

Leyla Baysan Arabacı<sup>1</sup>, Saime Cansu Erfidan<sup>2</sup>

DOI: 10.17942/sted.1605734

Geliş/Received: 07.01.2025

Kabul/Accepted: 10.07.2025

### Özet

Stockholm Sendromu, fail ile mağdur arasındaki güçlü duygusal bağları içeren travmatik bir bağlanma ilişkisini tanımlamak için kullanılan önemli bir kavramdır. Stockholm Sendromu güç dengesinin belirgin bir şekilde farklı olduğu, bir kişinin diğerini aralıklı olarak taciz ettiği, şiddet gösterdiği, tehdit ettiği veya korkuttuğu ikili ilişkilerde ortaya çıkmaktadır. Dünya genelinde özellikle kadınların yaklaşık %84'ünün maruz kaldığı partner şiddeti, bu tür ilişkilerin en çarpıcı ve yaygın örneklerinden biridir. Stockholm Sendromu, istismar edilen bireylerin, kendilerine zarar veren kişiye karşı duydukları karmaşık duygusal bağlarla karakterize edilir. Bu bağlamda, mağdurların istismarı inkar etme, durumu görmezden gelme ve istismarcısından ayrılmayı reddetme gibi davranışlar sergilemeleri, Stockholm Sendromu'nun temel belirtileri arasında yer almaktadır. Şiddete uğrayan kadınların çoğunda, içinde bulundukları durumla baş etme konusunda yaşadıkları güçlükler, kendilerini istismar eden partnerine (faillerine) boyun eğme ve bu kişiler karşısında olumlu duygular geliştirme gibi davranışların ortaya çıkmasına neden olduğu görülmektedir. İronik bir şekilde, bu tür duygular, mağdurların istismarcısını savunma ve onun eylemlerini haklı çıkarma eğilimleriyle de ilişkili olup, Stockholm Sendromu bulguları ile eşleşmektedir. Böyle bir durumda mağdurların istismarcı partnerle duygusal bir bağ kurması veya faille arasını iyi tutmaya çalışması başlangıçta avantajlı bir durum gibi görünse de sendrom sınırlarında patolojiktir. Bu yazıda da, partner şiddetine maruz kalan bireylerde gözlemlenen Stockholm Sendromunun klinik belirtileri, psikopatolojik süreçleri ve bu sendromun gözlemlendiği bireylere yönelik sağlık çalışanının yaklaşımı üzerinde durulacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** partner şiddeti; stockholm sendromu; sağlık çalışanı

### Summary

Stockholm Syndrome is an important concept that describes a traumatic attachment relationship, where strong emotional bonds form between the perpetrator and the victim. Stockholm Syndrome occurs in relationships where the balance of power is significantly different, where one person intermittently harasses, threatens or intimidates the other. One of the most striking and widespread example is partner violence, affecting approximately 84% of women worldwide. Stockholm Syndrome is characterized by the complex emotional bonds that abused individuals feel towards the person who harmed them. So, the victims' denial of the abuse, ignoring the situation and refusing to leave their abuser are among the basic symptoms of Stockholm Syndrome. It is observed that in most women who are subjected to violence, the difficulties they experience in coping with the situation they are in lead to behaviors such as submitting to their abusive partners (perpetrators) and developing positive feelings towards these people. Ironically, such feelings are also associated with the victim's tendency to defend their abuser and justify his actions, which is consistent with the findings of Stockholm Syndrome. In such a case, although it may initially seem advantageous for the victim to establish an emotional bond with the abusive partner or to try to maintain good relations with the perpetrator, it is pathological on the borders of the syndrome. This article will focus on the clinical symptoms of Stockholm Syndrome observed in individuals exposed to partner violence, its psychopathological processes, and the approach of health care professionals to individuals with this syndrome.

