kişi) savcılık ya da mahkeme tarafından serbest bırakıldığını, %34.0'ı (229 kişi) ise savcılığa çıkarılmaksızın serbest bıraktığını beyan etmiştir. Gözaltı kurumlarının cezalandırma aracı olarak kullanılması, CMUK'a uygun olmayan yöntemlerle sorgulamanın yapılması ve delil toplanması, savunmanlık kurumuna yönelik engellemeler başvuruların yargı sürecindeki yakınmaları arasında dikkati çekmektedir. Başvuruların gözaltı sürecinin hukuksal sonuçları da anlamlı veriler ortaya koymaktadır (Grafik 9).

Grafik 9. 1998 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuranların yaşadıkları son gözaltı süreci sonrasında dava açılıp açılmadığı, dava açıldı ise sonucuna göre dağılımı



TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne işkence gördüğü için başvuruda bulunan 673 kişiye uygulanan işkence yöntemleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. 1998 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuruda bulunan kişilere uygulanan işkence yöntemleri

| İşkence yöntemi | Sayı | Yüzde |
|---|------|-------|
| Hakaret | 655 | 97.3 |
| Kendisine yönelik başka tehditler | 605 | 89.9 |
| Dayak | 591 | 87.8 |
| Öldürme tehdidi | 527 | 78.3 |
| Göz bağlama | 511 | 75.9 |
| Yeme içmenin kısıtlanması | 387 | 57.5 |
| Soğuk zeminde bekletme | 383 | 56.9 |
| Yakınlarına yönelik tehditler | 383 | 56.9 |
| İşeme ve dışkılamanın engellenmesi | 365 | 54.2 |
| Cinsel taciz | 335 | 49.7 |
| Elektrik | 304 | 45.2 |
| Hücrede tecrit | 302 | 44.8 |
| İşkenceye görsel/işitsel tanıklık ettirme | 299 | 44.4 |
| Soyma | 273 | 40.6 |
| Uyutmama | 256 | 38.1 |
| Basınçlı/soğuk su | 245 | 36.4 |
| Saç, sakal, bıyık yolma | 232 | 34.5 |
| Gürültülü müzik ya da marş dinletme | 221 | 32.8 |
| Askı | 206 | 30.6 |
| Haya burma | 176 | 26.2 |
| Aşırı fiziksel aktiviteye zorlama | 166 | 24.7 |
| Ajanlık teklifi | 161 | 23.9 |
| Yalancı infaz | 114 | 16.9 |
| Falaka | 110 | 16.3 |
| Anlamsız istemlere itaat etmeye zorlama | 110 | 16.3 |
| Havasız bırakma | 74 | 11.0 |
| Yakınlarının yanında işkence yapma | 63 | 9.4 |
| Yakma | 29 | 4.3 |
| Tecavüz | 19 | 2.8 |
| Diğer | 148 | 22.0 |

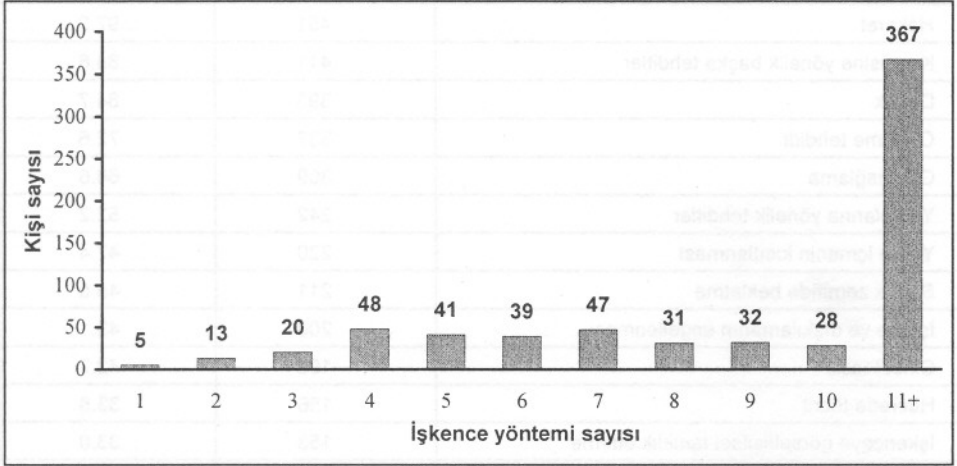
673 kişi içerisinde 1-7 gün süre gözetiminde kalan 464 kişinin karşılaştığı işkence yöntemleri Tablo 2' de gösterilmiştir.

Tablo 2. 1998 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerden 1-7 gün süre ile gözetiminde kalanlara uygulanan işkence yöntemleri

| İşkence yöntemi | Sayı | Yüzde |
|---|------|-------|
| Hakaret | 451 | 97.2 |
| Kendisine yönelik başka tehditler | 411 | 88.6 |
| Dayak | 393 | 84.7 |
| Öldürme tehdidi | 337 | 72.6 |
| Göz bağlama | 309 | 66.6 |
| Yakınlarına yönelik tehditler | 242 | 52.2 |
| Yeme içmenin kısıtlanması | 220 | 47.4 |
| Soğuk zeminde bekletme | 211 | 45.5 |
| İşeme ve dışkılamanın engellenmesi | 200 | 43.1 |
| Cinsel taciz | 198 | 42.7 |
| Hücrede tecrit | 156 | 33.6 |
| İşkenceye görsel/işitsel tanıklık ettirme | 153 | 33.0 |
| Uyutmama | 124 | 26.7 |
| Soyma | 121 | 26.1 |
| Saç, sakal, bıyık yolma | 116 | 25.0 |
| Basınçlı/soğuk su | 103 | 22.2 |
| Gürültülü müzik ya da marş dinletme | 97 | 20.9 |
| Ajanlık teklifi | 88 | 19.0 |
| Aşırı fiziksel aktiviteye zorlama | 76 | 16.4 |
| Elektrik | 75 | 16.2 |
| Haya burma | 71 | 15.3 |
| Askı | 70 | 15.1 |
| Yalancı infaz | 52 | 11.2 |
| Anlamsız istemlere itaat etmeye zorlama | 47 | 10.1 |
| Falaka | 46 | 9.9 |
| Havasız bırakma | 44 | 9.5 |
| Yakınlarının yanında işkence yapma | 35 | 7.5 |
| Yakma | 13 | 2.8 |
| Tecavüz | 7 | 1.5 |
| Diğer | 90 | 19.4 |

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

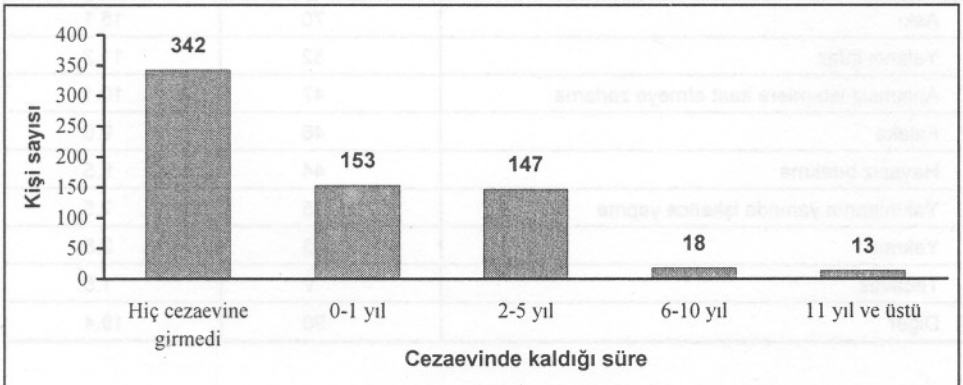
Grafik 10.1998 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin, maruz kaldıkları işkence yöntemlerinin sayısı



Gördüğü işkenceler nedeniyle başvuruda bulunan 673 kişinin %39.3'ü (265 kişi) bir kez gözaltına alındığını belirtirken, iki kez gözaltına alındığını belirtenlerin oranı %20.0 (134 kişi) olarak saptanmıştır. Üç ve daha fazla kez gözaltına alınanların oranı ise %40.7'dir (274 kişi).

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

**Grafik 11.1998 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuru-
da bulunan kişilerin, cezaevlerinde kaldıkları sürelerin dağılımı**



Başvurulardan 331 kişi cezaevinde kaldığını beyan etmiştir. Cezaevi yaşantısı olan başvuruların cezaevinde karşılaştıkları işkence yöntemlerinin dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. 1998 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuruda bulunan kişilerden cezaevi yaşantısı olanların, cezaevinde karşılaştıkları işkence yöntemleri

| İşkence yöntemi | Sayı | Yüzde |
|---|------|-------|
| Hakaret | 188 | 56.8 |
| Dayak | 110 | 33.2 |
| Anlamsız istemlere itaat etmeye zorlama | 80 | 24.2 |
| Yeme içmenin kısıtlanması | 70 | 21.1 |
| İşeme ve dışkılamanın engellenmesi | 57 | 17.2 |
| Kendisine yönelik başka tehditler | 49 | 14.8 |
| Hücrede tecrit | 42 | 12.7 |
| Öldürme tehdidi | 37 | 11.2 |
| Soğuk zeminde bekletme | 29 | 8.8 |
| İşkenceye görsel/işitsel tanıklık ettirme | 20 | 6.0 |
| Yakınlarına yönelik tehditler | 19 | 5.7 |
| Uyutmama | 16 | 4.8 |
| Gürültülü müzik ya da marş dinletme | 16 | 4.8 |
| Soyma | 15 | 4.5 |
| Falaka | 15 | 4.5 |
| Saç, sakal, bıyık yolma | 14 | 4.2 |
| Cinsel taciz | 13 | 3.9 |
| Basıncılı/soğuk su | 12 | 3.6 |
| Aşırı fiziksel aktiviteye zorlama | 12 | 3.6 |
| Ajanlık teklifi | 12 | 3.6 |
| Göz bağlama | 7 | 2.1 |
| Askı | 5 | 1.5 |
| Haya burma | 5 | 1.5 |
| Yalancı infaz | 4 | 1.2 |
| Havasız bırakma | 4 | 1.2 |
| Elektrik | 3 | 0.9 |
| Yakınlarının yanında işkence yapma | 3 | 0.9 |
| Tecavüz | 1 | 0.3 |
| Diğer | 99 | 29.9 |

Görüşmelerde tutuklu ve/veya hükümlü olarak cezaevinde kalan 331 başvurunun cezaevi ile ilgili değerlendirmeleri alınmıştır. Ortaklık gösteren noktalardan önemli olanlar aşağıdadır :

Başvurulardan 283 kişi (%85.5) beslenme, 282 kişi (%85.2) barınma, 284 kişi (%85.8) hijyen, 261 kişi (%78.9) iletişim, 290 kişi (%87.6) sağlık hizmetleri, 202 kişi (%61.1) havalandırma ve sportif faaliyetler, 246 kişi (%74.3) yazılı ve görsel eserlerden yararlanma koşulları, 297 kişi (%89.7) sevk koşulları açısından tutuklu ya da hükümlü olarak kaldıkları cezaevlerini olumsuz/kötü olarak değerlendirmişlerdir.

Sağlık hizmetlerinden duyulan rahatsızlıklar arasında, sağlık hizmetine ulaşmanın güvenlik gerekçe gösterilerek engellenmesi, insani olmayan koşullarda muayene ve tedavi olmaya zorlama yakınmaları önemli yer tutmaktadır. Tutuklu ve hükümlüler sağlık hizmetleri açısından özel duyarlılık gösterilmesi gereken riskli gruplar arasında değerlendirilmeli, sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını engellemeyi bir tehdit ve cezalandırma yöntemi olarak kullanan anlayışlara karşı mücadele edilmelidir.

Cezaevlerinde bir başka sağlık sorunu da, tedavileri yapılamamasına karşın CMUK 399. Madde kapsamında değerlendirilmeyerek dolaylı olarak ölüme ya da sakat kalmaya mahkum edilen kişiler bulunmasıdır.

Başvuru öyküleri açlık grevleri sırasında tuz ve şeker alımının engellenmesi sorununun büyük oranda aşıldığını ortaya koymaktadır. Ancak sık ve uzun süren açlık grevleri sonucunda yaşamsal sağlık sorunları bulunan çok sayıda tutuklu ve hükümlü halen cezaevlerinde bulunmaktadır.

673 başvurudan 353 kişi son işkence süreci sonrası, resmi görevlilerin inisiyatifleri ile adli tabip karşısına çıkarıldığını ve işkence gördüğünü belgelediğini, 289 kişi ise gördüğü işkenceyi tıbbi raporla belgeleyemediğini beyan etmiştir.

Adli muayenesi yapılan 353 kişi içerisinde, 283 kişi (%80.2) muayene sırasında güvenlik güçlerinin muayene ortamı dışarısına çıkarılmadığını, 285 kişi (%80.7) gerektiği gibi muayenesinin yapılmadığını, 256 kişi (%72.5) bulgularla uyumlu rapor düzenlenmediğini belirtmişlerdir.

673 başvurudan 110 kişide (%16.3) işkenceye bağlı kalıcı iz ve/veya fiziksel sakatlık saptanmıştır.

Gözetli sonrası adli prosedür içerisinde yapılan muayene sonucunda, işkence görmediğini belirtir rapor düzenlenen 62 kişi, daha sonra kendisi girişimde bulunarak işkence gördüğünü tıbbi raporla belgelemeyi başardığını ifade etmiştir. Bu durum adli tıp raporlarına yönelik eleştirilere bir kez daha dikkat çekerken, TC. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği ve uluslararası belgelerde tanınan ikincil görüş alma hakkının etkin kullanımının sağlanmasının, işkencenin önlenmesi için önemini de ortaya koymaktadır.

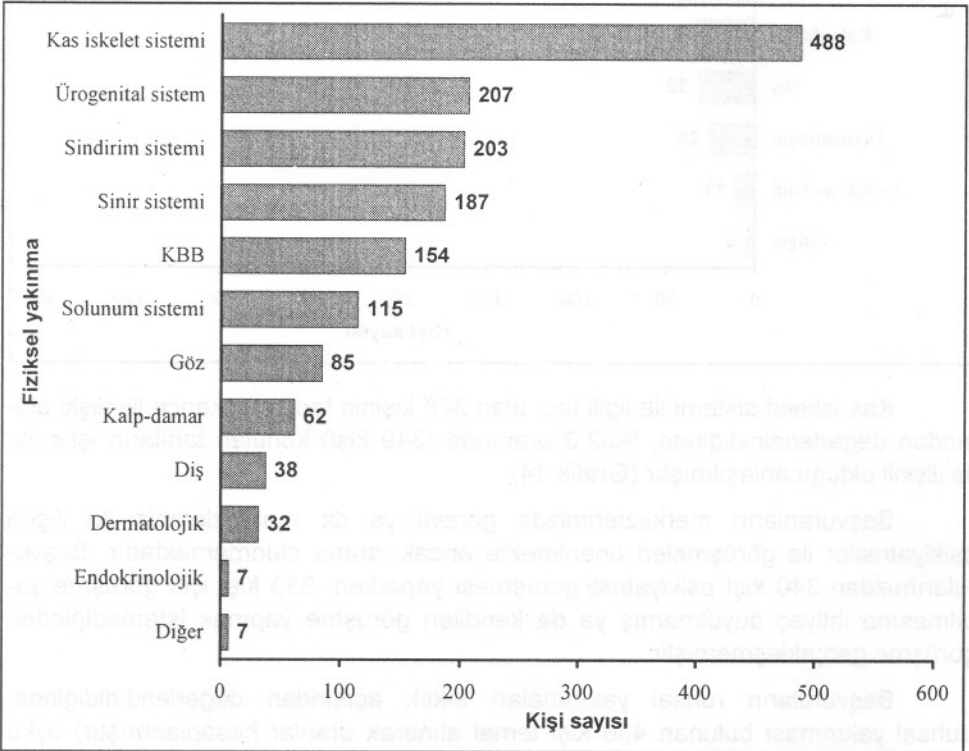
Tedavi Süreci

Bu bölümde başvuruların yakınmaları, muayene ve laboratuvar incelemeleri, tanı ve tedavileri değerlendirilmektedir. Başvuruların, muayene ve laboratuvar incelemeleri sonucunda konulan tanıların işkence ile ilgisi; "İşkence ya da cezaevi yaşantısı ile ilişkisi yok", "işkence ya da cezaevi yaşantısı etiyolojik faktörlerden biri", "işkence ya da cezaevi yaşantısı varolan patolojiyi ağırlaştırdı ya da ortaya çıkardı", "işkence ya da cezaevi yaşantısı tek etiyolojik faktör" ile "belirlenemedi" seçenekleri kapsamında değerlendirilmektedir.

