



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**CİNSEL İSTİSMARA UĞRAMIŞ
ÇOCUKLARDA VE EBEVEYNLERİNDE
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Şeref ŞİMŞEK

Antalya, 2010



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**CİNSEL İSTİSMARA UĞRAMIŞ
ÇOCUKLARDA VE EBEVEYNLERİNDE
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Şeref ŞİMŞEK

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Esin ÖZATALAY

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2010

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa :</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	iii
Çizelgeler Dizini	iv
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Çocuk Cinsel İstismarının Tanımı	3
2.2. Tarihçesi	4
2.3. Epidemiyolojisi	4
2.4. Çocuk İstismarı için Risk Etmenleri	6
2.4.1. Çocuk istismarı için bireysel risk etmenleri	6
2.4.2. Çocuk istismarı için ailesel risk etmenleri	7
2.4.3. Cinsel istismara ait risk etmenleri	8
2.5. Değerlendirme ve Tanı	9
2.6. Klinik Özellikler	11
2.7. Çocuk Cinsel İstismarı ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu	13
2.7.1. Bir travma olarak cinsel istismar	13
2.7.2. TSSB gelişimini belirleyen etmenler	14
2.7.3. Ebeveynlerde TSSB	17
2.8. Sosyal Destek Algıları	18
3. YÖNTEM ve GEREÇLER	20
3.1. Örneklem	20
3.2. Veri Toplama Araçları	20
3.2.1. Çocuklara uygulanan test ve ölçekler	21
3.2.1.1. <i>Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi - Şimdi ve yaşam boyu versiyonu</i>	21
3.2.1.2. <i>Çocuk ve gençler için klinisyen tarafından uygulanan travma sonrası stres bozukluğu ölçeği</i>	21
3.2.1.3. <i>Çocuklar için sosyal destek değerlendirme ölçeği</i>	22
3.2.2. Anne babalara uygulanan test ve ölçekler	22

3.2.2.1. <i>Klinisyen tarafından uygulanan travma sonrası stres bozukluğu ölçeği</i>	22
3.3. İstatistiksel Çözümleme	24
4. BULGULAR	25
4.1. Sosyodemografik Veriler	25
4.1.1. Olgu ve kontrol grubuna ait sosyodemografik veriler	25
4.1.2. Ebeveynler ve aile özellikleri ile ilgili sosyo-demografik özellikler	27
4.1.3. İstismarcılara ve cinsel istismar eylemlerinin özellikleri	28
4.1.3.1. <i>İstismarcılara ait özellikler</i>	28
4.1.3.2. <i>Cinsel istismar eylemi ile ilgili özellikler</i>	29
4.2. Cinsel İstismar ve Kontrol Gruplarındaki Psikopatolojiler	30
4.3. Çocuk ve Ebeveynlerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Bulguları	32
4.4. Sosyal Destek Ölçeğinin Olgu ve Kontrol Grubuna Ait Veriler	34
4.5. Bulgular Arasındaki İlişkiler	35
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	49
7. ÖZET	51
8. ABSTRACT	52
9. KAYNAKLAR	53
10. EKLER	64

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AÜTF ÇERSH	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Cİ	Cinsel İstismar
ÇDŞG-ŞY	Okul Çağı Çocukları için Duygulanım ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu
Ç-SDDÖ	Çocuklar için Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği
DB	Davranım Bozukluğu
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-4-TR	Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders; Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Dördüncü Baskı
SED	Sosyo- Ekonomik Düzey
SHÇEK	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TSSB-Ö	Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği
TSSB-ÖÇE	Çocuk ve Gençler İçin Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği
WISC-R	Weschler Intelligence Scale for Children – Revised; Weschler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Cizelge</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Cinsel istismar ve kontrol grubuna ait sosyo-demografik bulgular	25
4.2. Verileri tam ve eksik olan cinsel istismar olguların aile yapılarına ilişkin bulgular	26
4.3. Cinsel istismar ve kontrol gruplarının ebeveynlerine ait sosyo-demografik bulgular	27
4.4. İstismarcının özellikleri	28
4.5. Cinsel istismar eyleminin özellikleri	29
4.6. Cinsel istismar türleri	30
4.7. Cinsel istismar ve kontrol grubundaki psikiyatrik bozuklukların dağılımı	31
4.8. Gruplarda psikiyatrik bozukluk tanı sayıları	31
4.9. Çocuk ve ebeveynlerinin geçmişte maruz kaldıkları travmatik olayların sayısı	32
4.10. Çocukların ve ebeveynlerin TSSB- Ö değerlendirmeleri	34
4.11. Sosyal destek ölçeği puanları	34
4.12. Bulgular arasındaki ilişkilere ait veriler	38

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Bu çalışmanın amacı cinsel istismara uğrayan çocuklarda ve ebeveynlerindeki travma sonrası stres semptomlarının sıklığını ve şiddetini araştırmaktır. Ayrıca sosyal destek algısının cinsel travma sonrası psikopatoloji gelişimi üzerine etkisini değerlendirmektir.

Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi'nce yapılan tanımlamaya göre cinsel istismar, erişkinin çocuğu cinsel uyarılma amacıyla kullanmasıdır. Çocuk cinsel istismarı dünya çapında yaygın ve ciddi bir sorundur. Çok sayıda araştırma gözden geçirildiğinde, Cİ prevalansının kızlarda %4- 62 erkeklerde %2- 35 arasında olduğu görülmektedir (1,2). Bu oranların gerçeği yansıtmadığı, gerçek oranların on kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (3). Bu konu ile ilgili yazında Cİ için çok sayıda risk faktörlerinden bahsedilmektedir. Genel olarak bu faktörleri bireysel, ailesel ve istismarcıya ait özellikler olmak üzere üç başlık altında toplayabiliriz.

Cİ, başta TSSB ve depresyon olmak üzere pek çok ruhsal bozuklukla ilişkili bulunmuştur (4). Ayrıca, reaktif bağlanma bozukluğu, madde bağımlılığı, duygusal dengesizlik, anksiyete, intihara eğilim ve diğer kendine zarar verici davranışlar, yeme bozukluğu ve yıkıcı davranışların dahil olduğu içevurum ve dışavurum davranış problemleriyle ilişkilidir (5). Cinsel istismara uğramış çocukların %62'sinde en az bir, %29'unda iki ve daha fazla psikiyatrik bozukluk bulunduğu bildirilmektedir (6).

Çocukları cinsel istismara uğramış annelerde artmış TSSB semptomları olduğu ve bu durumun annenin geçmişinde de Cİ öyküsü varsa daha da arttığı bildirilmektedir (7). Ayrıca, annedeki cinsel istismar öyküsü çocuğun cinsel istismarı takiben uyumunu da zorlaştırmaktadır. Bu yüzden cinsel istismara uğramış çocukta tedavi planı yaparken mutlaka anneyi de dahil etmek gerekir (8). Tedavide en etkin yöntem travma odaklı- bilişsel davranışsal terapidir (9).

Sosyal desteğin, risk durumlarında uyumsuz davranışların ortaya çıkma olasılığını azaltan koruyucu bir etken olduğu belirtilmektedir. Stresli yaşam olayları karşısında, sosyal destek düzeyleri yüksek olan çocuk ve ergenlerin gösterdikleri kaygı ve depresyon belirtileri ve davranış sorunları, sosyal destek

düzeyleri düşük olan akranlarına göre daha azdır (10). Ebeveyn desteği, istismar sonrası çocuğun duygusal ve davranışsal uyumu için önemlidir (11). Sosyal desteğin olmaması ve devam eden psikososyal güçlükler kronik TSSB'nin en güçlü öngörücülerdir (12).

Özet olarak, Cİ tüm aileyi etkileyen, büyük bir travmadır. Konu ile ilgili yazında Cİ'nin çocuk üzerine etkileriyle ilgili çok sayıda araştırma olmasına rağmen, ebeveynler üzerine etkileri daha az çalışılmıştır. Bu çalışmamızda, bir grup cinsel istismara uğramış çocuk ve ebeveyninde TSSB sıklığı ve şiddetiyle, sosyal destek algısının cinsel istismarın sonuçları üzerine etkisini araştırdık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk Cinsel İstismarının Tanımı

Literatürde Cİ ile ilgili çeşitli tanımlamalar yer almaktadır. Bunlardan biri olan Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi'nce yapılan tanımlamaya göre Cİ 'bir çocuk ve yetişkin arasında gerçekleşen ve erişkinin çocuğu cinsel uyarılma amacıyla kullanmasıdır'. Bu tanım 'yaş farkının 5 yaştan fazla olması' veya 'istismarcının çocuk üzerinde güç ve kontrol kurabilecek konumda' olmasını kapsar (13).

Başka bir tanıma göre ise Cİ 'erişkinlerin çocukları kendi cinsel doyumları için kandırarak, ikna ederek, ayartarak, zorlayarak ya da mecbur bırakarak yaptıkları bir dizi cinsel davranışı içerir'. Bu davranışlar, oral, anal, vajinal penetrasyon, penetrasyona teşebbüs, giysi üzerinden veya soyarak kalça, göğüs ve genital bölgelere dokunma, teşhircilik, pornografik fotoğraflar gösterme ve fuhuş için çocuğu kullanmaktır (2).

Cinsel istismarın önemli bir kısmını ensest vakaları oluşturur. Kanunen evlenmelerine izin verilmeyen iki kişi arasındaki cinsel ilişkiye ensest denir. Anne- baba, üvey babada dahil olmak üzere akrabalar, annenin erkek arkadaşı, ebeveyn rolünü üstlenen veya üvey babanın yerine geçen kişiler ile olan bu tarz ilişkiler ensest kapsamındadır (14).

Yeni Türk Ceza Yasasında, yetişkinlere yönelik olarak gerçekleşen cinsel amaçlı eylemler 'cinsel saldırı suçu' olarak adlandırılırken, çocuklara yönelik gerçekleşen cinsel amaçlı eylemler 'cinsel istismar suçu' olarak adlandırılmaktadır. Çocuğun böyle yaşantılara maruz bırakılması suçtur ve cezai yaptırımı vardır. Yasada on beş yaş üstü çocukların uğradıkları saldırının hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneğine sahip olmaları halinde, eylemin rıza dışı ve iradeyi etkileyen bir nedenle gerçekleşmesi halini 'istismar' olarak kabul edilmiştir (15).

2.2. Tarihçesi

Ensest, bazı kültürler hariç binlerce yıldır tabu kabul edilmektedir. Kültürlerin enseste yaklaşımları farklılık sergilemektedir. Yunan mitolojisinde Odisus'un istemeden babasını öldürdüğü, annesiyle evlendiği ve gerçeği öğrenince gözlerini kör ederek kendini cezalandırdığı anlatılır. Firavunların kardeşleriyle evlenmeleri tanrısal sığata en uygun evlilik olarak kabul edilmekteydi. Yine Antik Roma'da yetişkinler ve çocuklar arasındaki cinsel ilişkinin kabul edilebilir olduğı bilinmektedir (16).

1970'lerden önce cinsel istismarın nadir olduğına inanılırdı. Bu tarihten itibaren bu konu üzerine ilgi artmış (17). Son yıllarda ölkemizde de medya aracılığıyla çocuk istismarı kamuoyunun gündemine girmiştir.

2.3. Epidemiyoloji

Çocukluk çağı Cİ'nin bildirimi son birkaç dekadda artmıştır. Sanıldığının aksine nadir bir durum değildir. Araştırmacıların değişik tanımlar kullanmaları, kullanılan yöntemlerdeki farklılıklar ve kültürel özelliklerden dolayı prevalans oranlarında farklılıklar görölmektedir (18).

İstismarın neden olduğı utanç, suçluluk gibi tepkilerden dolayı bu konunun çoğı kez gizli kalması ve sır olarak saklanması nedeniyle gerçek prevalans verilerine ulaşmak güçtür (19). Cİ'a uğrayan olguların sadece %15'inin bildirildiğı ve ABD'nde her yıl yaklaşık bir milyon çocuğun istismara uğradığı düşünöldüğünde sorunun ne kadar büyük olduğı görölmektedir (20).

Çok sayıda araştırma gözden geçirildiğinde, Cİ prevalansının kızlarda %4-62 erkeklerde %2-35 olduğı görölmektedir (1,2). Avrupa'da çocuk ve ergenlerde prevalans kızlarda %10-20, erkeklerde %3-10'dur (21). Kız çocuklar Cİ açısından erkeklerden 3 ile 10 kat daha fazla risk altındadırlar (22). Çoğı olguda istismar çocukluk ve ergenlik döneminde başlar, zaman içinde tekrarlayarak devam eder. Onsekiz yaşına kadar kızların %12-25'inin, erkeklerin %8-10'unun Cİ'a maruz kaldığını gösteren çalışmalar vardır (23).

Ölkemizde konu ile ilgili veriler sınırlıdır. Trakya Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada aile içi Cİ oranının %1,4 olduğı belirlenmiştir. Akyüz ve ark. erişkinlerle yaptıkları geriye dönük bir araştırmada ise, çocuklukta cinsel istismar

oranı %2,5 olarak belirlenmiştir. Lisede okuyan kız öğrencilerle yapılan başka bir çalışmada; %1,8 oranında ensest bildirilirken; öğrencilerin %11,3'ü çocuk iken özel bölgelerine istemedikleri bir şekilde dokunulduğunu ve %4,9'u ise cinsel ilişkiye zorlandıklarını belirtmişlerdir. Ergen Cİ'ı ile ilgili Gazi Üniversitesi Çocuk Koruma Merkezinde yürütülen bir çalışmada istismarcıların tamamının erkek olduğu görülürken; akran istismarının %33,3, bir erkek akraba tarafından istismarın %7,4, öz baba istismarının %14,8 ve yabancı istismarının %25,9 olduğu belirtilmiştir (24). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesince İstanbul'daki liselere devam etmekte olan 1955 kız çocuğu arasında yapılan bir araştırmada olguların %95,7'sinin Cİ ile ilgili soruya yanıt verdiği saptanmıştır. Bu çocukların 250'si (%13,4) Cİ'a uğradığını bildirmiştir. Bu istismarların %11,3'ü cinsel bölgelerinin ellenmesi ve %4,9'u ise cinsel ilişkiye zorlanma olarak tanımlanmıştır. Her iki tipte Cİ'a uğradığını belirtenlerin oranı ise %3 olarak saptanmıştır. Cİ bildiren çocukların %32,4'ü istismarcı ile ilişkisini sorgulayan soruya yanıt vermemiş, %50'si bir yabancı tarafından istismar edildiklerini bildirmiş, ensest durumu sadece %1,8 çocuk tarafından bildirilmiştir. Bir erkek tarafından istismar edilme oranı %92,9 iken; kadın tarafından istismar edilme oranı %5,7 ve her iki cins tarafından istismar edilme olma oranı ise %1,4 olarak saptanmıştır (25). İstanbul'da üniversite öğrencileri arasında yapılan bir araştırmada ise 302 kız öğrencinin %44,5'i 18 yaşından önce en az bir kez Cİ'a uğradıklarını bildirmişlerdir. On iki yaşından önce istismara uğradığını belirten kızların %93'ü ve 13–18 yaşları arasında istismara uğradığını belirten kızların %98'i istismarcının erkek olduğunu belirtmişlerdir. İstanbul'da yapılan bir başka çalışmada, 16 yaş öncesinde (geniş aile dâhil) aile bireyleri tarafından Cİ (ensest), üniversite öğrencilerinde %4,6, lise öğrencilerinde %4,5, ayaktan tedavi gören psikiyatri hastalarında %8,7, yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında %10,2 olarak belirlenmiştir. Aile dışındaki cinsel istismarlar da eklendiğinde bu rakamlar artmaktadır (18).

Ülkemizde cinsel istismar ile ilgili veriler kısıtlıdır. Kayıtların yetersiz tutulması ve 'soğuk' bir konu olmasından dolayı hekimlerin kaçınması bu veri azlığının nedenlerinden birkaçıdır (16). Örneğin, YÖK Ulusal Tez Merkezine

kayıtlı psikiyatri alanında çocuk istismarı konulu sadece bir adet tez bulunmaktadır.

2.4. Çocuk İstismarı İçin Risk Etmenleri

Yazında Cİ'a yönelik risk etmenleri bireysel, ailesel ve istismarcıya ait olmak üzere üç faktör etrafında toplanmaktadır. Bu risk faktörleri cinsel travmaya maruz kalma, travma sonrası gelişebilecek psikopatolojiler ve uyum süreci açısından belirleyici olmaktadır.

2.4.1. Çocuk istismarı için bireysel risk etmenleri

Cinsel istismara uğrama sıklığı yaşla artar (26). İstismara uğrayan çocuklar değerlendirildiğinde, %10'u 0–3 yaş arası, %28'i 4–7 yaş arası, %25,5'i 8–11 yaş arası ve %35'i 12–18 yaş arasında bulunmaktadır (27). Yaşın Cİ'nin sonuçları üzerine etkisi hakkındaki bulgular çelişkilidir. Bazı araştırmalar puberte öncesi etkilenenin erken çocukluk dönemi veya ergenlik dönemine göre daha yüksek olduğunu gösterirken, bazı çalışmalar ergenlik döneminde meydana gelen istismarın daha yaygın etkisi olduğunu göstermektedir. Ergenlik döneminde meydana gelen istismarın, gelişmekte olan cinsellik ve kendilik algısında sorunlara neden olduğu öne sürülmektedir. Puberte öncesi meydana gelen cinsel istismarın normal gelişim üzerine yıkıcı etkisi olacağı öne sürülmektedir (28).

Diğer bir risk etmeni cinsiyettir. Kızların erkeklerden 2 ile 5 kat daha fazla istismara uğradığı çok sayıda araştırma tarafından bildirilmektedir (5, 29). İstismar erkeklere oranla kızlarda daha fazla rapor edilmektedir. Çalışmaların çoğunluğu kızlarla ilgilidir (28).

Çeşitli nedenlerden ötürü kızlarda istismar daha fazla vurgulanır; erkeklerde istismarın şiddetinin küçümsenmesi, erkeklerin daha az etkilendiğinin farz edilmesi, erkek çocukların çeşitli nedenlerden ötürü cinsel istismar davranışını cinsel olarak yorumlamamaları, aciz olarak algılanmaktan, erkekliğin gittiği algısından utanma ve eşcinsel olarak etiketlenmekten korkma bunlardan bazılarıdır (30).

Cİ'a ait diğer bireysel risk etmenleri ise fiziksel engel, zihinsel gelişim geriliği ve bazı psikiyatrik hastalık tanılarının olmasıdır. Körlük, sağırılık, zihinsel

gelişim geriliği gibi çocuğun özellikle güven algısını bozan fizik yetersizlikler istismar riskini artırır (31,32). DEHB, KOKGB, davranım bozukluğu, bipolar bozukluk cinsel istismara uğrama riskini artırır (33). İncinebilirliğin artışı ile bağımlılık, kurum bakımı ve iletişim güçlükleri olarak tanımlanan üç etken ilişkili bulunmuştur. Cinsiyetin etkisi araştırıldığında, Cİ'a uğramış ve yetersizliği olan olgular içinde erkeklerin, kızlardan daha fazla olduğu bulunmuştur (2).