**Keywords:** partner violence; stockholm syndrome; healthcare professional

<sup>1</sup> Prof. Dr., İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği AD. (Orcid no: 0000-0002-0314-6350)

<sup>2</sup> Uzm. Hemşire, North East London NHS Foundation Trust, United Kingdom (Orcid no: 0000-0002-1298-3521)

## Giriş

Stockholm Sendromu, 1973'te Stockholm'de gerçekleştirilen ve dört çalışanın rehin alındığı, altı günlük bir banka kuşatması olayı sonrasında ortaya atılmış bir kavramdır. Kuşatma boyunca rehinelerin, dinamitlerle bağlanıp bir banka kasasında tutulduğu; çeşitli tehdit ve tacizlere maruz kaldığı bilinen olayda (1), polisin kurtarma çabalarından rahatsızlık ve korku duyan rehinelerin, kurtarıldıktan sonra mahkemeye çıkarıldıklarında faillerin aleyhine ifade vermeyi reddettikleri görülür. Ayrıca, faillerin mahkeme masraflarını karşılamak için bir para toplama kampanyası başlattıkları ve sonrasında rehinelerden birinin soygunculardan biri ile nişanlandığı bildirilmiştir (1,2).

Rehinelerin kendilerini rehin alan kişilere yönelik geliştirdiği bu tutum, Abel'in ifadesiyle olay sırasında polisle birlikte çalışan İsveçli psikiyatrist Dr. Nils Bejerot (1974) tarafından Stockholm Sendromu olarak adlandırılmış (1) ve mağdurun fail ile bağ ve özdeşim kurma, iş birliği yapma, sadakat veya sempati duymaya yönelik psikolojik eğilimi olarak tanımlanmıştır (1,3). Fabrique ve arkadaşlarının aktarımına göre Ochberg (1978), farklı bir boyuttan yaklaşarak "Stockholm Sendromu" nun, fail ile rehinenin, korku, güvensizlik veya öfkesini içeren, dış dünyaya karşı ortak ilişkisi olduğunu ifade etmiş ve otoriteye duyulan güven eksikliğinin bu sendromun temel özelliği olduğunu belirtmiştir (4). Özellikle mağdurun savunmasız olduğu psikolojik bir kriz tepkisi olmaktan ziyade, Stockholm Sendromu'nun aslında devlet otoritesi ile ilişkili olduğunu savunmuştur (5). Strentz (1980) ve Ochberg (1978) ise Stockholm Sendromu'nu Freudyen bir yaklaşımla regresyon olarak açıklamıştır. Regresyon, travmatik ve yaşamı tehdit eden durumlarda benliği incinmekten ve dağılmaktan koruyan egonun savunma mekanizmasıdır (6,7). Rehinerin bu savunma mekanizmasını kullanarak; temel ihtiyaçlarını karşılamak ve hayatta kalmak için otorite figürüne bağımlı bir çocuk düzeyine gerilediği ve rehin alan kişinin mağdur için ebeveyn rolünde olduğu öne sürülmektedir. Tıpkı bir bebek gibi özgürce yemek yiyemeyen, konuşamayan veya izinsiz tuvalete gidemeyen rehiner için kendilerine yemek verilmesi gibi küçük nezaket eylemleri bir armağan olarak kabul edilmekte ve bu davranış ilkel minnettarlığı

harekete geçirmektedir (2,6,7).

Stockholm Sendromu rehine olayı ile tanınsa da, mutlaka bir rehine senaryosu gerektirmediği; bir kişinin diğerini aralıklı olarak taciz ettiği, şiddet gösterdiği, tehdit ettiği veya korkuttuğu; güç dengesinin farklı olduğu ikili ilişkilerde de görüldüğü bilinmektedir. Stockholm Sendromu'nun bu ilişkilerde görülen güçlü duygusal bağları tanımlayan travmatik bir bağlanma ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir (6).

Stockholm sendromu, bugüne kadar herhangi bir tanımlama kılavuzunda yer almamıştır. Belirli bir süre boyunca travma geçirmiş insanların davranışlarını tanımlamakla birlikte; travma ve mağduriyet literatürüne tam olarak 1970'lerin sonu ve 1980'lerin başında yerleşmiştir (6-8). Şiddete/istismara uğramış kadınlar ve çocuklar, aile içi şiddet mağdurları, savaş esirleri, toplama kampı mahkumları, dini grup üyeleri (kült vb.), ensest kurbanları, rehiner, aşırı kontrolcü/ baskıcı ilişki içinde olanlar Stockholm Sendromu için risk grupları arasında yer almaktadır (2,3). Özellikle istismara uğradığını inkâr eden, görmezden gelen ve partnerinden ayrılmayı reddeden kadın davranışlarının Stockholm Sendromu ile uyumlu olduğu belirtilmektedir (9). Dolayısıyla, istismara uğrayan bireylerin neden partnerlerinden ayrılmadıklarını ve onları savunduklarını bu sendrom ile açıklamak mümkündür (1).