1998 yılı içerisinde TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran 673 kişiden, %35.2'si (237 kişi) yalnız fiziksel, %5.1'i (34 kişi) yalnız ruhsal yakınmalarla başvuruda bulunurken, %59.7'si (402 kişi) hem fiziksel hem de ruhsal yakınmalarla destek talebinde bulunmuştur.

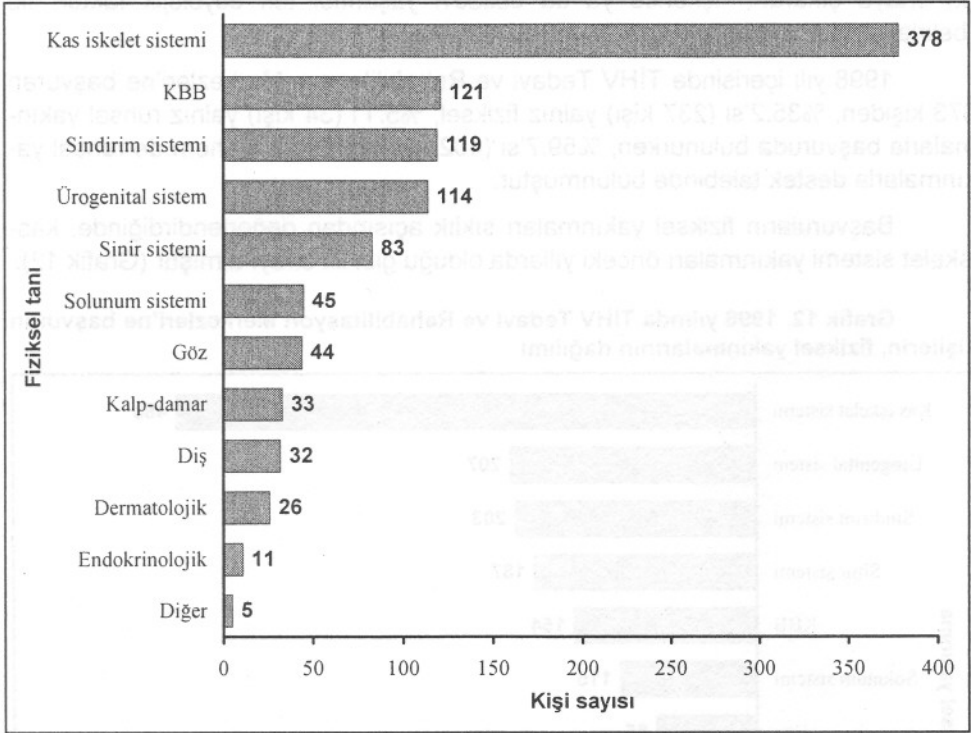
Başvuruların fiziksel yakınmaları sıklık açısından değerlendirdiğinde, kas-iskelet sistemi yakınmaları önceki yıllarda olduğu gibi ilk sırayı almıştır (Grafik 12).

Grafik 12. 1998 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerin, fiziksel yakınmalarının dağılımı



673 başvuru fiziksel yakınmalara bağlı tanılar açısından değerlendirildiğinde, 85 kişinin herhangi bir fiziksel tanı almadığı anlaşılmıştır. Başvuruların fiziksel yakınmalara bağlı tanılarını sıklık açısından değerlendirildiğinde, ilk sırayı önceki yıllarda olduğu gibi yine kas-iskelet sistemi ile ilgili tanılar almıştır (Grafik 13).

Grafik 13. 1998 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuruda bulunan kişilerin, fiziksel tanılarının dağılımı

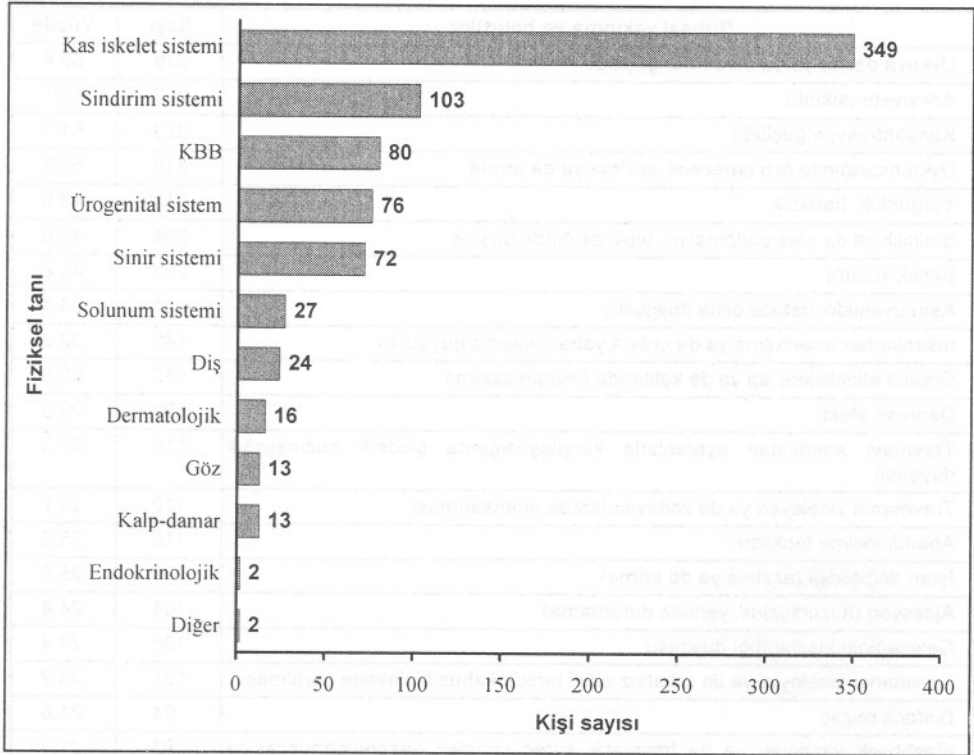


Kas-iskelet sistemi ile ilgili tanı alan 378 kişinin tanılarını işkence ile ilişki açısından değerlendirildiğinde, %92.3 oranında (349 kişi) konulan tanılarının işkence ile ilişkili olduğu anlaşılmıştır (Grafik 14).

Başvuranların merkezlerimizde görevli ya da merkezlerimiz ile ilişkili psikiyatristler ile görüşmeleri önerilmekte ancak ısrarcı olunmamaktadır. Başvurularımızdan 340 kişi psikiyatrist görüşmesi yaparken, 333 kişi için görüşme yapılmasına ihtiyaç duyulmamış ya da kendileri görüşme yapmak istemediğinden görüşme gerçekleşmemiştir.

Başvuruların ruhsal yakınmaları sıklık açısından değerlendirildiğinde, (ruhsal yakınması bulunan 436 kişi temel alınarak oranlar hesaplanmıştır) uyku sorunlarının önceki yıllarda olduğu gibi ilk sırayı aldığı anlaşılmaktadır (Tablo 4).

**Grafik 14. 1998 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuru-
da bulunan kişilerin, işkence ile ilişkili fiziksel tanılarının dağılımı**



İşkence süreçleri ile ilişkili bulunan ruhsal tanılar sıklık açısından değerlendirildiğinde, ilk sırayı travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) aldığı anlaşılmaktadır (Tablo 5). TSSB tanısı alan 120 kişi, tanının alt tipi açısından değerlendirildiğinde, 33 kişide akut, 80 kişide kronik, 7 kişide ise geç başlangıçlı TSSB saptanmıştır. Bunun yanı sıra 24 kişi (%5.5) akut stres bozukluğu, 14 kişi de yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almıştır.

1997 yılı başvuruları arasında TSSB tanısı alanların oranı %21.0 (109 kişi) iken 1998 yılında bu oranın %27.5 (120 kişi) yükselmesi, pek çok faktörün yanı sıra TİHV ortamında gerçekleştirilen eğitim etkinliklerine ve bu ortamda çalışanların kazandıkları deneyime bağlanabilir.

Travmatik bir yaşantı olarak işkence ve kötü muamele süreçleri ve tedavilerine yönelik bilgi birikimi arttıkça, ruhsal tanılarının da depresyon, anksiyete, psikoz gibi geniş kapsamlı tanılardan daha ayrıntılı tanılara dönüştüğü, böylece başvuruların daha iyi anlaşılmasıyla birlikte, tedavileri konusunda kendilerine daha fazla yardımcı olunabildiği gözlenmiştir.

Tablo 4. 1998 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuruda bulunan kişilerin, ruhsal yakınmalarının dağılımı

| Ruhsal yakınma ve belirtiler | Sayı | Yüzde |
|--|------|-------|
| Uykuya dalma ya da sürdürme güçlüğü | 276 | 63.4 |
| Anksiyete (sıkıntı) | 262 | 60.1 |
| Konsantrasyon güçlüğü | 223 | 51.2 |
| Uyku niceliğinde ileri derecede azalma ya da artma | 219 | 50.3 |
| Yorgunluk, halsizlik | 213 | 48.9 |
| Sinirlilik ya da öfke patlamaları, tepki eşiğinde düşme | 204 | 46.8 |
| Bellek kusuru | 203 | 46.6 |
| Aşırı uyanıklık (tetikte olma duygusu) | 151 | 34.7 |
| İnsanlardan uzaklaşma ya da onlara yabancılaşma duyguları | 140 | 32.2 |
| Önemli etkinliklere ilgi ya da katılımı belirgin azalma | 130 | 29.9 |
| Depresif afekt | 129 | 29.9 |
| Travmayı anımsatan uyaranlarla karşılaşıldığında şiddetli huzursuzluk duygusu | 119 | 27.3 |
| Travmanın yineleyen ya da zorlayıcı tarzda anımsanması | 112 | 25.7 |
| Abartılı irkilme tepkileri | 110 | 25.3 |
| İştah değişikliği (azalma ya da artma) | 109 | 25.0 |
| Ajitasyon (huzursuzluk, yerinde duramama) | 108 | 24.8 |
| Geleceğinin kısıtlandığı duygusu | 106 | 24.4 |
| Travmanın yineleyici ya da rahatsız edici tarzda kabus biçiminde görülmesi | 101 | 23.2 |
| Disforik mizaç | 94 | 21.6 |
| Flashback yaşantısı ya da travmatik süreç yeniden yaşanıyor muşçasına duygu ve davranışlar | 93 | 21.4 |
| Travmayı anımsatan uyaranlarla karşılaşıldığında fizyolojik tepkiler | 80 | 18.4 |
| Yaşanmış ya da tanık olmuş travmatik olay(lar)a şiddetli korku, umutsuzluk ya da dehşet yanıtı | 78 | 17.9 |
| Travma anılarını uyaran etkinlik, durum ya da insanlardan kaçınma | 77 | 17.7 |
| Duyusal kısıtlılık (ya da küntlük) | 76 | 17.5 |
| Travma ile ilgili düşünce, duygu ya da söyleşilerden kaçınma çabaları | 64 | 14.7 |
| Psikomotor etkinlikte azalma | 62 | 14.3 |
| Cinsel istekte azalma | 47 | 10.8 |
| İntihar düşüncesi ya da girişimi | 25 | 5.8 |
| Travmanın önemli bir kesitini anımsayamama | 21 | 4.9 |
| Sanrı | 15 | 3.5 |
| Obsesyon | 14 | 3.3 |
| Varsanı (görsel, işitsel taktil) | 14 | 3.3 |
| Kompulsiyon | 9 | 2.1 |
| Alkol ya da madde kullanımı | 8 | 1.9 |

Tablo 5. 1998 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuran kişilerde, işkence ile ilişkili bulunan ruhsal tanılarının dağılımı

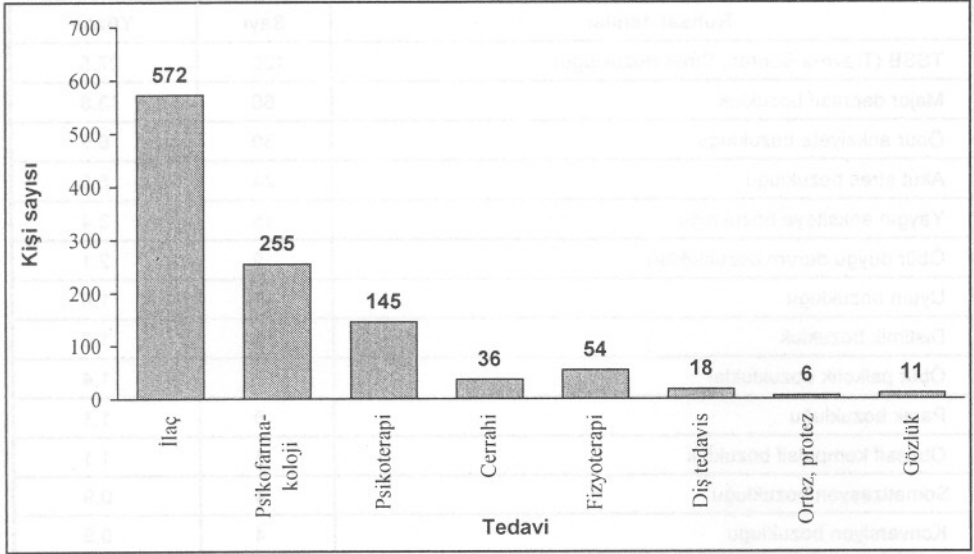
| Ruhsal tanılar | Sayı | Yüzde |
|---------------------------------------|------|-------|
| TSSB (Travma Sonrası Stres Bozukluğu) | 120 | 27.5 |
| Majör depresif bozukluk | 60 | 13.8 |
| Öbür anksiyete bozukluğu | 30 | 6.9 |
| Akut stres bozukluğu | 24 | 5.5 |
| Yaygın anksiyete bozukluğu | 15 | 3.4 |
| Öbür duygu durum bozuklukları | 9 | 2.1 |
| Uyum bozukluğu | 8 | 1.8 |
| Distimik bozukluk | 8 | 1.8 |
| Öbür psikotik bozukluklar | 6 | 1.4 |
| Panik bozukluğu | 5 | 1.1 |
| Obsesif kompulsif bozukluk | 5 | 1.1 |
| Somatizasyon bozukluğu | 4 | 0.9 |
| Konversiyon bozukluğu | 4 | 0.9 |
| Sanrısız bozukluk | 4 | 0.9 |
| Şizofreni | 3 | 0.7 |
| Uyku bozuklukları | 3 | 0.7 |
| Diğer | 10 | 2.3 |

1998 yılında fiziksel yakınma ile başvuran 639 kişiden 347 kişinin fiziksel tedavilerinin tamamlandığı, 138 kişinin rapor verileri hazırlandığı dönem itibarı ile fiziksel tedavilerinin sürdüğü, 78 kişinin fiziksel tedavi sürecinin yarım kaldığı, 26 kişide ise işkence ve cezaevi süreçleri ile ilişkili herhangi bir hastalık saptanmadığı anlaşılmıştır. Bunun dışında 50 başvuru ise yakınmaları olmasına karşın tanı konulma aşamasında süreci yarım bırakmıştır.

