

Araştırma / Original article**Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerde ruh sağlığını etkileyen etkenlerin araştırılması**Nusret SOYLU,¹ Birsen ŞENTÜRK PİLAN,¹ Muhammed AYZAZ,² Seda SÖNMEZ³**ÖZET**

Amaç: Bu çalışmanın amacı adli değerlendirme için çocuk psikiyatrisi polikliniğine gönderilen cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özelliklerini, ruhsal bozukluk tanımlarını ve ruhsal bozukluk ile ilişkili etkenleri incelemektir. **Yöntem:** Çalışmamızda 3-18 yaş aralığında, cinsel istismara uğramış ve adli rapor için gönderilen 234 çocuk ve ergen (181 kız, 53 erkek) değerlendirildi. Olguların dosyaları, adli raporları ve sosyal inceleme raporları araştırmacılar tarafından geriye dönük olarak incelendi. **Sonuçlar:** En sık bildirilen cinsel istismar tipi cinsel uyarılma için bedene dokunmaydı (%31.2). Olguların %44.9'unun birden çok kez cinsel istismara maruz kaldığı saptandı. İstismarcıların %97.9'u erkek, %73.6'sı tanıdık, %14.5'i ise aile içinden biriydi. Olguların %20.1'inde birden çok istismarcının olduğu, %54.3'ünde fiziksel şiddetin cinsel istismara eşlik ettiği belirlendi. Olguların %67.1'ine en az bir ruhsal bozukluk tanısının konduğu belirlendi. Birden fazla kişi tarafından cinsel istismara uğrayan, aileden biri tarafından istismara uğrayan, istismar sırasında penetrasyon ve fiziksel şiddet olan ve yineleyen şekilde istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorun gelişme riski daha yüksekti. **Tartışma:** Cinsel istismar çocuklarda uzun süreli duygusal ve davranışsal sorunlara neden olmaktadır. Cinsel istismarın bazı türleri diğerlerinden daha ciddi sonuçlara yol açmaktadır. Ayrıca mağdurun bireysel ve ailesel özellikleri ve sosyal desteğin düzeyi cinsel istismardan kaynaklanan sorunları etkilemektedir. (*Anadolu Psikiyatri Derg 2012; 13:292-298*)

Anahtar sözcükler: Çocuk ve ergen, cinsel istismar, ruh sağlığı

Study of factors affecting mental health in sexually abused children and adolescent**ABSTRACT**

Objective: The aim of this study was to examine sociodemographic variables, diagnosis of mental disorders, and factors associated with the mental disorders of sexually abused children and adolescents who referred to child psychiatry outpatient department with the request of criminal report. **Methods:** In our study, sexually abused 234 children and adolescents (181 girls and 53 boys) aged 3-18 years who referred for criminal reports were evaluated. Case files, social observation reports, and criminal reports were examined retrospectively by the researchers. **Results:** Touching to the body for the sexual arousal was the most reported type of the sexual abuse (31.2%). More than one sexual abuse was established in 44.9% of cases. 97.9% of the abusers were males, 73.6% were acquaintance, and 14.5% were a family member. 20.1% of cases were sexually abused by more than one abusers and 54.3% were accompanied by violence. It was determined that 67.1% of cases had at least one mental disorder diagnosis. Children and adolescents who have been sexually abused by more than one abusers, who have been abused by a family member, whose abuse involved, penetration and violence or who have been abused repetitively are at greater risk of developing mental problems. **Discussion:** Sexual abuse causes long-term emotional and behavioral problems in children. Some types of sexual abuse may lead to more serious results. Moreover, individual and family characteristics of the victim, and level of social support influence problems related to sexual abuse. (*Anatolian Journal of Psychiatry 2012; 13:292-298*)

Key words: Child and adolescent, sexual abuse, mental health

¹ Uzm.Dr., ³ Psikolog, Gaziantep Çocuk Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, Gaziantep

² Uzm.Dr. Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, Sakarya Gaziantep Çocuk Hastanesi, Çocuk ve ergen Psikiyatrisi polikliniği,

Yazışma adresi / Address for correspondence:

Uzm.Dr. Nusret SOYLU, Gaziantep Çocuk Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, Gaziantep/Türkiye

E-mail: soylunusret@hotmail.com

Geliş tarihi: 15.12.2011, Kabul tarihi: 22.07.2012

GİRİŞ

Çocuğun cinsel istismarı fiziksel, duygusal, sosyal ve hukuksal boyutları olan, hem mağdur hem de ailesi üzerinde kısa ve uzun dönemde yıkıcı etkilere sahip bir toplumsal sorundur. Cinsel istismar kavramı, 'henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun veya ergenin, bir yetişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılması' olarak tanımlanmaktadır.¹