## Partner Şiddeti ve Stockholm Sendromu

Partner şiddetine maruz kalmış bireyler, Stockholm Sendromu için en iyi örneklerden biridir. Partner şiddeti, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "İster özel ister kamusal alanda meydana gelsin, tehdit etme, zorlama veya özgürlükten yoksun bırakma dahil olmak üzere; kadınlara, fiziksel, cinsel veya ruhsal olarak zarar veren her türlü şiddet eylemi" olarak tanımlanmaktadır (10).

DSÖ'ye göre, partner şiddeti, hem aile içi şiddetin yaygınlığı hem de şiddetle ilişkili fiziksel ve psikolojik morbidite ve mortalite açısından küresel bir toplum sağlığı sorunudur (11) ve dünya genelinde kadınların %40 ile %70'i yakın partnerleri tarafından öldürülürken; %84'ü eş istismarına maruz kalmaktadır (12). Ambivalan duyguların sebebi olan Stockholm Sendromu'nun, rehin alınan, kaçırılan veya

istismara uğrayan kişilerin yaklaşık %25'inde görüldüğü belirtilmektedir (1).

Literatürde, şiddete uğrayan kadınların çoğunun, içinde bulunduğu durumla başa çıkamadığı ve kendilerini istismar eden faillerine (eşlerine) boyun eğdikleri; ironik bir biçimde istismarcılarına karşı olumlu duygular geliştirip, onları savunabildikleri ifade edilmektedir (13). Hatta, kadınlar, eşlerine olan koşulsuz sevgileri, aile yapısını korumaya olan inançları, ekonomik bağımsızlıklarının olmaması ya da çocuklarını en iyi şekilde korumak ve büyütme istemeleri gibi gerekçelerle ilişkide kalabilmektedir (13,14). Aynı zamanda, kültürel ve sosyal nedenlerle sessiz kaldıkları, şiddeti kabullendikleri ve yardım istemekte dahi zorlandıkları için şiddetten kurtulma olasılıklarının azaldığı belirtilmektedir (14).

Özellikle de erkeklerin kadınlardan daha üstün olduğu inancıyla yetiştirilen ataerkil aile yapısının egemen olduğu toplumlarda erkek, aile yaşamında liderliği, gücü ve kararları alan kişi olarak görüldüğü için ailenin herhangi bir üyesi, liderin isteklerini karşılamadığında şiddetle cezalandırılabilir (15,16). Erkeğin kadın üzerindeki üstünlüğü, kadınların şiddeti normal bir eylem olarak kabul etmesine ve travmatik bir bağ oluşturmaya neden olabilmektedir (15). Böyle bir durumda istismarçı partnerle duygusal bir bağ kurmak, mağdur için hayatta kalma mekanizması olabilmektedir. Mağdurun, faille arasını iyi tutmaya çalışması başlangıçta avantajlı bir durum gibi görünse de Stockholm Sendromu sınırlarında patolojiktir ve aslında mağdurun verdiği rasyonel ve bilinçli bir karar değildir (6). Bu durum, mağdurun faille kurduğu ilişkide çeşitli psikolojik belirtilerle kendini gösterebilir (Tablo 1).

Stockholm Sendromu'nun ilk ön koşulu olarak, mağdurda hayatta kalmaya yönelik algılanan bir tehdit ve bu tehdidin gerçekleşebileceğine dair inancın olması gerekir (19). Stockholm Sendromu yaşayan mağdur, kendini güçsüz ve çıkmazda hissettiği bir durumda, umudunu korumak ve dolayısıyla hayatta kalmak amacıyla failin kendisine uyguladığı istismarı akla uygunlaştırmaya (rasyonalize etme) çalışır. Mağdur, fail tarafından gördüğü istismara kendisinin neden olduğunu ve bu nedenle uygulanan şiddeti hak ettiğine inanır (20). Bu inanç, istismarın ne zaman uygulanıp ne zaman uygulanmayacağını mağdurun kontrolünde olduğu düşüncesini uyandırır ve böylece mağdur, failin istediği gibi davranırsa istismarı durdurabileceğine inanır (3). Bu inançla mağdur, istismarcının öfkelenmesine yol açabilecek herhangi bir durumdan kaçınarak, partnerinin istek ve gereksinimleri ile ilgilenir. Bu durum, mağdurun, benlik saygısı ve özgüven kaybı yaşaması, ayrılamayacak kadar depresif olması sonucu Stockholm Sendromu ile sonuçlanabilir (21). Stockholm Sendromuna sahip olan mağdur, fail ile özdeşim kurup onun söylediklerini içselleştirip, faile karşı sempati ve şefkat duymaya başlayabilir (3). Aynı zamanda, yaşadığı çatışmayı veya bilişsel uyumsuzluğu azaltmak için bilinçaltında failin tarafını tutmanın daha kolay olduğuna karar verebilir. Böylece, mağdur, çeşitli psikolojik süreçlerden (terör, tecrit, çocuklaştırma, inkar, minnettarlık ve bağlanma) geçerek failine ironik bir şekilde bağlanabilir (22). Bu sebeple, Stockholm sendromuna sahip bireylerin gerçeği değerlendirme yetilerinin bozulduğu; mağdurun gözünde failin "iyi adam" olduğu ve kurtarıcılarının ise tehdit olarak algılanabildiği ifade edilmektedir (17).