Ruhsal tedaviler değerlendirildiğinde 123 kişinin ruhsal tedavisinin tamamlandığı, 106 kişinin rapor verileri hazırlandığı dönem itibarı ile ruhsal tedavilerinin sürdüğü, 57 kişinin ise tedavilerinin yarım kaldığı anlaşılmıştır. 7 kişinin ise işkence ve cezaevi süreçleri ile ilişkili olmayan tanılar aldığı görülmüştür. Ayrıca 143 kişi ise tanı konulmadan, genellikle ilk görüşme sonrasında, ilişkilerini sürdürmemişlerdir.

Başvurulara uygulanan tedaviler değerlendirildiğinde, 572 başvuruya farmakolojik, 255 başvuruya psikofarmakolojik tedavi uygulandığı saptanmıştır. Psikoterapi uygulanan başvurular 145 kişi olarak saptanmıştır. Başvurulardan 54 kişiye fizyoterapi, 36 kişiye cerrahi girişimler, 6 kişiye ortopedik cihaz, 18 kişiye ise diğer tedavilerinin yalnız veya kombine olarak uygulandığı anlaşılmıştır (Grafik 15).

**Grafik 15. 1998 yılında TİHV Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri'ne başvuru-
da bulunan kişilerin, uygulanan tedavi yöntemlerinin dağılımları**



SONUÇ

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

1998 yılında da güvenlik güçleri, gösteri, yürüyüş ve miting gibi toplumsal eylemlerde şiddete sık başvurmuştur. Gösterciler, dağıtma ve gözaltına alma sırasında ya da gözaltında şiddete maruz kalmışlardır.

1998 yılında başvuruda bulunan 673 kişinin %53.2'sinin (358 kişi) 1998 yılı içerisinde işkence görenler olması, ülkemizde işkencenin sistematik olarak uygulandığı iddialarını destekleyicidir.

673 başvurudan 619 kişinin %92.0 oranında siyasal nedenlerle işkence görenlerden oluşması, adli nedenle gözaltına alınanlara işkencenin sistematik olarak uygulanmadığı yönünde değerlendirilmemelidir.

Başvuruların doğum yerlerinin dağılımında ilk iki sırayı Güneydoğu Anadolu Bölgesi ve Doğu Anadolu Bölgesi'nin alması ile, başvuruların %16'sının başvurularına neden olan işkence olayı ile OHAL Bölgesi sınırları içerisinde karşılaşması anlamlı bulunmuştur.

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

destek çalışmalarının geliştirilmesi projelendirilmiştir. Bu projelerin yaşama geçirilebilmesi tedavi başarısını doğrudan ve olumlu yönde etkileyecektir.

Gözaltı sürelerin uzunluğu işkence uygulamalarını kolaylaştırıcı bir rol oynamaktadır. Başvurularımız arasında savcılığa çıkarılmaksızın serbest bırakılanlar ile savcılık ya da mahkeme tarafından serbest bırakılanların toplamının %64.8 olması, gözaltı kurumunun keyfi kullanımı tartışmaları içerisinde değerlendirilmelidir.

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

İşkencenin önlenmesi ve işkence suçunu işleyenlerin caydırıcı şekilde cezalandırılması için acil olarak yasa, yönetmelik ve genelgelerle düzenlemeler yapılması gerektiği, 1998 yılı verileri incelendiğinde açık olarak ortaya çıkmaktadır.

1998 yılı içerisinde, cezaevlerinden çok sayıda hükümlü ve tutuklu, sağlık sorunlarını mektupla ya da avukatları aracılığıyla ileterek yardım talebinde bulunmuştur. Yakınmaların önemli bir kısmı, işkence ve kötü muamele ile ilişkili bulunmasına karşın, iletişim ve hizmet sunumunda karşılaşılan güçlükler nedeniyle yeterince yardımcı olunamamıştır.

Başvuruların anlatımları açlık grevinin, gözaltı ve cezaevi yaşantısı sırasında sık başvuru alan bir hak arama yöntemi olma özelliğini sürdürmekte olduğunu göstermektedir. Anlatımlar, tıp ortamının açlık grevi sırasında hekim tavrı ve açlık grevcisinin tedavisi konusundaki çalışmalarının önemli bir ihtiyacı karşılayabilmek için gerekli olduğunu göstermektedir.

1996 yılında yaşanan yaygın açlık grevi ve ölüm orucu eylemleri sonrasında yetersiz ya da yanlış tedavi edilmeye bağlı yaşamsal sağlık sorunları olan çok sayıda tutuklu ve hükümlü halen cezaevlerinde bulunmaktadır. Bu insanların tedavi edilebilmeleri için, CMUK 399. maddenin işletilmesi de dahil olmak üzere çalışmalar yapılması gereklidir.

Başvuranlarda işkence ile ilişkili pek çok tanı saptanmasına karşın bunların adli raporlara yansıtılmamış olması adli rapor süreçleri, Adli Tıp Kurumu, işkencenin önlenmesinde hekim sorumluluğu kapsamında değerlendirilmelidir.

İşkencenin tarihin karanlık sayfalarında kaldığı bir dünya umuduyla.

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

KOMPLEKS TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU (K TSSB)

Cem Kaptanoğlu*

Travma sonrası stres bozukluğunun karmaşık (complex) olarak nitelendirilen tipi, henüz genel kabul görmüş olmasa da, "karmaşık TSSB"nin travmayla ilişkili ruhsal bozukluklar grubunda yer almasının gerekliliği pek çok klinisyen tarafından savunuluyor. Tanı ve tedavilerinde zorlandığımız bir grup hastayı, daha kolay anlamamızı sağlayan bu yeni sendromu benimseyen yazarlar, DSM sınıflandırmasında tanımlanan TSSB'nin, "basit" (simple) TSSB olarak isimlendirilmesini öneriyorlar¹. Kısacası, önümüzdeki dönemde, TSSB'nin kliniğiyle ilgili tartışmalar, karmaşık/basit TSSB gibi yeni bir eksende yoğunlaşacağı benziyor.

Travmatik olayların süreğen olarak yaşandığı veya travmanın tekrar yaşanması olasılığının yüksek olduğu, bir başka deyişle, "travma sonrası"na uzun bir süre geçmesine rağmen ulaşılamayan durumlarda, ortaya çıkan ruhsal tablo, "basit TSSB" den farklı olmaktadır. TSSB'de "travma sonrası" tanımı, travmanın geçmişte olup bittiğini, tekrar yaşanması olasılığının hemen hemen genel popülasyonla eşitlendiğini düşündürmektedir. Belki bir trafik kazası sonrasında veya sel felaketi ardından, "travma sonrası" nitelemesi, bireyin travmayla tekrar karşılaşma olasılığında önemli bir değişiklik olduğunu vurgulamak için uygun olabilir. Ancak incest, çocuklukta fiziksel, ruhsal kötüye kullanım, eşi tarafından sürekli aşağılanma/dövülme, toplama kampında yaşama, özel tip cezaevlerinde tutulma, zorunlu göç, sıcak savaş ortamında yaşama, işkence görme ve tekrar işkence görme tehdidi altında olma gibi süreğen travmatik olaylarda "travma sonrası" "basit TSSB"de olduğundan farklı bir içerik kazanmaktadır. Yukarıda sayılanlar gibi uzamış, tekrarlayan travmalarla karşılaşan mağdurların geliştirdikleri klinik tab-

* Doç. Dr., Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.

lolar, belirtilerin niteliği, şiddeti, kalıcı kişilik değişikliklerine yol açabilmeleriyle daha " karmaşık " olmaktadır^{2,3,4}. Nazi soykırımını mağdurları veya Güneydoğu Asyalı mültecilerle çalışan klinisyenler, bu gruplarda saptadıkları ruhsal tabloların, klasik TSSB sınırlarını zorladığını belirtmişler ve "victimization disorder" (mağduriyet bozukluğu), "complicated post-traumatic stress disorder" gibi, farklı bir yaklaşımın gerekliliğini vurgulayan yeni isimler önermişlerdir⁵. Özellikle, çocukluk dönemi kötüye kullanım öyküsü olan kişilerle çalışan bazı klinisyenler, çocukluk döneminde yaşanmış tek bir travmatik olayın etkileriyle, uzamış, tekrarlayan travmatik yaşantıların etkilerini ayırmak için, travmatik sendromları, sırasıyla; Tip I ve Tip II olarak ayırmayı önermişlerdir⁶. Gilboa ve ark. ise yanığa yol açan travmatik olayların, yarı tedavisinin çok uzun sürmesi ve kalıcı sekel bırakması nedeniyle, TSSB'ye değil de, "Continuous" (sürekli) TSSB olarak tanımladıkları tabloya yol açtığını ileri sürmüşlerdir⁷.

Dünya Sağlık Örgütü'nün hazırladığı, "Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması" (ICD-10)'da, toplama kampı yaşantıları, işkence, doğal felaketler, uzun süre yaşamın tehdit altında olduğu koşullarda bulunmanın (rehin alınma, terör, uzun süre her an öldürülme olasılığı ile esir tutulmak gibi), kalıcı kişilik değişikliklerine yol açabileceği belirtilmiş ve bu durumlar, "Felaket yaşantısı sonrası kalıcı kişilik değişikliği" başlığında ele alınmıştır. Bu bozukluğun tanı ölçütleri şunlardır: a) Dünyaya karşı düşmanca ya da güvensiz bir tutum b) Sosyal çekilme c) Boşluk ve umutsuzluk duyguları d) Sürekli tehdit ediliyormuş gibi kronik bir sinirlilik hissi e) Yabancılaşma⁸. "Felaket yaşantısı sonrası kalıcı kişilik değişikliği"nde, kompleks TSSB'ye göre, kişilik değişikliği üzerine daha fazla vurgu yapılmış olsa da, bu iki tanının örtüştüğü söylenebilir.

Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV çalışma grubu, uzun süreli, tekrarlayan ve insan eliyle yaratılmış travmatik yaşantılar sonrası ortaya çıkan ruhsal bozuklukları, TSSB tanı ölçütlerinin yeterince karşılayamadığı noktasından çıkışla, tanı ölçütleri henüz taslak halinde olan, "Disorder of extreme stress not otherwise specified (DESNOS)" (Başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu) adıyla yeni bir tanı önermiştir⁹. Bu öneri resmi kabul görüp DSM-IV'te yer almamıştır ancak pek çok araştırmacının ilgi odağı olmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV çalışma grubunun DESNOS için önerdiği tanı ölçütleri Tablo I'de verilmiştir.

Tablo I'de de görüldüğü gibi, DESNOS veya kompleks TSSB, basit TSSB den oldukça farklı bir klinik görünüme sahiptir. Bazı çalışmacılar, kompleks TSSB, basit TSSB farklılığının üç ana başlıkta ele alınabileceğini belirtmişlerdir¹⁰.

1- Belirtiler: Kompleks TSSB'de belirtiler değişkenlik gösterir ve bedensel belirtiler siktir. Belirtiler, somatizasyon, disosiasyon ve affektif belirtiler başlıklarında toplanabilir. Somatizasyon belirtileri, genellikle baş ağrısı, karın, sırt veya bel ağrıları, bulantı, boğulma hissi ve sindirim sistemiyle ilgili çeşitli yakınmalar şeklinde olur.

Tablo I : Kompleks TSSB Tanı Ölçütleri**1- Uzun bir süre (aylar, yıllar) baskıcı bir kontrole maruz kalma öyküsünün bulunması.**

Bu yaşantıyla ilgili örnekler: Rehini alınma, savaş suçlusu olma, toplama kampında yaşamış olma, bazı dinsel tarikatlar içinde mağdur edilme, cinsel yaşantıda ve ev yaşantısında baskıya uğrama (ev içi ,şiddet, çocukluk döneminde fiziksel veya cinsel kötüye kullanım ve organize cinsel kötüye kullanım)

2- Duygulanımda aşağıdakileri içeren dalgalanmalar

- Sürekli disfori (neşesizlik, öfke)
- Süreğen intihar düşünceleri. Kendini yaralama
- Patlayıcı veya aşırı bastırılmış öfke (yer değiştirebilir)
- Kompulsif veya aşırı inhibe olmuş cinsellik (yer değiştirebilir)

3- Bilinçte aşağıdakileri içeren dalgalanmalar

- Travmatik olayları hatırlayamama veya tüm ayrıntılarıyla hatırlama
- Geçici disosiyatif epizotlar
- Depersonalizasyon/derealizasyon
- TSSB belirtilerinde olduğu gibi travmatik olayları ani, zorlayıcı şekilde tekrar yaşama veya zihninin tekrarlayıcı şekilde bu olaylarla meşgul olması

4- Benlik algısında aşağıdakileri içeren dalgalanmalar.

- Çaresizlik veya elinden bir şey gelmeyeceği hissi
- Utanma, suçluluk duyma ve kendini suçlama
- Saflığını yitirme, utanç verici durumda olma hissi
- Kendini diğerlerinden tamamen farklı hissetme

5- Saldırganın algılanmasında aşağıdakileri içeren dalgalanmalar

- Saldırganla ilişkisine değin düşüncelerle meşgul olmak (bu intikam almayla ilgili düşünceleri de içerir)
- Saldırganı gerçeğe aykırı, şekilde çok güçlü olarak görme (hastanın güç ilişkilerini değerlendirmesinin klinisyenden daha gerçekçi olabileceği dikkate alınmalı)
- Saldırganı idealize etmek veya paradoksal olarak, şükran duymak. Saldırganla özel veya olağanüstü bir ilişki hissi
- Saldırganın inanç sistemini kabul etmek veya onu akılcılaştırmak

6- Diğerleriyle ilişkisinde aşağıdakileri içeren dalgalanmalar

- İzolasyon ve sosyal geri çekilme
- Yakın ilişkilerde bozulma
- Sürekli bir kurtarıcı arayışı (bu durum izolasyon ve geri çekilmeyle yer değiştirebilir)
- Süreğen güvensizlik
- Kendini korumada tekrarlayan başarısızlıklar

7- Değerler sisteminde değişiklikler

- İnançlarını yitirme
- Ümitsizlik ve çaresizlik hissi

Disosiasyon, çocukluk döneminde cinsel ve/veya fiziksel kötüye kullanıma uğrayan kişilerde genellikle çoğul kişilik bozukluğu şeklinde ortaya çıkar. Affektif belirtiler, genellikle süregelen intihar düşüncelerinin eşlik ettiği şiddetli travmatik depresyon şeklindedir. Hekimlerin, tabloyu, sıklıkla salt depresyon olarak değerlendirdikleri, altta yatan travmayı atlayabildikleri bilinmektedir.

2- Kişilik değişiklikleri: Süregelen travmaya uğrayan mağdurlarda, insan ilişkilerinden kaçınma, güçsüzlük hissi, terk edilme korkusu, edilgenlik, aşırı çekingen veya isyankar davranışlar ortaya çıkar. Mağdur, saldırganca aşırı düzeyde bağımlılık geliştirebilir (traumatic bonding).

3- Kendine zarar verme ve şiddete başvurma: Mağdurlarda, kendine zarar verme ve intihar davranışı görülebilir. Süregelen travmatik yaşantılardan sonra kendine zarar verme ve intihar davranışlarının, tek bir travmatik olay sonrasına göre daha sık ortaya çıktığı bilinmektedir. Ayrıca çocukluk dönemlerinde süregelen travmayla karşılaşanların, şiddete kolay başvurabilen erişkinler olabilecekleri bildirilmiştir.

