

Çocuk İstismarında Rehabilitasyon ve Tedavi Merkezleri

Residential Treatment Centers for Child Abuse

Serhat Nasıroğlu

Özet

Her yıl çocuklara yönelik istismar ve ihmal konusunda milyonlarca rapor düzenlenmekte ve adli davalar yürütülmektedir. Çocuklara yönelik istismarın tarihin bilinen tüm dönemlerinde yaşandığını görmekteyiz. Çocuk istismarının ve ihmalinin mağdur çocuklar üzerinde önemli ve kalıcı etkileri olabilmektedir. İstismar bildirimleri yapıldıktan sonra çocukların yaşadıkları ruhsal dinamiklerin ruh sağlığı profesyonelleri tarafından bilinmesi çocukları korumak adına önemlidir. İstismar olgularının tedavisinde bilişsel davranışçı terapiler ve ilaç tedavileri yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak bazı olgularda; mağdurların ortamdaki uzaklaştırılması, eğitim hayatlarına devam edebilmelerinin sağlanması, güvenli bir alanda profesyonel kişiler tarafından tedavi yöntemlerinin uygulanması gerekmektedir. Bu amaçla dünyanın birçok ülkesinde Rezidental Tedavi merkezleri kurulmuştur. Türkiye’de ise ilk rezidental kurumu olan “Oğuz Kağan Köksal Sosyal Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi” Adana ilinde kurulmuştur. Bu yazıda çocuk istismarının tarihsel boyutu, tanımı, ruhsal dinamikleri, yol açtığı ruhsal bozukluklar, tedavi yaklaşımları ve rezidental tedavi merkezleri gözden geçirilmeye çalışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Rezidental tedavi, çocuk istismarı, travma sonrası stres bozukluğu.

Abstract

Every year millions of reports are being held and cases regarding those reports in courts are carrying on about abuse and omission against children. Abuse against children has been seen throughout the history. Significant and permanent impacts can occur upon child abuse and neglect on victim children. It is important to know the psychological dynamics which have been lived by the children by the mental health professionals to protect the children after the abuse report has been written. Cognitive behavioral therapy and medications are being used commonly in the treatment of abuse cases. However in some cases it is necessary to send away the victims from environment, enable them to continue their education life, make sure that they are treated by the professional individuals in safe area. For this end there are many Residential Treatment Centers around the world. “Oğuz Kağan Köksal Social Care and Rehabilitation Center” was established in Adana as the first Residential Treatment Center in Turkey. In this report the historical dimensions of the child abuse, the definition of it, its psychological dynamics, the psychological disorders caused by it, treatment approaches and residential treatment centers have been reviewed.

Key words: Residential treatment, sexual abuse, post traumatic stress disorder.

ÇOCUKLARA gösterilen yoğun ilgiye karşın, çocukların tarihin her döneminde yetişkinler veya akrabaları tarafından istismara uğradığı, köle olarak satıldığı ve öldürüldüğü bir gerçektir.[1] Yaşadığımız yüzyılda erişkin bireylerle karşılaştırıldığında; çocukların suça bulaşma ve suçun mağduru olma durumlarının giderek arttığı bilinmektedir. Çocuk istismarları gittikçe artan bir şekilde medyada gündeme gelmekte ve bilimsel araştırmalarda ele alınmaktadır.[2] Çocukluk çağı cinsel istismar hakkında klinik gözlemler arttıkça, istismara uğrama yaşının düştüğü dikkat çekmektedir.[3].

İstismar edilmiş çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) görülme sıklığı %20-70 olarak bildirilmektedir.[4] Kronik sonuçlara yol açması sebebiyle çocukluk çağı istismarı olgularında etkili koruma yöntemleri önemlidir.[5] Literatürde “Rezidental Tedavi Merkezi” ismi altında hizmet veren kurumlarda, çocukluk çağı istismarı kurbanı çocuk ve gençlerin bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini yürütmek amaçlanmaktadır.[6] Yirmi dört saat hizmet veren bu kurumlar, tedavinin yanında sundukları hizmetler nedeniyle psikiyatri hastanesi ya da sosyal servis olarak tanımlanamazlar.[7] Bu merkezlerde psikodinamik terapi, davranışçı yöntemlerle sosyal becerilerin artırılması gibi bazı yöntemler uygulanabilir.[8] Davranış sorunları olan çocuk ve ergenlerin tedavisinde öfke yönetimi, aile eğitimleri, sorunları çözme becerisi gibi yöntemler kullanılır.[9]

Bu merkezlerin ülkemizdeki ilk örneği olan Oğuz Kağan Köksal Sosyal Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Rezidental Tedavi Merkezi olarak sekiz yıldan bu yana hizmet vermektedir. Ülkemizde bu alanda öncü olması nedeni ile merkezde yatan istismar olgularının yatarak tedavi ve izlem bilgileri literatüre katkı sağlayacaktır. Merkezde uygulanan tedavi yöntemlerinin tanımlanması ve etkinliğinin belirlenmesi yeni açılacak merkezlere yol gösterici olacaktır.

İstismar

Tanım olarak istismar; çocukların anne, baba, onlara bakmakla yükümlü kişiler ve/veya diğer bireyler tarafından, beden veya ruh sağlığına zarar veren, zihinsel, duygusal, fiziksel veya cinsel gelişimlerini engelleyen, kaza ile olmayan durumlarla karşı karşıya bırakılması” olarak tanımlanmaktadır.[10] Tarih boyunca çoğu toplumda toplumların çoğunda kızlar ve erkekler farklı görülmüştür. Örnek olarak; kız çocuklarının ekonomik sebeplerle satılmaları, İslamiyet öncesi dönemde Arap toplumlarında canlı olarak gömülmeleri yer almaktadır.[11] Birçok toplumda ekonomik nedenlerle bebeklerin öldürüldüğü de bilinmektedir. Kız çocuklarının özellikle de Hindistan ve Çin’de kurak geçen yaz aylarında veya zor ekonomik koşulların zor olduğu dönemlerde öldürüldüğü bildirilmiştir.[12] Eski toplumlar da çocukların Tanrılara kurban edilmesi de nadir değildir; bazı tarih öncesi kabilelerde çocuklar Tanrı için kurban edilirken, Orta Amerika kabilelerinde çocuklar yaygın olarak ve kitleler halinde yağmur yağdırması için yağmur tanrısı Quiateot’e kurban edilmiştir.[13] Peru, Mısır ve Japonya’da kraliyet ailelerinin saflığını korumak için enste izin verdiği bilinir.[14]