**Tablo 1.** Stockholm Sendromunun Psikolojik ve Davranışsal Belirtileri

**Psikolojik ve Davranışsal Belirtiler**

1. Faile dair olumlu duygular hissetme,
2. Faile karşı kolluk kuvvetleri ve diğer yetkililerle iş birliği yapmama,
3. Yetkililere karşı güvensizlik hissetme ve öfke duyma,
4. Failden kaçmak için çok az çaba gösterme veya hiç çaba göstermeme, kaçmak istememe (17),
5. Failin aslında iyi biri olduğuna inanma,
6. Öğrenilmiş çaresizlik ile birlikte "Eğer onu yenemeyeceksen, onunla birlikte ol" düşüncesine sahip olma,
7. Faile acıma; asıl failin mağdur olduğuna inanma,
8. Failden ayrılmaya ve iyileşmeye karşı isteksiz olma (18)

Stockholm Sendromu için ikinci ön koşul, mağdura fail tarafından sevgi veya nezaket gösterilmesidir (19). Bu döngü, mağdurun istismarcısına olan bağlılığını ve ayrılmasının neden zor olduğunu açıklamaktadır. Mağdur, yaşadığı şiddetin ardından failden küçük bir nezaket beklentisi içine girmekte ve failin iyi davranışlarıyla karşılaştıkça, kendisini faile daha yakın hissetmektedir (22). Özellikle fail kendi davranışını fark edip “düzeltme” çabası gösterdiğinde veya küçük bir iyilik yaptığında, mağdur genellikle istismarcının tamamen kötü olmadığına inanmakta ve failin değişebileceğine dair umutlanarak ilişkiye devam etmektedir (22). Böylece, yaygın olarak “şiddet döngüsü” olarak bilinen üç aşamalı süreç işlemektedir:

1. Gerilim Oluşumu: İlişkide gerginlik artmakta ve mağdur kendini sürekli tedirgin hissetmektedir.
2. Akut Şiddet: Bu aşamada fiziksel veya duygusal şiddet patlaması yaşanmaktadır.
3. Balayı Evresi: Şiddet olayının ardından fail pişmanlık hissederek, mağdura iyi davranmakta ve bu durum, mağdurun yeni bir umutla ilişkiye geri dönmesine neden olmaktadır.

Bu döngü, Stockholm Sendromu’nun gelişimine uygun bir zemin oluşturabilir. Tablo 2’de Stockholm Sendromu yaşayan mağdurların ifadelerine yer verilmiştir.

Stockholm Sendromu için üçüncü bir ön koşul, mağdurun dış dünyadan izole olmasıdır. Stockholm sendromu yaşayan bireylerin çoğunun dış dünya ile teması bulunmamaktadır (19). Üstelik, istismar eden partner izolasyonun yanı sıra, istismar davranışını birçok yönden sağlamlaştırabilmek ve bağımlılığı arttırabilmek için finansal bir borç yaratabilir, intiharla tehdit edebilir, çocukları mağdurdan uzaklaştıracaklarını söyleyebilir veya mağdurun özgüvenini ve psikolojisini olumsuz yönde etkileyecek birçok tehdit unsuru oluşturabilir. Böylece şiddet döngüsünün devamlılığını sağlar (22).

