

Çocuk ve Ergenlerde Cinsel İstismarın Psikiyatrik Sonuçlarını Etkileyen Faktörler

The Factors of Affecting Psychiatric Consequences of Sexual Abuse in Children and Adolescents

Yasemin Yulaf¹, Funda Özer Gümüştaş²

¹Uz.Dr., Tekirdağ Devlet Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Tekirdağ ²Uz.Dr., Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Adıyaman

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, adli rapor istemiyle çocuk psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilen, cinsel istismara uğramış çocuk ve ergenlerde istismarı takiben gelişebilecek psikiyatrik bozukluklara çocuğun kendisi, ailesi ve istismar ile ilgili değişkenlerin etkisini araştırmaktır. **Yöntem:** Tekirdağ Devlet Hastanesi çocuk psikiyatri polikliniğine Ocak 2011- Eylül 2013 tarihleri arasında adli rapor için getirilen cinsel istismara uğramış 77 olgunun dosya bilgileri geriye dönük olarak incelendi. Olguların sosyodemografik özellikleri, ruhsal bozukluk tanıları ve istismarla ilgili değişkenler belirlendi. **Bulgular:** İstismara uğramış çocuk ve ergenlerdeki eksen 1 psikiyatrik tanı varlığı ile mağdurun yaşı, anne-babalarının eğitim düzeyleri, cinsel istismarın türü ve istismarcı-mağdur yakınlığı arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Bu değişkenlerin hepsinin birden psikiyatrik tanı varlığı üzerine etkisini inceleyen regresyon analizi sonucunda, babanın eğitim düzeyi dışındakiler anlamlı etkisini yitirdi. **Sonuç:** Çalışmamız tüm faktörlerin etkisinden bağımsız bir şekilde cinsel istismarın psikiyatrik tanı varlığı açısından tek başına bir risk faktörü olduğunu desteklemektedir. Çocuk cinsel istismarı ruhsal hastalıkların ve davranışsal bozuklukların en önlenbilir nedenlerinden biridir. Bu konuda toplum çapında çocuk ve ergenlerin, ebeveynlerin bilgisinin artırılması cinsel istismarın görülme sıklığını azaltmaya yardımcı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Cinsel istismar, çocuk ve ergen, psikiyatrik bozukluk.

SUMMARY

Objectives: The aim of this study was to investigate the effects of child himself, his/her family and abuse related variables on psychiatric disorders that can occur following sexual abuse in children and adolescents who were referred for forensic examination to child and adolescent psychiatry outpatient clinic. **Method:** File informations of 77 cases of sexual abuse who referred to Tekirdağ State Hospital, child psychiatry clinic between January 2011 and September 2013 were reviewed retrospectively. Sociodemographic characteristics, mental disorders and abuse-related variables were determined. **Results:** It was found that there was a significant relationship between presence of Axis 1 psychiatric diagnosis and the victim's age, parents' level of education, type of sexual abuse and perpetrator-victim closeness. As a result of regression analysis which examining the effect of all of these variables on psychiatric diagnosis, other variables except for father's education level has lost its significance. **Conclusion:** Our study supports that sexual abuse is a risk factor alone for the presence of psychiatric diagnosis independent from the effects of all other factors. Child sexual abuse is one of the most preventable causes of mental illness and behavioral disorders. Increasing the knowledge of children and adolescents and their parents will help to reduce the incidence of sexual abuse throughout the community.

Key Words: Child and adolescent, sexual abuse, psychiatric disorder.

(*Klinik Psikiyatri 2013;16:197-205*)

GİRİŞ

Çocuk cinsel istismarı (ÇCİ) önemli bir halk sağlığı problemidir. Her yıl çocukların yaklaşık %6'sı cinsel istismarın çeşitli türlerine maruz kalmaktadır (Finkelhor ve ark. 2009). Geç adölesan dönemde ÇCİ'nin yaşam boyu prevalansını inceleyen bir çalışmada, 17 yaşında kızların %26.6 ve erkeklerin %5.1 oranında cinsel istismara maruz kaldığı gösterilmiştir (Finkelhor ve ark. 2014). Yaklaşık olarak 4 ergen kızdan biri, 20 ergen erkektek biri cinsel istismara uğramış demektir. Ülkemizde çocuklarda cinsel istismar sıklığı net olarak bilinmemekle birlikte 18 yaşına kadar kız çocukların %12-25'inin, erkek çocukların ise %8-10'unun istismara uğradığı tahmin edilmektedir (Kara ve ark. 2004).