Bu gün modern dünyada çocuk hakları ve istismarı açısından gelinen nokta incelendiğinde; Milletler Cemiyeti tarafından 26 Eylül 1924’de kabul edilen “Çocuk Hakları Cenevre Bildirgesi” çok önemlidir. Türkiye’de ise Çocuk Hakları Sözleşmesi’ni 14 Şubat 1990 tarihinde imzalanmış ve 27 Ocak 1995 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanmıştır.[15]

Genel sınıflamada istismarı; fiziksel, duygusal, ihmal, cinsel olarak sınıflandırmaktayız.[16] Fiziksel istismar genel olarak; “çocuğun kaza dışı yaralanması” şeklinde tanımlanabilir. Ceza vermek, sözünün dinlemesini sağlamak ve ya farklı sebeplerle çocuğu iterek, sarsarak, elle/aletle vurarak, bedensel bölgelerini yakarak şiddet uygulayarak çocuğa fiziksel zarar verilmesi fiziksel istismar olarak kabul edilir.[17] Ülkemizde yapılan bir çalışmada Mersin ilinden 4143 çocuk ve gençle görüşülmüş ve evde fiziksel ve sözel şiddete maruz kalma oranının %31.2 olduğu bildirilmiştir.[18] Finkelhor ve arkadaşlarının 0-17 yaşlarında 4549 çocuktan telefon aracılığıyla bilgi toplamaya çalıştıkları bir çalışmada, fiziksel istismar %46.3, nitelikli saldırıya uğrama %24.6, birden fazla istismara uğrama %38.7 oranlarında bulunmuştur.[19]

İhmal; bakmakla yükümlü kişilerin çocukların giyim, beslenme, sağlık, barınma ve korunma gibi önemli ihtiyaçlarının karşılanmaması anlamına gelir. Sürekli olması ve tanımlanması zor olduğundan, ihmal sıklıkla gözden kaçırılmaktadır. Fiziksel belirtileri az olmasına rağmen ruhsal etkileri diğer çocuk istismarı çeşitleri ile benzer orandadır.[20]

Farklı bir istismar çeşidi olarak; anne, baba ya da diğer duygusal olarak önemli erişkinlerin çocuğun becerilerinin üstünde beklentiler içinde olmaları, ihtiyaç duyduğu ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakarak toplumsal yargılara ve çocuk hakları sözleşmesindeki ilkelere göre saldırgan davranmaları olarak tanımlanmaları duygusal istismar olarak kabul edilir.[21] Ruh sağlığı üzerine önemli olumsuz etkileri vardır ve sıklıkla diğer istismar biçimleri ile birlikte görülmektedir. Buna rağmen belirtilerini tanımlamak zor olduğundan; yaygın olmasına rağmen tanımlanması en zor çocuk istismarı biçimidir.[22]

Üzerinde en çok konuşulan ve yasalarda belirtilen Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı; Uluslararası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği tarafından; “ reşit olma yaşından küçük bir çocuğun, bir yetişkinin cinsel ihtiyacını sağlayacak bir şekilde bir eyleme maruz kalması ya da bu duruma göz yumulması” olarak tanımlanmıştır.[23] 18 yaş altında çocukluk çağı istismarı yaygınlığı Amerika Birleşik Devletleri’nde 1.3-1.6/1000 olarak belirlenmiş ve bu olgularda kızların daha fazla mağdur oldukları bildirilmiştir.[24]

İstismarın Ruhsal ve Duygusal Etkileri

Çocukluk çağı istismarı kısa ve uzun dönemde olumsuz ruhsal belirtilere sebep olan önemli bir konudur. İstismar önemli ruhsal bozukluklar için risk etmeni olarak kabul edilir.[25] Bu süreçte birçok önemli psikiyatrik ve sosyal sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Psikiyatrik Bozukluklar

Akut Stres Bozukluğu; travma sonrasındaki bir ay içinde ortaya çıkan stres belirtileri ve bununla bağlantılı belirtiler kapsamında değerlendirilir. Travmatik olay esnasında ya da sonrasında; etrafta olanları algılamada güçlük, depersonalizasyon, derealizasyon gibi dissosiyatif belirtiler akut stres bozukluğu olgularında görülebilir. TSSB’de olduğu gibi travmayı hatırlatan durumlardan kaçınma ve olayın yeniden yaşantılanması, bu olgulara yaygın olarak görülen belirtilerdir.[26]

TSSB tanısı açısından belirtilerin 1 aydan daha uzun sürmesi gerekmektedir.[27] Travma yaşayan her kişide TSSB’nin gelişmediğini bilmek gerekmektedir.[28] TSSB için tehlikeli olaylar ve travmalar yaşamak, ruhsal hastalık yükü, olay sırasında yara-

lanmak, insanların yaralanmasına ve/veya ölmesine şahit olmak, aşırı çaresizlik ve/veya korku hissetmek, olay sonrası yetersiz destek görmek, travmatik olay sonucunda sevilen birinin kaybı, fiziksel yaralanma ve/veya iş kaybı gibi ikincil streslerin olması önemli risk etmenleridir.[28] TSSB'de travmatik olay sırasında veya sonrasında yardım aramış olmak, olaydan sonra grup yardımı almak, olay sırasında başardığı bireysel davranışlardan memnun olmak, kötü olaylara karşı koyabilme becerisi veya bu becerilerin öğrenilmesi koruyucudur.[29]

Ruhsal belirtilerden önemli bir diğeri olan depresif bozukluk erişkinlerde olduğu gibi sık görülen bir psikiyatrik bozukluktur.[30] Çocukluk çağı istismarında suçluluk ve değersizlik duyguları depresyona yol açabilmektedir.[31] Depresyon ve istismar arasındaki bağlantının yapısal nedenlerini açıklayan deneysel çalışmalar olduğu bilinmektedir. Depresif kişilerin birçoğunda glikokortikoid seviyeleri normalden farklıdır ve bu durum strese karşı artmış inflamasyon yanıtına sebep olmaktadır. Çocukluk dönemindeki stresli olaylar, uzun dönem hormonal ve nörokimyasal sonuçlara sebep olarak depresyona eğilime sebep olmaktadır.[32]