"Karmaşık TSSB" veya "Başka türlü adlandırılmayan aşırı stres bozukluğu" veya "Felaket yaşantısı sonrası kalıcı kişilik değişikliği" gibi çeşitli adlar verilse de, uzamış, tekrarlayıcı travmalarla karşılaşan mağdurları anlamamızı kolaylaştıracak bir tamsal kategoriye gereksinmemiz var. Ülkemizde pek çok insan, hatırlamak istemedikleri, utandıkları veya güncel sorunlarıyla ilişkilendiremedikleri ya da kimse sormadığı için, başvurdukları hekimlere, yaşadıkları travmatik olaylardan söz etmeden, ağırlıklı olarak bedensel yakınmalarını, daha az sıklıkla da depresyon veya bunaltı belirtilerini dile getiriyorlar. Oysa altta yatan travmatik yaşantılar söze dökülüp, irdelenmeden bu kişilere yardımcı olabilmek olanaksız.

"Kompleks TSSB, klinikte ne kadar işimize yarar?" sorusuna şu yanıtları verebiliriz. Ev içi şiddetten, sokaktaki, trafikteki şiddete, oradan işkenceye, savaşa kadar her tür şiddetin yoğun olarak yaşandığı ülkemizde, hekimler, herhangi bir organik nedenle açıklanamayan bedensel belirtilerden yakınan, doktor doktor dolaşarak "kurtarıcı" arayan hastalarla çok sık karşılaşılıyor. Genellikle, somatizasyon, konversiyon, distimi vb. tanıları konulan bu hastaları "karmaşık TSSB" çerçevesinde daha kolay tanıyabiliriz. Boğulma hissi, sırt ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi gibi özgül olmayan belirtiler, çaresizlik, çabuk sinirlenme, intihar düşünceleriyle başvuran bir kadın hastanın sorununun, yalnızca "somatizasyon veya depresyonla açıklanamayacağını, bunun süregelen travmaya bağlı bir sendrom olabileceğini, en azından bunun araştırılması gerektiğini belki "karmaşık TSSB" bizlere hatırlatır. Psikiyatristlerin, tanı ve tedavilerinde zorlandıklarını, karşılarında çaresizliğe düşüklerini itiraf ettikleri, gönüllü veya zorunlu göçlerle büyük kentlere göçmüş Güneydoğulu insanların; dünyaya karşı düşmanca veya güvensiz tutumlarını, umutsuzluk duygularını, çaresizliklerini, neden sürekli tehdit ediliyormuş gibi kronik bir sinirlilik hissettiklerini, "dövülmüş gibi" başlarının, kollarının, sırtlarının neden ağrı-

diğını, uygulanan ruhsal testlerde her duyguya rastlayıp neden öfkenin izine hiç rastlamadığımızı, doktorlara, ilaçlara "kurtarıcı" gibi neden sarıldıklarını geçte olsa belki " karmaşık TSSB" yardımıyla anlamaya başlarız. Yirmi yılı aşkın bir süredir sıcak çatışmaların sürdüğü, sokak ortasında veya evlerinde insanların öldürüldüğü, işkence, adam kaçıрма, kaybedilme ve çete öykülerinin, masalların yerini aldığı bir ülkede, Türkiye'de büyüyen çocukları ki pek çoğu 20 yaşlarına geldi, şimdiki ve gelecekteki davranışları, tepkileri, düşünceleri ve duygularıyla, belki " karmaşık TSSB"nin yardımıyla daha iyi anlarız.

KAYNAKLAR

1. Jongedijk RA, Carlier IV, Schreuder BJ, Gerson BP. Complex posttraumatic stress disorder: an exploratory investigation of PTSD and DES NOS among Dutch war veterans. *J Trauma Stress*, 1996 Jul; 9 (3): 557-86.
2. Newman E, Riggs D S, Roth S. Thematic resolution, and complex PTSD: the relationship between meaning and trauma-related diagnosis. *J Trauma Stress* 1997 10(2):197-213.
3. Roth s, Newman E, Pelcovitz D, Van der Kolk B, Mandel F S. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress* 1997 10(4): 539-55.
4. Dickinson L M, de Gruy F V 3 rd, Dickinson WP, Candib LM. Coplex posttraumatic stress disorder: evidence from the primary care setting. *Gen Hosp Psychiatry* 1998 20(4): 214-24.
5. Horowitz M. *Stress Response Syndromes*. Northvale, N.Jersey, London: Jason Aronson, (1986).
6. Terr L C, *Childhood traumas: An outline and overview*, *Am J*, 1991,148:10-20.
7. Gilboa D, Friedman M, Tsur H. The burn as a continuous traumatic stress: implications for emotional treatment during hospitalization. *J Burn Care Rehabil*, 1994, 15;(1), 86-91.
8. Dünya Sağlık Örgütü. *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması*. Ankara, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını (1993).
9. Herman J L, *Trauma and Recovery*. New York, Basic Books (1992)
10. Oldham J M, Michelle B R, Tasman A. *Review of Psychiatry*, Washington, American Psychiatric Press, (1993) Vol:12.

İŞKENCE SONRASI GEÇ DÖNEMDE ORTAYA ÇIKAN FİZİKSEL RAHATSIZLIKLAR

Ümit Şahin*

Kas iskelet sistemini ilgilendiren yakınma ve hastalıklara işkençe görenler arasında çok rastlandığı bilinmektedir. İşkencenin değişik şekilleri, bunlar arasında da en çok kaba dayak, askı gibi ağır travmalar vücudun hareket sistemini oluşturan kas ve iskelet sistemi üzerinde bazen kalıcı olabilen hasarlar oluşturmaktadır. İşkençe nedeniyle kaslar, omurga, periferik eklemler ve kemik yapıların doğrudan travmaya maruz kalması sonucu çeşitli patolojiler oluşabileceği gibi, merkezi yada periferik nörolojik hasara sekonder olarak da ağırlı hastalıklar disfonksiyon durumları ortaya çıkabilir.

İşkenceye bağlı gelişen kas-iskelet sistemi hastalıklarının ayırt edici özelliklerinden biri de akut dönem patolojileri yanında çok sayıda başvuruda ağırlı durumun kronikleşebilmesi ve hatta travmayı izleyen yıllar içinde geç dönemde ağırlıklı olarak eklem sistemlerinin geçirilen travmaya sekonder olarak dejenerasyona uğramasına bağlı hastalıklar, sözgelimi disk hernileri, omuz periartritleri vb. görülebilmektedir. Askı uygulamasına bağlı gelişen brakial pleksus felci sekeli de kronikleşen hastalıklar arasında sık olarak gözlenmektedir.

Ağırlı hastalıkların kronikleşmesinde travma sonucu ağrı algısında değişimlerin ve psikosomatik süreçlerin de rolü vardır. Bazı başvurularda tedavisi çok güç olan kronik ağrı sendromunun geliştiği de gözlenebilmektedir.

İşkence sonrası rehabilitasyonun en önemli niteliklerinden biri, ağırlı ve disfonksiyona yol açıcı post-travmatik hastalıklara yaklaşımın, fiziksel, psikolojik ve sosyal disiplinlerarası işbirliğine ihtiyaç duymasıdır. Fizik tedavi yöntemlerinin

* Dr., Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanı.

yanında ağrı modülasyonuna yönelik yöntemler ve özellikle de egzersiz, psikoterapiyle birlikte ele alınarak rehabilitasyon yöntemleri başvuruya bütünsel olarak yaklaşan bir ekip disiplini içerisinde uygulanabilirse kronik ağrı ve disfonksiyon sendromlarının gelişmesinin önlenebileceği öne sürülebilir.

Bu yazıda Ekim 1996-Mayıs 1998 arasında Türkiye İnsan Hakları Vakfı İstanbul Temsilciliği Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi'ne başvuran, kas-iskelet sistemine ait yakınmaları bulunan ve fizik tedavi ve rehabilitasyon konsültasyonu istenen başvuruların yakınmaları, tanıları ve uygulanan tedaviler çözümlenerek işkence sonrası dönemde ortaya çıkan, özellikle de kronikleşen ya da geç dönemde görülen fiziksel rahatsızlıklar değerlendirilmeye çalışılmıştır.

BULGULAR

1- Yaş ve Cinsiyet: TİHV İstanbul Temsilciliği Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi'ne başvuran ve Ekim 1996- Mayıs 1998 tarihleri arasında konsültasyonu yapılan başvuru sayısı 65'tir. Başvuruların 45'i erkek 20'si kadındı ve yaş ortalaması 31.4 idi. Cinsiyete göre yaş dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Başvuruların cinsiyete göre yaş dağılımları

| Cinsiyet | Başvuru sayısı | Yaş ortalaması | Minimum yaş | Maksimum yaş | %75 persentil |
|----------|----------------|----------------|-------------|--------------|---------------|
| Erkek | 45 | 32.8 | 18 | 68 | 38.0 |
| Kadın | 20 | 28.3 | 18 | 43 | 34.7 |
| Toplam | 65 | 31.4 | 18 | 68 | 37.5 |

2- Son işkenceden fizik tedavi muayenesine kadar geçen süre: Başvuruların 29'unda (% 45.3) en son işkence gördükleri tarihten fizik tedavi muayenesine kadar geçen zaman 1-3 yıl arasındaydı. 5'er başvuruda (% 7.7) bu süre 0-1 ay ve 5 yıldan fazla idi. 19 başvuruda (%29.7) bu süre bir yıldan azdı.(Tablo 2)

3- Cezaevinden tahliye ile fizik tedavi muayenesine kadar geçen süre: Başvuruların 41'inde (% 63.1) cezaevinde yatma öyküsü bulunmaktadır. Bu başvurularında yakınmalar geçirdikleri işkence ve cezaevi sürecinin her ikisine de bağlı olabilir. Sadece bir başvuruda (% 1.5) yakınmalar sadece cezaevi sürecine bağlıdır. Cezaevi öyküsü olan başvuruların 29'u (% 70.7) son bir yıl içinde cezaevinden tahliye olmuşlardır. Başvuruların sadece 4'ü (% 9.8) son bir ay içinde tahliye olmuşlardır ve 5'i (%12.2) 5 yıldan uzun bir süre önce tahliye olmuşlardır.(Tablo 3)

4- İlk başvuru tarihi ile fizik tedavi muayenesi arasında geçen süre: Başvuruların 28'inde (% 43.1) ilk başvuru muayenesi ile fizik tedavi muayenesi arasında geçen süre 1 haftadan azdır. Bu süre başvuruların 54'ünde (%83.1) bir aydan azdır. (Tablo 4)

Tablo 2. FTR muayenesi yapılan başvuruların muayene tarihi ile son işkence tarihi arasında geçen süre

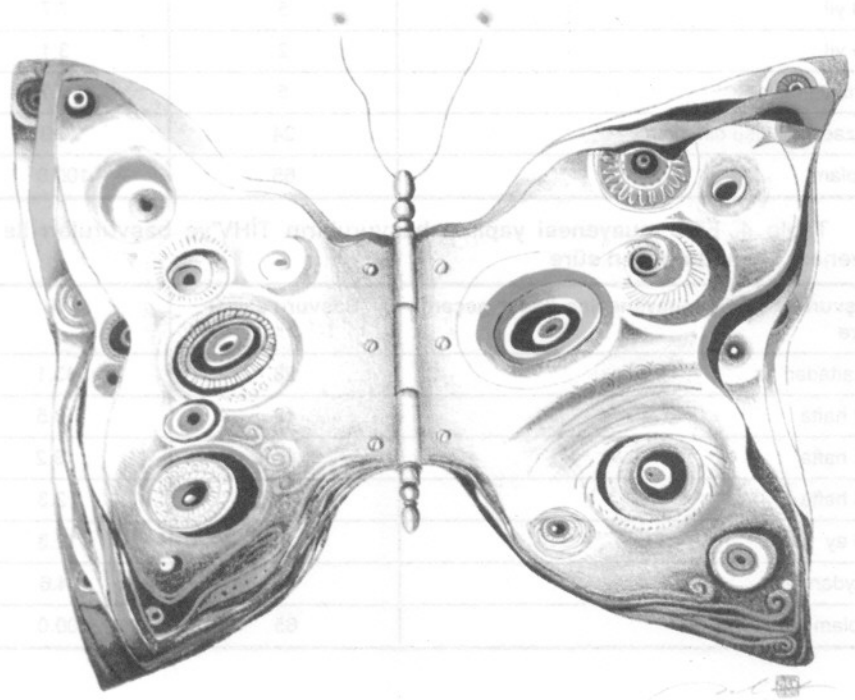
| Son işkenceden sonra geçen süre | Başvuru sayısı | % |
|---------------------------------|----------------|-------|
| 0-1 ay | 5 | 7.7 |
| 1-3 ay | 5 | 7.7 |
| 3-12 ay | 9 | 13.8 |
| 1-3 yıl | 29 | 44.6 |
| 3-5 yıl | 11 | 16.9 |
| 5 yıldan fazla | 5 | 7.7 |
| Belli değil | 1 | 1.5 |
| Toplam | 65 | 100.0 |

Tablo 3. FTR muayenesi yapılan başvuruların muayene tarihi ile cezaevinden tahliye tarihleri arasında geçen süre

| Cezaevinden tahliye sonrası geçen süre | Başvuru sayısı | % |
|--|----------------|-------|
| 0-1 ay | 4 | 6.2 |
| 1-3 ay | 12 | 18.5 |
| 3-12 ay | 13 | 20.0 |
| 1-3 yıl | 5 | 7.7 |
| 3-5 yıl | 2 | 3.1 |
| 5 yıldan fazla | 5 | 7.7 |
| Cezaevi öyküsü olmayan | 24 | 36.9 |
| Toplam | 65 | 100.0 |

Tablo 4. FTR muayenesi yapılan başvuruların TİHV'ye başvuruları ile FTR muayenesi arasında geçen süre

| Başvurudan FTR muayenesine kadar geçen süre | Başvuru sayısı | % |
|---|----------------|-------|
| 1 haftadan az | 28 | 43.1 |
| 1-2 hafta | 12 | 18.5 |
| 2-3 hafta | 6 | 9.2 |
| 3-4 hafta | 8 | 12.3 |
| 1-6 ay | 8 | 12.3 |
| 6 aydan fazla | 3 | 4.6 |
| Toplam | 65 | 100.0 |



Ted van Haren

5- Yakınmalar ve bölgelere göre dağılımı: Başvurular (n=65) fizik tedavi muayenesinde toplam 103 yakınma ile başvurmuşlardır. Yakınmalar bölgelere göre dağıtıldığında en çok bel, boyun gibi aksiyel sistem ve gövdeye ilişkin yakınmaların bulunduğu görülmektedir. (66 yakınma, %64.1). Bunu üst ekstremité (29 yakınma, %28.2) ve alt ekstremité izlemektedir. (8 yakınma, %7.8) (Tablo 5)

Tablo 5. Lokomotor Sistem ile ilgili yakınmaların bölgelere göre dağılımı

| Bölge | Başvuru sayısı | % |
|----------------|----------------|-------|
| Üst ekstremité | 29 | 28.2 |
| Alt ekstremité | 8 | 7.8 |
| Omurga | 66 | 64.1 |
| Toplam | 103 | 100.0 |

6- Yakınmaların dağılımı: Yakınmalar 11 başlık altında toplanıp incelendiğinde en çok bel ağrısı ve bel-bacak ağrısı yakınmalarına rastlanmaktadır. (44 yakınma, %42.7). İkinci sırada kolda kuvvetsizlik ve uyuşma yakınması gelmektedir. (13 yakınma, %12.6). Boyun ağrısı ve boyun-kol ağrısı ile omuz ağrısı ve/veya kol hareket kısıtlılığı ise 11'er yakınma (%10.7) ile üçüncü sıradadır. Yakınmaların 59'u (%57.3'ü) bel, sırt ve boyunla ilgilidir. (Tablo 6)