ÇCİ karmaşık bir yaşam deneyimidir, bir tanı ve ya bir bozukluk değildir (Putnam 2003). Çocuklarda cinsel istismar, çocuğun kendilik gelişiminde bozulmalara, diğer insanlarla ilişki kurmada güçlüklerle, stresli yaşam olaylarına karşı tepkilerini kontrol edememesine neden olmaktadır ve çocukta psikiyatrik rahatsızlıkların oluşmasına zemin hazırlamaktadır (Briere ve Elliott 1994). İstismarı takiben çocuklarda görülebilecek klinik tablolar çeşitlilik göstermektedir. ÇCİ, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) (Ullman 2007), yaygın anksiyete (Fergusson ve ark. 1996), depresyon (Maniglio 2010), disosiasyon (Kaplow ve ark. 2005), dikkat problemleri (Kaplow ve ark. 2008), öfke davranışları, davranım problemleri, intihar davranışı ve madde kötüye kullanımı (Fergusson ve ark. 1996) şeklinde bir dizi psikiyatrik problemle ilişkilidir. Bu çeşitliliğe çocuğun kendisi (ör. yaşı, cinsiyeti), ailesi ile ilgili unsurlar (ör. ebeveyn birlikteliği, eğitim düzeyleri, ekonomik durum, çocuk sayısı) ve istismar ile ilgili faktörler (ör. istismarın tipi, sıklığı, istismarcı-mağdur yakınlığı) neden olabilir.

Erken yaşlarda ve uzun süren travmaya maruz kalan çocukların beyin hacimleri daha küçük olmaktadır. Erken yaşlarda kötü muameleye maruz kalma travmanın olumsuz etkilerinin daha yüksek düzeyde yaşanmasına neden olmaktadır (De Bellis ve ark. 2011). Erkek kurbanlardan oluşan örneklemde küçük olması nedeniyle cinsel istismarın erkek çocukları nasıl etkilediği, istismar deneyiminin çeşitli özelliklerinin kız ve erkek çocuklar

üzerindeki farklı etkileri ile ilgili bilgilerimiz olgu çalışmalarından, anektodal bildirimlerden ve kalitatif çalışmalardan köken almaktadır (Durham 2003, Krug 1989). Bazı kanıtlar ÇCİ'nin kız ve erkekleri farklı etkilediği, kızlarda somatik şikayetlerin ve duygudurum bozukluklarının erkeklerle göre daha sık ortaya çıktığı, erkeklerin ise kızlardan daha sık oranda davranışsal problemler gösterdiği şeklindedir (Darves-Bornoz ve ark. 1998). Bununla birlikte bazı araştırmacılar ÇCİ'nin etkileri bakımından cinsiyetler arasında farklılık bulunmamışlardır (Calam ve ark. 1998, Young ve ark. 1994, Maikovitch-Fong ve Jaffee 2011).

Ebeveynlerin boşanması, bir ebeveynin veya ikisinin birden yokluğu ailede psikiyatrik hastalık ve alkol-madde bağımlılığı olması gibi olumsuz aile koşulları ÇCİ riskini önemli düzeyde arttırmaktadır (Finkelhor 1993, Molnar ve ark. 2001).

Penetrasyon şeklinde ve/veya birden çok cinsel suçlu tarafından istismar deneyimi gibi daha ciddi durumlar psikopatoloji gelişimi açısından yüksek risk doğurmaktadır (Cutajar ve ark. 2010, Yancey ve ark. 2013). Tekrarlayıcı şekilde cinsel istismara uğrama kişiye daha çok zarar vermektedir (Halperin ve ark. 1996, Walsh ve ark. 2012). Bakımvereni veya kendisine yakın biri tarafından istismar edilme çocuğun bağlanma ilişkisini tehdit ettiğinden, yakınları dışında istismar edilmeye göre daha fazla sıkıntılara neden olmaktadır (Edwards ve ark. 2012).

Aynı tür şiddet farklı çocuk ve ergenlerde farklı sonuçlar doğurabilir. Çalışmamızın amacı kişiler arası bu farklılıklara neden olabilecek çocuğun kendisi, ailesi ve istismar ile ilgili faktörleri incelemek ve istismar sonrası hastaneye getirilme süresinin psikiyatrik tanı varlığı ile ilişkisini değerlendirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 2011-Eylül 2013 tarihleri arasında cinsel istismara uğramış ve adli makamlar tarafından adli rapor düzenlenmesi istemi ile Tekirdağ Devlet Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği'ne yönlendirilen 3-18 yaşları arasındaki 77 olgunun (70 kız, 7 erkek) dosya bilgileri geriye dönük olarak incelenmiştir. Olguların yaş, cinsiyet,

