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

İSTİSMAR OLGULARININ YATARAK TEDAVİSİNDE KLİNİK İZLEM BULGULARI

Dr. Serhat NASIROĞLU

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Ayşegül Yolga TAHİROĞLU

ADANA - 2011

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ilgi, sevgi ve yardımını benden esirgemeyen, tecrübe ve bilgisinden yararlandığım sevgili hocam Prof. Dr. Ayşe Avcı'ya,

Zor günlerimde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım ve asistanı olmaktan onur ve mutluluk duyduğum tez danışmanım Doç. Dr. Ayşegül Yolga Tahiroğlu'na,

Adli Olguları Değerlendirme Heyetindeki tüm değerli hocalarıma,

Hayata bakış açısı ve karakterli duruşu ile mesleki ve kişisel anlamda örnek aldığım hocam Prof.Dr.Nemci ÇEKİN'e,

Birlikte çalıştığımız dönemde yardımlarını esirgemeyen kliniğimizdeki değerli asistan doktor arkadaşlarıma ve kliniğimizin psikolog, hemşire ve personeline,

Eğitimime katkısı bulunan Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD ve Çocuk Nöroloji BD. Öğretim üyelerine,

Kızlarımızın bakımında büyük fedakarlıkla çalışan Oğuz Kağan Köksal Sosyal Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinin tüm çalışanlarına,

Beni her zaman destekleyip yanımda olan aileme teşekkür ederim.

Dr. Serhat NASIROĞLU
2011, Adana

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR I
İÇİNDEKİLER II
TABLO LİSTESİ IV
KISALTMALAR LİSTESİ V
ÖZET ve ANAHTAR KELİMELER VI
ABSTRACT and KEYWORDS VII
1. GİRİŞ 1
1. GENEL BİLGİ 2
2.1. Tarihçe 2
2.2. Çocuk Hakları Sözleşmesi 3
2.3. Çocuk İstismarının Tanımı 3
2.4. Çocuk Çağı İstismarının Sınıflandırılması 4
2.4.1. Fiziksel İstismar 4
2.4.2. Duygusal İstismar 4
2.4.3. İhmal 5
2.4.4. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı (ÇCİ) 5
2.4.4.1. Ensest 5
2.4.4.2. İstismarcıların Özellikleri 6
2.4.4.3. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarının Gelişimsel Etkileri 7
2.4.4.4. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarının Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri 8
2.4.4.4.1.Depresif Bozukluk 8
2.4.4.4.2. Bipolar Bozukluk 8
2.4.4.4.3. Anksiyete Bozukluğu 9
2.4.4.4.4. Sınırda Kişilik Bozukluğu 9
2.4.4.4.5. Akut Stres Bozukluğu (ASB) 10
2.4.4.4.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) 10
2.4.4.5. Akomodasyon Sendromu 12
2.4.4.6. Nörobiyolojik Faktörler ve Görüntüleme Çalışmaları 14
2.4.4.7. TSSB ve Bellek Bozuklukları 15
2.5. Fiziksel ve Adli Muayene 17
2.6. Adli Bildirim 18
2.7. Tedavi ve İzlem 19
2.7.1. Bireysel Psikoterapi 19
2.7.2. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) 19
2.7.3. Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden yapılandırma 20
2.7.4. İlaç Tedavisi 20
2.7.5. Rehabilitasyon ve Tedavi Merkezleri 22
2.8. Oğuz Kağan Köksal Sosyal Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi 24

3. GEREÇ VE YÖNTEM 27
3.1. Çalışma Grubu 27
3.2. Veri Toplama Araçları 27
3.2.1. Wechsler Zeka Testi (WISC-R) 27
3.2.2. Çocuklar için Beck Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) 28
3.2.3. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) 28
3.2.4. Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) 28
3.2.5. Klinik Global İzlem-Hastalık Şiddeti Ölçeği (KGİ-Ş) 29
3.3. İstatistiksel Analiz 29
4. BULGULAR 30
5. TARTIŞMA 39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 55
KAYNAKLAR 57
Ek 1: 71
Ek 2: 74
Ek 3: 76
Ek 4: 78
ÖZGEÇMİŞ 81

TABLO LİSTESİ

Tablo No: **Sayfa No:**

Tablo 1. Toplam Grup ve Alt Gruplarda Olguların Yatış Tarihlerinin, Gönderen Kurumların... 30
Tablo 2. Olguların Merkeze Gelmeden Önce Yaşadıkları Yerlerin ve Aileye Ait Olumsuz Öykülerin Toplam Grup ve Alt Gruplara Göre Dağılımı 31
Tablo 3. Anne-Babalarla İlgili Demografik Değişkenler 32
Tablo 4. Genel Grup ve Cİ Öyküsü Olan/Olmayan Alt gruplarda Psikiyatrik Tanıların Sıklığı ve Alt Gruplara Göre Tanıların Karşılaştırması..... 32
Tablo 5. Penetrasyon Öyküsü Olan ve Olmayan Olguların Aldıkları Tanılar 33
Tablo 6. İstismarcının Yakınlık Derecesine Göre Olguların Aldıkları Tanıların Karşılaştırması . 34
Tablo 7. İlaç ve Diğer Tedavi Yöntemlerinin Uygulanma Oranları..... 34
Tablo 8. Tanılara Göre Antidepresan İlaçların Uygulanma Oranları..... 35
Tablo 9. Tanılara Göre Antipsikotik İlaçların Uygulanma Oranları..... 35
Tablo 10. Tanılara Göre Duygudurum Düzenleyici İlaçların Uygulanma Oranları 35
Tablo 11. Tanılara Göre Diğer İlaç Tedavilerinin Uygulanma Oranları..... 36
Tablo 12. Merkeze Kabul ve Taburculuk Sırasında Uygulanan Psikometrik Test Puanlarının Karşılaştırması..... 36
Tablo 13. Merkeze Kabul ve Taburculuk Sırasında Uygulanan Psikometrik Test Puanlarının Cİ Öyküsü Olan ve Olmayan Gruplara Bölünerek Analizi 37
Tablo 14. Toplam Grup ve Alt Gruplara Göre Olguların Çıktıktan Sonra Gittikleri Yerler, Ayaktan İzlem ve Öğrenimlerini Sürdürme Oranlarının Karşılaştırılması 37
Tablo 15. Kızların Taburcu Olduktan Sonra Gittikleri Yerlerin Tanılara Göre Dağılımı 38
Tablo 16. Olguların Taburcu Olduktan Sonra Gittikleri Yere Göre Ortalama KGİ-Ş Puanlarının Karşılaştırması 38

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD : Amerika Birleşik Devletleri
ASB : Akut Stres Bozukluğu
BB : Bipolar Bozukluk
BDT : Bilişsel davranışçı terapi
Cİ : Cinsel istismar
CRH : Kortikotrop salgılatıcı hormon
ÇCİ : Çocuk çağı cinsel istismarı
ÇDSKE : Çocuklar için Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri
ÇDÖ : Çocuklar için depresyon ölçeği
Çİ : Çocuk İstismarı
ÇRSH : Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
DSM-IV : Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsa El kitabı Dördüncü basım
EMDR : Eye Movement Desensitization and Repocessing
FDA : Food and Drug Administration
Fİ : Fiziksel istismar
GABA : Gama-amino-bütirik asit
HPA : Hipotalamus-hipofiz aksın
KGİ : Klinik global izlem
MOKSL : Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi
MR : Mental Retardasyon
NMDA : N-metil-D-aspartat
SHÇEK : Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SKB : Sınırda Kişilik bozukluğu
SSGİ : Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri
TSSB : Travma sonrası stres bozukluğu
WISC-R : Wechsler Zekâ Testi

ÖZET

İstismar Olgularının Yatarak Tedavisinde Klinik İzlem Bulguları

Amaç: Dünyada istismar ve ihmale uğramış çocuklara yönelik birçok rezidental merkez bulunmasına karşın, Türkiye'nin ilk rezidental kurumu olan "Oğuz Kağan Köksal Sosyal Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi" Adana ilinde kurulmuştur. Söz konusu merkezde psikiyatrik tedaviler Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Bu çalışmada merkezde altı yıldan bu yana tedavi gören hastaların klinik ve sosyodemografik özellikleri ve izlem bulguları sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 8-18 yaşlarında toplam 152 kız olgu alındı. İstimara özgü değişkenlere ve demografik bilgilere dosya kayıtlarından ulaşıldı.

Bulgular: Olguların %78.9'i cinsel istismar öyküsü bildirdi. 75 olgu Travma Sonrası Stres Bozukluğu, 36 olguya Sınırda Kişilik Bozukluğu, 32 olguya Yıkıcı Davranış Bozukluğu ve 14 olguya Duygudurum Bozukluğu tanısı konmuştur. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Sınırda Kişilik Bozukluğu tanısı tanıları cinsel istismar öyküsü bildirenlerde diğerlerinden daha yüksek oranlarda belirlenmiştir. Olguların %95.4'ünün tedavisinde psikotrop ilaçlar kullanılmıştır. Olguların %81.4'ünün tedavisinde kullanılan antipsikotikler en sık kullanılan ilaç tedavisidir. Duygudurum düzenleyiciler %51.7, antidepresanlar %25.5 oranlarında kullanılmıştır. Ortalama tedavi süresi 7.7 aydır. İlaç tedavisi alanların ortalama tedavi süresi diğerlerinden anlamlı biçimde daha uzundur.

Sonuç: Rezidental tedaviler pek çok uygulamayı bir arada bulundurması ile diğer tedailerden ayrılır. Burada sunulan deneyimler ülkemizde istismar mağduru çocuk ve gençlerle çalışan ilk kuruma ait olması nedeni ile önemlidir. Tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinin ülke genelinde yaygınlaştırılması gerekmektedir. Çalışmadan elde edilen izlem bulguları uygulanan programın faydalarının olabileceğini desteklemektedir.

Anahtar Sözcükler: Cinsel İstismar, Rezidental Tedavi, TSSB.

ABSTRACT

Clinical Follow-up Findings of Inpatient Treatment in Abuse Cases

Introduction: Although there are many residential centers for abused and neglected children, the first residential institution of Turkey "Oguz Kagan Koksal Social Cere and Rehabitation Center" has been established in Adana city. Psychiatric care has been provided by Cukurova University Medical Faculty Child and Adolescent Psychiatry Department in this center. In this study, the clinical and demographic characteristics, and follow-up findings of patients who treated in the center since six years will be presented.

Material and Methods: Total 152 girls aged 8-18 were included in this study. Abuse-specific variables, demographic data were obtained from file records.

Results: The history of sexual abuse was reported by 78.9% of cases. 75 of girls have been diagnosed as Posttraumatic Stress Disorder, 36 as Borderline Personality Disorder 32 as Destructive Behavior Disorders, and 14 as Mood Disorder. Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder were more common among the girls who reported sexual abuse history than who had no. Psychotropic drugs were used in treatment of 94.5% of cases. Antipsychotics were given in treatment of 81.4% of girls, and it was most frequently chosen drugs. The rate of cases who used mood stabilizers was determined as %51.7%, antidepressants as 25.5%. The mean treatment duration was 7.7 months; and it was longer in the girls who used drugs than who had no.

Conclusion: Residential treatments are different from the other treatments with to keep a combination of several applications. The experiences of the center which presented in here are important because it is first institution of our country that worked on child and adolescents victims of abuse. Treatment and rehabilitation centers should promote across the country. The findings of this study are supported the possible usefulness of the presented treatment system.

Key Words: Residential treatment, sexual abuse, PTSD

1. GİRİŞ

Günümüzde erişkin bireylerle kıyaslandığında çocukların suça bulaşma ve suçun mağduru olma durumlarının giderek arttığı göze çarpmaktadır. Çocuk istismarı (Çİ) giderek artan biçimde medyada haber olmakta ve bilimsel araştırmalarda ele alınmaktadır.[1] Güncel ilgiye karşın, çocukların tarih boyunca yetişkinler veya akranları tarafından istismara uğradığı, köle olarak satıldığı ve öldürüldüğü de bir gerçektir.[2] Çocuk çağı cinsel istismarı (ÇCİ) hakkında klinik deneyim arttıkça, bildirilen başlama yaşının düştüğü dikkat çekmektedir.[3]

ÇCİ benlik algısında düşme, depresif yakınmalar, özkıyım düşünceleri ve girişimleri, anksiyete, kendine zarar verici davranışlar, kişilik bozuklukları, duygu durum değişiklikleri ve dissosiyasyon gibi birçok psikiyatrik durum ile ilişkilidir. İstismar edilmiş çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) görülme oranı %20-70 olarak bildirilmektedir.[4] Kalıcı ve ciddi sonuçları nedeniyle ÇCİ olgularında etkili koruma yöntemleri önemlidir.[5]

Literatürde "Rezidental Tedavi Merkezi" adı ile anılan kurumlarda, ÇCİ kurbanı çocuk ve gençlerin bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini yürütmek amaçlanmaktadır.[6] Yirmi dört saat hizmete açık olan bu kurumlar, tedavinin yanında sunduğu hizmetler nedeniyle bilinen anlamda psikiyatri hastanesi ya da sosyal servis değildirler.[7]

Oğuz Kağan Köksal Sosyal bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Türkiye'de Rezidental Tedavi Merkezi olarak hizmet veren ilk kuruluştur ve altı yıldan bu yana ülkemiz ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalmakla birlikte hizmet vermektedir. Ülkemizde bu alanda öncü olması nedeni ile merkezde yatan istismar olgularının yatarak tedavi ve izlem bilgileri literatüre katkı sağlayacaktır. Merkezimizde uygulanan tedavi yöntemlerinin tanımlanması ve etkinliğinin belirlenmesi yeni açılacak merkezlere yol gösterici olacaktır.

1. GENEL BİLGİ

2.1. Tarihçe

Tarihin başlangıcından bu yana çocukların farklı biçimlerde şiddet kurbanı olmaları evrensel bir gerçektir. ÇCİ mitolojideki en sık temalardan biridir. Örneğin, Herkül Thestius'un 50 kızına tecavüz etmiş; Helen 7 yaşında iken kızlığı Theseus tarafından bozulmuştur.[2] Antik Yunan'da pedofili normal görülmekle birlikte, erkek çocuklara karşı cinsel davranışlar 6. Yüzyılda Solon döneminde yasalaşmıştır.[8] Eskimoların misafirperverlik göstergesi olarak kız çocuklarını konuklarına sundukları, bu çocuklarda ilk cinsel ilişki sırasında ölümlerinin nadir olmadığı bilinmektedir.[9] Bebek ve çocuk evlilikleri Hindistan, Avustralya ve İslam ülkeleri arasında yaygındır. Bazı kültürlerde menstürasyon dönemine kadar evlenmemiş kızlara utançla bakılırken, erken evlilik bekâretin ve namusun simgesi olarak kabul görmüştür.[10]

Antik Yunan'da babaların çocuklarını öldürme hakkına sahip olduğu, ırka ait özellikleri korumak adına özürlü bebeklerin öldürüldüğü bilinmektedir. Bunun iyi örneği; Sparta'da fiziksel kusurlu çocukların halk tarafından açık bir şekilde öldürmesine izin verilmesidir.[11] Avustralya'daki bir kabilede halkın yaygın görülmeyen durumlardan korkmasının sonucu olarak, doğal olmadıkları gerekçesiyle ikiz bebekleri öldürülürdü.[11] Celtler yeni doğan bebekleri buzlu nehirlere atarken, meşru ve yeterince güçlü olanların suyun ütünde kalacağı, değilse bu yolla öleceğine inanırlardı.[12] İskoçya ve Hindistan'da ise ikiz doğumları annenin birden fazla kişiyle cinsel ilişkiye girmesine bağlandığından, sadakatsizlik işareti ve utanç kaynağı olarak görülürdü.[11]