Stockholm Sendromu için son ön koşul, kaçamama algısının yaratılmış olmasıdır. Şiddeti sonlandırmak için kaçmaya çalışan mağdur, kaçmaktan vazgeçmesi için başkalarının önünde şiddete maruz bırakılarak ve toplum/ çevre nezdinde yaşanan damgalanmadan dolayı ailesinin onu bir daha geri almayacağı ve toplumda normal bir rol oynamasının mümkün olmayacağı gibi bir düşünceye/algıya sahip

**Tablo 2.** Stockholm Sendromu Olan Mağdur İfadeleri

**Stockholm Sendromu Olan Mağdur İfadeleri**

- Bana ne yaptığını biliyorum, ama onu hala seviyorum,
- Yeni bir kız arkadaşı var, onu da taciz ediyor. Mantıklı olmadığını biliyorum ama onu kıskanıyorum,
- Beni öldüreceğini söylese de aslında o kötü biri değil,
- Kaburgalarımı kırdı, ama depresif bir çocukluk geçirdiği için böyle oldu,
- Onu aldattığımı düşündüğüm için bana vurdu, ama sonra pişman olup bana çiçek aldı,
- Onu bırakamam; bana ne yapacağını bilmiyorum.

**Tablo 3.** Stockholm Sendromu için Risk Faktörleri

**Stockholm Sendromu için Risk Faktörleri:**

- Genç, beyaz ve kadın olma (5),
- Kişinin kimliğini tanımlayan kendilik değerinin düşük olması,
- Kişinin yaşamı için net bir anlam ve amaç duygusunun olmaması,
- Problem çözme becerilerinin yeterli olmaması,
- Bireyin kendi değerleri, prensipleri veya hayat görüşleri konusunda güçlü bir inanca sahip olmaması,
- Mutsuz, depresif vb. negatif duyguların olması,
- Otorite figürleri tarafından onaylanma ihtiyacının olması,
- Başka biri olma isteğinin olması (3,4)



olması sağlanmaktadır. Tüm bunların yanında yetersiz devlet desteği olması kadınları herhangi bir dış yardımın bulunmadığına inandırmakta ve bu koşullar kadınları, hayatta kalmaya yönelik psikolojik bir girişim olan Stockholm Sendromu ile birlikte kaçmak yerine hayatta kalmaya odaklanmaya zorlamaktadır (19). Hatta o kadar ki, mağdur, fail hapiste veya ölmüş olsa bile tekrar kendisine ulaşabileceği ya da geri dönebileceği korkusuyla faile sadık kalmayı sürdürmektedir (3). Bu tür yoğun ve irrasyonel bağlanma davranışlarının gelişmesinde ise bazı bireysel, ilişkisel ve çevresel risk faktörleri etkili olmaktadır (Tablo 3).

### **Stockholm Sendromu'nun Psikopatolojisi ve Sağlık Çalışanının Yaklaşımı**

Stockholm Sendromu'na farklı kuramların farklı bakış açısı bulunmaktadır.

**Psikoanalitik olarak;** aşırı kaygı yaratan otorite figürüne karşı kendini korumak için ego tarafından saldırgan ile yapılan özdeşim olarak görülmektedir.

**Psikodinamik olarak;** mağdurun, failin davranışlarını içselleştirerek onun bakış açısını ve davranışlarını anlamaya çalışması olarak değerlendirilmektedir. Mağdur ile fail arasında ilginç bir bağ olduğu; acıdığı mağdur ile bir bağ kuran failin, mağdura duygularını açtığı, geçmişini anlattığı ve bunun sonucunda aslında kendisinin değil failin bir mağdur olduğu inancı oluşan mağdur ve fail arasında "diğerlerine (polis, akraba vb.) karşı biz" biçiminde bağımlılık düzeyinde patolojik bir ilişkinin oluştuğu ileri sürülmektedir.

**Psikososyal olarak;** saldırgan ile özdeşim kuran mağdurun, uyum sağlamak adına faile karşı pozitif duygular besleyerek onu takip ettiği yönünde açıklanmaktadır.

**Davranışçı olarak;** mağdur ile fail arasında kurulan edimsel koşullanmaya dayalı bir bağ olarak görülmektedir. Failin kontrolünde olan mağdurun temel gereksinimleri (beslenme vb.) bir pekiştirici olmakta ve bunlar mağdurun faile karşı tutum ve duygularının belirlenmesinde rol oynamaktadır.