Tablo 1. Olguların sosyodemografik özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Kız	70	90.91
Erkek	7	9.09
Yaş grubu		
0-6 yaş	4	5.2
6-11 yaş	11	14.3
12-17 yaş	62	80.5
Annenin eğitim düzeyi		
Hiç okula gitmemiş	17	28.8
İlkokul mezunu	28	47.5
Ortaokul mezunu	6	10.2
Lise ve üzeri	8	12.5
Babanın eğitim düzeyi		
Hiç okula gitmemiş	9	16.5
İlkokul mezunu	28	52.8
Ortaokul mezunu	10	18.9
Lise ve üzeri	6	11.3
Anne-baba birliktelik		
Ayrı/boşanmış	22	29.3
Ebeveyn vefatı	10	13.3
Birlikte	43	57.3
Ailenin çocuk sayısı		
1-2 çocuk	35	45.5
3 çocuk ve üstü	42	54.5

anne-baba eğitim düzeyleri ve birliktelik durumları, ailedeki çocuk sayısı şeklinde sosyodemografik özellikleri, istismarcının mağdura yakınlığı, istismarın türü ve sayısı şeklinde istismar ile ilişkili değişkenler ve olay sonrası mağdurların hastaneye getirilme süreleri değerlendirilmiştir. Geçici rapor düzenlenen ya da sevk edilen adli olgular çalışmaya alınmamıştır. Olguların eksen 1 ruhsal bozukluk tanıları DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV) tanı ölçütlerine göre çocuk ve ergen psikiyatri uzmanı tarafından konulmuştur. Olguların kimlik bilgileri etik kuralara uygun şekilde gizli tutulmuştur.

Çalışmada SPSS 17.00 programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde "ki kare testi" kullanılmıştır. Karşılaştırmalarda anlamlı farklılık gösteren değişkenler çok değişkenli "binary lojistik regresyon" modeli ile incelenmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

BULGULAR

Cinsel istismara maruz kalan kızların yaş ortalaması (13.73 ± 2.89) erkeklerin yaş ortalamasından (10.35 ± 3.13) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p = 0.005$). Olguların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Erkek mağdurlar en sık ($n = 5$, %71.4) anal penetrasyon şeklinde, kızlar ise en sık vajinal penetrasyon şeklinde ($n = 42$, %63,6) cinsel istismara maruz kalmışlardır ($p < 0.05$). Cinsel istismarın türü, kim tarafından ve kaç kez gerçekleştiği ile ilgili veriler Tablo 2'de belirtilmiştir.

Cinsel istismara uğrayan olguların başvuru sırasında yapılan ruhsal durum değerlendirmeleri sonucunda %67.6 ($n = 50$) oranında 1. eksen ruhsal bozukluk tanısı aldığı bulunmuştur (Tablo 3).

Psikiyatrik tanı alan çocuk ve ergenlerin yaş ortalaması tanı almayan gruba göre anlamlı oranda daha düşüktür ($p = 0.02$). Cinsiyete göre psikiyatrik tanı alma arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p > 0.05$). Olguların ruhsal durum muayenesinin yapıldığı gün ile olayın gerçekleştiği gün arasındaki zaman farkına göre mağdurlar 3 aydan önce, 3-6 ay ve 6 aydan daha uzun süre olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. Üç grubun psikiyatrik tanı alma oranları arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p = 0.5$) (Tablo 4).

Aile ile ilgili özelliklerin psikiyatrik tanı varlığı ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Anne baba birliktelik durumu ve ailenin çocuk sayısı ile olguların herhangi bir eksen 1 psikiyatrik tanı almaları arasında anlamlı ilişki bulunmazken, mağdurların anne ve babalarının eğitim düzeylerine göre psikiyatrik tanı alma oranları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Tablo 4).

Cinsel istismar ile ilgili değişkenlerin psikiyatrik tanı varlığı ile ilişkisine bakıldığında, vajinal penet-

Tablo 2. Cinsel istismar ile ilgili değişkenler

	n	%
Cinsel istismarın türü		
Dokunma, sürtünme	23	31.5
Anal penetrasyon	8	11
Vajinal penetrasyon	42	57.5
Cinsel istismarın sayısı		
Bir kez	37	50.7
Aynı kişi tarafından mükerrer	28	38.4
Farklı kişi tarafından mükerrer	8	11
İstismarcının yakınlık derecesi		
Erkek arkadaş	37	48.1
Aile bireyi	1	1.3
Akraba	6	7.8
Başka tanıdık biri	24	31.2
Tanımadığı biri	9	11.7

Tablo 3. Cinsel istismara uğrayan çocukların ruhsal bozukluk tanıları

	n	%
TSSB	9	12,2
Akut Stres Reaksiyonu	13	17,6
Anksiyete Bozuklukları-BTA	3	4,1
Depresyon	9	12,2
TSSB+Depresyon	7	9,5
DEHB	2	2,7
Yıkıcı Davranış Bozuklukları-BTA	7	9,5
Ruhsal Bozukluk Tanısı Yok	24	32,4

TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu, BTA: Başka türlü adlandırılmayan, DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

rasyon sonucu ruhsal bozukluk gelişimi oranı diğer 2 gruptan anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0.03$). Farklı kişiler tarafından mükerrer olarak cinsel istismara maruz kalan olguların psikiyatrik tanı alma oranı sadece bir defa cinsel istismara uğrayan ve aynı kişi tarafından mükerrer olarak istismara maruz kalan olgulara göre daha yüksek olmakla

birlikte istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmemiştir ($p=0.08$). Erkek arkadaşı tarafından istismara uğrayan kızlar diğer tüm olgulara göre anlamlı olarak daha düşük oranda ruhsal bozukluk tanısı almışlardır ($p=0.04$) (Tablo 4).