Korku ve anksiyete de istismarın erken dönemde sebep olduğu belirtilerin başında gelir. TSSB'de anksiyete, huzursuzluk, uyku ve yeme sorunları gibi nispeten hafif belirtiler ortaya çıkabileceği gibi ağır ruhsal sorunlar da ortaya çıkabilir.[33] Yapılan çalışmalarda istismar kurbanı erkeklerde anksiyete bozuklukları ve davranım bozukluğu, kızlarda ise major depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları kontrol grubuna göre daha yüksek oranda olduğu bildirilmiştir.[34] İstismar olgularında önemli işlevsel sorunlara yol açan bipolar bozukluk ergenlik döneminde %1 sıklıkta görülmektedir. Bu bozukluk; akademik problemler, ikili ilişkilerde bozulma, yasal problemler, madde kötüye kullanımı ve özkıym davranışlarının yanında istismara maruz kalma açısından da yüksek risk oluşturabilir.[35,36]

Bipolar bozukluk olgularında yaşam boyu TTSB yaygınlığının %16-39 oranında olduğu düşünülmektedir.[37] TSSB eş tanısı kadınlarda erkeklerden 2 kat daha fazla görülür.[38] Bunların yanı sıra manik ve hipomanik ataklarda deneyimlenen travmatik olayların travma belirtilerini bastırabileceği ileri sürülmektedir.[39] TSSB eş tanısının bipolar bozukluğun kliniğine ve yaşam kalitesine etkisi hakkında çok fazla bilgimiz bulunmamaktadır. Bu birlikteliğin duygudurum değişimleri ve özkıym girişimlerinde artışa sebep olmakla birlikte, belirgin olarak yaşam kalitesinde bozulmayla ilişkili olduğu bildirilmiştir.[40]

Borderline kişilik bozukluğu ise genel toplumda %2, ayaktan başvuran psikiyatrik olgularda %10, psikiyatri servislerinde yatırılan olgularda %20 oranında olduğu görülmektedir.[41] Yapılan bir metaanaliz çalışmasında borderline kişilik bozukluğu etyolojisinde istismarın önemli bir sebep olduğu biçimindeki düşünce desteklenmiş, tek etken olmamakla birlikte bu bozukluğun önemli bir risk etmeni olduğu bildirilmiştir.[42] Dürtüsel cinsel davranışların nadir olarak borderline kişilik bozukluğu ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür.[43] Buna rağmen, borderline kişilik bozukluğu olan ergenlerde riskli cinsel davranışların daha sık olduğu göstermiştir.[44] Tüm bu önemli bozukluklara ek olarak dissosiyatif bozukluklar, somatizasyon bozukluğu, hipokondriazis, yeme bozuklukları, cinsel işlev bozukluğu, alkol ve madde kötüye kullanımı, konversiyon bozukluğu, gelişimsel bozukluklar, uyku bozuklukları, panik bozukluğu, suç işleme ve şiddet davranışında artış, kendine zarar verme ve özkıyma eğilim, birçok çalışma ile ortaya konmuştur.[45]

Akomodasyon Sendromu

Önemli bir diğer konu olan akomodasyon sendromu, mağdurun bazı detayları tutarsız anlatmasının ve istismara yönelik suçlamalarından vazgeçmesinin sebeplerini anlamamıza yardımcı olur. Bu sendromun temel özellikleri şunlardır:[46]

Gizlilik

Çocukların uğradıkları istismarı saklamalarının ve açıklamakta kararsız kalmalarının en önemli nedenleri; erişkinlerin tepkilerinden korkmaları ya da kendilerine kimsenin inanmayacağını düşünmeleridir.[47] Çocuklar güvenli olduklarını düşündükleri erişkin bir kişi tarafından istismara uğramaya hazırlıklı olamazlar. Erişkin kendisini koruyan açıklamalar yaparken, çocuk olayın gizli kalması gerektiğini düşünür.[48] İstismarcılar olayın gizli kalmasını sağlamak için; *“bu bizim sırrımız, kimseye anlatma, kimse inanmaz, annen duyarsa senden/benden nefret eder, seni/beni öldürür, bu olay onu öldürür, seni/beni evden atar, ailemiz yıkılır, yurtlarda büyüsün, birine anlattıysan seni hiç sevmem/döverim, köpeğini/seni öldürürüm”* gibi çocukta büyük korkuya sebep olacak cümleleri sık olarak kullanırlar. *“Hiçbir şey söylemezsen her şey yoluna girecek”* cümlesinde olduğu gibi, gizlilik güven altında olmanın bir yoludur.[47]

Çaresizlik

Çocukluk çağı istismarlarında çocuklar tesadüfen gelişen bir eylemden çok tanıdığı bir erişkin tarafından kronik olarak istismara maruz kalırlar. İstismarcının güvenilen ve sevilen bir erişkin olması, aradaki güç dengesizliğini ve çocuğun çaresizliğini vurgulamaktadır.[49] Yapılan bir çalışmada; kadınlar arasında çocukluk döneminde istismara maruz kalma oranı %10; baba ya da baba olarak kabul ettiği kişiler tarafından istismar edilenlerin oranı ise %2 olarak bildirilmiştir.[50] İnsanların genel düşüncesi, çocuğun istismar sırasında zor kullanarak istismara karşı koymasındır. Ancak çocukların çoğunun bu durumda verdiği normal tepki; *‘uyur taklidi’* yaparak yön değiştirmek ve üzerilerini örtmektir. Bu denli bir tehditle başa çıkacak gücü olmayan çocuklar, kaçacak yer bulamadıklarında doğal olarak saklanmayı tercih ederler. Birçok kişi çocuğun yaşadığı çaresizliği küçümsemeye ve tehditlere ses çıkaramayanları kınamaya yatkındır. Güç veya şiddet tehdidi olmamasına rağmen ses çıkarmayan çocuklar sanki suç ortağı gibi yargılanmaktadır. Ancak unutulmamalıdır ki sevgi ya da aile güvenliğini kaybetme korkusu herhangi bir tehdit ve şiddetten daha korkutucudur.[46]