**Bilişsel olarak;** hayatta kalmak için faile iyi davranmak zorunda kalan mağdurun hissettiği suçluluk duygusunu azaltmak için bilişsel olarak

değişiklikler yaptığı ve öfkelenmek yerine fail için üzüldüğü ve böylece hissedilen suçluluğu azalttığı düşünülmektedir.

**Biyolojik olarak;** uzun süreli stres sonucu normal davranışın tersine dönmesiyle meydana gelen yarı paradoksal bir beyin davranışı olarak değerlendirilmektedir. Yüksek düzeyde adrenalin salınımı gerçekleştiğinde, hızlı, son derece ayrıntılı ve yoğun hipokampal kodlamanın ortaya çıktığı bir süreç olarak görülmektedir.

Sonuç olarak, her bir kuram farklı yönüyle ele alsa da Stockholm Sendromu travmatik bir bağlanma sürecidir ve tedavisinde de postravmatik stres bozukluğu yaklaşımı uygulanmaktadır. Stockholm Sendromu gelişen bir mağdurda gözlenen uyku bozukluğu gibi kısa süreli semptomlar genellikle farmakolojik tedaviyle desteklenmektedir. Ancak uzun süreli semptomlar için psikoterapinin yanı sıra post travmatik stres bozukluğu (PTSB) tedavisi uygulanmaktadır. Terapotik yaklaşımda, güçlü ve tutarlı destek grupları ile birlikte grup terapisinin önemli olduğu belirtilmektedir. Eğer bireyin kendi bakımını sağlaması mümkün değilse veya ortamdaki uzaklaştırılması gerekiyorsa, bir grup terapisi merkezinde bakım görmesi gerektiği vurgulanmaktadır (8).

Stockholm Sendromunda tıbbi tedavinin yanı sıra öncelikli olan en önemli bakım, mağdura küçük iyilikler yapmaktır. Bireye güvenli ve özel bir yer sağlama, stresli ortamlardan izole etme, sıcak bir içecek, bir battaniye, anlayış ve empati gösterme gibi davranışlar, istismarcının geçici ve zoraki nezaket davranışlarını, bir sağlık uzmanının gerçek nezaket eylemleriyle değiştirmek açısından son derece önemlidir. Bu tür eylemler, mağdurun yaşadığı utanç veya suçluluk duygularının üstesinden gelmesine ve alternatif seçenekleri olduğuna inanmasına yardımcı olabilir (23,24).

İstismara uğrayan bireylere yardım etmeye çalışan birçok sağlık profesyonelinin en sık şahit olduğu durum, aynı mağdurların tekrar tekrar bakıma alındığı "döner kapı sendromu" dur. Mağdur, failin kendisine misilleme yapacağı korkusuyla veya faile karşı hissettiği olumlu duygular nedeniyle başkalarının kendisini kurtarma veya faili sorumlu tutma çabalarına karşı direnç gösterir (8). Acil servise her

geldiğinde ona bakım verenlerin, tamamen samimi ve iyi niyetle söylenmiş olsa da, “Yine mi sen?”, “Artık onu bırakacak mısın?”, “Anlamıyor musun?” gibi söylem ve tepkileri karşısında, bulunduğu durumdan bir çıkış yolu olmadığına inandığı ve kendisini istismar eden kişinin bakış açısı dışındaki tüm bakış açılarından kendini izole ettiği/soyutladığı için asıl durumu anlamakta zorlanır. Özellikle ilişkiye çocukların dahil olduğu, ekonomik kaynakların olmadığı ve hiçbir yardım alamayacağına dair inancın hakim olduğu mağdur, istismarcıyı terk etmek yerine, onunla yaşamının zararlı etkilerini azaltmaya çalışmayı amaç edinir (25). Bu durum bilişsel uyumsuzluğun bir karışımı olarak Stockholm Sendromu ile sonuçlanır. Stockholm Sendromu riski olan bir mağdura yönelik sağlık çalışanının yaklaşımı şunları içermelidir (3,26):

