

Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı

Childhood Sexual Abuse

Evrım Aktepe¹

¹ Yrd. Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi ABD, Isparta

ÖZET

Cinsel istismar, yetişkinlerin çocuk ya da ergeni cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanması olarak tanımlanmaktadır. Cinsel istismar; temas içermeyen cinsel istismarlar, cinsel dokunma, interfemoral ilişki, cinsel penetrasyon ve cinsel sömürü şekillerinde olabilir. Çocuklukta cinsel istismara maruz kalma sıklığı %10-40 olarak bildirilmektedir. Kızlarda erkeklere oranla 4 kat daha fazla görülmektedir. İstismarcılar genellikle erkektir, %5-15 suçlu ise kadındır. Kadınların istismarı genellikle erkek çocuğadır. Tanıdık birisi ya da bir yabancı tarafından aile dışı istismar, çocuk ve erişkin arası cinsel temas vakalarının %30-50'sidir. İstismarcılar için bazı kişilik özellikleri içe kapanık kişilik, pedofilik kişilik ve psikopatik kişiliktir. İstismarcıların birçoğu çocukluklarında ya cinsel istismara uğramışlardır ya da ev içerisinde şiddet olgusu vardır. Kanunen evlenmelerine izin verilmeyen iki kişi arasındaki cinsel ilişkiye ensest denir. Ensestin yaşandığı bir aile evrensel olarak düzensiz ve işlevlerini yerine getiremeyen bir aile şeklinde tanımlanır. En sık tanımlanan örüntü, babanın güçlü konumunu kuvvet kullanarak elde ettiği katı ve ataerkillik bir aile yapısıdır. Cinsel istismarın klinik özellikleri ve çocuk üzerindeki etkileri; çocuğun istismarcı ile olan ilişkisine, istismarın şekline, süresine, şiddet kullanımına, fiziksel zararın varlığına, çocuğun yaşı ve gelişim basamağına ve travma öncesi psikolojik gelişimine bağlı olarak değişmektedir. Cinsel istismar öyküsü anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı, intihar davranışı, borderline kişilik bozukluğu ve posttravmatik stres bozukluğunu içeren psikiyatrik bozukluklarla sonuçlanabilmektedir. Kişiler arası ilişki kurma ve sosyal ilişkileri sürdürme becerisi, benlik saygısı cinsel istismardan olumsuz etkilenmektedir. Çocukluk çağı cinsel istismarı ile cinsel yönden riskli davranış gösterme arasında birliktelik saptanmıştır. Çocuğun cinsel istismarında istismarla birlikte yaşanan travmatik cinsellik, ihanete uğramışlık hissi, güçsüzlük, damgalanma gibi dört travmatik dinamik yer alır. Travma kendisi psikolojik ve davranışsal sonuçlara neden olurken, erken travma ayrıca olumsuz biyolojik etkilere de yol açabilir. Özellikle nöronal plastisite döneminde oluşan travmatik yaşantılar nöroendokrin stres cevap sistemlerini aşırı duyarlı hale getirmektedir. Preklinik ve klinik çalışmalarda erken yaşam streslerinin kortikotropin salgılatıcı faktör sisteminde değişikliklere neden olduğu gösterilmiştir. Cinsel istismarın tedavisinde travmatik anılarla ilişkili duygusal süreçlerin çalışılması gerekmektedir. Bu süreç çocuklarda oyun terapisi içinde gerçekleştirilebilir. Üst düzey savunma düzeneklerinin geliştirilmesi, ego kapasitesinin artırılması, sosyal aktivitelere, becerilerine uygun bireysel etkinliklere yönlendirilmesi amaçlanır. Damgalanma ile ilgili suçluluk duygusunun giderilmesi için çocuğun bir cinsel aktiviteye dahil edilmesinin kendi suçu olmadığı ve suçunun davranışının hastalıklı bir davranış olduğu çocuğa anlatılmalıdır. Çocuğun cinsel istismarı konusunda sağlık çalışanları, aile ve okulun bilgi sahibi olması hem istismarın önlenmesi hem de erken tanınip doğru yaklaşımlarda bulunulması açısından son derece önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Çocuk, cinsel istismar, ensest

ABSTRACT

Sexual abuse is defined as use of child or adolescent by the adults for satisfying of sexual urges and needs with forcing, threatening or tricking. Sexual abuse can be in the form of sexual abuse without touch, sexual touch, interfemoral intercourse, sexual penetration, and sexual exploitation. The prevalence of sexual abuse is reported as 10-40%. It is seen in

female four times more than in males. Abusers are frequently male, only 5-15% of them are female. The abuse by females is usually towards male child. Thirty-fifty percent of abuse cases among child and adolescent are outside the family including strangers or familiar person. Some features of abusers are introvert personality, pedophilic and antisocial personality. Most of the abusers have a history of sexual abuse or aggression during childhood. Sexual intercourse between two people who are not allowed to marry by law is called as incest. Family pattern of incest is defined globally as disorganized and dysfunctional. The most commonly reported familial pattern is rigid and patriarchal family pattern with a harsh father using force quite frequently. The clinical features and impacts of the sexual abuse on the child varies according to the relation between abusers and the child, form of abuse, duration of abuse, presence of physical assault, developmental phase, child age and psychological development before the abuse. Sexual abuse history may result in psychiatric disorders including anxiety, depression, substance dependence, suicide act, borderline personality disorder, posttraumatic stress disorder. Abuse negatively affects interpersonal relationships and self esteem of abused individuals. Several studies reported close association between risky sexual behaviors in adult hood and a history of sexual abuse during childhood. Four traumatic dynamics including traumatic sexuality with abuse, feeling of betrayal, weakness, and stigmatization exist in childhood abuse. Trauma can cause behavioral and psychological results; early trauma may also lead to biological effects. Especially traumas during neuron plasticity phase may lead hypersensitivity of neuroendocrine stress response. Early life stresses are shown to lead changes in corticotrophin releasing factor system in preclinical and clinical phase studies. In the treatment of sexual abuse, emotional process related with trauma should be focused on. This process may be conducted with play therapy. Development of higher level defense mechanism, increasing ego capacity, orientation to social activity and personal activity according to skills is aimed. For the elimination of guiltiness related with stigmatization, the child should be told that it is not her/his fault to incorporate into sexual interaction and the culprit is abuser. It is fairly important during medical staff, school and family to have sufficient information about sexual abuse for prevention and early recognition.

Keywords: : Child, sexual abuse, incest

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2009; 1: 95-119

Çevrimiçi adresi/ Available online at : www.cappsy.org/archives/vol1/

Çevrimiçi yayım tarihi / Online publication date: 13 Ağustos 2009 /August 1, 2009

Yazışma Adresi / Correspondence

Dr. Evrim Aktepe, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi ABD, Isparta

E-mail: e_aktepe@yahoo.com

Cocuğun cinsel istismarı fiziksel, duygusal, sosyal, ahlaki, kültürel ve hukuki boyutları olan geniş kapsamlı ve karmaşık bir sorundur.[1] Çocukluk çağı cinsel istismarı yeni bir olay değildir. Babil dilindeki Hammurabi yazıtlarında babasından hamile kalan bir kız çocuğundan bahsedilmektedir.[2] Enstest bazı istisnalar dışında binlerce yıllık bir tabudur. Odisus'un istemeden babasını öldürdüğü, annesiyle evlendiği ve gerçeği öğrenince gözlemini kör ederek kendini cezalandırdığı anlatılır. Peru, Mısır ve Japonya'da kraliyet ailelerinin saflığını korumak için ensteste izin verdiği bilinir.[3] Moses kanunlarında enstest bir günah olarak tanımlanmaktadır.[2] Çocukların cinsel istismarı şüphesiz yüzyıllardır vardır; ancak bir çocuk sağlığı sorunu olarak ele alınışı yenidir. Amerika Birleşik Devletlerinde 1970'lerin ortasında birdenbire artan vaka bildirimleri ile birlikte, çocuk cinsel istismarı sorun olarak görülmeğe başlanmıştır. Birkaç yıl sonra İngiltere ve Kanada'dan da benzeri yayınlar

çıkmaya başlamıştır. Doğu ülkelerinden bildirimlere ise son yıllarda rastlanmaktadır.[4] Kadın hareketinin gelişimi, çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalan kadınların açıklamaları ve toplumsal düzeyde cinsellikle ilgili açıklığın artmasının istismarın tanımlanmasını arttırdığı düşünülmektedir.[2]

Cinsel istismar kavramı, 'henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ya da ergenin, bir erişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılması' olarak tanımlanmaktadır. İstismar çocuk ya da ergen ile kan bağı olan ya da ona bakmakla yükümlü birisi tarafından yapılmışsa bu durum ensest olarak adlandırılır. Cinsel istismardan söz ederken bir çocuk ile bir erişkin arasındaki cinsel aktivite üzerinde durulmakla birlikte, iki çocuk arasındaki cinsel aktiviteler; yaş farkı 4 yaş ve üstü olduğunda, küçük çocuğun zorlama ya da ikna ile cinsel haz amacı güden aktivitelere maruz bırakılması durumunda da cinsel istismar olarak ele alınır.[1]

Çocuk cinsel istismarının çocuk üzerindeki olumsuz etkileri, istismarcı tarafından istismarın inkar edilmesi, kurbanın kendini suçlu hissetmesi ve utanması toplumun cinsel istismarı tasvip etmeyişinin bir sonucudur. Üstelik çocuk cinsel istismarının çocuk ve gençlerde nisbeten yüksek oluşu toplumda risk altındaki bireylerin bakım ve korunmasında yetersizlik olduğuna işaret etmektedir. İstismarla ilgili açıklamalar genellikle şüpheyle karşılanmaktadır. Yaygın bir olayın şüpheyle karşılanması ya da inanılmaması muhtemelen çocukla yetişkinin cinsel ilişkisinin sosyal bir tabu olarak görülmesine bağlıdır. Ayrıca cinsel istismar tanığının olmaması, bu aktivitenin gizli kalması istismarcının sıklıkla istismarı red etmesine neden olmaktadır. İkinci olarak da istismarcı suçlu olarak bulunduğu yargı yolu açılmış olacak ve istismarcı açısından ciddi sonuçlar gelişecektir. Çocuk ve ergenler tarafından cinsel istismarı açıklama oranlarının yüksekliği yanında mahkemeye başvurma ve mahkumiyet oranları düşüktür.[2] İngiltere'de 188 cinsel istismar vakasında mahkemeye başvurma %36 ve mahkumiyet %17 oranlarında, Meksika'da ergenler üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise yasal otoritelere başvurma %3.7 oranında saptanmıştır.[5,6]

Çocukluk çağı cinsel istismarları çoğu zaman hiç kimseye söylenmez. Gerçekler yetişkinliğe kadar çocuk tarafından saklanır. Çoğunlukla günahından dolayı cezalandırılacağı ya da terk edileceğine dair hislerle, utanç ve suçluluk duyguları ile bu şiddet saklanır. Ancak cinsel istismar sırasında çocuk fiziksel olarak zarar görmüşse ortaya çıkar.[7] Çoğu zaman cinsel istismar, sağlık profesyonelleri tarafından istismarın tanınması ve çocuğun koruma altına alınması ile son bulur ve bu adımın ardından çocuğun yaşadığı ambivalan duyguların, çatışmaların değerlendirildiği terapi süreci başlar.[8]

Bu derlemede çocukluk çağı cinsel istismarının epidemiyolojisi, istismarcıların özellikleri, cinsel istismarın çocuk üzerindeki etkileri, psikiyatrik bozukluk ve nörobiyolojik faktörlerle ilişkisi, cinsel istismar modelleri, cinsel istismarın önemli bir alt grubu olan ensestle ilgili değerlendirmeler ve cinsel istismarın tedavisi ile ilgili bilgiler gözden geçirilecektir.