Çocukta cinsel istismar, yüzyıllardır bilinen bir konu olduğu halde, geçen yüzyılın son çeyreğine kadar üzerinde fazla durulmamıştır. Son yıllarda bu konudaki araştırmaların artmasıyla, cinsel istismarın ülkemizdeki yaygınlığının azımsanmayacak oranlarda olduğu ortaya çıkmıştır. Cinsel istismar sık rastlanan ve genelde yıllarca süren bir durum olmakla birlikte, neden olduğu utanç ve suçluluk duyguları nedeniyle çoğunlukla gizli kalmaktadır. Cinsel istismara uğrayan olguların yalnız %15'inin bildirildiği düşünülmektedir.² ABD'deki istatistiksel veriler kız çocuklarının %10-34'ünün, erkek çocukların ise %3-18'inin 18 yaşından önce cinsel istismara maruz kaldıklarını göstermektedir.³⁻⁶

Ülkemizde cinsel istismar ile ilgili istatistiksel veri azdır. İstanbul'da lisede okuyan kızların %13.4'ü cinsel istismara uğradığını bildirmiştir. Bu istismarların %11.3'ü cinsel bölgelerinin ellenmesi ve %4.9'u cinsel ilişkiye zorlanma olarak tanımlanmıştır. İki tipte de cinsel istismara uğradığını belirtenlerin oranı ise %3 olarak bulunmuştur.⁷ Akyüz ve ark.nın yetişkinlerle yaptığı ve cinsel istismarın geriye dönük sorgulandığı bir çalışmada, çocuklukta cinsel istismar %2.5 oranında saptanmıştır.⁸

Kızların erkeklerden 2-5 kat daha fazla cinsel istismara maruz kalma riski taşıdığı bildirilmiştir.⁹⁻¹⁰ Cinsel istismara uğrama riskini, çocuk ve gencin zihinsel ve bedensel engelli olması, şizofreni, bipolar bozukluk, dürtü denetim bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi etkenler artırır.¹¹ İşlev düzeyinin düşük, çatışmaların ve ekonomik sorunların çok olduğu aileden gelen çocuklar daha fazla istismar riski taşır. Boşanma, ayrılık, şiddet, aile bireylerinde alkol ve madde kullanımının ve yoğun aile içi çatışmaların olduğu ailelerde cinsel istismar riski belirgin olarak artmaktadır.^{9,12}

Ülkemizde cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenler çocuk psikiyatrisi polikliniklerine genellikle adli merciler tarafından, mevcut kanunlar gereği 'cinsel istismar sonucunda mağdurun ruh sağlığının bozulup bozulmadığının' değerlendirilmesi için getirilmektedir. Cinsel istismarın mağdurun ruh sağlığı üzerine olumsuz etkisinin olmaması olası değildir. Türk Ceza Kanunu'nda cinsel dokunulmazlığa karşı işlenen suçlarda, suçun sonucunda

beden ve ruh sağlığının bozulması durumunda ceza miktarında önemli düzeyde artış olmaktadır. Bu nedenle bu soruyu yanıtlarken oluşan etkilenmenin çocuğun gelişimi, eğitimi, sosyal ve aile ilişkileri, benlik algısı gibi bir veya birçok alanda ciddi işlev kaybına neden olacak düzeyde ağır olması gerektiği belirtilmektedir.

Cinsel istismarın klinik özellikleri ve çocuk üzerindeki etkileri, çocuğun istismarcı ile olan ilişkisine, istismarın şekline, süresine, şiddet kullanımına, fiziksel zararın varlığına, çocuğun yaşına ve gelişim basamağına, ruhsal özelliklerine ve travma öncesi ruhsal gelişimine bağlı olarak değişmektedir.¹ Travmanın yoğunluğu kişinin yaşadığı sosyal çevrenin travmaya verdiği tepki ile de ilişkilidir. Aile ve arkadaş desteği mağdurun duruma başa çıkmasında çok önemli rol oynamaktadır.¹³

Ülkemizde cinsel istismar olgularının yaygınlığı, sosyodemografik ve klinik özellikleri ile ilgili çalışmalar yapılmış olmakla birlikte, cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerde ruh sağlığını etkileyen etkenlerle ilgili çalışma azdır. Çalışmamızda adli değerlendirme için gönderilen 234 cinsel istismar olgusunun sosyodemografik ve klinik özelliklerinin yanı sıra, cinsel istismardan etkilenmeyi belirleyen bireysel, sosyal ve istismarla ilişkili etkenlerin değerlendirilmesini de amaçladık.