Tablo 6. Lokomotor Sistem ile ilgili yakınmaların dağılımı

| Yakınmalar | Başvuru sayısı | % |
|--|----------------|-------|
| Bel ağrısı | 44 | 42.7 |
| Boyun ağrısı | 11 | 10.7 |
| Sırt ağrısı | 4 | 3.9 |
| Omuz ağrısı ve hareket kısıtlılığı | 11 | 10.7 |
| Diz ağrısı | 5 | 4.9 |
| Dirsek ağrısı | 5 | 4.9 |
| Kollarda kuvvetsizlik | 13 | 12.6 |
| Kot ağrısı | 2 | 1.9 |
| Bacaklarda kuvvetsizlik ve yürütme güçlüğü | 4 | 3.9 |
| Kalça ağrısı | 3 | 2.9 |
| Çene eklemi ağrısı | 1 | 1.0 |
| Toplam | 103 | 100.0 |

7- Tanıların dağılımı: Başvurulara toplam 82 ayrı tanı konmuştur. Tanılar 23 ayrı başlık altında incelendiğinde en çok konulan tanının 22 kez (% 26.8) ile Lomber Strain olduğu görülmektedir. Miyofasyal Ağrı Sendromu 12 kez (%14.6) ile ikinci sıradadır. Lomber Disk Hernisi 9 kez (%11) ile üçüncü sıradadır. Ayrıca 5

başvuruda (% 6.1) Brakial Pleksus Zedelenmesi, 4 başvuruda (%4.9) Brakial Pleksus Zedelenmesi Sekeli tanısı konmuştur. Brakial Pleksus ile ilgili tanılar toplam %11 düzeyindedir. (LDH ile birlikte üçüncü). 5 başvuruda (%6.1) tanılar kırık ile ilgilidir. Kas ağrısı ağırlıklı tanıların (Lomber ve Servikal Strain ve Miyofasyal Ağrı Sendromu) toplamı 39'dur. (%47.5) (Tablo 7)

Tablo 7. Lokomotor Sistem yakınmaları için konulan tanıların dağılımı

| Tanı | Başvuru sayısı | % |
|--|----------------|-------|
| Lomber Disk Hernisi | 9 | 11.0 |
| Servikal Disk Hernisi | 3 | 3.7 |
| Lomber Strain | 22 | 26.8 |
| Miyofasyal Ağrı Disfonksiyon Sendromu | 12 | 14.6 |
| Brakial Pleksus Yaralanması Sekeli | 4 | 4.9 |
| Omuz İmpingement Sendromu | 4 | 4.9 |
| Lomber Osteoartroz | 3 | 3.7 |
| Servikal Strain | 5 | 6.1 |
| Brakial Pleksus Yaralanması | 5 | 6.1 |
| Lateral Epikondilit | 2 | 2.4 |
| Servikal Osteoartroz | 1 | 1.2 |
| Dorsal Osteoartroz | 1 | 1.2 |
| Omuz periartriti | 1 | 1.2 |
| Dirsek instabilitesi | 1 | 1.2 |
| Skolyoz | 1 | 1.2 |
| Skapula fraktürü | 1 | 1.2 |
| Spondilolizis | 1 | 1.2 |
| Humerus fraktürü | 1 | 1.2 |
| Açık kırık sonrası cilt kontraktürü | 1 | 1.2 |
| Temporomandibüler Eklem Disfonksiyon Send. | 1 | 1.2 |
| L ₁ Burst fraktürü | 1 | 1.2 |
| Anterior Krusiyat Ligaman Ruptürü | 1 | 1.2 |
| Kot fraktürü | 1 | 1.2 |
| Toplam | 82 | 100.0 |

8- Uygulanan tedavilerin sayısı ve dağılımı: Başvurulara toplam 102 ayrı tedavi yapılmıştır. Başvuru başına 1.56 tedavi yöntemi düşmektedir. En çok ilaç tedavisi (35 başvuruda, %34.3) ve egzersiz tedavisi (34 başvuruda, %33.3) uygulanmıştır. 19 başvuruya (%18.6) fizik tedavi uygulaması yapılmıştır.

Tablo 8. Başvurulara uygulanan tedavi yöntemlerinin dağılımı

| Tedavi | Başvuru sayısı | % |
|------------------|----------------|-------|
| Medikal | 35 | 34.3 |
| Fizik Tedavi | 19 | 18.6 |
| Egzersiz | 34 | 33.3 |
| Lokal İnjesiyon | 7 | 6.9 |
| Ortez | 4 | 3.9 |
| Cerrahi müdahale | 3 | 2.9 |
| Toplam | 102 | 100.0 |

9- Kontrol oranı: Başvuruların 35'i (%53.8) tedavi sonrası kontrol muayenesine gelmemiştir.

10- Takip edebilen başvurularda sonuçların dağılımı: Başvuruların 37'sinde (%56.9) başvuru takip edilemediği için tedavi sonucu bilinmemektedir. 19 başvurunun tedavisi (%29.2) tam ya da kısmi iyileşme ile sonuçlanmıştır. 7 başvuruda (%10.8) bir değişiklik olmamıştır. 2 başvuruda (%3.1) tedavi sürmektedir.

Tablo 9. Başvuruların tedavi ve takip sonuçları

| Son durum | Başvuru sayısı | % |
|---------------------|----------------|-------|
| İyileşme | 19 | 29.2 |
| Değişiklik yok | 7 | 10.8 |
| Tedavisi Devam Eden | 2 | 3.1 |
| Kontrole gelmeyen | 37 | 56.9 |
| Toplam | 65 | 100.0 |

SONUÇ

Bu sonuçlar işkenceye bağlı kas iskelet yakınmalarının çok geniş bir yelpazede yer aldığını göstermektedir. Tüm olgular kapsayıcı bir rehabilitasyon yaklaşımıyla değerlendirilmeli ve rehabilitasyon süreci fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle düşünülmelidir.

Table 8. Başavurların uyğunlaşdırılma və tənzimlənmənin diaqramı



İŞKENCE SONRASI REHABİLİTASYON YAKLAŞIMLARI

Gül Şener^{*}, Mintaze Kerem^{**}

İşkence, Dünya Tabipleri Birliği Tokyo Bildirgesi'nde "kendi başlarına ya da herhangi bir otoritenin emri ile hareket eden bir ya da birden çok kişinin, bir diğer kişiyi bilgi vermeye, bir itirafta bulunmaya ya da diğer herhangi bir nedenle zorlamak için kasıtlı, sistematik ya da nedensiz olarak gerçekleştirdiği fiziksel ya da mental acı" olarak tanımlanır.

Değişik düzeylerde şiddete maruz kalan kişilerde travmayı takiben fiziksel, psikolojik ve psikosomatik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Oluşan bu problemler kişilerin günlük yaşamlarını kısıtlamakta ve onları bağımlı duruma düşürebilmektedir. Bu sorunların giderilmesinde ya da en aza indirilmesinde rehabilitasyon yaklaşımlarının önemi büyüktür¹.

Değişik işkence yöntemleri sonrasında görülen kas-iskelet sistemine ait bozukluklar ve bu problemlere bağlı oluşan kronik ağrı ve postür bozuklukları yanı sıra psikolojik bozukluklar da sık görülen problemlerdendir. İşkence sonrası gelişen psikolojik problemler, kronik ağrı, kaslarda zayıflık, postür bozukluğu gibi problemleri artırıcı özellik taşıyabileceği gibi, kas iskelet sistemine ait bozukluklar da, psikolojik problemleri artırıcı yönde rol oynayabilmektedir. Kısır bir döngü şeklinde devam eden ve kişinin günlük yaşamındaki bağımsızlığını etkileyen bu olumsuz tablonun çözümlenebilmesi için uygun rehabilitasyon yaklaşımı gereklidir^{2,3,4}.

Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu 1997'ye göre, işkence sonrası en sık görülen psikolojik yakınmalar, uyku sorunla-

^{*} Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu.

^{**} Yrd. Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu.

rı, izolasyon, kendine ve başkalarına güven duygusunu kaybetme, oryantasyon bozukluğu, halusinasyon, uykuya dalamama, sık uyanma ve kabus görme gibi uyku bozuklukları, kronik baş ağrısı ve seksüel problemlerdir⁵. Başa uygulanan darbe, stres ve çene eklemine yetersiz fonksiyonunun neden olduğu baş ağrısı, kardiopulmoner problemler, gastrointestinal problemler ve seksüel sorunlar da görülebilir ve beraberinde ruhsal sorunları da getirebilir².

Fizyoterapistin işkence gören kişinin rehabilitasyonundaki görevi; travma sonrası oluşan fiziksel yetersizlikleri, fizyoterapi rehabilitasyonuna özel değerlendirmeler ile belirlemek, yetersizliği mümkün olduğu kadar azaltmak ve bu yetersizliğin yol açabileceği özür ve engelleri ortadan kaldırmaktır. Örneğin askı işkencesi sonrası oluşabilen bir periferik sinir yaralanmasında görülen felç bir yetersizliktir, bu yetersizlik kişinin kendine bakım aktivitelerinde özürlü olmasına yol açabilir ve sonuçta sosyal rollerini (mesleğine devam edememe, aile içi rollerini yerine getirememeye) engelleyebilir¹.

İşkence rehabilitasyonunda fizyoterapi rehabilitasyon yaklaşımlarının amacına ulaşabilmesinde, fizyoterapi ve psikoterapinin birlikte sürdürülmesi büyük önem taşımaktadır. İşkence sırasında fiziksel zorlamalara bağlı kas iskelet sistemi ve nörolojik sistemde meydana gelen semptomlar ve beraberinde getirdiği psikolojik sorunlar ancak bir ekip çalışması ile çözülebilir. Rehabilitasyon ekibinde başvuru hekimi, ilgili dallardan uzman hekimler, fizyoterapist, psikolog, hemşire ve sosyal hizmet uzmanı bulunmalıdır^{1,6}.

Fizyoterapi için öncelikle, işkence nedeniyle oluşan kas-iskelet sistemine ve nörolojik sisteme ait problemlerin belirlenmesi gerekmektedir⁶.

İşkence gören kişiler tutukluluk ve işkence sırasında değişik hareketlerin eksikliğinden dolayı normal duyu girişinden mahrum edilmiştir. Bu durum, hareket paternlerinin değişmesine, vücut imajı ve uzaydaki vücut imajı değişikliğine neden olur. Bu değişiklikler, fiziksel ve psikolojik zorlamalar sonucunda meydana gelmektedir. İşkence sırasında devamlı sabit pozisyonda kalmak zorunda bırakılma, eklemlerin aşırı zorlanmasına ve sonuç olarak da doku hasarı ile omurga, omuz, el, ve ayak bileği, diz ve sakro iliak gibi değişik eklemlerde disfonksiyona neden olabilmektedir. Disfonksiyon tüm vücudu etkiler. Kas tonusu bozulur ve irritasyon meydana gelir. Kaslarda oluşan hipertoni ve gergin tonus inervasyon eşliğini azaltarak ağrıya neden olur. Kasta oluşan uzun süreli ağrının sonucu olarak sekonder olarak refleks kontraksiyonlar oluşur. Bunların sonucu oluşan kaslarda elastisitenin azalması, kısıklık ve zayıflık fonksiyon kısıtlamalarına ve postür bozukluklarına yol açmaktadır^{1,6}.

İşkence sonrası en çok görülen fiziksel sekeller işkence şekline göre göğsün, alt ve üst ekstremiteler ve gövdeyi içine alabilmektedir. Genel olarak ortaya çıkan sekeller Tablo 1'de gösterilmiştir.

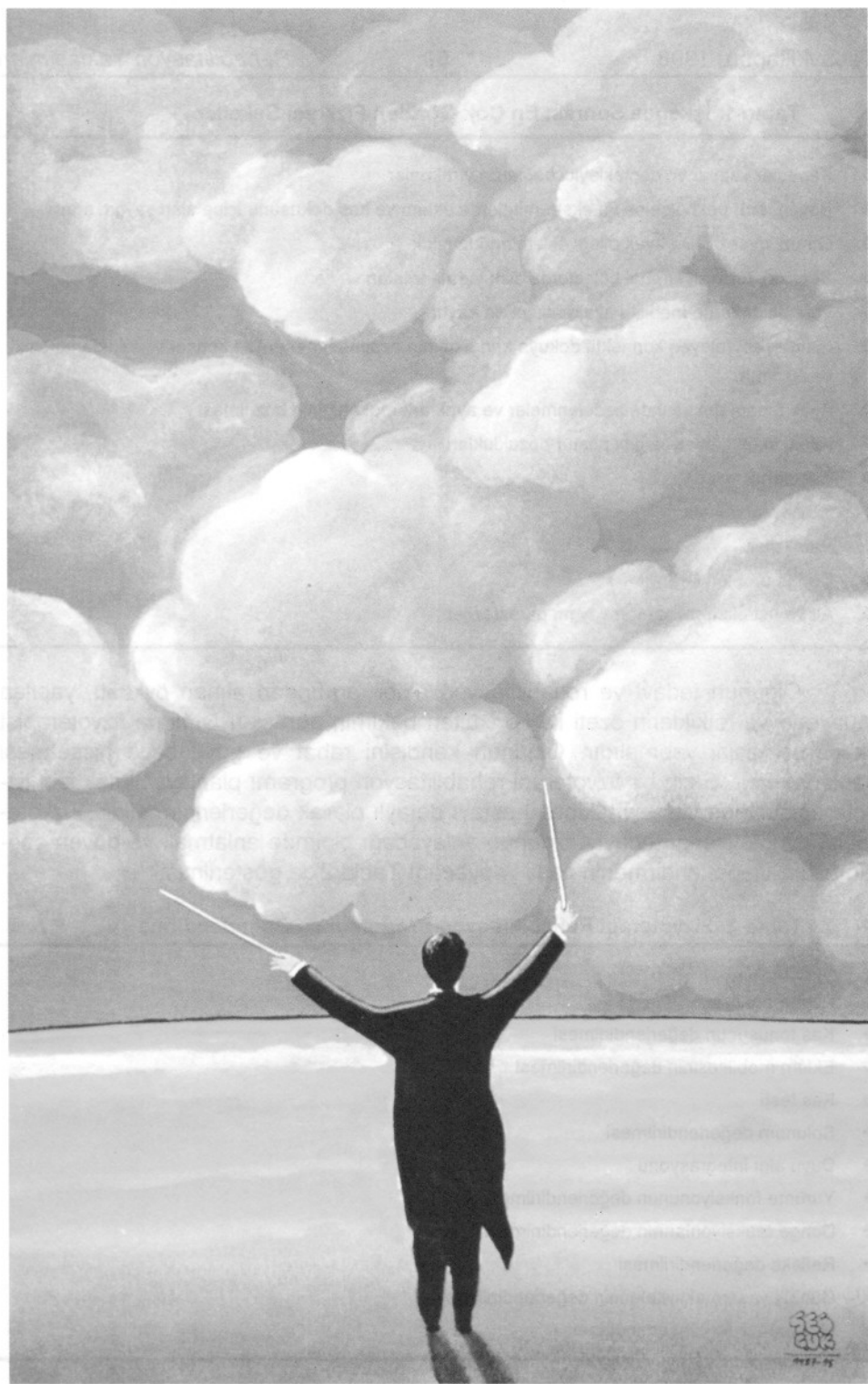
Tablo 1. İşkence Sonrası En Çok Görülen Fiziksel Sekeller

- ❖ Kapsüler yapılar ve destekleyici bağlarda yırtılmalar
- ❖ Boyun, sırt, bel bölgeleri ve ekstremitelerde eklem ve kas dokusunu içine alan yaygın ağrı
- ❖ Omuz, dirsek el ve ayak bileği eklemlerinde çıkık
- ❖ Servikal, torakal, lumbal bölgelerde disk yaralanmaları
- ❖ Tüm eklemlerde mobilite azalması ya da kaybı
- ❖ Sinirleri çevreleyen konnektif dokuya kan akışının azalması nedeni ile konnektif dokuda fibrozis ve kısalma
- ❖ Ayak tabanı dokusunda zedelenmeler ve ayak ark mekaniğinin bozulması
- ❖ Kifoza, lordoz, skolyoz gibi postür bozuklukları
- ❖ Baş ağrısı
- ❖ Sinir yaralanmaları
- ❖ Paraliziler
- ❖ Denge problemleri
- ❖ Alt ve üst ekstremitelerde yaygın pareteziler

Olgunun tedavi ve rehabilitasyon ekibi tarafından alınan öyküsü, yapılan muayene ve tetkiklerin özeti ile konsültan hekimin görüşleri ışığında fizyoterapist ilk görüşmesini yapmalıdır. Olgunun kendisini rahat ve güvencede hissetmesi sağlanmalıdır. Etkin bir fizyoterapi rehabilitasyon programı planlayabilmek için fizyoterapist ilk görüşmeyi takiben hastayı detaylı olarak değerlendirmelidir. Fizyoterapist uygulayacağı tedaviyi olgunun anlayacağı biçimde anlatmalı ve güven sağlamalıdır. Değerlendirmenin nasıl yapılacağı Tablo 2'de gösterilmiştir¹.

