

Gündelik yaşamda şiddet, ruh sağlığı ve psikoterapi

Şahika Yüksel

Özgeçmiş: Şahika Yüksel, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi mezunu, aynı yerde Psikiyatri AD öğretim üyesi ve İstanbul-Psikososyal Travma Programı'nın kurucusudur. Londra, Psikiyatri Enstitüsünde Davranış Psikoterapisi eğitimi almıştır. Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı, Türkiye İnsan Hakları Vakfı, European Society of Traumatic Stress Studies kurucu üyesidir. International Society of Traumatic Stress Studies yönetim kurulunda çalışmıştır (2001-2004). Halen kadın sağlığı, insan hakları, GLBT konularında çalışmaktadır.

İletişim: Şahika Yüksel, Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, İstanbul
E-mail: sy4650@gmail.com

ÖZET

Bu yazıda şiddet mağdurlarında ortaya çıkan ruhsal bozukluklar özetlenecektir. Ardından, şiddet mağdurlarının değerlendirilme ilkeleri ve müdahale yöntemleri aktarılacaktır. Şiddete maruz kalan kişilerle çalışanlar, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısının uzun süreli ve yineleyen travmaların ardından çıkan zorlukları karşılamakta yetersiz kaldığına dikkati çekmişlerdir. İnsan eli ile oluşturulan, mağdur ve failin iç içe geçmiş yaşamlarının olduğu durumlarda TSSB B-C-D grubunda yer alan belirtilerden başka belirtiler de sıklıkla gelişir. Bu tür travmalar yaşayanlar için "Karmaşık- TSSB" (K-TSSB) tanısı önerilmiştir.

Şiddet ardından gelişen zorlukların değerlendirilmesi, olaydan öncesi, yaşananlar ve olaydan sonrasını içerecek şekilde olmalıdır. Bu kişilerde gelişen hastalığın tanısı, ayırıcı tanısı, kişinin işlevselliği ve adli tıp yönünden değerlendirilmesi yapılır. Değerlendirme tedavide yardımcı olacak bir araçtır. Travmatik deneyimlerin nesnel (ne oldu) ve öznel (kişi bunu nasıl algıladı) iki yönü vardır: Şiddet yaşantısı, mağdurun duygu, düşünce, davranış ve ilişkilerini nasıl etkilemiştir? Şiddetin ardından bir hastalığın gelişip gelişmediğini ve ciddiyetini değerlendirmede çoğul ölçüm araçları kullanılmalıdır. Kişinin özgün ifadesi not alınırsa, psikoterapide yol gösterici olacaktır.

Bu grubun tedavisinde belirli protokollerinin hazır bir menü olarak uygulanmasının yetersiz kalma riski yüksektir. Şiddete maruz bırakılanların psikoterapisinde güvenlik, hatırlama ve yas, yeniden bağ kurma olmak üzere üç aşama vardır. Seçkisiz kontrollü çalışmalarda etkinliği kanıtlanmış iki psikoterapi yönteminin "Bilişsel İşleme Tedavisi" ve "Uzamsı Yüzleştirme Tedavisi" olduğu bildirilmiştir. Herkese her durumda etkin olan bir tedavi yöntemi yoktur ve önerilen yöntemlerin her vakaya etkili olmadığı bilinmektedir. Bu tedavilerden kasıtlı olmayan, tek bir şiddet olayı yaşamış kişilerin yararlanma olasılığının daha fazla olduğu bilinmektedir. Hangi durumlarda ne tür bir tedavinin daha uygun olduğuna ilişkin çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar sözcükler: Şiddet, travma sonrası stres bozukluğu, travma- odaklı tedavi, insan hakları

ABSTRACT

Violence in daily life, mental health and psychotherapy

Turkey is a country where the risk of being subjected to violence is very high. In this article, first, psychological disorders seen in victims of violence will be summarized. Secondly, assesment principles and intervention methods for victims of violence will be conveyed.

"Complex-PTSD" (C-PTSD) diagnosis has been suggested for manmade victims of prolonged and repeating violences.

Difficulties that develop after the violence should be evaluated multilaterally and should include experiences before and after being subjected to violence. In people who are subjected to violence, evaluations such as formal diagnosis, differential diagnosis, functionality of the person and forensic evaluation are done. These evaluations are tools which help us to find our way during treatment. Traumatic experiences have two parts: objective (what happened) and subjective (how did the person perceive it). How did the experience of violence effect the emotions, thoughts, behavior and relationships of the victim? Taking notes on the personal statement of the person would be enlightening for the psychotherapy.

In treating this group of people, the risk of the usage of certain protocols as a ready menu to prove to be inadequate, is high. There are three stages in the trauma focused psychotherapy of people subjected to violence: Safety, remembering and mourning and reconnection. Two psychotherapy methods, cognitive processing therapy and prolonged exposure are proven by RCT effectiveness. Although there are effective treatment methods, there isn't one single effective method of treatment that is effective in every situation and for every person. It's also known that these suggested methods of treatment are not effective on every case. It is known that individuals who experienced a single violent unintended incident have a higher possibility of benefiting from these treatments. More research is needed to figure out what kind of treatment is more suitable in different situations.

Key words: Violence, PTSD, trauma focused therapy, human rights

Şiddete maruz kalan kişilerde ne tür sorunlar ortaya çıkar?

Türkiye, çok sık yaşanan iş ve trafik kazaları, doğal olan ve doğal olmayan afetleri ve insan hakları ihlalleri ile şiddete maruz kalma riskinin kadın, erkek ve çocuk, herkes için çok yüksek olduğu bir ülkedir. Türkiye’de irili ufaklı şiddet deneyimi ve ona bağlı olarak gelişen ruhsal sorunları olan nüfus, bu kişilere verilecek sağlık hizmetlerini, sadece konunun uzmanları ve travma ile uğraşan kurumlara devretmeye izin vermeyecek kadar kabarıktır. Tüm ruh sağlığı uzmanlarının, her sağlıkçısının günlük pratiğinde şiddet mağdurlarıyla karşılaşması beklenir. Maalesef şiddete maruz kalmış olan mağdurların öykülerinde sağlık kurumlarında daha önce yapılan görüşmelerde, travmatik deneyimlerinin açığa çıkmadığı, veya yaşadıkları şiddet olayları öğrenildiğinde de kişilerin psikolojik sorunlarıyla ilgilenilmediği, dolayısıyla travmanın yarattığı sorunların da onarılmadığı sık görülmektedir. Şiddete maruz kalanların bunu ifade etmesi değişiklik gösterir. Bazıları kendilerinin yaşadığı veya tanık olduğu şiddet olaylarını açıkça ifade edebilir. Bir diğer grup ise deneyimini açıklamaz, gizler veya aradaki ilişkinin farkında olmadan çok geniş bir yelpazede değişebilen bedensel ve psikolojik belirtilerle dolaylı olarak açıklar. Profesyonelin, kırgınlık, öfke, yaşadıklarının anlaşılamaması ve benzeri karışık duygularla yüklü, her şeye, bu arada kendisine de güvensiz yaklaşan mağduru nesnel olarak değerlendirme ve gerektiğinde yönlendirme yükümlülüğü vardır. Bu, ikisi için de zorlu bir süreç olacaktır.

Etnik farklılıklar temelinde yaşanan, farklı ırk, din, mezhep, dünya görüşüne sahip olan kişilere yönelik toplumsal travmaların varlığının dillendirilmesinin önündeki engeller yavaş yavaş kalkmaya başladı. İfade edilmesi için güvenli ortam sağlandığından, “beni kürt/eşcinsel/alevi olduğum için dövdüler” sözlerini klinik başvurularda giderek daha fazla duymaktayız.

Yukarıda en genel olarak örnekleri sunulan şiddet olaylarının yaşayan kişileri ve gözleyenleri farklı boyutlarda etkilemesi kaçınılmazdır. Şiddet deneyimleri ve yaşanış biçimi çok farklar gösterdiği gibi ona bağlı ortaya çıkan ruhsal sorunlar, dolayısıyla müdahale-tedavi yaklaşımları da farklı olacaktır.

Bazı kişiler yaşamlarının bir döneminde şiddet içeren tek bir olay yaşarken bazıları yıllarca süren fiziksel, psikolojik, cinsel şiddete ve çoğul şiddet olaylarına maruz kalabilirler. Bu olaylar deprem, sel gibi doğal afete bağlı

olabileceği gibi, kaza ile veya insan eliyle kasıtlı olarak farklı şekillerde de yapılabilir. Alışlagelmiş stres verici olayların sınırını aşan bu olaylar az veya çok herkesin ruhsal durumunu etkileyebilir. Şiddete maruz kalmanın yarattığı travmalar birbirinden farklı olduğu gibi o kişilerin yaşamlarındaki etkileri de birbirinden farklı olabilir. Olayların niteliği ve niceliği, şiddete maruz kaldıktan sonra gelişen bozukluklar, farklı yaşam alanlarında oluşan sorunlar bu denli farklı iken tek tür bir tedavi yaklaşımı her durumda uygun ve etkin olamaz^{1,2}.

Bu yazıda önce şiddet mağdurlarında ortaya çıkan ruhsal bozukluklar özetlenecektir. Ardından, şiddet mağdurlarının değerlendirilme ilkeleri ve yapılabilecek müdahale yöntemleri aktarılacaktır.

Şiddete maruz kalan kişilerde şiddetin etkisine bağlı özgün bir hastalık olarak ilk bir ay içinde gelişen Akut Stres Bozukluğu (ASB) ve daha sonra ortaya çıkan Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanıları ruhsal hastalıklar sınıflamalarına 1980’de girmiştir³. TSSB’nin tanı ölçütleri ile ilgili tartışmalar devam etmektedir. Şiddete maruz kalan kişilerde salt TSSB gelişmez. Depresyon, panik bozukluğu, alkol ve madde kullanımında artış, dissosiyatif bozukluklar, uyum bozukluğu, somatoform bozukluklar gibi geniş bir yelpaze içinde değişebilen ruhsal hastalıklar gelişebilir. Kısaca, şiddete maruz kalan kişilerde eş tanıların da konması bir istisna değildir. Dahası bazı durumlarda TSSB temel belirtileri olmaksızın sadece diğer belirtilerin ağır bastığı hastalıklar da gelişebilir. Bu zorluklar travmatik deneyimlerden uzun zaman sonra su yüzüne çıkmışsa travmatik yaşantı ile ilişkisini ortaya koymak daha da zor olur.

Karmaşık Travma Sonrası Stres Bozukluğu (K-TSSB) kavramı niye çıktı?