2.4.2. Çocuk istismarı için ailesel risk etmenleri

Ciddi ebeveyn çatışmaları, şiddet, ayrılık, boşanma ve ebeveyn madde kullanımının olduğu ailelerde istismar sıklığı daha fazladır (34,35). Tek ebeveyn ile yaşama, evde üvey babanın varlığı riski arttırmaktadır (26,36). Ebeveynlerin geçmişinde cinsel istismar öyküsünün olması diğer bir ilişkili etmenidir (37). Araştırmalar annenin eğitim düzeyinin düşük olmasının riski belirgin olarak arttırdığını göstermektedir. Anne babada kronik bir hastalığın olması, annenin uzun süre yokluğu, sosyal izolasyonun varlığı, katı ve cezalandırıcı ebeveynlik pek çok çalışmada riski arttıran etmen olarak belirtilmiştir (38).

Ekonomik sıkıntılar ebeveynlik davranışlarını etkiler. Daha katı, cezalandırıcı, düşmancıl ebeveynlik ve çocuklarına daha az zaman ayırma ile sonuçlanabilir. Bu şartlar altında büyüyen çocuklarda sorunlu davranışlar ortaya çıkabilir. Ensestin yaşandığı aileler genel olarak düzensiz ve işlevselliği bozuk ailelerdir. Bu ailelerde enseste yol açtığı düşünülen en önemli örüntü babanın güç ve kontrolü sağlamak için şiddete başvurduğu, ataerkil bir aile yapısıdır.

İstismarın görüldüğü ailelerde evlilik çatışmaları daha fazladır. Aile dışı kapalıdır. Aile bireyleri arasında duygusal iletişim azdır. Ebeveynler arasında güç dengesizliği bulunmaktadır. İstismarcı babaların bir kısmı pedofiliktir. Ensestin görüldüğü ailelerde anne genellikle eş ve ev kadınlığı rolünü kızına vermektedir. Anne, görünen cinsel aktiviteyi görmezden gelmeyi seçer. Anne evliliği ve düzeni bozulacağı için, kız çocuk ise utanma ve suçluluk duygularını bastırmak, aile düzeninin bozulmasını önlemek amacıyla durumu görmezden gelebilir (16, 32).

Bütün sosyoekonomik düzeyden çocuklar istismara uğrayabiliyor olmasına rağmen fakir aileden geliyor olmak istismar riskini artırır (26). SED'i düşük ailelerde çocukla daha az zaman geçirme, daha az duygusal paylaşımın olması,

katı ve cezalandırıcı disiplin Cİ riskini artırır (39). Bu ailelerde anne-babalar ebeveynlikten daha az tatmin olurlar. Bununla beraber SED'in cinsel istismar üzerine etkisi, fiziksel istismar ve ihmal kadar belirgin değildir (5,26).

Bazı araştırmalarda göçün aile işlevselliği ve çocuğun gelişimi üzerine etkisi vurgulanmaktadır. Sık taşınma ve beraberinde sosyal çevrenin değişmesi istismar olgularında sıklıkla görülür. Bu durum aynı zamanda istismar sonrası uyum sürecini de olumsuz yönde etkiler (40).

2.4.3. Cinsel istismara ait risk etmenleri

İstismarın psikiyatrik sonuçlarını değerlendiren çalışmalarda, istismarın süresi, sıklığı ve şiddeti gibi etkenler vurgulanmaktadır. Zorlama veya güç kullanımı eşlik ediyorsa, istismar uzun sürmüştse, istismarcı ile duygusal bir yakınlık varsa, cinsel eylem penetrasyon içeriyorsa psikiyatrik sonuçlar daha ağır olmaktadır (41). İstismarcının kimliği ve önceki istismar öyküsü çocuğun uyumunu zorlaştırmaktadır (42).

Saldırgan genellikle daha önceden çocuğun tanıdığı biridir. Anne, baba, kardeşler, dede, amca, kuzenler, enişte, yakın komşular, yakın arkadaş veya dost istismarcı olabilir. Aile içi istismarda en sık rastlanan istismarcı öz babadır. Bunu üvey baba takip eder. Bazı çalışmalar kardeşlerinde en az baba kadar fail olabileceğini belirtmiştir. Erkeklerin bir yabancı tarafından istismar edilme olasılığı, kızların ise aile içi istismara uğrama olasılığı daha fazladır (43). Yine aile içi istismar daha uzun sürerken, aile dışı istismarın süresi daha kısadır. İstismarın uzun sürmesinde aile bireylerinin ihmali rol oynar. Mağdur ise ya korktuğundan dolayı yada travma sonrası gelişen dissosiyatif psikopatoloji nedeniyle direnç gösteremeyebilir ve yardım isteyemeyebilir (14,18).

İstismarcılara özel bir kişilik yapısı veya demografik özellik tanımlanamamıştır. Bu kişilerin önemli bir kısmı çocukluklarında istismara uğramış kişilerdir. İstismarcılara ait bazı kişilik özellikleri sosyal teması sınırlı, içe kapanık, psikoseksüel ve sosyal açıdan immatür kişiliktir. İstismarcıların büyük kısmı çocuk tarafından bilinen, güven duyulan aile bireyi veya yakınıdır (14). ABD ulusal istatistiklerine göre istismarcıların %6,6'sı 20 yaşından küçük, %45,2'si 20-39 yaş arası, %7,2'si 49 yaşından büyüktür. İstismarcıların çoğu

çocuk tarafından bilinir. Aileden ziyade sıklıkla yakın arkadaş veya dosttur (3). İstismarcı %85- 90 oranında erkektir. Kadın istismarcı azdır (44). Bu konuda az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bununla birlikte istismarı takiben daha ağır psikopatolojiler gelişebilmektedir.

2.5. Değerlendirme ve Tanı

Cinsel istismara uğradığı iddia edilen çocuğun doktora başvurusundan sonra alınacak bilgi son derece önemlidir. Bu süreçte multidisipliner bir ekip çalışması gerekir. Değerlendirmede öykü alma, fizik inceleme, gerekli laboratuvar testler ve ayırıcı tanı basamakları yer alır (45). Değerlendirme ve tanıda hekimin rolü oldukça önemlidir. Bu sorumluluğu yerine getirirken hekim, tarafsız olmalı, yeterli adli ve tıbbi değerlendirme yapma bilgisi olmalı, empati kurabilmeli, yargılama ve yönlendiricilikten uzak olmalıdır. İstismar için en önemli kanıt çocuğun söyledikleridir (44). Çocuklara ilk sorulduğunda olasılıkla gerçek deneyimlerini inkâr edebilirler. Biraz zamana ve desteğe ihtiyaçları vardır (46). Yetersiz bilgi yasal olarak karar verilmesini, bir başka deyişle çocuğun korunmasını engellerken, yönlendirici bir görüşme ise suçsuz bir kişinin zarar görmesine yol açacaktır. Boşanma ve velayetin söz konusu olduğu durumlarda %25–50 oranında kanıtlanamayan (sahte ya da kuşkuculuğa dayanan gerçek dışı) Cİ suçlamaları ortaya çıkabilir. Velayet sorununun olmadığı durumlarda bu oran %4–9 dolayındadır. Tüm velayet davalarının ise yalnızca %2'sinde Cİ suçlaması söz konusudur (47).

Öykünün alındığı tarih ve saatin kaydı unutulmamalıdır. Muayene öncesi çocuk ve ailesi ile yapılacak olan görüşme, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ya da psikolog ile birlikte yapılmalıdır. Görüşme süresince yapılacak olan işlemler hakkında temel bilgiler verildikten sonra, hem çocuktan hem de ailesinden onam alınmalıdır. Görüşmenin amacı, olay hakkındaki öykünün toplanmasıdır. Görüşme odasında çocuk ve iki görüşmeci hariç kimse olmamalıdır. Ancak anne ve babasından ayrılmak istemeyen çocukla da zorla ayrı olarak görüşülmemelidir (48). Çocukla yapılan ilk görüşmede basit ve önemsiz sorularla yakın ve dostça ilişki kurulmaya, güven sağlamaya çalışılmalıdır. Örneğin okul durumu, yakın arkadaşları ve sevdiği şeyler sorulabilir. Öykü alınırken, öncelikle çocuğun

yakınması dinlenmelidir. Çocuğun kendi sözcükleri kullanmasına izin verilmeli ve kendi ifadesi ile kayıt edilmelidir. Görüşme açık uçlu sorularla gerçekleştirilmelidir (49). Değerlendirmeye tüm aile dahil edilmelidir. Görüşme sırasında alınacak bilgiyi arttırabilmek için resimler ve anatomik bebekler dikkatli bir şekilde kullanılabilir. Çocuğun cinsel organlar için kullandığı isimler bilinmelidir (47, 50).

Cİ'a uğramış çocuk ve gençler çeşitli fiziksel ve ruhsal belirtilerle hekime başvurabilmektedirler. Ancak bu belirtilerin hiçbirisi 'cinsel istismara' özgü bir durum değildir (32). Cİ'a uğramış bir çocuğun hekime gelmesi ve bu durumun açığa çıkması birkaç yolla olabilir. Bunlar, rutin fizik incelemenin yapılması, çocuğun Cİ'a uğradığına ilişkin şüphelerinin olması, sosyal servis ya da yasal organların çocuğun olası Cİ açısından değerlendirilmesini istemeleri ve çocuğun Cİ'ı takiben tıbbi kanıtların toplanması ve Cİ olup olmadığının saptanabilmesi amacıyla acil servis veya ilgili birime getirilmesidir. Ayrıca, Ruhsal muayenede istismar ve ihmal rutin olarak sorgulanmalıdır (51). Çocuk psikiyatrisi ayaktan hastaların bir kohort çalışmasında cinsel istismar oranı, spontan bildirim yerine direk olası istismar öyküsünü sorgulandığı zaman, %6'dan %31'e çıktığı bildirilmiştir (52). İstismarın açığa çıkması, daima istismarın sonlanmasıyla veya çocuğun stresinin azalmasıyla sonuçlanmaz (53). Cİ'ı hekim karşısına getiren tablolar karın ağrıları, rektal kanama, ata biner tarzda düşme öyküsü, kronik ya da yineleyen idrar yolu enfeksiyonlarının yanı sıra, diğer somatik yakınmalar, gebelik ve davranış sorunları olabilir. Bildirimi yapılan Cİ olgularının gerçek rakamın çok altında olması nedeniyle, hekimlerin özellikle somatik yakınmaları, gece kâbusları, okuldan-evden kaçma sorunu, gelişimsel düzeyi ile uyumsuz cinsel davranışları olan ve küçük yaşta gebe kalan tüm çocuk ve ergenler karşısında Cİ ile ilgili uygun inceleme yapmaları gereklidir. Ayrıca, vaginal-rektal kanama ve yabancı cisim, kondiloma akuminata, genital herpes, trikomoniasis, gonokokal vulvovaginit ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalığı olan ergen kızların da Cİ açısından değerlendirilmeleri önem taşımaktadır. Çocuktan alınan öykünün her zaman en temel tanı aracı olduğu unutulmamalıdır (32).

Fizik bulguları değerlendirmek için, akut olaylarda (ilk 72 saat) acil bakı gerekir. Bu hem bulguların taze iken değişmeden saptanması ve olası gebelik ya

da başka tıbbi sorunların tedavisi, hem de adli kanıtların toplanması için (sperm, kanama, saç vs) için önemlidir (54). Cİ'dan sonra ilk 72 saat içinde fizik bakı yapılan kızlarda %42-46 pozitif fizik bulgu saptanırken, daha sonraki dönemde bu oran %8'e kadar inebilmektedir. İstismarcının itirafta bulunduğu Cİ olgularında bile fizik bakı %60 oranında tamamen normaldir (49). Cİ'nin tanınmasında fizik bakı oldukça önemli bir rol oynamakla birlikte, iyi alınmış bir öyküden sonra gelir. Fizik bakı tek başına nadiren tanı koydurucudur ve olguların %92'sinden fazlasında travmanın akut ve kronik bulguları saptanamayabilir (55). Ancak unutulmaması gereken bir nokta, yeni Türk Ceza Kanunu (TCK) madde 287'ye göre genital muayenenin hâkim veya savcının kararına bağlı olarak yapılması gerektiğidir (15).

2.6. Klinik Özellikler

Çocuk sağlığı üzerinde cinsel istismarın olası etkileri psikolojik ve tıbbi sorunlarla giden geniş bir spektrum ile ilişkilidir (56). İstismar sonrası psikopatoloji gelişimi ile ilişkili bazı faktörler vardır. Bunlar arasında en öne çıkanlar çocuğunu suçlamayan ebeveyn tutumu ve çocuk/gencin ebeveyni tarafından önemsendiği algısının olmasıdır. Sosyal destek özellikle aile desteği istismar sonrası psikopatolojiyi belirlemede önemlidir (39). Ebeveyn psikopatolojisinin ebeveynlik davranışı üzerine etkisi pek çok araştırma tarafından bildirilmiştir. Ruhsal hastalıkları olan ebeveynler hem kendi ihtiyaçlarını hem de çocuklarınınkini karşılamakta zorluk çekerler. İstismarın sonuçlarına hassasiyetin önemli bir öngörücüsü de annenin alkol kullanımıdır. Bağımlı ebeveynler hem kendi durumlarını hem de cinsel istismarın olası etkilerini inkar etme eğilimindedirler. Ayrıca bu aileler çocuk için güvenilir bir ortam olmaktan uzaktır (39).

Çocuk istismarı pek çok psikopatoloji için genel, non-spesifik risk faktörüdür (57). İstismarın ruh sağlığına etkileri bugüne kadar farklı araştırma desenleriyle incelenmiştir. Bu araştırmaların bazıları çocukluk döneminde ortaya çıkan tepki ve bozuklukları incelerken, bazıları erişkinlik dönemine yansıyan sorunları araştırmayı hedeflemiştir. Sonuç olarak, istismarın erken ve geç dönemde pek çok ruhsal belirtiliyle ilişkisi gösterilmiştir (58). İstismara uğramış

çocukların hepsinde major psikopatoloji gelişmez (59). Cinsel istismara uğramış çocukların %40'ından fazlasının çok az veya hiç semptom sergilemedikleri bildirilmiştir (60). Ancak izleme dayalı veriler belirti göstermemiş çocukların %10-20'sinde 12-18 ay içinde sorunlar başlayabileceğini ortaya koymuştur (2). Cinsel istismara uğrayan çocukların klinik özellikleri yaşa bağlı değişiklikler gösterir. On yaş altı çocukların verdiği tepkiler gelişim düzeyine uygun olmayan cinsel bilgiye sahip olma, resimlerinde, oyunlarında ve davranışlarında cinsel içerikli temaların olması, sık ve ortalık yerde masturbasyon, yalnız kalmak istememe, uyku sorunları, enürezis, enkoprezis, dikkat dağınıklığı, okul ve arkadaş ilişkilerinde sorunlar sayılabilir. On yaş üstü çocukların verdikleri tepkiler arasında rasgele cinsel ilişkiye girme, tekrarlayan istismara maruz kalma, yeme bozuklukları, dissosiyatif belirtiler, madde bağımlılığı, sosyal geri çekilme, suçla yönelme sayılabilir (61).

Bazı araştırmalarda, kötü muameleye uğramış çocuklarda bebeklikte bağlanma sorunları, erken çocuklukta engellenme toleransında yetersizlik, otonom işlevsellikte gecikme ve geç çocuklukta benlik algısı ve akran ilişkilerinde sorunlar, intihar düşünce ve girişimlerinin olduğu bildirilmektedir (62). İstismara uğramış çocuklarda, suçluluk, suç işleme, madde bağımlılığı, bozulmuş cinsel işlevsellik ve tekrar kurban olmaya hassasiyet artmıştır (43). Bu çocukların daha fazla cinsel içerikli davranışlar sergiledikleri, korunmasız cinsel ilişki, birden fazla partner ve sex ticareti ile ilişkili olduklarını bildiren çalışmalar vardır (63,64). Cİ'a uğramış çocukların standardize zeka testlerinde ortalamanın altında puan aldıkları, sık sık sınıf tekrarı yaptıkları, not ortalamalarının düşük olduğu, sınıfta sosyal ve davranışsal sorunlarının olduğu, okul başarısı ve dil gelişiminde bozuklukların olduğu bildirilmiştir (65). Kronik olarak istismara uğramış gençler içinde bulundukları çevreyi anlamada daha fazla güçlük çekerler ve stresle baş etme veya problem çözme için uygun yöntemler geliştiremezler. Duygusal ve davranışsal kendini düzenlemede sorunlar ilerideki yaşamlarında daha fazla anksiyete, depresyon, bilişsel yıkım, somatizasyon, dissosiasyon, agresyon, dürtüsellik, şüphencilik ve diğer sistemik uygunsuz yanıtlara yol açabilir (2).

Cinsel istismara uğramış çocukların %62'sinde en az bir, %29'unda iki ve daha fazla psikiyatrik tanı konulur (6). Cinsel istismara spesifik bir sendrom

tanımlanmasa da agresif davranışlar, sosyal geri çekilme, somatizasyon, anksiyete, depresyon, gece terörü, uygunsuz cinsel davranışlar ve TSSB en sık bildirilen sekellerdir (66). Kızlar genellikle içe vurum bozuklukları (depresyon, anksiyete, TSSB) sergilerlerken erkekler ise daha çok dışavurum bozuklukları (ODD, agresiflik, madde kullanımı) sergilerler (28,67). Çocuk cinsel istismarının erişkin psikopatolojisi üzerine etkilerini araştıran bir çalışmada, somatizasyon bozukluğu tanısı konulan hastaların %55'i 18 yaşından önce cinsel istismara uğradığı bildirilmiştir (68). Cİ ile kendine zarar verici davranışlar ve yeme bozukluğu arasında ilişki olduğu da çeşitli araştırmalar tarafından gösterilmiştir (64,69).

Cİ'a uğramış çocuk ve gençlerde istismarın sonucu olarak en sık gözlenen patolojiler TSSB ve depresyondur (70,71). Ayrıca, reaktif bağlanma bozukluğu alkol ve madde bağımlılığı diğer sık görülen patolojilerdir (72,73). İstismar, reaktif bağlanma bozukluğu, madde bağımlılığı, duygusal dengesizlik, anksiyete, depresyon, intihara eğilim ve diğer kendine zarar verici davranışlar, yeme bozukluğu ve yıkıcı davranışların dahil olduğu içevurum ve dışavurum davranış problemleriyle ilişkilidir (5). Bunları güvenli olmayan cinsel davranışlar, obezite, düşük benlik saygısı, suça eğilim ve bilişsel, dil ve gelişimsel gecikme izlemektedir. Cİ'a uğramış kızlarda erken yaşta gebelik için risk artmıştır (74). Cinsel istismar ile dissosiyasyon arasında kuvvetli bir ilişkinin varlığı gösterilmiştir (75,76). Cinsel istismar öyküsü olanlarda non-epileptik nöbet üç kat fazladır (77). Şiddetli cinsel istismar deneyimlerinin (aile üyesi tarafından yapılmış olması, tekrarlayıcı maruziyet ve penetrasyonun olması) yetişkinlikte daha ciddi dissosiyasyon semptomlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (78).

2.7. Çocuk Cinsel İstismarı ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu

2.7.1. Bir travma olarak cinsel istismar

Travma bireyin zihinsel, ruhsal yaşamını etkileyen, günlük yaşamında olumsuz sonuçlar doğuran her türlü olay olarak tanımlanabilir. Travmayı olağan olumsuz yaşantılardan ayıran, kişinin yaşamına ve beden bütünlüğüne yönelik tehdit, şiddet ya da ölümle karşı karşıya kalmasıdır. Aynı zamanda kişi travma anında karşı konulmaz bir güç tarafından çaresiz bırakıldığını hisseder.