Sınıflandırma

Cinsel istismar farklı şekillerde olabilir:

- Temas içermeyen cinsel istismarlar: Cinsel içerikli konuşma, teşhircilik ve röntgenciliktir.
- Cinsel dokunma: İstismarcı kurbanı dokunabilir ya da kurbanı kendisine dokunması için zorlayabilir.
- İnterfemoral ilişki(Irza tasatti): Penetrasyonun olmadığı, sürtünmenin olduğu istismar şeklidir.
- Cinsel penetrasyon (Irza geçme): Genital ilişki, anal ilişki, objelerle penetrasyon ve parmakla penetrasyon şeklinde olabilir.
- Cinsel sömürü: Çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşunu kapsar.[3]

Türkiye’de yapılan bir çalışmada tüm çocukların temas içeren cinsel istismara maruz kaldığı ve tanımlanan istismar davranışlarından anal sürtünmenin erkek çocuklarda, dokunma-okşama ve öpmenin kız çocuklarında yüksek oranda saptandığı belirtilmektedir. Ayrıca yaş arttıkça çocukların birden çok istismar şekline maruz kaldığı, beden bütünlüğünün bozulduğu ve kız çocuklarında yaş arttıkça vaginal penetrasyon şeklindeki istismarın daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur.[9]

Epidemiyoloji

İstismarın neden olduğu utanç, suçluluk gibi tepkilerden dolayı cinsel istismar çoğu kez gizli olarak kalmakta ve sır olarak saklandığı için de gerçek istatistiksel verilere ulaşmak zor olmaktadır.[1,3] Cinsel istismara uğrayanların yalnızca %15’inin bildirildiği dikkate alınır ulaşılabildiğimiz olgular buzdağının görünen kısmı ile sınırlı gibi düşünülebilir.[1] Çocuklukta cinsel istismara maruz kalma sıklığı %10-40 olarak bildirilmektedir.[3] Cinsel istismar kurbanlarının %53’ü 14 yaşın altındadır.[10] Oranlar arasındaki büyük farkların nedeni çalışma desenlerindeki farklılıkla ilgilidir. İstismarın tanımı, yaş farkı, örneklem seçimi, veri toplama tekniklerindeki farklılıklar gibi pek çok konuda fikir birliği bulunmamaktadır.[3,11] Bazı çalışmacılar istismardan bahsetmek için mutlaka ten temasını gerekli görmekte, bazıları ise sözel imaların ya da bakışların bile istismar olabileceğini düşünmektedir.[3] Toplumsal çalışmalara göre erkeklerin %4-9’u, kadınların %12-35’i 18 yaşından önce istenmeyen cinsel deneyim yaşamaktadırlar.[12] Kuzey Amerika örneğinde yapılan 16 çalışmanın bulgularının sentezlendiği bir makalede cinsel istismar sıklığı, kadınlar ve erkekler için sırasıyla %16.8 ve %7.9 olarak verilmiştir.[13] ABD ve Kanada’ya ek olarak en az 19 ülkede yürütülen çalışma sonuçlarını aktaran bir diğer makalede çocuk istismarı epidemiyolojik verileri kadınlar için %7-36, erkekler için %3-29 aralığında bildirilmekte, kadın cinsiyetin 1.5-3 kat daha fazla istismara uğradığı üzerinde durulmaktadır.[14] Ergenlerle yapılan bir araştırmada çocuklukta yaşanan cinsel istismar ve ergenlik döneminde yaşanan istismar ile ilişkili sorunlar araştırılmıştır. Erkek ve kız öğrenciler arasında sırasıyla %3.1 ve %11.2 oranlarında istismar bildirim yapılmıştır.[15]

Cinsel istismar kızlarda erkeklere oranla 4 kat daha fazla görülmektedir.[2] Pereda 2009 yılında cinsel istismar üzerine 21 ülkede yapılan 39 çalışmayı değerlendirmiştir. Kızlarda cinsel istismar oranı %10-20, erkeklerde ise %10 olarak bulunmuştur. Kızlara göre erkeklerde saptanan düşük oranlar şu şekilde açıklanmaya çalışılmıştır. Cinsel yönden istismara uğramış erkek çocuklar bu konuda yardım aramanın erkeklige yakışmayacak bir davranış olduğunu düşündükleri ve homoseksüel olarak değerlendirilme düşünceleri nedeniyle yaşadıkları deneyimleri anlatmakta daha isteksiz olabilirler.[11] Ergen erkekler terapi esnasında bile istismarla ilgili konuşmaya istekli değildirler. Bazı araştırmacılar bu durumu erkek çocukların kızlara göre daha küçük yaşta istismara maruz kalmaları ile açıklamaktadırlar.[2]

Her yaştaki çocukta cinsel istismar olabilir. İlk istismara uğrama yaşı ortalama 8-12 yaşları arasında zirve yapmaktadır.[4] Ülkemizde yapılan iki çalışmada çocuk psikiyatrisine başvuran istismar olgularında ortalama yaş 10.9 ve 12.1 yıl olarak bildirilmiştir.[9,16] Gazi Üniversitesi Çocuk Koruma Merkezine 2001-2006 yılları arasında başvuran olgular içinde kızların yaklaşık erkeklerin iki katı olduğu ve başvuruların %20'sinin 12-18 yaş aralığında olduğu bildirilmiştir. Bu merkezde yürütülen bir çalışmada ergen cinsel istismarı ile ilgili sonuçlara bakıldığında istismarcıların tamamının erkek olduğu, akran istismarının %33.3, bir erkek akraba tarafından istismarın %7.4, öz baba istismarının %14.8 ve yabancı istismarının %25.9 olduğu görülmektedir.[17]

Çocuk istismarının yaygın olduğu kanısına karşın ülkemizde çocuk cinsel istismarı ile ilgili bilgiler yetersizdir.[9] Edirne'de Trakya Üniversitesinde yapılan bir çalışmada aile içi cinsel istismar oranının %1.4 olarak bulunduğu bildirilmiştir.[18] Ülkemizde 839 lise öğrencisinde istismar ve ihmalin araştırıldığı bir çalışmada cinsel istismar oranı %10.7 olarak bulunmuş olup adli olguların değerlendirildiği başka bir çalışmada adli başvuruların %81.3'ünün cinsel istismar olguları olduğu bildirilmiştir.[19,20] Dokuz-onbirinci sınıflarda okuyan kız öğrencilerle yapılan bir çalışmada %1.8 oranında ensest bildirilirken, öğrencilerin %11.3'ü çocukken özel bölgelerine istemedikleri bir şekilde dokunulduğundan bahsetmişler, %4.9' u ise cinsel ilişkiye zorlandıklarını belirtmişlerdir.[21]

Toplum örneklemleri çalışmalarda istismarın tekrarlayıcı olmadığı gösterilmekteyse de klinik örneklemlerde çocukların çoğunluğunun aynı istismarcı tarafından birden fazla kez istismara uğradıkları belirtilmektedir. Bir kez yaşanan istismarın bildirim ve yardım merkezlerine başvurma olasılığı daha düşük olarak görülmektedir.[2] Cinsel istismara uğrayan bir çocuğun bir başkası tarafından da istismara uğratılması olasılığı Baker ve Duncan tarafından %14 olarak tespit edilmiştir.[22]

Etnik Köken ve Sosyoekonomik Düzey

Amerika Birleşik Devletlerinde (A.B.D.) yapılan toplumsal çalışmalarda çocukluk çağı cinsel istismar oranlarında etnik kökenle ilgili farklılık saptanmamıştır.[2] Yine Wyatt'ın A.B.D'de yaptığı çalışmada Afrikan Amerikalı kadınlar ile Avrupa kökenli Amerikan kadınlar arasında istismar sıklığı açısından fark bulunmamıştır.[23] Cinsel istismar A.B.D'de yaşayan Filipin, Kamboçya ve Asya

kültürlerinde de tanımlanmıştır. Bazı kültürlerde cinsel istismarın yadsınması ve çalışmalarda etnik kökenin yeterli düzeyde değerlendirilmemesi nedeniyle özellikle geniş toplumlarda yaşayan küçük kültürlerde cinsel istismarın saptanması oldukça zordur.[2]

Cinsel olmayan çocuk istismarı ile düşük sosyoekonomik düzey arasında çok güçlü ilişki varken cinsel istismarda durum bu kadar net değildir. Klinik değerlendirmeye gelen cinsel istismarlarda düşük sosyoekonomik düzey vardır; ancak, bu diğer istismar türleri ile kıyaslandığında daha az belirgindir. Çocukluk cinsel istismarı ile sosyoekonomik düzey arasındaki ilişki net olmasa da annenin eğitim düzeyi ile belirgin bir ilişki vardır.[4] Ülkemizde 2009 yılında adli olarak başvuran cinsel istismar kurbanları ile yapılan bir çalışmada anne eğitimlerinin ağırlıklı olarak ilköğretim düzeyinde olduğu bulunmuştur.[9]

İstismarcıların Özellikleri

İstismarcılar genellikle erkektir, %5-15'sinde ise suçlu kadındır. Kadınların istismarı genellikle erkek çocuğa yöneliktir. Erkeklerle yapılan istismarların %20'den fazlasında suçlu kadındır. Kadınlar genellikle bir erkekle birlikte 'co-abuser' olarak bulunurlar ve bazısı çocukla temasta bulunmayabilir. Kadın suçlular genellikle bekarlardır. Klinik olmayan çalışmalara göre, tanıdık birisi ya da bir yabancı tarafından aile dışı istismar, çocuk ve erişkin arası cinsel temas vakalarının %30-50'sidir.[4] Meksika, Almanya, Kenya'da istismarla ilgili yapılan çalışmalarda istismarcıların sırasıyla %30.1, %50.3, %82 oranlarında tanıdık olduğu saptanmıştır.[6,24-25] Ülkemizde son dönemde yapılan 2 çalışmada istismarcıların %40.7-%66.7 oranlarında tanıdık olduğu bulunmuştur.[9,16]

İki tip aile dışı cinsel istismara özellikle dikkat edilmelidir: Seks şebekeleri ve yineleyen istismarlar. Şebekelerdekiler genellikle erkek, aileye yakın birisi ve pedofiliktirler. İngiltere'de polise başvuran çocukluk cinsel istismarlarının %5'i bu sorun nedeniyle olmaktadır, ancak gerçek sıklık bilinmemektedir.[4]