Tablo 2. Fizyoterapi Rehabilitasyon Programında Değerlendirme

- ❖ Ağrının değerlendirilmesi
- ❖ Postür analizi
- ❖ Kas tonusunun değerlendirilmesi
- ❖ Eklem mobilitesinin değerlendirilmesi
- ❖ Kas testi
- ❖ Solunum değerlendirilmesi
- ❖ Duyu algı integrasyonu
- ❖ Yürüme fonksiyonunun değerlendirilmesi
- ❖ Denge reaksiyonlarının değerlendirilmesi
- ❖ Refleks değerlendirilmesi
- ❖ Günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi
- ❖ Mesleki açıdan değerlendirme



Değerlendirmede belirlenen problemlere yönelik olarak planlanan fizyoterapi programında ilk adım olguyu el temasına alıştırmak olmalıdır. El temasının ağrı üzerinde olumlu etkisinin yanı sıra rahatlatıcı ve gevşetici etkisi vardır. Olgu el temasını reddediyorsa tedaviye el teması gerektirmeyen gevşeme eğitimiyle başlanmalıdır. Tedavideki ana hedef afferant deşarjı arttırmak için eklem ve kas reseptörlerini stimüle ederek en iyi kas dengesini ve en uygun hareket paternlerini elde etmektir. Hastanın gereksinimlerine göre aşağıdaki fizyoterapi rehabilitasyon yöntemlerinin tamamı veya birkaçı seçilerek uygulanır.

Ağrının azaltılması skar dokuların ve yapışıklıkların giderilmesi amacıyla, sıcak-soğuk yastıklar, masaj, egzersiz, ağrıyı azaltan pozisyonlar, aktif veya pasif mobilizasyon, gevşeme egzersizleri uygulanabilir. Ancak elektrik ile ilgili işkence hikayesi var ise ultrason dışında diğer elektroterapi yöntemleri kullanılmamalıdır. Eklemlerde hareket yeteneğinin restorasyonu için mobilizasyon yöntemleri kullanılabilir. Kas kuvvetini artırmak için kuvvetlendirme egzersizlerinden yararlanılabilir. Postürü düzeltmek için kinestetik algı eğitimi; denge problemleri için değişik pozisyonlarda denge eğitimi uygulanabilir. Günlük yaşam aktiviteleri eğitimi ve mesleki rehabilitasyon programı rehabilitasyon programına dahil edilmelidir. Bunun yanında sosyal integrasyonun sağlanması üzerinde durulmalı, sportif ve rekreasyonel aktivitelere yönlendirme de ihmal edilmemelidir^{1,2,3,6,7,8}.

Vücudun yeniden tanınması ve kimliğin restorasyonu amacı ile "Body Awareness" eğitimi kullanılabilir. Bedensel benlik kompleks bir kavramdır. İşkence sonrasında yetenek, engel ve zorluklarıyla bedeni bütünüyle algılama, duruş, nefes alış ve bilinçli ve kontrollü motor hareketler ve bedensel ifade şekillerini tekrar restorasyonu bu teknikle mümkün olmaktadır. Gevşeme, solunum egzersizleri, hareket motivasyonu, dokunma, masaj ve dans kombinasyonunun kullanıldığı bu yöntem işkence sonrası rehabilitasyonda ağrının giderilmesi, postürün düzelmesi gibi fiziksel yaralar yanında psikolojik sorunların azalması ve psikoterapinin etkinliğinin artmasını da sağlamaktadır^{2,6}.

İşkence gören kişilerin fizyoterapi rehabilitasyonunda kullanılan yöntemler, fizyoterapi- rehabilitasyonun diğer alanlarında uygulanan yöntemler ile aynı prensipleri içermektedir. İşkence gören olgularda psikolojik ve fiziksel duruma göre tedavi programı düzenlenmelidir. Bu konuda fizyoterapistlere yol gösterebilecek önerileri şu şekilde sıralanabilir:

- İlk seanslarda fizyoterapist hastanın arkasında durmamalıdır.
- Hastanın güveni sağlanana kadar giysileri tümüyle çıkartılmamalıdır.
- Tedavi odası aşırı aydınlık veya karanlık olmamalıdır. Gözlere direkt ışık gelmemesine dikkat edilmelidir.
- Tedavi yöntemi belirlenirken uygulanacak egzersiz ve ajanların şiddet ve işkence yöntemini çağrıştırmamasına dikkat edilmelidir.

- İşkence gören kişinin fizyoterapi randevusuna dikkat edilmeli, randevu saati aksatılmamalı ve olgu bekletilmemelidir. Bekletilmenin bu kişilerde daha önce yaşadığı olaylardaki bekletilmeyi hatırlatacağı ve olumsuz yönde bir etkilenme yaratacağı unutulmamalıdır.
- Manüpilasyon ve traksiyon gibi teknikler kullanırken dikkat edilmelidir. Eklemlerden ani ses çıkartılmamaya dikkat edilmelidir.
- İlk fizyoterapi seanslarında ayna kullanılmamalıdır.

İşkence gören kişilerde post travmatik stres bozukluğuna bağlı olarak ağrı ve fiziksel şikayetler tekrar edici ve tedaviye direnç gösteren şekilde karşımıza çıkabilir. Buna bağlı olarak da iyileşme süreci uzayabilir. İşkence gören kişilerin fiziksel ve psikolojik problemlerini en aza indirilmesi ve topluma tekrar kazandırılması iyi bir rehabilitasyon ekibi ve uygun tedavi, sosyal yaklaşımlarla mümkün olabilir. Vücut ve zihin arasındaki bağı tekrar kurmak bu olgularda hedef olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Prip, K., Tived, L., Holten, N. Physiotherapy for torture Survivors -a Basic Introduction, IRCT, Copenhagen, 1995.
2. Skylv, G., Bloch, I., Hohne, L. "Muscle tension and articular dysfunction in torture victims ", Journal of Manual Medicine, 5, 158-161,1990.
3. Somnier, E. C., Genefke, K. "Physiotherapy for victims of torture", British Journal of Psychiatry, 149,323-329,1986.
4. Travell, J. G., Simons, D. G.: Myofacial Pain and Dysfunction. Baltimore: Williams and Wilkins company., 1983.
5. Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu 1997. TIHV Yayınları (17) 1997.
6. Hough, A. "Physiotherapy for Torturee Survivors of Torture", Physiotherapy, (78):5, 323-328, 1992.
7. Bloch, I., Moller, G."Rehabilitation of torture victims: Physiotherapy as part of the treatment", International Perspectives in Physical Therapy, (5):121-44,1990.
8. Jacobsen, L., Vesti, P. Torture Survivors- a New Group of Patients, Danish Nurses Organisation, Copenhagen,1990.

KAYNAKLAR

1. Pap, K., Tyed, J., Holan, N. Physician for torture victims: a 20-year experience. *Journal of Torture and Trauma Studies* 1995; 1(1): 1-10.
2. Skye, G., Bickel, J., Holan, N. Muscle tension and autonomic dysfunction in torture victims. *Journal of Manual Medicine* 1995; 1(1): 1-10.
3. Rommel, E. G., Gonen, K. Physiological effects of torture. *Journal of Psychiatry* 1993; 149: 323-329.
4. Tavel, J. G., Simon, R. Torture and Dysfunction. *Behavioral Medicine and Wellness* 1995; 19(1): 1-10.
5. Turkye Inan, S. Torture and its effects on mental health. *Turkish Journal of Psychiatry* 1997; 8(1): 1-10.
6. Houghton, R. Torture and its effects on mental health. *Journal of Psychiatry* 1997; 153(1): 1-10.
7. Bickel, J., Holan, N. Torture and its effects on mental health. *Journal of Psychiatry* 1997; 153(1): 1-10.
8. Jaccard, L. Torture and its effects on mental health. *Journal of Psychiatry* 1997; 153(1): 1-10.



TRAVMANIN ADLİ PSİKİYATRİK BOYUTU ve ÖNERİLER*

Biçer Ü^{**}, Bilgili M^{***}, Çolak B^{**}, Ergezer Y^{***}.

Giriş

Travma organizmada değişime yol açan fiziksel ve/veya psikolojik bir şiddettir. Travma, uygulama şekline, şiddetine, uygulandığı bölgeye göre değişik etkiler yaratırken, organizma da, travmaya karşı fiziksel ve psikolojik mekanizmalarla direnç gösterir¹⁻⁴. Bu iki komponent organizmada çeşitli belirtilerin ortaya çıkmasıyla sonuçlanabilir. Dolayısıyla, travma organizma açısından fiziksel ve psikolojik boyutta ele alınması gereken bir şiddettir. Şiddet hukuk açısından da bu kapsamda tanımlanmış ve değerlendirilmiştir. Ancak, uygulamada travma sonrası fiziksel lezyonlar mutlaka araştırılırken, psikolojik/psikiyatrik boyuttaki belirtiler genellikle eksik araştırılmakta veya dikkate alınmamaktadır.

Sağlık alanında yaşanan gelişmeler travmanın fiziksel belirtilerinin daha kolay saptanmasını sağlamaktadır. Psikolojik/psikiyatrik belirtilerin yorumlanmasında ve saptanmasında ise halen güçlükler yaşanmaktadır. Oysa, travmalarda en ciddi ve kalıcı rahatsızlıkların/hastalıkların ruhsal travmalarda yaşandığı belirtilmiştir⁵⁻¹⁰. Fiziksel travmalar günler, aylar içinde iyileşebilirken ruhsal travma kişide yaşam boyu sürebilen çok ağır sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Ruhsal travmalarla ilgili en çarpıcı örnekler travmatik-katastrofik tablolardır (doğal felaketler, ölüm, kayıp, tecavüz, çocuk istismarı ve insan hakları ihlalleri, işkence ...). Çeşitli

* Türk Nöropsikiyatri Derneğinin 10-11 Ekim 1996 tarihli Ruhsal Travma Günlerinde poster olarak sunulmuştur.

**Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı.

***Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı.

travmatik-katastrofik tabloları engellemek olanaksız olmakla birlikte, insanların neden olduğu ruhsal travmalar en aza indirgenebilir.

Toplumsal yaşamın korunabilmesi için suç sayılan eylemlere yasal yaptırımlar uygulanır. Travmanın yol açtığı şiddet de yasal yönden değerlendirilmekte ve cezalandırılmaktadır. Türk Ceza Kanununda (TCK) fiziksel ve/veya ruhsal şiddet; müessir fiil (etkili eylem) kapsamında ele alınmaktadır^{11,12}. Yasal çerçevede ruhsal travmanın belirlenmesi öngörölmüş olmasına karşın, uygulamada eksik ve hatalı tutumlar yaşanmaktadır.

Ruhsal travma, yargıya, sıklıkla insan hakları ihlalleri ve işkence konularında yansımaktadır. Fiziksel işkencenin sonuçlarının kaba ve görölr olması, kolaylıkla saptanabilmesi gibi nedenlerin yanı sıra işkence ve insan hakları ihlallerinin özünde kişiliği yıkmayı, sindirmeyi ve korkutmayı hedeflemesi nedeniyle psikolojik işkence yöntemlerinin öne çıktığı belirtilmiştir^{5,8}. İşkence, yalnızca bireyleri değil toplumu da tehdit ve sindirme işlevi görerek, geniş kitleler üzerinde de ruhsal bir travmaya yol açabilir^{5,8}. Bir tehdit dile getirilemediği, kanıtlanamadığı ve cezalandırılmadığı sürece de etkilerini arttırarak sürdürür.

Yasalar çerçevesinde travma

Türkiye Cumhuriyeti yasalarında; genel anlamda vücuda acı-ağrı veren veya verebilecek olan, sağlığı bozan ve akıl fonksiyonlarında bozukluk oluşturan travmatik zararlara müessir fiiller adı verilmektedir. Müessir fiil meydana getiren hareketler doğrudan doğruya vücuda yönelik fizik vasıtalar olmakla beraber vücut bütünlüğüne etki eden ve kişiye yönelik, vücut bütünlüğünü bozmaya yönelik manevi ızdıraplar da müessir fiiller kapsamında değerlendirilmiştir^{11,13}.

Türk Hukukunda “*darp, cebir, eza, müessir fiil (etkili eylem), sağlığı ihlal, mutat iştigale (günlük işlerini yapmasına) engel olma, akli melekelerde teşevvüş,...*” travma ve şiddetle ilişkilendirilecek kavramlardır. “*Darp, cebir, cerh ve eza*” şiddet yollarını, “*sağlığı ihlal, mutat iştigale (günlük işlerini yapmasına) engel olma, akli melekelerde teşevvüş*” şiddetin sonuçlarını karşılayan terimler olup, travmalar müessir fiil (etkili eylem) başlığı altında ele alınır.

“**Darp:** Vurma,

Cebir: Şiddet, zor, zorlama

Eza: Bedende hissedilen (az veya çok) fizik acı,

Sağlığı ihlal: Kişinin sağlık durumunun kötüye gitmesine ve sağlık durumunda düzensizliğe sebep olma,.

Akli melekelerde teşevvüş: Bireyi ve insanın psikik yapısını oluşturan akli melekeler; benlik, duygulanım, bilinç, algı, yönelim, bellek, zeka, dikkat, yargılama, soyut düşünme, gerçeği değerlendirme ve irade başlığı altında top-

lanmaktadır. Bu özelliklerin bir veya birkaçında gözlenen bozukluklar teşevvüş (karışma, karışıklık) hali olarak tanımlanmaktadır.”

Bireyin vücut bütünlüğüne veya sağlığına verilen zararlar (müessir fiiller), hukuk ilkelerine göre kasıtlı veya taksirli eylemler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Müessir fiillerle ilgili yasa maddeleri TCK'nın 456, 457 ve 459. maddelerinde belirtilmektedir.

456/1 Her kim katil kastı olmaksızın bir kimseye cismen eza verir veya sıhhatini ihlale yahut **akli melekelerinde teşevvüş** husulüne sebep olursa 6 aydan 1 seneye kadar hapsolunur.

456/2 **yirmi gün veya daha ziyade akli veya bedeni hastalıklardan birini** veya bu müddet mutat iştigallerine devam edememesini mucip olmuş veya hayatını tehlikeye maruz kılmış veya gebe bir kadın aleyhine işlenip de vaktinden evvel çocuk doğmasını intaç etmiş ise ceza iki seneden beş seneye kadar haptistir.

456/3 ...fiil, kat'i veya muhtemel surette **iyileşmesi kabil olmayacak derecede akıl veya beden hastalıklarından birini** yahut havastan veya el veya ayaklardan birinin veya söylemek kudretinin yahut çehrenin daimi değişikliğini veya gebe bir kadına karşı ika olunup da çocuğun düşmesini intaç eylemişse ceza beş seneden on seneye kadar haptistir.