Tuzağa Düşme ve Akomodasyon

İstismar mağduru çocuk kendini korumanın yollarını aramaz ya da istemesine rağmen yardım bulamazsa; seçilebilecek en doğru yolun bu durumu kabul etmek ve bununla yaşamayı öğrenmek olduğunu düşünür. Çocuğun güvendiği annesinin ve babasının acımasız ve bencil olduğunu kabul etmesi çocuk açısından bakıldığında; terk edilme ve yok olma ile benzerdir. Bundan sonra kabul edilebilir tek yol, bu acı veren olaylara kendisinin neden olduğuna inanmak ve iyi olmayı seçerek seveleceğini ve kabul edileceğini umut etmektir.[46] Çocuklar kendilerini istismar eden erişkinin benlik duygusunu ve kimliğini feda etmesine rağmen daha fazla üzülmek için iyi biri olduğuna inandırabilirler.[51] Bu döngünün devam etmesinde, somut veya soyut ödül vaatlerinin de katkısı olur. Örnek olarak; çocuk iyi bir çocuk olur ve sır saklarsa, annesini üzülmemekten ve diğer kardeşlerini istismara uğramaktan koruyabilir. Tüm bu süreç içinde hayatta kalmak için, gerçeklik algısının değişmesi, bilincin değişmesi, suçluluk duyguları, kendisine, bir canlıya ve ya bir nesneye zarar verici davranışlar, öfke nöbetleri ortaya çıkabilir.

Bu sorunları aşabilmek için koşul; çocuğun güvenin tutarlı ve olarak koşulsuz kabul etmek ve çocuğu güvenilir bir ortamda tekrar kazanmaktır.[48]

Ertelemiş, Çelişkilili ve İnanıdırıcı Olmayan Açıklama

Aile içi tartışmaların etkisiyle veya akomodasyon sisteminin bozulmasıyla istismarın açıklanması genel olarak olaydan uzun bir süresonra ortaya çıkar. Ensest mağdurlarının çoğu özgür bir hayat kurabileceği, anne ve babasının baskısına karşı durabileceği ergenlik yıllarına kadar susmayı tercih ederler. Baba da ergenlik döneminde daha kıskanç ve kontrolcü olmaya başlar. Bu dönemde baba tarafından küçük düşürülen ergenler, öfke hissedip surlarını açıklama yoluna gidebilirler. Ancak geç ortaya çıkan bu suçlama insanların çocuğa inanmasını güçleştirir. İnsanlar babanın disiplinli olduğu için çocuğun bunlarını uydurduğunu düşünmeye başlar. Hekimler, anneler, akrabalar, eğitimciler, danışmanlar, psikoterapistler, avukatlar, hakimleri de içeren erişkinlerin çoğu .bu konularda özellikle bu konularda eğitilmediği sürece çocuğun iddialarına inanmazlar.[46]

Kendini Geri Çekme

Çocuğun suçlamayı başlattıktan sonraki gelişen karmaşık süreçte çoğu ergen gizliliğin altında yatan korku ve tehditlerin ortaya çıktığını görmeye başlar. Ya da düşündüğu gibi babası terk etmiş ve herkese yalan söylediğini anlatmaktadır; annesi ise kendisine inanamamış ve öfkelenmiştir; bu durumda ergen aileyi koruma ya da yıkma sorumluluğunu üzerinde hissetmeye başlamıştır. İddiasının arkasında durup “kötü” olmak ile ailesi için “yalan söyleme” arasında seçim yapmak zorundakalan çoğu ergen, “iyi” rolünü sürdürmeyi ve şikâyetini geri çekmeyi seçebilir.[46]

Tedavi Yaklaşımları

Çocukluk çağı istismarının travmatik belirtileri kısa ve uzun dönemde birçok şekilde görülebilir. Kısa dönemde uygulanacak tedavinin kronikleşmeyi azaltabileceği gösterilmiştir. Çocuk, aile ve çevresel etkenlerin üzerinde ayrı ayrı durulmalı bu şekilde tedavi çok yönlü ilerlemelidir.[52]

Bireysel Psikoterapi

En sık başvuru ve en etkili tedavi yöntemlerinden bireysel psikoterapide çocukluk çağı istismar kurbanı çocuklar bireysel olarak tedavi edilir. Çocuklarda TSSB ve travma belirtilerinde psikoterapinin önemini açıklayan bir metaanaliz çalışmasında, haftada 2 seansta 5-8 hafta süreyi içeren yoğun psikoterapi uygulanmalarının daha etkili olabileceği bildirilmiştir.[53] Ailenin duygusal sorunlarına destek vermek, aileyi bilgilendirmek, böylece bu süreçte ailenin desteğini almak çocuğun tedavisinde önemlidir. Fakat çocuğa destek olmak istemeyen, istismarda ihmali olan, bu olaydan sorumlu olabileceklerini kabul etmeyen, ve ya yardım almak istemeyen ailelerin bu süreçte dahil edilmesi doğru olmaz.[54] Bunların yanı sıra kaygının nasıl azaltılabileceği amacıyla stresle başa çıkma yöntemleri ile kullanılır. Amaç, bilişsel yeniden yapılandırmaya benzer nitelikte, kurbanların anılara sağlıklı olarak bakabilmesini sağlamaktır.[55]

Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR)

Son zamanlarda popüleritesi artan EMDR ise (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) adıyla bilinen Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden Yapılandırma tekniği temel olarak, travmatik olay geliştiğinde bilgi işleme için gerekli düzenin

bozulduğu fikrine dayanmaktadır. Anıların uygun işlenememesi uygun olmayan davranışlara sebep olur. Travma sonucu beyinin bazı bilinen parçalarının aşırı uyarılması ve nöron kaybına bağlı olarak, travma ile ilgili bilgiler kaygı uyandıran biçimde depolanarak sinir sistemini sürekli/aşırı biçimde uyarır; bu da kişinin kendisini olumsuz değerlendirmesine yol açar.[56] Bu tür olgularda olumsuz düşünceler üzerinde çalışılarak olumlu düşüncenin yeniden kurulması amaçlanmalıdır. Bu sebeple EMDR uygulanacak kişilerin kendilerine ait olumsuz ifadesinin olması, kötü anıyı resimli bir imge olarak hatırlayabilmesi ve duygusal tepki göstermesi gerekmektedir.[56,57]