Şiddet mağdurları ile çalışan deneyimli klinisyenler, TSSB tanısının özellikle uzun süreli ve yineleyen travmaların ardından çıkan zorlukları karşılamakta yetersiz kaldığına dikkati çekmişlerdir. Özellikle mağdur ve failin uzun süreli iç içe geçmiş yaşamlarının olduğu durumlarda çok farklı belirtiler sergilenir. Bu durumun en bilinen örnekleri uzun süreli eş dayacağı yaşamış olan kadınlar, istismar edilmiş olan çocuklar, işkenceye maruz kalmış, esir-kontrol altında tutulmuş kişilerdir. Bu kişilerde TSSB B-C-D kategorilerinde yer alan belirtiler dışında başka belirtiler de sıklıkla gelişir. Bu nedenle,

uzamış ve yineleyen travma mağdurları için “Karmaşık ve Uzamış TSSB” (K-TSSB) tanısı önerilmiştir⁴.

Herman’ın 1992’de “Travma ve İyileşme” isimli kitabı yayınlandığından bu yana, K-TSSB konusunda 20 yıldır biriken bilgiler değerlendirilerek, karmaşık psikolojik travmanın (1) tekrar eden/süre gelen, (2) sorumlu büyükler veya bakımverenler tarafından zarar verme/ bu kişiler tarafından terk edilmeyi içeren, (3) mağdurun hayatında, çocukluk/ergenlik dönemi gibi (beyin gelişiminin hızla gerçekleştiği veya tamamlandığı), gelişimsel olarak kırılgan olduğu zamanlarda maruz kalınan stres etkenlerinin bir sonucu olarak oluştuğu tanımlanmıştır^{5,6}.

Çoğul travmada saldırgan, mağdur ve ait oldukları grup üyeliği (aile, din, politik parti, emir-komuta zinciri gibi) arasındaki ilişki yakınlaştıkça grubun sadakatin sarsılmasıyla yüzleşme ihtimali artar. Bir kendini koruma stratejisi olarak, kişi veya grup, sessiz kalmayı, gizlemeyi veya inkar etmeyi tercih edebilir. Sonuç olarak mağduriyet açığa çıktığında / kapatıldığında, mağdur beklediği yardımı alamaz. Bu durum ikincil yaralanma (*second injury*) veya ihanet travması (*betrayal trauma*) olarak tanımlanır^{7,8}. Bu zorluklar 15 yaş altında yaşandığında ise çocuğun gelişimini etkilediğine dikkat çekilerek “Gelişimsel Travma Bozuklukları” (Developmental Trauma Disorders) olarak değerlendirilmesi önerilmiştir⁹.

K-TSSB kavramı bütünlük taşımaktadır. Basit belirtiler listesi olmayıp tekrarlayan travmaların ardından gelişen sorunlar için tutarlı bir formül oluşturmaktadır. Bedenselleştirme, dissosiyasyon, ve duygudurumda oynamalar şeklinde üç temel belirti grubu olduğu gösterilmiştir. Bu üç grup belirti arasında ilişki vardır. DSM TSSB Çalışma Grubu, tanı için iç tutarlılığı olan ve sık gözlenen bu belirtilerden oluşan klinik tablonun karmaşık TSSB adı altında DSM-5’e girmesini önermiş, ancak bu öneri reddedilmiştir. Aynı bir tanı olmamasının ret gerekçesi de K-TSSB’nin travma spektrumuna katılması durumunda kaygı bozuklukları grubunda yer alacağı, ancak kaygı bozukluklarından çok dissosiyatif/ somatizasyon hatta kişilik bozukluklarına uyabileceğidir⁶.

Aslında, DSM-IV’de, TSSB ölçütlerinde alt bir kategoride birlikte giden özellikler olarak aynı belirtilerin yer alması da sınıflama konusundaki çelişkilerin bir diğer işaretidir. Ayrıca, sınıflamada yer alan DESNOS K-TSSB için önerilen belirtileri geniş

“**Travmatik deneyimlerin öznel ve nesnel iki yönü vardır: Nesnel olanın sorusu “ne oldu”, öznel olanın sorusu ise “kişi bunu nasıl algıladı ve tanımladı” olmalıdır. Olaya kendisinin yüklediği anlam psikoterapide yol gösterici olacaktır.**”

ölçüde kapsamaktadır. Konu ile ilgili tartışmalar halen sürmekte olup dileğimiz kronik kişilerarası travmanın sürediden etkilerinin 2013 de çıkması beklenen DSM-5 de yer almasıdır^{10,11,12}.

K-TSSB için önerilen tanı ölçütlerini şu başlıklarda toplayabiliriz.

A-Belirtilerin daha karmaşık olması, geniş bir yelpaze içinde yer alması: Bedenselleştirme gerilim başağrıları, mide-barsak sistemi yakınmaları, karın ve sırt ağrıları sıktır. Titreme, boğulma duygusu, **Dissosiyasyon:** unutkanlık/ travmatik olayı sürekli düşünme, gelip geçici dissosiyasyon dönemleri, **Duygulanım değişikliği:** inatçı disfori, kronik özkıym fikri, kendini yaralama, patlayıcı/ aşırı ketlenmiş öfke, takıntılı/ aşırı ketlenmiş cinsellik, **Kendilik algılamasında değişiklik:** çaresizlik duygusu/ insiyatif felci, utanma, suçluluk, kendisini sorumlu hissetme, kirlenmişlik duygusu, başkalarından farklı olma duygusu, **Faili algılamakta değişiklik:** intikam takıntıları gibi, faille ilişkisiyle ilgili zihinsel meşguliyet, faille gerçekçi olmayan aşırı bir güç yükleme, paradoksal yüceltme, özel/ doğaüstü ilişki duygusu, inanç sistemi kabulü/ faili mazur görme, **Başkalarıyla ilişkide değişiklik:** tecrit ve çekilme, yakın ilişkilerde kopukluk, sürekli kurtarıcı arama, güvensizlik, kendini korumada tekrarlayan başarısızlık, **Anlam sisteminde değişiklik:** desteklenmeyeceği inancı, çaresizlik ve ümitsizlik duygusu.

B-Kişilik alanını etkilemesi: İster savaşta, ister aile içi şiddet olgularında genelde failer mağdurun ilişkilerini sınırlar. Kişinin maddi ve duygusal bağları sınırlanır. Tutsak, nasıl kaçabileceğine değil nasıl sağ kalabileceğine ve nasıl dayanabileceğine odaklanır. Kimliğinde patolojik değişiklikler olabilir. Çocuklukta veya erken ergenlik devrelerinde ciddi travma yaşamış olan kişilerde

“Toplumsal, politik, aile içi etkenlerle ortaya çıkan ve bazı durumlarda halen travmatik deneyimlerin sürdüğü şiddet olaylarında tek başına psikoterapi ile mucizeler yaratılamaz. Ama kişiye uygun tedaviler uygulandığında önemli bir destek sağlanabilir.”

kişilik oluşumunda bozukluklar, sınır kişilik bozukluğu ve çoğul kişilik bozukluğu vakaların temel özelliğidir.

C-Yineleyen travmalara açık olma: Uzun süreli şiddete maruz kalanlarda travmatik anıları kişi sürekli hatırlar. Bedensel ve duyuşsal olarak yeniden yaşama/ travmanın davranış düzeyinde yeniden canlandırılması şeklinde görülebilir. Kendine zarar verme davranışları tek bir akut travmanın ardından çok seyrek görülür. Çocukluk çağında çoğul travma yaşamış olan kişilerde erişkin dönemde de tekrar zarar görme olasılığının daha yüksek olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir^{4,5}. İstanbul’da kadın sığınma evlerine eş dayacağı ile gelmiş olan kadınların nerede ise tümünde çocukluk ve/veya ergenlik devresinde cinsel ve/veya fiziksel şiddet öyküsü olduğu görülmüştür¹³.

Şiddet ardından travmatik hastalıkların gelişmesinde risk faktörleri

Şiddete maruz kalmak veya tanık olmak, kişilerde genellikle bilişsel, duygusal ve davranışsal boyutta değişikliklere ve travma öncesi ruhsal dengenin bozulmasına yol açsa da, her zaman bir ruhsal hastalıkla sonuçlanmamaktadır. Çok sayıda bireysel, durumsal ve sosyal değişkenin şiddetin ardından bir ruhsal hastalık gelişmesi açısından risk yarattığı bilinmektedir¹⁴.

TSSB’ye yatkınlık yaratan risk faktörleri arasında; travmatik olaya ilişkin niteliksel ve niceliksel özellikler (travmanın tipi, yaralanmanın derecesi, algılanan yaşamsal tehdit düzeyi, travmanın tahmin ve kontrol edilemezliği vb.), genç olma, kadın olma, düşük sosyo-ekonomik düzey, geçmiş travma öyküsüne sahip olma, travma öncesi psikiyatrik sorunlar, ailede psikiyatrik

hastalık öyküsü bulunması, işlevsel olmayan stresle başa çıkma yollarını kullanma, travma sırasında aşırı stres ve anksiyete hissetme veya yoğun biçimde dissosiyasyon yaşama yer almaktadır². Özellikle kişinin yakın çevresi tarafından sağlanan sosyal destek TSSB’nin de dahil olduğu travma ile ilişkili ruh sağlığı sorunlarına karşı koruyucu rol oynamaktadır^{12,14}. Vogt ve arkadaşları etnik azınlık gruplarının günlük yaşamlarında şiddetin etkilerini daha olumsuzlaştıran çoğul, birikici etkisi olan olaylar yaşamak durumunda kaldığına ve bu grupların ağır ruh sağlığı zorluklarının gelişmesi açısından daha riskli olduğuna dikkati çekmiştir¹⁵ (Tablo 1).

Tablo 1. Birikici etkisi olan olaylara maruz kalan kişiler¹⁵

• Ekonomik zorluklarla kentlerde yaşayan, etnik azınlık gruplarından olan kişiler
• Hapishanedeki kişiler ve aileleri
• Evsizler
• Cinsel ve fiziksel çoğul istismar yaşayan çocuk ve erişkinler
• Politik baskı, soykırım, “etnik temizlik”, işkence nedeniyle, zorla yer değiştirmiş olanlar
• Gelişimsel, entelektüel/ ruh sağlığı sorunları olan kişiler
• Askerler, sivil ekte işyerinde ve amirlerince istismar edilenler
• Acilde çalışıp sürekli ölüm ve ıstırap çekenleri görenler

Şiddete maruz kalan kişileri değerlendirme ilkeleri

Değerlendirme, şiddete maruz kalmadan öncesi, yaşanan travmatik deneyim ve travma sonrasını içerecek şekilde çok boyutlu olmalıdır: şiddete maruz kalan kişilerde daha sonra gelişen hastalığın sınıflandırmalarda yer alan formal tanısı, ayırıcı tanısı, kişinin işlevselliğinin değerlendirilmesi, ihtiyaca göre adli tıp yönünden değerlendirilmesi yapılır. Kişi hangi nedenle ve hangi aşamada başvurursa başvursun, değerlendirme aynı standartlarla sağlanmalıdır. Özellikle yaşanan şiddetten yıllar sonra görüştüğümüz kişilerde olay sonrası farklı devreleri değerlendirme çok yönlü olmalıdır¹⁶ (Tablo 2).