YÖNTEM

Bu araştırmaya 01.08.2009-01.08.2011 tarihleri arasında Gaziantep Çocuk Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği'ne adli rapor düzenlenmesi amacıyla gönderilen cinsel istismara uğramış 0-18 yaşları arasındaki 234 çocuk ve ergen alınmıştır. Yirmi iki olgu yeterli veriye ulaşamadığı için çalışma dışı bırakılmıştır. Olguların dosyaları, sosyal inceleme raporları ve düzenlenmiş adli raporları araştırmacılar tarafından geriye dönük olarak incelenmiştir. Çocuk ve ergenlerde cinsel istismar sonrası gelişen eksen I tanıları her biri yaklaşık 40 dakika süren DSM-IV'e dayalı en az iki klinik görüşme sonunda belirlenmiştir. Yanında anne-babası olmadan getirilen olgular ikinci görüşmeye mutlaka bakım veren anne-babası ile birlikte çağrılmış, olası olmayan durumlar (anne-babanın ölmüş olması, nerde olduğunun bilinmemesi, tüm ısrarlara rağmen gelmemesi gibi) hariç anne-babalar ile de görüşme yapılmıştır. Bu görüşmeler sonunda karar verilemeyen olgular izlemeye alınmış, üç veya altı aylık izleme sonrası adli rapor düzenlenmiştir. Klinik değerlendirme sonunda bilişsel becerilerinde gerilik düşünlü olgulara çoğu zaman aynı gün WISC-R zeka testi uygulanmıştır. Aynı zamanda gerekli görülen olgular tedavisi düzenlenip izlemeye alınmıştır.

Çalışmanın istatistiksel analizinde SPSS for Windows 16.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı analizlerin yanı sıra, bağımsız grupların oranları ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. Çalışmada %95 ($p < 0.05$) anlamlılık düzeyi benimsenmiştir

BULGULAR

Sosyodemografik özellikler ve cinsel istismarla ilgili bulgular

Çalışmamıza yaşları 3-18 yaş arasında (ort. 12.61 ± 2.9) değişen, 181'i kız (%77.4), 53'ü erkek (%22.6) toplam 234 çocuk ve ergen alınmıştır. Olguların ortalama kardeş sayısı 4.26 ± 1.75 olarak saptanmıştır. Mağdurların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de, cinsel istismar ve istismarcı ile ilgili özellikler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Kızların yaş ortalaması (13.07 ± 2.77) erkeklerin yaş ortalamasından (11.06 ± 2.88) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$). Kızlara göre

Tablo 1. Mağdurların sosyodemografik özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kız	181	77.4
Erkek	53	22.6
Eğitim Durumu		
Okul yaşında değil	8	3.4
Okul yaşında, ama hiç okula gitmemiş	6	2.6
İlköğretim bitirmeden terk	58	24.8
İlköğretime devam ediyor	110	47.0
İlköğretim mezunu	14	6.0
Lise bitirmeden terk	12	5.1
Liseye devam ediyor	26	11.1
Kiminle yaşıyor		
Anne ve baba ile	160	68.4
Anne ile	35	15.0
Baba ile	15	6.4
Akrabalarının yanında	11	4.7
Kurumda	13	5.5
Anne-baba birlikteliği		
Birlikte	167	71.4
Boşanmış	58	24.8
Anne-babadan biri ölü	9	3.8
Sosyoekonomik düzey		
Düşük	159	67.9
Orta	69	29.5
Yüksek	6	2.6
Sigara içme		
Evet	33	14.1
Hayır	201	85.9
Alkol kullanımı		
Var	16	6.8
Yok	218	93.2
Madde kullanımı		
Var	13	5.6
Yok	221	94.4

Tablo 2. Cinsel istismar ve istismarcı ile ilgili bulgular

Özellikler	Sayı	%
Cinsel istismarın tipi		
Bedene cinsel amaçla dokunma	73	31.2
İnterfemoral ilişki (ırza tasaddi)	42	18.0
Vajinal penetrasyon	49	20.9
Anal penetrasyon	34	14.5
Oral penetrasyon	6	2.6
Fuhuşa sürüklenme	10	4.3
Sözlü sataşma	9	3.8
Teşhircilik	9	3.8
Pornografik video çekirme	2	0.9
Cinsel istismar sayısı		
Bir	129	55.1
Birden fazla	105	44.9
İstismarcı sayısı		
Bir	187	79.9
Birden fazla	47	20.1
İstismarcının yakınlığı		
Aile içi (baba, üvey baba, abi)	34	14.5
Geniş aile (dede, amca, dayı, kuzen)	22	9.4
Aile dışı tanıdık	116	49.6
Yabancı	62	26.5
İstismarcının cinsiyeti		
Erkek	229	97.9
Kadın	5	2.1
Zorlama ve fiziksel şiddet		
Var	127	54.3
Yok	107	45.7
Başka mağdur ya da mağdurlar		
Var	61	26.1
Yok	173	73.9

erkeklerde istismarcının daha yüksek oranda yabancı ($p=0.023$) ve aile dışından ($p=0.037$) olduğu ve birden fazla cinsel istismarın daha sık ($p=0.036$) görüldüğü saptanmıştır.