İlaç Tedavisi

TSSB tedavisinde ilaç kullanımı ile ilgili bilgilerimiz çocuk ve ergenlerde kısıtlı olmakla birlikte etkinlikleri gösterilmiştir.[58] İlaç tedavileri tek başına ya da çoklu ilaç uygulamaları biçiminde olabilir. Sık rastlanan eşzamanlı ilaç ve bilişsel ve davranışçı terapi (BDT) uygulamalarının amacı; terapiye katılımı sağlamak ve terapi sürecinde artması beklenen bazı belirtileri kontrol altında tutmaktır.[59]

TSSB tedavisinde sertraline ve paroksetin Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmış olan seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSGİ) ilaçlardır. Ancak tüm SSGİ ilaçların travmada benzer derecede fayda gösterdiği düşünülmektedir. Çocuk, ergen ve erişkin TSSB olgularının karşılaştırıldığı bir çalışmada sitalopram kullanan; çocuklarda daha belirgin düzelme olduğu bildirilmiştir.[60] SSGİ kullananlarda erken dönemde baş ağrısı, mide bulantısı, karın ağrısı, uykusuzluk, ajitasyon en sık görülen yan etkilerdir.[60] SSGİ'lerin TSSB'li çocuklarda iritabilite, uykusuzluk, dikkatsizlik gibi yan etkilerinin olabileceği, bu sebeple BDT olmadan verilmesinin yeterli katkıyı sağlamayacağı bildirilmiştir.[61]

Antipsikotiklerden olanzapin, risperidon ve ketiyapin'in tek başına ya da diğer ilaçlarla birlikte kullanılması ile travma belirtilerinin azaldığına dair yayınlar bulunmaktadır. Ancak bu ilaçlar az sayıda çalışmada incelenmiştir ve bu çalışmalar bazı tutarsız sonuçlar içermektedir.[62] Benzodiazepinler ise anksiyolitik, antiepileptik, sedatif, kas gevşetici etkilerini GABA'nın inhibisyon etkisini güçlendirerek sağlarlar. Alprazolam tedavisi alındığı dönemde TSSB belirtilerinde anlamlı düzelme görülmesine rağmen, ilaç kesildikten sonra başlangıçtaki belirtilerin aynı seviyede tekrar görüldüğü, plasebo ile sağlanan belirti azalmasının daha sürekli olduğu belirtilmiştir. Akut dönemde benzodiazepin kullanımından ilerleyen zamanlarda TSSB oluşma riskinde artışa yol açması sebebiyle özellikle kaçınılması gerektiği düşünülmektedir. BDT sırasında maruz bırakma esnasında oluşan korku yanıtını baskılayarak terapiden yararlanma seviyesini ve hafıza alanında umulan iyileşmeyi azaltması nedeni ile verilmesinden kaçınılması önerilmektedir.[62] Aynı zamanda antiepileptiklerin (topiramamat, lamotrijin, karbamazepin, valproik asit) TSSB belirtilerinde etkili olduğu bildirilmiştir.[63,64]

İlaç tedavileri psikoterapi uygulamalarının yanı sıra günümüzde ABD başta olmak üzere dünyanın birçok yerinde çocuklara ve ailelerine yardım ve tedavi hizmetlerini yürütmek amacıyla sürekli hizmete açık olan "Rezidental Tedavi Merkezleri" bulunmaktadır[7]

Rezidental Tedavi Merkezleri

Bu kurumlar tam anlamı ile bir psikiyatri hastanesi değildir; merkezlerin amacı "ruh sağlığı" tedavisi yapılırken kişilerin güvenliklerini sağlamaktır. Bu kurumlar "Rezidental

Tedavi Merkezleri” olarak isimlendirilir. Önemli oranda istismar, ihmal öyküsü ve bunlara bağlı bozuklukları bulunan çocuklar tedavi ve rehabilitasyon merkezlerine kabul edilir.[65] Şu anda ABD başta olmak üzere dünyanın birçok ülkesinde tedavi hizmetlerini yürütmek amacıyla çocuklara ve ailelerine sürekli hizmet eden rezidental tedavi merkezleri bulunmaktadır.[66,67] Çocukluk çağı istismarı mağduru çocuk ve gençler, cinsel davranışlarında artış nedeniyle istismarın tekrarlanması ve çevre baskısı konusunda sorun yaşayabilirler.[68] Bazı olgularda istismarcı aileden biridir ve bu durumlarda çocuğun korunması öncelikli bir konudur.

Günümüzde rezidental tedavi merkezleri ruhsal belirtilerin tedavisi ve çocuk ve gençlerin korunmaları açısından önemli bir işleve sahiptir.[69] Rezidental tedavi merkezlerinde psikodinamik terapi, davranışçı yöntemlerle sosyal becerilerin kazandırılması gibi bazı yöntemler uygulanabilir.[8] Rezidental tedavi merkezleri ile ilgili birçok çalışmada olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin Kanada’da 40 travmatik çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada, çocukların büyük çoğunluğunun taburcu sonrası birinci ve üçüncü yıldan sonra ruh belirtilerinin normal olarak değerlendirildiği belirtilmiştir.[70] Rezidental tedavi merkezlerinin araştırıldığı bir diğer çalışmada Weiner ve Kupermintz tarafından İsraili 268 çocuk 23 yıl süreyle izlenmiş ve bu merkezlerin etkinliği gösterilmiştir.[71] Bu merkezlerde koruma altındaki çocuk ve gençler arasında eğitim alanındaki sorunların diğer çocuklara oranla daha sık olduğu bildirilmiştir.[72] Uygun ailesel şartlara sahip olmadığından evlerinden ayrılan çocukların eğitim alanında aldıkları destek kısıtlı olmaktadır.[73] Bu çocuklar için okul başarısının düşük olması başa çıkmak zorunda oldukları sorunlardan yalnızca biridir, tabii ki bu durum erişkin dönemlerinde bazı önemli olumsuz sonuçları da beraberinde getirecektir.[74] Tüm bunlara ek olarak bakım altındaki çocukların önemli oranda özel eğitime gereksinim duydukları bilinmektedir.[72]