İstismarcılar da gözlenen başlıca kişilik özellikleri; aile içinde ve sosyal teması sınırlı içe kapanık kişilik, eşi ya da ailesiyle sıcak ilişki kuramayan psikopatik kişilik, psikoseksüel ve sosyal açıdan immatür, kendi çocukları ile birlikte başka çocukları da istismar eden pedofilik kişiliktir.[3] İstismarcıların birçoğu çocukluklarında ya cinsel istismara uğramışlardır ya da ev içerisinde şiddet olgusu vardır. Cinsel istismarcı birey genelde düşük eğitim ve sosyoekonomik düzeye sahiptir. İstismarcı bireyin doyumu erteleme kapasitesi azalmıştır ve engellenmeye karşı düşük toleransı olan kişilerdir. Çoğu zaman emosyonel açıdan var olan rötardasyonları nedeniyle gerçekçi yaklaşımlarda bulunamazlar. Empati duyguları ya yoktur ya da sınırlıdır. Kendilerine saygılarının düşüklüğünü ve suçluluğu bastırıp karşıt tepki kurarak saldırgan davranış şeklinde çocuğa yansıtma eğilimi içerisindedirler. Karşılanmamış doyum nedeni ile anksiyete yetarlar ve çevresine saldırganlık şeklinde bu enerjiyi aktarırlar. Duygusal yetersizlikleri aynı zamanda narsisizmle karakterizedir. İlişkilerinde ön plana çıkardıkları benmerkezcilik yetişkin ilişkilerine girmelerini engeller. Narsisistik yapıları nedeni ile diğer kişileri kendi gereksinimlerini karşılamaktan sorumlu bireyler olarak algırlar. Cinsel istismarcı birey

psikodinamik teoriye göre olgunlaşmamış emosyonel durum özellikleri ile patolojik bir şekilde çocuğu cinsel açıdan çekici bulur. Çocukluk döneminde özdeşleşeceği birisinin olmaması, sosyal komponentler açısından patolojik bir aile yapısına sahip olma, destek sistemlerinden yoksun bir birey olması istismarcı bireyin diğer özellikleri arasına girmektedir.[8]

Cinsel İstismarın Önemli Bir Alt Grubu: Ensest

Kanunen evlenmelerine izin verilmeyen iki kişi arasındaki cinsel ilişkiye ensest denir. Anne babadan biriyle, üvey baba da dahil olmak üzere akrabalardan biriyle, ebeveyn rolünü üstlenen ve üvey baba yerine geçen biriyle ensest ilişki söz konusu olabilir. Aile içi istismarda en sık rastlanan suçlu babadır. Ancak üvey babalar da istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Üvey babanın olması cinsel istismar için riski arttıran bir faktördür ve üvey baba ile olan cinsel istismarın daha ciddi olma olasılığı yüksektir. Üvey baba ile yaşayan bir kız çocuk, biyolojik baba ile yaşayana göre altı kat daha fazla risktedir. Erkek çocukla annesi arasında heteroseksüel eylem olma olasılığı düşüktür. Aile içi istismar örüntüsü klinik ve klinik olmayan çalışmalarda farklılıklar gösterir. Klinik çalışmalarda kardeşler arası istismar sık değildir; ancak tarama çalışmalarında en az baba ile olan istismar kadar sık olduğu bulunmuştur. Daha az bildirilmesinin nedeni aile fonksiyonlarını daha az etkilemesi ve çocuk-ebeveyn ensestine kıyasla daha az hasar oluşturması olabilir.[4]

Çocukluk cinsel istismarı riski evlilik sorunları olan, aile içi çatışmaların sık olduğu, ana babalık görevlerini yerine getiremeyen, ebeveyn çocuk ilişkisinde bozukluk olan ve ebeveyn uyum sorunu olan ailelerde siktir. Ensestin yaşadığı bir aile evrensel olarak düzensiz ve işlevlerini yerine getiremeyen bir aile şeklinde tanımlanır. En sık tanımlanan örüntü, babanın güçlü konumunu kuvvet kullanarak ve baskı yolu ile elde ettiği, katı ve ataerkil bir aile yapısıdır. Anne baba arasındaki evlilik ilişkisi, bunların kendi anne babalarında da olduğu gibi güçlü değildir. Aile sistemi dışı kapalıdır ve yabancılar şüphe ile karşılanır. İstismar eden babalar aile içinde kontrolü ve gücü elinde bulundurduğunun bir göstergesi olarak şiddet de kullanabilirler. Baba ve kız çocuk arasındaki cinsel aktivite evlilikte önemli sorunların oluşmasından sonra, babanın eşinden uzaklaşması ve kızına sadece bir cinsel haz nesnesi olarak değil, aynı zamanda duygusal bir yaklaşımla bakmaya başlamasından sonra gelişebilir. Anne bu alternatif düzenin gelişimi ile ilgili gizli işler çevirir ve görünen cinsel aktivite olayını görmezden gelmeyi tercih eder. Anne kızına karşı duygusal yönden soğuk olabilir ve genel olarak aile duygusal iletişim açısından fakirdir. Böylesi aileler sıklıkla cinsel konuların açıkça tartışılmasında ahlaki tabulara güçlü bir şekilde bağlı ve katıdırlar. Öte yandan annenin baskın olduğu, babanın pasif olduğu bir başka örüntü de bildirilmiştir. Bu babalar sadece çocuk ile istismar ilişkisinde kendilerini güçlü hissetmektedirler. İstismarın olduğu tüm ailelerde her tip ebeveyn yapılanmasında belirgin bir güç dengesizliği vardır.[4]

İstismarın olduğu ailelerde sosyal izolasyon sıklıkla görülür. İstismar eden bir baba tipi olarak 'endogamik tip' baba tanımlanmıştır. Bu babalar, cinsel

açıdan engellendiklerinde evlilik dışı ilişkiler peşinde koşmak yerine kendi çocuklarına yönelirler.[4]

Çocukluk cinsel istismarında alkol veya madde kullanımı yanı sıra suçluluk oranı ve antisosyal davranışlar (özellikle baba da) yüksek bulunurken annede depresyon oranı yüksektir.[4] Cinsel istismar olgularında alkolün, taciz eden tarafından sıklıkla kullanıldığı ve istismarı tetikleyen önemli bir etken olduğu bildirilmektedir.[1]

Çocukluk ya da ergenlik döneminde cinsel istismara uğramış kişilerin istismarcı konuma geçebildiklerini aktaran yayınlar vardır. Ensest yaşanan ailede bu tabunun bozulması ile istismar davranışının tekrarı arasındaki ilişki ve kuşaklar arası aktarımdan söz edilmektedir. Ensestci çoğu babanın ensest kurbanı olduğu, enseste maruz kalan çoğu kadının da çocuklarını ensestden koruyamayan anneler oldukları bildirilmektedir.[1]

Çocuk Cinsel İstismarının Çocuğa Etkileri

Bowlby'nin bağlanma teorisine göre cinsel istismar yaşayan bireyler dezorganize bağlanma geliştirirler. Dezorganize olmuş bağlanma genellikle çocukluk çağı anksiyetesinin kaynaklarından olan korku dolu davranışlar olarak belirir. Bu dinamik genellikle kognitif yıkıma ve ilişkilerde dengesizliğe neden olan disfonksiyonel ailede yaşamış olan çocuklarda gelişir. Çocuk, bakıcısının kendisine karşı negatif bir davranışı ile karşılaştığında buna karşı farklı tepki verme sürecine girer. Bu negatif tepki sürecinde geri çevrilme ve çatışma yaşanırsa çocuk bu negatif tepkiyi ya görmezden gelir ya da abartılı tepki sürecine girer ve bağlanma sürecinde anksiyete dolu tehlikeli stratejiler geliştirmeye yönelir. İstismar eden patolojik ebeveynlere karşı geliştirilen istenmeyen bağlanma şekli kişinin çocukluk dönemine ait travmatize anılarına blok koyması ile kişide yaşamını sürdürür. Korkuyla ilişkili bu bağlılık şekli inkara neden olur ve her geri çevrilmede, kişinin ebeveyn olma sürecinde veya çözüme kavuşmamış her travmasında tekrar tekrar yaşanır. Dezorganize bağlanma çocuğun ayrılma bireyleşmede problem yaşamasına neden olur.[8]

Küçük çocuklar normal olarak, karanlık korkusu gibi sıradan anksiyetelerini bile, eğer iyi davranırlarsa gelecekte ödüllendirilecekleri şeklinde iyimser kompensatuar doyum hayalleriyle yatıştırırlar. Bu türden hayaller tehdit içeren durumlarda etkili bir biçimde iç rahatlatır. Cinsel istismara uğrayan çocuklar da benzer düzenekleri kullanırlar. Sevgi dolu ilişkileri ve gelecek mutlulukları hayal ederler. Ayrıca, gerçeği görmezden gelir veya çarpıtabilirler. Böylece bazı şeylerin olmadığına, cinsel olarak istismar edenin güvendikleri anne veya babaları değil başka birisi olduğuna yahut olan bitenin o kadar da acı verici olmadığına kendilerini inandırabilirler.[8]

Çocuğun cinsel istismarı erken yaşlarda olduğunda örselenmenin kendisi ve ana, baba veya çocuktan sorumlu olan kişilerce yüzüstü bırakılma, kandırılma, ihanete uğrama nedeniyle olağan koruyucu hayaller daha fazla veya daha az kullanılabilir hale gelir. Hatta benliğin olgunlaşma sürecinin bazı yönleri ketlenebilir. Çocuklukta benliğin normal olgunlaşma süreci düşlemler çevresinde gelişir. İstismar bu sürecin bazı yönlerini ketleyebilir. Benliğin hayaller sürecindeki bu türden kesintiler kendilik imgesinin bütünleşmesine bir

engel oluşturabilir ve gelecekteki gelişim üzerinde yıkıcı etkiler doğurabilir, zedelenebilirliğe zemin hazırlayabilir.[8]

Dissosiyasyon

Cinsel istismar kurbanlarında bir başka patoloji ise dissosiasyondur. Dissosiasyon, ruhsal travmaya karşı ilkel bir savunma olarak kabul edilmektedir. İstismarın erken döneminde amnezi ve uyurgezerlik ortaya çıkabilmektedir.[8] Çocuğun gözlerini bir noktaya dikip uyarılara cevap vermediği şekil olarak tanımlanan trans benzeri durumlar çocuklarda en sık görülen dissosiasyon belirtisidir. Dissosiasyon istismara eşlik eden ezici ve korkutucu duygulardan çocuğun kaçınmasına olanak tanır. Dissosiasyon başlangıçta çocuğa yardım etmesine rağmen süre uzadıkça okul fonksiyonlarını da içeren bilişsel performansı bozduğu bulunmuştur.[26] Patolojik dissosiasyonla ruhsal travma ilişkisini gösteren 4 farklı veri alanı vardır: Birincisi dissosiyatif bozukluğu bulunan hastaların %90-100'ünün çocukluk döneminde ağır travma yaşadığını belirttiği olgu serileridir. İkincisi, çeşitli dissosiasyon ölçümleri ile ruhsal travması olan ve olmayan kişilerin karşılaştırıldığı çalışmalardır. Travması olan kişilerin olmayanlara göre önemli derecede daha yüksek dissosiyatif belirtiler gösterdikleri saptanmıştır. Üçüncüsü, travması olan gruplarda, istismarın başladığı yaş ve istismarın süresi gibi travmanın derecesiyle ilgili faktörlerin, dissosiasyonun şiddeti ile orantılı olduğunu gösteren çalışmalardır. Çocuk istismarının başlangıç yaşı ne kadar küçükse, o ölçüde şiddetli dissosiasyon görülmektedir. Dördüncüsü travma esnasındaki dissosiasyonun, daha sonraki travma sonrası stres bozukluğu gelişiminde çok güçlü bir role sahip olduğunu gösteren çalışmalardır.[19]

Ruhsal Bozukluklar

Cinsel istismar öyküsü anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı, intihar davranışı, borderline kişilik bozukluğu ve posttravmatik stres bozukluğunu içeren psikiyatrik bozukluklarla sonuçlanabilmektedir.[27] Ayrıca yetişkinlik çağında emosyonel distresle de bağlantılıdır. Emosyonel distres çocukluk çağı cinsel istismar öyküsüne sahip kişilerde alkol kullanımı ve tekrar cinsel yönden kötüye kullanıma maruz kalma ile ilişkili bulunmuştur.[28] Yapılan çalışmalarda kurbanların istismar olayına cevap olarak travmayla ilgili anılarından kaçınmasının psikolojik belirtilerin gelişiminde önemli bir faktör olduğu bildirilmektedir.[29,30] Abramowitz ve arkadaşları bir çok travma kurbanının travma ile ilgili stres veren düşünce, duygu ve vücut duyularından kaçındıklarını ve kaçınmanın bu olumsuz tecrübelerin sıklığını arttırdığını ileri sürmüşlerdir.[31]