456/4 Eğer fiil, hiç bir hastalığı veya mutat iştigallerden mahrumiyeti mucip olmamış yahut bu haller on günden ziyade uzamamış ise takibat icrası mutazarrırın şikayetine bağlı olmak şartıyla fail hakkında iki aydan altı aya kadar hapis veya kadar ağır para cezası hükmolunur.

457. madde alet ve öldürme kastının bulunması, 459. madde ise dikkatsizlik, tedbirsizlik ve meslekte acemilik nedenli olayları değerlendirmektedir¹².

Travma sonucu kişinin günlük işlerini yapmasına engel olması (mutat iştigale engel olma /adli şifa), bu sonucun ortadan kalkması (tıbbi/mesleki şifa); bir uzvun veya 5 duyardan herhangi birinin devamlı olarak bütünlüğünün ya da fonksiyonunun zayıflamasına veya ortadan kalması (uzuv zaafı veya uzuv kaybı) terimleri ile travmanın yasal delilleri tanımlanmaktadır. Ceza davalarında adli şifa, hukuk davalarında ise tıbbi şifa dikkate alınmaktadır^{11,13}.

Adli şifanın belirlenmesinde, travma genellikle hafif, orta veya ağır şiddetli olarak sınıflandırılmakta ve mutat iştigale engel olma bu nicelemeye göre yapılmaktadır. Adli tıp uygulamasında müessir fiil objektif lezyon varlığı ile değerlendirilmektedir. Gök¹¹, objektif lezyonları yara, ekimoz, kırık, çıkık, damar veya sinir yaralanmaları olarak tanımlamıştır.

Müessir fiil eğer kamu görevlileri tarafından sanık konumundaki kişilere karşı (insan hakları ihlalleri) işlenirse suçlar TCK'da 243 ve 245. kapsamında ele alınmaktadır. Ortaya çıkan maddi ve manevi zararlarla ilgili ayrıca TCK'nin 452. ve

456. maddelerine de gönderme yapılmıştır. İnsan hakları ile ilgili kavramlar Yargıtay Ceza Kurulunun 4.4.1983 tarihli kararında tanımlanmıştır.

“**İşkence:** Bir kimseye maddi ve manevi eza verici hareketler,

Zalimane muamele: Mağdura yapılan maddi ve manevi ızdırap verici her türlü muameleler,

Gayri insani muamele: İnsanlık kişiliğini ve duygusunu önemli derecede incitici fiiller,

Haysiyet kırıcı hareketler: Bir kimsenin namusu, şöhret veya haysiyetine saldırı niteliğinde fiillerdir.”

Yargıtay tarafından çeşitli tarihlerde verilen kararlarda manevi cebirin de müessir fiil olarak değerlendirileceği belirtilmiştir.

- Bedene yönelik ve onu etkileyen tüm şiddet hareketleri müessir fiil olarak değerlendirilir. Bedeni sarsma da müessir fiil sayılmakta olup bir kimseyi itme müessir fiil kabul edilmiştir.
- Mağdurun fizik acı duymaması da önemli değildir kişinin isteği dışında saçını, sakalını kesmek; vücudun bütünlüğüne yönelik bir saldırı olduğundan müessir fiil sayılmıştır.
- Müessir fiil ihmal niteliğinde de olabilir (Ör: Bir çocuğu uzun süre nemli ve soğuk yerde bırakarak hastalanmasına neden olmak).
- Manevi cebir (zor kullanma) uygulanması da müessir fiil kabul edilmektedir.

Fiziksel ve/veya psikolojik travmalar tıbbi olarak belirlenebilir. Uygulamada şiddet hemen hemen yalnızca fiziksel şiddet olarak algılanmakta ve değerlendirilmektedir. Yargı, travmanın belirlenmesinde bilirkişi görüşüne başvurarak değerlendirme yapmaktadır. Tıbbi bilirkişiler yargıya travmanın varlığının yanı sıra, doğurduğu sonuçlarla ilgili gerekçeli olarak görüş bildirmektedir. Mahkeme, savcılık veya karakolların bilirkişilerden “darp ve cebir muayene istemi” genellikle hatalı ve eksik bir şekilde yalnızca fiziksel hasarların araştırılması ve saptanması olarak algılanmaktadır. Yargı bilirkişi kanaatini yeterli bulmadığı durumlarda farklı bir bilirkişiye başvurarak da konunun değerlendirilmesini isteyebilir.

Travmanın psikolojik/psikiyatrik belirtileri

Travmanın psikolojik/psikiyatrik belirtileri uygulanan şiddetten bağımsız olarak ortaya çıkabilir. Fiziksel travmalarda sıklıkla psikolojik/psikiyatrik belirtiler gözlenirken ruhsal travmalarda da çeşitli fiziksel belirtiler gelişebilir. Travma fiziksel ve ruhsal belirtilerin bir bütünüdür. Çeşitli travmalarda, fiziksel belirtilerin kaybolmasına karşın psikolojik/psikiyatrik belirtilerin varlıkları yıllarca, hatta yaşam boyu sürdüğü bildirilmiştir^{6,7}. Bu nedenle, uygulanan travmadan bağımsız olarak mutlaka tüm travma iddialarında psikiyatrik değerlendirme yapılmalıdır.

Deprem, sel gibi doğal bir afet yaşamak, ölüm tehdidinin var olduğu ortamlarda bulunmak, kaza geçirmek, bir yakını veya uzvunu ani ve beklenmedik bir biçimde kaybetmek, işkenceye maruz kalmak veya maruz bırakılmakla tehdit edilmek, tecavüze uğramak, soygun veya benzeri bir saldırıya uğramak, çocukluk devresinde fiziksel, cinsel, duygusal istismara uğramak ruhsal travmayla sonuçlanacağı bildirilen başlıca olaylardır. Ruhsal travma sonrası ilk altı ay içinde başlayan psikiyatrik tablolar akut bozukluklar, altıncı aydan sonra başlayanlar gecikmiş başlangıçlar, altı aydan uzun süren tablolar ise süregelen bozukluklar olarak sınıflandırılır¹⁴.

Psikiyatrik değerlendirmenin sağlıklı yapılabilmesi için uygun koşulların sağlanmış olmasının ve tıbbi etik ilkeler çerçevesinde hareket edilmesinin gerekli olduğu belirtilmiştir^{6,7}. Psikolojik/psikiyatrik belirtilerin saptanmasında öykü, önceki yaşam ve kişisel özellikler dikkatli bir şekilde araştırılmalı ve bugünkü durumdan farklılıkları belirlenmelidir.

Travma sonrası ortaya çıkan tepkiler çok farklı olabilmektedir: Endişe, güvensizlik, korku, çaresizlik, umutsuzluk, yaşamdan tat almamak, bellek, duygudurum, uyku bozuklukları, konsantrasyon güçlüğü, olayı yeniden yaşama, kaçınma ve donukluk belirtileri, iştahsızlık, yaygın baş ağrıları, cinsel işlev bozuklukları, alkol, ilaç, madde kullanımında artış şeklinde erken belirtiler gelişebilir^{5,8}.

Ayrıca, akut stres bozuklukları, posttravmatik stres bozukluğu (PTSD), depresyon, dissosiyatif bozukluklar, uyum bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımında artış, kısa psikotik tepkiler, panik atak, panik bozukluk, kronik depresyon, paranoid bozukluk ve psikofizyolojik hastalıklar gibi tabloların da ruhsal travmalar sonrası geliştiği bildirilmiştir^{5,7-9,10}.

Travmanın psikolojik/psikiyatrik belirtilerinin travmadan uzunca süre geçtikten sonra da ortaya çıkabileceği bildirilmiştir. Olaydan belli bir süre geçtikten sonra yapılacak değerlendirmelerle de travmanın belirlenip kanıtlanabileceği ileri sürülmüştür^{5,7}.

Değerlendirme ve görüşler

Travmanın organizmada oluşturduğu etkilerin tıbbi boyutu olduğu kadar hukuksal bir boyutu da bulunmaktadır. Tıbbın ve hukukun ödevi, şiddetin neden olduğu travmanın belirlenmesi, engellenmesi ve yarattığı sonuçların ortadan kaldırılması için çaba göstermektir.

Travmanın en ağır ve yıkıcı etkilerinin psikolojik/psikiyatrik boyutta yaşandığı, çocuk istismarı, tecavüz ve işkence olgularında dile getirilmiştir^{5,10}. Travmanın tıbbi ve yasal kapsamı, kişiye, vücudun bütünlüğüne yönelik şiddetin, yalnızca fiziksel açıdan değerlendirilemeyeceğine işaret etmektedir. Yargıtay 8. Ceza Dairesi 20.2.1986 tarihinde "... maddi unsuru oluşturan işkence, maddi ve manevi

nitelikte olup, acı ve ızdırap veren hareketlerdir. Bu yüzden, işkence sadece müessir fiil (etkili eylem) niteliğindeki hareketler olarak anlaşılamaz" şeklinde hüküm vererek müessir fiilin manevi yönünün de bulunduğunu, müessir fiilin yalnızca maddi şiddet ve belirtiler olarak algılanamayacağını vurgulamıştır.

Gök¹¹ ruhsal travmalarla oluşmuş rahatsızlıklarda olayın yalnızca tıbbi yönünün değerlendirilerek, hareketle sonuç arasında sebebiyet bağının var olup olmadığını hakim takdirine bırakmayı önermiştir. Hancı¹³ psikik travma sonucu olan ve vücut bütünlüğünü bozmadan organizmayı etkileyen stresin müessir fiil sayılıp sayılmayacağı konusunda farklı görüşler olduğunu belirtmiştir. Psikiyatri disiplininde çelişkili değerlendirme ve sınıflama farklılıklarının yol açtığı bu görüşler konunun bilimsel olarak tartışılmaması ve ele alınamaması sonucunu doğurmuştur. Uygulamada travmada yalnızca fiziksel lezyon araştırılması, herhangi bir fiziksel lezyon saptanamadığında ise "darp ve cebirin" dolayısıyla travmanın var olmadığı hatalı yorumuna ulaşılmıştır. Ruhsal travmanın etkilerinin belirlenmesi ve nedensellik bağının ortaya konulması da ancak konu üzerinde eğitim yapmış kişilerce gerçekleştirilebilecek adli psikiyatrik, adli tıbbi bir konudur. Yargının zaman zaman adli psikiyatrik konularda uzmanlığı bulunmayan kişilerce verilecek raporların geçerli olmayacağı şeklindeki hükümleri de söz konusu yaklaşımı güçlendirmektedir. Bilirkişi incelemelerinde nedensellik bağının kurulmaması ise bilirkişi raporlarının eksik olmasına yol açmaktadır. Fiziksel bir olayın vücut üzerinde yarattığı sonuçları ve bunun travmayla ilişkisini saptamak nasıl tıbbi bir konuyorsa, psikik bir olayın da vücut üzerinde yaratmış olduğu travmanın değerlendirilmesi de adli tıbbi/adli psikiyatrik bir konudur. Ayrıca Adli Tıp Kurumu Genel Kurulunun çeşitli tarihlere vermiş olduğu kararlarda "stres yaratan çeşitli durumların müessir fiil olduğu ve kişinin ölümü üzerinde etkili bulunduğu" kabul edilerek nedensellik bağının kurulduğu görülmüştür.

Müessir fiil ruhsal bir travmadan kaynaklanırsa kişide oluşan bulguların ve dolayısıyla da hareketle sonuç arasında sebebiyet bağının bulunup bulunmadığını ortaya koymak oldukça zordur. Hekimler her tür travma başvurusunda, mutlaka psikiyatrik değerlendirilmenin de gerçekleştirilmesini sağlamalıdır. Travmanın değerlendirilmesinde psikolojik/psikiyatrik boyutun ihmal edilmesi düşünülemez. Muayene sırasındaki ruhsal durumun kavranması için tıbbi etik ilkeler doğrultusunda empatik yaklaşımla objektif bulgular saptanmalı ve değerlendirilmelidir. Adli psikiyatrik inceleme ayrıntılı olmalı ve öykü, önceki yaşantı, kişisel özellikler ve ruhsal durumla karşılaştırılmalıdır. Travmanın oluşturduğu psikiyatrik bozukluklar müessir fiil kapsamında değerlendirileceğinden adli rapor düzenlerken psikiyatrik değerlendirme ve bulguların mutlaka rapora kaydedilmesi sağlanmalıdır.

Travma, organizmada şiddetin uygulanış şekli, süresi fiziksel ve ruhsal ağırlığının yanı sıra, bireyin özellikleriyle ilişkili etki yaratır. Zaman zaman kişide ruhsal travmanın herhangi bir etkisinin de saptanamadığı bildirilmiştir^{5,6}. Ancak olağan insan deneyimi dışında kalan yaşayan herkes için bir stres anlamını taşı-

yacak olayların ardından ruhsal sorunların gelişmesi beklenmektedir¹⁵. Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Hekimler Birliğinin sınıflamalarında olağanüstü koşulların psikiyatrik etkileri ve değerlendirme kriterleri belirtilmiştir¹⁴. Bu çerçevede de psikiyatrik bulgular travmanın değerlendirilmesinde objektif kanıtlar sunmaktadır.

Halen psikiyatrik bulgu ve hastalıklarla ilgili mutad iştigale engel olma süresi belirtilmemiştir. Mutad iştigale engel olma süreleri ile ilgili hazırlanan ve hekimler tarafından kullanılan tablolar yalnızca fiziksel lezyonların değerlendirilmesine yöneliktir¹¹. Kendi içinde de düzenlemeye gereksinim duyan bu tabloda psikiyatrik bulgu ve hastalıkların yer almaması çok ciddi bir eksiklik olarak dikkati çekmektedir. Hekimler ve yargı organlarının mutad iştigale engel olma süresinin değerlendirilmesinde söz konusu tabloları dikkate alması, ruhsal travma belirtilerinin önemsiz kılınmasına, objektif değerlendirme yapılamadığı şeklindeki yaygın hatalı kanının güçlenmesine yol açmaktadır. Travmanın kanıtlanmasında fiziksel veya psikolojik/psikiyatrik belirtilerin objektif olarak birbirlerine üstün oldukları ileri sürülemede, travmanın tüm objektif bulguların (fiziksel ve/veya ruhsal) saptanmasıyla ortaya konabileceği belirtilmektedir.

SSK Genel Müdürlüğünün "meslek hastalıkları ve arızalar yönetmeliğinde"¹⁶ çeşitli psikiyatrik bozuklukların çalışma gücüne etkisi değerlendirildiğinde kişilik bozuklukları veya nörotik depresyon gibi tabloların "%45 oranında kişinin sürekli çalışmasına engel olduğu" bildirilmektedir. Bu olaylara yol açan tabloların ağır bir sürekli çalışmaya engel olma durumundan söz edip mutad iştigale engel olmadığını bildirmek çok güçtür. Ruhsal bir travmaya bağlı olarak ortaya çıkan post travmatik stres bozukluğu, reaktif depresyon, diğer psikiyatrik tablolar, çeşitli kişilik bozuklukları ya da nörotik rahatsızlıklar kişilerin gündelik yaşamını etkileyerek onların iş ve güç yapmalarına engel bir durum oluşturmaktadır.

Öneriler:

İlk aşamada, travmanın değerlendirilmesinde hekimlerin yapmış olduğu "darp ve cebir muayenelerinde" psikolojik/psikiyatrik belirtileri araştırmasının tıbbi ve yasal bir gereklilik olduğu belirtilmelidir. Adalet Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı ile yürütülecek çalışmalarla da adli rapor düzenleyen hekimlerin bilgilendirilmesi ve konu üzerine dikkat etmeleri sağlanmalıdır. Konunun ayrıntılı olarak ele alınması ve girişimlerde bulunması için en kısa sürede bir çalışma grubu oluşturulmalı ve toplantı yapılmalıdır.