Genel topluma bakıldığında çocuk ve gençler arasında özel eğitim gereksinimi oranı %5 iken rezidental tedavi merkezlerinde kalanlarda bu oran %40 seviyesindedir.[75] Rezidental tedavi merkezlerinde bakım altında olan çocukların psikotrop ilaç kullanımını araştıran az sayıda çalışmaya göre; %76-98 gibi yüksek oranlarda ilaç tedavisi kullanıldığı bildirilmiştir. Antipsikotiklerin en sık reçete edilen ilaç olduğu ve özellikle yıkıcı davranışların tedavisinde tercih edildikleri bildirilmiştir.[76]

Bu merkezlerin ülkemizde de kurulabilmesi amacıyla Çukurova Üniversitesi öncülüğünde birçok kurum ile işbirliğinde protokol imzalanarak 2004 yılında hizmet vermeye başlamıştır. Aşağıda bu merkezin özellikleri, verdiği hizmetler ve genel işleyişi bir örnek olarak aktarılmıştır.

Oğuz Kağan Köksal Sosyal Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

2004 yılında Adana il merkezinde, 8-18 yaş arası istismar ve ihmale uğramış, alkol-madde kullanan, ruhsal sorunları nedeni ile tedaviye ihtiyaç duyan, sokakta yaşayan kız çocuklarının tedavi ve rehabilitasyonu amacıyla kurulmuştur. Ülkemizde ruhsal tedaviden eğitime, her alanda hizmet veren ilk rezidental tedavi kurumudur. Oğuz Kağan Köksal Sosyal Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi’nde verilen hizmetler Türkiye’de istismar mağduru kızlar ile çalışan ilk rezidental tedavi merkezi olması nedeni ile yeni açılacak bu tür merkezlere örnek olma bakımından önemlidir.

Multidisipliner yapılanma içinde yer alan kişiler ve bunların görevleri aşağıda sıralanmaktadır: Gönüllü öğretmenler, atölye çalışmaları, eğlence ve tatil düzenlenmesine katkı sağlar. Konsültan çocuk psikiyatristi, sağlık kurumları ya da diğer kuruluşlarca

tedavi ve koruma amacı ile merkeze alınması önerilen çocukların ruhsal değerlendirilmesini yapar. Merkeze ilk kez gelen çocuklar ile görüşür, psikiyatrik tedaviyi gerektiği zamanlarda başlatır, tedavi açısından diğer çalışanları görevlendirir, bireysel ve grup terapisi uygular. Kız çocuklarının kurumda kalma sürelerinin uzatılması, uygulanan ruhsal tedavinin sonlandırılması ve ayrıldıktan sonraki durumları ile ilgili rapor düzenler.

Çocuk psikiyatri uzmanları tarafından bireysel terapiler haftanın 3 günü olacak şekilde uygulanır. Terapi seanslarında olayın neden olduğu, anksiyete belirtileri, bunun günlük yaşam üzerine etkileri ve yeni hayat alanlarına yönelik öneriler üzerinde durulur. Öfke kontrolünü sağlamak ve sosyal ilişkileri düzenlemek amacıyla davranışçı teknikler uygulanır. Kurumdaki günlük sorunlar ya da tedavi ihtiyaçları grup terapilerinde çözülmeye çalışılır. Merkezde uğraşı etkinlikleri olarak, bilgisayar, resim, seramik eğitimi ve el işi uygulamaları bulunmaktadır. Çocuk ve ergenlere merkezde görevli trikotaj-dikiş öğretmeni tarafından trikotaj-dikiş atölyesinde mesleki eğitim vermektedir.

Merkezde bilişsel davranışçı tekniklere uygun olarak üç basamaktan oluşan bir program uygulanmaktadır. Davranışçı tekniklerde bu basamakların içinde yer almaktadır. Her basamak için ayrı ayrı kitapçıklar hazırlanmıştır ve merkezin kuralları, uyulması istenen günlük programlar ve ödül-ceza uygulamaları ile ilgili bilgiler bu kitapçıklarda yazılı olarak bulunmaktadır. Kitapçıklarda bunlara ek olarak aşamalı şekilde farkındalığı arttırma ve öfke kontrolü ile ilgili egzersizler bulunmaktadır. Uygulanan basamak sisteminde merkeze ilk kez gelen kızlar en az 1 hafta süreyle birinci basamakta kalır.

Bu kitapçıklarda kurallara uymadığı, kendine ve etrafa zarar verdiği, uygun olmayan eşya bulundurduğu, öfkesini kontrol edemediği durumlarda çocuğun nasıl ceza alacağı da belirtilmiştir. İkinci basamakta ise merkez içindeki ve dışındaki sosyal etkinliklere katılma hakkı kazanırlar. İkinci basamak sisteminde her çocuk en az 3 hafta süreyle bu basamakta kalır. Uygulanan ceza sistemi bu basamakta da devam eder; iki kez mola cezası alanlar birinci basamağa düşerler. Birinci basamağa düşen çocukların ise en az bir hafta süreyle bu basamakta kalmaları gerekir. Üçüncü basamak sisteminde çocuklar merkezdeki tüm sosyal etkinliklere katılabilirler. Bu basamakta çocuklara bazı önemli sorumluluklar verilir. Bunlar arasında; olması muhtemel problemlere çeşitli çözüm yolları bulabilmek, birinci ve ikinci basamaktakilere yardımcı ve model olmak, kendi hedeflerini belirlemek, kitapçıkta yer alan sorun çözüme basamaklarından faydalanarak belirlediği hedeflere yönelik çözümler bulunmaktadır. Uygulanan basamak sisteminde bir kez ceza alanlar alt basamağa düşerler. Uygulanan cezalar arasında mola almak, odasında kalma cezası, sevdiği etkinlikten mahrum bırakma bulunmaktadır. Merkeze ait eşyalara ya da arkadaşlarına ait eşyalara zarar verdiklerinde, harçlıklarından para kesilebilir. Kriz odasında ise psikiyatrik sorunları nedeniyle geçeceği değerlendirme yetisi bozulan, kendine ya da çevresine zarar veren kızlar güvenli bir şekilde tutulur.