Tablo 2. Travma yaşamış kişileri değerlendirme ilkeleri

• Travma öncesi dönem: Öykü, temel işlev düzeyi, kişinin daha önceki travmaları, travma öncesinde psikososyal durum
• Travmatik olay/lar: Olayın özellikleri, süresi, şiddeti, sayısı, olay sırasında ve hemen sonrasında ortaya çıkan başa çıkma yanıtları, travmatik olay nedeni ile yaşananlar, duygusal ve ekonomik kayıplar
• Travma sonrası psikososyal ortam: Aile yapısı, iş ve sosyal çevre ilişkisi, kişinin travmaya verdiği anlam, travma sonrasında sahip olduğu duygusal ve ekonomik destek kaynakları

Değerlendirmede yaşanan şiddetin öyküsü daima detaylı olarak kaydedilmelidir. Kişinin özgün ifadesi, kendi sözleri ile not alınırsa, psikoterapide yol gösterici olacaktır. Gelişen belirtilerin zaman ve içerik olarak açıklıkla ifade edilmesi özellikle adli raporlar için değerlidir. Cinsel saldırılarda ve aile işi şiddette olduğu gibi şiddete özel hayatlarında maruz kalanlarda, bir tıbbi incelemede alışık olunmayan biçimde, özel yaşama ilişkin sorular sorulabilir. Bu soruların ne amaçla sorulduğunu uzmanın kendisi bilmeli ve görüşme yaptığı kişiye bunu açıklamalıdır. Adli bir değerlendirme söz konusu olduğunda, görüşmenin başında konuşulanların mahrem kalmayacağı bilgisi verilmelidir^{14,16}.

Değerlendirme tedavide yönümüzü bulmak için yardımcı olacak bir araçtır. Travmatik deneyimlerin öznel ve nesnel iki yönü vardır: Nesnel olanın sorusu “ne oldu”, öznel olanın sorusu ise “kişi bunu nasıl algıladı ve tanımladı” olmalıdır¹⁷. Şiddet yaşantısı, mağdurların duygu, düşünce, davranış ve ilişkilerini nasıl etkilemiştir? Olaya kendisinin yüklediği anlam bize psikoterapide yol gösterici olacaktır.

Bazı tür travmalarda, özellikle çok sayıda kişinin yaşam alanının etkilendiği sel, deprem gibi afetler, savaş-çatışma ortamında ve büyük çaplı kazalarda tedavi alanı esner. Afet sonrası kapıları açık, çadır gibi ortak yatma düzenleri olan kişilerin özel alanları açılıp genişlediği gibi, tedavi görüşmelerinde baş başa görüşme için uygun kapalı, ses yalıtımı yapılmış ortamlar bulmak rastlantıya bağlıdır. Görüşme ortamları yarı saydam bir hale gelir. Mağdurlara ve tedavi ekibine yabancı mekânlar kullanılır. Bu durumlarda tedavi ekibi, var olan koşulları en iyi şekilde kullanmak, görüşmede sesi ayarlamak konusunda çaba göstermek zorundadır¹⁸.

Tablo 3. Şiddetin, istismarın olumsuz etkilerini gidermek için neler yapılabilir?

A. Haberdarlığın artırılması
B. Şiddetin yeniden yaşanmasını engellemek
C. Tedavi
D. Belgeleme-rapor
E. Tüm yaşam desteği

Değerlendirmede kullanılan ölçekler

Değerlendirmede salt travma sonrası gelişen ASB ve TSSB gibi hastalıklara odaklanmak yanıltıcı olabilir.

“Şiddete ve ayrımcılığa maruz bırakılan kişilerin ve grupların yaşadıklarını dillendirmesi ve bunların işitilmesi yaşanan olumsuzlukların onarılması için bir zemin oluşturur.”

Tüm belirtiler süre, sıklık, şiddet ve işlevsellik üzerine etkileri açısından değerlendirilmeli, şimdiki ve yaşam-boyu belirtiler dikkate alınmalıdır. Değerlendirmede kullanılan araçların bir bölümü ruhsal hastalıkların değerlendirilmesinde kullandığımız, SCID-I ve nöropsikolojik testler de dahil olmak üzere çeşitli yapılandırılmış görüşme araçları ve psikometrik testler olabilir. Şiddetin ardından bir hastalığın gelişip gelişmediğini ve ciddiyetini değerlendirmede hem klinisyen tarafından uygulanan hem öz bildirime dayalı ölçüm/değerlendirme araçlarının kullanılması tercih edilmelidir. Her türlü şiddete maruz kalan kişilerde ortak kullanılabilir ölçekler olduğu gibi çatışma-savaş, cinsel-fiziksel şiddet gibi yaşanan olayın türüne göre geliştirilmiş farklı değerlendirme araçları da bulunmaktadır. Gerekli ise tüm araçlar tedavi sürecinde yinelenmelidir¹⁶. Ruh sağlığı travma ilişkisini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiş yaygın kullanılan ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan araçlar şunlardır:

Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (CAPS): Travmaya bağlı TSSB belirtilerinin değerlendirilmesi, herhangi bir tedavinin etkisinin izlenmesi ve hasta gruplarında TSSB tanısının konması amacıyla geliştirilmiştir. Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır¹⁹.

Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (Post Traumatic Stress Diagnostic Scale) (PDS): Foa'nın, Amerika'da DSM-IV TSSB tanı ölçütlerine göre yapılandırıp TSSB tanısını belirlemeye yardımcı olmak üzere geliştirdiği bir ölçektir. Kırkdokuz maddeden oluşur ve kişiler kendileri doldurur²⁰. Türkçe formun geçerlilik, güvenilirliği yapılmıştır²¹.

Travmatik Yaşam Olaylarının Etkilerini Değerlendirme Ölçeği (Impact of Event Scale-R / IES-R): TSSB belirtilerini taramada ve şiddetini

“İnsan eliyle yaratılan travmalarda travmatik eyleme katılmayanların, seyircilerin tutumu benzer davranışların artmasını veya azalmasını etkiler.”

belirlemede kullanılır. Marmar tarafından yeniden gözden geçirilmiştir (IES-R). Çorapçıoğlu ve arkadaşları Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır²².

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CCKİL): 20 yaş öncesinde yaşanan şiddet ve ihmal olaylarının sorulduğu, çocukluk çağı kötüye kullanımı, şiddet ve ihmal sorularından oluşan ve kişilerin kendilerinin yanıtladığı bir soru çizelgesidir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır²³.

Duruma göre, depresyon değerlendirilmesi için kullanılan araçlar ve İntihar Davranışı Ölçeği de kullanılabilir. Cinsel saldırı yaşamış olan ve cinsel sorun bildiren kişilerde Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın/Erkek Formu²⁴ ya da Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Şar ve arkadaşları tarafından yapılmış olan Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği kullanılabilir²⁵.

Travma odaklı tedaviler

Bu bölümde kısaca şiddet mağdurlarının psikoterapisinde etkin yöntemler, tedavi ilkeleri ve tedavide sık yaşanan zorluklar tanıtılacaktır. Toplumsal, politik, aile içi etkenlerle ortaya çıkan ve bazı durumlarda halen travmatik deneyimlerin sürdüğü şiddet olaylarında tedavide tek başına psikoterapi ile mucizeler yaratmak mümkün değildir. Ama kişiye uygun biçimlendirilmiş tedaviler uygulandığında önemli bir destek sağlanabilmektedir. 20-30 yıl önce ve 5-10 yıl sürmüş olan travmalar yaşamış olan bir kişinin kaçınılmaz olarak öyküsü çok yüklü olacaktır. Uzun süreli ve çoğul travmatik deneyimleri olan kişilerin tedavileri çok katmanlıdır. Bir kat zorluk kalkınca sıra diğerine gelir. Bu durum Herman'ın “yürüyen hedefler” tanımı ile çok güzel olarak ifade edilmiştir⁵. Hem tedavi edenin hem şiddet mağdurunun bu süreçte belli bir hedefe, iniş çıkış yapmadan ilerlemelerinin zor, dağılma olasılıklarının yüksek olmasına

karşın kaynakları ve zamanları sınırlıdır. Bu nedenle şiddet mağdurlarına travma odaklı tedaviler daha etkin olabilmektedir^{6, 26, 27, 28}.

Şiddete maruz kalan kişilere tüm psikoterapi yöntemleri denenmiştir. En çok çalışılmış olan yöntemler Bilişsel Davranışçı Tedaviler (BDT) ve Göz Hareketleri Duyarsızlaştırma (EMDR)'dir. BDT'de Stres Aşılama Tedavisi (SIT), Bilişsel İşleme Tedavisi (CPT), Uzamış Yüzleştirme Tedavisi (PE) gibi farklı tekniklerin kullanıldığı çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu uygulamalar EMDR ile birlikte veya tekil olarak kullanılabilir. Seçkisiz kontrollü çalışmalarda (RCT) etkinliği kanıtlanmış iki psikoterapi yönteminin CPT ve PE olduğu bildirilmiştir. Tüm çalışma sonuçlarında PE terapisinin TSSB'nin, depresyon ve anksiyete belirtilerini onarmakta yüksek bir etkinliği olduğu belirtilmiştir^{27, 29, 30, 31, 32, 33}.

TSSB etkin tedavisi ile ilgili ilk pratik rehber Uluslararası Travmatik Stres Çalışmaları Derneği tarafından yayınlanmıştır³⁴. Bu rehberde özellikle BDT teknikleri ve psikoterapi ağırlıklı olarak yer almıştır. Onun ardından APA ve ABD askerlik ve savunma bölümleri tarafından, İngiltere³⁵ ve Avusturalya'da³⁶ benzer rehberler geliştirilmiştir. Kontrollü çalışmalarla hazırlanmış, aralarında uyum olan bu rehberler klinik pratikte de kullanılabilir. Zira araştırmalar dışında klinik pratikteki uygulamalarda da yüz güldürücü sonuçlar alınmış olan bu rehberler yeni çalışmalarla da sürekli olarak gözden geçirilmektedir.

Çoğul tanının varlığı bu protokollerin uygulanmasını dışlamaz. Daha sınırlı sayıda olsa da benzer çalışmalar K-TSSB için de vardır. Programlar uygun değişiklikler yapılarak kullanılabilir. Yaşanan şiddetin türü ve yaşamış biçimine göre ortaya çıkan tablolarda farklı kaygı bozukluklarında kullandığımız eğitim ve destekleyici danışmanlık, kaygının düzenlenmesi gibi tekniklerin güvenle devreye girebileceği bildirilmiştir^{37, 38, 39}.

Bu gelişmeler travmatik deneyimleri olan kişilerin tedavisi için yüz güldürücü bir birikimdir. Maalesef, her kесе her durumda etkin olan bir tedavi yöntemi yoktur ve önerilen yöntemlerin her vakaya etkili olmadığı da bilinmektedir. Etkin olduğu seçkisiz kontrollü çalışmalarla bildirilen tedavilerden kasıtlı olmayan, tek bir şiddet olayı yaşamış kişilerin yararlanma olasılığının daha fazla olduğu bilinmektedir. Hangi durumlarda ne tür bir tedavi yaklaşımının daha uygun olduğuna ilişkin daha çok çalışmaya gereksinim vardır^{27, 26}.