Kişilerarası ilişkiler

Kişiler arası ilişki kurma ve sosyal ilişkileri sürdürme becerisi, cinsel istismardan olumsuz etkilenmektedir. Bu kişilerin ya ilişki kurmaktan kaçındıkları ya da aşırı yakınlık gereksinimi duyup çok sayıda, fazla beklentili ve kontrol edici ilişki kurdukları gözlenmektedir. Her iki tip ilişki de işlevselliğinden uzak olmakta ve genellikle yalnızlıkla sonlanmaktadır.[8] Yapılan çalışmalarda çocukluk

çağında cinsel istismara uğramış kadınların yakın ilişkilerinde partnerleriyle sorunlar yaşadıkları ve partnerlerini daha olumsuz algıladıkları saptanmıştır. [32,33] Mullen ve arkadaşları'nın yaptığı çalışmada cinsel istismar hikayesi olanların yakın ilişkilerinde mutlu olmadıkları, özellikle tecavüze uğrayanların ilişkilerinden çok memnuniyetsiz oldukları saptanmıştır. Kurbanların yarısından azı partnerleriyle sırlarını paylaşmaktadırlar. Yaklaşık ¼'ü de çok yakın ilişkilerinde bile anlamlı iletişim kuramadıklarını ifade etmişlerdir.[34] Avusturalya'da cinsel istismara uğrayan kadınlarla yapılan toplum örneklemleri bir çalışmada da istismarın yetişkinlik dönemindeki ilişkileri olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Kadınlar partnerlerini aşırı kontrolcü ve ilgisiz olarak tanımlamışlardır. Çocukluk çağı cinsel istismarının kadınların cinselliğini ve kişilere güvenebilme yetisini bozduğu ve yakın ilişkilerini devam ettirebilme yeteneğini etkilediği saptanmıştır.[35]

Briere'e göre ise cinsel istismar çocuğun çocukluk çağında kişiler arası ilişkilerinin gelişiminde iki farklı şekilde güçlük yaşamasına neden olur. İlki yetişkinlik döneminde devam eden kognitif yapıda ve tepkilerde geliştirilen yeniden organizasyon sürecidir. Bu süreç diğerlerine karşı güvensizlik, yakın kişiler arası ilişkilerinde ambivalans veya ilişkiyi tamamiyle terk etme şeklinde yaşanmaktadır.[36] Yaşanan ikinci güçlük ise devam eden istismar sürecine uyum sağlama şeklinde olmaktadır. Bu uyum tepkileri çekingenlik, pasiflik veya cinselliğe aşırı yönelim olarak gerçekleşmektedir. Ayrıca bu süreç çocuğun yaşama uyum yeteneğini bozmakta, aile içi ilişkilerinde sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Bu şekilde çocuğun psikik enerjisi burada tükenmekte, olgunlaşma kesintiye uğramaktadır.[8]

Benlik Saygısı

Ornstein'in belirttiği gibi, erken çocukluk dönemindeki istismar sonrasında narsisistik zedelenmeler akut veya kronik narsisistik öfke ile sonuçlanmaktadır. İntikam ihtiyacı narsisistik öfkenin karakteristik bir özelliğidir. Zedelenmiş kendilik intikam yoluyla onarıma ihtiyaç duyar.[37] Yapılan çalışmalarda çocukluk çağı cinsel istismarının kişinin benlik saygısını olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur.[38,39] Tebbutt ve arkadaşları tarafından yapılan cinsel istismara uğramış çocukların 5 yıl sonra değerlendirildikleri bir çalışmada çocukların %43'ünün düşük benlik saygısına sahip oldukları bulunmuş olup yaşça büyük çocukların benlik saygılarının daha düşük olduğu ve aile fonksiyonundaki bozukluğun benlik saygısını ileri derecede etkilediği de saptanmıştır.[40] Romans ve arkadaşlarının çalışmasında özellikle penetrasyonu içeren çocukluk çağı cinsel istismarı ile yetişkin çağdaki olumsuz benlik saygısı arasındaki ilişki net bir şekilde gösterilmiştir.[41]

Cinsellik

Cinsel istismar ile birlikte erken yaşlarda cinsel farkındalık yaşanmış olur. Bu travmatik deneyim çocuğu erotik davranışlar sergilemeye yöneltilir; diğer çocuklarla cinsel içeriği olan oyunlar oynamaya yönelir ve her davranışında agresyon sergiler veya şiddete karşı boyun eğici ve kabullenici davranarak şiddet görmeye devam eder. İstismar sonrasında yetişkinlik döneminde

kompulsif bir şekilde cinsel deneyimlere yönelir. Bir başka bakış açısına göre ise, bu gerçek anlamda seks değil bir şekilde yoğun olan öfkenin, kinin kendisine döndürülmesini ifade eder. Gelişigüzel pek çok partnerle cinsel ilişki kişinin benliği ile ilgili yıkıcı dürtülerin bir araya geldiği karmaşık davranışlar bütünüdür. Bu cinsel istek fazlalığı fiziksel acının içerisinde yer alan duygusal boyutun gizlenmesine yardımcı olan güç sağlamaya çalışma ve kontrolü ele almanın ifadesidir. Bunun ötesinde çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olan kişi yetişkinlikte cinsel şiddet uygulamaya yönelebilir veya bu yetişkinler ileride kendi çocuklarına karşı cinsel yahut fiziksel istismar davranışlarına yönelebilirler.[8] Birçok çalışmada çocukluk çağı cinsel istismarı ile cinsel yönden riskli davranış gösterme arasında birliktelik saptanmıştır. Cinsel istismara uğramış kadın ve ergenlerle yapılan toplum örneklemli çalışmalarda çocukluk çağı cinsel istismarının erken yaşta cinsel ilişkiye girme, birden çok cinsel partnere sahip olma, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yüksek oranda maruz kalma ile birliktelik gösterdiği saptanmıştır[42-44].

Fakülte öğrencilerinde yapılan çalışmalarda çocukluk çağı cinsel istismarı ile birden çok cinsel partner, yetişkinlik döneminde birçok cinsel deneyim, cinsel ilişkiye erken başlamayı içeren cinsel yönden riskli davranışlar arasında birliktelik saptanmıştır.[45,46] Çocukluk çağı cinsel istismarı ile cinsel davranış arasındaki birlikteliğin ergenlik döneminde ya da daha öncesinde başlayabileceği düşünülmektedir. Örneğin, cinsel yönden aktif 3500 kız ergenin değerlendirildiği bir çalışmada çocukluk çağı cinsel istismarı ile ergenlik döneminde cinsel yönden riskli davranışlar gösterme arasında birliktelik saptanmıştır. Bu çalışmada cinsel partner sıklığı, 14 yaşından önce cinsel ilişkiye girme, son cinsel ilişkisinde alkol ya da madde kullanımı gibi riskli davranışlar ile cinsel istismar arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir.[47] Yine ergenler üzerinde yapılan çalışmalarda erkek ergenlerde cinsel istismar ile erken yaşta cinsel ilişkiye girme, 3 ya da daha fazla cinsel partnere sahip olma, son cinsel ilişkisinde madde kullanımı ve kondom kullanmama arasında yakın bir ilişki olduğu saptanmıştır.[48-50]

Cinsel İstismarın Dinamik Etkileri

Çocuğun cinsel istismarında, istismarla birlikte yaşanan travmatik cinsellik, ihanete uğramışlık hissi, güçsüzlük, damgalanma gibi dört travmatik dinamik yer alır. Bu dinamikler travmaya farklı bir yan katar, travmatik olayın etkilerini ağırlaştırır ve çocuğun dünyaya kognitif ve emosyonel oriyantasyonuna zarar verir. Travma sonrasında çocuğun benlik algısında değişimler, duygulanım sürecinde bozulmalar yaşanır.[8]

Travmatik Cinsellik

Genellikle ensest olgularında görülür. İstismar eden kişi, aslında çocuğun ailede en çok sevgi ve onay beklediği kişidir. Hatta özdeşim modeli bile olabilir.[4] Çocuğun en çok sevdiği kişi onun sevgisinden faydalanıp hediyeler vermiş ve cinsel talepte bulunmuştur. Bu durum çocukta cinsel davranış ve ahlak karmaşası yaratacaktır. Cinselliği bir alışveriş gibi değerlendirecektir. Sevgi için cinselliğin gerektiğini düşünecek bu da sonraki yaşamında birçok

partnerle cinsel ilişkiye girmesine ve riskli cinsel davranışlarda bulunmasına neden olacaktır.[4,51]

İhanete uğramışlık hissi

Cinsel istismara uğramış çocuk yakınları tarafından ihanete uğradığını düşünür. İlişkilerinde kişilere güvenmekte zorluk çeker. Kime güveneceğine karar vermekte zorluk yaşadığı için yetişkinliğinde çoklu, kısa, istismara açık ilişkiler yaşayabilir.[51] İhanet yetişkinin kişiler arası işlevlerinde de etkili olan dikkat çekici bir yapıdır. Genellikle çocuklar yetişkinlerin onları koruyacağına ve onlara karşı dürüst davranacaklarına inanırlar. Ne zaman ki çocuk istismara uğrar, yetişkin ona kasten zarar verir, çocuğun güvenlik ve emniyet hissi kırılır, çocuk kendisine ihanet edildiğini hissetmeye başlar. Çocuk yetişkinin kasten ona zarar verdiğini, ona yalan söylediğini, kendi ilgisi ve zevki için ona baktığını keşfetmeye başlar. İstismar açığa çıktığında aile çocuğa destek olmaz, onu koruma altına almazsa çocuğa karşı ikinci bir ihanet daha yapılmış olur. İstismarcı çocuğun yakını ise çocuğun kendisine ihanet edilmişlik hissi artar. Çocukluk çağında yaşanan bu ihanet edilmişlik ve kayıp hissi, çocuk gelişimi devam ettiği süreçte diğer ilişkilerine yansiyarak büyür.[8]

Güçsüzlük

Bu dinamik istismarcı tarafından çocuğa sürekli saldırıda bulunulması ile gerçekleşir. Çoğu zaman çocuk bu istismarı içeren davranışı kontrol altına alamaz, eğer bu istismar hareketine dur diyecek olsa toplum ve aile tarafından ya ona inanılmayacağı ya da aynı hareketin tekrar yapılacağı yönünde istismarcı tarafından yöneltilen tehdit davranışlarını içeren pek çok engelle karşı karşıya kalır. Zarar verileceği yönünde yapılan tehditler çocukta güçsüzlük hissini artmasına neden olur.[8] Ayrıca cinsel istismara uğrayan çocuk yaşadığı ilişkilerin cinsel yönü ile ilgili kontrol duygusuna sahip olmadığını düşünür. Bu nedenle yetişkinlik döneminde de ilişkilerinde cinsel açıdan kim ne isterse kabullenir kontrol koyamaz.[51]

Damgalanma

Cinsel tacize uğrama çocuğa lekelenmişlik duyguları hissettirebilir. Utanç, suçluluk kavramlarının da eklenmesiyle bu duygular zamanla benlik algısına karışır ve kendisini böyle algılamaya başlar.[51] Bu dinamik çocuğun istismarcı tarafından azarlanması, ensestini ilişki içerisinde gizlenmesi, toplum ve aile tarafından çocuğa tepki verilmesi ile ortaya çıkar. İstismara uğrayan kişi istismarın yükünü etrafına zarar verdiği ve bu yüzden hak ettiği şekilde yaşamaya devam eder. Bu negatif benlik imajı nedeni ile ya kendini diğer insanlardan izole eder ya da kendi bedeni üzerinde diğer insanların hakkı olduğuna inanır. Bu suçluluk ve utanç bu dinamiğin uzun döneme projeksiyonu ile yaşanır.[8] Spaccarelli çocukluk çağı cinsel istismarı ile sonrasında gelişen olumsuz durumlara aracılık eden başa çıkma stratejilerini ve kognitif değerlendirmeyi açıklamaya çalışmıştır. Spaccarelli yetişkin dönemdeki cinsel davranışı şekillendiren 2 önemli açıklama sunmuştur. Birincisi çocukluk çağı cinsel istismarı nedeniyle çocuğun ilişkilerinden korku duymasıdır. İkincisi de istismar nedeniyle kişileri olumsuz olarak değerlendirmesidir. Ayrıca diğer bireyleri olumsuz değerlendirme ilişkiyi başlatma ve sürdürmede zorluklara neden olabilir.