Psikiyatrik ilaçlar da uygulanan tedavinin bir parçasıdır. Konsültan çocuk psikiyatristi tarafından ilaç tedavileri psikiyatrik tanıya ve bireysel özelliklere göre seçilir. Aynı zamanda öfke/anksiyete nöbetleri gibi akut ilaç uygulamalarının gerektiği durumlar olabilmektedir.

Sonuç

Rezidental tedavi merkezlerinin tüm yurt çapında yaygınlaştırılması gerekmektedir. Çocukluk çağı cinsel istismarı ilk belirlendiğinde çocuğun tekrar yaşantıları önlemeye

yönelik tedbirler almak önemlidir. Pratik olarak ailenin sosyal incelenmesinin yapılması, aile içinde istismar edilmiş veya yeterince korunamamış olan çocukların acil olarak ortamdandan uzaklaştırılması ve gerekli tedbirler alınarak koruma altına alınmasına öncelik verilmelidir.

Kaynaklar

1. Radbill SX. Children in a world of violence: a history of child abuse. In *The Battered Child*, 4th Ed (Eds RE Helfer, RS Kempe):3-41. Chicago, The University of Chicago Press, 1987.
2. Wong ML, Chan RKW, Koh D, Tan HH, Lim FS, Emmanuel S, Bishop G. Premarital sexual intercourse among adolescents in an asian country: multilevel ecological factors. *Pediatrics* 2009; 124:44-52.
3. Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factor. *Child Abuse Negl* 1990; 14:19-28.
4. Nurcombe B. Child sexual abuse I: psychopathology. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34:85-91.
5. Bolger KE, Patterson CJ. Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Dev* 2001; 72:549-568.
6. Burns BJ, Hoagwood K, Mrazek PJ. Effective treatment for mental disorders in children and adolescents. *Clin Child Fam Psychol Rev* 1999; 2:199-254.
7. Tuma JM. Mental health services for children: the state of the art. *Am Psychol* 1989; 44:188-199.
8. Stone L. A. Residential treatment. In *Basic handbook of child psychiatry*, 2th ed (Ed JD Noshpitz). New York, Basic Books, 1979.
9. Kazdin AE, Siegel JC, Bass D. Cognitive problem-solving skills training and parent management trains in the treatment of antisocial behavior in children. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60:733-747.
10. Kepenkçi YK. Hukuksal açıdan çocuk istismarı ve ihmali. *Katki Pediatr Dergisi* 2001; 22:263-275.
11. Topaloğlu B. İslamda Kadın, 6. Baskı. İstanbul: Yağmur Yayınları, 1975.
12. Schetky DH, Green AH. *Child Sexual Abuse: A Handbook for Health Care and Legal Professionals*. New York, Brunner-Mazel, 1988.
13. Hastings J. *Encyclopedia of Religion and Ethics*, 4th ed. New York, Charles Crisbner's Publ, 1961.
14. Avcı A, Tahiroğlu AY. Cinsel istismar. In *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* (Eds A Aysev, YI Taner):721-736. İstanbul, Golden Print, 2007.
15. Aral N, Gürsoy F. Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi* 2001; 151:3.
16. Garbarin J, Gilliam G. *Understanding Abusive Families*. Lexington, Lexington Books, 1980.
17. Hancı İH. *Adli Tıp ve Adli Bilimler*. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2002.
18. Bilgin NG, Toros F, Çamdeviren H, Şaşmaz T, Mert E. Evde fiziksel ve sözel olarak cezalandırılan çocukların sosyodemografik özellikleri: prevelans çalışması. *Yeni Symposium* 2004; 42:131-139.
19. Finkelhor D. *Childhood Victimization: Violence, Crime, and Abuse in the Lives of Young People*. New York, Oxford University Press, 2008.
20. Aksoy E, Çetin G, İnanıcı MA, Polat O, Sözen MFİ, Yavuz F. Çocuk istismarı ve ihmali. <http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/icinde.html> (18.11.2010 tarihinde ulaşıldı).
21. World Health Organization. *Child Abuse and Neglect by Parents and Other Caregivers*. Geneva, World Health Organization, 2002.
22. Tercier A. Child abuse. In *Emergency Medicine*, 4th Ed. (Ed JA Maer):1108-1118. St. Louis, Mosby, 1998.
23. Hobbs CJ, Hanks H, Wynne JM. *Child Abuse and Neglect: A Clinician's Handbook*. Edinburg, Churchill Livingstone, 1993.
24. Putnam F.W. Ten-year research update review: child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42:269-227.
25. Fleming J. Childhood sexual abuse: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1998; 10:383-386.
26. Çetin F. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2008.
27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4th Ed. Washington, American Psychiatric Association, 1994.
28. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68:748-766.
29. Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry* 2004; 161:195-216.
30. Birmaher B, Heydl P. Biological studies in depressed children and adolescents. *Int J Neuropsychopharmacol* 2001; 4:149-157.