Olağandışı durumlarda gelişen ruhsal sorunların tedavisinde ilaç veya psikoterapi birlikte veya tek olarak kullanılabilir. Bu grubun tedavisinde belirli teknik veya protokollerin hazır bir menü olarak uygulanmasının yetersiz kalma riski yüksektir. Şiddete maruz bırakılanların psikoterapisinde deneyimli uzmanlar bu tedavinin aşamalı olduğu konusunda hemfikirdir. Psikoterapinin, *güvenlik, hatırlama ve yas, yeniden bağ kurma* olmak üzere üç aşaması vardır^{5, 28, 40}.

1-Güvenlik: İlk aşama değerlendirme devresinde şikayetlerin ve öykünün toplanması sırasında kişinin hangi alanlarda zorluklarının olduğunun birlikte görülür kılınması ve sorunun varlığının ve adının konulması olarak başlar. Kontrolü elde tutma kaygısı yüksek olan şiddet mağdurları tedavi gereksinimi olduğunu açıkça ifade etmekten kaçınır. İlaç da kullanmak istemeyebilir. Tedaviye kuşku ile ve kesin kararlı olmaksızın başlamış olanların hevesliliğinin arttırılması terapistin uğraşları içindedir. Yeni bazı tedavi yöntemleri son yıllarda travmada etkin tedavi yöntemleri olarak tanıtılmaktadır. Henüz deneme aşamasında ve çıkış nedenleri çıkar amaçlı olabilen ve kısa sürede çözüm vaat eden bu tedavilerin, uzun süreli zorluk yaşayan ve çaresizlik hisseden bazı hastalara çekici geldiğini hatırlatmak isterim. Şiddete maruz bırakılanların sadece ruhsal sorunları yoktur, yaşamları tüm alanda etkilenmiştir. Sıklıkla, şiddetin, afetin, ihmalin vurucu darbesi bitmiş olsa da etkileri devam etmektedir. Kısaca, terapist düz ve güvenli bir ortamda değil oynak ve riskli bir ortamda çalışmaktadır. Özellikle çoğul tanıları da olan bir kişi ile çalışırken yaratıcı olmak, özel stratejiler geliştirmek gerekir. Tedaviye hevesliliği yani umudu arttırmak özellikle ilk iki devrede sık sık gerekir.

Kriz devresi: Bu devrede kişi kendisini ihmal edebilir. Temel gereksinimleri sağlanmalıdır. Düzenli sıvı ve gıda alması, uyuması ve alkol, sigara veya kahve gibi uyarıcıları çok kullanmamasına dikkat çekilir. Amaç ağır stres altındaki kişilerin duruma uyum sağlamaları ve zorluklara karşı kısıt olan kaynakları kullanmalarının yollarını açmak olmalıdır.

Doğal afetler gibi çok sayıda kişinin etkilendiği travmalarda ilk günlerde hasta tedavi edilmez, hedef tüm etkilenen toplumdur. Erken müdahale koruyucu sağlık hizmetleri açısından (uzun vadede travmaya bağlı ruhsal sorunların gelişmesinin önlenmesi) önem taşımaktadır. Bu çerçevede psikolojik ilk yardım çalışmaları (PİYÇ) devreye girebilir. PİYÇ ve Psikolojik Debriefing'i (PD)

“Erken devrede, uygun bir müdahale ciddi stres bozukluklarına giden yolu değiştirebilir.”

birbirinden farklıdır^{27, 41, 42}. Diğer erken devre müdahalelerinde olduğu gibi özellikle kitlesel bir afet yaşandığında PİYÇ hastalanma riski taşıyan kişileri ayırt etmekte, ihtiyacı olanlara erken devrede tedavi başlanmasında ve izlenmesinde potansiyel bir yol göstericidir. Türkiye’de bu anlamda çalışmalar 2006 yılından itibaren, Kızılay ve TPD’nin de içinde olduğu ruh sağlığı hizmetleri alanında çalışan sivil toplum kuruluşlarının katılımıyla örgütlenmiş olan Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği (APHB) tarafından uygulanmaktadır. Böylece afetzedelere hızla ulaşılarak hem problemin boyutu hem çözüm yolları için yerel kaynakların yeterliliği ve dış yardım ihtiyacının gerekliliği sistemli olarak öğretilmekte ve hizmet verenlere eğitim sağlanabilmektedir⁴³.

1983’de Mitchell tarafından tanımlanmış olan “Kritik Stres Verici Olaylar Debriefing (CIDS) ve benzeri ilk devre müdahale yöntemleri travmatik olaylardan sonra, doksanların ortalarına kadar, yaygın olarak kullanılmıştır⁴⁴. Bugün, RCT çalışmalarına dayanan kanıtlar bireysel PD başlığı altında toplanan uygulamaların etkin olmadığına ve travmatik olayların hemen ardından uygulanmamasına (A düzeyinde verilerle) işaret eder^{44, 45, 46}.

Şiddete maruz kalanlara erken devrede yapılan uygulamaları gözden geçiren yazarlar travmanın ardından kendiliğinden iyileşmenin de normal bir gidiş olduğunu ve profesyonellerin bu süreci bozmaması gerektiğine dikkati çeker. Bisson ve arkadaşları travmatik olayın hemen ardından empatik yaklaşımın sergilendiği, acil gereksinimlerin sağlandığı bir psikojik desteğin olması gereğini belirtirler. Ayrıca kişiler, ne gibi tepkiler gelişebileceği ve bunlarla başa çıkma yolları konusunda gerektiğinde toplumdan veya aileden nasıl ve ne şekilde destek sağlanabileceğiyle ilgili bilgilendirilirler. Bu devrede gereksinimi olanlar iyi bir değerlendirmeden sonra uygun şekilde yönlendirilirler⁴¹.

Günümüzde büyük ölçekli felaketlerden sonra acil destek uluslararası ekipler tarafından da verilebilmektedir. Gelenler o grubun hassasiyetlerini çok iyi tanımayabilir veya yerel uzmanlar aynı afetten etkilenen farklı gruplara hizmet götürebilir. Bu somut gerçeği dikkate alan

yazarlar, ek etnik, politik, kültürel, ekonomik faktörlerin mağdurları birbirinden farklı etkileyebilmesi nedeniyle servis verenlerin ilgili kişilerin istekliliklerine ve kültürüne duyarlı bir yaklaşımda bulunmasının önemini vurgular^{47, 48}. Travma vakalarında BDT'nin kullanımının teşvik edilmesiyle ilgili çalışmaların öncülerinden olan Edna Foa da uygulamaların sıcak, empatik bir ortamda dikkatle uygulanmasının önemini vurgulamaktadır⁴⁸.

Travma sonrası ruhsal hastalıkların gelişmesinin engellenmesi halk sağlığı açısından önemli bir konudur. Bu hem terapinin etkin kullanılması hem şiddete maruz kalmış kişinin yararlanmayacağı bir tedaviyle yeniden travmatize edilmemesi açısından önemlidir. Erişkin TSSB vakalarının kronikleşmesini önlemek için trafik ve iş kazaları yaşamış gruplarda erken devrede tercihen PE içeren BDT yönteminin kullanılabilir olduğuna ilişkin, kesin (A düzeyinde) kanıtlar olduğu bildirilmektedir. Ama cinsel veya cinsel alan dışı kişilerarası şiddet içeren olaylara maruz kalanlarda sadece bu tür uygulamalar çok kez yetersiz olacaktır. Bu grupta öncelik kişinin güvenliğinin sağlanmasıdır. Tedavi gereksinimi olduğu düşünülen kişiler tedavinin amacı, önerilebilecek tedavi seçenekleri ve nasıl bir tedavi sürecinin kendisini beklediğine ilişkin bilgilendirilmelidir. Eğer tedavici donanımlı ise hevesli olanlarda imgesel ve/veya gerçek yaşam koşullarında yüzleştirme içeren BDT uygulanabilir^{5, 27, 49}.

2 –Hatırlama ve yas: Bu devrede travmatik deneyimin aktarımı ilk değerlendirmeden farklı olup öykü daha ayrıntılı ve duygu yüklü olarak konuşulur. Aktarımda kişinin kırılğanlıklarının ve zor yaşanan veya kabul edilemeyen anılar ve onlarla bağlantılı duygularının ifadesine fırsat verilir. Sık sergilenen duyguların başında suçluluk, utanç, yas, öç alma, öfke, çaresizlik sayılabilir. Bazen görüşmeden sonra belirtiler daha yoğun yaşanabilir. Bu devrede yüzleşmenin hızlı olması gerekmez. Kişinin kendi kaldırma kapasitesine uygun bir hızda çalışılır. Zorluk derecesi çok yüksek ve öyküsü çok yüklü olan kişilerde haftada iki görüşme yapılabilir. Gerektiğinde, psikoterapinin kesilmesi yerine, ilaç eklenebilir ve kısa süreli yatış yapılarak daha korunaklı bir ortamda tedavinin sürdürülmesi sağlanabilir. Tedaviden ürkek kaçmayan kişilerde bir süre sonra belirgin olumlu değişimler gözlemlenebilir. Tekil ve insan eli ile yapılmamış, kasıtlı olmayan afet ve kaza mağdurlarında bu devrede üç beş görüşme ile hızlı bir gelişme olasılığı yüksektir. Tek görüşmede düzeldiklerini belirtenler olabilir. Bunun geçerli olduğu kısa sürede yapılacak kontrol

görüşmeleri ile değerlendirilerek tedaviye devam konusunda karar verilir. Çok hızlı düzelmeler bazen araya giren bir yaşam olayı ile birlikte olabilmektedir. Örnek olarak *eşi tarafından uzun zamandır dövülen bir kadın ortak evlerinden ayrılmış ve boşanma davası açtığı devrede, üç kez görüşmeye gelmiş ve iyi olduğunu ve tedaviye ihtiyacının olmadığını söylemişti. Bir ay sonra kontrole geldiğinde o dönemde sanal olarak başlayan ve duygusal olarak vaat yüklü bir yakınlık kurduğu öğrenildi. Tedaviyi sürdürmesi kötü anıları hatırlatıyordu. Ancak test edilmiş yakınlığı beklediği gibi sürmeyince zorlukları yeniden su yüzüne çıkmıştı. Tedaviyi sürdürmeye karar verdi.*

Bu devrede ortaya çıkabilen bir başka durum, çocukluk ve/veya çoğul travmaları olan kişilerde bu tür duygu yüklü aktarımların daha önce hatırlanmamış ve/veya açıklanmamış daha eski ağır yaşam olaylarının çıkmasına yol açabilmesidir. Terapist bu tür sürprizlere ve o devrede ne yapacağına hazırlıklı olmalıdır. Bu devredeki riskli davranışlardan biri, çorap söküğü gibi, yaşanan olayların denetimsiz açıklanabilmesidir. Aile içi cinsel istismar ve benzer durumlarda, planlanmadan ve hazırlanmadan yapılan açıklamaların bir patlama türü çıkışa, ailenin kişiyi “dengesiz”, “sözüne inanılmaz” ve benzer şekilde adlandırmasına ve istismarı geçersiz kabul etmesine yol açabilir. Bu durumda mağdur daha da öfkelenebilir ve yıllardır sakladıklarına inanılmaması yeni hayal kırıklıklarına yol açar. Bu konunun da önceden hatırlatılması uygun olabilecektir. Böyle açıklamalar namus adına cinayet riskine kapı açabileceği gibi aile içinde daha çok kaosa neden olarak ilişkileri olumsuz etkileyebilir^{5, 8, 39, 40, 50}.