Spaccarelli ek olarak kaçınma stratejilerinin olumsuz sonuçlara sebep olduğunu öne sürmüştür. Madde kullanımı da kaçınma yöntemlerinde birisidir ve sonraki dönemde cinsel yönden riskli davranışlara aracılık edebilmektedir.[52]

Cinsel İstismarla İlişkili Psikiyatrik Bozukluklar

Cinsel istismarın klinik özellikleri ve çocuk üzerindeki etkileri; çocuğun istismarcı ile olan ilişkisine, istismarın şekline, süresine, şiddet kullanımına, fiziksel zararın varlığına, çocuğun yaşı ve gelişim basamağına, ruhsal özelliklerine ve travma öncesi psikolojik gelişimine bağlı olarak değişmektedir. Ailenin olaya tepkisi de konu üzerinde etkileyici rol oynar. Özellikle enest yaşantısı aile birliğini ve tüm aile bireylerini tehdit eden bir kriz yaratabilmekte, krize müdahalenin iyi olmadığı durumlarda çocuğun suçlanması, dışlanması, şiddete maruz kalması riskleri ön plana çıkmaktadır. Ebeveynlerin yaşadığı olumsuz duygular, özellikle öfke çocuğa yansıtıldığında çocukta yoğun duygusal ve davranışsal sorunlar ortaya çıkabilir. İstismar ister aile içinden ister dışından olsun istismarın açığa çıkmasının ardından çocukla olan etkileşim klinik tablo üzerinde belirleyici olmaktadır. Soruna odaklı çözüm arayışına giden ve suçluluk ve sorumluluk duygularını çocuk üzerinden alabilen bir destek sistemi içinde daha olumlu bir klinik görünüm ortaya çıkmaktadır.[1] İstismarın ruh sağlığına etkileri bugüne kadar farklı araştırma desenleriyle incelenmiştir. Bu araştırmalardan bazıları çocukluk döneminde ortaya çıkan tepki ve bozuklukları incelerken bazıları erişkinlik dönemine yansıyan sorunları araştırmayı hedeflemiştir. Sonuç olarak istismarın erken ve geç dönemde pek çok ruhsal belirtilerle ilişkisi gösterilmiştir.[3]

Çocukluk cinsel istismarı ve psikiyatrik bozukluklar arasında nedensel ilişki olduğunu öne süren başlıca iki durum şunlardır; Çocukluk cinsel istismarı olması, psikiyatrik hastalık oluşumuna duyarlılığa yol açabilir. Öte yandan hem çocukluk cinsel istismarı hem de hastalık için riski arttıran bağlantılı sosyal ve ailesel faktörler zaten hazır durumda bulunmaktadır. Bu görüşü destekleyenlere göre, çocukluk cinsel istismarı aile ortamı bozuk çocuklarda daha sık görülür. Bu ailelerde psikiyatrik bozukluk riski ile çocukluk cinsel istismarı arasındaki ilişki, çocukluk cinsel istismarının doğrudan travmatik etkisinden çok, cinsel istismar olmuş ailelerde aile ile çocuk arasındaki etkileşim ve çocuğun cinsel istismarı sonrası olumsuz etkilenen çevresel koşulları ile ilgilidir.[4] Diğer, geçmişteki olayın anımsanması eğilimidir.[4]

Cinsel istismarın çocuğun ruhsal yaşantısına etkisi son derece karmaşıktır. İstismar çocuğun duygusal ve cinsel gelişimini, kişiler arası ilişkilerini, özgüvenini sarsan akut ve kronik travmadır. Travmanın etkileri yaşanan olaya ilişkin tekrarlayan zihinsel canlandırılmalar, tekrarlayan davranışlar, korku ve kaygı tepkileri, insanlara, yaşama ve geleceğe ilişkin tutum ve düşüncelerde farklılıkların olması gibi bir sıra içinde yaşanabilir. Cinsel istismara özgü tek bir belirti yoktur, belirtiler çocuktan çocuğa değişirken aynı çocukta gelişim ile birlikte zaman içinde de değişimler olabilir. İstismara uğrayan çocukların yaklaşık 1/3'ü akut dönemde herhangi bir belirti vermeyebilirler ancak olası riskler düşünülerek düzenli takip altında bulundurulmaları son derece önemlidir. Cinsel istismara uğramış çocukların hepsinde psikiyatrik belirti görülecek

diye bir genelleme de yapılamaz. Olguların %20-50'sin de psikiyatrik belirti olmadığı bildirilmiştir. Ancak izleme dayalı veriler belirti göstermemiş çocukların %10-20'sin de 12-18 ay içinde sorunlar başlayabileceğini ortaya koymuştur.[1]

Cinsel istismara uğrayan çocukların klinik özellikleri yaşa bağlı değişiklikler de gösterir. Bunlar Tablo-1'de gösterilmiştir. [1]

Tablo.1. Cinsel istismara uğrayan çocukların yaşa göre gösterdiği tepkiler [1]

Küçük yaş grubunun (10 yaş altı) verdiği tepkiler

- Kendi yaş ve gelişim düzeyine uygun olmayan cinsel bilgiye sahip olması
- Resimlerinde, oyunlarında ve davranışlarında cinsel içerikli temaların olması
- Sık ve ortalık yerde yapılan aşırı masturbasyon
- Konuşmasında cinsel içerikli sözcüklerin sık kullanılması
- Yalnız kalmak istememe, uyku sorunları, enürezis, enkoprezis ve diğer regresif belirtiler
- Kendini yaralayıcı ya da risk alıcı davranışlar, dürtüsellik, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü
- Fobik kaçınmalar(örn. İstismarcı ile aynı cinsiyetteki tanıdıklarından korku)
- Özellikle erkek çocuklarda daha sık olarak ateş çıkarma davranışı
- Ailede rol değişimi, erken olgunlaşma
- Okul ve arkadaş ilişkilerinde sorunlar
- Ani davranış değişiklikleri

Daha büyük yaş grubunun (10 yaş üstü) tepkileri

- Büyük çocuklarda sosyal gelişim nedeniyle açık cinsel uğraşlar azdır.
- Cinsel istismara uğramış ergenlerde rastgele cinsel ilişkiye girme davranışı ve tekrarlayan istismarlara maruz kalma riski vardır.
- Yeme bozuklukları
- Kendini yaralayıcı davranışlar, intihar
- Depresyon, sosyal geri çekilme
- Suçça yönelme
- Ailede rol değişimi, erken olgunlaşma
- Okul ve arkadaş ilişkisinde sorunlar
- Ani davranış değişiklikleri

Travmanın etkileri başa çıkmanın çeşitli yolları ile kişinin stres dolu olayları anımsamasını engelleyerek anksiyeteyi azaltmaya ya da anksiyeteden kaçınmaya olanak tanır. Ancak bu genelde olumsuz etki yaratır. Bunların içine dissosiasyon, hafızadan silme, amnezi ve çoklu kişilik gelişimi yanıtları girer. Self-destruktif davranışlar örneğin, kendisinden nefret etme ve vücut imajı ile ilgili kaygılar bazı cinsel istismara uğramış çocuklarda bildirilmiştir. Bunlar aynı zamanda genellikle anorektiktirler. Son yıllardaki çalışmalarda anorektik ve bulimik hastalarda cinsel istismarın yüksek oranda bulunduğu bildirilmiştir.[4] İstismarın erken dönemde neden olduğu tepkilerin başında anksiyete gelir. Anksiyete, kendini 'huzursuzluk, uyku sorunları, yeme sorunları' gibi davranış değişiklikleriyle gösterebileceği gibi travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi daha karmaşık tablolarla da gösterebilir.[3] Okul çağında cinsel

istismara uğramış ve uğramamış çocuklarda TSSB'nin araştırıldığı bir çalışmada istismarın TSSB ile yüksek ilişki gösterdiği, penetrasyon ve saldırganlık derecesinin anksiyete düzeyinde artışla sonuçlandığı bildirilmiştir.[53] Başka bir çalışmada cinsel istismara uğramış çocukların %63.8'in de TSSB, %33'ün de depresyon saptanmıştır.[54] Kendall-Tackett ve arkadaşlarının gözden geçirme yazısında cinsel istismar kurbanlarının %64-79 oranları arasında psikiyatrik belirtiler gösterdikleri bildirilmiştir. Bu belirtiler sırasıyla TSSB, düşük benlik saygısı, anksiyete, korku, depresyon, intihar düşüncesi, somatik şikayetler, agresif davranış, evden kaçma ve madde kötüye kullanımınıdır.[55] Hazzard ve ark. cinsel istismar vakalarında içe ve dışa vurum davranışları ile birliktelik gösteren tek anlamlı parametrenin olumsuz anne-kız ilişkisi olduğunu saptamışlardır.[56] Friedrich çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarının kurbanlarda somatik şikayetleri arttırdığını bunun de istismar tecrübesi nedeniyle fiziksel kendilikteki bozulmaya bağlı olabileceğini bildirmiştir.[57] Erişkin örnekleme yapılan bir araştırma istismar öyküsü olan olgularda kronik gastrointestinal bozukluklar ve somatizasyon bozukluğunun daha sık olduğunu bildirmektedir.[58] Drossman ve arkadaşlarının gastroenteroloji bölümüne başvuran kadınlarla yürüttükleri bir çalışmada %44 oranında cinsel ya da fiziksel istismar öyküsü saptanmıştır. İstismara uğramış olgularda fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar, irritabl barsak sendromu belirtileri, pelvik ağrı, çoklu bedensel yakınmalar, ameliyat yüzdeleri kontrollerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.[59] Bu nedenle sadece psikiyatri kliniklerinde değil tıbbın diğer bölümlerindeki sağlık çalışanlarının da istismar konusunda bilgi ve deneyim sahibi olmaları gerekmektedir.[58]

Sparato ve arkadaşları yaptıkları prospektif bir çalışmada cinsel istismara uğramış erkeklerde anksiyete bozuklukları ve davranım bozukluğunu, kızlarda major affektif bozukluk ve anksiyete bozukluklarını kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek bulmuştur.[60] Agresif davranışların cinsel istismara uğramış ergenlerde ve çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olan yetişkinlerde sıklıkla görüldüğü bildirilmektedir. Depresyonun da çocukluk çağı cinsel istismarı ile birlikte görüldüğü, aile içi cinsel istismar kurbanlarında da intihar davranışının sıklıkla gözlemlendiği bildirilmektedir[26]