31. Peleikis D, Mykletun A, Dahl A. Long term social status and intimate relationship in women with childhood sexual abuse who got outpatient psychotherapy for anxiety disorder and depression. *Nord J Psychiatry* 2005; 59:31-38.
32. Raison CL, Capuron L, Miller AH. Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends Immunol* 2006; 27:24-31.
33. Sparato J, Mullen PE. Impact of child sexual abuse on mental health. *Br J Psychiatry* 2004; 184:416-421.
34. Aktepe E, Işık A, Kocaman O, Eroğlu FÖ. Bir üniversite hastanesinde değerlendirilen cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin demografik ve klinik özellikleri. *Yeni Symposium* 2013; 51:115-120.
35. Birmaher B. Longitudinal course of pediatric bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2007; 164:537-539.
36. Brown GR, McBride L, Bauer MS, Williford WO, Cooperative Studies Program 430 Study Team 2005. Impact of childhood abuse on the course of bipolar disorder: a replication study in U.S. veterans. *J Affect Disord* 2005; 89:57-67.
37. Otto MW, Perlman CA, Wernicke R, Reese HE, Bauer MS, Pollack MH. Posttraumatic stress disorder in patients with bipolar disorder: a review of prevalence, correlates, and treatment strategies. *Bipolar Disord* 2004; 6:470-479.
38. Baldassano CF, Marangell LB, Gyulai L, Nassir GS, Joffe H, Kim DR et al. Gender differences in bipolar disorder: retrospective data from the first 500 STEP-BD participants. *Bipolar Disord* 2005; 7:465-470.
39. Kennedy BL, Dhaliwal N, Pedley L, Sahner C, Greenberg R, Manshadi MS. Post-traumatic stress disorder in subjects with schizophrenia and bipolar disorder. *J Ky Med Assoc* 2002; 100:395-399.
40. Carballo JJ, Harkavy-Friedman J, Burke AK, Sher L, Baca-Garcia E, Sullivan GM et al. Family history of suicidal behavior and early traumatic experiences: additive effect on suicidality and course of bipolar illness? *J Affect Disord* 2008; 109:57-63.
41. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet* 2004; 364:453-461.
42. Fossati A, Madeddu F, Maffei C. Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytic study. *J Pers Disord* 1999; 13:268-280.
43. Sansone RA, Sansone LA. Borderline personality disorder: the enigma. *Primary Care Reports* 2000; 6:219-226.
44. Lavan H, Johnson JG. The association between Axis I and II psychiatric symptoms and high-risk sexual behavior during adolescence. *J Pers Disord* 2002; 16:73-94.
45. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry* 2009; 1:95-119.
46. Roland J, Summit, MD. The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome. *Child Abuse Negl* 1983; 7:177-192.
47. Broden MS, Agresti AA. Responding to therapists' sexual abuse of adult incest survivors: ethical and legal considerations. *Psychotherapy (Chic)* 1998; 35:96-104.
48. Herman JL. *Father-Daughter Incest*. Cambridge, Harvard University Press, 1981.
49. Russel DEH. The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse Negl* 1983; 7:133-146.
50. Finkelhor D. Risk factors in the sexual victimization of children. *Child Abuse Negl* 1980; 4:265-273.
51. Shengold L. Child abuse and deprivation: soul murder. *J Am Psychoanal Assoc* 1979; 27:533-599.
52. King K, Bagley C. *Child Sexual Abuse the Search for Healing*. London, Tavistock/Routledge, 1991.
53. Taylor JE, Harvey ST. Effects of psychotherapy with people who have been sexually assaulted: a meta-analysis. *Aggress Violent Behav* 2009; 14:273-285.
54. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl* 2002; 26:697-714.
55. Litz BT, Engel CC, Bryant RA, Papa A. A randomized, controlled proof-of-concept trial of an internet based, therapist-assisted self-management treatment for posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2007; 164:1676-1684.
56. Sinici E, Maden Ö, Ak M, Bozkurt A, Özşahin A. Bir cinsel tecavüz vak'asında EMDR uygulaması: vak'a sunumu. *Yeni Symposium* 2012; 50:58-60.
57. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *J Anxiety Disord* 1999; 13:35-67.
58. Çelik G, Tahirolu AY, Avci A. Pharmacological management of sexually abused adolescents with comorbid PTSD and bipolar disorder: a case series. *Journal of Mood Disorders* 2012; 12:37-46.
59. Albuher RC, Liberzon I. Psychopharmacological treatment in PTSD: a critical review. *J Psychiatry Res* 2002; 36:355-367.
60. Seedet S, Stein D, Ziervogel C, Middleton T, Kaminer D, Emsley RA, Rossouw W. Comparison of response to a SSRI in children, adolescents, and adults with PTSD. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2002; 12:37-46.
61. Mitka M. FDA alert on antidepressants for youth. *JAMA* 2003; 290(19):25-34.
62. Ravidran LN, Stein MB. Pharmacotherapy of PTSD: premises, principles, and priorities. *Brain Res* 2009; 1293:24-39.
63. Loeff D, Grimley P, Kuller F, Martin A, Shonfield L. Carbamazepine for PTSD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:703-704.

64. Davidson JRT, Stein DJ, Shalev AY, Yehuda R. Posttraumatic stress disorder: acquisition, recognition, course, and treatment. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2004; 16:135–147.
65. Kisiel CL, Lyons JS. Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1034-1039.
66. Scholte EM, Van Der Ploeg JD. Residential treatment of adolescents with severe behavioral problems. *J Adolesc* 2006; 29:441-454.
67. Curry JF. Future directions in residential treatment outcome research. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2004; 13:429-440.
68. Friedrich WN, Baker AJL, Parker R, Schneiderman M, Gries L, Archer M. Youth with problematic sexualized behaviors in the child welfare system: a one-year longitudinal study. *Sex Abuse* 2005; 17:391-397.
69. Kools S, Kennedy C. Child sexual abuse treatment: misinterpretation and mismanagement of child sexual behavior. *Child Care Health Dev* 2002; 28:211–218.
70. Blackman M, Eustace J, Chowdhury T. Adolescent residential treatment: a one to three year follow-up. *Can J Psychiatry* 1991; 36:472-479.
71. Weiner A, Kupermintz H. Facing adulthood alone: the long-term impact of family break-up and infant institutions: a longitudinal study. *Br J Soc Work* 2001; 31:213-234
72. Brodie I. Children's homes and school exclusion: redefining the problem. *Support for Learning* 2000; 15:25–29.
73. Shin SH. Building evidence to promote educational competence of youth in foster care. *Child Welfare* 2003; 82:615–632.
74. Schiff M, Benbenishty R. Functioning of Israeli group-homes alumni: exploring the differences and in-care correlates. *Child Youth Serv Rev* 2006; 28:133–157.
75. National Council for the Child. Children in Israel: Statistical abstract. Jerusalem, Israel National Council for the Child, 2006.
76. Zito JM, Craig TJ, Wanderling J. Pharmacoepidemiology of 330 child/adolescent psychiatric patients. *J Pharmacoepidemiol* 1994; 3:47–62.

Serhat Nasıroğlu, Uzm. Dr., Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Van.

Yazışma Adresi/Correspondence: Serhat Nasıroğlu, Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Van, Turkey.

E-mail: serhatnasiroglu@gmail.com

Yazar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar atışması bildirmemiştir.

The author reported no conflict of interest related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online at: www.cappsy.org/archives/vol6/no1/

Çevrimiçi yayım / Published online 29 Ekim/October 29, 2013; doi: 10.5455/cap.20131231120555