Ruhsal değerlendirme bulguları

Cinsel istismar sonrası mağdurların ruhsal değerlendirme sonuçları incelendiğinde 23 olgunun (%9.8) ruhsal değerlendirme sürecinin sürdüğü, dört olgunun (%1.7) ise bir üst kuruma sevk edildiği saptanmıştır. Ruhsal değerlendirme süreci tamamlanmış 207 olgunun 139'unda (%67.1) cinsel istismar sonrası en az bir DSM-IV eksen I tanısının geliştiği saptanmıştır. Bu olgularda gelişen psikiyatrik bozukluklar Tablo 3'te gösterilmiştir. Bu olguların yapılan bilişsel değerlendirmesinde 16 olguda (%7.7) hafif düzeyde zeka geriliği, bir olguda (%0.5) orta düzeyde zeka geriliği saptanmıştır. Zeka geriliği olan olgularda olmayanlara göre daha yüksek oranda penetrasyon içeren cinsel istismarın olduğu ($p=0.01$) ve daha yüksek oranda birden fazla cinsel istismara maruz kaldıkları saptanmıştır ($p=0.021$).

Tablo 3. Mağdurların psikiyatrik ve komorbid tanıları

Psikiyatrik tanıları	Sayı	%
Akut stres bozukluğu	31	14.9
Travma sonrası stres bozukluğu	67	32.4
Majör depresif bozukluk	41	19.8
Psikiyatrik bozukluk yok	68	32.9
Komorbid psikiyatrik tanıları		
Major depresif bozukluk	27	13.0
Davranım bozukluğu	5	2.4
Panik bozukluğu	1	0.5
Enkoprezis	1	0.5
Komorbid bozukluk yok	173	83.6

Ruhsal etkilenmeyi belirleyen etkenlerle ilişkili bulgular

Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin istismar sonrası ruh sağlığını etkileyen etkenler Tablo 4'te gösterilmiştir. Cinsel istismarın fiziksel temas ($\chi^2=5.94$, $p=0.015$) ve penetrasyon ($\chi^2=28.11$, $p<0.001$) içermesi, birden çok cinsel istismar olayı ($\chi^2=5.54$, $p=0.019$) ve istismarcının ($\chi^2=4.40$, $p=0.036$) varlığı, istismarcının aile içinden olması ($\chi^2=4.17$, $p=0.041$), zorlama ve fiziksel şiddetin varlığı ($\chi^2=32.16$, $p<0.001$) ruhsal bozukluk tanısı konanlar arasında anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Cinsel istismar olayında başka mağdur veya mağdurların da olması durumunda psikiyatrik bozukluğun daha düşük oranda geliştiği

Tablo 4. Mağdurların ruh sağlığını etkileyen etkenler

Özellikler	Psikiyatrik bozukluk Var		Yok		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet					1.39	0.289
Kız	114	69.1	51	30.9		
Erkek	25	59.5	17	40.5		
Yaş					0.86	0.353
0-12	50	63.3	29	36.7		
13-18	89	69.5	39	30.5		
Yaşa uygun eğitime devam					1.95	0.162
Var	80	63.5	46	36.5		
Yok	59	72.8	22	27.2		
Ebeveynlerle birliktelik					1.61	0.205
Var	90	64.3	50	35.7		
Yok	49	73.1	18	26.9		
Cinsel amaçlı temas					5.94	0.015*
Var	131	69.7	57	30.3		
Yok	8	42.1	11	57.9		
Penetrasyon					28.11	<0.001
Var	74	88.1	10	11.9		
Yok	65	52.8	58	47.2		
Cinsel İstismar sayısı					5.54	0.019
Bir	70	60.3	46	39.7		
Birden fazla	69	75.8	22	4.2		
İstismarcı sayısı					4.40	0.036
Bir	108	63.9	61	36.1		
Birden fazla	31	81.6	7	18.4		
Aile içi istismar					4.17	0.041
Evet	25	83.3	5	16.7		
Hayır	114	64.4	63	35.6		
Tanıdık istismarı					0.57	0.451
Evet	103	68.7	47	31.3		
Hayır	36	63.2	21	36.8		
Başka mağdur					4.32	0.038
Var	32	56.1	25	43.9		
Yok	107	71.3	43	28.7		
Zorlama ve fiziksel şiddet					32.16	<0.001
Var	91	85.0	16	15.0		
Yok	48	48.0	52	52.0		
Zeka geriliği					3.73	0.053
Var	15	88.2	2	11.8		
Yok	124	65.3	66	34.7		

