

# Travmatik Yaraların Açığa Çıkmasında ve Onarılmasında Görüşme Ortamı

Şahika YÜKSEL

*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul*

Türkiye, çok sık yaşanan iş ve trafik kazaları, doğal olan ve doğal olmayan afetleri ve insan hakları ihlalleri ile travmatik yaşantı riskinin kadın, erkek ve çocuk, herkes için çok yüksek olduğu bir ülkedir. Türkiye’de travmatik deneyimi olan ve ona bağlı olarak gelişen bedensel ve ruhsal sorunları olan nüfus; bu kişilere verilecek sağlık hizmetlerinin, sadece konunun uzmanlarına ve travma ile uğraşan kurumlara devredilmesine izin vermeyecek kadar kabarıktır. Bu yükümlüğe karşın, sağlık bilimleri eğitiminde travmatik deneyimlerin neden olduğu bedensel ve ruhsal sorunları tanıma ve onlara müdahale etme konusunda sistemli bir eğitim yoktur. Her hekimin, her sağlıkçının günlük pratiğinde travma mağdurlarıyla karşılaşması beklenir. Maalesef mağdurlarla sağlık kurumlarında daha önce yapılan görüşmelerde, hiç seyrek olmayarak travmalarının açığa çıkmadığı, travmaları öğrenildiğinde de kişilerin psikolojik sorunlarıyla ilgilenilmediği ve travmanın yarattığı sorunların da onarılmadığı görülebilmektedir. Mağdur travmatik deneyimini, doğrudan veya farklı bedensel ve psikolojik belirtilerle dolaylı olarak açıkladığında, sağlıkçının travmayı itmesi kritik bir değer taşır. Profesyonelin; mağdurun hissedebileceği kırgınlığı, öfkeyi, yaşadıklarının anlaşılmasını, kendisine karşı hissedebileceği güvensizliği ve benzeri karışık duygularını nesnel olarak değerlendirme ve gerektiğinde mağduru yönlendirme yükümlülüğü vardır. Bu ikisi için de zorlu bir süreç olacaktır.

Türkiye’de 1999 büyük Marmara Depremi’nden önce travma konusunda çalışanların ve yayımlanmış çalışmaların sayısı çok sınırlı idi. Özellikle insan eliyle yapılan işkence, aile içi şiddet konusunda çalışan uzmanlara akademik çevrelerde yer yoktu. 2009’a kadar geçen sürede, Türkiye’de travma alanında yapılan çalışmalara ilgi giderek arttı.

Travmaların görünür olması için görüşme ortamı ve ilk değerlendirmeyi yapan sağlık görevlisinin iletişim tarzı önem taşır. Bu yazıda önce travma ve etkileri aktarılacak, daha sonra değerlendirme ilkeleri ve müdahale ve temel tedavi yaklaşımları kısaca tanıtılacaktır.

## Travma Nedir?

Günlük alışlagelen stresörler belirli bir denge içinde ortaya çıkar. Kişinin günlük stresle nasıl başa çıkacağına ilişkin bir dağarcığı vardır. Duyularımız bir sınır içinde oynar. Felaket-travma kişinin dengesini alt üst eder. Travmalar kişinin günlük yaşamında bildiği ve kullandığı dengeyi bozar ve bir kriz reaksiyonu yaratabilir. Müdahalede bu dengenin yeniden kurulması gerekmektedir.<sup>1</sup>

## Travmanın Ardından Ne Tür Sorunlar Ortaya Çıkar?

Kişinin ağır bir travmatik stresör ile karşılaşması veya tanıklık yapması, ruh sağlığını uzun veya kısa süreli olarak etkileyebilir. Büyük bir travma, yaşayan herkesi etkiler ve bazılarında ruhsal sorunlara yol açar. Travma sonrası ortaya çıkan tepkiler tek tip değildir. Travmatik deneyimlerin ardından, travma dışında farklı nedenlerle de görülebilen, depresyon, panik bozukluğu, alkol ve madde kullanımında artış, disosiyatif bozukluklar, uyum bozukluğu, bedensel bozukluklar, intihar düşünceleri gibi, geniş bir yelpaze içinde değişebilen ruhsal hastalıklar gelişebilir.<sup>1,2</sup>

Anksiyete bozuklukları arasında yer alan akut stres reaksiyonu (ASR) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ise travma ardından gelişen hastalıklardır. Travma sonrası gelişen bu iki özgün hastalık ilk kez DSM-III (1980) ile ruhsal hastalık sınıflandırmalarına girmiştir. Özellikle eşik altı TSSB’nin birinci basamak sağlık hizmetlerinde atlandığına dikkat çekilmiştir.<sup>3</sup> Son 30 yıl içinde edinilen bilgi birikimi DSM-IV TR’ye de yansımıştır. Psikososyal travmalara neden olan temel etkenler üç gruba ayrılır: Deprem, sel gibi doğal afetler; kaza ve ihmaller; bir yakınının ani kaybı, savaş, işkence, fiziksel, cinsel şiddet gibi insan eli ile yapılan saldırılar. Bu olayların ortak özelliği

beklenmeden, kişinin, kontrolü dışında olması ve onda çaresizlik ve güçsüzlük duygularını yaşatmasıdır. Bu tür olaylar yaşandığında; olayı doğrudan yaşayan kişiler, onların yakınları ve kurtarma ekibi de dolaylı olarak etkilenebilir.<sup>4,5,6</sup>