- \* Problemi tanılama
- \* Bir güvenlik planı veya nihai bir kaçış planı geliştirmesine yardımcı olma
- \* Mağdura empati kurma ve deneyimlerini onaylama
- \* Güvenli bir ortam sağlama
- \* Mağdurun fail ile bağ kurup kurmadığını belirleme
- \* Failin onaylamadığı bir şey yaptığını düşünen mağdurda kaygı belirtileri olup olmadığını değerlendirme
- \* Mağduru, arkadaşları ve ailesi ile konuşurken gözlemleme
- \* Mağdurun fail ile geçirdiği süreyi sorgulama (Birlikte geçirilen süre arttıkça Stockholm Sendromu riski artmaktadır.)
- \* Mağdurun, kolluk kuvvetleri veya diğer yetkililer tarafından kurtarılmaya direnç gösterip göstermediğini değerlendirme
- \* Mağdurun, istismarcı ile özdeşim kurup kurmadığını değerlendirme.
- \* Mağdurun, faile karşı şükran belirtileri olup olmadığını değerlendirme
- \* Mağdurun, kendisini tutsak eden kişiye (faile) geri dönmeye çalışıp çalışmayacağını belirleme

Stockholm Sendromu olan bir mağdura yönelik sağlık çalışanının tüm yaklaşımları kişi merkezli ve problem odaklı müdahaleleri içermelidir. Bireylere iyileşmek için yeterli zaman ve alan bırakmak önemlidir. Özellikle genç çiftlerin, kişisel başa çıkma becerilerini ve benlik saygılarını

geliştirmeye yardımcı olacak programlar sağlık çalışanlarının girişimlerine dahil edilmelidir (22).

### Sonuç

Partner şiddetine maruz kalan bireylerde, Stockholm Sendromunu tanımak ve anlamak, sağlık çalışanlarının mağdura yönelik bakımda daha duyarlı, bilinçli ve etkili olmalarını sağlayacaktır. Stockholm Sendromu yaşayan bireyleri tanıyabilen sağlık çalışanları, onlara uygun psikolojik ve duygusal destek sağlayabilecek ve mağdurların travmatik bağlanma döngüsünden çıkmalarına yardımcı olabilecektir.

Stockholm Sendromu yaşayan bireyler, durumu dışarıdan gözlemleyen biri için anlaşılması zor olan tepkiler verebilir. Sağlık çalışanlarının sendrom belirtilerini göz önünde bulundurarak, mağdur ile etkili terapötik bir iletişim kurabilmesi, güven ilişkisinin oluşması, bakımın sürdürülebilirliği ve tedavi uyumu açısından son derece önemlidir. Böylece mağdurun iyileşme süreci olumlu yönde etkilenecek, nitelikli bir bakım alması mümkün olacaktır. Ayrıca, sağlık çalışanları, Stockholm Sendromu hakkında bilgi sahibi olarak, diğer sağlık profesyonellerinde de konu hakkında bilgi ve farkındalık yaratabilir, genel sağlık hizmetlerinin kalitesini artırabilir; daha etkili bir şekilde iş birliği yapabilir ve mağdura bütüncül bir bakım sağlayabilir.

Sağlık çalışanları, tüm klinik ortamlarda karşılaştıkları partner şiddeti olgularını değerlendirirken, her bir mağdur olgusunda, Stockholm Sendromu ön koşullarının varlığını dikkate almalıdır. Mağdurların, faillerinin aleyhine tanıklık etmeyi reddettiği yasal davalar için bu sendromun varlığı önemli olabilir ve dava sürecini etkileyebilir. Stockholm Sendromu herhangi bir tanılama kılavuzunda yer almıyor olsa da bu Sendromun tanımı ve terminolojisi konusunda daha net ve tutarlı tanımlar ve terimler belirlenerek yasal düzenlemeler yapılabilir. Böylece yetkililer ve ruh sağlığı çalışanları Stockholm Sendromunu değerlendirip, raporlayarak bu durumu bildirebilir. Bu doğrultuda bireylerin tedavi ve failerin dava sürecinde önemli değişiklikler yapılabilir. Özetle, Stockholm Sendromu ile ilgili özellikle ulusal düzeyde daha fazla bilgi ve araştırmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