Psikiyatrik tanı varlığı açısından riskli gruplar regresyon analizi ile değerlendirildiğinde, mağdurun babasının ilkökul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olmasının psikiyatrik tanı alma riskini 7.14 (1.12-45.51) kat arttırdığı bulunmuştur ($p=0.03$).

TARTIŞMA

Çalışmamız çocuk ve ergenlerde cinsel istismarı takiben herhangi bir eksen 1 psikiyatrik bozukluğun gelişmesinde rol alabilecek olan, yazında da tanımlanan birçok faktörü değerlendiren bir çalışmadır. Ülkemizdeki diğer istismar bildirimleriyle benzer olarak, çalışmamızda %67.6 gibi yüksek bir oranda psikiyatrik tanı varlığı bulunmuştur ve en sık tespit edilen eksen 1 psikiyatrik bozuklukları TSSB ve majör depresyondur (Bahalı ve ark. 2010, Gümüştaş ve ark. 2014).

Çocuk veya ergenin kendisi ile ilgili olarak, çalışmamızda yaş ve cinsiyet değişkenlerinin psikiyatrik tanı varlığı ile ilişkisi ele alınmıştır. Örneklemimizin %90.9'unu kız mağdurlar oluşturmaktadır. Erkek ÇÇİ'lerinin büyük oranda hala bildirilmediği görüşü yaygındır. Erkek ÇÇİ'lerinin daha az bildirilmesine neden olabilecek faktörler arasında, erkek çocukların eşcinsel olarak damgalanmalarına dair korkuları nedeniyle başlarına geleni anlatamamaları (Valente 2005), cinsel suçluların kız mağdurlardan daha yüksek oranda erkek mağdurlara istismarı bildirmemeleri için kaba kuvvet göstermeleri ve şiddetle tehdit etmeleri bulunmaktadır (Pierce ve Pierce 1985). Ülkemizde, İstanbul ili örneğinde çocuk ve ergen cinsel istismarlarının karakteristik özelliklerini inceleyen bir araştırmada, çalışmamızla uyumlu olarak kızların erkeklere oranla daha yüksek oranda cinsel istismara maruz kaldığı (%80.7, %19.3) gösterilmiştir (Çöpür ve ark. 2012). Araştırmamızda psikiyatrik tanı varlığı açısından cinsiyetler arasında farklılık bulunmaması, ÇÇİ'nin etkileri bakımından cinsiyetler arasında farklılık olmadığını bildiren çalışmalarla uyumluluk gösterirken (Calam ve ark. 1998, Young ve ark. 1994,

Tablo 4. Sosyodemografik verilerin ve istismarla ilgili değişkenlerin psikiyatrik tanı varlığı ile ilişkisi

		Tanı yok n(%)	Tanı var n(%)	X ²	p
Cinsiyet	Kız	22 (32.8)	45 (67.2)	0.053	1.00
	Erkek	2 (28.6)	5(71,4)		
Yaş	< 12 yaş	1(7,1)	13(92,9)	5,039	0,028*
	≥ 12 yaş	23(38,3)	37(61,7)		
Annenin eğitim düzeyi	Okula gitmemiş	9 (56.3)	7 (43.7)	10.052	0.018*
	İlkokul mezunu	6 (22.2)	21 (77.8)		
	Ortaokul mezunu	0 (0)	6 (100)		
	Lise ve üzeri	1 (12.5)	7 (87.5)		
Babanın eğitim düzeyi	Okula gitmemiş	5 (62.5)	3 (37.5)	8.728	0.03*
	İlkokul mezunu	7 (25.9)	20 (74.1)		
	Ortaokul mezunu	1 (11.1)	8 (88.9)		
	Lise ve üzeri	0 (0)	6 (100)		
Anne-baba birliktelik	Ayrı/boşanmış	8 (38.1)	13 (61.9)	3,489	0.322
	Ebeveyn vefatı	5 (50)	5 (50)		
	Birlikte	10 (24.4)	31 (75.6)		
Ailenin çocuk sayısı	1-2 çocuk	9 (26.5)	25 (73.5)	1.020	0.312
	3 çocuk ve üstü	15 (37.5)	25 (62.5)		
İstismarın türü	Dokunma,sürtünme	4 (18.2)	18 (81.8)	6.902	0.032*
	Vajinal penetrasyon	19 (46.3)	22 (53.7)		
	Anal penetrasyon	1 (12.5)	7 (87.5)		
İstismarın sayısı	Bir kez	13 (36.1)	23 (63.9)	4.97	0.083
	Aynı kişi tarafından mükerrer	11 (42.3)	15 (57.7)		
	Farklı kişi tarafından mükerrer	0 (0)	8 (100)		
İstismarcının yakınlığı	Erkek arkadaş	17 (45.9)	20 (54.1)	8.161	0.043*
	Aile-akraba	0 (0)	7 (100)		
	Başka tanıdık biri	6 (27.3)	16 (72.7)		
	Tanımadığı biri	1 (12.5)	7 (87.5)		
Hastaneye başvuru zamanı	3 ay içinde	13 (29.5)	31 (70.5)	1.351	0.509
	3-6 ay	4 (50)	4 (50)		
	6. aydan sonra	6 (30)	14 (70)		