Çocukluk çağı istismarı ve ihmali veya uzun süreli işkence gibi tekrarlayan travmalar yaşamış olan kişilerle çalışan yazarlar, tanımlanan biçimi ile TSSB tanı ölçütlerini yetersiz bulmaktadır. Uzamış ve yineleyen travma mağdurları için "komplike ve karmaşık TSSB" tanısını önerilmiştir. Özellikle insan eliyle yapılan travmaları yaşayan kişilerde sıklıkla öç alma isteğine rastlanabilir; bu kişilerde ihanete uğramış olma ve güvensizlik duyguları, günlük yaşam işlevselliğinde belirgin aksama, garip düşünceler de sık rastlanan sorunlar arasında sayılabilir. Doğal olarak bu denli kapsamlı zorluklar kişinin tüm yaşamını ve işlevselliğini etkiler.<sup>7</sup>

Ayrıca, bedensel etkiler ön plana çıkabilir. Bulantı, kusma, baş ağrısı, kanama, düşük, kronik ağrılar, fibromiyalji ile travmatik stres ve fiziksel hastalıklar arasında yakın bir ilişki olduğu bilinmektedir. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), şiddet ve HIV çalışmalarında öncelikli araştırma alanları olarak şu konulara dikkat çekmiştir: Zorla seks kadınlarda fiziksel travmaya neden olup; HIV riskini artırır. Çalışmalarda, HIV pozitif olan kadınlar arasında cinsel şiddete maruz kalma deneyimi, HIV negatif olanlardan daha yüksek olarak bulunmaktadır. HIV için risk etkenleri zorla cinsel ilişki ile ilişkilidir.<sup>8</sup> (Tablo 1).

## Kimler Travma Sonrası Hastalıklar İçin Risklidir?

Travmatik etkene maruz kalanların tümü bir ruhsal hastalık geliştirmez. Sağlıkçıların, afet veya başka travmatik stres verici olaylar yaşamış olan kişilerden hangilerinin ve hangi durumlarda bir ruhsal sorun geliştirmek için daha

### Tablo 1: Tanımlar

**DSM-IV-TR'de TSSB'nin tanımı:** Travmanın yeniden yaşandığı, kaçınma, donukluk ve aşırı uyarılma belirtileri olan ve bir travmatik olay ardından başlayan bir kaygı bozukluğudur.

**TSSB Belirtileri:** ASR ve TSSB belirtileri benzer olup üç gruba ayrılır.

**Olayı yeniden yaşama:** Kişi istemediği halde, kontrolü dışında travma yaşantısı tekrar tekrar aklına gelir. "Flashback" de denilen yeniden yaşama sırasında, kişi olayı yeniden yaşar gibi hisseder ve rahatsız olur. Geceleri kâbus görür.

**Kaçınma:** Olayı yaşamaktan, hatırlamaktan, benzer yerlere gitmekten kaçınır, unutkanlık, duygusal donukluk vardır. Daha önce sevdiği ve yaptığı etkinliklere ilgisini kaybeder, insanlardan uzaklaşır, sıkıntılıdır.

**Aşırı uyarılmışlık:** Uykusuzluk, kolay uyanma, dikkatini toplama güçlüğü, kolay öfkelenme ve irkilme refleksi, gerginlik ve ağrı.

riskli olduğunu bilmesi gerekir. Potansiyel travmatik olayların cinsiyete bağlı riski konusunda yapılan meta-analiz çalışmalarına göre, TSSB'nin kadınlarda erkeklerden daha fazla gelişmesi beklenir. Kadınlar cinsel olmayan çatışma, kaza, yangın ve benzer travmaları erkeklerden daha seyrek, erişkin ve çocukluk devrelerinde cinsel istismarları erkeklerden daha sık olarak yaşar. Kadınlarda daha fazla TSSB çıkar. Tekrarlayan, kontrol edilemez, önceden kestirilmeyen, kasıtlı olarak yapılan saldırıların etkilerinin daha ciddi boyutlarda olduğu bilinmektedir. Cinsel saldırılarda saldırganın yakınlık derecesi ile psikolojik etkilerinin şiddetinin orantılı olduğu biliniyor.<sup>2,3, 8,9,10</sup>

## Travma Olguları Ne Zaman Başvurur?

Travma mağdurlarının başvurma şekli, nedeni ve zamanı büyük farklar gösterir. Acil başvuru, olaydan kısa bir zaman sonra veya yıllar sonra doğrudan travmayı açıklayarak veya dolaylı olarak bedensel ve psikolojik belirtilerle olabilir.