Denetleme, bağlantı kurma ve anlamlandırma gibi baş etme becerileri felce uğrar. Travmatik yaşantılar arasında doğal afetler, savaşlar, cinsel veya fiziksel saldırıya uğrama, çocuklukta yaşanan istismar ve ihmaller, işkence görme, zorla kaçırılma, trafik kazaları, ölümcül bir hastalığın tanısının konması, ceset görme gibi zorlayıcı ve kişinin baş etme yeteneğini aşan olaylar sayılabilir.

Cinsel istismar birçok bakımdan travmatiktir. Cİ'a uğramış çocuklar sıklıkla kendilerini fiziksel agresyonun kurbanı gibi hissederler. Cİ aynı zamanda, çocuğun güvenini kötüye kullanmadır. Bunu insanlara güvenememe ve depresyon izler. Bu çocuklar kendilerini zayıf ve dayanıksız hissederler. Utanma, düşük benlik saygısı, kendine zarar verici davranışlarla ilişkili bir travmatik döngü devam eder.

2.7.2. TSSB gelişimini belirleyen faktörler

TSSB tanısı DSM III ile sınıflandırma sistemine girmiştir. DSM-IV-TR ile çocuklar için TSSB ölçütlerinde bazı düzenlemeler yapılmıştır. DSM-IV-TR'ye göre TSSB tanısının konulabilmesi için dört ana ölçütün karşılanması gerekmektedir. Travmatik olaya maruz kalmış kişi yeniden yaşantılama, artmış uyarılmışlık ve kaçınma davranışı sergilemelidir. TSSB tanısı koymak için olay üzerinden en az bir ay geçmesi koşulu aranmıştır. Belirtilerin süresine göre bazı alt tipler tanımlanmıştır. Belirtiler üç aydan kısa sürerse 'akut', üç aydan uzun sürerse 'kronik TSSB' olarak adlandırılmıştır. Travmatik olay üzerinden altı ay kadar süre geçtikten sonra belirtiler ortaya çıktıysa 'gecikmeli başlangıçlı TSSB' olarak tanımlanmıştır (79). Üzerinde tam bir anlaşma olmamasına rağmen, kısmi TSSB, tam olarak DSM-IV-TR kriterlerini karşılamayan, fakat işlevsellikte bozulmalara yol açan anlamlı belirtilerin olduğu klinik tablodur (80). Kompleks TSSB, ko-morbid başka bir durum olsun olmasın kronik TSSB dur (81). Çocuk ve ergen TSSB yetişkin TSSB na benzer fakat çok küçük çocuklar farklı bir klinik tablo sergilerler. Çok küçük çocuklar daha az kaçınma davranışı sergilerler ve bazı TSSB semptomlarını dillendirmede güçlük çekerler (82). Bu yüzden, çok küçük çocuklarda kaçınma davranışı kriterlerini azaltmak gibi DSM IV kriterlerinin modifiye edilmesini öneren çalışmalar bulunmaktadır (83). Çocuk ve

gençlerde TSSB tanısı koymak için altın standart test Clinician Administered PTSD Scale for Children (CAPS-C)'dir.

Genel popülasyonda TSSB prevelansı %1-8 arasındadır (84). Genç popülasyonda TSSB yaşam boyu prevelansı %9,2'dir (85). Geniş kapsamlı epidemiyolojik bir çalışmada, 16 yaşındaki gençlerde, TSSB oranları kızlarda 0.7, erkeklerde 0.1 bulunmuştur (86). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada ise 12- 17 yaş arası erkeklerin %3,7'si ve kızların %6,3'ünün TSSB kriterlerini karşıladığı saptanmıştır (87). Cinsel istismar bir dizi mental hastalıkla ilişkili olsa da klinik ve klinik olmayan Cİ olgularında en yaygın tanı TSSB'dur (38). Pek çok araştırmada Cİ'a uğramış çocuk ve gençlerde TSSB sıklığının %40-50 aralığında olduğu bildirilmektedir (88,89). Çocukken istismara uğramış yetişkinlerin klinik örnekleminde, yaşam boyu TSSB oranı %46, mevcut TSSB oranı %13 bulunmuştur (90). Uzunlamasına çalışmalar, çocuklardaki TSSB semptom sayısı ve şiddetinin zamanla azaldığını göstermesine rağmen, pek çok çocuk travmadan uzun zaman sonra bile anlamlı düzeyde bozulmalar göstermektedir (91). Şiddetli istismara uğramış çocukların sadece %32'si iki yılın sonunda TSSB kriterlerini karşılamaktadır (92). İstismara uğramış çocukların bazıları aylar sonra TSSB semptomları gösterirken bazıları da az veya hiç göstermezler. Bu yüzden tekrarlayan değerlendirmelerin yapılması gerekmektedir (93).

Cİ'a uğrayan her çocukta TSSB gelişmez. TSSB nun gelişme olasılığını ve hastalığın gidişatını etkileyen üç ana faktör bulunmaktadır. Bunlar, kalıtsal hassasiyet, travmanın doğası ve içinde bulunduğu koruyucu çevredir. İstismarın şiddeti, süresi, sıklığı, beklenmezlik durumu, tehlikeye yakınlık ve stres etkeninin kontrol edilemez oluşu TSSB gelişimi için önemli risk faktörleridir (86). Tehdit veya zorlamanın olması, suçluluk hissi ve mağdur olma algısı TSSB gelişimiyle ilişkilidir (94). Wolfe ve ark. (95) tarafından yapılan bir çalışmada, istismar bir yıldan uzun sürerse %73, bir yıldan az sürerse %37 oranında TSSB geliştiği bildirilmektedir. Kadın cinsiyet, önceki travma öyküsü, psikiyatrik hastalık öyküsü, ebeveyn psikopatolojisi, sosyal destek yokluğu önemli risk etmenleridir (12,96,97). Çok sayıda travmanın tek travmadan daha şiddetli TSSB ve depresyona yol açma olasılığı fazladır (98,99). İstismara uğramış çocuğun bilişsel işlevselliği de TSSB gelişimi açısından önemlidir. Duygu işleme süreçlerinde

yetersizlik, bir stres etkenine karşı çaresizlik ve yoğun korku tepkisine yol açabilir (100). Yürütücü işlevlerde yetersizlik stres etkenine daha fazla maruz kalmaya neden olabilir (101).

TSSB gelişimi ile ilişkili aile etmenleri, aile içi şiddet, ailede TSSB öyküsü, düşük sosyal destek, yüksek çatışma, boşanma, düşük bağlılık, travmaya uygunsuz ebeveyn yaklaşımı, düşük ekonomik kaynaklardır (87,102,103). Diğer ailesel etmenler madde bağımlılığı veya depresyon gibi ebeveyn psikopatolojileri, kaçınma ve inkar ve aşırı koruyucu ebeveynliktir (12). Ebeveyn-çocuk ilişkisi sonraki TSSB gelişimi açısından en önemli belirleyicilerden biridir (104). Ebeveynlerdeki TSSB nin çocukluk çağı TSSB gelişimi için önemli risk faktörü olduğu bildirilmektedir (103,105). TSSB semptomları düşük sosyoekonomik statü, aile stresörleri, sözel ve fiziksel şiddet ile pozitif şekilde ilişkili, anneye erişebilirlik ile negatif şekilde ilişkili bulunmuştur (106). Bakım verenden ayrılma, kayıp ve yer değiştirme gibi travma sonrası stresli olayların olması durumunda TSSB gelişimi daha olasıdır (107,108).

Cinsel istismarı takiben ortaya çıkan depresif, panik ve dissosiyatif belirtiler TSSB gelişiminin habercisi olabilir. Bu semptomların varlığında dikkatli olunmalıdır (109, 110). Dışavurum semptomları olan gençler mutlaka TSSB açısından rutin olarak değerlendirilmelidir (111).

TSSB'lu bireylerin dörtte üçünde bir veya daha fazla komorbid yaşam boyu tanı öyküsü vardır. Bu tanıların içinde %37-48 ile depresyon birinci sıradadır (85). O'Donnell ve ark. (112) yaptığı bir çalışmada Cİ'ı takiben depresyon ve TSSB arasındaki örtüşme %80 oranında bulunmuştur. İstismara uğramış TSSB'lu çocuklarda diğer yaygın ko-morbid tanımlar DEHB, ODD, davranım bozukluğu, madde bağımlılığı, anksiyete, psikotik bozukluk, intihar düşüncesi ve uyum bozukluğudur (33,113). Travmaya maruz kalmış kişiler travmayla ilişkili stresle baş edebilmek için madde kullanabilirler. Dolayısıyla alkol ve madde kötüye kullanımının TSSB semptomlarının varlığı ile güçlü bir şekilde ilişkili olabileceği öngörülebilir (114). Şimdi veya yaşam boyu depresyon bildiren Cİ kurbanlarında aynı zamanda yaşam boyu TSSB bildirimi olasıdır. TSSB ile madde bağımlılığı ve davranım bozukluğu yüksek oranda ko-morbidtir (115).

Dissosiyasyon, istismara uğramış gençler tarafından yaygın olarak kullanılan, uygun olmayan bir baş etme stratejisidir. Bu stratejinin fazlaca kullanılması dikkatsizliğe sonuç olarak da akademik başarısızlığa neden olur (116, 117). Dissosiyasyonun dört bileşeni- amnezi, içine alma, pasif etkilenme ve derealizasyon/depersonalizasyon TSSB semptomlarıyla uyumludur (118). Dissosiyasyon, istismara uğramış gençler arasında intihar teşebbüsü ve kendine zarar verme davranışı için yüksek oranda öngörücüdür (119). Yeniden yaşantılama ve kaçınma semptomları cinsel istismar ve kendine zarar verici davranışlar arasındaki ilişkiye aracılık eder (120).

2.7.3. Ebeveynlerde TSSB

Ailelerin cinsel istismarın açığa çıkmasına verdikleri tepki kayıba verdikleri tepkiye benzerdir: şok ve inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme (121). Ebeveynler bunu nasıl önleyemediklerine dair suçluluk duyarlar. İstismarın açığa çıkmasına bağlı yaygın ebeveyn tepkileri; yetersiz ebeveynlik algısı nedeniyle suçluluk, çocuğa ve istismarcıya karşı ikircikli duygular, yargılama süreci hakkında endişelerdir (122). Ebeveynler çocuklarının geri dönülemez şekilde etkilendiğinden, çocuklarının homoseksüel olmasından ve istismarcı olmalarından korkarlar. Çoğu ebeveyn aşırı koruyucu olur. Çocuğun bağımsızlığını kazanmasına izin vermez. Bu durum uzarsa çocuğun normal gelişimi sekteye uğrar ve çocukların korkuları artar. Babalar, cinsel istismar hakkında konuşmanın kendilerini daha fazla öfkeliendirdiğini, istismarcıya karşı aynı şeyi yapma dileklerine karşı kendilerini kontrol edemeyeceklerini söylerler. Bu yüzden fikirlerini açık bir şekilde ifade etmekten kaçınırlar (123).

Ebeveynler çocuklarının yaşadığı sorunlardan bağımsız olarak çeşitli düzeyde stres deneyimlerler (124). İstismara uğramış çocukların anneleri daha fazla duygusal distres, daha zayıf aile işlevselliği ve ebeveynlik rolünde daha düşük tatmin bildirmektedir (125). Ebeveynlerin çoğunda bir dizi psikolojik semptomlar görülür (126).

Cinsel istismar öyküsüne sahip olan veya olmayan anneler çocuklarının cinsel istismarı sonrası artmış TSSB semptomları bildirmektedirler. Cinsel istismar öyküsü olan annelerde bu oran daha fazladır (7). Famularo ve ark. (126)

yaptığı bir çalışmada, istismara uğramış çocukların annelerinin %15.6'sının SCID ile mevcut TSSB kriterlerini, %36.7'sinin yaşam boyu TSSB kriterlerini karşıladığını, çocukların ise (*the PTSD Section of the Diagnostic Interview for Children and Adolescents, Revised 6th Version (DICA-6-R).*) %35.8'inin TSSB kriterlerini karşıladığını bildirmişlerdir. TSSB'li annelerin çocukları daha fazla TSSB semptomları sergilemektedirler.

Annedeki cinsel istismar öyküsü çocuğun cinsel istismarı takiben uyumunu zorlaştırır. Bu yüzden tedavi planı yaparken anneyi de dahil etmek gerekir (8). Tedaviye annelerde katılırsa iyileşme daha fazla olmaktadır (127). Tedavide en etkin yöntem travma odaklı- bilişsel davranışsal terapidir (128). Ebeveynlerde TSSB tepkisi yıllar sonra bile devam edebilir (129). Ebeveynler adli süreçler tarafından tekrar travmatize edildiklerini ve güçsüzlük hissettiklerini bildirirler (130). Çocuğu ifade veren ebeveynler, vermeyenlere göre daha fazla psikolojik distres gösterirler. Anne-babalar özellikle mahkemelerden dolayı daha fazla artmış uyarılmışlık ve kaçınma davranışı sergilerler (131). Destek algıları yüksek olan ebeveynler düşük olan ebeveynlere göre daha az TSSB semptomu bildirmektedirler (132).

2.8. Sosyal Destek Algıları

Cobb (1976), sosyal desteği, “işinin sevildiğine, değer verildiğine, önemsendiğine ve karşılıklı yükümlülüklerinin olduğu bir sosyal ağın üyesi olduğuna inanmasını sağlayan bilgi” olarak tanımlamaktadır (10). Sosyal desteğin, risk durumlarında uyumsuz davranışların ortaya çıkma olasılığını azaltan koruyucu bir etken olduğu belirtilmektedir. Stresli yaşam olayları karşısında, sosyal destek düzeyleri yüksek olan çocuk ve ergenlerin gösterdikleri kaygı ve depresyon belirtileri ve davranış sorunları, sosyal destek düzeyleri düşük olan akranlarına göre daha azdır (133). Yetersiz sosyal destek, madde kullanımı, suça yönelik davranışlar, kaygı ve olumsuz duygulanımın önemli bir yordayıcısıdır (134). Sosyal destek, genel psikolojik durumu kaldırmak ve psikolojik sorunları azaltmak yoluyla hemen her çocuk ve ergen için potansiyel bir yarar sağlamaktadır (135).

Algılanan sosyal desteğin, boşanmış ailelerin çocuklarında, öğrenme güçlüğü olan çocuklarda yüksek risk grubuna giren ve süreğen fiziksel hastalığı olan çocuklarda psikolojik uyum açısından olumlu sonuçlarla ilişkili olduğu bulunmuştur (136). Ebeveyn desteği, istismar sonrası çocuğun duygusal ve davranışsal uyumu için önemlidir (11). Sosyal desteğin olmaması ve devam eden psikososyal güçlükler kronik TSSB için en güçlü öngörücülerdir (12). Anne desteği çocuğun iyileşmesi için önemlidir (137).

3. YÖNTEM ve GEREÇLER

3.1. Örneklem

Bu çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğine ‘cinsel istismar’ nedeniyle başvuran 6- 17 yaşları arasında 74 çocuk ile başlanmıştır. Araştırmanın seyri sırasında 38 çocuğun veya ebeveyninin verileri çeşitli nedenlerden dolayı tamamlanamamıştır. 36 olgu ve ebeveyni araştırmanın asıl grubunu oluşturmaktadır. Verileri tamamlanamayan 38 olguda tek ebeveyn ile yaşama (n=16, %42), ebeveyn ölümü (n=6, %15,8), yabancı uyruklu olma (n=2, %5), ensest ilişki nedeniyle babanın cezaevinde olması (n=5, %13), çalışmaya katılmayı reddetme (n=8, %21) ve sağır, dilsiz olma (n=1, %2,6) bu olguların çalışma dışı bırakılma nedenleridir. Kontrol grubunu ise Antalya İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı merkez 2 no’lu sağlık ocağına başvuran, daha önce herhangi bir nedenle çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvurusu olmayan, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubu ile eşleştirilmiş 54 çocuk ve ergen ile anne ve babaları oluşturmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden bütün gönüllülerin yazılı onamları alınmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılan örneklem grubunun sosyodemografik verileri hakkında bilgi sahibi olmak amacıyla hazırlanan form anne baba ile görüşme sırasında doldurulmuştur. Form çocukların yaşı, eğitim düzeyi ve kardeş sayısı, ebeveynlerin yaş, eğitim, kronik ve psikiyatrik hastalık öyküsü ve aylık gelirleri, ailede istismar öyküsü, göçün varlığı, hasta grubundaki çocuklar için istismarın sıklığı, süresi, tipi ve istismarcıya ait verileri öğrenmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Bu görüşmede ayrıca yarı yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği olan K-SADS ve CAPS uygulanarak ardından sosyal destek ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynler ile de benzer şekilde CAPS ile klinik görüşme yapılmıştır.

3.2.1. Çocuklara uygulanan test ve ölçekler

3.2.1.1. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi - Şimdi ve yaşam boyu versiyonu (ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL)

ÇDŞG-ŞY, çocuk ve ergenlerin DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir. ÇDŞG-ŞY, Major depresyon, distimi, mani, hipomani, siklotimi, bipolar bozukluk, şizoafektif bozukluklar, şizofreni, şizofreniform bozukluk, kısa tepkisel psikoz, panik bozukluk, agorafobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, kaçınma bozukluğu, basit fobi, sosyal fobi, aşırı anksiyete/yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, karşı gelme bozukluğu, enürezis, enkoprezis, anoreksiya nervroza, bulimiya, geçici tik bozukluğu, Tourette bozukluğu, kronik motor ya da vokal tik bozukluğu, alkol ve madde kötüye kullanımı ve travma sonrası stres bozukluğu temel tanılarını içerir.

Orijinali (K-SADS-PL), Dr. Joan Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (140). 2004 yılında Gökler ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (141). ÇDŞG-ŞY, anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Eğer farklı kaynaklardan gelen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa klinisyen kendi klinik yargısını kullanır. ÇDŞG-ŞY belirtileri şimdi ve geçmişte olmak üzere “yok”, “eşik altı” ve “var” şeklinde değerlendirir, belirtilerin şiddetini değerlendirmez. Bu çalışmada ÇDŞG-ŞY uygulaması sırasında geçmişe dair psikopatoloji taranmamıştır.

3.2.1.2. Çocuk ve gençler için klinisyen tarafından uygulanan travma sonrası stres bozukluğu ölçeği (TSSB-ÖÇE/CAPS-CA)

TSSB-ÖÇE, çocuk ve ergenlerin DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki TSSB sıklığı ve şiddetini saptamak amacıyla geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir.

Nader ve arkadaşları (1996) tarafından "Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği'nden (TSSB-Ö, CAPS)" uyarlanmıştır. Orijinal hali DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) (APA 1980) ve DSM-III-R (APA 1987) ölçütlerine göre düzenlenmiş olan bu görüşme ölçeği 1998'de DSM-IV'e göre (APA 1994) yeniden gözden geçirilmiştir (Nader ve ark 1998). DSM-IV'e dayalı 17 travma sonrası stres bozukluğu belirtisini ve TSSB ile ilişkili 8 tabloyu sorgulamaktadır (142). 2007 yılında Karakaya ve ark. tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (143).