p<0.05

Maikovich-Fong ve Jaffee 2011), kız ve erkeklerde farklı tipte psikiyatrik sorunlar doğurduğunu öne süren çalışmayla çelişmektedir (Darves-Bornoz ve ark. 1998). Çalışmalar arasındaki metodolojik fark-

lılıkların, sonuçların farklı elde edilmesine neden olabileceği düşünülmektedir (Maikovich-Fong ve Jaffee 2011). Örneklemimizin %80.5'ini 12-17 yaş arası ergenlerin oluşturması, ÇÇİ riskinin yaşla bir-

likte arttığı bilgisini teyit etmektedir (Finkelhor 1993) ve yazın ile benzerlik göstermektedir (Aksu ve ark. 2013). İncelememizde 12 yaş altı çocuklar, 12 yaş üstü ergenlere göre anlamlı olarak daha yüksek oranda psikiyatrik tanı almışlardır. Bir çalışmada istismar anında yaşı daha küçük olan kurbanların daha büyük yaştaki çocuklara oranla TSSB dahil eksen 1 psikiyatrik bozukluk yaşaması daha yüksek olasılıklı bulunmuştur (Cutajar ve ark. 2010). Okul öncesi dönemde istismara maruz kalma ego gelişiminde yıkımlara neden olur ve böylece sağlıklı erişkin kişiliğinin oluşumu olumsuz etkilenebilir (Briere ve Elliott 1994, Molnar 2001). Başka bir araştırmada ise, çocuğun istismar anındaki yaşına göre, ÇCİ'i takiben madde kötüye kullanımı ve dışa vuran davranışların görülme oranında farklılıklar tespit edilmemiştir (Bergen ve ark. 2004).

Çocuk veya ergenin ailesi ile ilgili olarak, ebeveyn birlikteliğinin, kaybının, anne-babaların eğitim düzeylerinin ve ailedeki çocuk sayısının mağdurlardaki psikiyatrik tanı varlığına etkisine bakılmıştır. Ülkemizdeki yazınla uyumlu olarak, çalışmamızda olguların %42.6'sı gibi yüksek bir oranında ebeveyn ölümü veya ayrılığı tespit edilmiştir. Aynı zamanda mağdurların anne ve babaların büyük çoğunluğu ilkökul ve altı eğitim düzeyindedir, ailelerin %54.5'i 3 ve daha fazla sayıda çocuğa sahiptir (Aksu ve ark. 2013). Araştırmamızda ebeveynlerin birliktelik durumları ile mağdurların psikiyatrik tanı almaları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Sonuçlarımızla uyumlu olarak ÇCİ'nin göreceli olarak sağlıklı ailelere sahip mağdurlarda da olumsuz psikiyatrik sonuçlar doğurduğu tespit edilmiştir (Molnar ve ark. 2001). Çalışmamızda ailelerin gelir düzeyleri konusunda direk bilgi toplanmamasına rağmen, sosyoekonomik düzey belirteçleri sayılabilecek anne-baba eğitim düzeylerine ve ailelerin çocuk sayısına göre örneklemimizin büyük oranda sosyoekonomik açıdan düşük gelir seviyesine sahip bir gruptan oluştuğu söylenilebilir. Düşük sosyoekonomik düzey, fiziksel istismar ve ihmal açısından güçlü bir risk faktörü iken, ÇCİ açısından çok daha az bir etkiye sahiptir. Tüm sosyoekonomik ve etnik gruplarda ÇCİ görülür (Finkelhor 1993). Ülkelerin ekonomik gelişim seviyelerinin ÇCİ üzerine etkilerini inceleyen bir araştırmada, düşük gelirli ülkelerde erkek ÇCİ görülme oranı yüksek