Ağır travmatik olaylar yaşamış olan kişilerin bir bölümü sadece tedavi, bir bölümü ise sadece rapor almak için başvurabilirler. Her iki nedenle de başvuran kişilere rapor alma hakları ve tedavi olma olanağı olduğu bilgisi verilmelidir.

## Değerlendirme

Değerlendirme, travma öncesi, travmatik deneyim ve travma sonrasını içerecek şekilde çok boyutlu olmalıdır: Travmanın varlığının bilinmesi halinde, hastalık sınıflandırmalarında yer alan formal tanı, ayırıcı tanı, kişinin işlevsel değerlendirilmesi, adli tıp değerlendirilmesi yapılmalıdır<sup>11</sup> (Tablo 2).

### Değerlendirme süreci

Hangi nedenle ve hangi aşamada başvurursa başvursun, değerlendirme aynı standartlarla sağlanmalıdır. Aile içi şiddete maruz kalma durumunda olduğu gibi bazen güvenlik için, mağdurun bulunduğu yerin gizlenmesi gerekebilir. Deprem, sel veya bir saldırı sonrası evsiz kaldığı için kişilerin barınak gereksinimi olabilir.<sup>1,2,7,12</sup>

Kişi o sırada bir rapor istemese bile, bu hakkını daha sonra kullanabilir. Değerlendirmede travmanın öyküsü daima detaylı olarak kaydedilmeli ve travmatik belirtiler, ruhsal sorunlar veya hastalıklar arasındaki ilişkinin varlı-

### Tablo 2: Değerlendirme

**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

ğı zamansallık ve içerik olarak açıklıkla ifade edilmelidir. Travma özel alanda yaşandığında, standart bir tıbbi incelemede alışık olunmayan bir biçimde özel yaşama ilişkin sorular sorulabilir. Bu soruların ne amaçla sorulduğunu uzman bilmeli ve görüşme yaptığı kişiye bunu açıklamalıdır. Adli bir değerlendirme söz konusu olduğunda, görüşmenin başında konuşulanların mahrem kalmayacağı bilgisi verilmelidir. Türk Tabipleri Birliği'nin Kadın Hekim Kolu'nun hazırladığı afişin polikliniklerde yer alması, aile içi şiddet mağduru olan kadınların hakları açısından öğretici nitelik taşımakta ve yaşadıkları şiddeti ifade etmeye yardımcı olabilmektedir<sup>13</sup> (Tablo 3).

### Değerlendirme ve tedavi ortamı ilişkisi

Travmatik yaşantı sonucunda mağdurun duygu, düşünce, davranış ve ilişkileri nasıl etkilenmiştir? Olaya kendisinin yüklediği anlam nedir? Travmatik deneyimlerin öznel ve nesnel iki parçası vardır: Nesnel olarak soru "ne oldu" ve öznel olarak soru "kişi bunu nasıl algıladı ve tanımladı" olmalıdır.<sup>14</sup>

Bazı travmalarda; özellikle, çok sayıda kişinin yaşam alanının etkilendiği sel, deprem veya büyük çaplı kazalarda, tedavi alanı esner. Afet sonrasında 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. Bir anlamda görüşme ortamları yarı saydam bir hale gelir. Okul, çadır, otel gibi mağdurlara ve tedavi ekibine yabancı mekanlar kullanılır. Bu tür durumlarda tedavi ekibi, var olan koşulları en iyi şekilde kullanmak, görüşmede sesi ayarlamak konusunda çaba göstermek zorundadır.<sup>1,15</sup>

### Bazı travmatik deneyimlerin yaşanmasına müdahalede özel sorunlar, durumlar ve çözümler

**Travmatik yas:** Bazı ölümlerin ardından travmatik yas gelişebilir. En sık, ani, beklenmedik bir kayıp veya intihar, öldürülme veya vahşet içeren bir ölüm bu doğal süreci, kaybın beklenmedik ve dehşet uyandırıcı olması ile etkiler. Buradaki travmatik etki bedensel ve ruhsal hastalıkların oluşması için bir risktir. Bu durumda profesyonel destek ve tedavi gerekir. Travmatik yas vakaları doğrudan ruh sağlığı tedavisi için seyrek olarak başvururlar. Farklı bedensel yakınmalarla birinci basamak sağlık kuruluşlarına ve tıbbın diğer dallarına giden kişiler, ruh sağlığı kliniklerine yönlendirilmelidirler.<sup>16,17</sup>