3.2.1.3. Çocuklar için sosyal destek değerlendirme ölçeği (Ç-SDDÖ)

Dubow ve Ullman (1989) tarafından, çocukların aileleri, arkadaşları (yakın arkadaşlar ve sınıf arkadaşları) ve öğretmenlerinden aldıkları sosyal desteğe ilişkin algılarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ve özgün adı 'Social Support Appraisals Scale for Children (APP)' olan ölçek, Cobb'un (1976) sosyal destek tanımını temel alan maddelerden oluşmaktadır. Maddeler çocuğun kendisini, içinde yer aldığı sosyal ağ tarafından ne derece sevilen, ilgi gösterilen, değer verilen ve kabul edilen biri olarak değerlendirdiğini ölçmektedir. İlk geliştirildiğinde 31 maddeden oluşmakta olan ölçek, daha sonra Dubow ve arkadaşları (1991) tarafından gözden geçirilerek, sınıf arkadaşları ve öğretmenlerden alınan desteğe ilişkin 10 yeni maddenin eklenmesiyle 41 maddelik son halini almıştır. Çocuklar her maddeye beşli ölçek (1 = hiçbir zaman, 2 = nadiren/çok ender olarak, 3 = bazen, 4 = çoğu zaman, 5 = her zaman) üzerinden yanıt vermektedirler. Ölçeğin özgün formundan alınabilecek en yüksek puan 205'tir (144). Ç-SDDÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2007 yılında Ilgın Gökler tarafından yapılmıştır (145).

3.2.2. Anne babalara uygulanan test ve ölçekler

3.2.2.1. Klinisyen tarafından uygulanan travma sonrası stres bozukluğu ölçeği (TSSB-Ö/CAPS)

Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği/TSSB-Ö (Clinician-Administered PTSD Scale/CAPS), Blake ve arkadaşları tarafından 1990 yılında gerek araştırma, gerekse klinik ihtiyaçlara uygun olarak geliştirilmiştir. Ölçeğe ait geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Weathers ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Savaş, doğal afet, trafik kazası, işkence, cinsel taciz ve tecavüz gibi travmalara bağlı TSSB belirtilerinin değerlendirilmesi veya herhangi bir tedavinin etkinliğinin izlenmesi için yaygın olarak kullanılan bu yarı yapılandırılmış görüşme ölçeğindeki soruların 17'si DSM-III-R'deki TSSB belirtilerini değerlendirirken, diğer 8 soru ise "TSSB na eşlik eden belirtiler" başlığı altında yer almaktadır. Bunların dışında, ölçekte belirtilerin toplumsal ve mesleki işlevsellik üzerine olan etkisi, bir önceki değerlendirmeye veya altı ay öncesine göre TSSB belirtilerinin durumu, değerlendirmenin tahmini geçerliği ve TSSB şiddetinin bütünsel değerlendirilmesi ile ilgili sorular da yer almaktadır. TSSB-Ö-1, gerek son bir ay, gerekse yaşam boyu için TSSB nu değerlendiren bir tanı aracıdır. TSSB-Ö-2 ise, TSSB belirtilerini yalnızca son bir hafta için değerlendirip bu belirtilerin kısa aralıklarla incelenmesine olanak vermektedir. Görüşmeci kendisine verilen bilginin güvenilirliğini de ölçek içinde değerlendirebilmektedir. Her madde beşli Likert tipi bir ölçekle değerlendirilir. Toplam ölçek puanı daha çok bozukluğun şiddetiyle ilgili bir fikir verip belirtilerin sıklık ve şiddet puanlarının toplanmasıyla elde edilir ve 0 ile 136 arasında değişir. Niceliksel değerlendirme dışında TSSB-Ö niteliksel bir değerlendirmeye de olanak veren, şimdiki ve yaşam boyu TSSB tanısını koydurabilen bir ölçektir. Herhangi bir TSSB belirtisinin sıklığının en az 1, şiddetinin ise en az 2 olduğu durumlarda, yani o belirtiyeye ait sıklık ve toplam puanı en az 3 ise belirti "var" olarak kabul edilmektedir. Belirti varlığını değerlendirmede başka yöntemler de olmasına karşın en sık 1+2 yöntemi kullanılmaktadır. Travmatik bir olayın tanımlanması (TSSB-Ö A) ile birlikte en az bir tekrar yaşantılama belirtisi (TSSB-Ö B), 3 kaçınma veya küntleşme belirtisi (TSSB-Ö C) ve 2 tane de uyarılmışlık hali belirtisinin (TSSB-Ö D) varlığıyla TSSB tanısı konulabilmektedir. TSSB-Ö'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1999'da Aker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (146).

3.3. İstatistiksel Çözümleme

Gruplar arasındaki farkın karşılaştırılmasında, gruplar arasındaki farkın anlamlılığı ‘student’ t testi kullanılmıştır. Gruplar içindeki karşılaştırmada iki eş arasındaki farkın anlamlılığı testi (paired t) yapılmıştır. Değişkenler arası bağlantılar, Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı ile saptanmıştır. Gereken koşullarda X^2 yapılmıştır. Bütün istatistiksel çözümlemelerde “R Foundation for Statistical Computing” (R Development Core Team 2009) kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyo-Demografik Veriler

4.1.1. Olgu ve kontrol grubuna ait sosyo-demografik veriler

Polikliniğimize cinsel istismar (Cİ) nedeniyle başvuran 5–17 yaşları arasındaki 74 olgunun ortalama yaşları $13,3 \pm SD$ idi ve 62'si (%83,7) kız 12'si (%16,3) erkek çocuklardan oluşmaktadır. Polikliniğimize cinsel istismar nedeniyle başvuran ve ilk etapta değerlendirilen 74 çocuğun sadece 3 tanesi (%4,1) adli süreçler dışında yaşadıkları bu travmatik deneyim nedeniyle ebeveynleri tarafından yardım talep etmek amacıyla başvurmuşlardır. Çalışmaya dahil olan 36 çocuktan oluşan Cİ grubu ve 54 çocuktan oluşan kontrol gruplarına ait sosyo-demografik bulgular Çizelge 4.1'de gösterilmektedir. Yöntemde tanımlanan nedenlerden dolayı verileri tamamlanamayan 38 olgu ile çalışmamıza dahil edilen 36 olgu arasında yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.1. Cinsel istismar ve kontrol grubuna ait sosyo-demografik bulgular.

	Cİ n=36(%)	Kontrol n=54(%)	p
Cinsiyet (Kız/Erkek)	29 / 7 (%80,5 / 19.5)	49 / 5 (%90,7 / % 9.3)	Ns
Yaş (yıl)	13,22±2,90	13,57±2,58	Ns
Eğitim durumu (yıl)	6,75±2,57	7,31±2,57	Ns

Cİ: Cinsel istismar
Ns- Non-Significant

Çizelge 4.2. Verileri tam ve eksik olan cinsel istismar olguların aile yapılarına ilişkin veriler.

	Cİ (n=36)	Eksik veri (n=38)	P
Yaş (yıl)	13.2 ± 2.9	13.5 ± 3.2	Ns
Eğitim (yıl)	6.8 ± 2.6	6.8 ± 2.6	Ns
Cinsiyet (kız/erkek) (%)	29 / 7 (%80.6 / 21.7)	33 / 5 (%86.8 / 13.2)	Ns
Anne yaş	38,81±5,26	36,79±7,92	Ns
Anne eğitim (yıl)	6,17±3,68	6,11±3,12	Ns
Baba yaş	42,61±5,44	41,34±8,12	Ns
Baba eğitim (yıl)	6,78±3,33	8,05±6,69	Ns

Cİ: Cinsel istismar
Ns- Non-Significant

Cİ olgu grubunda 4- 7 yaş arası 2 (%5,5), 8- 11 yaş arası 8 (%22,2) ve 12- 17 yaş arası 26 (%72,3) olgu bulunmaktadır.

Cİ grubunda bir çocukta (hipotiroidi) kontrol grubunda ise iki çocukta (astım ve kalp ritim bozukluğu) kronik hastalık öyküsü olduğu saptandı. Her iki grupta da fiziksel engeli olan çocuk bulunmamaktadır. Gruplar arasında ne fiziksel hastalık ne de kronik hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p > 0.05$).

Cİ grubunda iki olguda (%5,5) sigara kullanımı bir olguda (%2,7) madde kullanımı öyküsü bulunduğu, kontrol grubunda ise sadece bir çocukta (%1,8) sigara kullanımı olduğu saptanmıştır ($p > 0,05$).

Çalışmaya dahil edilen 36 Cİ olgusunun neredeyse tümü ($n=35$ %97,2) anne-babası ile birlikte yaşarken kontrol grubunda 48 çocuk (%88,9) anne-babası ile birlikte yaşamaktadır. Tek ebeveynle yaşama oranı (boşanma veya ebeveyn ölümü nedeniyle) Cİ grubunda %2,8 ($n=1$) iken kontrol grubunda %11,1dir. ($n=6$). Her iki grupta da tek ebeveynle yaşayan çocukların tümü anneleriyle birlikte yaşamaktalar ve kurumda kalan çocuk bulunmamaktadır. İki grup arasında tek veya iki ebeveynle yaşama açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Fisher's exact test $p=0,3$).

4.1.2. Ebeveynler ve aile özellikleri ile ilgili sosyo-demografik özellikler

Cinsel istismar ve kontrol gruplarındaki ebeveynler ve aile özellikleri ile sosyodemografik özellikler Çizelge 4.3’de gösterilmektedir. Çizelgede görüldüğü üzere kontrol grubunu oluşturan babalar Cİ olgularının babalarından daha iyi eğitim alan kişilerden oluşmaktadır. Bu farklılık dışında anne-babalar ve aile özellikleri açısından grupların benzer özellikler taşıdıkları söylenebilir.

Çizelge 4.3. Cinsel istismar ve kontrol gruplarının ebeveynlerine ait sosyo-demografik bulgular.

	Cİ n=36	Kontrol n=54	P
Anne			
Yaş (Ortalama±sd)	38,81±5,26	40,37±5,20	Ns
Eğitim düzeyi (yıl)	6,17±3,68	7±3,40	Ns
Meslek çalışıyor /çalışmıyor (%)	16 / 20 (%44.4/55,6)	17 / 37 (%31.5 / 68,5)	Ns
Baba			
Yaş (Ortalama±sd)	42,61±5,44	44±9,01	Ns
Eğitim düzeyi (yıl) *	6,78±3,33	8,57±3,72	p=0,022
Meslek çalışıyor /çalışmıyor (%)	36 / 0	53 / 1	Ns
Gelir Düzeyi:			
0–599 TL	7 (%19,4)	3 (%5,6)	Ns
600- 1999 TL	20 (%55,5)	35 (%64,8)	
2000 TL üstü	9 (%25)	16 (%29,6)	
Kardeş sayısı	2,42±0,80	2,28±1,01	Ns
Kaçıncı kardeş:			
Birinci çocuk	18	25	Ns
İkinci çocuk	10	23	
Üç ve daha fazla çocuk	8	6	
Aile içi şiddet: Var/yok	8/28 (% 22.2 / 77,8)	14/40 (%25.9 / 74,1)	Ns
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü: (Var/yok)	8/28 (%22.2/77.8)	17/37 (%31.5/68.5)	Ns
Göç Öyküsü: (Var/yok)	8/28 (%22.2/77.8)	18/36 (%33.3/66.7)	Ns

Cİ: Cinsel istismar

* t=2,334, df=88

Ebeveynler madde kullanım öyküleri açısından incelendiğinde Cİ grubunda 10 (%27,8) annenin, kontrol grubunda ise 17 annenin (%31,5) sigara alışkanlığının olduğu ($X^2=0,1411$ $p=0,7$), her iki grupta da annelerde alkol ve madde kullanımı öyküsü olmadığı görülmüştür. Cİ grubunda babaların daha fazla sigara kullanma alışkanlıklarının olduğu [Cİ $n=23$ (%63,9); kontrol $n=19$ (%35,2) $X^2=7.15$, $p=0.007$), alkol (Cİ $n=7$ (%19,4); kontrol $n=9$ (%16,7)] ve madde kullanma (her iki gruptaki babalarda yok) öyküsü açısından farklılık sergilemedikleri saptanmıştır ($p> 0.05$).

4.1.3. İstismarcıların ve cinsel istismar eylemlerinin özellikleri

4.1.3.1. İstismarcılara ait özellikler

Cinsel istismar eylemini gerçekleştiren istismarcılara ait özellikler Çizelge 4.4’de sunulmuştur. Bu çalışmaya katılan olguların hepsinde istismarcılar erkektir. İki Cİ olgusunda istismarcıya ait, yaş medeni durum gibi bilgilere ulaşılamamıştır. 36 Cİ olgusunda istismarcıların yaklaşık yarısı (%48,6) olguların önceden tanımadıkları kişilerdi, aile yakınlarının (ikisi de dayı) istismarcı olduğu sadece 2 çocuk (%5,7) vardı, geriye kalanlar (% 48,6) ise mağdurların daha önceden tanıdıkları bildikleri kişilerdi. Mağdurların 6’sında (%16,6) olgular istismarcıları ile aralarında duygusal bir yakınlık (erkek arkadaş) olduğunu tanımladılar.

Çizelge 4.4. İstismarcının özellikleri.

İstismarcı		
Yaş (yıl ort±sd)		30.2 ± 11,8
Medeni hali	Bekâr	21 (%61,7)
	Evli	12 (%35,3)
	Boşanmış	1 (%2,9)
Yakınlık:	Aile içi	2 (%5,7)
	Aile dışı tanıdık	17 (%48,6)
	Aile dışı yabancı	17 (%48,6)
Duygusal ilişki (Var/ Yok)		6 /30 (%16,6/ 83,4)

4.1.3.2. Cinsel istismar eylemi ile ilgili özellikler

Araştırma grubunda genellikle istismarcı sayısı bir idi, sadece 3 (%8,3) olguda birden fazla sayıda (2 olguda 2, bir olguda 3 istismarcı) istismarcı bulunuyordu. 36 mağdur çocuğun %11'inde (n=4) Cİ eyleminin bir yıldan uzun sürdüğü, %13,9'unda (n=5) 10'dan fazla sayıda gerçekleştiği görülmüştür. Olguların %55,6'sı sadece bir kez Cİ eylemine maruz kalmışlardır. Bu çalışmada Cİ mağdurlarının yaklaşık yarısı (%41,6) penetrasyona (oral, anal, vajinal) maruz kalmışlardı. Olguların yaklaşık olarak üçte biri eylem sırasında zorlama, onda biri ise alkol veya madde etkisi altında bulunmaktaydı. Cİ eyleminin özellikleri ile ilgili detaylı veriler Çizelge 4.5'de görülmektedir.

Çizelge 4.5. Cinsel istismar eyleminin özellikleri.

		N=36 (%)
İstismarcı sayısı:	1 kişi	33 (%91,6)
	1'den fazla	3 (%8,4)
Eylemin Süresi:	1 kez	21 (%58,4)
	1-6 ay	11 (%30,5)
	6-12 ay	0 (%0)
	1 yıldan fazla	4 (%11,1)
Eylem sayısı:	1 kez	21 (%58,4)
	1-5 kez	9 (%25)
	6-10 kez	1 (%2,7)
	10'dan fazla	5 (%13,9)
Eylem sırasında; Zorlama (var/yok)		11/25 (%30,5 /69,5)
Alkol/madde kullanımı		4/32 (%11,1 / 88,9)
Eylemin ağırlığı (penetrasyon var/yok)		15 (%41,6)/21 (%58,4)

Bu çalışmada Cİ türleri fiziksel temas (dokunma, okşama, sürtünme, öpme), teşhircilik, oral, anal, vajinal penetrasyon ve penetrasyona teşebbüs olarak tanımlandı. Bazı olgular birden fazla türde eyleme maruz kalmışlardır. Cİ eylem türlerinin dağılımına bakıldığında ağırlıklı olarak çocukların dokunma, okşama, öpme gibi sadece fiziksel temas (% 41,6) ve penetrasyon (oral, vaginal veya anal) (%41,7) şeklindeki eylemlere maruz kaldıkları görülmüştür. Penetrasyon eylemi de kendi içinde oral (%8,3), anal (%19,4) ve vaginal (%30,5) şeklinde sıralanmakta idi. Cİ mağdurlarının yaklaşık onda biri teşhircilik (%11,2) ve penetrasyon teşebbüsüne (%8,3) maruz kalmışlardı. Bu eylem türlerinin

cinsiyetlerdeki dağılımlarına bakıldığında penetrasyon tarzındaki eylemler kızlarda ağırlıktayken erkek çocukların ağırlıklı olarak sadece fiziksel temas şeklindeki eylemlere maruz kaldıkları saptanmıştır. Bu konudaki bulgular Çizelge 4.6’da sunulmuştur. Cİ grubundaki 29 kız olgunun 3’ünde (%10,3) eylem sonucunda kürtajla sonlandırılmış gebelik öyküsü vardı.

Çizelge 4.6. Cinsel istismar türleri.

	Hasta (n=36)
Sadece fiziksel temas	15 (%41,6)
Sadece teşhircilik	2 (%5,5)
Penetrasyon	15 (%41,6)
Fiziksel temas+ teşhircilik	4 (%11,1)

4.2. Cinsel İstismar ve Kontrol Gruplarındaki Psikopatolojiler

Bu çalışmaya katılan 36 Cİ olgusu ile kontrol grubundaki 54 çocuğun tümüne uygulanan yarı yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği olan ÇDŞG-ŞY göre Cİ grubundaki çocukların dörtte üçünün DSM IV tanı kriterlerine göre en az bir psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı, kontrol grubunda ise bu durumun tam tersinin olduğu saptanmıştır. Cİ grubunda sırasıyla en sık konulan tanılar TSSB (%63,8), depresyon (%22,2), anksiyete bozukluğu (%25), yıkıcı davranım bozukluğu (%8,3) idi. Anksiyete bozukluğu tanı grubu içinde özgül fobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu tanıları ve diğer tanı grubu içinde ise enürezis nokturna ve tik bozukluğu yer almaktadır. Çizelge 4.7’de görüldüğü üzere Cİ mağdurlarında depresyon, anksiyete bozuklukları ve TSSB tanıları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla görülmektedirler.

Çizelge 4.7. Cinsel istismar ve kontrol grubundaki psikiyatrik bozuklukların dağılımı.

	Cİ n=36 (%)	Kontrol n=54 (%)	P*
Depresyon	8 (%22,2)	2 (%3,7)	0,013
Anksiyete boz.	9 (%25)	4 (%7,4)	0,031
Yıkıcı davranım boz.	3 (%8,3)	1 (%1,8)	Ns
TSSB	23 (%63,8)	1 (%1,8)	0,000
Diğer	4 (%11,1)	6 (%11,1)	Ns

Cİ: cinsel istismar

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

**Fisher's Exact Test kullanılmıştır.*

Ns: Non-significant

Çizelge 4.8'de gruplardaki eş tanı sayılarının dağılımları gösterilmektedir. Cinsel istismar mağdurlarında olguların sadece dörtte birinde herhangi bir psikiyatrik bozukluğa rastlanmazken, kontrol grubunda çocukların büyük çoğunluğunda (%75) herhangi bir bozukluk olmadığı görülmüştür. Ayrıca Cİ grubunda 16 çocukta (%44,4) en az iki psikiyatrik hastalık tanısı olduğu, kontrol grubunda ise sadece bir çocukta (%1,8) iki tanı olduğu görülmüştür. İstismar grubunda 7 olguda TSSB + depresyon, 8 olguda TSSB + anksiyete bozukluğu ve 3 olguda TSSB + depresyon + anksiyete bozukluğu tanıları örtüşmektedir.

Çizelge 4.8. Gruplarda psikiyatrik bozukluk tanı sayıları.