3- Yeniden bağ kurma: İlk gelişmelerin başlaması kişinin daha ileri adımlar atmasına yol açar. Kişinin değişim ve gelişim umudu artmıştır. İhtiyaçlarını karşılamak, bağımsız davranım kapasitesini arttırmak için hevesliliği artmıştır. Bir başka ifadeyle, kaçınma ve depresyon belirtileri azaldığından artık sürekli tehlikeye karşı kendini koruma halinde de değildir. Travmatik anılar daha seyrek canlanır ve anılar canlandığında kişi nasıl başa çıkacağını bilebilmektedir. Dünyaya, diğer insanlara ve kendine güveni artmakta olup geleceğe umutla bakabilmektedir. Kısaca TSSB B-C-D grubu belirtileri azalmıştır. Görüşmeler arasında ödevlerini düzenli olarak yapabilir, seanslar arasındaki zaman uzayabilir^{5, 37, 39, 47}.

Özellikle, toplumsal travma ve işkence deneyimi olan kişiler bu devrede yeniden politik etkinliklere katılmaya başlayabilir. Daha önce bu tür ilişkileri olmayan bazı

“Çoğul travmatik deneyimleri olan, dirençli, zorlu vakalarla çalışırken getirilen, esneklik ve yaratıcılık içeren çözümler daima tedavi sınırları içinde ve kararlaştırılan tedavi ilkelerini bozmadan uygulanmalıdır.”

kişiler (evde eş şiddetini uzun zaman yaşamış olan kadınlar, depremedeler, cinsel saldırı yaşamış kişiler gibi) ilk kez toplu etkinliklere katılabilir. Toplu aktivitelere hazır olduğu düşünülen kişilere onlara uygun sivil toplum kuruluşları tanıtılabilir, iletişim bilgileri verilebilir. Bekleme odasında ilgili kuruluşların tanıtıcı broşürleri bulundurulabilir. Travma tedavisinin her aşamasında iniş çıkışlar olabilir. Örneğin; cinsel saldırı yaşamış ve iyileşmekte olan birçok kadının zorlukları, o sırada basına yansıyan bir tecavüz haberi veya bir dizide yer alan tecavüz sahnesi ile artabilir. Aynı şekilde, bir işkence mağduru, işkence yapmış bir kişinin cezasız kalmasını basından öğrendiğinde derinden etkilenebilir^{51,52}.

Travma-odaklı grup tedavileri

Tedaviler her devrede bireysel veya grup olarak uygulanabilir. Bireysel tedavide uygun olduğu kararı verildikten sonra, eş zamanlı grup uygulamaları yapılabilir. Aynı ilaç tedavisi uygulandığında olduğu gibi grup tedavileri ile bireysel tedaviyi yürüten ekibin uyumlu ve birbirinin çalışmalarından haberdar olması önemlidir.

İlk “Travmadan İyileşme Grupları” (TGR), yetmişli yıllarda kadın psikolojisini anlama ve cinsiyet temelli şiddetin etkilerinden haberdarlığı artırma konusunda yapılan feminist çalışmalardır. Grup tedavisinde feminist uygulamalar, demokrasi ve insan haklarına saygılı uygulamalar demektir. Soyut ve idealist kavramlar olarak görülse de grup içinde cinsiyetçiliğin, kadın ve erkekler için ayrı standartları normalize eden anlayışın açığa çıkmasına fırsat veriliyordu. Bu uygulanmaya zamanla, farklı katkılarla biçimlenmiş ve zaman sınırlı psikoterapi çalışmalarına dahil edilmiştir. İlk örnekleri yüz güldürücü olunca farklı uygulamalar yapılmıştır. Örneğin, bireysel tedavileri süren kadınlarla Boston Tecavüz

Kriz Merkezlerinde de uygulamaları başlanmıştır ve hala devam etmektedir⁵³. Daha sonra yine feminist bakış açısından uygulamalar farklı ülkelerde kadınların gelişmesi için uygulanmıştır. İstanbul’da şiddet öyküsü olan ve olmayan kadınlarla yaptığımız kadın grupları ile Latin kökenli kadınlarla yapılan çalışmalarda benzer şekilde kadınların ruhsal zorlukları azalırken kendilerine güvenlerinin ve şiddete karşı koyma kapasitelerinin arttığı gözlenmiştir^{54, 55,56}. Aynı devrede travma grup çalışmalarının bir diğer örneği de Vietnam’dan dönen gazilerle yapılmıştır⁵⁷. Travmatik askerleri hızla düzelterek etkin psikoterapi yöntemlerine ilişkin birikimin sınırlı ve hasta sayısının kabarıktığı bu devrede uzmanlar yeni arayışlar içine girmişlerdir. Bu arayışlar sonunda toplu uygulandığı için daha ekonomik olan “rap grup” çalışmaları başlığı altında toplanan gruplar yapılmaya başlanmıştır. Bu uygulamalarda özyardım grupları, terapist yönetiminde açık veya kapalı gruplar gibi değişik grup çalışma modellerine yer verilmiştir. Bu çalışmalar günümüzde, savaşlardan dönen travmatik askerlerle yapılan ve yeniden savaşmalarını kolaylaştıran tedavilere yol gösterici olmuştur.

Grup üyelerinin seçimi ve grubun bileşimi önemlidir. Üyelerin her durumda grup mahremiyetine uyma kapasitesi olduğundan emin olunmalıdır. Örnek olarak, *Aysel, eş şiddeti yaşayan ve grubu erken terk eden bir hastamızdı. Aysel’in terk nedeninin bir diğer grup üyesinin Aysel’in bir iş arkadaşına özel yaşamında maruz kaldığı şiddeti aktarması olduğu öğrenildi. Diğer üye kurallara uymadığı için gruptan çıkarıldı. Ama Aysel’in tedaviye güvensizliğini onaramadık. Dahası, mahremiyetin yarattığı güvensizlik diğer grup üyelerini de olumsuz etkiledi.*

Travma odaklı grup psikoterapilerinde, katılımcıların tedavinin aynı devresinde olduğuna özen gösterilme koşuluyla, aynı tür şiddete maruz kalmış kişilerden oluşan homojen bir grup yararlıdır. Travma odaklı grup tedavilerinde her devrede psikolojik bilgilendirme sağlanabilir. Ama öykü alma ve travmatik anılara değinme konusuna erken girmek gerekir^{53,55}.

Özel durumlar

Ensest, tecavüz veya işkence gibi özgün zorluklar farklı çalışma modellerini gündeme getirecektir. Genel bir travma tedavi yazısının sınırlarını aşan bu durumlara da kısaca değinmek isterim. Şiddete bağlı tabloların

hızla düzelmesinde veya süregelen olmasında bilişsel değerlendirilmenin önemli bir rolü olduğu bilinmektedir. Başka türlü ifade edersek kişiler arası şiddete maruz bırakılanlarda düşünce ve inanç sistemi derinden etkilendirir. Bu durum kaçınılmaz olarak suçluluk, utanç, öz alma ve benzer duyguların travma mağdurlarında sık görülmesine neden olur ve tedavinin farklı devrelerinde farklı düzeylerde bunların ele alınmasını gerektirir⁵⁸. Terapistler, sayılan zorlukların değerlendirme ve tedavi sürecinde dehşet içeren bilgilere tanıklık edecektir. Terapistler bu durumda aktarılanların doğruluğundan kuşku duyabilir veya kendi duygularını kişinin yanında uygun olmayan bir biçimde dışa vurabilirler. Terapistin hazırlıksız yakalanmaması veya bu zorluğu kaldırabilmesi için konular hakkında bilgi sahibi olması yararlı olacaktır. Ancak bu tür bilgilere akademik yazında çok yer verilmez. Türkiye’de işkence, cinsel istismar, aile içi şiddet mağdurlarına bağımsız ve ücretsiz hizmet veren Türkiye İnsan Hakları Vakfı, Mor Çatı, KAMER ve diğer sivil toplum kuruluşlarının yayınları terapistler için önemli bilgi kaynağı olabilir. Bu yayınlar aynı zamanda, tedavinin uygun dönemlerinde mağdurları da destek alabilmeleri için ilgili yerlere yönlendirme olanağı sağlar^{59, 60, 61, 62, 63}.

Ciddi ve sürekli ruhsal sorunları ve ağır işlev bozukluğu olanlarda öncelikli olarak veya eş zamanlı olarak psikososyal rehabilitasyon tedavileri (PSR) kullanılabilir. PSR konusunda sınırlı çalışma olmakla birlikte olumsuz sonuç bildiren çalışma bulunmamaktadır. Evsiz ve işsiz kişiler arasında şiddet mağdurlarının yüksek oranda olduğu bilinmektedir. Düzenli bir tedaviye girme isteklilikleri ve imkânları sınırlı olan bu gruplar Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde PSR çalışmalarına katılma konusunda teşvik edilmelidir. Kişinin ihtiyaçlarına göre farklı rehabilitasyon teknikleri eklenebilir. Özbakım ve bağımsız yaşama becerileri kazandırılması, sosyal beceri eğitimi, gerektiğinde aile üyelerine de eğitim verilebilmesi sık kullanılan tekniklerdendir⁶⁴.

Tıbbi öykü psikolojik olan gibi önemlidir. Alkol madde kullanımı ve yeme bozukluklarının, bayılmaların varlığında o zorluklara ilişkin tedaviler öncelik taşır. Şiddete bağlı kafa travması kalıcı bilişsel sorunlara yol açabilir. Ayrıca, zihinsel gelişimi sınırlı olan kişilerin şiddete maruz kalma riskleri de yüksektir. Bu gruplarda bilişsel bozukluk çok ağır değilse yine bazı farklarla aynı protokollerin uygulanması, PE ve CTB önerilmektedir. Bu kişilerde tek başına psikoterapi uygulanmaz, ihtiyacına

göre fizik tedavi, konuşma tedavisi, ağrı düzenlenmesi ile birlikte uygulamalar yapılır. Doğal olarak sayılan uzmanların işbirliği içinde çalışması gereklidir. Psikoterapi, daha yavaş ve çalışmalar tekrarlayarak uygulanmalı ve ödevler daha basit olarak düzenlenmelidir⁶⁵.

Travma odaklı tedaviler ne zaman biter?