Birçok toplulukta bebek öldürmenin ekonomik nedenlerle ilişkisi bilinmektedir; Hindistan ve Çin'de özellikle de kız çocukları kurak geçen yaz aylarında veya zor ekonomik koşulların olduğu dönemlerde öldürülmüştür.[13] Tarih boyunca çoğu toplukta kızlar erkeklerle eşit görülmemiştir. Bunun örnekleri arasında; ekonomik kazanç için satılmaları, İslamiyet öncesi Arap toplumlarında diri diri gömülmeleri yer almaktadır.[14] 19. yüzyılda İngiltere'nin bazı bölgelerinde, ailelerin öldürdükleri bebeklerini birkaç

sente satarak bir bardak cin aldıkları bilinir.[15] Yamyamlıkla ilgili çocuk hikâyeleri için; Avustralya'nın bazı bölgelerinde kötü geçen yaz aylarında bebeklerin aileleri veya ağabeyleri tarafından yenmesi, Totanac topluluğunda ise 3 yaşına gelen her çocuğun öldürülüp kalbinden alınan kanın bitkilerle karıştırılıp gençler tarafından yenmesi çarpıcı örneklerdir. Eski toplumlarda çocukların tanrılara kurban edilmesi nadir değildir; bazı antik kabilelerde çocuklar geleneksel olarak tanrı için kurban edilirken, Orta Amerika kabilelerinde çocuklar yaygın olarak ve kitleler halinde yağmur yağdırması için yağmur tanrısı Quiateot'e kurban edilmiştir.[11]

2.2. Çocuk Hakları Sözleşmesi

Çocuk hakları ve istismarı açısından günümüze kadar ki sürece bakıldığında, Milletler Cemiyetin tarafından 26 Eylül 1924'de kabul edilen "Çocuk Hakları Cenevre Bildirgesi" önemli bir adımdır. Daha sonra, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 1948 yılında kabul edilen "İnsan Hakları Evrensel Sözleşmesi" ile çocukların hak ve özgürlüklerine yeterince değinilmediği vurgulanmıştır. Bu çocukların özel durumları ve özel korunma ihtiyaçlarını göz önüne alarak çocuklara özel yasal düzenlemeler için çalışmalar başlatılmıştır. Birleşmiş Milletlerin 20 Kasım 1959 tarihinde toplanan Genel Kurulunda "Çocuk Hakları Sözleşmesi" oybirliğiyle kabul edilmiştir. Kırk yıllık süreçte üye ülkeleri bağlayıcı olan yeni bir uluslararası metnin hazırlanması gerekli görülmüş ve "Çocuk Hakları Sözleşmesi" 20 Kasım 1989'da yapılan Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda oy birliği ile kabul etmiştir. Öte yandan, yasanın 20 ülke tarafından onaylanarak yürürlüğe girmesi 2 Eylül 1990 tarihinde gerçekleşmiştir. Çocuk Hakları Sözleşmesi 14 Şubat 1990 tarihinde ülkemiz tarafından da imzalanmış ve 27 Ocak 1995 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanmıştır.[16]

2.3. Çocuk İstismarının Tanımı

Çocukların öncelikli anne ve babaları olmak üzere, onlara bakmakla yükümlü kişiler ve diğer yetişkinler tarafından zihinsel, duygusal, fiziksel veya cinsel gelişimlerini engelleyen, beden veya ruh sağlığına zarar veren, kaza sonucu olmayan durumlarla karşı karşıya bırakılması" olarak tanımlanmaktadır.[17] Bunların sonucu olarak

sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi, çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi söz konusudur.[18]

2.4. Çocuk Çağı İstismarının Sınıflandırılması

Çİ fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal olarak dört ana başlıkta ele alınmaktadır.[19]

2.4.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar (Fİ) geniş anlamda; "çocuğun kaza dışı yaralanması" şeklinde tanımlanabilir. Cezalandırmak, sözünü dinletmek ya da öfkeyi çocuğa yöneltmek amacıyla iterek, sarsarak, elle/aletle vurarak, yakarak bedenine şiddet uygulayarak çocuğa fiziksel zarar verilmesi Fİ olarak değerlendirilir.[20]

Finkelhor ve arkadaşlarının 0-17 yaşlarında 4549 çocuktan telefon görüşmeleriyle bilgi topladıkları çalışmada, Fİ %46.3, nitelikli saldırıya uğrama %24.6, birden fazla istismara uğrama %38.7 oranlarında bulunmuştur.[21] Mersin ilinden 4143 çocuk ve gençle yapılan bir çalışmada; evde fiziksel ve sözel şiddete maruz kalma sıklığı %31.2 olarak belirlenmiştir.[22]

2.4.2. Duygusal İstismar

Duygusal istismar (Dİ); anne, baba ya da yaşamında önemli diğer erişkinlerin çocuğun yeteneklerini aşan beklentiler içinde olmaları, ihtiyaç duyduğu ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakarak toplumsal yargılara ve çocuk hakları sözleşmesindeki ilkelere göre saldırgan davranmaları olarak tanımlanır.[23]

Yaygın görülen Dİ biçimleri arasında; küfretmek, reddetmek, aşağılamak, yalnız bırakmak, sürekli yalan söylemek, korkutmak, tehdit etmek, duygusal gereksinimlerini karşılamamak, kardeşler arasında belirgin ayrım yapmak, alay etmek, önemsemediğini hissettirecek biçimde davranmak, toplum içinde küçük düşürmek, lakap takmak, aşırı otorite kurmak, uygunsuz davranışlar öğretmek, hırsızlık yaptırmak, fuhuşa yönlendirmek, alkol-madde kullanımına özendirmek veya olanak sağlamak yer almaktadır.[24] Ruh sağlığı üzerine oldukça yıkıcı etkileri olan Dİ, sıklıkla diğer istismar

biçimleri ile birlikte bulunmaktadır. Ancak bulgularını tanımlamak daha zor olduğundan, yaygınlığına karşın tanımlanması en zor Çİ biçimidir.[25]

2.4.3. İhmal

Çocuğun beslenme, giyim, sağlık, barınma ve korunma gibi temel ihtiyaçlarının bakmakla yükümlü kişiler tarafından karşılanmamasıdır. Pasif bir durum olması ihmali diğer Çİ biçimlerinden ayıran en önemli özelliktir. En sık görülen Çİ biçimi olmakla birlikte, ölüm veya ağır yaralanma ile sonuçlanmadıkça ihmalin fark edilme olasılığı düşüktür. İhmalin kronik olması ve daha zor tanınması nedeni ile sıklıkla gözden kaçırılmaktadır. Fiziksel olarak en az bulguyla ilgili olmasına karşın ruhsal etkileri diğer Çİ türlerine benzerdir.[26]

2.4.4. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı (ÇCİ)

ÇCİ Uluslararası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği tarafından; " reşit olma yaşının altında bir çocuğun, bir yetişkinin cinsel doyumunu sağlayacak bir davranışa maruz kalması ya da bu duruma göz yumulması" olarak tanımlanmıştır.[27] Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 18 yaş altında ÇCİ yaygınlığı 1.3-1.6/1000 olarak saptanmış ve kızların daha fazla kurban olduğu bildirilmiştir.[28,29]

2.4.4.1. Ensest

"Hukuksal, ahlaki ve dini açılardan evlenmeleri uygun görülmeyen veya yasaklanmış yakın akraba olan kişilerin cinsel ilişkide bulunmaları" ensest olarak ele alınır.[30] En yaygın şekli baba-kız arasında ensest ilişki olmakla birlikte, kardeşler arasında da yaygın görülür. Üvey baba, üvey anne ve üvey kardeş tarafından Cİ da ensest olarak değerlendirilir.[31] Öz Baba veya abisi tarafından enseste kurban edilenlerde gözlenen ruhsal etkilenmenin, üvey baba tarafından kurban edilenlerden daha ciddi olabileceği bildirilmektedir.[32]

İspanyol asıllı ve zenci gençlerin Asyalı ve beyaz Amerikalılara oranla daha sık ensest kurbanı oldukları, ensestin kızlarda erkeklerden 5 kat fazla görüldüğü bildirilmiştir.[33] Ensest ailelerinde annenin rolü hakkında yaygın kanının aksine, çoğu

anne baba-kız arasındaki süregen istismardan habersizdir. Annenin "bilmesi gerekirdi" varsayımı, annenin içgüdüsel olarak müdahale etmesi gerektiği düşüncesinden kaynaklanmaktadır.[34] Öte yandan bazı anneler kızını istismarcı kocasından korumak için gönülsüz davranarak veya istismar iddialarını reddederek ensesti dolaylı biçimde destekleyebilirler.[35] "Böyle bir şeyi nasıl bilmiyor olabilir? Çocuk ona söyleyebilmek için bunca zaman nasıl bekleyebildi? Ne tür bir anne böyle bir şeyin gerçekleşmesine izin verebilir?", "komşular duysa ne düşünür?" örneklerinden de anlaşılacağı üzere; ensest üçgenindeki anne, kurban olan çocuğunkine benzer çatışmalar ve kafa karışıklıklarıyla karşı karşıyadır. Annenin baktığı yerden; kötü olan, yalan söyleyen ve cezayı hak eden ya çocuk ya da babadır. Annenin güvenliği, yaşam uyumu ve onuru, eşinin güvenilirliğine inanmayı gerektirirken, diğer olasılık ailenin ve kendi benliğinin yok oluşu anlamına gelmektir. Çoğu zaman babanın yaptığı mantıklı itirazlar ve açıklamaların da katkısıyla, annenin korku ve kararsızlığının yerini güven alır. Babanın savunması ise sıklıkla çocuğun inanırlığını hedef almaktadır; "o küçük yalancı sürtüğe mi inanacaksın? Benim böyle bir şey yapacağıma inanıyor musun? Burnunun dibinde böyle bir şey yıllarca nasıl sürüyor olabilir? Artık gözümüzün önünde olmadığı sürece ona güvenemeyeceğimizi biliyorsun, değil mi? Biraz baskı uygulayıp üzerine gittiğimizde bize gülünç bir hikayeyle dönüyor. Onu beladan uzak tutmak istememin karşılığı bu mu olacak?".[34]Anneye anlatılan ya da anne tarafından keşfedilen ensest olgularının çok azı daha sonra adli kurumlara bildirilir.[36] Kardeş arası ensestin baba-kız ensestinden daha az ciddi veya zararsız olarak değerlendirilmemesi gerekir.[37] Cyr ve arkadaşları abi-kardeş ensestine bağlı ortaya çıkan ruhsal sorunların baba-kız ensestinden farklı olmadığını bildirmişlerdir.[32]

2.4.4.2. İstismarcıların Özellikleri

Yapılan çalışmalara göre, mağdurun cinsiyeti ne olursa olsun istismarcıların çoğu çocuğun tanıdığı biridir ve sıklıkla erkektir. ÇCİ olgularında istismarcının %16'sının akraba olduğu bildirilmiştir.[36] Çoğu istismarcı çocuk yalnızken, yardım alabileceği kişilerden uzak olduğunda istismara yönelmektedir. İstismarcının pişmanlık, suçluluk hisleri ve yoğun korkularına karşın yaptığının yasak niteliği ve başarının beklenmedik şekilde kolay olması arasındaki karmaşık denge tekrarlayan biçimde istismar uygulamak açısından önemlidir.[38] Kendilerini kimsenin fark etmediği bir

zamana göre ayarlayarak istismar davranışını tekrarlarlar. Olayın gizli kalmasını sağlamak için en sık başvurdukları yöntem çocuğu korkutmamaktır. Bu kişilerde bağımlılık, çaresizlik süreçlerinde sorunlar sıktır, empati becerileri yoktur ya da sınırlıdır ve engellenmeye karşı toleransları düşüktür.[39]

2.4.4.3. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarının Gelişimsel Etkileri

ÇCİ'nin gelişimsel ve ruhsal etkilerini ele alan Finkelhor tarafından travmanın dört dinamik tanımlamıştır; travmatik cinsellik, ihanet duygusu, çaresizlik/acizlik ve damgalanma.[40]

1. **Travmatik Cinsellik:** İstismarın sonucu olarak cinsellikle ilgili kavramların, algıların ve davranışların çocuğun gelişimine uygun olmayan şekilde gelişmesi ve kişilerarası ilişkilerde aksamaya yol açmasıdır. Bu etkilenmenin derecesi çocuğun anlama düzeyi ile etkilemektedir. Travmatik cinsellik belirtileri büyük çocuklarda sık görülürken, istismar olayını tam olarak anlayıp yorumlayamayan küçük çocuklar arasında daha nadirdir.[40]
2. **İhanet Duygusu:** İstismar kurbanı çocuklar güvendikleri ve sevdikleri kişilerin ahlakla ilgili yalanlar söylediğini, duygusuz ve ihmalkâr davrandığını fark ettiklerinde yoğun bir ihanet duygusu yaşarlar. Üstelik yalnızca saldırgan değil, onu korumayan, inanmayan, durumun saklı kalmasını destekleyen diğer aile üyeleri de bu ihanetin ortaklarıdır.[40]
3. **Çaresizlik/Acizlik:** Çocuğun isteklerinin, ihtiyaçlarının ve etkin olma hissinin sürekli biçimde bozulduğu bir sürece işaret etmektedir. Bedeninin çocuğun isteğine karşın kullanılması güçsüzlük hissinin temelini oluşturmaktadır ve istismar sırasında tehdit/korkutma olduğunda daha yoğun bir güçsüzlük/çaresizlik yaşanabilir. Güçsüzlük hissi istismarı durduramadıklarında yaşadıkları hayal kırıklığını artırırken; yaşadıkları korku, yetişkinlerin onları anlamaması/inanılmaması çaresizlik hissini pekiştirir. İstismarı etkili bir şekilde sonlandırabilen çocuklarda çaresizlik daha nadir görülür.[40]
4. **Damgalanma:** Kötülük, utanç, suçluluk gibi olumsuz duyguları içermektedir. Mağdur çocuk kendini zarar görmüş ve diğerlerinden farklı algılar. Çoğu vücudunun kirli ve iğrenç olduğunu düşünür. Bu negatif anlamlar farklı yollarla dile getirilebilir. Örneğin istismarcı çocuğu olayla ilgili suçlayıp kötüleyebilir veya gizlice utanç hissi

aşılayabilir. Çocukların bir kısmı istismar sırasında zevk aldıklarını düşünerek kendini yaralama davranışını gösterebilirler.[40]

Bu dinamikler, ÇCİ kurbanı çocukların tedavi sürecini farklı boyutlarıyla ele almak için yardımcıdır. Önemli olan travmanın ciddiyeti değil, ne boyutta zarar verdiği ve hangi örseleyici özgün dinamiğin katkı sağladığıdır. Terapist bunların üzerinde dururken; "bu deneyim ne kadar zedeleyiciydi?" sorusuna yanıt aramalıdır. Cinsel ilişkinin olup olmadığı, ne kadar sürdüğü, çocuğun katılıp katılmadığını gibi ayrıntıları bilmek travmanın derecesini anlamaya katkıda bulunabilir. Benzer olarak saldırgan ve kurban arasındaki ilişki, saldırganın ona hangi yollarla yaklaştığı, başarılı olan veya olmayan girişimler, diğer aile üyelerinden destek alıp alamadığı da hesaba katılmalıdır. Travmatik dinamiklerin değerlendirmesi, müdahale stratejilerinin belirlenmesine de katkı sağlar.[40]

2.4.4.4. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarının Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri

ÇCİ kısa ve uzun dönem önemli ruhsal sorunlara yol açabilen önemli bir sorundur. ÇCİ bazı ruhsal bozukluklar için risk etmeni olarak kabul edilmektedir.[41]

2.4.4.4.1. Depresif Bozukluk

Erişkinlerde olduğu gibi, çocuklarda da depresyon sık görülen bir psikiyatrik bozukluktur.[42] ÇCİ sonucunda kendini suçluluk ve değersizlik hisleri depresyonu da beraberinde getirmektedir.[43] Depresyon ve ÇCİ arasındaki ilişkinin yapısal nedenlerini vurgulayan deneysel çalışmalar bulunmaktadır. Depresif bireylerin çoğunda glikokortikoid düzeyleri normalden farklıdır ve bu durum strese karşı artmış inflamasyon yanıta neden olur. Çocukluk dönemindeki stresli yaşantılar, uzun dönem hormonal ve nörokimyasal sonuçlar doğurarak depresyona yatkınlık oluşturmaktadır.[44]