Tanı sayısı	Cİ (n)(%)	Kontrol (n)(%)	P
0	9 (%25)	41 (%75)	
1	11 (%30,5)	12 (%22,2)	
2	12 (%33,3)	1 (%1,8)	0,000*
2'den fazla	4 (%11,1)	0 (%0)	

* $\chi^2=31,491$, $df=3$

Cİ: Cinsel istismar

4.3. Çocuk ve Ebeveynlerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Bulguları

Çalışmaya katılan bütün denekler geçmişlerinde yaşadıkları travmalar açısından sorgulanmışlardır. Sorgulanan travmatik olaylar; doğal afetler, yangın/patlama, motorlu araç kazası, gaz ya da kimyasallar gibi tehlikeli maddelere maruz kalma, tokatlama, yumruklama, saldırı ya da darbeye maruz kalma, silahlı saldırıya uğrama, cinsel istismar, savaş, kaçırılmak, ölüme yol açabilecek yaralanma ya da hastalık yaşamak, şiddet içeren bir ölümle karşılaşmak, bir yakının ölümü, birisinin kasıtlı ya da kazara yaralanmasıdır. Bu sorgulamada çocukların ve ebeveynlerin geçmişte maruz kaldıkları travmatik yaşantıların sayıları belirlenmiştir. Cİ grubunda ebeveynlerin hiçbiri geçmişte cinsel istismara maruz kalmadıklarını bildirmişler. Bu bulgu benzer şekilde kontrol grubu ebeveynlerinde de geçerlidir. Çizelge 4.9’da görüldüğü gibi Cİ olguları ve ebeveynlerinin geçmişte maruz kaldıkları travmatik olayların sayısı kontrol grubu ile benzerdir.

Çizelge 4.9. Çocuk ve ebeveynlerinin geçmişte maruz kaldıkları travmatik olayların sayısı.

	Travma sayısı	Cİ	Kontrol	P
Çocuk	0	23	35	Ns
	1	9	18	
	2	3	1	
	3	1	0	
Anne	0	21	29	Ns
	1	13	19	
	2	2	6	
	3	0	0	
Baba	0	26	31	Ns
	1	8	19	
	2	2	3	
	3	0	1	

Ns: Non-significant
Cİ: Cinsel istismar

TSSB-Ö bilindiği üzere TSSB için hem bir tarama ölçeği hem de var olan belirtilerinin şiddetlerinin belirlendiği bir ölçektir. Yukarıda görüldüğü üzere çocuklar ve ebeveynleri yaşamları boyunca farklı travmatik yaşantıları tanımlamaktadırlar. Bu çalışma sırasında TSSB-Ö uygulanırken Cİ grubundaki bireyler öncelikle yaşadıkları Cİ eylem, kontrol grubu ise yaşadıklarını bildirdikleri travmatik olay açısından sorgulanmışlardır. Çizelge 4.10'da çocuklar ve ebeveynlerin TSSB-Ö'den elde edilen bulguları sunulmuştur.

Cİ grubunda mağdurların dörtte üçünden fazlası (%77,7), annelerin neredeyse hepsi (%91,6), babaların ise dörtte üçü (%75) çocuğun yaşadığı cinsel istismar eylemini travmatik bir olay olarak algıladıklarını (TSSB-Ö A tanı ölçütünü karşılama) belirtmişlerdir. Kontrol grubunda ise çocukların %1,8'i (n=1), annelerinin %8,3'ü (n=3) bir kazayı travmatik yaşantı olarak tanımlarken bu grupta bir baba (%1,8) yaşadığı depremi travmatik olarak algıladığını belirtmiştir. TSSB için tarama ölçeği olan bu ölçeğe göre Cİ'a maruz kalan çocuklar (yaklaşık üçte ikisi) ve ebeveynlerin (annelerin dörtte üçü, babaların üçte ikisi) kontrol grubuna (çocuklar ve babalarda %1,8, annelerde %8,3) göre anlamlı düzeyde daha fazla TSSB tanı ölçütlerini karşıladıkları görülmüştür (Çizelge 4.10).

TSSB'nda yeniden yaşantılama (TSSB-Ö B), kaçınma (TSSB-Ö C), artmış uyarılmışlık (TSSB-Ö D) belirtilerinin şiddetlerine bakıldığında da Cİ mağdurlarında ve ebeveynlerinde her üç belirti kümesinin de kontrol grubundaki çocuk ve ebeveynlerine göre anlamlı derecede şiddetli olduğu saptanmıştır.

Her iki grupta da çocukların TSSB-Ö B (yeniden yaşantılama), TSSB-Ö C (kaçınma) ve TSSB-Ö D (artmış uyarılmışlık) alt ölçek puanları ve anne-babaların alt ölçek puanları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak farklılık olmadığı görülmüştür. Benzer karşılaştırma anne ve babalar arasında yapıldığında da fark bulunamamıştır.

Çizelge 4.10. Çocukların ve ebeveynlerin TSSB- Ö değerlendirmeleri.

		Cİ N=36 (%)	Kontrol N=54 (%)	
Çocuk	TSSB-Ö A	28 (%77,7)	1 (%1,8)	p<0.0000001*
	TSSB-Ö B	13,47±9,20	0,11±0,81	t=-8,684, df=35,367, p=0,00
	TSSB-Ö C	11,17±9,29	0,07±0,54	t=-7,151, df=35,16, p=0,00
	TSSB-Ö D	8,67±8,15	0,09±0,68	t=-6,293, df=35,325, p=0,00
	TSSB tanısı alan	23 (%63,8)	1 (%1,8)	p <0.0000001*
Anne	TSSB-Ö A	33 (%91,6)	3 (%8,3)	p <0.0000001*
	TSSB-Ö B	13,58±8,31	0,59±2,78	t=-9,04, df=40,28, p=0,00
	TSSB-Ö C	11,78±7,78	0,57±2,73	t=-8,307, df=40,804, p=0,00
	TSSB-Ö D	9,56±7,10	0,39±1,69	t=-7,602, df=37,683, p=0,00
	TSSB tanısı alan	27 (%75)	3 (%8,3)	p <0.0000001*
Baba	TSSB-Ö A	27 (%75)	1 (%1,8)	p <0.0000001*
	TSSB-Ö B	12,78±9,01	0,2±0,49	t=-8,293, df=36,291, p=0,00
	TSSB-Ö C	10,28±8,74	0,17±1,22	t=-6,892, df=35,917, p=0,00
	TSSB-Ö D	7,81±7,6	0,2±1,49	t=-5,925, df=36,817, p=0,00
	TSSB tanısı alan	23 (%63,8)	1 (%1,8)	p <0.0000001*

Cİ: Cinsel İstismar

* Fisher's Exact Test kullanılmıştır.

4.4. Sosyal Destek Ölçeğinin Olgu ve Kontrol Grubuna Ait Verileri

Bu çalışmaya katılan çocuk ve ergenlerin sosyal destek algılarına ait bulgular Çizelge 4.11'de görülmektedir. Cinsel istismar grubunda üç çocuk dokuz yaşından küçük olduğu için SDÖ'ni dolduramamıştır. Cİ mağdurlarının böylesi travmatik bir yaşantısı olmayan yaşlıları ile karşılaştırıldıklarında algıladıkları sosyal destek düzeyinin farklı olmadığı saptanmıştır.

Çizelge 4.11. Sosyal destek ölçeği puanları.

	Cİ n=33	Kontrol n=54	P
SDÖ Arkadaş	71,27±15,76	76,3±8,79	Ns
SDÖ Aile	47,67±11,95	48,91±7,66	Ns
SDÖ Öğretmen	38±6,86	38,93±5,93	Ns
SDÖ Toplam	156,94±30,49	164,13±17,32	Ns

Cİ : Cinsel istismar

SDÖ: Sosyal destek ölçeği

Cİ mağduru olan çocuklar depresyonu olan (n=8) ve olmayanlar (n=28) diye iki grubu ayrılarak SDÖ puanları karşılaştırılmıştır. Bu analizde depresyonu olan grupta SDÖ'nin aile alt ölçeğinde olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha az puan aldıkları görülmüştür. (depresyon (-) grupta SDÖ aile alt ölçeği puan ortalaması $50,5 \pm 10$, depresyon (+) grupta ise $37,1 \pm 13,3$) ($t=2,9$, $df=31$, $p=0,007$). Depresyonu olan grupta SDÖ toplam puanı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha azdı. (depresyon (-) grupta SDÖ toplam puan ortalaması $163 \pm 26,7$, depresyon (+) grupta ise $134 \pm 34,6$) ($t=2,386$, $df=31$, $p=0,023$).

Benzer şekilde Cİ mağduru olan çocuklar TSSB olan (n=22) ve olmayanlar (n=11) diye iki grubu ayrılarak SDÖ puanları karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında SDÖ toplam ve alt ölçek puanları anlamlı farklılık göstermiyordu.

4.5. Bulgular Arasındaki İlişkiler

Cinsel istismara uğramış çocuklarda yaşla TSSB belirti şiddetleri arasında anlamlı pozitif ilişki varken Cİ'a maruz kalmamış yaşlılarında bu ilişkinin anlamlı olmadığı görülmüştür.

Cİ mağduru çocukların yaşları ile ebeveynlerindeki TSSB-Ö alt ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde sadece daha büyük çocukların annelerindeki yeniden yaşantılama belirtilerinin (TSSB-Ö B) daha şiddetli ($p=0.04$) olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda çocuğun yaşı ile ne annelerin ne de babaların TSSB-Ö alt ölçek puanları arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubunu oluşturan çocukların SDÖ puanları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen Cİ mağduru çocuklarda yaş ile ailelerinden ($p=0.03$) ve öğretmenlerinden ($p=0.03$) aldıkları sosyal destek arasında anlamlı negatif ilişki olduğu görülmüştür.

Her iki grupta da anne ve babaların yaşları ile çocukların ve ebeveynlerin TSSB-Ö alt ölçek puanları ve çocukların algıladıkları sosyal destek puanları (alt ölçekler ve genel toplam) arasında ilişkilerin anlamlı olmadığı görülmüştür. Ancak yapılan korelasyon analizlerinde ebeveynlerin eğitim düzeyleri arttıkça Cİ mağduru olan çocukların algıladıkları sosyal desteğin anlamlı düzeyde arttığı görülmüştür. Benzer ilişki kontrol grubunda anlamlı düzeyde değildir. Her iki

grupta da ebeveynlerin eğitim düzeyleri ile çocukların TSSB-Ö alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Ebeveynlerin eğitim düzeyleri ile kendi TSSB-Ö alt ölçek puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde sadece Cİ mağduru çocukların hem anne hem de babalarının eğitim düzeyi arttıkça babalardaki yeniden yaşantılama belirtilerinin (TSSB-Ö B) şiddetinde azalma (sırasıyla $p=0.02$, $p=0.02$) saptanırken kontrol grubundaki ebeveynlerde benzer ilişkinin olmadığı görülmüştür.

Her iki gruptaki çocuklarda ve ebeveynlerde beklenildiği gibi yeniden yaşantılama (TSSB-Ö B), kaçınma (TSSB-Ö C) ve artmış uyarılmışlık (TSSB-Ö D) belirtilerinin şiddetleri kendi içlerinde anlamlı düzeyde pozitif ilişkilidir. Kontrol grubundaki çocukların TSSB-Ö alt ölçek puanları ile anne ve babalarının alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken Cİ mağduru olan çocukların TSSB-Ö'ndeki her üç belirti kümesinin şiddeti arttıkça babalarındaki belirtilerin şiddetlerinin de arttığı saptanmıştır. Bu çocukların annelerinde sadece TSSB-Ö B alt ölçek puanları ile çocukların TSSB-Ö alt ölçeklerinin tümü pozitif ilişkilidir.

Kontrol grubundaki annelerin TSSB-Ö (B,C,D) alt ölçek puanları ile babaların alt ölçek puanları anlamlı düzeyde pozitif ilişkilidir. Ebeveynlerin TSSB-Ö alt ölçek puanları arasındaki ilişki örüntüleri Cİ grubu ebeveynlerde kontrol ebeveynlerden biraz farklılık sergilemektedir. Cİ grubu annelerdeki TSSB-Ö D puanları ile babaların TSSB-Ö alt ölçek puanlarının hiçbirisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Sosyal destek ölçeği verilerine bakıldığında her iki gruptaki çocukların SDÖ'deki alt puanlarının beklendiği gibi kendi içlerinde pozitif ilişkili olduğu ve çocuklarda TSSB-Ö alt ölçek puanları ile bu ölçek puanları arasında bir ilişki bulunmadığı görülmüştür. Ebeveynlerin TSSB-Ö alt ölçek puanları ile çocukların SDÖ toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkilere bakıldığında sadece kontrol annelerdeki TSSB-Ö C alt ölçek puanları arttıkça çocukların ailelerinden gelen sosyal destek algısının azaldığı ($p=0.03$) saptanmıştır.

Cinsel istismara uğrayan çocuklarda beklenilebileceği gibi istismar süresi ile istismar eyleminin sayısı arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki olduğu görülmüştür ($r=0.95$ $p=0.00$). Ancak ne istismar süresi ne de maruz kalınan

eylemin sayısı ile TSSB_Ö'deki yeniden yaşantılama (sırasıyla $r=0.11$ ve $r=0.13$ $p>0.05$), kaçınma (sırasıyla $r=0.48$ ve $r=0.11$ $p>0.05$) ve artmış uyarılmışlık (sırasıyla $r=0.08$ ve $r=0.15$ $p>0.05$) belirtilerinin şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Ayrıca çocukların maruz kaldıkları eylemin süresi ve sayısı ile çocuklardaki psikiyatrik bozuklukların sayısı arasında da (sırasıyla $r=0.03$ ve $r=0.12$ $p>0.05$) anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bulgular arasındaki korelasyonlara ait veriler Çizelge 4.12'de sunulmuştur.

Çizelge 4.12. Bulgular arasındaki ilişkilere ait veriler.

grup2		yas	A_eyili	B_eyili	C_CAPS_B	C_CAPS_C	C_CAPS_D	A_CAPS_B	A_CAPS_C	A_CAPS_D	B_CAPS_B	B_CAPS_C	B_CAPS_D	SDO_ark	SDO_aile	SDO_ogr	SDO_top	
n=36	yaş	r		0,157	0,075	0,13	0,13	0,13	0,038	-0,005	0,094	0,13	0,13	0,13	-0,042	-0,145	-0,152	-0,138
		P		0,258	0,59	0,348	0,348	0,348	0,783	0,972	0,497	0,348	0,348	0,348	0,765	0,296	0,272	0,321
	A_eyili	r	-,47**		,511**	0,163	0,163	0,163	-0,127	-0,126	-0,137	-0,081	-0,081	-0,081	-0,016	0,035	-0,219	-0,068
		P	0,004		0	0,239	0,239	0,239	0,359	0,364	0,323	0,558	0,558	0,558	0,91	0,803	0,112	0,628
	B_eyili	r	-,40*	,830**		-0,021	-0,021	-0,021	-0,175	-0,15	-0,134	-0,133	-0,133	-0,133	0,074	0,068	-0,09	0,037
		P	0,015	0		0,878	0,878	0,878	0,205	0,279	0,333	0,337	0,337	0,337	0,594	0,625	0,517	0,791
	C_CAPS_B	r	,357*	0,079	0,02		1,000**	1,000**	-0,03	-0,029	-0,032	-0,019	-0,019	-0,019	-0,099	0,056	-0,068	-0,049
		P	0,033	0,646	0,907		0	0	0,832	0,834	0,82	0,892	0,892	0,892	0,475	0,688	0,623	0,725
	C_CAPS_C	r	,436**	0,052	-0,017	,871**		1,000**	-0,03	-0,029	-0,032	-0,019	-0,019	-0,019	-0,099	0,056	-0,068	-0,049
		P	0,008	0,764	0,921	0		0	0,832	0,834	0,82	0,892	0,892	0,892	0,475	0,688	0,623	0,725
	C_CAPS_D	r	,558**	-0,059	-0,144	,817**		,909**	-0,03	-0,029	-0,032	-0,019	-0,019	-0,019	-0,099	0,056	-0,068	-0,049
		P	0	0,733	0,401	0		0	0,832	0,834	0,82	0,892	0,892	0,892	0,475	0,688	0,623	0,725
	A_CAPS_B	r	,340*	-0,127	-0,159	,382*		,426**	,390*		,939**	,928**	,668**	,668**	0,243	-0,234	0,02	0,027
		P	0,042	0,459	0,355	0,021		0,01	0,019		0	0	0	0	0,076	0,088	0,887	0,849
	A_CAPS_C	r	0,2	-0,263	-0,306	0,185	0,249	0,183	,835**		,818**	,377**	,377**	,377**	0,256	-,294*	0,09	0,031
		P	0,241	0,121	0,07	0,279	0,143	0,287	0		0	0,005	0,005	0,005	0,062	0,031	0,518	0,826
	A_CAPS_D	r	0,32	-0,256	-0,318	0,107	0,216	0,209	,650**		,675**	,785**	,785**	,785**	0,254	-0,141	-0,014	0,062
		P	0,057	0,132	0,059	0,535	0,205	0,221	0	0		0	0	0	0,064	0,31	0,92	0,657
	B_CAPS_B	r	0,283	-,389*	-,381*	,386*	,449**	,370*	,483**	,570**	0,269		1,000**	1,000**	0,121	0,02	-0,138	0,023
		P	0,094	0,019	0,022	0,02	0,006	0,026	0,003	0	0,112		0	0	0,382	0,887	0,318	0,869
	B_CAPS_C	r	0,224	-0,136	-0,165	,463**	,536**	,433**	,477**	,552**	0,283	,865**		1,000**	0,121	0,02	-0,138	0,023
		P	0,188	0,428	0,336	0,004	0,001	0,008	0,003	0	0,094	0		0	0,382	0,887	0,318	0,869
	B_CAPS_D	r	0,312	-,335*	-0,29	,346*	,453**	,403*	,424**	,483**	0,309	,842**	,827**		0,121	0,02	-0,138	0,023
		P	0,064	0,046	0,086	0,039	0,006	0,015	0,01	0,003	0,067	0	0		0,382	0,887	0,318	0,869
	SDO_ark	r	-0,20	,526**	,358*	-0,03	-0,072	-0,174	0,005	-0,056	-0,124	-0,026	0,01	-0,062		0,265	,621**	,838**
		P	0,261	0,002	0,041	0,868	0,692	0,332	0,976	0,755	0,493	0,886	0,957	0,732		0,053	0	0
	SDO_aile	r	-,37*	,565**	,444**	-0,104	-0,166	-0,237	-0,098	-0,192	-0,217	-0,177	-0,058	-0,187	,630**		,310*	,683**
		P	0,034	0,001	0,01	0,565	0,355	0,184	0,586	0,284	0,224	0,325	0,75	0,298	0		0,023	0
	SDO_ogr	r	-,38*	,487**	,348*	-0,167	-0,114	-0,236	0,036	0,023	-0,039	0,034	0,142	0,067	,657**	,680**		,795**
		P	0,028	0,004	0,047	0,353	0,528	0,186	0,842	0,897	0,829	0,851	0,431	0,713	0	0		0
	SDO_top	r	-0,33	,603**	,438*	-0,094	-0,128	-0,236	-0,028	-0,099	-0,158	-0,075	0,014	-0,09	,912**	,871**	,831**	
		P	0,056	0	0,011	0,604	0,478	0,186	0,879	0,583	0,38	0,678	0,937	0,617	0	0	0	

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada genel olarak cinsel istismara uğrayan çocukların kontrol grubu çocuklarına göre başta TSSB ve depresyon olmak üzere daha fazla psikiyatrik tanı aldıkları saptanmıştır. Ayrıca bu çocukların anne ve babalarında da kontrol grubu anne ve babalarına göre TSSB daha fazla oranda görülmektedir.