saptanmıştır ($\chi^2=4.32$, $p=0.038$). Ayrıca zeka geriliği saptanan ve saptanmayan olgularda cinsel istismar sonrası psikiyatrik bozukluk gelişme oranları arasındaki farkın istatistiksel olarak sınırdaki olduğu görülmüştür ($\chi^2=3.73$, $p=0.053$).

TARTIŞMA

Çalışmamızda cinsel istismara maruz kalan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik ve klinik özellikleri ile cinsel istismardan etkilenmeyi belirleyen bireysel, sosyal özellikler ve istismarla ilişkili etkenler incelenmiştir.

Kızların erkeklerden 2-5 kat daha fazla cinsel istismara maruz kalma riski taşıdığı bildirilmiştir.⁹⁻¹⁰ Çalışmamızın örnekleme adli değerlendirme için gönderilen cinsel istismar olgularından oluşmakla birlikte, kız/erkek oranı 3.4 olarak bulunmuştur. Kızlara göre erkeklerin daha sık birden fazla cinsel istismara maruz kaldığı ve aile dışı cinsel istismarların daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.¹⁴⁻¹⁵

Literatürde, çocuklara cinsel istismarda bulunanların dörtte üçünün aile içinden birisi, yakın akrabalar, komşu veya daha önce tanıdığı kişiler olduğu saptanmıştır.¹⁶⁻¹⁸ Ülkemizde son dönemde çok merkezli yapılan ve çalışmamıza benzer şekilde adli değerlendirme için gönderilen çocuk ve ergenlerin değerlendirildiği bir çalışmada istismarcıların %78.0'ünün tanıdık ve %13.2'sinin aile bireylerinden biri olduğu saptanmıştır.¹⁹ Çalışmamızda istismarcıların %73.5'inin tanıdık ve %14.5'inin aile bireylerinden biri olduğu bulunmuştur. İstismarcıların çoğunun çocuğun daha önce tanıdığı ve güvendiği kişiler olması, cinsel istismarı önlemede çalışmacıların işini zorlaştırmaktadır.

Çalışmalarda istismarcıların tümüne yakınının erkek olduğu gösterilmiştir.^{19,20} Çalışmamızda istismarcıların %97.9'u erkektir. İstismarcının kadın olduğu beş olguda cinsel istismar tipinin fuhuşa sürüklenme olduğu ve istismara eşlik eden bir veya birden çok erkeğin de bulunduğu saptanmıştır. Ancak örnekleminiz sadece adli değerlendirme için gönderilen olguları kapsadığından, kadınlar tarafından gerçekleştirilen cinsel istismarların daha düşük oranda bildirildiğini gösteren çalışmaların dikkate alınması gerekmektedir.^{20,21} Kadınlar tarafından yapılan tacizlerin daha düşük olarak bildirilmesi, bu eylemlerin normal günlük bakım verme davranışı sırasında (banyo yaptırma, üstünü değiştirme) daha belirsiz olarak uygulanmasına veya bu tür tacizlerin özellikle ergenler tarafından arzu edilebilir olarak algılanmasına bağlı olabilir.²¹

Cinsel istismara uğrayan çocuklarda ruhsal bozukluk görülme oranının %60'ın üzerinde olduğu belirtilmektedir.¹⁴ Kendall-Tackett ve ark., 45 çalışmayı incelediği gözden geçirme yazısında, cinsel istismara uğrayan çocukların %64-79'unda psikiyatrik

belirtiler saptandığını bildirmiştir.²² Çalışmalarda travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve majör depresif bozukluğun (MDB) cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde en sık görülen psikiyatrik bozukluklar olduğu saptanmıştır.^{23,24} Çalışmamızda ruhsal değerlendirme süreci tamamlanmış mağdurların %67.1'inde ruhsal bozukluk saptanmış olup TSSB ve MDB en sık konulan tanılar olmuştur.