2.4.4.4.2. Bipolar Bozukluk

Bipolar Bozukluk (BB) ergenlik döneminde %1 sıklıkta görülmektedir. BB akademik sorunlar, arkadaş ilişkilerinde bozulma, yasal sorunlar, madde kötüye

kullanımı ve özkıyım davranışlarının yanında ÇCİ için de yüksek risk oluşturmaktadır.[45,46] BB olgularında yaşam boyu TSSB yaygınlığı %16-39 olarak tahmin edilir.[47] TSSB eştanısı BB kadınlarda erkeklerden 2 kat sıktır.[48] Ek olarak, manik ve hipomanik dönemlerde yaşanan travmatik olayların TSSB belirtilerini bastırabileceği ileri sürülmektedir.[49] TSSB eştanısının BB klinik görünüme ve yaşam kalitesine etkisi çok az bilinmektedir. Bu birlikteliğin duygudurum dalgalanmaları ve özkıyım girişimlerinde artış, yaşam kalitesinde daha belirgin bozulmayla ilgili olduğu belirtilmektedir.[50]

2.4.4.4.3. Anksiyete Bozukluğu

İstismarın erken dönemde neden olduğu tepkilerin başında korku ve anksiyete gelir. Anksiyete huzursuzluk, uyku ve yeme sorunları gibi davranış değişiklikleri gibi hafif belirtilerinden TSSB gibi ağır tablolara farklı düzeylerde olabilir.[51] ÇCİ kurbanı erkeklerde anksiyete bozuklukları ve davranım bozukluğu, kızlarda ise majör depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları sağlıklı kontrollerden daha yüksek bulunmuştur.[52]

2.4.4.4.4. Sınırda Kişilik Bozukluğu

Sınırda kişilik bozukluğu (SKB) genel toplumda %2, ayaktan tedavi alan psikiyatrik hastalarda %10, yatarak tedavi alanlarda %20 sıklıkta görülmektedir.[53] SKB etiyolojisinde ÇCİ'nin önemli bir etmen olduğu biçimindeki yaygın kanı metaanaliz çalışmaları ile de desteklenmiş; tek başına olmasa da SKB için önemli bir risk etmeni olarak bildirilmiştir.[54] Dürtüsel cinsel davranışların nadiren SKB ile ilişkili olduğunu öne sürülmüştür.[55] Buna karşın, kişilik bozukluğu olan ergenlerde riskli cinsel davranışların daha sık olduğu göstermişlerdir.[56] Aynı zamanda, kaotik aile ortamları bulunmaktadır. Daha erken cinsel deneyim açısından; SKB olgularının çoğunda görülen aile çatışmalarının ve kendi bireysel güçlüklerinin zemin hazırladığı ileri sürülmektedir.[55]

2.4.4.4.5. Akut Stres Bozukluğu (ASB)

Travmayı izleyen 1 ay içinde ortaya çıkan stres tepkisi ve ilişkili belirtiler ASB kapsamında ele alınmaktadır. ASB olgularında travmatik olay sırasında ya da sonrasında çevrede olup bitenleri algılamada zorluk, depersonalizasyon, derealizasyon gibi dissosiyatif belirtiler görülebilir. TSSB'de olduğu gibi travmayı hatırlatan uyaranlardan kaçınma ve olayın yeniden yaşantılanması, ASB olgularında sık görülen belirtilerdir.[57,58]

2.4.4.4.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

DSM-IV-TR'ye göre TSSB tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:
   1. Kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma veya kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğünü tehdit eden tehlikeli bir olay veya olaylar yaşamış, tanık olmuş veya karşı karşıya gelmiştir.
   2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır (Çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler).

B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri ya da daha fazlası yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır.
   1. Olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır (Küçük çocuklar travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler).
   2. Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme (Çocuklar içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler).
   3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, halüsinasyonları ve dissosiyatif "flashback" epizotlarını kapsar).
   4. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma.

5. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme.

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)
   1. Travmaya eşlik etmiş düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabası.
   2. Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabası.
   3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama
   4. Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da katılımın belirgin olarak azalması.
   5. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları.
   6. Duygulanımda kısıtlılık (örneğin sevme duygusunu yaşayamama).
   7. Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn. Bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama)

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:
   1. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük.
   2. İrritabilite ya da öfke patlamaları.
   3. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme.
   4. Hipervijilans.
   5. Aşırı irkilme tepkisi gösterme.

E. Bu bozukluk (B, C ve D tanı ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer.

F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.[59]

TSSB İçin Risk Etmenleri: Şunu hatırlamakta yarar var ki travma yaşayan her kişide TSSB gelişmez.[60] PTSD için risk etmenleri:

- Tehlikeli olaylar ve travmalar yaşamak
- Ruhsal hastalık öyküsü
- Olay sırasında yaralanmak
- İnsanların 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 veya iş kaybı ikincil streslerin olması.[60]

TSSB İçin Koruyucu Etmenler: TSSB açısında koruyucu olarak kabul edilen etmenler şu şekilde sıralanabilir:

- 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 öğrenmesi.[61]

2.4.4.5. Akomodasyon Sendromu

Kurbanın istismara geliştirdiği tepki olarak kabul edilen akomodasyon sendromu, çocuğun bazı detayları tutarsız anlatmasının ve bildirimi geri çekmesinin nedenlerini anlamaya yardım eder. Sendromun temel özellikleri beş başlıkta ele alınır:[34]

1) **Gizlilik:** Çocukların istismar olayını gizli tutmalarının, açıklamakta kararsız kalmalarının en önemli nedenleri yetişkinlerin tepkilerinden çekinmeleri ya da kimsenin inanmayacağını düşünmeleridir.[37] Hiç bir çocuk güvenilir bir yetişkin tarafından istismara uğramaya hazırlıklı değildir. Yetişkinin kendini koruyan açıklamaları arasında çocuğun algıladığı olayın gizli kalma gerekliliğidir.[38] İstismarcılar gizliliği sağlamak için; "bu bizim sırrımız, kimseye söyleme, kimse inanmaz, annen duyarsa senden/benden nefret eder, seni/beni öldürür, bu gerçek onu öldürür, seni/beni kovar, aile dağılır, yetimhanede büyürsün, söylersen seni asla sevmem/döverim, köpeğini/seni öldürürüm" gibi çocuğu dehşete düşürecek tehditleri sıkça kullanırlar. "Hiçbir şey söylemezsen her şey yoluna girecek" örneğinde olduğu gibi, gizlilik korkunun yanında güven altında olmanın da teminatıdır.[34]
2) **Çaresizlik:** ÇCİ sıklıkla tesadüfî bir saldırıdan çok çocuğun tanıdığı bir yetişkin tarafından süregen biçimde kurban örselenmesidir. İstismarcının güvenilen ve sevilen biri olması, güç dengesizliğini ve çocuğun çaresizliğini vurgulamaktadır.[36] Kadınlar arasında ÇCİ mağdurları %10; baba ya da baba konumunda kişiler tarafından istismar edilenler ise %2 sıklıkta bildirilmiştir.[62] Toplumun yaygın

beklentisi, çocuğun bir erişkin tecavüz kurbanı gibi zor kullanarak istismara karşı koymasıdır. Ancak bunun aksine, çoğu çocuğun verdiği normal tepki; 'uyur taklidi' yaparak yön değiştirmek ve örtüyü üzerine çekmektir. Baskın gelen tehditle başa çıkacak gücü olmayan çocuklar, kaçacak yer olmadığında doğal olarak saklanmayı seçerler. Pek çok yetişkin çaresizliği küçümsemeye ve tehditlere boyun eğenleri kınamaya meyillidir. Güç veya şiddet tehdidi olmaksızın boyun eğen kurban gönüllü suç ortağı olarak yargılanmaktadır. Bu durumda unutulmaması gereken; sevgi ya da aile güvenliğini kaybetme korkusunun herhangi bir tehdit ve şiddetten daha korkutucu olduğudur.[34]

3) **Tuzağa Düşme ve Akomodasyon:** Çocuk doğrudan kendini korumanın yollarını aramaz ya da aradığı halde yardım bulamazsa, durumu kabullenmek ve bununla yaşamayı öğrenmek istismar karşısında seçilebilecek tek sağlıklı yoldur. Çocuğun güvendiği ebeveyninin acımasız ve bencil olduğunu kabullenmesi terk edilme ve yok olma ile eşdeğerdir. Kabul edilebilir tek alternatif, acı deneyimlere kendisinin sebep olduğuna inanmak ve iyi olmayı öğrenerek sevileceğini ve benimseneceğini ummaktır.[34] Çocuklar üzüntüden kurtulmak için kendilerini istismarcının iyi biri olduğuna inandırabilirler ki bu aynı zamanda çocuğun benlik duygusunu ve kimliğini feda etmesi anlamına gelir.[63] Somut veya soyut ödül vaatleri de bu döngüye hizmet eder. Örneğin; çocuk iyiyse ve sırrı saklarsa, diğer kardeşlerini istismardan, annesini yıkılmaktan koruyabilir. Tüm bu süreçlerin ürünü olan; gerçeklik algısının bölünmesi, değiştirilmiş bilinç, suçluluk duyguları, yıkıcı davranışlar, öfke nöbetleri, kendine zarar verme davranışları çocuğun hayatta kalma yeteneğinin parçasıdır. Bunun üstesinden gelebilmek için koşul; çocuğun güvenin tutarlı/koşulsuz kabul görme ve ilgiyi içeren güvenli bir ortamda tekrar kazanılmasıdır.[38]

4) **Ertelenmiş, Çelişkili ve İnandırıcı Olmayan açıklama:** İstismarın açıklanması sıklıkla olaydan yıllar sonra, aile çatışmasının tetiklemesiyle veya akomodasyon düzeneklerinin bozulmasıyla gerçekleşir. Ensest kurbanlarının çoğu kendi adına ayrı bir hayat talep edebileceği, ebeveynlerinin otoritesine karşı durabileceği ergenlik yıllarına dek sessiz kalmayı seçer. Ergenlik aynı zamanda, kızını dışarıdaki tehlikelerden korumaya çalışan babayı daha kıskanç ve kontrolcü yapar. Özellikle otorite gösterisi yapan baba tarafından küçük düşürülen gençler sırrı açığa vuracak

kadar öfke hissedebilirler. Ancak istismarın başlamasından yıllar sonra gelen bildirim diğerlerinin kurbana inanma olasılığı azaltır. Babanın makul disiplin çabalarına karşın bunu uydurduğunu varsayılır. Anneler, akrabalar, öğretmenler, danışmanlar, doktorlar, psikoterapistler, avukatlar, hakimleri de içeren yetişkinlerin çoğu özel olarak eğitilmedikçe gencin ensest iddiasına inanmazlar.[34]

5) **Kendini Geri Çekme:** Bildirimden sonra yaşanan karışık süreçte çoğu kurban gizliliğin altında yatan korku ve tehditlerin gerçekleşmesiyle yüzleşir. Babası onu terk etmiş ve yalancılıkla suçlamıştır; annesi inanmamış ve öfkelenmiştir; aileyi koruma ya da yok etme sorumluluğu kurbana yüklenmiştir. Gerçeği söyleyip "kötü" olmak ile ailesi için "yalana teslim" olmak arasında seçim yapmak zorunda kalan çoğu kurban, "iyi" rolünü sürdürmeyi ve şikâyetini geri çekmeyi seçebilir.[34]

2.4.4.6. Nörobiyolojik Faktörler ve Görüntüleme Çalışmaları

Henüz gelişim sürecinde olan çocuk ve ergenlerde, nöroplastisite nedeniyle travmanın etkileri uzun süreli ve kalıcı olabilir, erişkin dönemde pek çok ruhsal hastalığa yatkınlık oluşturabilir.[64]

Kortizol fiziksel ve psikolojik strese bağlı artan en önemli stres hormonudur.[65] Stres yanıtı iki fazdan oluşur; öncelikle sempatik sinir uçlarından norepinefrin, adrenal medulladan epinefrin, hipotalamustan Kortikotrop salgılatıcı hormon (CRH) ve hipofizden adreno-kortikotrop hormon salgılanır. İkinci fazda ise hipotalamus-hipofiz aks (HPA) işlevindeki bu artışa bağlı değişen noradrenalin ve dopamin düzeyleri; anksiyete, uyarılmışlık, duygudurum değişiklikleri, ödül-bağımlılık döngüleri, hafıza ve konsantrasyon bozukluklarına yol açar.[66] Strese karşı artmış glikokortikoid yanıtının TSSB için koruyucu olabileceğini bildirilmiştir. Yoğun bakım tedavisi sırasında stres dozunda kortizol uygulamasının sonraki TSSB riskini azaltıyor olması bu fikri desteklemektedir.[67] Yüksek glikokortikoid düzeyleri kötü anıların hatırlanmasını ve bellekte depolanmasını engelleyerek stres belirtilerinin uzun dönemde kalıcı olmasını engellemektedir.[68] Kortizol düzeylerinin TSSB yatkılığı olanlarda ve TSSB tanısı alanlarda sağlıklı kontrollerden daha düşük olduğu belirlenmiştir.[69] Bunun kötü anıların aşırı hatırlanmasına katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Bu fikri destekler biçimde, TSSB olgularında bir ay süreyle, düşük doz kortizol uygulamasının travma belirtilerini azalttığı gösterilmiştir.[70]

TSSB olgularında hipokampus, amigdala ve ön singulat korteks hacimlerinde azalma olduğu gösterilmekle birlikte, çalışmaların bulguları tutarsızdır.[71] Bunun yanında, hipokampus hacminde azalma olmaksızın işlev bozukluğu olabileceğini gösteren çalışmalar vardır.[72] Travma yaşamış ancak TSSB oluşmamış kişilere ve sağlıklı kontrollere kıyasla, TSSB'lilerin sol hipokampus işlevinde azalma olduğu belirlenmiştir. Ek olarak, travmaya karşın TSSB gelişmemiş kişilerde travmadan önce daha yüksek hipokampal aktivite olduğu ileri sürülmüştür.[73]

Hücre zarı işaretçisi olan kolin artışı demiyelinizasyon ve inflamasyon ve hücre yıkımının artışını yansıtır. TSSB'lilerde sol hipokampusta azalmış, ön singulat kortekste ise artmış kolin düzeyleri göstermiştir.[74] Ayrıca asetilkolin sentezi için gerekli olan kolin beyaz madde ve glial hücrelerde yüksek düzeyde bulunmaktadır ve artışı nöronal yapıda glial yoğunlukla paraleldir. TSSB'de gri madde azalması ile orantısız şekilde beyaz maddeyi artışı olduğu bildirilmektedir.[75]

Hipokampal N-asetil aspartat yoğunluğundaki azalmaya anksiyete düzeyinde artış eşlik eder ve bu kişilerde serotonerjik işlevde azalma ile ilişkili serotonin taşıyıcı genin s-allel polimorfizmine sık rastlanmaktadır.[76] Lee ve arkadaşları, TSSB olguları arasında s-allel taşıyıcılarının yaygın olduğunu göstermişlerdir.[77] Hayvan çalışmalarında TSSB'de görülen bilişsel değişikliklerin, hipokampal ve frontal alanlarda serotonin reseptör yoğunluğu ve işlevi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.[78] Ayrıca düşmüş hipokampal N-asetil aspartat düzeyleri ve beyin kökenli nörotrofik faktör polimorfizmi (val66met) ile hafıza bozukluğu arasında ilişki olduğuna dair deliller vardır.[79,80,81] Amigdala hacminde azalma stres yanıtı ve korkuyu öğrenmede artışla ilişkili bulunmuştur. [82,83]

2.4.4.7. TSSB ve Bellek Bozuklukları

Bellek genel olarak açık ve dolaylı bellek olmak üzere iki başlıkta ele alınmaktadır. Açık bellek semantik ve otobiyografik belleği içermektedir ve günlük dildeki karşılığı "anılardır". Açık bellek sol frontal kortekste depolanmaktadır ve sürekli geri çağrılabilmektedir. Hafızanın duygusal ve davranışsal alanlarından oluşturan dolaylı bellek ise bağlılık şemalarını ve içgüdüleri içermektedir. Belleğin büyük bölümü dolaylıdır ve duygusal tecrübelerimizi, kendimizi algılama biçimimizi ve ilişkilerimizi şekillendirmektedir. Amigdala, talamus, serebellum, beyin sapı ve orbito-medyal frontal

korteksi içeren bu sistem ilkel duygusal anıları düzenleyerek psikolojik olarak önemli ve kalıcı olmasını sağlar.[84] Genellikle iki bellek birlikte işlev yapar ve iç içe geçmiştir. Bu sayede bir anı sadece hikaye olarak değil, hoş olan ve olmayan hisleri ile beraber anımsanır. Belleğin bu yönü zaman içinde yeni deneyimlerle sürekli değişmektedir.[85]