Kişi sahiden iyi bir düzeye geldi mi? Kişinin o tedaviye devam etmesi uygun mu yoksa başka bir tedaviye değiştirmek gerekir mi? Travma mağduru bir kişide tedavinin etkinliğini değerlendirmek her zaman kolay değildir. Bağımsız ve tedavi türüne kör bir değerlendirmenin nesnel bir değerlendirme yapması araştırmalar için geçerli ve zorunludur. Ancak, klinik uygulamada bu gerçekçi olmadığı gibi çok kez uygun da değildir. Boston Şiddet Kurbanı Kadınlar Birimi’nin (VOW) kurucularından olan Marry Harvey’in (1999) ekolojik modeli, durumu K-TSSB’nin izlerini silmek olarak tanımlamaktadır. Yazarın önerileri; belirtilerin idare edilebilir düzeye gelmiş olması, kişinin travmatik anıları ile ilgili duygulara katlanabilir olması kişinin travmatik anılarını denetleyebilmesi, kendisi istemediğinde o anıların egemen olmaması, olayın anıları ve duyguları ile tutarlı olması, özsaygısının onarılmış olması, tutarlı bir anlam ve inanç sistemini yeniden kurmuş olabilmesidir⁴⁰.

Çok az gelişme olması durumunda vakayı baştan değerlendirmek gerekir. Kişinin görüşmelere gelme düzeyi, tedaviye hevesliliği ev ödevlerini uygulayıp uygulamadığı değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmenin ilgili kişiyle birlikte gözden geçirilip sorun konulara birlikte bakılması önerilmektedir. Hasta ile ilgili değerlendirmenin yanında bazen zorluk yaratan terapistin kendisi de olabilir. Terapist, benzer soruları kendisine sormalıdır. Aynı zamanda, sunulan tedavinin uygunluğu ve alternatif tedaviler gözden geçirilir. Eğer ilgili kişi ikinci bir tedavi denemesine daha istekle gireceğinin işaretlerini verirse bu şans denenmelidir^{27, 28, 65}.

Travmalarla ilgili genel toplumsal tutum ve toplumsal travma (TT)

Şiddete maruz kalan kişilerin tedavisi gerçek dünyada dinamik bir süreçte yapılmaktadır. Şiddete ve ayrımcılığa maruz bırakılan kişilerin ve grupların yaşadıklarını dillendirmesi ve bunların işitilmesi yaşanan

olumsuzlukların onarılması için bir zemin oluşturur. İnsan eliyle yaratılan travmalarda travmatik eyleme katılmayanların, seyircilerin tutumu benzer davranışların artmasını veya azalmasını etkiler. Şiddetin olumsuz etkilerini gidermek için, o kişi özelinde neler yapılabilirleceğinin planlanması ve tedavide uygunluğu test edilerek ihtiyatlı adımlarla ilerlenmesi gerekir. Dahası her zaman bitmiş travmalarla çalışılmaz. Türkiye’de olduğu gibi süregiden TT olduğunda durum daha da karmaşık hale gelir. Başka bir deyişle kişi bir yandan şiddete maruz kalmaya devam ederken çelişik olarak bir yandan yaralarının sarılması, tedavisinin işlemesi beklenir. Sosyal bilimlerde kullanılan TT kavramını kayıp sonrası iyileşmenin toplumsal düzeyde nasıl olacağı konusunda fikir verebileceğini düşünerek bu yazıya ekleme ihtiyacı hissettim.

Toplumsal Travma kavramı; II. Dünya Savaşı Yahudi kıyımından sonra daha sık kullanılan, bir kavramdır. Türkiye’de de çok sayıda zorunlu göç mağduru, kayıp, savaşmış veya halen savaşan asker kişi ve onların yakınları ile çatışma bölgesinde yaşayanlar ve yakınıni kaybetmiş kişi bulunmaktadır^{58,66}. TT’yi tanımlamak ve çözüm yolları geliştirmek amacıyla TİHV 2011 ve 2012 yıllarında antropoloji, sosyoloji, hukuk, adli bilimler, psikoloji ve psikiyatri gibi farklı disiplinlerden katılımcılarla “Süregiden Travmalarla Başa Çıkma Yolları” konusunda iki çalıştay yapmıştır. TT kavramının adalet, hakikat ve onarım üç alt başlıklarıyla tartışıldığı toplantılarda TT şöyle tanımlanmıştır; “*TT etnosentrik, iktidar eliyle, sosyal dokuyu bozma, imha amaçlı olabilir. Aynı zamanda toplumsal travmaların kurucu ve birleştiricisi olarak iktidarlardan sürekli canlı tutulması onarım sürecinde olası risk taşımaktadır. Onarım için, çatışmanın yaşandığı bölgelerde ve çatışma mağdurlarının göç ettiği bölgelerde yapılacaklar saptanmalıdır. Yaşanan travmaların öznel yanları göz önünde tutulurken, ihtiyaçların belirlenmesi ve çözüm yollarını travma mağduru temsilcilerin ve uzmanların birlikte yapması önemlidir*”⁵⁹.

Toplantıda Nazan Üstündağ, toplumsal ve siyasi bir bakış açısından konuyu tartışmış ve şunları ifade etmiştir “*Örnekleri çoğaltılabilecek olumsuz deneyimler insanların tüm ilişkilerine nüfuz edebilir, bedenlerini ve dünyalarını parçalayabilir. “TT bakış açısına göre, olağanüstü bir felakete karşılaşan birey nasıl ki ruhsal olarak yaralanırsa toplumda da benzer bir süreç işlemektedir. Felakete uğramış toplumlarda ilişkiler zedelenmiş, kendini yeniden üretme mekanizmaları kesintiye uğramış, maddi yaşam koşulları en mahrem alanları da kapsayacak şekilde dönüşüme*

uğratılmış, acının hızı ve yoğunluğu, yası hem sürekli hem fark edilmez derecede olağan kılmıştır. Elbette ki travmaya uğramış bir bireyin hayatı nasıl deneyimlediği ancak ve kendi anlattıklarından yola çıkarak anlaşılabilir. O yüzden travmanın tedavi edildiği yer klinik, tedavinin öncelikli müdahale nesnesi ise dildir. Psikiyatrist hastasının kendi başına gelenleri anlamlandırmasını ve anlatılabilir kılmasını sağlamak için uğraş verir. Böylelikle hafızanın dili, hafızanın kendisi ve deneyim yeniden inşa edilerek ruhsal yara başa çıkılabilir hale getirilir. Benzer bir süreç toplumsal düzeyde de yaşanır. Burada travmanın semptomları toplumsal hafızada kendini gösterecektir ve toplumun kendi hakkında anlattığı hikayeler müdahale alanıdır. Özetle; kayıp yaşamış toplumların travması ideolojik ve pratik anlamda çeşitli şekillerde tezahür eder. Bu tezahürler tehlikelidir, çünkü kurbanların, kimi zaman kurban ama çoğu zaman fail olarak aynı travmayı tekrar etmelerine sebep olur. Hafızanın inşası, yaşananların çeşitli mekanizmalar kullanılarak anlatılması ve adalet tesisi, travma yaşamış toplumların iyileşmesi için gereklidir”⁶⁷.

Aynı anlayışı bir klinisyen olarak Herman “Psikolojik travmalarla çalışmak tabiatı gereği siyasi bir teşebbüstür” diyerek ifade etmektedir⁵. Bir başka ruh sağlığı uzmanı, Soren Buus Jensen profesyonel olarak insan hakları çizgisinde çalışmayı sürdürmenin, özellikle de çatışmanın kutuplaştırdığı toplumlarda zorluklarını vurgulamıştır. Bunun için halk sağlığı stratejileri kullanarak insan hakları ihlallerinin sağlığa etkisinin mümkün olduğu kadar detaylı bir şekilde belgelenmesinin önemine işaret etmiş, bu tanıklık aktarımının tedavi edici etkisi ile ilgili Latin Amerika’dan örnekler vermiştir⁶⁸.

Hobfoll ve arkadaşları, toplumsal travmalar veya kitlesel saldırılardan hemen sonra travma müdahalesinde etkin temel öğeler yazısında; güvenlik hissi, sükunetini sürdürme, toplum içinde etkin olma, bağların olması ve umudu beş önemli etken olarak sayar⁴⁷.

Farklı disiplinlerden gelen öneriler TT ların varlığında şiddete maruz bırakılmış bireylerin tek tek tedavisinin mümkün ve yeterli olmayacağına işaret etmektedir. Ruh sağlığı çalışanlarının donanımlarının dışında kalan, örneğin Güney Afrika örneğinde olduğu gibi savaş suçları mahkemelerinin kurulduğu ve sorumluların cezasız kalmadığı bir ortamda bireysel, grup psikoterapileri veya ilaç tedavileri etkin olabilir.

Sonuç ve öneriler

Şiddetin engellenmesi için koruyucu çalışmaların yapılması, şiddetin yaşandığı ilk andan itibaren yapılacaklarla ilgili eylem planının olması, hızla daha önceden belirlenmiş ilkeler dikkate alınarak müdahale edilmesi gerekir. Şiddet mağdurlarıyla çalışırken konuyla ilgili resmi kuruluşlar ve sivil toplum örgütleriyle bağlantı kurulması, mağdur ve onunla çalışan sağlıkçıların etkin çalışmasına ve güç kazanmasına yardımcı olacaktır.

Erken devrede, uygun bir müdahale ciddi stres bozukluklarına giden yolu değiştirebilir. Etkili bir erken psikolojik destekle yaşam boyu sürebilecek zorluklar azaltılabilir. Yeni umutlar ve doyumlar geliştirilebilir^{27,28}.

Şiddet mağdurlarının tedavisinde etkin rehberler olmakla birlikte tedavinin kişilerin özeline göre biçimlendirildiği, esneklik ve yaratıcılık içeren bir uygulama gerekmektedir. Bu nedenle klinik birikimi, özellikle de şiddet mağdurlarıyla çalışma deneyimi sınırlı olan kişilerin süpervizyonla işe başlamaları uygundur. Şiddete maruz kalan/bırakılan kişiler eşit destek ve onarım hakkına sahiptir. Psikiyatri uzmanlığı veren tüm kurumlarda konu ile ilgili eğitim verilmelidir⁵⁴.

Çoğul travmatik deneyimleri olan, dirençli, zorlu vakalarla çalışırken getirilen, esneklik ve yaratıcılık içeren çözümler daima tedavi sınırları içinde ve karşılaştırılan tedavi ilkelerini bozmadan uygulanmalıdır. Erken devre koruyucu tedavileri konusunda, farklı gruplarla yapılacak RCT'lere gereksinim vardır^{8,41,45,69}.

Olgu

Gül 33 yaşında, bekar, dokuz kardeşin dördüncüsü, açık öğretim öğrencisi, kardeşi ile bir internet kahve işletiyorlar. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Psikososyal Travma Programı'na avukatı tarafından yönlendirilmiş.