**Aile içi şiddet:** Aile içi şiddet kadınlarda sakatlığa ve ölüme yol açabilen, bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle sorunun bir sağlık sorunu olarak tanımlanması ve acil önlemler alınması gerekmektedir. Türkiye'de aile içi şiddet yaşayanların korunması ile ilgili yasal düzenlemeler yapılmıştır; ama onların pratikte uygulan(a)maması ve mağdurlara güvenli yaşam alanları olan sığınakların sağlanmaması nedeni ile çok sayıda kadın uzun süre kötü muamele ve şiddet yaşamaktadır. Hamilelik devresinin de eş şiddeti açısından riskli bir devre olduğu özellikle kadın doğum uzmanlarının bilgisinde olmalıdır.<sup>18,19,20</sup>

**Namus cinayetleri:** Türkiye'de ancak son yıllarda açıkça tartışılan ve mücadele edilen önemli bir aile içi şiddet biçimidir. Namus cinayetlerinde, kadınların öldürülmesi veya intihara zorlanması ile yaşam hakları da yok edilebilir. Klinik deneyimlerimiz arasında da görünmez konumda olan namus cinayetleri konuya duyarlı kadın kuruluşları ve özellikle merkezi Diyarbakır'da olan KA-MER'in çalışmalarıyla ile daha iyi tanınır olmuştur. Namus cinayetleri, uluslararası hukuk açısından yargısız infaz olarak kabul edilmektedir. Engellemek için farklı düzeylerde strateji geliştirilmelidir. Gülbahar örneğinde olduğu gibi, cinayetler hastanelerde de işlenebilmekte ve çalışanlar da aynı riski yaşayabilmektedir. Sağlıkçılar bu tür riskli durumları saptadığında risk altındaki kadının korunması için neler yapılabileceği ve işbirliği yapılacak yerler konusunda bilgi sahibi olmalıdır.<sup>21,22</sup>

**Cinsel travma:** Kişinin onayı olmadan veya onay verecek konumda olmadığı durumda karşılaştığı sözel, görsel, fiziksel cinsel içerikli her türlü uyarandır. Saldırgan ve saldırıya maruz kalan kişi arasında yakınlık derecesi değişebilir. Birbirlerini tanımayan iki yabancı olabildikleri gibi, işyerinden bir kişi, tanıdık, eş, eski eş/sevgili, arkadaş veya aile üyesi olabilirler. Saldırganlar eylemlerini şiddet içerecek şekilde tehdit, zorlama, baskı ve etkileyerek veya kandırarak hile ile gerçekleştirebilirler. Cinsel saldırıda bulunan kişi ile ilişki türü olayın değerlendirilmesinde farklı sorunlar oluşturacaktır.<sup>23,24</sup>

### Travma Mağdurlarının Tedavilerinde İlkeler

Hangi devrede olursa olsun tedavide, öncelikle güvenli bir ilişki kurulması sağlanmalıdır. Travmatik deneyimleri olanların, tedaviyi yürüten kişilerle güvenli bir ilişki kurma zorluğu anımsanmalıdır. Bu arada kişiler yaşadığı zorlukların yaratacağı ve yarattığı sorunlarla ilgili olarak bilgilendirilmelidir. Kişinin kaçındığı olayları anımsaması, konuşması ve yüzleşmesinde etkin katılımı desteklenir. Konu ile ilgili özellikle kendini sorumlu tutma, suçlama, artık güçsüz olup hiç iyileşemeyeceği gibi düşünceleri paylaşılır tartışılır, yeniden değerlendirilmelerine yardımcı olunur. Kişinin kendine güveninin ve başa çıkma kapasitesinin yeniden geliştirilmesinin yolları açılır. Bunları yaparken aşırı koruma veya aşırı acıma, onlar adına karar verme, sorumluluk alma veya aşırı mesafeli soğuk davranış ve tutumlar geliştirmeme yönünde sağlık personeli dikkatli olmalıdır.<sup>2,7,15</sup>

Yaşanan travma sırasında dünyaya ve insanlara güvenleri sarsılmış olan travma mağdurları, bazen bilerek, bazen farkında olmadan bir radar gibi etraftaki kişi ve olayları, uyarıyı kontrol ederler. Bu tür kontrol testlerine doktorlar, sağlıkçılar da dahildir. Tedavi ilişkisi hafife alınmamalıdır. Tedaviyi yapan ve hasta için zorlu ve acı veren bir uğraştır. Travma ve şiddetle mücadelenin ilk koşulu travmatik olayların tanınması, açığa çıkmasıdır. Daha sonra travmanın getirdiği güçsüzlüğün onarılıp kişinin gücünü yeniden kazanması mümkün olabilir.<sup>7,12</sup>

**Tablo 3: Acil Serviste Kadına Yönelik Şiddetin Tanı, Tedavi ve Yönlendirilmesi\***

#### **KADINA YÖNELİK ŞİDDET NEDİR?**

- Kadına yönelik şiddet önlenabilir bir sağlık sorunudur.
- Ülkemizde her üç kadından biri fiziksel şiddet görmektedir.
- DSÖ kadına yönelik şiddeti ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlamaktadır.