Cinsel istismarın mağdur üzerindeki etkileri incelendiğinde cinsiyetin belirtileri etkilediği görülmektedir. Birçok çalışmaya göre kızlar erkeklerden daha fazla etkilenmekte, daha fazla içe yönelim ve TSSB belirtileri göstermektedir.^{15,25} Bizim çalışmamızda ise kızlar daha yüksek oranda etkilenmiş olsa da, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Örnekleminizin sadece adli değerlendirme için gönderilen olguları kapsamaması, değerlendirmenin sadece psikiyatrik bozukluk saptanma oranını içermemesi, psikiyatrik bozukluğun şiddeti ile ilgili bir değerlendirmenin yapılmamış olması bu sonuca neden olmuş olabilir.

Cinsel istismarın bazı türleri psikiyatrik açıdan diğerlerinden daha ciddi sonuçlar doğurabilmektedir. Olumsuz etkilenmenin temas içeren cinsel istismar için yüksek olduğu, genital penetrasyonda olumsuz etkilenmenin en belirgin olduğu bildirilmektedir.^{24,26,27} Çalışmamızda da fiziksel temasın ve penetrasyonun olduğu olgularda etkilenmenin daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. Fiziksel temas düzeyinin cinsel istismar mağdurlarının erişkin dönemdeki işlevselliğini yordayan en önemli gösterge olduğu belirtilmektedir. İstismarcı ile kurban arasındaki fiziksel temasın yoğunluğunun artması, özellikle penetrasyonun varlığı erişkin dönemde psikiyatrik sorunlar, cinsel sorunlar, riskli cinsel davranışlar, ilişkilerde sorunlar gibi birçok olumsuz sonuçla ilişkili bulunmuştur.²⁸ Bu sonuçlar özellikle penetrasyon içeren cinsel istismara maruz kalmış çocuk ve ergenlerin Klinisyenler tarafından daha dikkatli ve uzun süre izlenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

İstismarcı ile ilişki önemli bir değişken olup, aileden veya tanıdığı biri tarafından istismar edilmenin daha kötü sonuçlara yol açtığı belirtilmektedir. Tanıdık biri tarafından cinsel saldırıya uğrayan mağdurların kendilerini daha çok suçladıkları ve güven sağlamada daha çok zorlandıkları bildirilmiştir.^{29,30} Araştırmamızda istismarcının tanıdık olduğu olgularda daha yüksek oranda psikiyatrik bozukluk saptanmazken, istismarcının aileden biri olduğu olgularda daha yüksek oranda psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Literatürde, aile içinde gelişen cinsel istismarın aile dışında gelişen cinsel istismar ile karşılaştırıldığında, çocuk üzerindeki etkilerinin daha olumsuz ve uzun süreli olduğunu bildiren çalışmalar vardır.^{27,31,32} Bu etkilenme, ola-

sılıkla yaşanan büyük düş kırıklığı, ihanete uğrama duygusu ve güven kaybı ile ilişkilidir.⁸ Çünkü çocuk aynı zamanda bağlanma nesnesi ve kendisine bakım veren kişi olan, sonsuz güvendiği biri tarafından istismara maruz kalmıştır. Bu durumun çocuğun kendine ve dış dünyaya karşı temel güven duygusunu sarsabileceği ve yardım arama davranışlarını ketleyebileceği düşünülmektedir. Çocuk için bir diğer kabul edilmesi zor durum, anne-babanın istismar etmesi dışında diğer anne-babanın koruma görevini gerçekleştirememiş olmasıdır.¹³ Ayrıca aile dışı istismara göre aile içi istismar daha yineleyici ve kronik gidişlidir.³³ Aile içi cinsel istismarın ortaya çıkması aile birliğini ve tüm aile bireylerini tehdit eden bir kriz yaratabilmekte, bu da mağdur çocuğun ailenin diğer bireyleri tarafından suçlanmasına ve dışlanmasına neden olabilmektedir.¹ Bu nedenle bu olgular ile karşılaşan klinisyenlerin krize müdahale yöntemlerini çabuk ve etkili bir şekilde uygulaması, çocuğu desteklemesi ve ailenin diğer bireyleri ile de çalışmasının gerektiği düşünülmektedir.