Bellekle ilgili beyin alanlarından hipokampus; anıların zamana, mekân ve fizyolojik durumlara göre (his, ses ve koku) düzenlenerek depolanmasını sağlar. Hipokampus gelişimi 3-4 yaşlarında tamamlandığından, yaşamın ilk yıllarına ait travma anıları duyu-motor hareketler olarak tanımlanır ve hatırlanır; anılar kelimelerden çok beden dili ile ortaya çıkar.[86] Hafıza oluşumunda ana nörotransmitterler Gama-amino-bütirik asit (GABA) ve glutamattır. Glutamat salınımı sinapslarda uzun süreli plastik değişikliklere neden olarak belleğin depolanmasına sağlar. GABA ise diazem benzeri etki ile süreci tersi yönde etkiler ve belleğin depolanmasını azaltır. Bu süreçte glutamat işlevi açısından önemli olan reseptör alt tipleri alfa-amino-3-hidroksi-5-metil-4-isoksazolpropionat ve N-metil-D-aspartattır (NMDA). Strese yanıt olarak artan kortizol dentat girus ve hipokampus NMDA reseptörlerini uyararak nöron kaybına yol açar.[87] Erken yaşamda güvenilir bir ortam ve bakıcının besleyici ilişkisi normal Hipokampus ve orbito-medyal frontal korteks gelişimi için koşuldur. Kötü muameleye maruz kalmış bireylerde hipokampus hacminin daha küçük olduğu ve psikoterapi ile genişleyebildiği gösterilmiştir.[88]

Bilinçli düşünmeden sorumlu olan frontal lob geçmiş bir durumun eski deneyimlerle ilişkilendirerek yeni sonuçlara ulaşmayı sağlar, böylelikle verilecek tepkiyi belirler.[89] Olumsuz ve örseleyici ortamlarda büyüyen bireylerde otonom sinir sisteminin gelişimi aksamaktadır. Travma ile ilişkili bozuklukları olanlar tipik olarak düşük uyaranla aşırı uyarılmaya meyillidirler. Sıklıkla iki uç arasında gidip gelirler; aşırı uyarılma durumunda rahatsız edici görüntüler, etkiler ve fiziksel algılar yüzünden acı çekerler.[90]

ÇCİ anılarının bastırması olağandır; birçok kurbanın ruhsal tedavi alana dek bu anıları hatırlamadığı ileri sürülmüştür. Eğer kişi ÇCİ'ye uğrayıp uğramadığından emin değilse ÇCİ kurbanı olduğu yönünde ele alınması önerilmektedir.[91] Çocukluk çağı travmalarının güçlü biçimde bastırılarak bilinçli farkındalıktan çıkarılabildiği yaygın bir kanıdır.[92] ÇCİ iddiasıyla hastaneye yatan kadınlar 17 yıl sonra tekrar değerlendirildiğinde, istismar olayını hatırlamayanlar %38 oranında belirlenmiştir.

Ancak istismarın hatırlanamayacak kadar küçük yaşta olması, basit unutma, olayı anlatmama veya asılsız bildirim olasılığı gibi değişkenlerin travmatik anıyı geri çağırma oranlarını etkileyebileceği de unutulmamalıdır.[93] Savaş gazileri, tutsaklar gibi ÇCİ dışında nedenlerle ilgili TSSB olgularında "travmatik anıyı bastırma" düzeneğinin görülmediği bildirilmiştir. Aksine, unutulmak istenen olay çok kesin ve detaylı biçimde hatırlanmaktadır. Bastırma teorisinin diğer travma çeşitlerinden farklı olan ÇCİ'nin bir parçası olduğu iddia edilmektedirler. ÇCİ'de kötüye kullanan daha çok aileden biri olması nedeniyle etkilerinin özel olduğuna inanılmaktadır.[94]

Diğer bir tartışma konusu; bellek hatalarıdır. Bellek hatalarının ortaya çıkarılması ancak 'hafıza kurtarma teknikleri' ile olasıdır. Bu teknikler; yeme içme alışkanlıklarından ilişki sorunlarına kadar birçok alanı araştırmayı içerir.[95] Bazı hastalarda ÇCİ anıları yavaşça ortaya çıkar, detayları süreçte artar ve en kötü ayrıntılar aylar sonra hatırlanabilir.[96]

2.5. Fiziksel ve Adli Muayene

ÇCİ şüphesi olan çocuğun fizik muayenesi yapılırken; hekim hem yaralanma nedenlerini hem de doku yenilenmesinin fizyolojik değişikliklerini iyi bilmelidir. ÇCİ'nin genital bulgularının değişken olması; kullanılan güç miktarı, ağrı, kanama, olaydan sonra geçen süre, istismarın süregen olup olmadığı, etkilenen vücut parçası ve kullanılan nesnenin boyutu gibi pek çok etkene bağlı değişebilmesiyle ilgilidir. Sürtünme, yabancı nesne kullanma, kısmi ya da tam penetrasyon, hatta çocuğun kendi eliyle oluşturduğu fiziksel değişiklikler büyük benzerlik gösterebilir. Ayrıca, anüs muayenesinde kronik kabızlık, nörolojik hastalıklar, gelişimsel gecikmeler gibi diğer durumlar da hesaba katılmalıdır.[97]

Kız çocuklarında gelişimsel normal olan değişiklikler ile ÇCİ nedeniyle oluşanları ayırt etmek zor olabilir. ÇCİ'ye bağlı oluşan doku hasarının eritem ve ödem bulgularının ne kadar zamanda yok olduğunu, bunların temasla oluşma olasılığını bilmek önemlidir.[98] Anal sfinkter kaslarında belirli genişliğin üstünde ani açılmanın önceki istismarın kanıtı olup olmadı net değildir. Çocuğun yaşı, rektal ampulla da feçes varlığı veya muayene tekniği bu bulguları etkileyebilmektedir.[99]

Erkek genital bölgesinde ÇCİ'ye bağlı yaralanmalar göreceli olarak nadirdir. Penis ya da skrotumda ezikler kazara ya da Fİ sonucu oluşabilir. Düşme ya da

vurmadan kaynaklanan bacak arası yaralanmaları da bu dokuların ezilmesine neden olabilir. Peniste ısırma bulguları laserasyon şeklinde görülebilir.[98]

Ergen olgularda gebelik testi her olguda uygulanmalıdır. İstismarın üzerinden üç günden az zaman geçen olgularda servikal sürüntüde sperm araştırılması yapılmalıdır. Mağdurların cinsel yolla bulaşan hastalıklar yönünden araştırılması, önemli sağlık sorunlarının önlenmesi ve erken girişim açısından önemlidir.[51]

2.6. Adli Bildirim

ÇCİ kurbanı çocukların çoğu yaşadıklarını birine anlatmakta zorlanırlar. Yakın bir arkadaş, öğretmen, ebeveynler ya da güvendikleri erişkinler olayı açıklamayı seçtikleri kişilerin başında gelmektedir.[100]

Sağlık çalışanlarının çoğu ÇCİ bulgularına rastladığında adli bildirimde bulunmak için nasıl bir yol izleyeceğini bilmemektedir. Kişisel kaygıları önlemek için bildirimlerin kurumsal düzeyde yapılması idealdir. Adli bildirim raporu istismar şüphesinin bulgularını, psikiyatrik bulguları ve düşünülen ön tanıyı, belirlenebilen fiziksel bulgularını, kimlik ve iletişim bilgilerini içerecek şeklinde hazırlanmalıdır.[101]

ABD'de ÇCİ şüphesinin varlığında, soruşturma öncesi olguların uygunluğu çocuk koruma servisleri tarafından araştırılmaktadır. Bu değerlendirme sonucunda ÇCİ olarak değerlendirilenler %41 - %53 oranlarında belirlenmiştir.[102]

Bazı araştırmacılar doğrulanmış olgular arasında yanlış sınıflananların olabileceği endişesini dile getirmiş; ÇCİ yoksa yetişkini ve çocuğu bekleyen ciddi sonuçlar düşünülerek doğruluğun kanıtlanmasının önemini vurgulamışlardır.[103] Çocuk ve ergen yaş grubunda asılsız bildirim oranı %2-5, yetişkinlerde ise %8 olarak bildirmişlerdir.[103,104,105] Az sayıda olgu içeren ve adli kayıtlara dayanan bazı çalışmalarda ise %36-55 gibi daha yüksek oranlar bulunmuştur.[106] Bu konuda genel kanı; asılsız bildirimin nadir, ancak olası bir durum olduğu şeklindedir. Erişkinlerin baskı veya yönlendirmesi olmadıkça çocuklar tarafından asılsız bildirimlerin nadir olduğu, ergenler tarafından asılsız bildirim çocuklardan sık olsa da tüm bildirimler arasında oldukça küçük bir orana denk geldiği düşünülmektedir.[107]

2.7. Tedavi ve İzlem

ÇCİ'nin travmatik etkileri kısa ve uzun dönemde farklı biçimlerde görülebilir. Travmayı izleyen kısa dönemde yapılan girişimlerin kalıcı gidişi azaltabileceği gösterilmiştir. Tedavi çok yönlü gerçekleştirilmeli; çocuk, aile ve çevresel etkenlerin üzerinde ayrı ayrı durulmalıdır.[108] Çoğu tedavi yöntemi, uygun çocuk yetiştirme yöntemlerini merkeze alarak ebeveynlere sosyal destek sağlanması, öfke kontrolü ve eğitimin desteklenmesi gibi yaklaşımları içermektedir.[109]

Çocukların 'kurban olma' hakkında bilgilendirmesinin, gerçek tehdit anında işe yarayıp yaramadığı merak konusudur. Telefon görüşmeleri ile bilgilendirmeden bir yıl sonra kurban olma, yaralanma ve travmatik belirti oranlarında anlamlı değişiklik gözlenmezken; ÇCİ kurbanı çocukların, bunu açıklamak ve kendilerini korumak konusunda daha başarılı oldukları, suçluluk hislerinin azaldığı görülmüştür.[110]

2.7.1. Bireysel Psikoterapi

ÇCİ kurbanı çocuklar bireysel olarak tedavi edilebilirler. Çocuklarda TSSB ve travma belirtilerinde psikoterapinin yararını destekleyen bir metaanaliz çalışması da vardır; 5-8 hafta süreyle haftada 2 seans gibi yoğun terapi uygulanmalarının daha etkili olabileceği belirtilmiştir.[111] Çocuğun terapi sürecinde ailenin duygusal sorunlarına da destek vermek, çocuktaki gelişmeler için aileyi bilgilendirmek, terapi sürecine aile desteği sağlamak önemlidir. Ancak ihmali saptanan, sorumluluğu kabullenmeyen, yardım almayı veya çocuğa destek olmayı reddeden ailelerin terapiye dahil edilmesi sakıncalı olabilir.[112]

2.7.2. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Travma belirtileri için en sık başvurulan ve en etkili girişimlerdir. ÇCİ olgularda sık kullanılan BDT yöntemleri;

Maruz Bırakma Terapisi: korkularla yüzleşmenin ve bunları kontrol etmeyi öğrenmenin önemini vurgulayarak, yaşanan travmayla güvenli şekilde yüzleşmeyi

hedefler. Görüntüleme, yazma veya olayın yaşandığı yerlere ziyaret gibi uygulamalar sırasında hastalara duygularını nasıl idare edeceği konusunda destek sağlanır.[113]

Bilişsel Yeniden Yapılanma: Bazı olgular olayları olduğundan farklı hatırlayabilirler; gerçekçi olmasa da suçluluk-utanç hissedebilirler. Hedef kötü anıların mantıklı hale getirilmesi, istismar olayına gerçekçi bir bakış açısı sağlamaktır.[113]

Stresle Başa Çıkma Yöntemleri: Bu uygulama ile anksiyetenin nasıl azaltılabileceği öğretilir. Amaç, bilişsel yeniden yapılandırmaya benzer biçimde, hastanın anılara sağlıklı bakabilmesini sağlamaktır.[113]

2.7.3. Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden yapılandırma

EMDR (Eye Movement Desensitization and Repocessing) adıyla bilinen Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden yapılandırma tekniği, travmatik olayın varlığında bilgi işleme için gerekli dengenin bozulduğu düşüncesine dayanmaktadır. Uygunsuz davranışların nedeni anıların uygun işlenememesidir. Travma sonucu beynin belirli bölgelerinin aşırı uyarılması ve nöron hasarına bağlı olarak, travma ile ilgili bilgiler kaygı uyandıran biçimde depolanarak sinir sistemi sürekli/aşırı biçimde uyarır; kişinin kendisini olumsuz değerlendirmesine yol açar.[114] Olumsuz düşünceler üzerinde çalışılarak olumlu düşüncenin yeniden kurulması gerekmektedir. Bu yüzden, EMDR uygulanacak olguların travmatik anıyı resimli bir imge olarak hatırlayabilmesi, kendine ait olumsuz ifadesinin olması ve duygusal tepki göstermesi gerekmektedir.[114,115] EMDR ile travmaya ilişkin olumsuz duygu ve imgelerin azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır.[116,117] EMDR ile TSSB belirtilerinde sağlanan azalmanın fluoksetin ile sağlanandan daha belirgin olduğu bildirilmiştir.[118]

2.7.4. İlaç Tedavisi

Çocuk ve gençlerde TSSB tedaisinde ilaç kullanımı ile ilgili bilgilerimiz kısıtlıdır. İlaç tedavileri tek başına ya da çoklu ilaç uygulamaları biçiminde olabilir. Sık rastlanan eşzamanlı ilaç ve BDT uygulamalarının amacı; terapiye katılımı sağlamak ve terapi sürecinde artış beklenen bazı belirtileri kontrol altında tutmaktır.[119,120]

Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri (SSGİ): Bu ilaçların üzüntü, endişe, sinirlilik ve küntleşme belirtilerine faydalı olduğu, ayrıca birlikte uygulandığında terapilerin yararını artırdığı bildirilmiştir.[120] Sertraline ve paroksetin TSSB tedavisinde FDA tarafından onaylanmış olan SSGİ ilaçlardır. Ancak tüm SSGİ ilaçların benzer etkinliğe sahip olduğu düşünülmektedir. Sitalopram kullanan çocuk, ergen ve erişkin TSSB olgularının karşılaştırıldığı çalışmada; çocuklarda daha belirgin düzelme olduğu gözlenmiştir.[119] SSGİ tedavisinin erken döneminde baş ağrısı, mide bulantısı, karın ağrısı, uykusuzluk, ajitasyon ve cinsel işlev sorunları en sık görülen yan etkilerdir. [119] SSGİ'lerin TSSB'li çocuklarda irritabilite, uykusuzluk, dikkatsizlik gibi istenmeyen etkilerinin olabileceği, bu nedenle tek başına (BDT olmadan) verilmesinin yeterli olmayacağı bildirilmiştir.[121]

Antipsikotikler: Risperidon, olanzapin ve ketiyapinin tekli ya da diğer ilaçlarla birlikte kullanılması ile olumlu sonuçlar bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Ancak bu ilaçlar az sayıda çalışmada incelenmiştir ve bazı tutarsız sonuçlar içermektedir.[122] Antipsikotiklerin en sık yan etkileri arasında yer alan kilo artışı ve uzun dönemde kalp hastalığı ve diyabet eğilimi nedeniyle çocuk ve ergenlerde dikkatli kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır.[123]

Benzodiazepinler: GABA'nın inhibisyon etkisini güçlendirerek; anksiyolitik, antiepileptik, sedatif, kas gevşetici etki gösterirler. Alprazolam kullanıldığı sürece TSSB belirtilerinde anlamlı düzelme görülmesine karşın, kesince başlangıçtaki belirti şiddetine dönüş olduğu, plasebo ile sağlanan kazanımların dahi daha kalıcı olduğu bildirilmiştir. Akut dönemde benzodiazepin uygulamaktan özellikle kaçınılması gerektiği, ileride TSSB oluşma riskinde artışa yol açtığı düşünülmektedir. BDT uygulamaları sırasında kullanılmasından da kaçınılması önerilmektedir. Maruz bırakma sırasında oluşan korku yanıtını baskılayarak terapiden yararlanma düzeyini ve hafıza alanında beklenen iyileşmeyi azaltırlar.[122]