#### **KADINA YÖNELİK ŞİDDET ACİL SERVİS ÇALIŞANLARINI NEDEN İLGİLENDİRMEKTEDİR?**

- Acil servise başvuran kadınların yaklaşık beşte birinde neden aile içi şiddettir.
- Kadına yönelik şiddet kanunlarla belirlenmiş bir suçtur.
- Şiddet olgularında adli rapor tutmak ve doğru yönlendirmek, tanı-tedavi kadar önemlidir.
- Kadına yönelik şiddet sadece travma bulgularıyla ortaya çıkmaz. İlk bakışta şiddetle ilişkilendirmediğimiz yakınmalar, çoğu olgunun gözden kaçmasına yol açmaktadır.

#### **NE YAPMALI?**

1. Yaralanma varsa acil tedavisini yapınız.
2. Destekleyici ve güven veren bir yaklaşım geliştiriniz.
3. Kadını refakatçilerinden ayırarak anamnez alınız.
4. Şiddet tehdidinin sürüp sürmediğini tespit ediniz.
5. Bağlantılı tıbbi sorunlara müdahale ediniz.
6. Mutlaka kayıt ve adli rapor tutunuz.
7. Şiddete uğrayan kadın için bir güvenlik planı geliştiriniz.
8. Kadının kararlarına saygılı olunuz.
9. Kadına düzenlediğiniz raporla polise, savcılığa ya da doğrudan aile mahkemesine başvurabileceğini bildiriniz.

#### **GÜVENLİK PLANI**

- Kadını şiddet uygulayan kişiden uzaklaştırınız.
- Hastaneden çıkınca eve dönmek dışında ne yapabileceği konusunda yönlendiriniz.
- İlgili kurumların adres ve telefonlarını veriniz.
- 4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanundan söz ediniz.

#### **4320 SAYILI AİLENİN KORUNMASINA DAİR KANUN:**

- Bu kanunun amacı aile içi şiddeti durdurmak, özellikle kadını ve çocukları korumaktır.
- Kanun kadının evi terk etmesine gerek kalmadan korunmasına olanak sağlar. Şiddet uygulayan kişi evden uzaklaştırılabilir.
- Kanundan yararlanmak için karakollara, savcılıklara, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) İl Müdürlüklerine başvurulur.
- Dava harcı ödemek gerekmez. Barolar ücretsiz avukat sağlar.
- Mahkemede acil olarak görülür. Hâkim tedbir kararları alır.
- Kadının evde kalması güvenli değilse sığınağa yerleştirilebilir.

#### **ACİL SERVİSTE KADINA YÖNELİK ŞİDDET AÇISINDAN ŞÜPHELİ DURUMLAR**

1. Şüpheli fiziksel travma öyküsü
2. Öyküyle uyuşmayan travma bulguları
3. İntihar girişimi
4. Tedavisi geciktirilmiş travma öyküsü
5. Gebe kadında travma bulguları
6. Gebe kadında kanama
7. Şüpheli abortus öyküsü
8. Ağrılı miksiyon ve defekasyon
9. Görünür bir nedeni olmayan kronik yorgunluk yakınması
10. Kronik pelvik ağrı
11. İrritable Kolon Sendromu
12. Sık üriner sistem enfeksiyonu
13. Vajinal kanama
14. Pelvik muayeneye gösterilen ciddi sakınma
15. Alkol ya da madde kullanımı
16. Adölesan gebelikler
17. Ruhsal durum bozukluğu, somatizasyon
18. Aşırı kontrolcü ve hastanın kendini ifade etmesini engelleyen eş varlığı

### CİNSEL SALDIRIDA NE YAPMALI?

1. Acelesiz, telaşsız, destekleyici bir yaklaşım kadının kendine güvenini kazanmasında etkilidir.
2. Cinsel saldırıya uğramış kadının giysileri, saç, deri, vücut salgılarını adli yöntemlerle alıp delil olarak saklayınız.
3. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi için mikrobiyolojik inceleme yapılmasını sağlayınız. Gerekli koruyucu ilaçları öneriniz.
4. Gebeliği önleyici ilaç başlayınız.
5. Jinekoloji konsültasyonu isteyiniz. Jinekolojik muayenenin ilk 72 saat içinde ve hasta tuvalete gitmeden, yıkanmadan yapılması çok önemlidir.
6. Psikiyatri konsültasyonu isteyiniz.
7. Fizik muayene bulgularını derinleştirecek ya da bu bulgulara katkı sağlayacak tetkikleri istemeyi ihmal etmeyiniz.