gelir seviyeli ülkelere göre daha sık bulunurken, kız mağdurlar açısından ekonomik düzeye göre prevalans farklılığı tespit edilmemiştir (Stoltenborg ve ark. 2011). Ailedeki çocuk sayısına göre mağdurların psikiyatrik tanı oranlarında anlamlı farklılık incelememizde gösterilememiştir. Anne ve babaları okur yazar olmayan, hiç okul eğitimi almayan çocuk ve ergenlerin, ilkökul ve üzeri eğitim düzeyinde ebeveynlere sahip gruba göre anlamlı olarak daha düşük oranda psikiyatrik tanı almışlardır. Ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça cinsel istismarın psikolojik sonuçları ile bilgileri artabilir ve bu durum çocukları ile ilgili kaygı düzeylerinin artmasına, çocuklarına karşı daha korumacı bir tutum sergilemelerine neden olabilir. Bu yaklaşım tarzı da istismarı takiben TSSB ve diğer anksiyete bozuklukların görülme sıklığını yükseltebilir. Öte yandan ebeveynin eğitim seviyesinin düşük olmasının ve ailenin çocuk sayısının fazla olmasının da çocuk üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir. Bu tarz ailelerde de çocuğun duygusal açıdan ihmal edilmesi ve yaşadığı istismar olayı ile ilgili olarak kendini suçlaması söz konusu olabilir. Bir çalışmada ebeveynin eğitim düzeyi ile cinsel istismara uğrama arasında bir ilişki bulunmazken (Mac Millan ve ark. 1997), ebeveynin eğitim düzeyinin ÇCİ akabinde gelişen ruhsal bozukluklarla ilişkisini inceleyen ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

İstismar ile ilişkili olarak cinsel istismarın türü, sayısı ve istismarcı-mağdur yakınlığı çalışmamızda ele alınmıştır. Kız mağdurların yaklaşık yarısının erkek arkadaşı tarafından, yarıdan fazlasının vajinal penetrasyon şeklinde ve %49.4'ünün tekrarlayan şekilde cinsel istismara uğradığı bulunmuştur. Örneklemimizin %80'inde istismarcının kurbanın tanıdığı biri olması, en sık istismar şekillerinin okşama ve vajinal penetrasyon olması literatürle uyumlu bulgulardır (Çöpür ve ark. 2012). Çocukluk ve ergenlik çağında kızların erkeklere göre daha yüksek olasılıkla penetratif istismara maruz kaldığı gösterilmiştir (Maikovich-Fong ve Jaffee 2011). Çalışmamızla uyumlu olarak bir araştırmada, 17 yaşındaki kız mağdurların %11.2'sinin, erkek mağdurların %1.9'unun cinsel suçluları erişkindir, geriye kalan büyük oranı ergen cinsel suçlular oluşturmaktadır. Yaklaşık olarak kızların ¼'ü, erkeklerin 1/20'sinin cinsel suçlusu

ergendir ve büyük çoğunlukla tanıdığı akranlarıdır (Finkelhor ve ark. 2014). ÇCI'e maruz kalan ergenlerin %10-20'sinin 19 yaşından önce tekrar istismara uğradığı öne sürülmektedir (Walsh ve ark. 2012). Araştırmamızda, erkek arkadaşı tarafından istismar edilenlerin aile üyesi, başka tanıdıkları veya tanımadıkları biri tarafından istismar edilenlere göre daha düşük, vajinal penetrasyon şeklinde istismara uğrayanların da literatürle çelişerek anal penetrasyon ve dokunma-okşama şeklinde istismar kurbanı olanlara göre daha düşük oranda psikiyatrik tanılar aldığı bulunmuştur. Farklı cinsel suçlular tarafından tekrarlayıcı şekilde istismar edilenlerin ruhsal bozukluk oranları yazınla uyumlu olarak daha yüksektir (Cutajar ve ark. 2010, Yancey ve ark. 2013). İstismarcı-mağdur yakınlığının psikiyatrik sonuçlar üzerine etkilerine ilişkin çalışmalar arasında farklılıklar görülmektedir. Yakın bir akraba veya güvenilir bir tanıdık tarafından kronik olarak cinsel istismara uğrama, yabancı bir kişi tarafından bir defa gerçekleşen olaylara göre daha ciddi sonuçlar doğurmaktadır (Kendall-Tackett ve ark. 1993, Molnar ve ark. 2001). Cinsel istismarcının mağdurun yakını olması çocuk üzerinde ciddi etkiler oluşturur (Kendall-Tackett ve ark. 1993, Paulocci ve ark. 2001). Bu sonuçların tersine, başka bir araştırmada yabancı bir kişi tarafından istismara uğramanın daha fazla psikolojik sıkıntılara neden olduğu gösterilmiştir (Lucenko ve ark. 2000). Ruh sağlığında en ciddi düzeyde bozulmalara özellikle aile üyelerinden biri tarafından istismar edilmenin neden olacağı belirtilebilir.

Çalışmamızda istismar akabinde ilk 3 ay içinde, 3-6 ay arasında veya 6. aydan sonra hastaneye getirilen gruplar arasında psikiyatrik tanı varlığı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. İlgili yazın, genellikle ÇCI'nin yakın dönem psikiyatrik sonuçlarından ziyade, erişkinlik dönemine etkileri üzerine değinmiştir. ÇCI erişkin çağda psikiyatrik bozuklukların gelişiminde anahtar bir risk faktörüdür (Read 1997). Cinsel istismarın sonuçları çocukları sadece istismarın hemen akabinde etkilemekle kalmaz, ayrıca sıklıkla erişkinliğe kadar uzanır (Hillberg ve ark. 2011). Çocukluk çağından itibaren psikiyatrik belirtilerin görülmesi, erişkin çağda problemlerin daha ciddi düzeyde seyretmesine neden olmaktadır (Epstein ve ark. 1998).