Gül internette Tarık'la tanışmış. Tarık kendisini bekar olarak tanıttığı halde ikinci buluşmada işsiz ve evli olduğu gibi yalanlarını öğrenen Gül bir daha görüşmeyi reddetmiş. Tarık üç ay önce Gül'ün isteği dışında zorla evine girip, cinsel ilişki kurmuş ve tecavüz ardından evdeki paraları da alıp gitmiş. Daha sonra saldırgan, olanları Gül'ün ailesine anlatmakla tehdit ederek, şantaj yolu ile para talep etmiş. Gül'ün şantaj yapıyor ihbarıyla, para alımı sırasında yakalanan Tarık tutuklanmış.

Gül polise cinsel saldırıyı Tarık'ın tutuklanmasından sonra aktarabilmiş. Gül'ün bize başvurusu sırasında, avukatı dışında kimse cinsel saldırıdan haberdar değildi. Ailesi öğrenirse onların yüzüne bakamayacağını ve onların haklı olarak kendisini cezalandırabileceğini ifade etti. Tarık, Gül'e hapisshaneden de şikayetini geri almasını yoksa ailesine durumu açıklayacağını belirten tehdit mesajları göndermeye devam ediyordu.

Görüşmede, cinsel saldırının ardından donakalım yaşadığını, yığılıp kaldığını, acı bile duymadığını, garip bir ruh halinde olduğunu, "bu adam bana ne yaptı" diye düşünmeye başladığını aktardı. Tarık'ı telefonla aramış, kan geldiğini söyleyip bana ne yaptın diye sormuş, o da etrafı toparlayıp banyo yapmasını söylemiş. Elbiseleriyle duşa girdiğini ve saatlerce suyun altında oturduğunu ifade etti. Yıkanırken, etlerini kazımaya çalıştığını, bedeninden tiksindiğini, hala kendi tenini görmek istemediği söyledi.

Travmatik Yaşam Olaylarının Etkilerini Değerlendirme Ölçeği (toplam puan 72-yeniden yaşantılama 27, kaçınma 19, aşırı uyarılma 26) ve Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (yeniden yaşantılama belirtileri 28, kaçınma ve küntleşme belirtileri 48, uyarılma 33) uygulandı. Kronik TSSB, Major Depresif Bozukluk ve ağır derecede işlevsellik kaybı olduğu belirlendi. Değerlendirmede özellikle cinsel saldırıya maruz kalma ile ilgili suçluluk duyguları, zaman zaman çevrenin farkında olamama, derealizasyon ve depersonalizasyon, intihar planları dikkati çekti. Antidepresan ilaçlarla birlikte haftada bir travma odaklı psikoterapi planlandı. Gül dört ayda 11 kez görüldü. Şehir dışında olduğunda planlanmış üç seans telefon görüşmesi yoluyla yapıldı.

İlk iki görüşmede yaşadıklarını aktarırken çok ağladı ve sıkıntısı çok yüksek olduğundan üçüncü görüşmeden sonra olayı aktarabildi. "Saldırıdan iz kalmayın" diye delil saklar gibi evi topladığını ve her yeri temizlediğini anlattı. Olaydan beri kapı çaldığında çok yoğun korku yaşıyormuş, evden dışarı çıkamıyor, uyuyamıyormuş, yedi kilo kaybetmiş. Durumu fark edildiğinde, anlaşılabilecek diye tedirgin oluyor ve hasta olduğunu söylüyormuş. Her şeyden, en çok da kendi bedeninden iğrenmeye başlamış. İşe gidemiyor, devamlı düşünüyormuş. Tarık, Gül'ü ailesine olayı haber vereceğine dair telefonla tehdit edip, para istemeye başladığında önce korkmuş ve para bulmaya çalışmış. Sonra, çaresizlik içinde Ankara'daki ablasına sadece şantaj olayını

açıklamış. Ablanın da desteğiyle para vereceğini söyleyerek polisler suçüstü yaptırmış, sanık tutuklanmış. Dava açılmış. İstanbul'da zarar görmekten korkan ve kendini güvensiz hisseden hasta ablasının yanına yerleşerek Ankara'da kalmaya başlamış. Sıkıntısının devam ettiğini, kendinden, bedeninden öğrendiğini, gelecek görmediğini, ölümü düşündüğünü, daha sinirli, korkulu ve şüpheli olduğunu, insanların yüzünü sürekli sanığın yüzüne benzettiğini, en ufak bir sesin ve olayın kendisine o geceyi ve tehditleri hatırlattığını, buna yoğun bir sıkıntı ve kaygının eşlik ettiğini ifade ediyordu. Sürekli kabuslar görme ve intihar düşünceleri vardı. Namusunu ancak intihar ederek temizleyebileceğini düşünüyor, intihar düşünceleri, sıkıntısını sonlandıracağı için, rahatlatıyordu. Kendisini suçladığını (yeterince kuvvetli değil, ailesine layık değil, aile şerefine lekelemiş olma), olaylarla ilgili anıların yavaş yavaş zihninde canlandığını, hala hatırlamadığı bölümler olduğunu ifade etti (bize öyküsünü aktarırken, bizim eşliğimizde güvenli ortamda hatırlaması kısmen kolaylaştırıcı olabildi). Özellikle 5-6 görüşmeden sonra kendisini değil Tarık'ı suçlamaya başladı. Değersizlik ve suçluluk duygularının yoğunluğunda azalma oldu.

Tedavi iniş çıkışlı bir seyir gösterdi. Oynamaları tetikleyenlerin neler olduğu ve başa çıkma yolları birlikte keşfedildi. Gerek tetikleyenleri görme kapasitesinin artması gerek zorluklarının azalabildiğini görmek iyileşme umudunu ve kendisine güvenini olumlu etkiledi. Örneğin; kaçınmanın yeri ve rolü sık sık gündeme geldi. Ankara'ya gitmek olay mahallinden uzaklaşmak anlamına geliyor ve abla ile daha rahat ediyordu. Ama abladan cinsel saldırıyı saklamak öğrenebileceği endişesini de getiriyordu. Ayrıca, nereye giderse gitsin kendi bedeninden kaçamıyordu.

Şikayetlerinin artmasını en çok tetikleyen, olayların öğrenilmesi ve mahkemede Tarık'ı görerek onun yanında olanları anlatmak düşüncesi idi. Önce yakınlarına açıklamasının mahkemede ifade vermeye de yardımcı olabileceğine karar verildi. Ailede en güvendiği ve yakın hissettiği kişi olan ablasıyla konuşma ile ilgili rol oynama ve o devrede yaşayabileceği duygular canlandırıldı. Kaygılarının kontrol edilebilir olduğunu düşündüğünde olayı ablaya aktardı. Ablanın aslında cinsel saldırıyı tahmin ettiği ama rahatsız eder diye konuşmaya cesaret edemediğini öğrendi. Abla ve Gül'ün ortak talepleri ile Ankara'da olan ablayla telefon ile görüşülerek "kardeşine nasıl davranmasının uygun olacağı" konusunda danışmanlık verildi. Gül ablanın ardından İstanbul'daki

bir arkadaşı ile konuştu. Açıklamaların ardından (disclosure) suçlanmaması ve destek alması olayı gizleme ile ilgili kaygılarını azalttı, genel kaygısı ve kaçınmaları azalmaya başladı.

Mahkemeden bir gün önce, uzun iki saat süren bir görüşme yapıldı. Olası sorular, bakışlar, duygularla ilgili rol oynama çalışmaları yapıldı. Mahkemenin ertesi günü de kontrol görüşmesi yapıldı. Mahkemede kaldıramayacağı zorluk yaşarsa ardından destek alacağını bilmek kaygılarını azaltmakta yararlı oldu. Ablasının destekleyici kabulü, muhtemelen durumu bilen ana babasının konuşmaya zorlamaması, avukatının cinsel saldırılar konusunda deneyimli olması da rahatlatıcı etkisi olan etkenler arasında idi. Tam mahkeme öncesi Tarık, Gül'ün babasına onun da isteği ile ilişkileri olduğunu ileten bir mektup yollamakla tehdit etti.

Mahkeme sonrası görüşmede önceki kadar yüksek bir kaygısı olmasa da ağlayarak odaya girdi. Mahkemede hiç konuşamadığını, sanığın onu kendi isteğiyle evine aldığını ve başka insanlarla da önceden ilişkisi olduğunu, zaten bakire olmadığını iddia ettiğini aktardı. Daha detaylı konuşulduğunda sanığın yalan beyanına karşı mahkemede olanları anlatabildiği, sorulara uygun cevaplar verebildiği anlaşıldı. Ardından, İstanbul'da sıkıntısının arttığını ifade ederek Ankara'da yaşama kararı aldı.

Görüşmeler sırasında belirtiler inişli çıkış göstererek giderek azaldı ve kısmi düzelme ile tedavi tamamlandı. Cinsel saldırı öncesi kendisini rahat ifade edebilen, girişken ve güvenli bir kadın olan Gül dört ay sonra yeniden düzenli olarak çalışmaya başladı. Sıkıntıları ile başa çıkabiliyor, istemediği anılar canlandığında durumu kontrol edebiliyordu. İntihar düşünceleri kalkmıştı. Ailenin diğer fertlerine durumu açıklamamış olsa da onlarla telefonda rahat konuşabiliyordu. Ağır belirtiler ve ciddi intihar düşünceleri ile başvuran bu cinsel saldırı vakası geleneksel bir aileden geliyor ve onlarla bağlarını önemsiyordu. Anne ve babanın olayı muhtemelen biliyor oldukları halde konuşmaya zorlamamaları, hala ona iyi davranıyor ve anlıyor olmaları rahatlatıcı olmuştu. Örneğin annenin telefonda "sen benim kızsımsın, ben sana güveniyorum, her durumda seviyorum" demiş olması bilişsel çarpıtmalarını düzeltmesinde kolaylaştırıcı olurken, onlardan gelebileceklerle ilgili gerçekçi kaygılarını da çok olumlu etkiledi. Ayrıca, avukat ve tedavi ekibi arasındaki uyum ve işbirliğinin de terapi sürecine önemli katkısı oldu.

Not: Bu vaka Aile Tedavileri Kongresinde Ufuk Sezgin ve Ayşe Kılıçaslan'la birlikte sunulmuştur.