### ŞİDDET GÖRMÜŞ BİR KADININ BAŞVURABİLECEĞİ YERLER

1. ALO 183 Kadın ve Çocuk Danışma Hattı
2. 0212 656 96 96 Aile İçi Şiddet Acil Yardım Hattı
3. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu İl Müdürlükleri
4. Belediyelerin sığınma evleri
5. Gönüllü kuruluşların sığınma evleri
6. Baroların kadın danışma merkezleri (adliye içinde)
7. Valilik İnsan Hakları Kurulları

### LÜTFEN İLİNİZDEKİ TELEFON NUMARALARINI ÖĞRENİP ACİL SERVİSTE GÖRÜNÜR YERLERE ASINIZ

\*Hazırlayanlar: Aylin Sena Beliner, Aysun Semiz, Aytuğ Balcıoğlu, Derya Yüksel, Didem Gelegen, Esra Yüksek, Yeşim İşlegen

Ensest, tecavüz veya işkence gibi bu yazının sınırlarını aşan, özgün zorluklar farklı çalışma modellerini gündeme getirecektir. Bu konuda akademik yayınların yanı sıra mağdurlara bağımsız ve ücretsiz hizmet veren Türkiye İnsan Hakları Vakfı, Mor Çatı ve KAMER ve diğer sivil toplum kuruluşlarının yayınları önemli başvuru kaynağı sağlamaktadır.<sup>19,22,25</sup>

### Travmanın şiddetini, istismarın olumsuz etkilerini gidermekte neler yapılabilir?

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

**Tedavi:** Travmanın ardından farklı devrelerde, farklı hastalıklar ve sorunlar görülebildiği gibi tedavileri de farklı olabilir.

**Kriz devresi:** Olayın hemen ardından ilk 72 saat içinde, olay yerinde erken müdahaleler önem taşımaktadır. 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 kıt olan kaynakları kullanmalarının yollarını açmak olmalıdır. Olayın ardından olay yerinde erken müdahale önem taşımaktadır. Bu gereksinimleri karşılamak için devlet bütçe ayrırmalıdır. Erken müdahalenin daha sonraki TSSB'yi azaltmakta yeri olduğunu ima eden çalışmalar vardır.<sup>1,2,26,27</sup>

Her durumda tüm travma tedavilerinde ilk adım olan güvenlik, temel öğedir. Bu nedenle bir afette, erken dönemde ruh sağlığı çalışanlarının kriz masalarında görev almaları

uygun olur. Bir başka deyişle güvenlik ne ölçüde sağlanabilmişse, tedavi için o ölçüde bir temel atılmıştır, denebilir.<sup>1,27</sup>

**Kısa ve uzun devrede tedavi seçenekleri:** Herkese her durumda etkin olan bir tedavi yöntemi yoktur. Olağandışı durumlarda gelişen ruhsal sorunların tedavisinde ilaç veya psikoterapi birlikte ya da tek olarak kullanılabilir.

**Travma odaklı psikoterapiler:** Kişinin felaketin/travmanın izlerini azaltabilmesi, iyileşmesi olayın toplumsal ve politik bağlamından ayrılmaz.

**Eğitim ve destekleyici danışmanlık:** Psikolojik bilgilendirme, daima tedavi paketine eklenmelidir. Kişi yaşadığı zorlukların yaratacağı ve yarattığı sorunlarla ilgili olarak bilgilendirilmelidir. Sorunu anlamak ve ne yapılacağına yardım etmek, uzun zamandır yaşanıyor olsa bile TSSB belirtilerinin üzerinde kontrol kazanmak da gereklidir. Felaketin hemen ardından şaşkınlık devrinde olan bir kişinin anlama kapasitesi hesaba katılmalı ve dikkatli ve detaylı bilgiler tekrar tekrar verilmelidir. Böylece mağdurların sorulan veya sorulmayan sorularına yanıt verilir. Daha sonraki devrelerde gerçekçi olmayan beklentilere verilen gerçekçi yanıtlar bilgilendirmenin duruma uyumunu yerleştirmede yararlıdır.

**Kaygının düzenlenmesi:** Hastaların TSSB belirtilerinin etkilerinin azaltılması, daha kolay başa çıkmaları amacı ile aktif gevşeme eğitimi, nefes alma eğitimi, her ortamda uygulanabilir beceriler öğretilmektedir.

Psikolojik bilgilendirme ve kaygının düzenlenmesi ruh sağlığı uzmanı olmayan kişiler tarafından da uygulanabilir. Yüzleştirme ve bilişsel çalışmaları ruh sağlığı alanında çalışan uzmanlar yapmalıdır. Doğal olarak tüm bu süreç, karşılıklı anlaşmayla ve kişinin istekliliğiyle yakından bağlantılıdır.<sup>2,7,12,15</sup>