Elde edilen bulgular ve tanı objektif kabul gören genel bir değerlendirme ile raporlara kaydedilmelidir. Mutlaka travmadan hemen ve 1-6 ay sonra psikiyatrik muayene yapılmalıdır. Daha sonra yapılacak inceleme ve değerlendirmeler için farklı tanımlamalar yanlış sonuçlara yol açabilir. DSM ve ICD ruhsal travmaların değerlendirilmesinde hekimlerin kullanabilecekleri ortak sınıflama için uygun olacaktır.

Adli tıp ve psikiyatri alanında uğraşanların psikiyatrik rahatsızlıkların değerlendirilmesinde kullanabileceği (hukuk açısından objektif kanıt gerektiği ve benzer uygulamalar yapılabilmesi için) bir niceleme yöntemi oluşturması gereklidir. Mutat iştigale engel olma sürelerinin psikiyatrik bulgu ve hastalıklarla ilgili bölümü adli tıp ve psikiyatri uzmanları ile birlikte düzenlenmeli ve yargı boyutunda hekimlerin ellerinin altında bulunacak bir tablo oluşturulmalıdır.

Adli tıp eğitimi sırasında travmanın yalnızca yara ve benzeri fiziksel lezyonlara yol açmadığı, uygulanan şiddetin mutlaka ruhsal bir boyutunun da olduğu ısrarla vurgulanmalı ve hekimlerin kendilerine başvuran adli olgularla ilgili olarak psikiyatrik konsültasyon istemelerinin de gerekli olduğu belirtilmelidir. Adli hekim bilirkişi olma sıfatıyla gereken her türlü incelemeyi yapmak ve yaptırmakla yükümlüdür.

Çeşitli çalışmalarda kişilerin geçmişte yaşadığı katastrofik-travmatik deneyimlerin yaşamlarının daha sonraki dönemlerinde ciddi etkiler yarattığı belirtilmiştir. Ruhsal travmanın önceden fark edilip önlem alınması bu tür sorunların da ortaya çıkmasını engelleyici ya da azaltıcı bir rol oynayabilecektir.

Olağan dışı koşulların bir bölümü insan kaynaklıdır (tecavüz, çocuk istismarı ve işkence gibi). Uluslararası ve ulusal hukuklar bu tür davranışları yasaklamakla birlikte sorun devam etmektedir. Sağlık ve hukuk alanında yapılan girişimler oldukça önemli olmakla birlikte sorunun çözümünü sağlayamamaktadır. İşkence ise otoritenin sorumluluğu altında işlenen suçlar olduğundan, ortadan kaldırılması da otoritenin yükümlülüğü altındadır. İşkence, insan hakları ihlalleri ve anılan şiddet eylemleri toplumun tüm alanlarda yürüteceği ısrarlı ve ortak mücadeleye dayalı olarak çözülebileceğinden şiddetin ortadan kaldırılmasına yönelik girişimlere destek olmak gerekiyor.

KAYNAKLAR

1. Di Maio DJ, Di Maio VJ. Forensic Pathology. CRC Press, Inc. 1993:87-90.
2. Gordon I, Shapiro HA, Berson SD. Forensic Medicine. Third Edition, Churchill Livingstone. Edinburg 1988: 221-6.
3. Gök Ş. Adli Tıp, 6.Baskı. Filiz Kitapevi, İstanbul. 1991.
4. Berger OD, Garnier M, Marc B. Urgences Médico-Judiciare, Doin Editeurs, Paris. 1995; 48-59, 63-78.
5. Yüksel Ş, Olağandışı durumların ruh sağlığına etkisi ve Onarılması, Tıp ve İnsan Hakları Sempozyumu, 1-3 Mart 1996, Adana.
6. Rasmussen OV, Medical Aspects of Torture. Danish Medical Bulletin. 1990; 1 (1): 1-88.
7. Tarakçıoğlu B. İşkence Olayı. Belge Yayınları. İnsan Hakları Dizisi:3. Belge Yayıncılık. 1990: 35-49, 145-204.
8. Başoğlu M. Prevention of Torture and Care of Survivors: An Integrated Approach. J. of the American Medical Association 1993; 270: 606-11.
9. Green AH. Child physical abuse. in Textbook of child, adolescent psychiatry. (ed. Wiener JM). American Academy of Child and Adolescent Psychiatry American Psychiatric Press. 1991:477-85.
10. Meadow R. Abc of child abuse. 2. ed. BMJ. London 1991: 1-4.
11. Gök Ş, Akyol S, Kolusayın RÖ. Kişilerin vücut bütünlüğünde oluşturulan zararların adli tıp açısından değerlendirilmesi, 1987.
12. İçel K, Yenisey F. Karşılaştırmalı ve Uygulamalı Ceza Kanunları, 2. Basım, Beta Basın Yayın Anonim Şirketi, İstanbul 1989.
13. Hancı İH. Hekimin Yasal Sorumlulukları (Tıbbi Hukuk), Egem Tıbbi Yayıncılık, İzmir. 1995: 25-48.
14. DSM IV. Fourth Edition. Washington. APA. 1994.
15. Biçer Ü, Çolak B, Özkalıpçı Ö. Gözaltında Ölüm (Bir Olgu Sunumu), II Ulusal Adli Bilimler Kongresi, 13-16 Mayıs 1996, Bursa.
16. SSK Sağlık İşlemleri Tüzüğü, SSK Genel Müdürlüğü Yayın No: 425 Ankara, 1985, 31-34.

İŞKENCE VE ADLİ TIP RAPORLARI*

KONU: H.B'ye gerçek bulguları yansıtmayan Adli Tıp Raporu verilmesi hakkında.

BİLDİREN: Avukat Selçuk KOZAĞAÇLI, Avukat N.Betül VANGÖLÜ (H.B.vekilleri)

H. B.; K. ve G. oğlu, K. ... doğumlu. Mesleği öğretmenlik. Öğretmenlikten ayrılmadan önce ... yılında *Eğitim-Sen* K. Şube Başkanlığı yapmış. Halen *Ankara Merkez Kapalı Ceza ve Tevkifevi'nde* ' tutuklu.

...-... 1992 tarihleri arasında bir "yasadışı örgüt operasyonu" sırasında K. Cumhuriyet Başsavcılığı'nın Hz. ... sayılı dosyası kapsamında gözaltında tutulmuş. İşkence nedeniyle (askıda) kolu kırılmış. Tutuklanmış. Kendisi hakkında açılan dava beraat ile sonuçlanmış.

Yine Eğitim-Sen Şube Başkanlığı yaptığı döneme ilişkin tamamı beraatla sonuçlanmış bir çok yargılaması var. (2911 sayılı yasaya ve 3713 sayılı yasaya ilişkin)¹

İşkence nedeniyle polisler hakkında başlatılan soruşturma ise "*Memurin Muhakematı Hakkında Kanunu Muvakkat* " hükümlerine göre İl İdare Kurulu'na oradan da Danıştay' a gönderilmiş. Bugün hala Danıştay'da. Bu tip dosyalarda sürekli yapıldığı gibi ceza zaman aşımının geçmesi bekleniyor. Bu tip dosyalar ancak polislerin cezalandırılma ihtimali yasal olarak ortadan kalktığında mahkemeye sevk ediliyor.

¹ 2911 Sayılı "Toplantı ve Gösteri Yürüyüşleri Hakkında Kanun"

* Devlet ve hükümet yetkililerinin işkencenin önlenmesi konusunda yaptıkları tüm açıklamalara ve sözde düzenlemelere rağmen işkence, ülkemizde sistemli bir şekilde uygulanmaya devam ediyor. 1998 yılında yaşanan ve ülkemizde işkencenin, işkenceyi önlemeye yönelik politikaların ne kadar samimi olduğunu göstereceğini düşündüğümüz bir işkence davasının dilekçe örneğini aynen yayınlıyor, yorumunu size bırakıyoruz.

H. B. 1998 günü bir "yasadışı örgüt operasyonu" nedeniyle Ankara'da gözaltına alınmış. 1998 günü Ankara 2 No'lu DGM D:İş dosyası ile tutuklanarak bugün bulunduğu Ankara Merkez Kapalı Ceza ve Tutukevi'ne konmuş.

Gözaltı girişinde; 21.12.1998 tarih ve 19:30 saatinde, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Ankara Şube Müdürlüğü (Adli Tabiplik) tarafından (40956.7) sayılı rapor tanzim edilmiş. Raporda "...Emniyet Müdürlüğü'nün 8508-2 sayılı yazıları ile gönderilen şahısların yapılan muayenelerinde;

I- H. B.'nin her iki el bilekte kelepçe ile husulü mümkün hiperemi mevcut olup; mutad iştigaline engel teşkil edecek başkaca darp cebir hasarına rastlanmadığını bildirir kesin rapordur... " ifadelerine yer verilmiştir. Rapor Doktor E. Ç. Ü. tarafından imzalanmıştır. (ek-1)

Gözaltı çıkışında (savcılık sorgusuna götürülmek üzere); 28.12.1998 tarih ve 00:30 saatinde, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Ankara Şube Müdürlüğü (Adli Tabiplik) tarafından (41589) sayılı rapor tanzim edilmiş. Raporda; "...Tem. Şube Müdürlüğü'nün 28.12.1998 tarih ve 86-2 sayılı yazıları ile gönderilen H. B.'nin yapılan muayenesinde;

"Vücutunda haricen darp ve cebir hasarına rastlanılmadığını bildirir kesin rapordur." ifadelerine yer verilmiştir. Rapor Doktor M. K. Ö. tarafından imzalanmıştır. (ek-2)

Aynı gün (28.12.1999) H. B. Ankara Devlet Güvenlik Mahkemesi Cumhuriyet Başsavcılığı'na çıkarılmış ve Savcı A. R. K. tarafından ifadesi alınmıştır. (Ank. 1 DGM 1999/18 Esas Dizi 261) Bu ifade sırasında; 28.12.999 tarih ve 41589 sayılı rapor kendisine okunduğunda; kabul etmediğini bildirmiştir. Tutanak şu şekilde devam etmektedir;

"...sanık oturduğu yerden gömlek ve kazağını göğsüne doğru kaldırdı. Göbeğinin üzerinde tahminen 10-12 cm. çapında morartı ve ekimos olduğu görüldü. Keza sanık pantolonunu indirerek her iki ayağının diz altı sol bacakta bileğe kadar inecek durumda yaygın ekimos sağ bacakta da tahminen 5'er cm. çapında ekimos olduğu gözlemlendi..."

"...vücutumda şimdi görünen yaralar gözetim altında bulunduğum sırada emniyette meydan getirilmiştir..." dedi. (ek-3)

H. B., savcılık ifadesini takiben; 2 Nolu DGM yedek hakimliği tarafından tutuklanarak cezaevine gönderilmiş ve hakkında Ankara 1 Nolu DGM 1999/18 Esas sayılı dosyasında dava açılmıştır.

Mahkemeden cezaevine döndükten sonra; Adli Tıp kurumundan doktorlar cezaevine gelerek sanığı bu olayla ilgili muayene etmişlerdir. Bu sırada; "gerçek dışı" ikinci raporun altında imzası bulunan Dr. M. K. Ö., H. B.'yi ilk defa

gördüğünü, kendisine 28.12.1999 tarihinde getirilen kimsenin H. B. olmadığını ve bu yüzden sağlam raporu verdiğini şifahen bildirmiştir.

SONUÇ

Ankara Valiliği Emniyet Müdürlüğü Terörle Mücadele Şubesi Kısım A/3 (tim) amir ve polislerinin; H. B.'ye işkence yaptığı ve bu durumu gizlemek üzere,

Çeşitli ihtimallere göre,

a. 28.12.1999 tarihinde saat 00:30'da Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Ankara Şube Müdürlüğü'ne (Adli Tabiplik) fiziken sağlam bir başka kişiyi H. B.'ye ait resmi yazı ile birlikte götürerek rapor tanzim ettirdiği³,

b. H. B.'yi götürdükleri Adli Tabiplik'te Dr. M. K. Ö. tarafından gerekli muayene yapılmadan "gerçek dışı" rapor verildiği,

c. Polis Timinin; herhangi bir kimseyi Adli Tabipliğe götürmedikleri halde, kendi imkanları ile 28.12.1999 tarihli raporu **sahte** olarak tanzim ettikleri anlaşılmaktadır.

21.12.1998 tarihli ilk raporun ise; H. B.'nin yanında aynı davadan yargılandığı R. A.'nın da bulunması, yine kelepçelere ait raporda söz edilen izin gerçekten bulunması ve H. B. tarafından Adli Tabipliğe götürüldüğünün doğrulanması göz önüne alınarak gerçek bir rapor olduğu düşünülmelidir...

³ H. B. ve Dr. M. K. Ö.'nün ifadeleri birlikte düşünüldüğünde; gerçekleşmiş olanın bu ihtimal olduğu anlaşılmaktadır.

T.C
ADALET BAKANLIĞI
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı
AnkaraŞube Müdürlüğü
(Adli Tabiplik)

Rapor No:40956.7

Muayene Tarihi: 21.12.1998

C. Savcılığına

Muayene Saati: 19:30

ANKARA

RAPOR

TEM Şube Müdürlüğünün 21.12.1998 tarih ve 8508-2 sayılı yazıları ile gönderilen şahısların yapılan muayenelerinde;

1-H. B.'nin her iki el bilekte kelepçe ile hüsülü mümkün halkavi hiperemi mevcut olup; Mutad iştigaline engel teşkil edecek başkaca darp cebir asarına rastlanmadığını bildirir kesin rapordur.

2-R. A.'nın sağ kaş letaralinde 1cm. çapında ekimoz, boyun da sağda sternocleidomastoid kas üzerinde tırnakla hüsülü mümkün ekimotik sıyrıklar, göğüste solda ağrı şikayeti tesbit edilmiş olup; Arızasının BİRGÜN mutad iştigaline engel teşkil edeceğini bildirir kesin rapordur.

Fa.No:70860

Dr. E. Ç. Ü.

T.C
ADALET BAKANLIĞI
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı
Ankara.....Şube Müdürlüğü
(Adli Tabiplik)

Rapor No.:41589

Muayene Tarihi:28.12.1998

C. Savcılığına

Muayene Saati:00:30

ANKARA**RAPOR**

Tem.Şube Müdürlüğünün 28.12.1998 tarih ve 8652 sayılı yazıları ile gönderilen H. B.'nin yapılan muayenesinde ;

Vücudunun haricen darp cebir asarına rastlanmadığını bildirir kesin rapordur.

Fa.No:71774

Dr. M.K.Ö.

İFADE TUTANAĞI**OLAY ANLATILDI SORULDU.**

Sanık ifadesine Savcılığa gelirken beni Adli Tıp'a götürmediler dedi. 28.12.1998 günlü doktor raporu okundu. Kabul etmiyorum dedi, sanık oturduğu yerden gömlek ve kazağın göğsüne doğru kaldırdı. Göbeğinin üzerinde tahminen 10-12 cm. çapında morartı ve ekimos olduğu görüldü. Keza sanık pantolonunu indirerek her iki ayağının diz altı sol bacakta bileğe kadar incek durumda yaygın ekimos olduğu gözlemlendi. Bu arazların nasıl usule getirildiği soruldu. Sanık benim gözetim altına alındığım 21.12.1998 tarihinde sağlam olduğuma dair raporum vardır. Vücudumdaki şimdi görünen yaralar gözetim altında bulunduğum sırada emniyette meydana getirilmiştir. Ben emniyette iken devamlı gözlerim bağlı idi. Bu beyanım yanlış zapta geçti. Sorguya götürülürken gözlerim bağlanıyordu. Diğer zamanda yani kalacağımız hücreye götürüldüğümde gözlerim açık idi. Bu nedenle beni dövenleri şahsen tanımıyorum. Ancak o gün sorguda görevli olanlar kim idi ise hepsinden davacıyım.

....

dedi ifadesi okundu imzası alındı.

28.12.1998