Temas içeren cinsel istismar davranışları daha kötü uzun dönem sonuçları ile ilişkili bulunmuştur. Fail ile ilişki kilit bir değişken olup yakın ilişki daha kötü sonuçlara yol açmaktadır. Cinsel istismarda tehdit kullanma psikopatolojinin oluşumunda önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmiştir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada tüm çocuklar temas içeren cinsel istismara maruz kalmış, yüksek oranda akraba ya da tanıdık biri tarafından istismar edilmiş ve tamamına yakını tehdit edilmiştir. Cinsel istismar kurbanlarının %88'i psikiyatrik tanı almıştır. Kız çocukları anlamlı olarak daha fazla depresif bozukluk ve TSSB tanısı almışlardır. İstismara uğrayan erkek çocuklarda intihar girişimi bulunmazken, kızların %13.5 oranında intihar girişiminde buldukları bildirilmiştir.[9] Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada çocuk istismarı kapsamında değerlendirilen olgularda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun(%22.2) en sık binişiklik gösteren psikiyatrik tanı olduğu bildirilmektedir.[16]

Fiziksel ve cinsel istismara maruz kalan bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda bilişsel, dil yetileri ve okul performansında bozukluk saptandığı bildirilmektedir. Bu problemler dil gelişiminde gecikme, akademik başarıda düşüklük, yüksek okul devamsızlığı oranlarını içermektedir.[61]

Çocukluk çağı cinsel istismarı ile alkol kötüye kullanımı arasındaki ilişkileri araştıran çalışmalar madde kullanımı olan kişilerde çocukluk çağı cinsel istismarının yüksek düzeyde bulunmasıyla başlamıştır. Oniki çalışmanın değerlendirildiği bir gözden geçirme yazısında, alkol kötüye kullanımı açısından tedavi görenlerde çocukluk çağı cinsel istismarının %20-84 oranlarında olduğu bildirilmiştir.[62] Kadınlarda alkol bağımlılığının gelişimi ve çocukluk çağı cinsel istismarı arasındaki ilişkileri değerlendiren bir çalışmada sadece istismarın kadınlarda alkol bağımlılığını açıklamada yeterli olmadığı; bakımverenin güvenilmez, aşırı kontrollü olarak algılanmasının ve cinsel istismara uğramanın kadınlarda alkol kötüye kullanımını arttırdığı saptanmıştır.[63] Cinsel ve fiziksel istismara uğramış çocukların istismara uğramamış yaşlıtlarına göre sigara kullanımı, alkol ve madde kötüye kullanımını içeren riskli davranışlar gösterme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur.[64]

Cinsel İstismarla İlişkili Nörobiyolojik Faktörler

Travma, kendisi psikolojik ve davranışsal sonuçlara neden olurken, erken travma ayrıca olumsuz biyolojik etkilere de yol açabilir.[4] Literatürde fiziksel, cinsel istismara bağlı depresyon ve anksiyete bozuklukları gelişimine yatkınlık bildirilmektedir. Özellikle nöronal plastisite döneminde oluşan travmatik yaşantılar nöroendokrin stres cevap sistemlerini aşırı duyarlı hale getirmektedir.[65] Yapılan bir çalışmada çocukluk çağı cinsel ya da fiziksel istismar öyküsüne sahip 2000 kadının depresyon ve anksiyete belirtilerini çoğunlukla gösterdikleri saptanmıştır.[66] Yapılan başka bir çalışmada çocukluk çağında istismara uğramanın erişkinlik dönemindeki major depresyon gelişimini 4 kat arttırdığı, istismarın büyüklüğünün depresyon şiddetiyle korele olduğu bulunmuştur.[67] Kortikotropin salgılatıcı faktör(KSF) sisteminin depresyon ve anksiyetenin patofizyolojisiyle güçlü birlikteliği gösterilmiştir. Laboratuvar hayvanlarında KSF'nin depresyon ve anksiyeteye benzer fizyolojik ve davranışsal değişiklikler ürettiği saptanmıştır.[68] Erken yaşam streslerine maruz kalma çocuk ve yetişkinlerde psikopatoloji riskini arttıran nörobiyolojik değişikliklere aracılık etmektedir. Preklinik ve klinik çalışmalarda tekrarlayıcı erken yaşam streslerinin artmış strese yanıt vermeye ilgili KSF sisteminde değişikliklere neden olduğu gösterilmiştir.[69]

Çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğine başvuran ve istismar hikayesi olan 115 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada istismar hikayesi olmayan bireylerle karşılaştırıldığında istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde özellikle frontal ve temporal beyin bölgelerinde elektrofizyolojik anormallikler saptanmıştır. Bu çalışmada erken istismarın özellikle limbik yapıları içeren beyin gelişimini etkilediği öne sürülmüştür.[70]

De Bellis ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada cinsel istismara uğramış 8-15 yaş arası kızların idrar katekolamin salınımları demografik olarak eşleştirilmiş kontrol grubuyla karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir. İstis-

mara uğramış kızlarda total katekolamin sentezi ve metanefrin, vanil mandelik asid, homovalinik asidin idrarla atılımında anlamlı bir artış saptanmıştır. Bu çalışmanın bulguları istismara uğrayan kızların kontrol grubuna göre daha fazla katekolamin aktivitesi gösterdiğini desteklemektedir.[71] Yine De Bellis ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada cinsel istismara uğrayan kızlarda hipotalamik-hipofizer-adrenal(HPA) aks regülasyonu değerlendirilmiştir. Koyun kortikotropin salgılatıcı hormon(kKSH) stimülasyonuna bağılı olarak plazma ACTH ve total, serbest kortizol yanıtları değerlendirilmiştir. İstismar grubunda kontrol grubuna göre kKSH stimülasyonuna bağılı olarak bazal ve net ACTH seviyelerinde anlamlı düşüş bulunmuştur. kKSH stimülasyonuna güçlü plazma kortizol cevaplarına uygun azaltılmış plazma ACTH düzeyleri ve 24 saatlik normal idrar serbest kortizol düzeyleri bu bireylerde HPA aksındaki regülasyon bozukluğunu göstermektedir.[72] 5-7 yaş arasındaki cinsel istismara uğramış kızlar üzerinde yapılan bir çalışmada kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük kortizol düzeyleri saptanmıştır.[73] Ciddi istismarı takiben TSSB tanısı alan çocukların magnetik rezonans görüntüleme tetkiklerinde istismara uğramamış çocuklarla kıyaslandığında kortikal serebrospinal sıvı hacminde artış ve beyin hacminde %7'lik azalma saptanmıştır. Yetişkinlerden farklı olarak cinsel istismara uğramış çocuklarda azalmış hipokampal hacim gösterilememiştir.[74]

Kızlarda 8 yaşından önce sekonder cinsel karakterlerin gelişimi nadir görülen bir durumdur. Yapılan retrospektif bir çalışmada cinsel istismar ile sekonder cinsel karakterlerin erken gelişimi arasında olası bir birliktelik saptanmıştır.[75] Brown ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çocuk ve ergenlerde cinsel istismar öyküsünün erken puberteye girişle anlamlı birlikteliği olduğu gösterilmiştir.[76] Cinsel istismara uğramış ergen kızların troid hormon düzeyleri ile psikolojik semptomları arasında ilişkiyi araştıran bir çalışmada serbest T₃ düzeyleri ile TSSB skorları arasında güçlü bir birliktelik saptanmıştır.[77]

Klinik Değerlendirme

Öykü Alınması

İstismar olgularının değerlendirilmesi kapsamlı bir iştir ve yeterli zaman ayrılması gerekir. Sadece çocuk değil, aile, aile içi ilişkiler, sosyal çevre, arkadaş ilişkileri, okul ve eğitimle ilgili özellikler araştırılır. İstismar öyküsü alınırken ailenin ve çocuğun vereceği tüm bilgiler değerlendirilir. Bu öyküde istismarın özellikleri, başlama şekli, süresi ve varsa tekrar yaşantılar, istismarcıya yakınlık dereceleri, zor kullanılıp kullanılmadığı gibi bilgiler alınır. Bazı çocuklar istismar anıyla ilgili konuşmaya hevesli iken, bazıları bu konuyu konuşmaktan kaçınır. Görüşme sırasında çocuğa karşı çok zorlayıcı olmamak gerekir. Travmatik bir yaşantıdan sonra çocuğun kendine ve tüm dünyaya karşı güveninin sarsılmış olması, beklenen bir şeydir. Güven ve terapi ortamı sağlanana kadar zaman tanınabilir.[3]

Okul öncesi çağda profesyonellerin cinsel istismar ile ilgili var olan fenomenleri dikkatli bir şekilde değerlendirmesi gerekir. Okul öncesi çağda ço-

cuklar kendilerini sözel olarak ifade etmekte zorlanmakla kalmazlar aynı zamanda yanında bulunan kimselerden çekinebilirler veya bu durumdan ötürü korku yaşıyor olabilirler. Bu travmanın çocuk tarafından oyun yardımı ile anlatılmasına yardımcı olunmalıdır.[8] İstismarın özelliklerini belirlerken resimler ve şekiller üzerinde yine oyun ortamına benzer şekilde bilgi toplamak faydalı olabilir. İstismarın daha kolay tanımlanması için insan resimlerinin bulunduğu kartlar kullanılabilir. Bu kartlar üzerinde önce insan vücudunun tanımlanması sağlanır. Yine resimler yardımıyla 'İstismarcı tam olarak nereye dokundu?', 'Ne şekilde dokundu?', 'Neresiyle dokundu?' gibi sorularla istismarın çok açık bir şekilde tanımlanması sağlanır. Ayrıca aynı kartlardan faydalanılarak küçük çocuklara, özel bölgelerin nereleri olduğu, birinin bu bölgelere dokunmak istemesi halinde ne yapması gerektiği gibi istismardan korunma eğitimi verilebilir.[3]

Görüşme sırasında uzun cümlelerden, tekrarlayıcı sorulardan ve yönlendirmelerden kaçınma, çocuğun ifadesini tekrarlayarak onaylama, çocuğun kendi ifadelerini izleme, gerçeği duyma gereksiniminin belirtilmesi, çocuğun doğal anlatımına karışmamaya özen gösterme, çocuğun anlatımında tutarsızlık fark edildiğinde zorlayıcı ve eleştirel olmayan bir yolla anlamaya yönelik sorular sorma ve görüşme nasıl sonlanırsa sonlansın katılımından dolayı çocuğa teşekkür etme gibi ilkelere özen gösterilmelidir.[1]

Ruhsal Değerlendirme

Öykü alındıktan sonra ayrıntılı ruhsal değerlendirmeye geçilir. Olayın çocuk tarafından algılanışı, akut ve geç tepkileri, olaydan sonra meydana gelen davranış değişiklikleri, anksiyete ve depresif bulgular, özkiyım düşünceleri, bundan sonraki beklentiler gibi konular değerlendirilir. İstismara uğramış bir çocuk hafif anksiyete belirtileriyle karşımıza çıkabileceği gibi, ağır psikotik özellikler içeren psikiyatrik tablolarla da çıkabilir. Psikiyatrik değerlendirme sırasında travmanın etkilerinin günlük işlevsellik düzeyine etkileri araştırılır. Bu amaçla uyku, iştahla ilgili değişiklikler, okul durumu, sosyal hayatta değişiklikler ve yaşlıları ile ilişkileri sorgulanır.[3]