Adrenerjik ilaçlar: Klonidin ve guanfasin **a**lfa-2 adrenerjik etkilik ile sempatik uyarılmayı azaltarak aşırı uyarılmışlık belirtisine faydalı olabilirler. Klonidinin ağır ihmal ve istismara uğramış okul öncesi 7 çocukta impulsivite, duygudurum dalgalanmaları, agresyon, öfke patlamaları, zıtlaşma, kabuslar, uykusuzluk ve anksiyete belirtilerinde düzelme sağladığı bildirilmiştir.[124]

Antiepileptikler: Tutuşma fenomeni epilepsinin yanı sıra, bazı psikiyatrik bozuklukların etiyolojisinde de önemlidir. Tüm beyin alanlarının tutuşma yanıtı aynı değildir. TSSB etyolojisinde önemli olan limbik sistem, amigdala, hipokampus tutuşma yanıtı yüksek alanlar arasındadır. TSSB belirtilerine etkili olduğu bildirilen antiepileptikler topiramat, lamotrijin, karbamazepin, valproattır.[125,126]

Deneysel ilaçlar: NMDA ve diğer glutamat inhibe edici ilaçların, travmanın ardından akut dönemde verildiğinde TSSB belirtilerinin gelişmesini önlemede etkili olabileceği bildirilmiştir. Glikokortikoid reseptör antagonistlerinin de TSSB tedavisinde etkili olabileceğine ilişkin klinik çalışmalar bulunmaktadır.[127]

2.7.5. Rehabilitasyon ve Tedavi Merkezleri

Tam anlamı ile bir psikiyatri hastanesi olmayan bu kurumlarda temel amaç, bakım verilen kişilerin "ruh sağlığı" tedavileri yapılırken güvenliklerinin temin edilmesidir. Rezidental Tedavi Merkezleri olarak da anılan tedavi ve rehabilitasyon merkezlerine kabul edilen çocukların önemli kısmında istismar, ihmal öyküsü ve bunlara bağlı bozukluklar bulunmaktadır.[128]

Tarihsel gelişimine bakıldığında; 16. yüzyılda başlayarak 2 yüzyıldan uzun bir dönem kilisenin toplum bakımını desteklediği görülmektedir. Bu gelenek daha sonraları ABD'de de yaygınlaşmış; kiliseler alkol-madde bağımlısı çocukların yerleşim sorununu çözerken; devlet kurumları bağımlıların yanında engelli, ruhsal hastalığı olan gençlerin sorumluluğunu almıştır.[129] 18. yüzyıl sonları ve 19. Yüzyıl başlarında artan hümanist grupların çabalarına örnek olarak; Fransa'da "Villainın Yenilikçi Çalışma Evi" ve "Londra Hayırsever Topluluğunun" muhtaç çocuklar için açtığı küçük evler örnek gösterilebilir.[130] Nazi işkencesinden kaçıp ABD'ye sığınanların 1930'dan sonra oluşturduğu grup, Rezidental Tedavi Merkezlerinin öncülerindendir. Alanda en uzun ve en derin etkiye sahip olan bu oluşum klasik psikanalizden etkilenmiştir.[130] 1970'li yıllarda gençlerin rahatsız edici davranışları yetişkin topluma bir yük olarak görülmeye başlanmasının ardından açılan ilk merkezler, bu gençleri toplumdan uzaklaştırma ve cezalandırma amacıyla kurulmuştur.[131] Endüstriyelleşme ile birlikte artan evsiz ve terk edilmiş gençlerin sorunlarıyla başa çıkabilmek için yardımsever oluşumların desteği ile fakir evleri, grup sığınakları ve yetimhaneler kurmuştur.[130] 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.[7,132,133]

ÇCİ kurbanı çocuk ve gençler, artmış cinsel davranışları nedeniyle istismarın tekrarlanması ve çevre baskısı ile karşı karşıya kalabilirler.[134] Eğer istismarcı aileden biriyse, çocuğun korunması öncelik taşır. Bu şartlar altında, Rezidental Tedavi Merkezleri çocuk ve gençlerin korunmaları, ortaya çıkan ruhsal belirtilerin tedavisinde önemli bir göreve sahiptir.[135]

Bu merkezlerde psikodinamik terapi, davranışçı yöntemlerle sosyal becerilerin artırılması gibi bazı yöntemler uygulanabilir.[131] Davranış sorunları olan çocuk ve ergenlerin tedavisinde öfke yönetimi, aile eğitimleri, sorunları çözme becerisi gibi yöntemler kullanılır.[136]

Rezidental Tedavi Merkezleri ile ilgili birçok çalışmada olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Kanada'da travmatik 40 çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada, çocukların büyük çoğunluğunun taburcu sonrası orta derecede travmatik belirtilerinin olduğu, ancak taburcu sonrasındaki birinci ve üçüncü yıldan sonra ruh sağlıklarının normal olarak değerlendirildiği belirtilmiştir.[137] Weiner ve Kupermintz tarafından İsrailli 268 çocukla yapılan 23 yıllık izlem çalışmasında da Rezidental Tedavi Merkezlerinin etkinliği gösterilmiştir.[138]

Rezidental Tedavi Merkezlerinde bakım altındaki çocuk ve gençler arasında okul ve eğitim alanında sorunların daha sık olduğu gözlenmiştir.[139] Yeterli aile bakımına sahip olamadığı için evlerinden kopan çocuklar eğitim anlamında nadiren sürekli destek alabilirler.[140] Bu çocuklar için düşük okul performansı yaşadıkları sorunlardan yalnızca biridir, fakat bu durum onların yetişkinliklerinde ciddi sonuçlar doğurmasına yol açabilir.[141] Ek olarak bakım altındaki çocukların büyük oranlarda özel eğitim ihtiyacı duydukları bilinmektedir.[139] Rezidental Tedavi Merkezlerinde kalan çocuk ve gençler arasında özel eğitim gereksinimi olanlar %40 sıklıkta iken, genel toplum için bu oran %5'tir.[142] Eğitim alanındaki bu güçlüğün; bireysel değişkenler ya da kurum bakımının olumsuzlukları gibi birçok farklı nedeni olabilir.[143,144,145] Bakım ve eğitim sistemi arasındaki etkileşim ve bakım yerlerinde kalan öğrencilerin okulda damgalanmaları olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir.[136] Kızların değişen çevreye ve olaylara daha kolay adapte olabildikleri, erkek çocukların okulda daha fazla sorun

yaşadıkları belirtilmektedir.[141,146] Rezidental Tedavi Merkezlerinde okul sonrası aktivitelere daha fazla yer verilmesinin ve çalışanlarla çocukların olumlu etkileşimin artırılmasının olası sorunları azalttığı düşünülmektedir.[147]

Rezidental Tedavi merkezlerine yerleştirilen çocuklarda psikotrop ilaç kullanımını inceleyen az sayıda çalışmaya göre; %76-98 gibi yüksek oranlarda ilaç tedavisi kullanılmaktadır. En sık reçete edilen ilaçların ise antipsikotikler olduğu ve öncelikle yıkıcı davranışların tedavisinde tercih edildikleri bildirilmiştir.[148]

2.8. Oğuz Kağan Köksal Sosyal Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

Adana il merkezinde, istismar ve ihmale uğramış, alkol-madde kullanan, ruhsal sorunları nedeni ile tedaviye ihtiyaç duyan, sokakta yaşayan 8-18 yaş arası kızların tedavi ve rehabilitasyonu amacıyla 2004 yılında kurulmuştur. Türkiye'de psikiyatrik tedaviden eğitime, her alanda hizmet veren ilk Rezidental Tedavi Kurumudur. Multidisipliner yapılanma içinde yer alan kuruluşlar ve bunların görevleri aşağıda sıralanmaktadır:

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; Ruhsal tedavileri planlar ve sürdürür. Bir çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı haftada bir gün konsültan olarak görev yapar. Araştırma görevlilerinin rotasyonları polikliniğin durumuna göre ayarlanır.

İl Sağlık Müdürlüğü; Planlanan tedavinin sürdürülmesi, hastaların izlemi ve günlük etkinliklerinin düzenlenmesi, diğer sağlık hizmetlerinin verilmesi ile ilgili görevleri vardır.

İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü; Barınma, idare ve sosyal hizmetlerden sorumludur. Merkezde bulundukları sürece çocukların ihtiyaçlarını, sağlık giderlerini ve günlük harcamalarını karşılar.

İl Emniyet Müdürlüğü; Görevli polis memurları ile 24 saat boyunca binanın, kızların ve çalışanların güvenliğini sağlar.

İl Milli Eğitim Müdürlüğü; Kızların eğitimi, ders çalışma saatleri ve okullarla ilişkiler konusunda hizmet verir.

Büyük Şehir Belediyesi; Binanın ve bahçenin temizliğini sağlar.

Adana Barosu; Mağdur çocukların adli takipleri ve hukuki danışmanlığından sorumludur.

İl Jandarma Komutanlığı; Bünyesinde oluşturduğu çocuk jandarma birimi ile çevre yerleşimlerden aldığı ihbarları değerlendirir ve kızların izlemini sağlar.

Adana Sokak Çocukları Derneği; Çalışmada tek sivil toplum örgütüdür. Gönüllü öğretmenler, atölye çalışmaları, eğlence ve tatil düzenlenmesine katkı sağlar.

Konsültan çocuk psikiyatristi, Çukurova Üniversite ve diğer kuruluşlarca tedavi ve koruma amacı ile merkeze alınması önerilen kızların psikiyatrik değerlendirmesini yaparak merkeze kabul ya da red kararını verir. Merkeze ilk kez gelen çocuklar ile görüşür, ruhsal muayenesini yapar, psikiyatrik tedavinin tüm aşamalarını planlar, tedavi için diğer çalışanları görevlendirir, bireysel ve grup terapileri yürütür. Kızların yatış sürelerinin uzatılması ya da tedavinin sonlandırılması ve çıktıktan sonraki durumları ile ilgili gerekçeli görüşlerini bildirir.

Bireysel terapiler haftanın 3 günü olacak şekilde sürdürülür. Seanslarda travmanın neden olduğu anksiyete belirtileri, günlük yaşam üzerine etkileri ve oluşan yeni düzene uyum çabaları üzerinde durulur. Bireysel olarak uygulanan davranışçı teknikler öfke denetimi ve sosyal ilişkileri düzenlemeye yöneliktir. Grup terapilerinde merkezdeki günlük sorunlar ya da tedavi gereksinimleri ile ilgili ortak konular ele alınır. Uğraşı etkinlikleri arasında bilgisayar, resim, seramik eğitimi ve el işi uygulamaları yer alır. Merkez bünyesindeki trikotaj-dikiş atölyesinde görevli trikotaj-dikiş öğretmeni tarafından mesleki eğitim vermektedir.

Merkezde bilişsel davranışçı tekniklere uygun olarak üç basamaktan oluşan program hazırlanmıştır. Davranışçı teknikler bu üç basamak aracılığı ile günlük programa dahil edilmiştir. Her basamak için ayrı ayrı hazırlanan kitapçıklarda merkezin kuralları, uyulması istenen günlük programlar ve ödül-ceza uygulamaları ile ilgili bilgiler bulunmaktadır. Ayrıca her bir kitapçıkta aşamalı olarak farkındalığı arttırma ve öfke denetimi ile ilgili egzersizler vardır. Merkeze ilk kez gelen her kız birinci basamakta en az 1 hafta süreyle kalır. Kendine ve etrafa zarar verdiği, öfkesini denetleyemediği durumlarda ve yasak olan eşyaları bulundurduğunda nasıl ceza alacağı da bu kitapçıkta belirtilmiştir. İkinci basamağa çıkan çocuklar, merkez içindeki ve bahçedeki sosyal etkinliklere katılma hakkı kazanırlar. Her çocuk en az 3 hafta süreyle ikinci basamakta kalır. Ceza uygulamaları bu basamakta da devam eder; iki kez mola

cezası alanlar birinci basamağa düşerler. Birinci basamağa düşen çocuklar ise en az bir hafta süreyle bu basamakta kalırlar. Üçüncü basamaktaki çocuklar merkezin içindeki ve dışındaki tüm sosyal etkinliklere katılabilirler. Bu basamakta çocuklara; oluşabilecek sorunlara farklı çözüm yolları bulabilmek, alt basamaktakilere yardımcı ve örnek olmak, kendine amaçlar belirlemek, kitapçıkta yer alan sorun çözme basamaklarını kullanarak belirlediği amaçlara yönelik çözümler üretmek gibi sorumluluklar verilir. Bir kez ceza alanlar ikinci basamağa düşerler ve en az 1 hafta süre ile bu basamakta kalırlar.

Tüm basamaklarda uygulanan cezalar ise mola, oda cezası, sevdiği etkinlikten mahrum bırakma şeklindedir. Çocuklar merkeze ya da başkalarına ait eşyalara zarar verdiklerinde, harçlıklarından para kesilebilir. Ruhsal bozukluğu nedeniyle gerçeği değerlendirme yetisi bozulan, kendine ya da çevresine zarar veren çocuklar güvenli bir ortam olan kriz odasında tutulurlar.

Psikiyatrik ilaçlar da merkezde uygulanan tedaviler arasındadır. İlaç tedavileri psikiyatrik tanıya ve bireysel özelliklere göre konsültan çocuk psikiyatristi tarafından planlanır. Ayrıca öfke/anksiyete nöbetleri sırasında akut ilaç uygulamaları gerekebilmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Grubu

Hasta kabulüne 26 Nisan 2004 tarihinde başlanan Oğuz Kağan Köksal Sosyal Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde bu güne kadar yatarak bakım ve tedavi tüm olgular çalışmaya alınmıştır. Katılımcılar; ÇCİ, Fİ, Dİ ve ihmale uğramış, tedaviye ve korunma gereksinimi olan 8-18 yaşlarında toplam 152 kızdan oluşmaktadır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Demografik ve istismara ilişkin bilgilere kızlardan, ailelerinden alınan öykü ve/veya adli dosya kayıtlardan ulaşılmıştır. Ruhsal belirtileri değerlendirmek amacı ile; "Çocuklar için depresyon ölçeği (ÇDÖ)", "Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)", "Çocuklar için Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri-1 (ÇDSKE-1 ve ÇDSKE-2)" uygulanmıştır. Bu ölçümler tedavini başında ve sonunda (- İlk, - Son) olmak üzere iki kez uygulanmıştır. Ayrıca izlemde "Klinik global izlem (KGİ)" puanlaması merkeze girişte (KGİ/Ş-İlk), merkezden çıkışta (KGİ/Ş-Son) ve merkezden çıkarıldıktan 2 ay sonraki kontrolde (KGİ/Ş-İzlem) olmak üzere 3 kez uygulanmıştır.

3.2.1. Wechsler Zeka Testi (WISC-R)

Zeka puanlarının belirlenmesi amacıyla uygulanan ölçek Wechsler tarafından 1974 yılında geliştirilmiş; Savaşır ve Şahin tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Sözel Zeka ve Performans Zeka olmak üzere iki alt bölümden oluşmaktadır ve her alt bölümde 6'şar alt ölçek içermektedir. Uygulama sonucunda genel zeka, sözel zeka ve performans zeka puanları elde edilmektedir.[149,150] Bu test çalışmada yer alan olguların tamamına uygulanmamıştır. Ön tanı olarak Mental Retardasyon düşünülen olguların

ayırıcı tanısı, özel eğitim gereksinimi olanların belirlenmesi, özel eğitim raporlarının düzenlenmesine dayanak oluşturması gibi amaçlarla sadece ihtiyaç duyulan olgulara uygulanmıştır. Genel grubu yansıtmayacağı düşünülerek, bu testle elde edilen puanlar istatistiksel analizlerde yer almamıştır.