Çalışmamızda Cİ mağdurlarına en sık konulan tanı (%63,8) TSSB'dur. Bunu depresyon ve anksiyete bozuklukları takip etmektedir. Çocuk istismarı pek çok psikopatoloji için genel, non-spesifik risk faktörüdür (57). İstismarın ruh sağlığına etkileri bugüne kadar farklı araştırma desenleriyle incelenmiştir. Bu araştırmaların bazıları çocukluk döneminde ortaya çıkan tepki ve bozuklukları incelerken, bazıları erişkinlik dönemine yansıyan sorunları araştırmayı hedeflemiştir. Sonuç olarak, istismarın erken ve geç dönemde pek çok ruhsal belirtiliyle ilişkisi gösterilmiştir (58). Cİ'a uğramış çocukların kısa dönemde anksiyete bozuklukları, depresyon, davranım bozuklukları, akademik başarıda düşme, özgüven azlığı ve kendine zarar verici davranışlar sergiledikleri, uzun dönemde ise depresyon, anksiyete bozuklukları, somatizasyon bozukluğu ve kişilik bozukluğu sergiledikleri bildirilmektedir (28,58,67,68). Yazında Cİ'a uğramış çocuk ve gençlerde istismarın sonucu olarak en sık gözlenen patolojilerin TSSB ve depresyon olduğu belirtilmektedir (38,70,71). Pek çok araştırmada Cİ'a uğramış çocuk ve gençlerde TSSB sıklığının %40-50 aralığında olduğu bildirilmektedir (88,89). Ayrıca, reaktif bağlanma bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığı diğer sık görülen patolojilerdir (72,73). Çalışmamızın kesitsel bir çalışma olması ve çocukların eylemden kısa bir süre sonra değerlendirilmeleri nedeniyle istismarın uzun dönem etkileri değerlendirilmemiştir.

Cİ grubunda depresyon tanısı alan sekiz olgunun yedisinde ve anksiyete bozukluğu tanısı alan dokuz olgunun sekizinde komorbid TSSB tanısı bulunmakta idi. Başka bir ifade ile TSSB'lu bireylerin üçde birinde depresyon, üçde birinde ise diğer anksiyete bozuklukları komorbid tanılardı. Yazında TSSB'lu bireylerin dörtde üçünün bir veya daha fazla komorbid yaşam boyu tanı aldıkları bildirilmektedir. Bu tanılar içinde %37-48 ile depresyon birinci sıradadır (85). İstismara uğramış TSSB'lu çocuklarda diğer yaygın ko-morbid tanılar DEHB,

ODD, davranım bozukluğu, madde bağımlılığı, anksiyete, psikotik bozukluk, intihar düşüncesi ve uyum bozukluğudur (33,113). Cİ uğramış grupta TSSB belirtilerinin diğer psikopatolojilerin gelişimi için bir risk veya öngörücü belirtisi olabileceği düşünülmektedir.

İstismara uğramış çocukların hepsinde major psikopatoloji gelişmez (59). Çalışmamızda Cİ mağdurlarının %75'i en az bir psikiyatrik tanı almakla birlikte %25'i herhangi bir psikiyatrik tanı almadı. Yazında cinsel istismara uğramış çocukların %62'sinde en az bir, %29'unda iki ve daha fazla psikiyatrik tanı aldıkları bildirilmektedir (6). Cinsel istismara uğramış çocukların %40'ından fazlasının çok az veya hiç semptom sergilemedikleri bildirilmiştir (60). İstismara uğramış çocukların bazıları aylar sonra TSSB semptomları gösterirler, bazıları da az veya hiç göstermezler. 'Uyku etkisi' olarak tanımlanan bu fenomen akılda tutularak, belirtisiz olduğu saptanan Cİ mağdurlarının zaman içinde tekrar değerlendirilmelerinin uygun olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda cinsel istismar mağdurlarının yarısından fazlasının sadece bir kez böyle bir travmaya maruz kaldıkları, üçte birinin eylem esnasında zorlama ve güç kullanımına maruz kaldıkları belirlenmiştir. Ayrıca mağdurların yaklaşık yarısı (%41,6) penetrasyon içeren bir eyleme maruz kalmışlardı. Çalışmamızda istismar süresi ve sıklığı ile tanı sayısı arasında bir ilişkinin bulunup bulunmadığına bakıldı. Eylemin süresi ve sıklığı ile tanı sayısı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı. Yazında istismar uzun sürmüştse, zorlama veya güç kullanımı eşlik ediyorsa, cinsel eylem penetrasyon içeriyorsa psikiyatrik sonuçların daha ağır olduğu belirtilmektedir (41). İstismarın şiddeti, süresi, sıklığı, beklenmezlik durumu, tehlikeye yakınlık ve stres etkeninin kontrol edilemez oluşu TSSB gelişimi için önemli risk faktörleridir (86). Tehdit veya zorlamanın olması, suçluluk hissi ve mağdur olma algısı TSSB gelişimiyle ilişkilidir (94). Çalışmamızda istismar süresi ve sıklığı ile çocuğun TSSB-Ö puanları arasında bir ilişki bulunamadı. Bu durum örneklem sayısının az ve kesitsel bir çalışma olmasından kaynaklanıyor olabilir. İstismar süresi ve sıklığı ile tanı sayısı arasında ilişkinin bulunamaması, mağdurların yarısından fazlasının sadece birkez eyleme maruz kalmaları ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bununla beraber dörtte üçünün en az bir psikiyatrik tanı aldıkları göz önüne alındığında,

çocuklarda cinsel istismar süresinden ve maruz kaldıkları eylem sayısından bağımsız olarak daha fazla sayıda psikiyatrik bozukluk ortaya çıktığına işaret etmektedir.

Bu çalışmada ebeveynlerde TSSB tanısının varlığı ve şiddeti de araştırılmış ve cinsel istismara uğramış çocukların annelerinin kontrol grubu annelerinden anlamlı ölçüde daha fazla TSSB belirtileri sergiledikleri saptanmıştır. Benzer şekilde babalarda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde daha fazla TSSB belirtileri sergiliyorlardı. Yazında ebeveynlerin çocuklarının yaşadığı sorunlardan bağımsız olarak çeşitli düzeyde stres sergiledikleri bildirilmektedir (124). İstismara uğramış çocukların anneleri daha fazla duygusal distres, daha zayıf aile işlevselliği ve ebeveynlik rolünde daha düşük tatmin duygusu tanımlamaktadırlar. (125). Ebeveynlerin çoğunda bir dizi psikolojik semptomlar görülür (126). Timmons- Mitchell ve ark (1996) yaptığı bir çalışmada, Cİ'a uğramış çocukların anneleri Cİ'a uğramamış çocukların annelerinden anlamlı düzeyde daha fazla TSSB sergilemişler. Yazında anneler, babalardan daha fazla artmış uyarılmışlık ve kaçınma davranışı sergiledikleri belirtilmektedir (125). Bizim çalışmamızda da anneler babalardan daha fazla yeniden yaşantılama, kaçınma ve artmış uyarılmışlık belirtileri sergilemelerine rağmen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi.

Timmons- Mitchell ve ark (1996) yaptığı bir çalışmada, cinsel istismar öyküsü olan anneler cinsel istismar öyküsü olmayan annelerden çocukların cinsel istismarı sonrası daha fazla TSSB bildirmişler. Çocuğun cinsel istismarı sonucunda cinsel istismar öyküsü olan anneler kontrollerden daha fazla yeniden yaşantılama, kaçınma ve artmış uyarılmışlık davranışı sergilerlerken, cinsel istismara uğramamış anneler ile karşılaştırıldığında daha fazla artmış uyarılmışlık davranışı sergilemişler. Bununla beraber, Deblinger ve ark (1993) ise annenin cinsel istismar öyküsünün olup olmasının çocuğun cinsel istismarı sonrası TSSB gelişimi açısından özel bir önemi olmadığını vurgulamıştır. Çalışmamızda Cİ grubunda hiçbir annede cinsel istismar öyküsü yoktu. Bu yüzden annenin geçmişinde cinsel istismar öyküsünün olup olmasının TSSB gelişimi üzerine etkisini değerlendirilememiştir.

Timmons- Mitchell ve ark (1996) istismara uğramamış annelerin çocuklarında, istismara uğramış annelerin çocuklarından daha fazla TSSB bildirmişlerdir. Bu durumu istismara uğramış TSSB semptomu sergileyen annelerin, kendi kaçınmalarının bir ifadesi olarak, çocuklarının TSSB semptom bildirimlerini bastırdıkları şeklinde yorumlamaktadırlar. Hem anne hem çocuk cinsel istismar yaşantısında TSSB'nun birleşik etkisi nedeniyle TSSB'nun uygun şekilde ifadesi engellenir. Bu yüzden çocukla birebir görüşmek anne ile yapılan görüşmeden daha faydalıdır. Bizim çalışmada birebir çocukla yapılandırılmış görüşme ile TSSB bilgileri alınmıştır.

Lewin & Bergin (2001) yaptığı bir çalışmada, annenin çocuğuna destek verebilme yetisinin, istismarın ortaya çıkışını takiben annenin depresyon ve anksiyete düzeyi ile ilişkili olduğunu belirtmektedirler. Ayrıca annenin cinsel istismar öyküsünün olması çocuğun cinsel istismarını takiben uyumunu güçleştirmektedir. Anneler, cinsel istismara uğramış çocuğun iyileşmesinde merkezi bir rol oynamasına rağmen bu konuda az sayıda çalışma vardır. Yazında tedavi planı yaparken anneyi de dahil etmek gerektiği, tedaviye annelerde katılırsa iyileşme daha fazla olacağı vurgulanmaktadır (8, 127).

Bizim çalışmamızı diğer çalışmalardan ayıran en önemli özelliklerden biri hem anne hem de baba ile yapılandırılmış görüşme yapılmasıdır. Bu çalışmada hem çocuk hem de ebeveyne DSM IV'e göre uyarlanmış, klinisyen tarafından uygulanan TSSB-Ö kullanılmıştır. Bu nedenle çocuk ve ebeveyne ait travma belirtileri karşılaştırılabilmiştir. Cİ grubunda çocuk yeniden yaşantılama, kaçınma ve artmış uyarılmışlık belirti şiddeti ile anne yeniden yaşantılama belirti şiddeti arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Cİ mağdurlarındaki TSSB belirtileri şiddetlendikçe annelerin yeniden yaşantılama belirtilerinin şiddeti artmaktadır. Famularo ve ark (1994) cinsel istismar nedeniyle etkilenmiş anne çocuk çiftini karşılaştırdıkları çalışmalarında aşikâr şekilde TSSB'lu annelerin çocuklarında TSSB gelişiminin daha olası olduğunu bulmuşlar. Munger ve ark (1993), çocuğun semptomları ve annenin cinsel istismarın açığa çıkmasına tepkisinin birbirini etkileyebileceğini belirtmektedirler. Annenin TSSB belirtileri ile çocuğun TSSB belirtilerinin birbirlerini etkilediğini ve bu etkilenmede annenin TSSB belirtilerinin ön planda olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda baba yeniden yaşantılama, kaçınma ve artmış uyarılmışlık belirti şiddeti ile çocuk yeniden yaşantılama, kaçınma ve artmış uyarılmışlık belirti şiddeti arasında pozitif bir ilişki vardı. Bir başka deyişle cinsel istismara maruz kalan çocuklarda ortaya çıkan TSSB ağırlaştıkça bu çocukların babalarındaki bozukluğun şiddeti artmaktadır. Babaların yaşanan travmadan en az çocukları kadar etkilendikleri bulunmuştur. Konu ile ilgili yazında araştırmaların çoğunluğu cinsel istismarın anne ve çocuk üzerindeki etkisini araştırmıştır. Babalar ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Biz bu çalışma ile çocuk cinsel istismarını değerlendirirken mutlaka babanın da değerlendirilmesinin ve tedavi planının içine dahil edilmesinin gerekliliğini düşünmekteyiz.

Polikliniğimize cinsel istismar nedeniyle başvuran ve ilk etapta değerlendirilen 74 çocuğun sadece 3 tanesi (%4,1) adli süreçler dışında yaşadıkları bu travmatik deneyim nedeniyle ebeveynleri tarafından yardım talep etmek amacıyla başvurmuşlardır, geri kalan olguların hepsi yaşadıkları cinsel istismar eylemi sonucunda ruh sağlıklarının bozulup bozulmadığı, yaşadıkları iddia olunan eylemin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadıkları gibi konularda ruhsal durum muayenelerinin yapılıp, rapor düzenlenmesi amacıyla adli makamlarca bölümümüze gönderilen olgulardır. Cinsel istismar olgularında bilirkişi görüşü anlamını taşıyan bu raporlar sadece suçluların cezalarının verilmesinde değil ayrıca böylesi bir travmaya maruz kalan mağdurların olası ruh sağlığı sorunlarının tanımlanması ve uygun müdahalelerin planlanması amacını da taşımaktadır. Çalışmamız boyunca anne- baba ve çocuklar maruz kaldıkları olayları tekrar tekrar anlatmaktan rahatsız olduklarını dile getirmişlerdir. Ebeveynler çocuklarının istismarcı ile yüzleştirilmesinin ve mahkemeye çıkmasının çocuklarındaki stresi arttırdığını belirtmektedirler. Yazında ebeveynlerin adli süreçler tarafından tekrar tekrar travmatize edildikleri ve güçsüzlük hissettikleri bildirilmektedir (130). Çocuğu ifade veren ebeveynlerin çoğu, vermeyenlere göre daha fazla psikolojik distres gösterir.

Çalışmamızda Cİ ve kontrol grubunu oluşturan bireylerin arkadaşlarından, ailelerinden ve öğretmenlerinden algıladıkları sosyal desteği karşılaştırdık. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulamadık. Ayrıca Cİ grubunda sosyal destek puanları TSSB tanısı alanlar ve almayanlar arasında

farklılık göstermiyordu. Sadece sosyal destek aile alt ölçeği puanları depresyon tanısı alan grupta daha düşüktü. Depresyon tanısı alan çocukların nerdeyse tamamında TSSB eş tanısının olduğu göz önüne alındığında, algılanan sosyal desteğin düzeyi depresyon tanısının varlığı ya da yokluğu ile ilişkili olduğu söylenebilir. Yazında TSSB ve depresyon gelişimi ile ilişkili bir diğer etmen düşük sosyal destek algısıdır (87,102,103). Ebeveyn desteği, istismar sonrası çocuğun duygusal ve davranışsal uyumu için önemlidir (11). Sosyal desteğin olmaması ve devam eden psikososyal güçlükler kronik TSSB için en güçlü öngörücülerdir (12). Anne desteği çocuğun iyileşmesi için önemlidir (137). Cİ grubunda sosyal destek algısı eylem sonrası değerlendirildiği için algılanan sosyal desteğin cinsel istismar açısından bir risk etmeni olup olmadığı değerlendirilememiştir. Çocukların yaşı ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki incelendiğinde, Cİ grubunda çocuğun yaşı arttıkça ailelerinden ve öğretmenlerinden aldıkları sosyal desteğin azaldığı görülmektedir. Çocukların yaşları büyüdükçe ailelerinden ve öğretmenlerinden aldıkları sosyal desteğin azaldığını düşünmeleri ergenlik dönemine adım attıkları düşünüldüğünde şaşırtıcı bir bulgu değildir. Ancak bu ilişkinin sadece Cİ grubunda anlamlı olması, bu çocukların ebeveynlerinin de yaşanan travmadan etkilenmeleri ve sonucunda TSSB gelişmesine bağlı olarak çocukların ihtiyaç duyduğu desteği sağlayamadıklarını düşündürmektedir. Benzer ilişkinin öğretmenlerden gelen sosyal destek algısı ile çocuğun yaşı arasında bulunmuş olmasının da iki nedeni olabilir: Ya mağdur çocukların yaşadıkları travma ve sonucunda ortaya çıkan TSSB başta olmak üzere diğer ruhsal hastalıklar nedeniyle her zamankinden daha fazla desteğe ihtiyaç duymaları, ya da böylesi bir olayı yaşayan çocukların öğretmenlerinin kişilik özellikleri, toplumsal değer yargıları gibi unsurlar nedeniyle bu çocuklardan uzak durmalarıdır.

Olgu grubunda SDÖ aile, arkadaş ve öğretmen alt ölçekler ile anne eğitim yılı ve baba eğitim yılı arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Ebeveynin eğitim düzeyi arttıkça çocuklarına arkadaşlarıyla daha fazla birlikte olma fırsatı sunmaktadır. SDÖ aile ve öğretmen alt ölçeği ile çocuk yaşı arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. Çocuğun yaşı arttıkça ebeveyne bağlılığı azalmakta ya da

ergenlik çatışması nedeniyle ebeveynlerinin kendilerini anlamadığını düşünmektedir.

Olgu ve kontrol grupları içerisinde kız ve erkek cinsiyetin dağılımı ve yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu durum, kontrol grubu seçilirken yaş ve cinsiyet ortalamalarının olgu grubuyla eşleştirilmesinden kaynaklanmaktadır. Bizim çalışmamızda kızlar erkeklerden yaklaşık dört kat daha fazlaydı. Bu durum yazın bilgileri ile uyumludur (5,29). Çalışmaların çoğunluğu kızlarla ilgilidir (28). Yazında, erkeklere oranla kızların uğradıkları cinsel istismar bildirimlerinin daha fazla yapıldığı düşünülmektedir. Erkeklerde istismarın şiddetinin küçümsenmesi, erkeklerin daha az etkilendiğinin farzedilmesi, erkek çocukların çeşitli nedenlerden ötürü cinsel istismar davranışını cinsel olarak yorumlamamaları, aciz olarak algılanmaktan, erkekliğin gittiği algısından utanma ve eşcinsel olarak etiketlenmekten korkma gibi nedenlerle erkek çocukların yaşadığı Cİ ile ilgili bildirimler az sayıda yapılmaktadır (30).

Çalışmamızda Cİ olgularının yaklaşık dörtte üçü 12-17 yaş aralığındaki ergenlerden oluşmaktadır. Konu ile ilgili yazında cinsel istismara uğrama sıklığının yaşla arttığı vurgulanmıştır (26).

Çalışmamızda fiziksel engel ve kronik hastalığa sahip olma açısından olgu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu bulgunun denek sayısının az olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Yazında Cİ'a ait diğer bireysel risk etmenleri fiziksel engel, zihinsel gelişim geriliği ve bazı psikiyatrik hastalık tanılarının olması biçiminde sıralanmaktadır. Körlük, sağırılık, zihinsel gelişim geriliği gibi çocuğun özellikle güven algısını bozan fizik yetersizliklerin istismar riskini arttırdığı bilinmektedir (31,32).