Aile ve istismara bağlı faktörlerin yanısıra yakın

tarihte bir çalışma, çocuk ve ergenin başetme becerilerinin psikiyatrik belirtilerle ilişkisini incelemiştir. Kaçınan tip başetmenin cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde agresyon, dikkat problemleri, depresyon, travma sonrası stres, anksiyete ve disosiasyon belirtilerinin görülmesinde yordayıcı bir faktör olarak bulunmuştur (Shapiro ve ark. 2012). ÇCI, diğer birçok çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının deneyimlenmesi ile güçlü bir şekilde ilişkilidir (Dong ve ark. 2003). Duygusal ve fiziksel ihmalin sıklıkla cinsel istismarla birlikte seyrettiği gösterilmiştir (De Bellis ve ark. 2011). Bunlarla birlikte çocuğun zihinsel düzeyi, ailesinde ruhsal bozukluk veya ÇCI öyküsü olması gibi değişkenler çalışmamız sonuçlarını kısıtlayabilecek karıştırıcı faktörlerdir. Çalışma örneklemimizi sadece adli makamlarca hastaneye getirilen olguların oluşturması, toplum temelli bir çalışma olmaması, eksen 1 psikiyatrik bozukluk tanılarını koyarken standardize ölçeklerden faydalanılmaması çalışmamızın diğer kısıtlılıklarıdır.

SONUÇLAR

ÇCI'i takiben psikiyatrik bozukluk gelişmesi üzerine mağdurun yaşının, anne-babalarının eğitim düzeylerinin, cinsel istismarın türünün ve istismarcı-mağdur yakınlığının anlamlı ilişkisi bulunmuştur. Bu anlamlı değişkenlerin hepsinin birden psikiyatrik tanı varlığı üzerine etkisini değerlendirdiğimiz regresyon analizi sonucunda, babanın eğitim düzeyi dışındakiler anlamlı etkisini yitirmiştir. Göreceli olarak ataerkil bir toplumda yaşıyor olmamız mağdurun ruh sağlığında babanın rolünü az da olsa açıklayabilir. Bu konuda ileriye dönük, geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çocukluk çağındaki tüm olumsuz yaşantıların ruh sağlığını etkilediği bilinmektedir. Çocukluk çağı cinsel istismarı ile psikopatoloji ilişkisini inceleyen bir çalışmada tüm olumsuz yaşantılar kontrol altına alındığında ÇCI'nin hala duygudurum, kaygı ve madde kullanım bozuklukları ile güçlü, bağımsız ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi bulunmuştur. (Molnar ve ark. 2001). Çalışmamız sonuçları da, tüm faktörlerin etkisinden bağımsız bir şekilde cinsel istismar olayının kendisinin tek başına psikiyatrik tanı varlığı açısından bir risk faktörü olduğunu desteklemektedir.

Çocuğa kötü muamele ruhsal hastalıkların ve davranışsal bozuklukların en önlenbilir nedeni olarak görülmektedir (De Bellis ve ark. 2011). Bu konuda toplum çapında çocuk ve ergenlerin, ebeveynlerin bilgisinin artırılması ÇCI'e karşı önlem almanın ilk basamağını oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR

- Aksu H, Demirkaya SK, Özgür BG ve ark. (2013) Aydın ilinde bir yıldaki çocuk ve ergen adli olguların değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 14:369-377.
- Bahalı K, Akçan R, Tahiroglu AY ve ark. (2010) Child sexual abuse: seven years in practice. *J Forensic Sci*, 55:633-636.
- Bergen HA, Martin G, Richardson AS (2004) Sexual abuse, antisocial behaviour, and substance use: Gender differences in young community adolescents. *Aust N Z J Psychiatry*, 38:34-41.
- Briere JN, Elliott DM (1994) Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *Future Child*, 4:54-69.
- Calam R, Horne L, Glasgow D ve ark. (1998) Psychological disturbance and child sexual abuse: A follow-up study. *Child Abuse Negl*, 22:901-913.
- Cutajar MC, Mullen, PE, Ogloff JR ve ark. (2010) Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse Negl*, 34:813-822.
- Çöpür M, Üneri ÖŞ, Aydın E ve ark. (2012) İstanbul ili örnekleminde çocuk ve ergen cinsel istismarlarının karakteristik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 13:46-50.
- Darves-Bornoz JM, Choquet M, Ledoux S ve ark. (1998) Gender differences in symptoms of adolescents reporting sexual assault. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33:111-117.
- De Bellis, Spratt EG, Hooper SR (2011) Neurodevelopmental biology associated with childhood sexual abuse. *J Child Sex Abus*, 20: 548-587.
- Dong M, Anda RE, Dube SR ve ark. (2003) The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse Negl*, 27:625-639.
- Durham A (2003) Young men living through and with child sexual abuse: A practitioner research study. *Br J Soc Work*, 33:309-323.
- Edwards VJ, Freyd JJ, Dube SR ve ark. (2012) Health Outcomes by Closeness of Sexual Abuse Perpetrator: A Test of Betrayal Trauma Theory. *J Aggress Maltreat Trauma*, 21:133-148.
- Epstein JN, Saunders BE, Kilpatrick DG ve ark. (1998) PTSD as a mediator between childhood rape and alcohol use in adult women. *Child Abuse Negl*, 22:223-234.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT (1996) Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:1365-1374.
- Finkelhor D (1993) Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 17:67-70.
- Finkelhor D, Turner H, Ormrod R ve ark. (2009) Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*, 124:1411-1423.
- Finkelhor D, Shattuck A, Turner HA ve ark. (2014) The Lifetime Prevalence of Child Sexual Abuse and Sexual Assault Assessed in Late Adolescence. *J Adolesc Health*, 1-5.
- Gümüştas F, Yulaf Y, Gökçe S ve ark. (2014) Adıyaman İlinde Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Yönlendirilen Adli Olguların Bir Yıllık Geriye Dönük İncelenmesi. *Cukurova Med J*, 39: 280-289.
- Halperin DS, Bouvier P, Jaffe PD ve ark. (1996) Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey. *BMJ*, 312:1326-1329.
- Hillberg T, Hamilton-Giachritsis C, Dixon L (2011) Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and mental health difficulties: A systematic approach. *Trauma Violence Abuse*, 12:38-49.
- Kaplow JB, Dodge KA, Amaya-Jackson L ve ark. (2005) Pathways to PTSD, Part II: Sexually abused children. *Am J Psychiatry*, 162:1305-1310.
- Kaplow JB, Hall E, Koenen KC ve ark. (2008) Dissociation predicts later attention problems in sexually abused children. *Child Abuse Negl*, 32:261-275.
- Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS (2004) Çocuk istismarı. *Cocuk Sagligi Hast Derg*, 47:140-151.
- Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D (1993) Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull*, 113:164-180.
- Krug RS (1989) Adult male report of childhood sexual abuse by mothers: Case descriptions, motivations, and long-term consequences. *Child Abuse Negl*, 13:111-119.
- Lucenko BA, Gold SN, Cott MA (2000) Relationship to perpetrator and posttraumatic symptomatology among sexual abuse survivors. *J Fam Viol*, 15:169-179.
- MacMillan HL, Fleming JE, Trocme N (1997) Prevalence of child physical and sexual abuse in the community: results from the Ontario Health Supplement. *JAMA*, 278: 131-135.
- Maikovitch-Fong AK, Jaffee SR (2010) Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victims' emotional and behavioral problems: Findings from a national sample of youth. *Child Abuse Negl*, 34: 429-437.
- Maniglio R (2010) Child sexual abuse in the etiology of depression: A systemic review of reviews. *Depress Anxiety*, 27:631-642.
- Molnar BF, Buka SL, Kessler RC (2001) Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the national comorbidity survey. *Am J Public Health*, 91:753-760.

Yazışma adresi: Dr.Yasemin Yulaf, Tekirdağ Devlet Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Tekirdağ, yaseminyulaf@gmail.com

Pierce R, Pierce LH (1985) The sexually abused child: A comparison of male and female victims. *Child Abuse Negl*, 9:191-199.

Putnam FW (2003) Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 42:269-278.

Read J (1997) Child abuse and psychosis: A literature review and implications for professional practice. *Prof Psychol Res Pr*, 28:448-456.

Shapiro DN, Kaplow JB, Amaya-Jackson L ve ark. (2012) Behavioral markers of coping and psychiatric symptoms among sexually abused children. *J Trauma Stress*, 25:157-163.

Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM ve ark. (2011) A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*, 16:79-101.

Ullman SE (2007) Relationship to perpetrator, disclosure, social reactions, and PTSD symptoms in child sexual abuse survivors. *J Child Sex Abus*, 16:19-36.

Valente SM (2005) Sexual abuse of boys. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 18:10-16.

Walsh K, Danielson CK, McCauley JL ve ark. (2012) National Prevalence of PTSD Among Sexually Revictimized Adolescent, College, and Adult Household-Residing Women. *Arch Gen Psychiatry*, 69: 935-942.

Yancey CT, Naufel KZ, Hansen DJ (2013) The relationship of personal, family, and abuse-specific factors to children's clinical presentation following childhood sexual abuse. *J Fam Viol*, 28:31-42.

Young RE, Bergandi TA, Titus TG (1994) Comparison of the effects of sexual abuse on male and female latency-aged children. *J Interpers Violence*, 9:291-306.