**İlaç tedavisi:** 3-6 aydan uzun süren TSSB vakalarında, işlevselliğin çok aksadığı, belirgin depresif belirtilerin ve intihar düşüncelerinin varlığında ilaç tedavisi düşünülmelidir. TSSB'nin tedavisinde antidepresanlar kullanılmaktadır. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI) TSSB vakalarında yaygın olarak kullanılmıştır. Fluoksetin (20-60mg/gün), sertraline (50-100 mg/gün), fluvoksamine (100mg/gün), sitoplam (20-40mg/gün) ile yapılan çalışmalar bu ilaçların TSSB da etkin olduğunu göstermiştir. Benzodiazepinlerin yaygın anksiyete belirtilerine iyi geleceği düşünülmüş olmakla birlikte TSSB'da etkili olduğu gösterilmemiştir. Bu tür ilaçlar çok erken devrede gerekli olmadığı halde verilebilmekte ve kesilmesi sırasında çıkan yoksunluk tabloları, vakaları takip edilmediğinde atlanabilmektedir. Antidepresan tedavisine başlanmıyşa altı ay kullanılması ve hastanın izlenmesi gereklidir.<sup>27,28</sup>

### **Travmalarla ilgili genel toplumsal tutumun önemi**

Travmaya, şiddete, ayrımcılığa maruz kalan kişilerin ve grupların yaşadıklarını ifade etmesi ve bunların işitilmesi yaşanan olumsuzlukların onarılmasına yardım eder. Dahası, caydırıcı etkisi ile olayların tekrarına karşı koruyucu bir işlevi olabilir.

İnsan eliyle yaratılan travmalarda travmatik eyleme katılmayanların, seyircilerin, diğerlerinin, yaşanan travmatik olaya hoşgörülü yaklaşması benzer davranışları besler. Özellikle cinsel travmalarda mağduru sorumlu tutan bir anlayış vardır.<sup>29,30</sup> Bu durum tecavüz mücadelesinde toplumsal haberdarlık çalışmalarının önemine işaret eder.

Mağdurlar, bireysel ve toplumsal olarak farklı nedenlerle aile içi şiddet, cinsel travma, işkence gibi saldırılarda yasal yollara başvuramazlar. Bu tür travmaları yaşayan mağdurlar, travmalarının açıklanmasını eşe sadakatsızlık, aile mahremiyetini bozma, yakınlarına zarar verme, eşi-yakını tarafından yaşatılanları adlandırılma güçlüğü gibi nedenlerle engellerler. Benzer şekilde sağlık profesyonelleri de, özel/aile işlerine karışmama, kendilerinin de sorumluluğu olduğu, öğrendiğinde ne yapacağını bilememe veya zarar görme gibi kaygılarla travmatik öyküyü örten bir ilişkiye girebilir.

Bu tür engelleri azaltmak için, travma mağdurların yaşadıklarının normal tepkiler olduğunun belirtilmesi ve kendilerini ifadeye cesaretlendirilmeleri gereklidir. Mahremiyet için özen gösterilmelidir. Mağdurun aile üyeleriyle bağlantı kurmak için izninin alınması gerekir. Mağdur 18 yaş altında ve kendi karar verecek yeterlikte değilse veya 18 yaş üstünde olup adli bir durum söz konusu ise, bilginin gizli kalmayacağı görüşme sırasında kendilerine açıklanmalıdır. Mağdurun güvenliği; saldırganla hala ilişkisinin olup olmadığı, saldırganla mağdurun ortak kullandıkları araba, ev bulunup bulunmadığı, yakın yaşayıp yaşamadıklarının belirlenmesiyle mümkün olabilir. Hekim mağdurun psikiyatrik şikayetlerini ve tedaviye ihtiyacını değerlendirmeli ve yönlendirmelidir.

### **Sonuç ve Öneriler**

Öncelikle koruyucu çalışmaların yapılması, travmanın yaşandığı ilk andan itibaren yapılacaklarla ilgili eylem planının olması, hızla daha önceden belirlenmiş ilkeler dikkate alınarak müdahale edilmesi önemlidir. Mağdurlarla çalışırken konuyla ilgili resmi kuruluşları ve sivil toplum örgütleriyle bağlantı kurulması, mağdur ve onunla çalışan sağlıkçıların etkin çalışmasına ve güç kazanmasına yardımcı olacaktır.<sup>1,27,28,31,32</sup>

Ruh sağlığı profesyonellerinin felaketin duygusal boyutuna hazırlıklı olması kritik öneme sahiptir. Uygun bir müdahale ciddi stres bozukluklarına giden yolu değiştirebilir. Etkili bir erken destekle yaşam boyu sürebilecek zorluklar azaltılabilir. Yeni umutlar ve doyumlar geliştirilebilir.<sup>1,7</sup>

Bu tür ağır yaşam olayları salt mağduru etkilemez; ailesini, sevenleri ve toplumu da etkiler. Yakınları, saldırıdan sonra yalnız sevdiklerine yardım etmekle kalmaz, aynı zamanda önem verdikleri kişinin mağduriyetiyle ilgili kendi duygularının üstesinden gelmeye çalışırlar. Bu durum yakınların mağdurla benzer duyguları yaşamasına neden olur, yani onların da desteğe ihtiyacı olabilir.