3.2.2. Çocuklar için Beck Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

Çocuk ve ergenlerde depresyon belirtilerini araştırmak amacıyla en sık kullanılan ölçeklerden biri olan ÇDÖ, Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak Kovacks tarafından 1981 yılında geliştirilmiştir.[151] Toplam 27 maddeden oluşan likert tipi bir öz bildirim ölçeği olan ÇDÖ 6-17 yaş arası çocuk ve ergenlere uygulanabilmektedir. Her bir madde 0-1-2 şeklinde puanlanmaktadır. Türk çocuklar için geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır ve kesme puanı 19 olarak belirlenmiştir.[152]

3.2.3. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

Çocuklarda obsesif kompulsif belirtilerin taranması amacıyla kullanılmaktadır. Türkçeye uyarlaması Erol ve Savaşır tarafından 1988 yılında yapılmıştır.[153] MOKSL'nin Türkçe uyarlamasında 7 madde eklenmiş ve toplam 37 madde olarak düzenlenmiş, ancak kesme puanı hesaplanmamıştır. Sorular doğru ya da yanlış olarak işaretlenirken; doğru olarak işaretlenen her soru için 1 puan verilmektedir. Ölçek genellikle 9 yaş ve üzeri çocuklarda uygulanmaktadır.[154]

3.2.4. Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE)

Çocuklarda durumluk (ÇDSKE-1) ve süreklilik (ÇDSKE-2) kaygı düzeylerini belirlemek için kullanılan ölçek Spielberg tarafından 1973 yılında geliştirilmiş. Türk çocukları için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması 9-12 yaş çocukların yapılmasına rağmen klinik uygulamalarda 17 yaşa kadar kullanılmaktadır. Her biri 20 madde içeren iki ayrı ölçekten oluşan ve toplam 40 madde içeren bir öz bildirim ölçeğidir. Alınan puanın artması daha yüksek anksiyete düzeylerine işaret etmektedir.[155,156]

3.2.5. Klinik Global İzlem-Hastalık Şiddeti Ölçeği (KGİ-Ş)

Ruhsal bozuklukların şiddetini ve belirtilerin neden olduğu işlev kaybının düzeyini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Klinisyen kendi genel deneyimine dayanarak, hastalığın şiddetini 0 (hasta değil) ile 7 (en ağır hasta) arasında derecelendirir. Likert tipi puanlama şu şekilde kullanılır; 1- normal/hasta değil, 2- sınırda hasta, 3- hafif derecede hasta, 4- orta derecede hasta, 5- belirgin derecede hasta, 6- ileri derecede hasta, 7- en ileri derecede hasta.[157]

3.3. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi SPSS (versiyon 12.0 for Windows Chicago, IL) istatistik programı ile yapıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılımı Shapiro-Wilks testi ile incelendi; normal dağılım gözlenmediğinden bu değişkenlerin analizinde parametrik olmayan testler kullanıldı (iki değişken içeren analizler için Man Whitney U testi; ikiden fazla değişken içerenler için Kruskal Wallis testi). Kategorik değişkenlerin analizinde Çapraz tablolar ve Ki-kare testi kullanıldı. Tekrarlayan biçimde uygulanan psikometrik ölçümler gibi bağımlı değişkenlerin analizi Wilcoxon testi ile yapıldı. Tüm analizlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 alındı.

4. BULGULAR

Bu çalışmada Adana Oğuz Kağan Köksal Sosyal Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde 2004-2010 tarihleri arasında yatarak bakım ve tedavi alan toplam 152 kızın izlem bulgularına yer verildi. Bunların %78.9'u (n:120) Cİ nedeniyle, %21.1'i diğer nedenlerle merkeze alındı (p<0.945). Olguların çoğu Adana ilinden gelmekteydi. Olguların yatış tarihleri, gönderen kurumlar ve geldiği illere göre oranları Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Toplam Grup ve Alt Gruplarda Olguların Yatış Tarihlerinin, Gönderen Kurumların ve Geldikleri İllerin Dağılımı

	Toplam n (%)	Cİ n (%)	Diğer n (%)
Yatış Tarihi			
2004-2006	58 (38.2)	35 (29.2)	23 (71.9)
2007-2008	56 (36.8)	51 (42.5)	5 (15.6)
2009-2010	38 (25.0)	34 (28.3)	4 (12.5)
Gönderen Kurum			
ÇRSH*	28 (18.4)	21 (17.5)	7 (21.9)
SHÇEK**	72 (47.4)	60 (50.0)	12 (37.5)
Diğer***	52 (34.2)	39 (32.5)	13 (40.6)
Geldiği İl			
Adana	97 (63.8)	69 (57.5)	28 (87.5)
Diğer	55 (36.2)	51 (42.5)	4 (12.5)

* Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
**Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
***Polis, Jandarma, Adli Birim

Çalışmaya alınan olguların ortalama yaşı 14.68±2.07 yıldır; Cİ öyküsü olan ve olmayan olguların yaş ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmemiştir (sırasıyla; 14.76±2.05 yıl, 14.38±2.15yıl, p<0.502). Kızların eğitim düzeyleri ortalama 6.4±2.8 yıldır; Cİ öyküsü olan ve olmayan olguların ortalama eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark belirlenmemiştir (sırasıyla; 6.3±2.8 yıl, 6.9±2.8 yıl, p<0.165). Daha önce hiç eğitim almamış ve okuryazar olmayan kızların oranı %7.9 (n: 12) olarak belirlenmiştir.

Ortalama tedavi süresi 3.0±1.5 ay olarak belirlenmiştir. Cİ öyküsü olanların yatış süreleri diğerlerinden anlamlı biçimde daha uzun bulunmuştur (sırasıyla; 8.3±5.5 ay, 5.7±5.0 ay, p<0.005). Tedaviden önce ailesi ile yaşayanlarla karşılaştırıldığında; SHÇEK/sokakta yaşayanların ortalama KGİ/Ş-İlk puanları arasında anlamı fark belirlenmemiştir (sırasıyla; 4.63±1.14; 4.90±1.20; p<0.298). Ailesiyle yaşayanların ortalama KGİ/Ş-Son puanları (sırasıyla; 2.57±1.30; 3.45±1.66; p<0.024) ve ortalama KGİ/Ş-İzlem puanları (sırasıyla; 2.83±1.35; 4.45±1.91; p<0.013) diğerlerinden daha düşük bulunmuştur. Olguların merkeze gelmeden önce yaşadıkları yerlerin ve aileye ait olumsuz öykülerin toplam grup ve Cİ öyküsü olan/olmayan alt gruplara göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Olguların Merkeze Gelmeden Önce Yaşadıkları Yerlerin ve Aileye Ait Olumsuz Öykülerin Toplam Grup ve Alt Gruplara Göre Dağılımı

	Toplam n (%)	Cİ n (%)	Diğer n (%)
Ailesinin Yanından Gelen	132 (86.8)	110 (91.7)	22 (68.8)
Kurum/Sokaktan Gelen	20 (13.2)	10 (8.3)	10 (31.3)
Boşanma	54 (35.5)	36 (30.0)	18 (56.3)
Göç	33 (21.7)	22 (18.3)	11 (34.4)
Anneden Ayrılık	55 (36.2)	38 (31.7)	17 (53.1)
Aile İçi Fiziksel Şiddet	94 (61.8)	70 (58.3)	24 (75.0)
Ailede Alkol Kötüye Kullanımı	46 (30.3)	34 (28.3)	12 (37.5)

Annelerin ortalama yaşı 40.62±6.33 yıl, eğitim düzeyleri 2.3±1.2 yıl; babaların ortalama yaşı 45.27±8.35 yıl, eğitim düzeyleri 3.0±1.3 yıl olarak belirlenmiştir. Annesi hayatta olanların KGİ/Ş-İzlem ortalaması 2.61±1.37 puan; annesi hayatta olamayanların ise 3.40±129 puan olarak belirlenmiştir (p<0.016). Annesinde ruhsal bozukluk olanların ortalama KGİ/Ş-Son (sırasıyla; 3.35±1.66; 2.58±1.31; p<0.052) ve KGİ/Ş-İzlem puanları (sırasıyla; 4.00±151; 2.96±1.53; p<0.045) diğerlerinden anlamlı biçimde daha yüksektir. Anneden ayrılık öyküsü ile KGİ/Ş-İlk ve KGİ/Ş-İzlem puanları arasında anlamlı fark belirlenmezken, bu öyküye sahip olanların KGİ/Ş-Son ortalaması diğerlerinden yüksektir (sırasıyla; 3.09±1.48; 2.46±1.27; p<0.009).

Babasında bedensel hastalık öyküsü olanların ortalama KGİ/Ş-İlk ve KGİ/Ş-Son puanları (sırasıyla; 5.11±1.21; 3.53±1.47) diğerlerinden (sırasıyla; 4.57±1.23;

2.50±1.30) anlamlı biçimde yüksektir (p<0.024; p<0.001). Babada bedensel hastalık öyküsü ile KGİ/Ş-İzlem puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Anne-babalarla ilgili demografik değişkenler Tablo 3'de yer almaktadır.

Tablo 3. Anne-Babalarla İlgili Demografik Değişkenler

	Anne n (%)	Baba n (%)
Ebeveyn Kaybı	15 (9.9)	18 (11.8)
Üvey Ebeveyn	30 (19.7)	21 (13.8)
Bedensel Hastalık	44 (28.9)	27 (17.8)
Ruhsal Hastalık	22 (14.5)	25 (16.4)
Eğitim Almamış	52 (38.0)	22 (18.0)
İlkokulu Bitiren	66 (48.2)	66 (54.1)
İlkokul Üzeri Eğitim Alan	19 (13.9)	34 (27.9)
Düzenli İşi Olan	113 (82.5)	37 (28.2)

TSSB tanısı Cİ nedeni ile gelenlerde anlamlı biçimde yaygın görülürken, SKB tanısı daha nadir bulunmuştur. Diğer tanılarla Cİ öyküsünün varlığı/yokluğu arasında ise anlamlı ilişki gözlenmemiştir. Genel grup ve Cİ Öyküsü olan/olmayan alt gruplarda psikiyatrik tanıların sıklığı ve alt gruplara göre tanıların karşılaştırması Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4. Genel Grup ve Cİ Öyküsü Olan/Olmayan Alt gruplarda Psikiyatrik Tanıların Sıklığı ve Alt Gruplara Göre Tanıların Karşılaştırması

	Toplam n (%)	Cİ n (%)	Diğer n (%)	p değeri
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	75 (49.3)	71 (59.2)	4 (12.5)	**0.0001**
Cİ İlişkili Diğer Tanılar	17 (11.2)	14 (11.7)	3 (9.4)	0.715
Mental Retardasyon-Psikoz	30 (19.7)	24 (20.0)	6 (18.8)	0.875
Duygudurum Bozuklukları	14 (9.2)	11 (9.2)	3 (9.4)	0.971
Yıkıcı Davranış Bozuklukları	32 (21.1)	22 (18.3)	10 (31.3)	0.111
Sınırda Kişilik Bozukluğu	36 (23.7)	24 (20.0)	12 (37.5)	**0.039**

Psikiyatrik tedavi gereksiniminin yanında, merkezde kabul nedenleri arasında; 60 (%39.4) olguda korunma gereksinimi, 51 (%33.6) olguda riskli davranışlar ve 6 (%3.9) olguda özkıyım davranışı/riski belirlenmiştir.

Cİ biçimleri incelendiğinde, penetrasyon öyküsü olanlar %70.8 (n: 85), penetrasyon içmeksizin sürtünme-dokunma şeklinde istismar edilenler ise %29.2 (n: 35) sıklıkta belirlenmiştir. Penetrasyon öyküsü olanların yaş ortalaması olmayanlardan anlamlı biçimde büyük bulunmuştur (sırasıyla; 15.05±2.07 yıl, 14.06±1.84 yıl, p<0.007). Penetrasyon öyküsü ile psikometrik ölçümler arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Penetrasyon öyküsü olan ve olmayanların aldıkları tanıların karşılaştırması Tablo 5'de incelenmiştir.

Tablo 5. Penetrasyon Öyküsü Olan ve Olmayan Olguların Aldıkları Tanılar

	Penetrasyon Var n (%)	Penetrasyon Yok n (%)	P değeri
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	49 (57.6)	22 (62.9)	0.598
Cİ İlişkili Diğer Tanılar	9 (10.6)	5 (14.3)	0.556
Mental Retardasyon-Psikoz	23 (27.1)	1 (2.9)	**0.001**
Duygudurum Bozuklukları	9 (10.6)	2 (5.7)	0.400
Yıkıcı Davranış Bozuklukları	17 (20.0)	5 (14.3)	0.462
Sınırda Kişilik Bozukluğu	14 (16.5)	10 (28.6)	0.132

Cİ nedeniyle gelenlerin 46'sında (%38.3) istismarcı aile içinden biri, 74'ünde ise (%61.7) aile dışından biri olarak bildirilmiştir. İstismarcının yakınlık derecesi incelendiğinde; bu olguların 24'ünün (%20.0) babası, 23'ünün (%18.3) babası dışında bir aile üyesi, 65'inin (%55.0) aile üyesi olmayan tanıdığı biri, 8'inin (%6.7) tanımadığı biri tarafından istismar edildiği görülmüştür. Aile içi ya da aile dışından biri tarafından kurban edilen olgularının yaş ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmemiştir (sırasıyla; 14.9±1.5 yıl, 14.6±2.3 yıl, p<0.763). Aileden biri tarafından kurban edilenlerin ortalama tedavi süreleri aile dışından biri tarafından kurban edilenlerden anlamlı biçimde uzun bulunmuştur (sırasıyla; 9.6±6.3, 7.6±4.7, p<0.040). İstismarcının aile içinden veya aile dışından olması ile psikometrik ölçüm puanları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. İstismarcının yakınlık derecesine göre olguların aldıkları tanıların karşılaştırması Tablo 6'da yer almaktadır.

Tablo 6. İstismarcının Yakınlık Derecesine Göre Olguların Aldıkları Tanıların Karşılaştırması

	Aile İçi n (%)	Aile Dışı n (%)	P değeri
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	33 (70.2)	38 (52.1)	**0.048**
Cİ İlişkili Diğer Tanılar	2 (4.3)	12 (16.4)	**0.042**
Mental Retardasyon-Psikoz	8 (17.0)	16 (21.9)	0.513
Duygudurum Bozuklukları	2 (4.3)	9 (12.3)	0.135
Yıkıcı Davranış Bozuklukları	6 (12.8)	16 (21.9)	0.206
Sınırda Kişilik Bozukluğu	7 (14.9)	17 (23.3)	0.262

Uygulanan tedavi yöntemleri incelendiğinde, hastaların tamamına yakınında ilaç tedavilerinin kullanıldığı görülmüştür. En sık tercih edilen ilaçlar antipsikotikler iken, ilaç dışında en sık tercih edilen girişim bireysel terapi olarak öne çıkmaktadır. İlaç ve diğer tedavi yöntemlerinin uygulanma oranları Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. İlaç ve Diğer Tedavi Yöntemlerinin Uygulanma Oranları

	Uygulanan n (%)	Uygulanmayan n (%)
İlaç Tedavisi	145 (95.4)	7 (4.6)
Antipsikotikler	118 (81.4)	27 (18.6)
Antidepresanlar	37 (25.5)	108 (74.5)
Duygudurum Düzenleyiciler	75 (51.7)	70 (48.3)
Diğer İlaç Tedavileri	22 (15.2)	123 (84.8)
Bireysel Terapi	132 (86.8)	20 (13.2)
Grup Terapisi	115 (75.7)	37 (24.3)
Çoklu Terapi	99 (65.1)	53 (34.9)

İlaç tedavisi uygulananların ortalama tedavi süreleri diğerlerinden anlamlı biçimde daha uzundur (sırasıyla; 8.05±5.45 ay, 2.00±1.67 ay, $p<0.001$). Antipsikotik veya antidepresan ilaç tedavileri uygulanan ve uygulanmayan olguların ortalama tedavi sürelerinde anlamlı fark bulunmazken, duygudurum düzenleyici ilaç uygulananların ortalama tedavi süreleri uygulamayanlardan anlamlı biçimde uzundur (sırasıyla; 8.4±4.3 ay, 7.5±6.5 ay, $p<0.025$). Tanılara göre antidepresan ilaçların uygulanma oranları Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Tanılara Göre Antidepresan İlaçların Uygulanma Oranları