Bilgilerin Kaydı

Görüşmenin yapıldığı tarih ve saat kaydedilmelidir. İstismarın anlatıldığı görüşmede video kaydı yapmak genellikle önerilen bir şeydir. Bu kayıta istismarın zamanı, yeri, şekli, tam olarak ne olduğu görüşülür. Kayıt yapmanın en önemli avantajı aynı bilgileri almak için çocuğu tekrar tekrar travmatize olmaktan korumaktır. Çocuklar istismarı anlatsalar bile mahkeme gibi ortamlarda çekingen davranabilirler, tutarsız gibi görünen ifadeler kullanabilirler. Bu nedenle klinik görüşmelerde yapılan kayıtlar gerek olursa adli birimlere de sunulabilir ve böylece çocuk mahkeme gibi bunalıcı bir ortamda konuşmaktan kurtulur.[3]

Fiziksel ve Adli Muayene

Fiziksel muayenede fiziksel yaralanma izleri, morluklar dikkatle kaydedilmelidir. Özellikle, aile içi istismar olgularında eşlik eden kronik fiziksel istismar ve ihmal bulguları araştırılmalıdır. Genital ve anal muayenede eski ve yeni yırtıklar tanımlanır. Eğer lezyon yoksa genital yapının iz bırakmaksızın cinsel teması izin verip vermeyeceği değerlendirilmelidir. İstismarın üzerinden 3 günden az zaman geçen olgularda servikal sürüntüde sperm araştırılması yapılmalıdır. Ergen olgularda gebelik testi mutlaka yapılmalıdır. Kurbanların cinsel yolla bulaşan hastalıklar yönünden araştırılması, ciddi sağlık sorunlarının önlenmesi ve erken tedavisi için önemlidir.[3]

Tedavi

Travmatik anılarla ilişkili duygusal süreçlerin çalışılması tedavinin temel noktasını oluşturur. Bu süreç çocuklarda oyun terapisi içinde gerçekleşebilir. Üst düzey savunma düzeneklerinin geliştirilmesi, ego kapasitesinin artırılması, sosyal aktivitelere, becerilerine uygun bireysel etkinliklere yönlendirilmesi amaçlanır.[1] Bazı çocuklar akut travma ve anksiyeteye saplanıp kalmışlardır. Bunlar kolayca ifade edemedikleri yaşantılarını, oyunları, rüya ve fantezileri ile dile getirebilirler. Temel terapötik amaç esas travmatik deneyim ile oyun aktivitesi arasındaki bilinç dışı ilişkiyi kurup anlamaktır. Bu bağlantı kurulursa çocuk travmatik anılarını söze dökebilecek ve olayın acıtan etkilerini eylemden ziyade sözcükler ile dışa vurabilecektir. Bazı cinsel istismara uğramış çocuklarda yaşadıkları olayın etkisi ile fobik ve kaçınma davranışları olur. Terapist çocuğa fobik ve kaçınma şeklinde bir başa çıkmanın sıkıcı, zor ve normal durumlarda da gereksiz olduğunu açıklamalıdır. Çocuk böylece zararsız bireyleri cinsel taciz yapanlardan ayrı olarak düşünebilmelidir. Damgalanma ile ilgili suçluluk duygusu ve benlik saygısındaki azalmanın giderilmesi için çocuğun bir cinsel aktiviteye dahil edilmesinin herhangi bir şekilde kendi suçu olmadığı ve suçlunun davranışının bozuk ve hastalıklı bir davranış olduğu çocuğa anlatılmalıdır. Çocukluk cinsel istismarı kurbanları erken cinsel uyarım deneyimleri ile ilgili iki zıt başa çıkma yolu sergilerler. Birincisi, yaşadıkları olayı yinelemek ve yeniden yaşamak; diğeri ise cinsel uyarılardan kaçınmaktır. Bu yanıtların her ikisi de normal represyonun zayıflamasına dayanır. Terapistin amacı dışavuruk ve kaçınma örüntülerini kontrol etmek, bu arada da daha üst düzey savunma mekanizmaları olan sublimasyon ve entellektualizasyonun kullanımını arttırmaktır.[4]

İstismara uğramış çocuklar bireysel olarak tedavi edilebilirler ya da grup terapisine alınabilirler. Spesifik terapötik yaklaşımlar psikodinamik ya da bilişsel davranışsal terapidir. Grup terapisinde çocuklar belirli niteliklerine göre, örneğin; yabancı ya da ev dışından birisi tarafından istismar edilen çocuklar aynı grup terapisi içine alınabilirler. Çocukların 7 yaşın üzerinde olması, kızlarla erkeklerin ayrı gruplarda değerlendirilmesi önerilmektedir. Grup terapisi için birisi kadın 2 terapist ihtiyacı vardır. Çocuğun terapiye devamında ailenin psikolojik desteği gerekmektedir. Çocuğun terapisiyle birlikte bakımverenin ya da ailenin emosyonel sorunlarına da destek vermek, çocuğun terapisiyle

İlgili konularda aileye bilgi vermek ailenin desteğini sağlamada önemlidir. İstismara bağlı cinsel içerikli davranışlar ve TSSB'nun tedavisinde kognitif davranışçı terapinin destekleyici terapiye oranla daha etkili olduğu bildirilmektedir. Enstest vakalarında kardeşler istismarın sessiz tanığı olabilirler, kardeşlerin hissettikleri ve ihtiyaçları kolaylıkla gözden kaçabilir. Tüm ailenin birlikte değerlendirilmesi bu durumu düzeltebilir, ailenin istismar gerçeğini açıkça konuşmasını sağlayabilir. Bununla birlikte istismarcı ebeveyn istismarın sorumluluğunu kabul edip tedavi almıyorsa aile görüşmelerine dahil edilmemelidir.[2]

İstismarın tanımlanması, değerlendirilmesi ve tedavisinde hastane temelli multidisipliner ekip çalışmasının önemi giderek artan bir ilgi görmeye başlamış ve cinsel istismar olguları daha sistemli olarak ele alınmaya başlanmıştır. Ülkemizde de pek çok üniversite ve devlet hastanesinde çocuk istismarı ile ilgilenen ekipler oluşturulmaktadır. Ekip içinde çocuk psikiyatristleri, pediatrişler, sosyal hizmet uzmanları, adli tıp uzmanları, psikiyatristler, çocuk cerrahisi ve acil sorumluları bulunmalıdır. İstismarı yapan kişinin bildirilmesi ve yasal işlemlerin devreye girmesinde ekip çalışanlarının rolü önemlidir. Çoğu aile olayı gizli tutmanın çocuğu korumanın bir yolu olduğunu düşünsele de konunun uzmanı olan kişilerce bildirim öneminin vurgulanması gerekir. Böylece hem kendi çocuklarında hak ve adalet duygularının gelişmesi hem de diğer çocukların olası istismarlardan korunması mümkün olacaktır. Enstest yaşanan ailelerde çocuğun korunmaya alınması için acil önlemler alınırken, olası krizi en uygun şekilde atlatabilmek için o aileye ait özellikler iyice belirlenmeli, aile dinamikleri dikkatle incelenmelidir.[1]

Cinsel İstismarının Engellenmesi

İstismarın önlenmesi çalışmaları; hem istismara uğramamış çocuk ve ergenler için hem de istismara maruz kalmış olanların yineleyen istismarlara uğramaması açısından son derece değerli ve tedaviyi de destekleyen yaklaşımlardır. Çocuk ve ergenlerin istismardan korunmasında en etkili yol eğitimden geçmektedir. Çocuğun yaşına uygun cinsel bilgiyi alması, bedenini tanınması, özel bölgelerini öğrenmesi ve bedenine dokundurtmama hakkı olduğunu bilmesi, iyi ve kötü dokunuşu ayırabilmesi, istemediği şekilde kendisine dokunulması durumunda bunu güvendiği bir erişkinle paylaşması, sır saklamaması gibi konular eğitim çerçevesinde ele alınır. Çocuk ve ergenlerin okul, aile ve hastane temelli eğitimlerinin yanı sıra ebeveynlerin, öğretmenlerin ve çocukla ilişkide olan diğer erişkinlerin de istismar konusunda bilgi sahibi olmaları önemlidir. Çocukların istismar ile ilgili bir konuda söylediklerine inanmak ve uygun tepkiler vermek konusunda erişkinler bilgilendirilmelidir. Ailelerin bilgilendirilmesi çocukları ile etkileşim ve iletişim becerilerinin geliştirilmesi hem istismardan korumada hem istismarı erken fark etmede etkili olduğu kadar çocukların sır saklamadan güvendikleri ebeveynleri ile iletişime geçmeleri açısından da son derece önemlidir.[1]

İstismar için riskli durumların belirlenmesi de korunma için önemli bir adımdır. En önemli risk grubu zihinsel özür nedeniyle kendini koruma becerisi yeterli olmayan çocuklardır. Bu çocuklarda daha kapsamlı ve erken eğitimin

faydalı olduğu bilinmektedir. Ergenler çoğu zaman cinsel istismarın kurbanı olurken kimi zaman da cinsel saldırgan olarak karşımıza çıkar. Böyle bir durumda işleyen adli süreçlerin yanı sıra saldırgan davranışın nedeninin araştırılması ve bu gençlere de psikiyatrik ve fiziksel tedavinin sağlanması gerekmektedir. Bu konuda hazırlanacak rehabilitasyon programları yeni cinsel suç oranlarının azalmasına katkıda bulunabilir.[3]

Sonuç

Çocuğun cinsel istismarı fiziksel, duygusal, sosyal, ahlaki ve hukuki boyutlarıyla tüm dünyada her cinsiyet, ırk, sosyal ve etnik kökenden çocuk ve gençleri etkileyen önemli bir sorundur. İstismarın neden olduğu utanç, suçluluk gibi tepkilerden dolayı cinsel istismar çoğu kez gizli olarak kalmakta ve sır olarak saklandığı için de gerçek istatistiksel verilere ulaşmak zor olmaktadır. Üstelik çocuk cinsel istismarının çocuk ve gençlerde nisbeten yüksek oluşu toplumda risk altındaki bireylerin bakım ve korunmasında yetersizlik olduğuna işaret etmektedir. İstismara maruz kalan çocuk ve ergenlerde duygusal ve davranışsal gelişim etkilenmekte, pek çok ruhsal hastalık oluşmakta hatta istismarın kuşaktan kuşağa aktarımı riskine de yol açmaktadır. Çocuğun cinsel istismarı konusunda sağlık çalışanları, aile ve okulun bilgi sahibi olması, çocuğa yaşına uygun cinsel eğitimin verilmesi hem istismarın önlenmesi hem de erken tanıyı doğru yaklaşımlarda bulunulması açısından son derece önemlidir.

Kaynaklar

1. İşeri E. Cinsel istismar. Çetin FÇ, Pehlivantürk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N, editörler. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. 1.Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 2008; 470-477.
2. Glaser D. Child Sexual Abuse. In: Rutter M, Taylor T, eds. Child and Adolescent Psychiatry, 4nd ed., Massachusetts, Blackwell Publishing Company. 2002; 340-358.
3. Avcı A, Tahiroğlu AY. Cinsel İstismar. Aysev A, Taner YI, editörler. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 1.Baskı, İstanbul, Golden Print. 2007; 721-736.
4. Özen NE, Şener Ş. Çocuk ve ergende cinsel istismar. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları 1997; 2:473-491.
5. Prior V, Glaser D, Lynch MA. Responding to child sexual abuse: the criminal justice system. Child Abuse Review 1997; 6:128-140.
6. Pinera-Lucatero AG, Trujillo-Hernandez B, Millan-Guerrero RO, Vasquez C. Prevalence of childhood sexual abuse among Mexican adolescents. Child Care Health Dev 2008; 35:184-189.
7. Freidrich WN, Fisher J, Dittner C, Acton R, Berliner L, Butler J et al. Child sexual behavior inventory: normative, psychiatric and sexual abuse comparisons. Child Maltreatment 2001; 6:347-349.
8. Keskin G, Çam O. Çocuk cinsel istismarına psikodinamik hemşirelik yaklaşımı. Yeni Symposium 2005; 43:118-125.
9. Akbaş S, Turla A, Karabekiroğlu K, Senses A, Karakurt MN, Taşdemir GN ve ark. Cinsel istismara uğramış çocuklar. Adli Bilimler Dergisi 2009; 8:24-32.