Yazında DEHB olan çocuklarında istismara uğrama riskinin arttığı vurgulanmaktadır (33). Çalışmamızda olgu grubunda iki olgu davranım bozukluğu, bir olgu ise davranım bozukluğu+ DEHB ve kontrol grubunda ise bir çocuk DEHB tanısı aldı. Ayrıca Cİ'a uğramış çocukların, standardize zeka testlerinde ortalamanın altında puan aldıkları, sık sık sınıf tekrarı yaptıkları, düşük not ortalamalarının olduğu, sınıfta sosyal ve davranışsal sorunlarının olduğu, okul başarısı ve dil gelişimindeki bozuklukların olduğu bildirilmektedir (65). Çalışmamızda her ne kadar cinsel istismar olgularına rutin olarak zeka testi

yapılmamış olsa da klinik izlem ve Bender- Gestalt testi sonucunda zihinsel gerilik düşünülen olgulara (WISC-R) zeka testi uygulanmıştır. Test sonucunda bir olguda hafif düzeyde zihinsel gelişim geriliği (IQ=65), iki olguda ise sınır düzeyde zihinsel gelişim (IQ=72) olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunu oluşturan çocuklara bu konuda herhangi bir test uygulanmamıştır. Sonuç olarak zeka düzeyinin cinsel istismar için bir risk etmeni olup olmadığını tanımlayamamaktayız.

Madde kullanımının cinsel istismar için risk etmeni olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda cinsel istismar mağduru çocukların ve annelerinin madde kullanım öyküleri kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Fakat cinsel istismar grubunda babalar anlamlı düzeyde daha fazla sigara içiyorlardı. Yazında özellikle babanın alkol/madde kullanımı ile cinsel istismar arasında güçlü ilişkiyi destekler bulgular bulunmaktadır (139). Bu bulgu, olgu grubu ebeveynlerin düşük sosyoekonomik statüden ve kırsal kesimden gelmelerine, maddeye ulaşmalarının güç olmasına bağlı olabilir.

Mevcut çalışmamızda olguların sadece bir tanesinin anne- babası ayrı iken, kontrol grubunda üç tanesinin anne- babası ayrı, birer tanesinin üvey anne/üvey babası ve bir tanesinde de ebeveynin öldüğü görülmüştür. Bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Araştırmaya katılan olgu ve kontrol grubundaki bütün aileler çekirdek aile yapısındadır. Yazınla uyumlu olmayışının nedeni çalışma deseninden kaynaklanan her iki ebeveynin bulunması gerekliliğinden kaynaklanmaktadır. Yazında aile içi şiddetin varlığında ve boşanmış ailelerde cinsel istismar riskinin arttığı bildirilmektedir (34, 35). Aile içi şiddet ebeveynliği etkilemektedir. İstismarın görüldüğü ailelerde evlilik çatışmaları daha fazladır. Aile dışı kapalıdır. Aile bireyleri arasında duygusal iletişim azdır. Ebeveynler arasında güç dengesizliği bulunmaktadır.

Araştırmalar annenin eğitim düzeyinin düşük olmasının riski belirgin olarak arttırdığını göstermektedir (38). Çalışmamızda olgu ve kontrol grubu anne eğitim düzeyleri arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır. Ancak baba eğitim düzeyi olgu grubunda anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Bu bulgu

kontrol grubunu oluşturan bireylerin il merkezinden seçilmiş olmasıyla ilgili olabilir. Yazında baba eğitim düzeyi ile ilişkili net bilgilere rastlanmamaktadır.

Ebeveynlerin geçmişinde cinsel istismar öyküsünün olması diğer bir ilişkili etmendir (37). Çalışmamızda bu ilişki saptanmamıştır. Ebeveynlerin hiçbiri cinsel istismar öyküsü bildirmemiştir. Bunun nedeni ebeveynler ile güven ilişkisi kurmak için yeterli süre görüşme yapılmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Yazında ebeveyn psikopatolojisinin ebeveynlik davranışı üzerine etkisi pek çok araştırma tarafından bildirilmiştir. Mevcut çalışmada olgu ve kontrol grubu ebeveynlerinin ruhsal hastalık öyküleri açısından farklılık saptanmamıştır. Ruhsal hastalıkları olan ebeveynler hem kendi ihtiyaçlarını hem de çocuklarınınkini karşılamakta zorluk çekerler (39). Çalışmamızda örneklemin küçük olması, anne ve babalara yönelik ayrıntılı ve yapılandırılmış bir psikiyatrik değerlendirme yapılmaması ve herhangi bir ruhsal sağlık sorunlarının olup olmadığının kendilerine sorularak öğrenilmesi bu sonuçla ilişkili olabilir.

Ailenin sosyoekonomik düzeyi diğer ilişkili bir risk etmenidir. Çalışmamızda ailelerin gelir düzeyleri olgu ve kontrol grubu arasında farklılık göstermemektedir ($p=0,121$). Olgu grubunu oluşturan ailelerin dörtte üçü 0- 2000 tl arasında gelire sahipti. Olgu grubunda daha fazla oranda çalışan anne olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi. SED'i düşük ailelerde çocukla daha az zaman geçirme, daha az duygusal paylaşımın olması, katı ve cezalandırıcı disiplin Cİ riskini arttırır (39). Araştırmaya kontrol grubu seçilirken diğer değişkenler arasındaki ilişkiyi gösterebilmek için benzer sosyoekonomik statüden bireyler olmasına dikkat edilmiştir. Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı olmasa da olgu grubunu oluşturan bireylerin annelerinin daha fazla oranda çalışıyor olmaları çocuklarıyla daha az zaman geçirme, daha az duygusal paylaşımın olması, katı ve cezalandırıcı disiplinle ilişkili olabilir.

Bazı araştırmalarda göçün aile işlevselliği ve çocuğun gelişimi üzerine etkisi vurgulanmaktadır. Çalışmamızda olgu ve kontrol grubu arasında göç oranı istatistiksel olarak farklı değildi ($p=0,343$). Ancak olgu grubunu oluşturan bireylerin beşte birinde, kontrol grubunu oluşturan bireylerin ise üçte birinde göç öyküsü bulunmaktaydı. Bu bulgu kontrol grubunu oluşturan bireylerin il merkezinden seçilmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Sık taşınma ve beraberinde

sosyal çevrenin değişmesi istismar olgularında sıklıkla görülür. Bu durum aynı zamanda istismar sonrası uyum sürecini de olumsuz yönde etkiler (40).

Saldırgan genellikle daha önceden çocuğun tanıdığı biridir. Anne- baba, kardeşler, dede, amca, kuzenler, enişte, yakın komşular, yakın arkadaş veya dost istismarcı olabilir. Aile içi istismarda en sık rastlanan istismarcı öz babadır (43). İstismarcıların büyük kısmı çocuk tarafından bilinen, güven duyulan aile bireyi veya yakınıdır (14). Çalışmamıza katılan 36 olgunun sadece iki tanesi aile içi istismara uğramıştı. Aile dışı istismar olgularında, istismarcının yaklaşık yarısı çocuğun daha önceden bildiği birisi iken, geriye kalanı çocuğun ilk defa gördüğü yabancı bir kişiydi. Aile içinden istismara uğrayan 2 kişide dayısı tarafından istismar edilmişti. Mağdurların 6'sında (%16,6) olgular istismarcıları ile aralarında duygusal bir yakınlık (erkek arkadaş) olduğunu tanımladılar. Çalışmamızda da istismarcıların hepsi erkekti. Yazında istismarcı cinsiyeti %85-90 oranında erkektir. Kadın istismarcı azdır (44).

Cİ'a uğramış kızlarda erken yaşta gebelik önemli bir risktir (74). Çalışmamızda da 36 olgu içerisindeki 29 kız olgunun 3'ünde (%10,3)'ünde küretajla sonlandırılmış gebelik öyküsü vardı. Bu nedenle cinsel istismar yakınması ile başvuran bütün kız olgularda gebelik testi ve fizik muayene yapılarak olası bir gebelik mutlaka araştırılmalıdır. Ayrıca, vaginal kondiloma akuminata, genital herpes, trikomoniasis, gonokokal vulvovaginit ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından değerlendirilmesi önerilmektedir (32).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada cinsel istismarın çocukların ruh sağlığını bozduğunu (olguların %75'inde en az bir psikiyatrik tanı) bulunmuştur. Cinsel istismarın travmatik bir deneyim olduğu göz önüne alındığında tahmin edilebileceği gibi bu çocuklarda en sık rastlanan tanı TSSB'dur. Depresyon ve anksiyete bozuklukları diğer sık rastlanan bozukluklardır. Ayrıca TSSB tanısı alan CI mağduru çocukların üçte birinde depresyon, üçte birinde ise anksiyete bozukluğu komorbid tanılardır. Bir başka deyişle CI, çocuklarda birden fazla ruhsal hastalığın ortaya çıkmasına da yol açıyor gibi görülmektedir.

Çalışmaya dahil olan CI mağduru çocukların dörtte birinde herhangi bir psikopatolojiye rastlanmamış olması bu çocukların yaşadıkları her travmatik olaydan etkilenmedikleri şeklinde yorumlanamaz. Çalışmanın kesitsel olması nedeniyle sadece değerlendirme anında yakınma olmadığı sonucunu düşündürebilir. Yazında bazı çocukların istismardan aylar sonra TSSB belirtilerinin ortaya çıktığı ve bunun uyku fenomeni olarak tanımlandığı bildirilmektedir. Bu unsurlar göz önüne alındığında CI mağduru olan çocukların ilk değerlendirme anında psikopatolojilerinin olup olmadığına bakılmaksızın takip edilmelerinin uygun olacağını düşünmekteyiz.

İstismar süresi ve sıklığı ile TSSB belirtilerinin şiddeti ve çocukların aldıkları tanı sayısı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığına dair olan bulgumuz, bu çocukların dörtte üçünde en az bir ruhsal hastalık bulunduğu dair olan bulguyla birlikte ele alındığında ise çocuklar için bir kez bile olsa maruz kaldıkları CI eyleminin ne kadar yıkıcı etkilerinin olduğuna işaret etmektedir.

CI sadece çocukları değil bu çocukların ebeveynlerini de olumsuz etkilemektedir. Bu çocukların hem anneleri hem de babalarında, böylesi bir olaya maruz kalmamış çocukların anne-babalarına göre hem daha fazla hem de daha şiddetli düzeyde TSSB belirtileri sergiledikleri, bu olayın bütün bir aileyi olumsuz etkilediği görülmektedir.

Bu çalışmada CI mağduru olan çocuk ve ebeveynlerle ayrı ayrı yapılandırılmış görüşmelerin yapılması nedeniyle çocuk ve ebeveynlere ait travma belirtilerinin birbirlerine olan etkileri de incelenmiştir. CI mağduru olan

çocukların TSSB belirtileri şiddetlendikçe hem anne hem de babalardaki TSSB belirtilerinin de şiddetlendiğine dair bulgumuz, bu ailelerin bir bütün olarak ele alınmasının gerekliliğini bir kez daha göstermiştir. Bu bulgular CI'a uğrayan çocukların değerlendirilmesi sırasında hem anne hem de babaların ayrı ayrı ele alınmasını ve onlarda ortaya çıkan ruhsal bozuklukların da tedavisinin planlanmasının gerekliliğinin altı çizilmektedir.

Sonuç olarak CI önemli bir sosyal sorun olduğu kadar ardından gelişen TSSB'da çocuğun ruhsal-cinsel gelişimini, kişilik organizasyonunu ciddi biçimde etkileyebilecek önemli bir sağlık sorunudur. Adli makamlarca ruh sağlığının bozulup bozulmadığı sorulan çocuk ve gençlerin çoğu zaman durumu bildirir rapor tanziminin ardından sağlık kurumu ile irtibatları kesilmekte, tedavi ve takip süreci aksamaktadır. Anne babanın da dahil olacağı bir tedavi programı yürütülmeli, bu amaçla adli kurumlarla işbirliği yapılmalı, örseleyici etkisi bilinen tekrar tekrar sorgulama ve sanıkla yüzleştirmelerden kaçınılmalıdır.

7. ÖZET

Bu araştırmada cinsel istismara (Cİ) maruz kalmış çocuklarda ve ebeveynlerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) öncelikli olmak üzere diğer psikopatolojilerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğine ‘cinsel istismar’ nedeniyle başvuran 6-17 yaşları arasında 36 ocuk ve ergen ile anne ve babaları çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubunu ise Antalya İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı merkez 2 no’lu sağlık ocağına başvuran, daha önce herhangi bir nedenle ocuk psikiyatrisi polikliniğine başvurusu olmayan, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubu ile eşleştirilmiş 54 ocuk ve ergen ile anne ve babaları oluşturmuştur. Hasta ve kontrol grubundaki çocuklardaki mevcut psikopatolojileri Okul ağı çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve şizofreni Görüşme izelgesi-şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (K-SADS-PL) ile ve TSSB ise Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (CAPS-CA) ile değerlendirilmiştir. Çocuklarda algılanan sosyal destek ise Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ebeveynlerdeki TSSB için Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (CAPS) kullanılmıştır.

Cinsel istismara uğrayan çocukların %75’inin en az bir psikiyatrik tanı aldığı, bu oranın kontrol grubunda ise %25 olduğu saptandı ($p<0,05$). Cİ grubunda TSSB, depresyon ve anksiyete bozukluğu en sık konulan tanılardı. Bu ocukların hem anne hem de babalarında TSSB kontrol grubu ebeveynlerine göre daha sık görölmektedir ($p<0,0000001$). Cİ mağduru olan çocukların sosyal destek ölçeğindeki aldıkları puanlarının kontrol grubu çocuklarından farklı olmadığı saptandı. ($p>0,05$).

Bu çalışmada cinsel istismara uğramış çocuklarda ve ebeveynlerinde daha fazla oranda TSSB göröldüğü saptanmıştır. Çocuk cinsel istismarı sonrası sadece çocuğun değerlendirilmesinin yeterli olmayacağı, ebeveynlerinde değerlendirilmeye dahil edilmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Travma sonrası stres bozukluğu, cinsel istismar, ocuk, ebeveyn, psikopatoloji, sosyal destek.

8. ABSTRACT

Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Child Sexual Abuse Victims and Their Parents

The aim of this study is to identify Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in addition to other psychopathologies in the victims of child sexual abuse and their parents.

Thirty six children and adolescents between the ages of 6-17 years who were admitted due to sexual abuse to Child and Adolescent Psychiatry Department of Akdeniz University Hospital were enrolled to the study with their parents. Age and sex matched 54 children without prior admission to any child psychiatry unit were enrolled to the study as comparison group with their parents from Primary Health Care Center No 2 of Antalya Province. Existing psychopathologies of children either in the patient or control group were evaluated by Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime version (K-SADS-PL) and PTSD were evaluated by Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA). Perceived social support was evaluated by social support appraisals scale. For identifying PTSD in children and their parents Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) was used.

A psychiatric diagnosis was made in 75% children who were victims of child sexual abuse and in 25% of children who were in the control group ($p<0.05$). PTSD, depression and anxiety disorder were the most common diagnosis in the abused group. The parents of abuse victims had a significantly higher rate of PTSD compared to the control group ($p<0.0000001$). Perceived social support scores did not show a significant difference among the victims of child sexual abuse and control group.

This study revealed that PTSD is common in the victims of child sexual abuse and their parents. Not only the abused children but also their parents need to be evaluated after sexual abuse.

Key words: Post traumatic stress disorder, sexual abuse, child, parent, psychopathology, social support.

9. KAYNAKLAR

1. Peters SD, Wyatt GE, Finkelhor D Prevalence. In: Finkelhor D (ed) A sourcebook on child sexual abuse, Sage, Beverly Hills, California 1986; 15–59.
2. Putnam FW. Ten-year research update review: Child sexual abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003; 42: 269-78.
3. Edgardh, K. Ormstad, K. Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish 17-year-old girls. Acta Paediatrica 2000; 89: 301–9.
4. Kilpatrick D, Ruggiero K, Acierno R, Saunders B, Resnick H, Best C. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. J Consult Clin Psychol 2003;71(4): 692–700.
5. Bergen HA, Marin GG, Richardson AS, Allison S, Roeger L. Sexual abuse and suicidal behavior: A model constructed from a large community sample of adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2003; 42: 1301–9.
6. McLeer S, Dixon J, Henry D, Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998, 37: 1326–33.
7. Timmons-Mitchell J, Chandler-Holtz D, Semple WE. Post-traumatic stress symptoms in mothers following children's reports of sexual abuse: an exploratory study. Am J Orthopsychiatry 1996; 66(3): 463-7.
8. Timmons-Mitchella J, Chandler-Holtzb D, William ES. Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Child Sexual Abuse Victims and Their Mothers. Journal of Child Sexual Abuse 1997; Vol 6(4).
9. Hernandez A, Ruble C, Rockmore L, McKay M, Messam T, Harris M, Hope S. An Integrated Approach to Treating Non-Offending Parents Affected by Sexual Abuse. Soc Work Ment Health 2009; 1;7(6): 533-55.
10. Barrera M, Fleming CF, Khan FS. The role of emotional social support in the psychological adjustment of siblings of children with cancer. Child Care Health Deve 2004; 30(2): 103-11.
11. Spaccarelli S. Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empiric al review. Psychological Bulletin 1994;116: 340-62.

12. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(5): 748–66.
13. Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi, 1981.
14. Polat O. Cinsel istismar. *Çocuk ve Şiddet: Der Yayınları* 2001; 207-314.
15. Meran N. Türk Ceza Kanunu Madde 94. “Açıklamalı İçtihatlı Yeni Türk Ceza Kanunu” içinde, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2007.
16. Polat O. Türkiye’de Çocuk İstismarı Kavramının Gelişimi. “2. Uluslar Arası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Sempozyumu” içinde, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2008.
17. Finkelhor D (1984), *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*. New York: Free Press. US Department of Health and Human Services, 1998, *Child Maltreatment 1996: Reports from the States to the National Child Abuse and Neglect Data System*. Washington, DC: US Government Printing Office.
18. Şar V. Kötüye Kullanım ve İhmalle İlişkili Sorunlar. “Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 2” (Ed. Koroğlu E, Güleç G) içinde, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1998; 823-33.
19. Günçe G. Çocuğun cinsel istismarı. Konanç E, Gürkaynak I, Egemen A. (der) çocukların kötü muameleden korunması 1. Ulusal Kongre Kitapçığı. Ankara: Gözde Petro Ofset 1991; 125-34.
20. Children's Bureau AoC, Youth, and Families. U.S. Department of Health and Human Services: *Child Maltreatment 2004*. Washington, DC, U.S. Government Printing Office, 2006.
21. Svedin CG, Back C, Soderback SB. Family relations, family climate and sexual abuse. *Nord J Psychiatry* 2002; 56: 355-62.
22. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1994; 18 (5): 409-17.
23. Kellogg N. The Evaluation of Sexual Abuse in Children. *Pediatrics* 2005; 116: 506-12.
24. İşeri E. Cinsel İstismar. “Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı” (ED. Çetin FÇ) içinde, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Ankara 2008; 470-7.
25. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse & Neglect* 2006; 30: 247–55.

26. Finkelhor D. Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1993; 17: 67–70.
27. US Department of Health and Human Services, 1998, *Child Maltreatment 1996: Reports from the States to the National Child Abuse and Neglect Data System*. Washington, DC: US Government Printing Office.
28. Feiring C, Taska L, Lewis M. Age and Gender Differences in Children's and Adolescent's Adaptation to Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect* 1999; 23(2): 115–28.
29. Fergusson D, Lynskey M, Horwood L. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood, I: prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1355–64.
30. Garnefski N, Diekstra RFW. Child sexual abuse and emotional and behavioural problems in adolescence: Gender differences. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(3): 323–9.
31. Westcott H, Jones D. Annotation: the abuse of disabled children. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40: 497–506.
32. Balogh R, Bretherton K, Whibley S, Berney T, Graham S, Richold P, et al. Sexual abuse in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 2001; 45(3): 194–201.
33. Ford JD, Racussin R, Ellis C, Daviss W, Reiser J, Fleischer A, et al. Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among young children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment* 2000; 5: 205–17.
34. Wals C, MacMillan HL, Jamieson E. The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse Negl* 2003; 27: 1409–25.
35. Berger LM. Income, family characteristics, and physical violence toward children. *Child Abuse Negl* 2005; 29: 107–33.
36. Mullen P, Martin J, Anderson J, Romans S, Herbison G. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry* 1993; 163:721–32.
37. Kaufman J, Zigler E. Do abused children become abusive parents? *Annu Prog Child Psychiatry Child Dev* 1988; 57: 591–600.
38. Nelson E, Heath A, Madden P. Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 139–46.