	Uygulanan n (%)	Uygulanmayan n (%)
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	23 (31.9)	49 (68.1)
Cİ İlişkili Diğer Tanılar	9 (52.9)	8 (47.1)
Mental Retardasyon-Psikoz	3 (10.0)	27 (90.0)
Duygudurum Bozuklukları	-	14 (100)
Yıkıcı Davranış Bozuklukları	4 (13.3)	26 (86.7)
Sınırda Kişilik Bozukluğu	7 (20.6)	27 (79.4)

Tanılara göre antipsikotik ilaçların uygulanma oranları Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Tanılara Göre Antipsikotik İlaçların Uygulanma Oranları

	Uygulanan n (%)	Uygulanmayan n (%)
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	54 (75.0)	18 (25.0)
Cİ İlişkili Diğer Tanılar	11 (64.7)	6 (35.3)
Mental Retardasyon-Psikoz	26 (86.7)	4 (13.3)
Duygudurum Bozuklukları	14 (100)	-
Yıkıcı Davranış Bozuklukları	28 (93.3)	2 (7.4)
Sınırda Kişilik Bozukluğu	32 (94.1)	2 (5.9)

Tanılara göre duygudurum düzenleyici ilaçların uygulanma oranları Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Tanılara Göre Duygudurum Düzenleyici İlaçların Uygulanma Oranları

	Uygulanan n (%)	Uygulanmayan n (%)
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	34 (47.2)	38 (52.8)
Cİ İlişkili Diğer Tanılar	3 (13.6)	14 (20.0)
Mental Retardasyon-Psikoz	16 (53.3)	14 (82.4)
Duygudurum Bozuklukları	12 (85.7)	2 (14.3)
Yıkıcı Davranış Bozuklukları	13 (43.3)	17 (56.7)
Sınırda Kişilik Bozukluğu	19 (55.9)	15 (44.1)

Tanılara göre diğer ilaç tedavilerinin uygulanma oranları Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Tanılara Göre Diğer İlaç Tedavilerinin Uygulanma Oranları

	Uygulanan n (%)	Uygulanmayan n (%)
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	13 (59.1)	59 (48.0)
Cİ İlişkili Diğer Tanılar	2 (11.8)	15 (88.2)
Mental Retardasyon-Psikoz	6 (20.0)	24 (80.0)
Duygudurum Bozuklukları	-	14 (100)
Yıkıcı Davranış Bozuklukları	8 (26.7)	22 (73.7)
Sınırda Kişilik Bozukluğu	2 (5.9)	32 (94.1)

Olguların merkeze ilk geldiklerinde (ilk test) ve taburcu oldukları sırada (son test) uygulanan psikometrik ölçüm puanları ve ilk test ve son test puanlarının karşılaştırılması Tablo 12'de incelenmiştir.

Tablo 12. Merkeze Kabul ve Taburculuk Sırasında Uygulanan Psikometrik Test Puanlarının Karşılaştırması

	İlk Test	Son Test	p
ÇDÖ	20.0±12.3	13.2±11.8	**0.0001**
MOKSL	21.7±9.4	18.5±13.6	**0.0001**
ÇDSKE-1	39.0±9.5	35.2±8.9	**0.0001**
ÇDSKE-2	38.4±10.1	32.1±8.7	**0.0001**
KGİ (İlk / Son)*	4.6±1.1	2.6±1.3	**0.0001**
KGİ (İlk / İzlem)**	4.6±1.1	3.0±1.5	**0.0001**
KGİ (Son / İzlem)**	2.6±1.3	3.0±1.5	**0.0001**

*Merkeze kabul (İlk Test) ve taburculuk (Son Test) sırasında kaydedilen KGİ puanlarının karşılaştırması
** Merkeze kabul ve taburcu olduktan 2 ay sonra kaydedilen KGİ puanlarının karşılaştırması
***Taburculuk ve taburcu olduktan 2 ay sonra kaydedilen KGİ puanlarının karşılaştırması

Cİ olan ve olmayan olguların ilk test ve son test puanları ayrılarak her bir grup için tekrar analiz edilmiştir. Alt grupların her biri için ilk test ve son test puanlarının karşılaştırılması Tablo 13'de incelenmiştir.

Tablo 13. Merkeze Kabul ve Taburculuk Sırasında Uygulanan Psikometrik Test Puanlarının Cİ Öyküsü Olan ve Olmayan Gruplara Bölünerek Analizi

	Cİ			Diğer		
	İlk Test	**Son Test**	**p**	**İlk Test**	**Son Test**	**p**
ÇDÖ	20.5±13.2	13.4±11.3	**0.0001**	17.5±8.6	13.6±13.8	0.061
MOKSL	22.1±10.1	19.5±14.8	**0.001**	19.8±5.8	14.4±6.6	**0.002**
ÇDSKE-1	38.4±8.9	35.4±9.0	**0.008**	41.3±7.6	33.2±8.1	**0.012**
ÇDSKE-2	37.4±10.6	31.8±8.9	**0.002**	41.7±7.6	33.2±8.1	**0.007**
KGİ (İlk / Son)*	4.5±1.1	2.5±1.3	**0.0001**	4.7±1.2	3.1±1.4	**0.0001**
KGİ (İlk / İzlem)**	4.5±1.1	2.9±1.5	**0.0001**	4.6±1.3	3.3±1.5	**0.001**
KGİ (Son / İzlem)**	2.5±1.5	2.9±1.5	**0.003**	2.9±1.3	3.3±1.5	**0.013**

*Merkeze kabul (İlk Test) ve taburculuk (Son Test) sırasında kaydedilen KGİ puanlarının karşılaştırması
** Merkeze kabul ve taburcu olduktan 2 ay sonra kaydedilen KGİ puanlarının karşılaştırması
***Taburculuk ve taburcu olduktan 2 ay sonra kaydedilen KGİ puanlarının karşılaştırması

Cİ öyküsü olanlar arasında taburcu olduktan sonra SHÇEK'e yerleştirilenler; Cİ dışında nedenlerle gelenlerde ise ailesinin yanına dönenler daha yüksek oranda belirlenmiştir. Taburcu olduktan sonra izlemi sürdürülen olguların oranı Cİ grubunda diğerlerinden anlamlı olarak daha azdır. Olguların çıktıktan sonraki gittikleri yerlerin, ayaktan izlem ve öğrenimlerini sürdürme oranlarının toplam grup ve Cİ öyküsü olan/olmayan alt gruplara göre dağılımı Tablo 14'de gösterilmiştir.

Tablo 14. Toplam Grup ve Alt Gruplara Göre Olguların Çıktıktan Sonra Gittikleri Yerler, Ayaktan İzlem ve Öğrenimlerini Sürdürme Oranlarının Karşılaştırılması

	Toplam n (%)	**Cİ n (%)**	**Diğer n (%)**	**p değeri**
Çıktıktan Sonra Gittiği Yer				
Aile	64 (45.1)	47 (42.7)	17 (53.1)	
SHÇEK	72 (50.7)	61 (55.5)	11 (34.4)	
Bilinmeyen	6 (4.2)	2 (1.8)	4 (12.5)	**0.009**
Çıktıktan Sonra İzlem				
Var	70 (46.1)	47 (39.2)	23 (71.9)	
Yok	71 (46.7)	62 (51.7)	9 (28.1)	**0.004**
Öğrenimi Sürdürme				
Var	92 (60.5)	74 (61.7)	18 (56.3)	
Yok	60 (39.5)	46 (38.3)	18 (43.8)	0.578

Merkezde kaldığı sürede örgün eğitime devam edenlerin ortalama KGİ/Ş-Son ve KGİ/Ş-İzlem puanları (2.33±1.19; 2.77±1.25) devam etmeyenlerden (3.20±1.49; 3.64±1.89) daha düşük iken ($p<0.001$; $p<0.083$); KGİ/Ş-İlk ortalamaları arasında

anlamlı fark bulunamamıştır (p>0.05). Kızların taburcu olduktan sonra gittikleri yerlerin tanılara göre dağılımı Tablo 15'de gösterilmiştir.

Tablo 15. Kızların Taburcu Olduktan Sonra Gittikleri Yerlerin Tanılara Göre Dağılımı

	Aile	SHÇEK	Bilinmeyen	p değeri
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	27 (39.1)	42 (60.9)	-	**0.009**
Cİ İlişkili Diğer Tanılar	10 (62.5)	5 (31.3)	1 (6.3)	0.255
Mental Retardasyon-Psikoz	7 (25.0)	21 (75.0)	-	**0.013**
Duygudurum Bozuklukları	8 (57.1)	6 (42.9)	-	0.510
Yıkıcı Davranış Bozuklukları	9 (30.0)	20 (66.7)	1(3.3)	0.142
Sınırda Kişilik Bozukluğu	20 (58.8)	9 (26.5)	5 (14.7)	**0.0001**

Ailesinin yanına dönenlerin KGİ/Ş-İlk ve KGİ/Ş-Son ortalamaları diğerlerinden anlamlı biçimde düşük bulunmuştur. Olguların taburcu olduktan sonra gittikleri yere göre ortalama KGİ-Ş puanlarının karşılaştırması Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Olguların Taburcu Olduktan Sonra Gittikleri Yere Göre Ortalama KGİ-Ş Puanlarının Karşılaştırması

	Aile	SHÇEK	Bilinmeyen	p değeri
Tedavi Süresi	6.34±4.17	9.48±6.05	2.66±2.73	**0.0001**
KGİ/Ş-İlk	4.35±1.15	4.80±1.14	5.50±0.54	**0.009**
KGİ/Ş-Son	2.44±1.18	2.73±1.43	4.83±0.98	**0.002**
KGİ/Ş-İzlem	2.82±1.37	3.32±1.72	-	0.282

5. TARTIŞMA

Kentlere göç beraberinde birçok sorunu da getirir ki bu durum Türkiye'nin güneyinde bulunan ve 2 milyona yakın nüfusa sahip Adana ili için de geçerlidir. Evsizlerin, açlık sınırının altında ve sağlıksız koşullarda yaşayanların sayısı arttıkça suç oranları da hızla artmaktadır. 2009 yılı verilerine göre ülke genelindeki işsizlik oranı % 11 iken, Adana ilinde % 20.5'dir. Adana Valiliğinin 2009 Haziran ayı verilerine göre Adana'da Sosyal Güvenlik Kurumuna bağlı 356.545 çalışan olmasına karşın, yeşil kart sahibi 322.525 aile vardır.[158] Bu rakamlar Adana ilindeki sosyoekonomik durumu kabaca anlamaya yardımcı olabilir. Adana ilinde istismar ve ihmal olgularına sık rastlanıyor olmasının nedenleri arasında; ilin karmaşık yapısı ve yoksulluğun yaygın olması önemli etmenlerdir. Olguların %21.7'sinin göç eden ailelerden gelmesi, Çİ'de sosyo-kültürel etmenlerin önemini vurgularken, yukarda özetlenen görüşleri de desteklemektedir. Dünyada istismar ve ihmale uğramış çocuklara yönelik birçok rezidental merkez bulunmasına karşın, Türkiye'de böyle merkezlerin ilk örneği olan Oğuz Kağan Köksal Sosyal Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, bölgesel özellikler de dikkate alınarak Adana ilinde açılmıştır. Merkeze kabul edilen kızların % 63.8'i Adana ilinden gelirken, farklı illerden benzer sorunlarla kabul edilenlerin oranı % 36.2'dır. Merkezin öncelikli olarak Adana ilinde yaşayan kızlara hizmet vermesi amaçlanmıştır, ancak ülkemizdeki tek kuruluş olması nedeniyle diğer illerden olgulara da mümkün olduğunca hizmet verilmeye çalışılmıştır. Tüm bu nedenlerle Adana'dan gelen olguların daha sık olması beklenen bir bulgudur. Ülkemizin aksine dünyada rezidental hizmetlerin yaygın olduğu görülmektedir. Amerika'da 1997 yılında 117.720 çocuğun rezidental tedaviden yararlandığı bildirilmiştir.[159] Bu merkezler sundukları hizmete uygun genel ya da özel olguları barındırmaktadır. Hizmet alan hedef gruplar arasında en önemlileri; istismar mağduru, suça yönelik davranışları olan, evsiz ya da evden kaçmış, alkol-madde kullanım bozukluğu olan çocuk ve ergenlerdir.[160]

Oğuz Kağan Köksal Sosyal Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi kuruluşundan bu yana geçen 6 yıllık süre içinde 8-18 yaşlarında toplam 152 kız tedavi görmüştür.

Merkeze alınması Çukurova Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı tarafından önerilenlerin oranı % 18.4, SHÇEK tarafından önerilenlerin oranı ise % 47.4 olarak belirlenmiştir. Yatıştan önce koruma altına alınmalarını çabuklaştırılması konusunda Adana Çocuk Mahkemesi ile gerekli işbirliği yapılmıştır. Merkeze alınacak kızların çoğunda yasal süreçler ve yazışmaların takibi ve hızlandırılması, hukuki danışmanlık gibi konularda Adana Barosu Çocuk Hakları Komisyonu işbirliğine dayanan katkılar sağlamıştır.

Çocuklar yetişkinlere oranla daha fazla şiddete maruz kalmaktadır.[28] Şiddete maruz kalmak gibi tanık olmanın da ruh sağlığına olumsuz etkileri bilinmektedir. Telefonla ulaşılarak bilgi alınan 0-17 yaşlarında 4549 çocuk arasında; aile içi şiddete maruz kalanlar % 9.8, yaralanmayla sonuçlanan biçimde şiddete maruz kalanlar % 10, şiddete tanık oldanlar % 25, silahlı saldırıya maruz kalanlar % 5, cinsel saldırıya maruz kalanlar % 2 sıklıkta belirtilmiştir.[21] Bir ailede herhangi bir istismar tipi varsa diğer biçimlerinin de olabileceği bilgisi, şiddet yaşanan ailelerde yetişen çocukların taşıdığı riskleri tahmin edebilmek için önemlidir. Bu çalışmanın bazı bulguları da istismar tiplerinin sıkça birlikte olduğu fikrini desteklemektedir. Aile içi şiddet öyküsü genel grupta % 61.8 gibi yüksek bir orandadır ve Cİ mağduru olan kızların % 58.3'ü, Cİ öyküsü olmayanların ise % 75'i tarafından bildirilmiştir. Çalışmamızda normal kontrol grubu bulunmadığından, her iki grupta da yüksek olmakla birlikte oranlar arasındaki farkın birbiri ile kıyaslanarak yorumlanması yanıltıcı olabilir.

Düzenli bir işe sahip olmayan anneler % 82.5 babalar ise % 28.2 oranında belirlenmiştir. Ebeveynlerin eğitim düzeyi araştırıldığında, annelerin % 48.2'si ilkokul mezunu olduğu; annelerin % 38'inin, babaların ise % 18'inin hiç eğitim almadığı görülmüştür. Ailenin sosyokültürel ve ekonomik özellikleri de aile işlevleri için önemlidir. Merkeze kabul edilen kızların genellikle sosyokültürel ve ekonomik sınırlılıkları olan ailelerden geldikleri görülmektedir. Annenin eğitim düzeyi düştükçe ÇCİ yaygınlığının ve istismarın daha ağır biçimlerinin sıklığının arttığı bildirilmiştir.[161,162]

Bu çalışmada ailede alkol kötüye kullanımı bildiren olgular % 30 sıklıkta belirlenmiştir ve bu oran Cİ nedeni ile gelenlerde % 28.3, diğer nedenlerle gelenlerde ise % 37.5'dir. Başka bir çalışmada ÇCİ mağdurlarının ebeveynlerinde alkol-madde kullanımını öyküsü % 60.8 olarak bildirilmiştir.[163] Önceki çalışma ve bizim

belirlediğimiz oranlar arasındaki farklılık örnekleme özgü ya da kültürel nedenlerle ilgili olabilir.