## Kaynaklar

1. Abel EL. A Note on psychological disorders named after cities. *Names*. 2014;62(3):177–82.
2. Sharma VS [Internet]. TAB Theory of emotions: stockholm syndrome -finally decoded. 2022. [Erişim tarihi: 2 Haziran 2024]. Erişim linki: [https://www.researchgate.net/publication/357539187\\_TAB\\_Theory\\_of\\_Emotions\\_Stockholm\\_Syndrome\\_-Finally\\_Decoded](https://www.researchgate.net/publication/357539187_TAB_Theory_of_Emotions_Stockholm_Syndrome_-Finally_Decoded)
3. Raju N. Stockholm syndrome. *International Journal of Advances in Nursing Management*. 2014;2(2):109-11.
4. Fabrique N, Van Hasselt VB, Vecchi GM, Romano SJ. Common variables associated with the development of Stockholm syndrome: Some case examples. *Victims Offenders*. 2007;2(1):91-8. doi:10.1080/15564880601087266.
5. Ase C. Crisis narratives and masculinist protection. *International Feminist Journal of Politics*. 2015;17(4):595-610. doi:10.1080/14616742.2015.1042296.
6. Strentz T. The Stockholm syndrome: Law enforcement policy and ego defenses of the hostage. *Ann N Y Acad Sci*. 1980;347:137-50. doi:10.1111/j.1749-6632.1980.tb21263.x
7. Ochberg F. The victim of terrorism: Psychiatric considerations, *Terrorism*. 1978;1(2):147-68. doi:10.1080/10576107808435404
8. Chongtham S. Stockholm syndrome. *Int J Multidiscip Educ Res*. 2021;10(6):128-30.
9. Graham DL, Rawlings EI, Ihms K, Latimer D, Foliano J, Thompson A et al. A scale for identifying "Stockholm syndrome" reactions in young dating women: Factor structure, reliability, and validity. *Violence and Victims*. 1995;10(1):3–22.
10. World Health Organization [Internet]. Violence against women. 2024. [Erişim tarihi: 11 Mayıs 2025]. Erişim linki: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
11. World Health Organization [Internet]. Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013. [Erişim tarihi: 6 Temmuz 2024]. Erişim linki: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>
12. Semahegn A, Mengistie B. Domestic violence against women and associated factors in Ethiopia; systematic review. *Reproductive Health*. 2015;12:78. doi: 10.1186/s12978-015-0072-1.
13. Superable, CS. Lived experiences of battered women in Ozamiz City, Philippines. *The Qualitative Report*. 2017;22(13):3447–60.
14. Phollawan S. Battered wife syndrome: Legal proceedings in Thailand. *Journal of Applied Security Research*. 2017;12(3):415–23.
15. Adjah ESO, Agbemaflle I. Determinants of domestic violence against women in Ghana. *BMC Public Health*. 2016;16:368. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3041-x>
16. Baysan Arabaci L, Dereli F, Büyükbayram Arslan A, Taş Soylu G, Kurt A, Kurt A. University students' attitudes about violence against women in the name of honor. *J Forensic Nurs*. 2021;17(2):76-83. doi:10.1097/JFN.0000000000000319
17. Lee E. Curing beauty's Stockholm syndrome. *Criterion: A Journal of Literary Criticism*. 2020;13:1.
18. Adorjan M, Christensen T, Kelly B. Stockholm syndrome as vernacular resource. *Sociological Quarterly*. 2012;53(3):454-74.
19. Karan A, Hansen N. Does the Stockholm syndrome affect female sex workers? The case for a "Sonagachi Syndrome". *BMC International Health and Human Rights*. 2018;18:10
20. Earp BD, Wudarczyk OA, Sandberg A, Savulescu J. If I could just stop loving you: Anti-love biotechnology and the ethics of a chemical breakup. *The American Journal of Bioethics*. 2013;13(11):3-17. doi:10.1080/15265161.2013.839752.
21. Begum, S, Donta B, Nair S, Prakasam C. Socio-demographic factors associated with domestic violence in urban slums, Mumbai, Maharashtra, India. *The Indian Journal of Medical Research*. 2015;141(6):783–8.
22. McMurray A. Domestic violence: Conceptual and practice issues., *Contemporary Nurse*. 2005;18(3):219-32, doi: 10.5172/

- conu.18.3.219.
23. Bate L, Hancock D. "A little encouragement": Health services and domestic violence. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2001;14(2):49–56.
24. Rodriguez M, Sheldon W, Bauer H, Perez-Stable E. The factors associated with disclosure of intimate partner abuse to clinicians. *Journal of Family Practice*. 2001;50:338–44.
25. Lutenbacher M, Cohen A, Mitzel J. Do we really help? Perspectives of abused women. *Public Health Nursing*. 2003;20(1):36–64
26. Mazza D, Lawrence J, Roberts G, Knowlden S. What can we do about domestic violence? *Medical Journal of Australia*. 2000;20:532–35.