### **Kaynaklar**

1. Young MA, Ford JD, Friedman MJ, Gusman FD. Disaster mental health services: A guidebook for clinicians and administrators. White River Junction, Vermont 055009 660/2-1998/ 750, www.dorthmount.edu.
2. Friedeman MJ. Post Traumatic Stress Disorder: The Latest Assessment and Treatment Strategies. Kansas City: Compact Clinicals; 2000.
3. Grubaugh AL, Magruder KM, Waldrop AE, et al. Subthreshold PTSD in primary care. J Nerv Ment Dis 2005; 193: 658-664.
4. American Psychiatric Association. DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association; 1980.
5. American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
6. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2001.
7. Herman J. Travma ve İyileşme. İstanbul: Literatür Yayınları; 2007.
8. World Health Organization. World Report of Violence and Health, Geneva, 2002, www.who.int/violence.
9. Breslau N. The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. Trauma Violence Abuse 2009; 10: 198-121.
10. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Metaanalysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol 2000; 68: 748-766.
11. Peterson KC, Prout MF, Schwarts RA. PTSD A Clinicians Guide. New York: Plenum Press; 1996.
12. Harvey MR. An Ecological view of psychological trauma and recovery. J Trauma Stress 1996; 9: 3-23.
13. www.ttb.kadinhkim.org.tr.
14. Lewis SF, Resnick HS, Ruggiero KJ, et al. 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.

15. Yüksel Ş. Felakete "uyum" ve ruh sağlığı. Klinik Psikiyatri Dergisi 2003; 3 (Ek 1): 5-11.
16. Olgun TÖ, Yüksel Ş. Yakınlarını Kaybeden kişilerin ruhsal durumlarının ve yas tepkilerinin karşılaştırılması. Toplum ve Bilim 2001; 90: 41-69.
17. Kübler-Ross E. Ölüm ve Ölmek Üzerine. İstanbul: Boyner Yayınları; 1997.
18. Altınay A, Arat Y. Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet. İstanbul: Metis; 2007.
19. Mor Çatı Kolektifi. Evdeki Terörist. İstanbul: Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı Yayınları 1; 1996, www.morcati.org.
20. Yüksel Ş. Kadın, cinsiyetçi şiddet ve ruh sağlığı. Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi 2001; 9: 625-631.
21. KA-MER. Keşke Dememek İçin, Namus Adına İşlenen Cinayetler 2004 Raporu. Diyarbakır: Bardan Matbaası; 2004, www.kamer.org.tr.
22. Kardam F. Türkiye'de Namus Cinayetlerinin Dinamikleri: Eylem Programı İçin Öneriler. Sonuç Raporu. Ankara: Nüfus Bilim Derneği; 2005, www.nd.org.tr.
23. İlkaracan P. Müslüman Toplumlarında Kadın ve Cinsellik. Kadının İnsan Hakları İçin Kadınlar. İstanbul: İletişim Yayınları; 2003.
24. Sezgin U, Yüksel Ş. Cinsel taciz, CYBH ve AIDS. Şimşek ŞA, Badur S (Editörler). AIDS ve Cinsel Sağlık. İstanbul: AIDS Savaşım Derneği Yayını; 2005: 173-185.
25. Türkiye İnsan Hakları Vakfı Yayınları, www.tihv.org.tr.
26. Gökalp PG, Sezgin U, Sercan M. Afet sonrası dönemde erken psikolojik bozuklukların tedavisi. İçinde: Yüksel Ş, Sercan M, Sezgin U, Gökalp PG; editörler. Bir Depremden Sonra... Bir Depremden Önce... ADEPSTEP. İstanbul: İletişim Vakfı Yayınları; 2005: 74-84.
27. Aker AT. Temel Sağlık Hizmetlerinde Psikososyal Travmaya Yaklaşım (TREP). İstanbul: Mutludoğan Ofset; 2000.
28. Gökalp PG. Travma sonrası ortaya çıkan ruhsal bozukluklarda ilaç tedavisi. İçinde: Yüksel Ş, Sercan M, Sezgin U, Gökalp PG; editörler. Bir Depremden Sonra... Bir Depremden Önce... ADEPSTEP. İstanbul: İletişim Vakfı Yayınları; 2005: 101-112.
29. Akvardar Y, Yüksel Ş. Cinsel tecavüze uğrayan kişilere karşı alınan tavır. Nöropsikiyatri Arşivi 1993; 30: 347-351.
30. Gölge B, Yavuz MF, Günay Y. İlgili mesleklerden kişilerin ırza geçme ile ilgili tutum ve inanışları. Nöropsikiyatri Arşivi 1999; 36: 146-153.
31. Ulaş H, Karakılıç H. Afet Psikiyatrisi Bilimsel Çalışma Biriminin (APBÇB) Oluşumu ve Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliğinin (APHB) Kuruluşu ve İşlevi. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni 2008; 11: 33-35.
32. TENTS Avrupa Travmatik Stres Ağı. Afetler ve Büyük Olaylardan Sonra Psikososyal Bakım için TENTS Rehberleri, www.tentsproject.eu.