Kaynaklar

- (1) American Psychiatric Association. *DSM-IV: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, 4. baskı. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- (2) Breslau N. The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma Violence Abuse* 2009; 10: 198-121.
- (3) American Psychiatric Association. *DSM-III: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, 3. baskı. Washington: American Psychiatric Association; 1980.
- (4) Herman J L. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress* 1992; 5: 377-391.
- (5) Herman JL. *Travma ve İyileşme*. İstanbul: Literatür Yayınları; 2007.
- (6) Herman JL. Foreword. Courtois CA, Ford JD (eds). *Treating complex traumatic stress disorders*. New York: The Guilford Press; 2009.
- (7) Ford JD, Courtois CA. Defining and Understanding Complex Trauma and Complex Trauma Stress Disorders. Courtois CA, Ford JD (eds). *Treating complex traumatic stress disorders*. London: The Guilford Press; 2009. s. 13-30.
- (8) Yüksel Ş. *Kadınların Kendilerini Koruması Neden Güç*. İstanbul: Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı Mor Çatı Yayınları; 1996.
- (9) Van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J (2005) Disorder of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress* 2005; 18: 389-399.
- (10) American Psychiatric Association. *DSM-V*. Ulaşılabileceği adres: www.dsm5.org. Washington
- (11) Spinazzola J, Blaustein M, Van der Kolk BA. Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: The study of unrepresentative sample. *J Trauma Stress* 2005; 18: 425-443.
- (12) Turner S, Yüksel Ş, Silova D. Survivors of Mass Violence and Torture Trauma Interventions in War and Peace Preventions. Green BL, Friedman MJ, de Jong JTV, Solomon SD, Keane TM (eds). *Practice and Policy Torture & Other forms of Organised State Violence*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher; 2003. s.185-212.
- (13) Tortamış B. *Yaşam boyu şiddet öyküsü açısından travma sonrası stres bozukluğu, benlik saygısı ve beden algısının değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Master Tezi) İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler AD, 2009.
- (14) Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Metaanalysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psych* 2000; 68: 748-766.
- (15) Vogt DS, King DV, King LA. Risk pathways for PTSD: Making sense of the literature. MF Friedman, TM Keane, PA Resick (eds). *Handbook of PTSD: Science and practice*. New York: Guilford Press; 2007. s.99-115.
- (16) Weathers FW, Keane TM, Foa EB. Assessment and Diagnosis of Adults. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA (eds). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. 2. Baskı. New York: Guilford Press; 2009. s.23-61.
- (17) Lewis SF, Resnick HS, Ruggiero KJ, Smith DW, Kilpatrick DG, Best CL, Saunders BE. Assault, psychiatric diagnoses, and sociodemographic variables in relation to help-seeking behaviour in a national sample of women. *J Trauma Stress* 2005; 18: 97-105.
- (18) Yüksel Ş. Felakete "Uyum" ve Ruh Sağlığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2000; 3: 5-11.
- (19) Aker AT, Özeren M, Başoğlu M, Kaptanoğlu C, Erol A, Buran B. Klinisyen tarafından uygulanan TSSB ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10: 286-293.
- (20) Foa EB. *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale Manual*. National Computer Systems. Minneapolis, 1995.
- (21) Dürü Ç. *Travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyümenin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi ve bir model önerisi*. (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara; 2006.
- (22) Çorapçıoğlu A, Yargıç İ, Geyran P, Kocabaşoğlu N. "Olayların Etkisi Ölçeği" (IES-R) Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenilirliği. *Yeni Symposium* 2006; 44:14-22.
- (23) Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2012; 32 (4): 1054-1063.
- (24) Soykan A. The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *Int J Impot Res* 2004;16(6):531-534.
- (25) Şar V, Kundakçı T, Kızıltan E, Bakım B, Bozkurt O. Differentiating dissociative disorders from other diagnostic groups through somatoform dissociation in Turkey. *J Trauma Dissociation* 2000; 1(4): 67-80.
- (26) Van der Kolk. Afterword. Courtois C A, Ford JD (eds). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders*. New York: Guilford Press; 2009. s.455-466.
- (27) Friedman M J, Cohen JA, Foa EB, Keane TM. Integration and Summary. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA (eds). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. 2. Baskı. New York: Guilford Press; 2009. s.617-642.
- (28) Courtois C. A, Ford JD, Cloitre M. Best Practice in Psychotherapy for Adults. Courtois C A, Ford JD (eds). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders*. New York: Guilford Press; 2009. s.82-103.
- (29) Sütçügil L, Aslan S. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Prolonged Exposure Terapisi *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2012; 1: 98-104.
- (30) Foa EB, Rothbaum BO, Furr JM. Augmenting exposure therapy with other CBT procedures. *Psychiat Ann* 2003; 33: 47-53.
- (31) Bradley R, Grene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 214-227.
- (32) Cahill SP, Foa EB, Hembree EA, Marshall RD, Nacash N. Dissemination of exposure therapy in the treatment of PTSD. *J Trauma Stress* 2006; 19: 597-610.
- (33) Spates CR, Koch E, Cusack K, Pogato S, Waller S. Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA(eds). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. 2.baskı, New York: Guilford Press; 2009. s. 279-305.
- (34) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Arlington, VA: Author 2004. Ulaşılabileceği adres: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_11.aspx
- (35) NICE. *Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: National Institute for Clinical Excellence; 2005
- (36) Forbes D, Creamer M, Phelps A, Bryant R, McFarlane A, Devilly GJ, Matthews L, Raphael B, Doran C, Merlin T, Newton S. Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41: 637-648.
- (37) Najavitz LM, Rynkala D, Back SE, Bolton E, Muesser KT, Brady KT. Treatment of PTSD and comorbid disorders. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA (eds). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. 2. Baskı, New York: Guilford Press; 2009. s.508-537.
- (38) Van Minnen A, Harned MS, Zoellner L, Mills K. Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD Eur J Psychotraumatol 2012; 3:18805. Ulaşılabileceği adres: <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.18805.2012>

- (39) Ford JD, Courtois CA. Conclusion: The Clinical Utility of a Complex Traumatic Stress. Courtois CA, Ford JD (eds). *Treating complex traumatic stress disorders*. London: The Guilford Press; 2009. s.441-454.
- (40) Harvey MR. An Ecological view of psychological trauma and recovery. *J Trauma Stress* 1996; 9: 3-23.
- (41) Bisson JI, Brayne M, Ochberg F, Everley G. Early pschosocial intervention following traumatic events. *Am J Psychiatry* 2007;164: 1016-1019.
- (42) TENTS Avrupa Travmatik Stres Ağı. *Afetler ve Büyük Olaylardan Sonra Psikososyal Bakım için TENTS Rehberleri*. www.tentsproject.eu February 2009
- (43) Aker AT. *Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım*. Türkiye Psikiyatri Derneği, Ankara, 2012.
- (44) Mitchell JT. When disaster strikes. *JEMS* 1983; 8: 36-39.
- (45) Litz BT, Bryant RA. Early Cognitive-Behavioral Therapy for Adults Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA (eds). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. 2. Baskı. New York: Guilford Press; 2009. s.117-137.
- (46) Bisson J, McFarlane AC, Rose S, Ruzek JI, Watson PJ. Psychological Debriefing for Adults. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA (eds). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. 2.baskı. New York: Guilford Press; 2009. s.83-105.
- (47) Hobfoll S E, Watson P, Bell CC, Bryant R, Brymer MJ, Friedman MJ, Friedman M, Gersons BPR, Jong J TVM, Layne CM. Essential Elements of immediate mass trauma intervention. *Psychiatry* 2007; 70: 283-310.
- (48) Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC. an Evulation of Three Brief Programs for Faciliatating Recovery after Assault. *J Trauma Stress* 2006; 19: 29-44.
- (49) Watson PJ. Early intervention for trauma-related problems following mass trauma. R.J. Ursano, Fullertom CS, Weisaeth L, Raphael (eds). *Textbook of Disaster psychiatry*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2007. s. 121-139.
- (50) Courtois CA. *Healing the Incest: Adult survivors in Therapy Wound*. 2. Baskı. New York: Norton; 2010.
- (51) Yüksel Ş. Cinsel saldırı mağdurlarının yeniden güçlenmesinde seks tedavilerinin yeri. *Feminist Politika* 2011;11: 28-29.
- (52) Mendelsohn M, Herman JL, Schatzow E, Coco M, Kalliyalil D, Levitan J. *The Trauma Recovery Group*. New York: Guilford Press; 2011.
- (53) Perilla JA, Vasques Serrata J, Weinberg J, Lippy CA. Integrating Women's Voices and Theory: A Comprehensive Domestic Violence Intervention for Latinas. *Women & Therapy* 2012; 35:93-105.
- (54) Yüksel Ş, Kora K, Bezci-Özkan M, Türksoy N, Gök Ş, Tunalı D. Aile içi şiddete maruz kalan kadınlarla yapılan grup psikoterapisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2000; 37: 9-17.
- (55) Sezgin U. Travma yaşantısı olan kadınlarda grup psikoterapisinin etkinliği. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2003; 40: 53-63.
- (56) Smith JR. Rap Groups and Group Therapy for VietNam Veterans. Sonnerberg SM, Blank AS, Tolbott (eds). *The Trauma of War : Stress Recovery Vietnam Veterans*. Washington: American Psychiatric Press; 1985. s.167-191.
- (57) Nishith P, Nixon RDV, Resick PA. Resolution of trauma-related guilt following treatment of PTSD in female rape victims: A result of cognitive processing therapy targeting comorbid depression? *J Affect Disord* 2005; 86: (Issues 2-3): 259-265.
- (58) Düzcel E (derleyen). *Türkiye'de Sürmekte Olan Toplumsal Travma ile Başetmede İlk Adımlar*. Türkiye İnsan Hakları Vakfı Yayınları; 77, 2012.
- (59) Mor Çatı Kolektifi. *Eveki Terörist*. İstanbul: Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı Yayınları 1; 1996, www.morcati.org.
- (60) KA-MER. *Keşke Dememek İçin, Namus Adına İşlenen Cinayetler 2004 Raporu*. Diyarbakır: Bardan Matbaası; 2004.
- (61) Türkiye İnsan Hakları Vakfı. *İstanbul Protokolü: İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı, Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesi İçin El Kılavuzu*. Türkiye İnsan Hakları Vakfı Yayınları 24. 2001. İstanbul, www.tihv.org.tr
- (62) Yüksel Ş. Eş Dayacağı ve Dayacağı Karşı Dayanışma Kampanyası. Tekeli Ş (ed.) *1980'ler Türkiye'sinde Kadın Bakış Açısından Kadınlar*. İstanbul: İletişim Yayınları; 2010.
- (63) Glynn SM, Drebing C, Penk W. Pschosocial Rehabilitation. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA (eds). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. 2. baskı. New York: Guilford Press; 2009. s. 388-421.
- (64) Chard KM. Evidence-Based Treatments for PTSD. Ulaşım adresi: http://www.ptsd.va.gov/professional/ptsd101/flash-files/PTSD_Treatment/player.html 2012
- (65) Yasan A, Saka G, Ertem M, Ozkan M, Ataman M. Prevalence of PTSD and related factors in communities living in conflictual area: Diyarbakir case. *Torture* 2008; 18(1): 29-39.
- (66) Üstündağ N. Siyaset ve Travma. Düzcel E (derleyen). *Türkiye'de Sürmekte Olan Toplumsal Travma ile Başetmede İlk Adımlar*. Türkiye İnsan Hakları Vakfı Yayınları; 2012. s.101-110.
- (67) Jensen SB. *Geniş Kapsamlı Örgütlü Şiddete Maruz Kalan Toplumlarda İyileştirme ve Önlemede Potansiyel Etkenler: Akıl Sağlığı ve İnsan Hakları. Açısından Toplumsal Toplumsal Travma ile Başetmede İlk Adımlar*. Türkiye İnsan Hakları Vakfı Yayınları; 2012. 43-54.
- (68) Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach BC, Green BL. Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress* 2011; 24: 615-627.