10. Santos JC, Neves A, Rodrigues M, Ferrao P. Victims of sexual offences: medicolegal examinations in emergency settings. *J Clin Forensic Med* 2006; 13:300-303.
11. Pereda N, Guilera G, Fornis M, Gomez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor. *Child Abuse Negl* 2009; 33: 331-342.
12. Putnam FW. Ten year research update review: child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2003; 42:269-278.
13. Gorey K, Leslie D. The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement bias. *Child Abuse Negl* 1997; 21:391-398.
14. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1994; 18:409-417.
15. Edgardh K, Ormsatd K. Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatr* 2000; 89:310-319.
16. Çengel Kültür E, Çuhadaroğlu Çetin F, Gökler B. Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *Türk J Pediatr* 2007; 49:256-262.
17. Şahin F, İşeri E, Paslı F, Demiral B, Çepik A, Akar T ve ark. Adolesan ve cinsel istismar. 1. Ulusal Adolesan Sağlığı Kongresi, 28 Kasım-1 Aralık 2006 Ankara, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa:266-267.
18. Koten Y, Tuğlu C, Abay E. Üniversite öğrencileri arasında ensest bildirim. XXXII. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 25-28 Eylül 1996 Ankara, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa:154.
19. Zoroğlu SS, Tüzün U, Şar V, Öztürk O, Kara ME, Alyanak B. Çocukluk döneminde ihmal ve istismarın olası sonuçlarının incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2:69-78.
20. Tahiroğlu AY, Avcı A, Çekin N. Çocuk istismarı, ruh sağlığı ve adli bildirim zorunluluğu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:1-7.
21. Alikashiçoğlu M, Erginöz E, Ercan O, Albayrak-Kaymak D, Uysal O, İter O. Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse Negl* 2006; 30:247-255.
22. Baker A, Duncan S. Child sexual abuse: a study of prevalence in Great Britain. *Child Abuse Negl* 1985; 9:457-467.
23. Wyatt G. The sexual abuse of Afro-American and White-American women in childhood. *Child Abuse Negl* 1985; 9:507-519.
24. Nickel MK, Tritt K, Mitterlehner FO, Leiberich P, Nickel C, Lahmann C et al. Sexual abuse in childhood and youth as psychopathology relevant life occurrence: cross-sectional survey. *Croat Med J* 2004; 45:483-489.
25. Syengo-Mutisya CM, Kathuku DM, Ndeti DM. Psychiatric morbidity among sexually abused children and adolescents. *East Afr Med J* 2008; 85:85-91.
26. Kaplan SJ. Child and adolescent sexual abuse. In: Lewis M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry, a comprehensive textbook*, 3rd ed, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins. 2002; 1217-1223.
27. Polusny MA, Follette VM. Long-term correlates of child sexual abuse: theory and review of the empirical literature. *Appl Prev Psychol* 1995; 4:143-166.
28. Whiffen VE, Macintosh HB. Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: a critical review. *Trauma Violence Abus* 2005; 6:24-39.

29. Bal S, Van Oost P, Bourdeaudhuij I, Crombez G. Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child Abuse Negl* 2003; 27:883-897.
30. Polusny MA, Rosenthal MZ, Follette VM. Experiential avoidance as a mediator of the effects of adolescent sexual victimization on adult psychological distress. *Violence Vict* 2004; 19:1-12.
31. Abramowitz JS, Talin DF, Street GP. Paradoxical effects of thought suppression: a meta-analysis of controlled studies. *Clin Psychol Rev* 2001; 21:683-703.
32. DiLillo D. Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: empirical findings and methodological issues. *Clin Psychol Rev* 2001; 21:553-576.
33. Colman RA, Widom CS. Childhood abuse and neglect and intimate relationships: a prospective study. *Child Abuse Negl* 2004; 28:1133-1151.
34. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Brit J Psychiat* 1993; 163:721-732.
35. Fleming J. Prevalence of childhood sexual abuse in a community sample of Australian women. *Med J Australia* 1997; 166:65-68.
36. Briere J. Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60:196-203.
37. Ornstein A. Self-pathology in childhood: developmental and clinical considerations. *Psychiatr Clin North Am* 1981; 4:435-453.
38. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, DaCosta GA, Akman D. A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1991; 15:537-556.
39. Beitchman JH, Zucker KJ, DaCosta GA, Akman D, Cassavia E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1992; 16:101-118.
40. Tebbutt J, Swanston H, Oates RK, O'Toole BI. Five years after child sexual abuse: persisting dysfunction and problems of prediction. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1997; 36:330-339.
41. Romans SE, Martin J, Mullen PE. Women's self-esteem: a community study of women who report and do not report childhood sexual abuse. *Brit J Psychiat* 1996; 169:696-704.
42. Bensley LS, Van Eenwyk J, Simmons KW. Self-reported childhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviors and heavy drinking. *Am J Prev Med* 2000; 18:151-158.
43. Browning CR, Laumann EO. Sexual contact between children and adults: a life course perspective. *Am Sociol Rev* 1997; 62:540-560.
44. Miller BC, Monson BH, Norton MC. The effects of forced sexual intercourse on white female adolescents. *Child Abuse Negl* 1995; 19:1289-1301.
45. Gidycz CA, Hanson K, Layman MJ. A prospective analysis of the relationships among sexual assault experiences. *Psychol Women Quart* 1995; 19:5-29.
46. Upchurch DM, Kusunoki Y. Associations between forced sex, sexual and protective practices and sexually transmitted diseases among a national sample of adolescent girls. *Women's Health Issues* 2004; 14:75-84.
47. Johnsen LW, Harlow LL. Childhood sexual abuse linked with adult substance use, victimization and AIDS-risk. *AIDS Educ Prev* 1996; 8:44-57.
48. Nelson DE, Higginson GK, Grant-Worley JA. Using the youth risk behavior survey to estimate prevalence of sexual abuse among Oregon high school students. *J School Health* 1994; 64:413-416.

49. Raj A, Silverman JG, Amaro H. The relationship between sexual abuse and sexual risk among high school students: findings from the 1997 Massachusetts youth risk behavior survey. *Matern Child HLTH J* 2000; 4:125-134.
50. Shrier LA, Pierce JD, Emans J, DuRant RH. Gender differences in risk behaviors associated with forced or pressured sex. *Arch Pediatr and Adolesc Med* 1998; 152:57-63.
51. Finkelhor D, Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *Am J Orthopsychiat* 1985; 55:530-541.
52. Spaccarelli S. Stres, appraisal and coping in child sexual abuse: a theoretical and empirical review. *Psychol Bull* 1994; 116:340-362.
53. Evans E, Hawton K, Rodham K. Suicidal phenomena and abuse in adolescents: a review of epidemiological studies. *Child Abuse Negl* 2005; 29:45-58.
54. Carey PD, Walker JI, Rossouw W, Seeadt S, Stein DJ. Risk indicators and psychopathology in traumatised children and adolescents with a history of sexual abuse. *Eur Child Adolesc Psychiatr* 2008; 17:93-98.
55. Kendal-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.
56. Hazzard A, Celano M, Gould J, Lawry S, Webb C. Predicting symptomatology and self-blame among child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1995; 19:707-714.
57. Friedrich WN. Individual psychotherapy for child sexual abuse victims. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1994; 3:797-812.
58. Baccini F, Fallotta N, Calabrese E, Pezzotti P, Corazziari E. Prevalence of sexual and physical abuse and its relationship with symptom manifestations in patients with chronic and functional gastrointestinal disorders. *Dig Liver Dis* 2003; 35:256-261.
59. Drossman A, Leserman J, Nachman G, Li ZM, Gluck H, Toorney TC et al. Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med* 1990; 113:828-833.
60. Sparato J, Mullen PE. Impact of child sexual abuse on mental health. *Brit J Psychiat* 2004; 184:416-421.
61. Eckenrode J, Laird M, Doris J. School performance and disciplinary problems among abused and neglected children. *Dev Psychol* 1993; 29:53-62.
62. Fleming J, Mullen PE, Sibthorpe B, Bammer G. The long term impact of child sexual abuse in Australian women. *Child Abuse Negl* 1999; 23:145-159.
63. Fleming J, Mullen PE, Sibthorpe B, Attewell R, Bammer G. The relationship between childhood sexual abuse and alcohol abuse in women: a case control study. *Addiction* 1998; 93:1787-1798.
64. Riggs S, Alario AJ, Mchorney C. Health risk behaviors and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment. *J Pediatr* 1990; 116:815-821.
65. Penza KM, Heim C, Nemeroff CB. Neurobiological effects of childhood abuse: implications for the pathophysiology of depression and anxiety. *Arch Womens Ment Health* 2003; 6:15-22.
66. McCauley J, Kern D, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse. *JAMA* 1997; 277:1362-1368.
67. Mullen PE, Martin J, Anderson J, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the physical, emotional and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse Negl* 1996; 1:7-21.

68. Owens MJ, Nemeroff CB. Physiology and pharmacology of corticotropin-releasing factor. *Pharmacol Rev* 1991; 43:425-473.
69. Nemeroff CB. Neurobiological consequences of childhood trauma. *J Clin Psychiatry* 2004; 1:18-28.
70. Ito Y, Teicher MH, Glod CA, Harper D, Magnus E, Gelbard HA. Increased prevalence of electrophysiological abnormalities in children with psychological, physical, and sexual abuse. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1993; 5:401-408.
71. De Bellis MD, Lefter L, Trickett PK, Putnam FW. Urinary catecholamine excretion in sexually abused girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33:320-327.
72. De Bellis MD, Chrousos GP, Dorn LD, Burke L, Helmers K, Kling MA et al. Hypothalamic-pituitary adrenal axis dysregulation in sexually abused girls. *J Clin Endocrinol Metab* 1994; 78:249-255.
73. King JA, Mandansky D, King SM, Fletcher KE, Brewer J. Early sexual abuse and low cortisol. *Psychiatr Clin Neurosci* 2001; 55:71-74.
74. De Bellis M, Keshavan M, Clark DB, Casey BJ, Giedd JN, Boring AM et al. Developmental traumatology. II. brain development. *Biol Psychiatry* 1999; 45:1271-1284.
75. Herman- Giddens ME, Sandler AD, Friedman NE. Sexual precocity in girls. An association with sexual abuse? *Am J Dis Child* 1988; 142:431-433.
76. Brown J, Cohen P, Chen H, Smailes E, Johnson JG. Sexual trajectories of abused and neglected youths. *J Dev Behav Pediatr* 2004; 25:77-82.
77. Haviland MG, Sone JL, Anderson DL, Nelson JC, Sheridan- Matney C, Nichols JG et al. Thyroid hormone levels and psychological symptoms in sexually abused adolescent girls. *Child Abuse Negl* 2006; 30:589-598.