39. Zielinski DS, Bradshaw CP. Ecological Influences on the Sequelae of Child Maltreatment: A Review of the Literature. *Child Maltreatment* 2006; 11: 49.
40. Reinemann DHS, Stark KD, Swearer SM. Family Factors That Differentiate Sexually Abused and Nonabused Adolescent Psychiatric Inpatients. *Journal of Interpersonal Violence* 2003; 18(5): 471-89.
41. Tremblay C, Hebert M, Piche C. Coping Strategies and Social Support as Mediators of Consequences in Child Sexual Abuse Victims. *Child Abuse & Neglect* 1999; 23(9): 929-45.
42. Hebert M, Collin-Vezina D, Daigneault I, Factors Linked to Outcomes in Sexually Abused Girls: a Regression Tree Analysis. *Comprehensive Psychiatry* 2006; 47: 443-55.
43. Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse Negl* 1990; 14: 19-28.
44. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children subject review. *Pediatrics* 1999; 103: 185-91.
45. Bussen S, Rehn M, Haller A, Genital findings in sexually abused prepubertal girls. *Zentralbl Gynakol* 2001; 123(10): 562-7.
46. Lawson L, Chaffin M. False negatives in sexual abuse interviews: Incidence and influence of caretaker's belief in abuse in cases of accidental abuse discovery by diagnosis of STD. *Journal of Interpersonal Violence* 1992; 7: 532-42.
47. Finkel MA, DeJong AR. Medical finding in child sexual abuse. Reece RM (ed). *Child Abuse Medical Diagnosis and Management*. Lea & Febiger, Philadelphia 1994; 185-247.
48. Avcı A. Cinsel İstismar. Soykan Aysev A, Işık Taner Y. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Golden Print 2007; 719-26.
49. Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP. Sex Abuse. In: Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP. (eds), *Pediatric and Adolescent Gynecology*. Lippincott Raven Publishers, Philadelphia 1998; 751-94.
50. Doğan ÖÖ. Cinsel istismara uğrayan ergenlerde bireysel, ailesel ve istismara ait özelliklerin tanımlanarak, istismara uğrama ve psikiyatrik bozukluk oluşumu üzerine etkilerinin araştırılması: Kontrollü bir çalışma. Uzmanlık Tezi 2009.

51. Kaufman J. Child Abuse and Neglect. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook fourth edition Andres Martin Fred R. Volkmar 2007; 692-701.
52. Lanktree C, Briere J, Zaidi L. Incidence and impact of sexual abuse in a child outpatient sample: The role of direct inquiry. *Child Abuse Negl* 1991; 15(4): 447-53.
53. Palmer S, Brown R, Rae-Grant N, Loughlin M. Responding to children's disclosure of familial abuse: what survivors tell us. *Child Welfare* 1999; 78: 259-82.
54. Lahoti SL, McClain RN, Girardet R. Evaluating the child for sexual abuse. *Am Fam Physician* 2001; 63: 883-92.
55. Smith WG, Metcalfe M, Cormode EJ. Approach to evaluation of sexual assault in children. Experience of a secondary-level regional pediatric sexual assault clinic. *Can Fam Physician* 2005; 51: 1347-51.
56. Kisiel CL, Lyons JS. Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158: 1034-9.
57. Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health* 2001; 91(5): 753-60.
58. Renteria SC. Summary: sexual abuse female children and adolescents-detection, examination and primary care. *Ther Umsch* 2005; 62: 230-7.
59. Rind B, Tromovitch P, Bauserman R. A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin* 1998; 124: 22-53.
60. Finkelhor D, Berliner L. Research on the treatment of sexually abused children: a review and recommendations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 1408-23.
61. Glaser D, Rutter M, Taylor E. Child Sexual Abuse. *Child and Adolescent Psychiatry*. Blackwell Science 2002; 340-58.
62. Cicchetti D, Toth S. A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 34(5): 541-65.
63. Arriola KRJ, Loudon T, Doldren MA, Fortenberry RM. A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to HIV risk behavior among women. *Child Abuse and Neglect* 2005; 29: 725-46.

64. Noll JG, Horowitz LA, Bonanno GA, Trickett PK, Putnam FW. Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: Results from a prospective study. *J Interpers Violence* 2003; 18(12): 1452–71.
65. Kendall-Tackett KA, Eckenrode J. The effects of neglect on academic achievement and disciplinary problems: A developmental perspective. *Child Abuse Negl* 1996; 20(3): 161–9.
66. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research of the effects of child sexual abuse. *J Psychol* 2001; 135: 17–36.
67. Kaplan SJ, Labruna V, Pelcovitz D, Salzinger S, Mandel F, Weiner M. Physically abused adolescents: Behavior problems, functional impairment, and comparison of informants' reports. *Pediatrics* 1999; 104(1 Pt 1):43–9.
68. Dutra L, Callahan K, Forman E. Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196: 71–4.
69. Klonsky ED, Moyer A. Childhood sexual abuse and non-suicidal selfinjury Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 2008; 192: 166–70.
70. Famularo R, Kinscherff R, Fenton T. Psychiatric diagnoses of maltreated children: Preliminary findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 863–7.
71. Kaufman J. Depressive disorders in maltreated children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30(2): 257–65.
72. Zeanah CH, Scheeringa M, Boris NW, Heller SS, Smyke AT, Trapani J. Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse Negl* 2004; 28(8): 877–88.
73. Widom CS, Ireland T, Glynn PJ. Alcohol abuse in abused and neglected children followed-up: Are they at increased risk? *J Stud Alcohol* 1995; 56(2): 207–17.
74. Fiscella K, Kitzman H, Cole R, Sidora K, Olds D. Does child abuse predict adolescent pregnancy? *Pediatrics* 1998; 101: 620–4.
75. Gershuny BS, Thayer JF. Relations among psychological trauma, dissociative phenomena and trauma-related distress: A review and integration. *Clin Psychol Rev* 1999; 19: 631– 57.
76. Putnam FW, Helmers K, Horowitz LA, Trickett PK. Hypnotizability and dissociativity in sexually abused girls. *Child Abuse Negl* 1995; 19(5): 645–55.
77. Sharpe D, Faye C. Non-epileptic seizures and child sexual abuse: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review* 2006; 26: 1020–40.

78. Chu JA, Frey LM, Ganiel BL, Matthews JA. Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia and corroboration. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 749–55.
79. Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması elkitabı. Gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR); E Köroğlu (2000’den çev) Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2001.
80. Weiss DS, Marmar CR, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK, Hough RL, The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theatre veterans. *Journal of Traumatic Stress* 1992; 5: 365-76.
81. Kilpatrick DG. A special section on complex trauma and a few thoughts about the need for more rigorous research on treatment efficacy, effectiveness, and safety. *J Trauma Stress* 2005; 18(5): 379-84.
82. Bogat GA, DeJonghe E, Levendosky AA, Davidson WS, von Eye A. Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse and Neglect* 2006; 30: 109–25.
83. Portnova AA. Typology of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Neuroscience and Behavioral Physiology* 2007; 37: 7–11.
84. Everly GSJ, Lating JM. An introduction to posttraumatic stress disorder. In GSJ Everly, JM Lating (Eds), *Personality-Guided Therapy for Posttraumatic Stress Disorder* (pp 17–31). Washington: American Psychological Association 2003.
85. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48(3): 216-22.
86. Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry* 2007; 64: 577–84.
87. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71(4): 692-700.
88. McLeer SV, Deblinger E, Henry D, Orvaschel H. Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 875–9.

89. Gnanadesikan M, Novins DK, Beals J. The relationship of gender and trauma characteristics to posttraumatic stress disorder in a community sample of traumatized Northern Plains American Indian adolescents and young adults. *Journal of Clinical Psychiatry* 2005; 66: 1176–83.
90. Saunders BE, Villeponteaux LA, Lipovsky JA, Kilpatrick DG, Veronen LJ. Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A community survey. *Journal of Interpersonal Violence* 1992; 7: 189-204.
91. La Greca AM, Silverman WK, Vernberg EM, Prinstein MJ. Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: a prospective study. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 712–23.
92. Famularo R, Fenton T, Augustyn M, Zuckerman B. Persistence of pediatric post traumatic stress disorder after 2 years. *Child Abuse and Neglect* 1996; 20: 1245–8.
93. Newman E. Assessment of PTSD and trauma exposure in adolescents. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma* 2002; 6: 59–77.
94. Carrion VG, Weems CF, Ray R, Reiss AL. Toward an empirical definition of pediatric PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002; 41: 166–73.
95. Wolfe DA, Sas L, Wekerle C. Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 1994; 18: 37-50.
96. Pine DS, Cohen JA. Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biol Psychiatry* 2002; 51(7): 519-31.
97. Darves-Bornoz JM, Lepine JP, Choquet M, Berger C, Degiovanni A, Gaillard P. Predictive factors of chronic Post-traumatic stress disorder in rape victims. *Eur Psychiatry* 1998; 13: 281–7.
98. Suliman S, Mkabile SG, Fincham DS, Ahmed R, Stein DJ, Seedat S. Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Comprehensive Psychiatry* 2009; 50: 121–7.
99. Herman J. Complex PTSD: Asyndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1992; 5: 377–91.

100. Cloitre M, Miranda R, Stovall-McClough KC, Han H. Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy* 2005; 36: 119–24.
101. Koenen KC. Developmental epidemiology of PTSD: Selfregulation as a central mechanism. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2006; 1071: 255–66.
102. Langeland W, Olff M. Psychobiology of posttraumatic stress disorder in pediatric injury patients: A review of the literature. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2008; 32: 161–74.
103. Dyregrov A, Yule W. A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health* 2006; 11: 176–84.
104. Boney-McCoy S, Finkelhor D. Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1996; 64: 1406–16.
105. Brand SR, Engel SM, Canfield RL, Yehuda R. The effect of maternal PTSD following in utero trauma exposure on behavior and temperament in the 9-month-old infant. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2006; 1071: 454–8.
106. Rossman BBR, Ho J. Posttraumatic response and children exposed to parental violence. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma* 2000; 3: 85–106.
107. Ajdukovic M. Displaced adolescents in Croatia: Sources of stress and posttraumatic stress reaction, in *Adolescence* 1998; 209–17.
108. Lonigan C, Shannon M, Finch A, Daugherty T, Children's reactions to a natural disaster: Symptom severity and degree of exposure. *Advances in Behaviour Research & Therapy* 1991; 13(3): 135–54.
109. Storr CL, Ialongo NS, Anthony JC, Breslau N. Childhood antecedents of exposure to traumatic events and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 2007; 164: 119–25.
110. Sinclair E, Salmon K, Bryant R. The role of panic attacks in acute stress disorder in children. *J Trauma Stress* 2007; 20(6): 1069–73.
111. Deykin EY, Buka SL. Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154: 752–7.

112. O'Donnell ML, Creamer M, Pattison P. Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: Understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161: 1390–6.
113. Davis L, Siegel LJ. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: A review and analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2000; 3: 135–54.
114. Chilcoat HD, Breslau N. Posttraumatic stress disorders and drug disorders: testing causal pathways. *Archives of General Psychiatry* 1998; 55: 913–7.
115. Clark DB, Pollock N, Bukstein OG, Mezzich AC, Bromberger JT, Donovan JE. Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1997; 36: 1195–203.
116. Haugaard JJ. Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: Dissociative disorders. *Child Maltreatment* 2004; 9: 146–53.
117. Collin-Vezina D, Hebert M. Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2005; 193: 47–52.
118. Lemos-Miller A, Kearney CA. Depression and ethnicity as intermediary variables among dissociation, trauma-related cognitions, and PTSD symptomatology in youths. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2006; 194: 584–90.
119. Zoroglu SS, Tuzun U, Sar V, Tutkun H, Savas HA, Ozturk M. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2003; 57: 119–26.
120. Weierich MR, Nock MK. Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008; 76: 39–44.
121. Kubler-Ross E. *On death and dying*. New York: MacMillan Publishing Co Inc 1969.
122. Regehr C. Parental responses to extrafamilial child sexual assault. *Child Abuse and Neglect* 1990; 14: 113–20.
123. Grosz CA, Kepme RS, Kelly M. *Extrafamilial Sexual Abuse: Treatment For Child Victims And Their Families*. *Child Abuse & Neglect* 2000; 24(1): 9–23.

124. Davies MG. Parental distress and the ability to cope following disclosure of extra-familial sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 1995; 19: 399-408.
125. Manion IG, McIntyre J, Firestone P, Ligezinska M, Ensom R, Wells G. Secondary traumatization in parents following the disclosure of extrafamilial child sexual abuse: Initial effects. *Child Abuse and Neglect* 1996; 20: 1095-109.
126. Famularo R, Fenton T, Kinscherff R, Ayoub C, Barnum R. Maternal and child post-traumatic stress disorder in cases of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect* 1994; 18: 27- 36.
127. Deblinger E, Heflin AH. Treating sexually abused children and their nonoffending parents: A cognitive-behavioral approach Sage, Thousand Oaks CA 1996.
128. Hernandez A, Ruble C, Rockmore L, McKay M, Messam T, Harris M, Hope S. An Integrated Approach to Treating Non-Offending Parents Affected by Sexual Abuse. *Soc Work Ment Health* 2009; 1;7(6): 533-55.
129. Dyb G, Holen A, Steinberg AM, Rodriguez N, Pynoos RS. Alleged sexual abuse at a day care center: impact on parents. *Child Abuse & Neglect* 2003; 27: 939–50.
130. Grosz CA, Kempe RS, Kelly M. Extrafamilial sexual abuse: Treatment for child victims and their families. *Child Abuse & Neglect* 2000; 24: 9–23.
131. Burgess AW, Hartman CR, Kelley SJ, Grant CA, Gray EB. Parental response to child sexual abuse trials involving day care settings. *Journal of Traumatic Stress* 1990; 3: 395–405.
132. Manion I, Firestone P, Cloutier P, Ligezinska M, McIntyre J, Ensom R. Child extrafamilial sexual abuse: Predicting parent and child functioning. *Child Abuse & Neglect* 1998; 22: 1285–304.
133. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976; 38: 300- 14.
134. Holt MK, Espelage DL. Social support as a moderator between dating violence victimisation and depression/anxiety among African-American and Caucasian adolescents. *School Psychology Review* 2005; 34(3): 309-28.
135. Demaray MK, Malecki CK. Importance ratings of socially supportive behaviors by children and adolescents. *School Psychology Review* 2003; 32(1): 108-32.

136. Cowen EL, Pedro-Carroll JL, Albert-Gillis LJ. Relationships between support and adjustment among children of divorce. *J Chil Ad Psychiatry* 1990; 31(5): 727-35.
137. Heriot J. Maternal protectiveness following the disclosure of intrafamilial child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence* 1996; 11(2): 181-94.
138. Gold SN, Lucenko BA, Elhai JD, A Comparison of Psychological/ Psychiatric Symptomatology of Women and Men Sexually Abused as Children. *Child Abuse & Neglect* 1999; 23(7): 683-92.
139. Child Sexual Abuse Among Homeless Adolescents: Prevalence, Correlates And Sequelae. U.S. Department of Health and Human Services 2002.
140. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- şimdi ve yaşam boyu versiyonu, versiyon 1.0 (Görüşme Kitapçığı), Kaufman, Birmaher, Brent, Rao&Ryan, Türkçe çevirisi: Gökler ve ark. Ekim 1996
141. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- şimdi ve yaşam boyu versiyonu- Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004; 11: 109-116.
142. Nader KO, Kriegler JA, Blake DD, Clinician Administered PTSD scale for children and adolescents. National center for PTSD, Boston Veterans Administration Medical Center, Boston, MA. 1996.
143. Karakay I, Çocuk ve gençler için klinisyen tarafından uygulanan travma sonrası stres bozukluğu ölçeği (tssb-öçe) geçerlik güvenirlik çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2007; 14(3): 125-32.
144. Dubow EF, Ullman DG. Assessing social support in elementary school children: The survey of children's social support. *J Clin Child Psychol* 1989; 18(1): 52-64.
145. Gökler I. Çocuk ve ergenler için sosyal destek değerlendirme ölçeği türkçe formunun uyarlama çalışması: faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2007; 14(2): 90-9.
146. Aker T, Özeren M, Başoğlu M, Kaptanoğlu C, Erol A, Buran B. Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-Ö) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10: 286-93.

10. EKLER

Ek 1: Sosyodemografik Veriler İçin Kayıt Formu

Hastanın Adı Soyadı:

Tarih:

Geliş şekli: Adli (...) kişisel (...)

Kim tarafından getirildiği: polis (...) jandarma (...) aile (...) kendi (...) diğer (...)

Tel. no:

Dosya no:

Adres: Köy:..... Kasaba:..... Merkez:.....

Kiminle yaşıyor:

Bireye Ait Özellikler;

Yaş: Cinsiyet: (K) (E) Eğitim durumu (yıl):

Fiziksel engel, körlük, sağırılık: VAR /YOK

Kr. Hastalık: VAR /YOK

Önceki travmatik deneyimler: VAR (...) YOK (...) VAR ise ne?.....

Aileye Ait Özellikler;

Anne: yaş: ögr. durumu (yıl):.....Meslek:.....

Baba: yaş: ögr. durumu

(yıl):.....Meslek:.....

Aile: çekirdek (...) geniş (...) A-B ayrı (...) boşanmış (...) üvey (...) ölüm (...) annenin erkek arkadaşı (...)

Kardeş : (doğum sırasına göre yaş ve cinsiyet):

.....

.....

Aile içi şiddet: VAR /YOK

Madde bağımlılığı: Sigara:

(sıklık, miktar) Alkol:

Uyuşturucu madde:

Aylık gelir:

Ailede İstismar Öyküsü: VAR /YOK

Ailede Psikiyatrik hastalık öyküsü: VAR /YOK kimde:.....

ne?.....

Göç: doğum öncesi:..... doğum sonrası:..... istismar sonrası:.....

Cinsel İstismara Ait Özellikler;

İstismarın Süresi (tarih belirtiniz):

Sıklığı (tanımlayınız):

Çocuğun istismarcı ile duygusal bir yakınlığı ya da ilişkisi: VAR /YOK

Zorlama ya da Güç Kullanımı: VAR /YOK

Alkol/ madde etkisinde olma: evet(...) hayır (...)

İstismarın Türü: Dokunma:.....

Okşama:.....

Sürtünme:.....

Öpme:.....

Sözel istismar:.....

Exhibizyonizm/pornografi izletme:.....

Oral penetrasyon:.....

Anal penetrasyon:.....

Vajinal penetrasyon:.....

Teşebbüs:.....

Önceki Cinsel İstismar Öyküsü: VAR /YOK kim:..... Ne

zaman:..... Sonuç:.....

İstismarcıya Ait Özellikler:

İstismarcının Yaşı:

evli (....) bekar (....)

İstismarcı: Aile içinden:..... Aile dışından:.....

Tanıdık:..... Yabancı:.....

İstismarcı cinsiyeti: (K) (E)

İstismarcı sayısı: Bir:..... Birden fazla:.....