İstismara fiziksel güç kullanımının eşlik etmesi, hem kısa hem de uzun dönemde daha fazla olumsuz sonuçla ilişkili bulunmuştur.^{22,32,34} Çalışmamızın sonuçları da bu verileri desteklemektedir. Olay sırasında zor ve şiddet kullanılmasının, yaşanan çaresizlik duygusunun büyüklüğüne ve bunun da ruhsal travmanın daha kötü algılanmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, cinsel istismara birden çok kez maruz kalmış çocukların bir kez maruz kalmış çocuklara göre daha yüksek oranda etkilendiği saptanmıştır. Benzer şekilde cinsel istismarın kronikliğinin çocuğun travmadan etkilenmesini artırdığına ilişkin birçok çalışma vardır.^{22,25,32} Ayrıca cinsel istismarın sık ve kronik olmasının uygunsuz cinsel davranış gelişimini artırdığı bildirilmiştir.^{35,36} Cinsel yönden riskli davranışlar göstermenin bu olguları yeni istismarlara açık hale getireceği, bu nedenle bu olgularda koruyucu önlemlerin etkin bir şekilde yürütülmesinin gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda istismarcının birden çok olduğu olgularda ruhsal etkilenme daha yüksek oranda saptanmışken, mağdurun birden çok olduğu olgularda ruhsal etkilenme daha düşük bulunmuştur. Mağdurun birden çok olduğu olgularda etkilenmenin daha düşük oranda olması bu olgularda yal-

nızlık, çaresizlik ve suçluluk duygularının daha az yaşanması ile açıklanabileceği gibi, bu olgularda istismarcının fazla ileri gidememesinden de kaynaklanıyor olabilir.

Zihinsel engelli bireylerin normal popülasyona göre 4-10 kat daha fazla cinsel istismar riski taşıdığı belirtilmektedir. Zihinsel engelli çocuklar kendilerine gösterilen ilgi ve sevgiye olumlu yanıt vermeleri, yargılama ve değerlendirme yeteneklerinin yetersizliği gibi nedenlerle cinsel ilişki için yapılan bir teklifi veya yakınlaşmayı cinsel olarak sömürlebileceklerini bilmeden kabul edebilir.³⁷ Çalışmamızda zeka geriliği olan olgularda penetrasyon içeren ve birden fazla olan cinsel istismarlara daha yüksek oranda rastlanmış olması, görece daha hafif olan ve kronik olmayan cinsel istismar tiplerinin daha zor fark edildiğini ve adli mercilere daha az bildirildiğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak, fiziksel temasın ve penetrasyonun olduğu cinsel istismar tiplerinde, istismarcının birden çok ve aile içinden olduğu olgularda, cinsel istismarın kronik olduğu ve cinsel istismara zorlama ve fiziksel şiddetin eşlik ettiği olgularda cinsel istismardan etkilenme oranının yüksek olduğu; mağdurun birden çok olduğu olgularda cinsel istismardan etkilenmenin daha az oranda olduğu saptanmıştır. Cinsel istismar mağdurlarıyla çalışan klinisyenlerin izleme ve tedavi sürecinde, ruhsal etkilenmeyi belirleyen bu etkenleri göz önünde bulundurması önerilmektedir.

Geriye dönük dosya inceleme yöntemiyle yapıldığı için çalışmamızın ölçek kullanılmaması, karşılaştırma grubu içermemesi ve cinsel istismar sonrası mağdurların uzun süreli izlemesinin yapılamamış olması gibi kısıtlılıkları vardır. Ruhsal değerlendirmenin heyet şeklinde değil, çoğunlukla bir hekim tarafından yapılmış olması, hastanemizde kadın doğum ve adli tıp uzmanı gibi çoğu branştan hekimlerin bulunmaması nedeniyle, bu branşlar tarafından başka merkezlerde yapılmış değerlendirme sonuçlarına ulaşılamamış olması da çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Bu olguların tek merkezde multidisipliner olarak değerlendirilebileceği Çocuk İzlem Merkezlerinin hastanemiz dahil birçok merkezde kuruluyor olması umut vericidir. Bu kısıtlılıklara rağmen çalışmamızın cinsel istismardan etkilenmeyi belirleyen etkenlerin anlaşılmasında literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. İşeri E. *Cinsel istismar*. FÇ Çetin, B Pehlivan Türk, F Ünal, R Uslu, E İşeri, T Türkbay, A Coşkun, S Miral, N Motavallı (Eds.), *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*, Ankara, HYB, 2008, s.470-477.
2. Yates A. *Sexual abuse of children*. JM Wiener (Ed.), *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*, second

ed., Washington, American Psychiatric Press, 1999, p.699-709.

3. Bagley C, Wood M, Young L. *Victim to abuser: mental health and behavioral sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males*. *Child Abuse Negl* 1994; 18:683-697.

4. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:1365-1374.
5. Wyatt GE, Loeb TB, Solis B, Carmona JV. The prevalence and circumstances of child sexual abuse: changes across a decade. *Child Abuse Negl* 1999; 23:45-60.
6. Holmes WC, Slap GB. Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *JAMA* 1998; 280:1855-1862.
7. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Kaymak DA, Uysal Ö, İtler Ö. Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse Negl* 2006; 30:247-255.
8. Akyüz G, Şar V, Kugu N, Doğan O. Reported childhood trauma, attempted suicide and self-mutilative behavior among women in the general population. *Eur Psychiatry* 2005; 20:268-273.
9. Putnam F. Ten-year research update review: child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42:269-278.
10. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1994; 18:409-417.
11. Spencer N, Devereux E, Wallace A, Sundrum R, Shenoy M, Bachuss C, et al. Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. *Pediatrics* 2005; 116:609-613.
12. Berger LM. Income, family characteristics, and physical violence toward children. *Child Abuse Negl* 2005; 29:107-133.
13. Gölge ZB. Cinsel travma sonrası oluşan ruhsal sorunlar. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2005; 42:19-28.
14. Şar V. Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. E Köroğlu, C Güleç (Eds.). *Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt 2*, Ankara, HYB, 1998, s.823-833.
15. Feiring C, Taska L, Lewis M. Age and gender differences in children's and adolescent's adaptation to sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1999; 23:115-128.
16. Johann FK, Christian T, Verena G, Wilfried B. Family background and sexual abuse associated with eating Disorders. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1127-1131.
17. Csorba R, Aranyosi J, Borsos A, Balla L, Major T, Poka R. Characteristics of female child sexual abuse in Hungary between 1986 and 2001: a longitudinal, prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 120:217-221.
18. Murray JB. Psychological profile of pedophiles and child molesters. *J Psychol* 2000; 134:211-224.
19. Erdoğan A, Tufan E, Karaman MG, Atabek MS, Koparan C, Özdemir E, ve ark. Türkiye'nin dört farklı bölgesinde çocuk ve ergenlere cinsel tacizde bulunan kişilerin karakteristik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2011; 12:55-61.
20. Vandiver DM, Kercher G. Offender and victim characteristics of registered female sexual offenders in Texas: A proposed typology of female sexual offenders. *Sex Abuse* 2004; 16:121-137.
21. Abel GG, Harlow N. The Abel and Harlow child molestation prevention study. Excerpted from the *Stop Child Molestation Book*, Xlibris, Philadelphia, 2001.
22. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull* 1993; 113:164-180.
23. Putnam FW. Ten year research update review: child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42:269-278.
24. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. 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; 35:1355-1364.
25. Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101:46-59.
26. McClellan J, Adams J, Douglas D, McCurry C, Storck M. Clinical characteristics related to severity of sexual abuse: a study of seriously mentally ill youth. *Child Abuse Negl* 1995; 19:1245-1254.
27. Evans E, Hawton K, Rodham K. Suicidal phenomena and abuse in adolescents: a review of epidemiological studies. *Child Abuse Negl* 2005; 29:45-58.
28. Watson B. *Sexual Abuse of Girls and Adult couple relationships: Risk and protective factors*. Griffith University, School of Psychology, Degree of Doctor These, 2007.
29. Moscarello R. Psychological management of victims of sexual assault. *Can J Psychiatry* 1990; 35:25-30.
30. Koss MP. Rape: Scope, impact, interventions and public policy responses. *Am Psychol* 1993; 48:1062-1069.
31. Trickett PK, Noll JG, Reiffman A, Putnam FW. Variants of intra familial sexual abuse experience: Implications for short- and long-term development. *Dev Psychopathol* 2001; 13:1001-1019.
32. Fassler IR, Amodeo M, Griffin ML, Clay CM, Ellis MA. Predicting long-term outcomes for women sexually abused in childhood: contribution of abuse severity versus family environment. *Child Abuse Negl* 2005; 29:269-284.
33. Lucenko BA, Gold SN, Cott M. Relationship to perpetrator and posttraumatic symptomatology among sexual abuse survivors. *J Fam Violence* 2000; 15:169-179.
34. Clemmons JC, Walsh K, Dillillo D. Unique and combined contributions of multiple child abuse types and abuse severity to adult trauma symptomatology. *Child Maltreat* 2007; 12:172-181.
35. Adams J, McClellan J, Douglass D, McCurry C, Storck M. Sexually inappropriate behaviors in seriously mentally ill children and adolescents. *Child Abuse Negl* 1995; 19:555-568.
36. Friedrich WN, Grambsch P. The child sexual behavior inventory: normative and clinical findings. *Psychol Asses* 1992; 4:303-311.
37. Morano JP. Sexual abuse of mentally retarded patient: medical and legal analysis for the primary care physician. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 2001; 3:126-135.