Çocukluk çağı ruhsal bozukluklarında ebeveynlerin ruhsal ve bedensel sağlığı önemli olduğu genel kabul gören bir durumdur. Amerikalı çocukların en az % 8'inin depresif bir ebeveynle yaşamakta olduğu bildirilmiştir. Çocuk bakıcıları arasında depresyon % 23 kadar sık oranlardadır.[164] Annedeki depresyon çocuğa yönelik sosyal desteğin daha kısıtlı olması, finansal zorluklar gibi sonuçlara yol açabilmektedir.[165] Çocukluğunda kötü muamele görmüş olan kadınlar, yetişkinliklerinde daha fazla depresif belirti gösterir ve kendi çocuklarına da daha sık kötü muamelede bulunurlar.[166] Bu çalışmada ruhsal hastalık öyküsü anneler için % 14.5 babalar için % 16.4 sıklıkta belirlenmiştir. Bedensel hastalık öyküsü ise annelerin % 28.9'unda, babaların % 17.8'inde belirlenmiştir. ÇCİ mağdurlarının ebeveynlerinde ruhsal bozukluk sıklığı % 8.4 olarak bildirilmiştir.[163] Ebeveynlerde özellikle de annede kronik hastalık bulunması yaşam kalitesini azaltmanın yanında; çocuklarını denetleme, güven aşılama, bağlanma ve disiplin gibi alanlarda işlev düzeylerini kısıtlayabilmektedir. Sonuç olarak, ebeveynlerin ruhsal veya bedensel hastalık öyküleri pek çok farklı alanda aksamayı beraberinde getirerek Çİ için önemli bir risk etmeni oluşturmaktadır. Ek olarak, annede ruhsal hastalık öyküsü KGİ/Ş-Son ve –İzlem ortalamalarında, Anneden ayrılık öyküsü ise KGİ-Son ortalamalarında anlamlı artışla ilişkili bulunmuştur. Tedaviden önce sosyal hizmet kurumlarında ya da sokakta kalanlar % 13.2 sıklıkta belirlenmiştir. Tedaviden önce ailesi ile yaşan kızların KGİ/Ş-Son ve –İzlem puanlarının kurum ya da sokaktan gelenlere göre daha düşüktür. Tüm bu olumsuz etmenler, özellikle erken yaşam güçlükleri, bağlanma ve aile içi sorunlar gibi duygusal ve zihinsel gelişimi yakından ilgilendiren durumlara zemin hazırlaması açısından önemlidir. Bulgularımıza göre, bu etmenler tedavi yanıtlarını ve izlem bulgularını da olumsuz etkiliyor olabilir. benzer olarak, boşanma, evlilik çatışması, aile içi şiddet, aile desteğinin ve aile bağlarının yetersiz olması ÇCİ mağdurların ailelerinde sık görüldüğü bildirilmiştir.[19] ÇCİ mağduru çocukların % 58.3'nün aileleri ile beraber yaşadıkları belirlenmiştir.[162] Bizim örneklemimizde ise boşanma oranı genel grupta % 35.5 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, boşanma oranlarının Cİ öyküsü bildirmeyen olgular arasında daha yüksek olduğu görülmektedir. Örneklemimizin özellikleri düşünüldüğünde, Cİ öyküsü olmayanların çoğunda da diğer istismar biçimlerinin kronik biçimde bulunmasından dolayı, iki

gruptaki boşanma sıklığını yorumlamak yanıltıcı olabilir. Olguların % 19.7'sinin üvey annesi, % 13.8'inin ise üvey babası vardır.

Evlilik dışı yolla dünyaya gelmiş olma, terk edilme, boşanma ya da ölüm nedeniyle anneden ayrı kalma gibi olumsuz öyküler ÇCİ kurbanı çocuklar arasında sıktır. Ayrıca bu öykülere sahip olan çocuklar daha sık olarak akraba/koruyucu aile yanında veya yuvalarda kalırlar.[167] Bu çalışmada yer alan olgularda; anne kaybı % 9.9, baba kaybı ise % 11.8 sıklıkta belirlenmiştir. Annesi hayatta olmayanların KGİ/Ş-İzlem ortalaması, babası hayatta olmayanların ise ortalama yatış süreleri diğerlerinden anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur. Ek olarak, babada bedensel hastalık öyküsü ise KGİ/Ş-İlk ve KGİ/Ş-Son ortalamalarında anlamlı artışla ilişkilidir. Önceki çalışmaların bulguları ile uyum gösteren bu oranlar rezidental tedaviler gibi daha kapsamlı girişimlere gereksinim duyanlarda ailesel özelliklerin önemini vurgulamak açısından önemlidir.

Aile ile ilgili olarak yukarıda özetlenen bulgular bir arada değerlendirildiğinde; aile ve ebeveyne ait olumsuz öykülerin belirti şiddeti, tedavi yanıtı ve sonucu ile ilgili süreçlerin tamamını olumsuz etkilediği akla gelmektedir. Çocuğun anne sıcaklığını hissedememesi, babanın baskıcı yapısı, bedensel veya ruhsal sorunları nedeni ile ilgisizliği gibi olumsuz öyküler ÇCİ olgularında daha sıktır. Bu durumlar aile bağlarının azalmasına ve bağlanma sürecinde sorunlara neden olur ki bu yapı ÇCİ için hazırlayıcı bir ortam oluşturabilir.[168]

Tüm olgular arasında daha önce hiç eğitim almamış olanların oranı % 7.9 olarak belirlenmiştir. Türkiye Cumhuriyeti yasalarına göre 8 yıl eğitim zorunlu olduğu düşünüldüğünde, bu yaş aralığındaki kızlarının ortalama eğitim sürelerinin 8-9 yıl olması beklenebilir. Öte yandan, burada sunulan örneklemin ortalama eğitim düzeyi 6.5 yıl gibi beklenenin altında bulunmuştur. Çocukluk ve ergenlik döneminde Cİ öyküsü bildiren erişkinlerin ortalama eğitim düzeyi yaklaşık 12 yıl olarak bildirilmiştir.[169] Bilişsel yetersizlik özellikle çocuk yaş grubunda istismar ve ihmal açısından önemli bir risk etmenidir.[170] Çocuk ve ergenlerin eğitim düzeylerinin düşük olması yaşamda karşılaştıkları haksızlıkları algılamalarını engelleyebilmektedir. Eğitim düzeyinin artması ile paralel; kendilerine güven hissinin artması ve sorunlar karşında etkin çözüm üretme becerileri kazanmalarına katkı sağlayabilir. Bu çalışmada yer alan olguların %60.5'i merkezde bulundukları süre içinde eğitimini sürdürmüş, yaklaşık 1/3'ü ise tedavi sırasında eğitimini sürdürememiştir. Eğitimin aksamasının en sık nedenleri; ciddi

ruhsal bozukluklar, merkezden kaçma riski ve dış tehditler nedeniyle yaşamı tehlike altında olanlar için okulda yeterli güvenliğin sağlanamamasıdır.

ÇCİ her yaşta görülebilmekle birlikte, ilk istismar olayının en sık 8-12 yaşları arasında olduğu bildirilmektedir.[171] Türkiye'de yapılan iki çalışmada, çocuk psikiyatrisi kliniğine başvuran ÇCİ olguların ortalama yaşı 10.9 yıl ve 12.1 yıl olarak bildirilmiştir.[172,173] Bizim çalışmamızda ise ÇCİ kurbanı kızların yaş ortalaması 14.6 yıl gibi önceki çalışmalarda bildirilenden büyük bulunmuştur. Bu farklılık örnekleme ait özelliklerle açıklanabilir; diğerlerinden farklı olarak, burada yer alan olgular "Rezidental Tedavi" gibi kapsamlı girişimlere gereksinimi olan daha ağır olgulardır. İstismar yaşantılarının sıklıkla erken yaşlarda başladığı ve süregen olduğu göz önüne alındığında, olgularımızın çoğunun kronik ve ağır biçimde istismara uğramış olması bu farkın en olası nedenidir.

Farklı çalışmalarda ÇCİ olgularında genital penetrasyon oranları % 31.9 - % 76.6 gibi geniş bir aralıkta bildirilmektedir.[174,175] Bu çalışmada yer alan ÇCİ olgularda penetrasyon öyküsü % 70.8 şeklinde yüksek bir oranda belirlenmiştir. Aile sorunları, gelişimsel gerilikler, duygudurum bozuklukları veya SKB gibi ciddi psikiyatrik başka ciddi sorunların sık olduğu bu özel grupta penetrasyon ile ilgili sonuçların beklenenden farlı çıkmasının örnekleme özgü birçok nedeni olabilir. Daha açık yorum için ayaktan izlenen ÇCİ olguları ile karşılaştırmalı analizler gerekmektedir. Kesin bir kural olmasa da, istismara ait detaylar sonraki etkilenmenin düzeyi ile ilgili olabileceğinden, ÇCİ olgularını değerlendirirken göz önünde bulundurulması önerilmektedir. Genital penetrasyon içeren ÇCİ olgularında ruhsal belirtilerin daha sık ve/veya daha ağır olabileceği bildirilmektedir.[176] Yazınla uyumsuz olarak, çalışmamızda penetrasyon öyküsü ile psikometrik ölçümler arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Öte yandan, penetrasyon öyküsünün anlamlı biçimde artmış tedavi süreleriyle ilgili bulunması, bu olgularda daha uzun tedavi gereksinimi ve dolaylı olarak daha ağır etkilenmeyi destekliyor olabilir.

Cİ çocukluk ve ergenlik dönemi boyunca ruh sağlığını etkileyebileceği gibi erişkin döneminde de majör depresyon, dissosiyatif bozukluk, TSSB ve diğer anksiyete bozuklukları, cinsel uyum bozukluğu gibi pek çok ruhsal bozuklukla ilişkilidir.[177,178] ÇCİ gibi travmatik deneyimler kişiler arası ilişki kurma ve sosyal ilişkileri sürdürebilme becerisini de olumsuz etkileyebilmektedir.[179] ÇCİ mağduru çocuk ve ergenlerde

depresyon, sekonder enürezis-enkoprezis, DEHB, okul sorunları, cinsel sorunlar, benlik algısında düşme, kişiler arası sorunlar ve bilişsel, sosyal, duygusal gelişimde aksamalara yol açabilmektedir.[180,181] Bu çalışmadaki olguların aldığı psikiyatrik tanılar; TSSB % 49.3, SKB % 23.7, yıkıcı davranım bozuklukları % 21.1, MR-psikoz % 19.7 ve duygudurum bozukluğu % 9.2 oranlarında belirlenmiştir.

Yaşam boyu TSSB yaygınlığı % 7.8;[182] Travma yaşanan toplumlarda ise % 8-16 olarak bulunmuştur.[183] İstismarın erken dönemde neden olduğu belirtilerin başında anksiyete gelmektedir. Bu durum huzursuzluk, uyku ve yeme sorunları gibi davranış değişiklikleri ya da TSSB gibi daha karmaşık tablolarla kendini gösterebilir.[184] Travmatik yaşantılar içinde en yüksek TSSB oranlarının ÇCİ ile ilgili olduğu ve belirtilerin daha uzun sürdüğünü belirtilmektedir.[185,36] Cİ kurbanı çocuklarda TSSB % 44 - % 71 oranları ile en sık bildirilen ruhsal bozukluktur.[186] Benzer olarak, bu çalışmada da Cİ nedeniyle gelenlerde TSSB oranı diğerlerinden anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur.

SKB olgularında ÇCİ öyküsü % 70 - % 80 gibi yüksek oranlarda bildirilmektedir.[187] Bizim çalışmamızda, bu tanıyı alanlar Cİ nedeniyle gelenlere kıyasla diğer nedenlerle gelenlerde anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Önceki çalışmalarla uyumsuz olan bu sonuç; örnekleme ait özellikler ve özkıyım veya davranış bozuklukları nedeniyle gelenlerin "diğer tanı" grubunda yer alması ile ilgili olabilir. Ayrıca SKB'ye zemin hazırlayan çatışma/şiddet gibi aile ile ilgili olumsuz etmenlerin tüm örneklemde yaygın olması da sonuca katkı sağlamış olabilir.

Fiziksel veya zihinsel geriliği olan çocukların diğer çocuklara oranla 2 kat fazla ÇCİ kurbanı oldukları rapor etmektedir.[188,189,190] Gelişimsel sorunları olan kadınlarda yaşam boyu cinsel saldırıya uğrama oranlarının % 68 - % 83 olduğu ve bunların çoğunun sağlık ve/veya adli servislerinden yardım alamadığı rapor edilmiştir.[191] Bizim çalışmamızda MR/Psikoz tanıları genel grupta % 19.7; Cİ öyküsü olanlarda ise % 20 sıklıkta saptanmıştır. Diğerlerine daha bağımlı olmaları, çok sayıda bakıcıya emanet edilmeleri, sosyal yetersizlikleri, yargılama zayıflıkları, yardım arama ve isteme sorunları, istismarı anlama ve bildirmekteki güçlükleri gibi nedenlerle, MR çocuk ve ergenler olumsuz yaşantılar için daha savunmasızdırlar.[192] Özürlü çocuklarda bağırsak-mesane sorunları, iştah-uyku düzensizlikleri veya depresif belirtiler gözlendiğinde ÇCİ olasılığı araştırılmalıdır.[193] Bu çocukları istismarcılar için kolay görünen bir hedef

haline getiren; bilişsel ve sosyal yetersizlikleri nedeni daha az konuşabilmeleri, kolay korkutulabilmeleri, söylese de kimsenin onlara inanmayacağı beklentileridir.[194] ÇCİ öyküsü bildirenlerin oranı; şizofren kadınlar arasında % 60, sağlıklı kontroller arasında ise % 13.4 olarak bildirilmiştir.[195] Gerçeği değerlendirme yetisinde bozuklukla ilişkili ağır ruhsal tanılar, bildirimin güvenilirli konusunda kaygılar nedeni ile yasal süreçlerde güçlüklere neden olarak bu olguların korunmasında aksamalara yol açabilmektedir. Bu olgular arasında istismarın daha ağır biçimlerinin de daha sık olduğu düşünülmektedir. Bu bilgi ile uyumlu biçimde, MR/Psikoz tanı grubunda yer alan kızlarda penetrasyon içeren biçimde istismara uğrayanların oranı anlamlı düzeyde fazladır.

ÇCİ öyküsü ile özkıyım girişimi veya düşüncesi arasında güçlü bağlantı olduğu bilinmektedir. ÇCİ'nin hiç olmadığı varsayıldığında; yaşam boyu özkıyım girişimi yaygınlığının kadınlarda % 28, erkeklerde % 7, genel toplumda ise % 11.9 azalacağı öngörülmektedir.[196,197] ÇCİ olgularında duygudurum belirtilerinin varlığının geçmiş özkıyım girişimi oranlarında % 10 kadar artışla ilgili olduğu bulunmuştur.[196] Çocuk ve ergen özkıyım olgularının yönetiminde ÇCİ olasılığını düşünmek önemlidir.[196,198] Bu çalışmada geçmiş özkıyım girişimlerinin sıklığı ayrıntılı sorgulanmamıştır, ancak ilk değerlendirmede özkıyım riskinin varlığı merkeze kabul aşamasında göz önünde bulundurulan etmenlerdendir. Özkıyım riski nedeni ile merkeze kabul edilenler % 3.9 oranında belirlenmiştir. ÇCİ ve diğer olumsuz yaşantıların ardından gelişen ruhsal sorunların pek çoğu özkıyım açısından risk oluşturabilmektedir. Bu nedenle, saptanan psikiyatrik tanı ve bunun şiddeti ayaktan tedavi için uygun olsa dahi, özkıyım riski olanlarda yataklı tedaviler öncelikle göz önünde bulundurulmalıdır.

İstismarcının yakınlık derecesi kurbanın kendini koruma becerisini, ailenin olaya yaklaşımını ve travmatik belirtilerin şiddetini etkileyebilen önemli bir etmendir. Bu çalışmada olguların % 55'i aile üyesi olmayan tanıdık biri tarafından istismar edildiğini bildirirken; % 20'si baba, % 18.3'ü baba dışında aile üyesi ve % 6.7'si tanımadığı biri tarafından kurban edilmiştir. Başka bir çalışmada yakınlık derecesine göre istismarcıların oranları; % 15 yabancı biri, % 38.3 akraba ve % 46.3 daha önce tanıdığı biri olarak bildirmiştir.[199] Özellikle istismarcının aile içinden olduğu durumlarda olguların tedavisi kadar korunması da önem kazanır. Rezidental sistemler, tedavi ve korunmayı eşzamanlı sağladığından, tekrarlayan yaşantıların önlenmesi açısından avantajlıdır.

ÇCİ mağdurlarında travmatik etkilenmenin ciddiyeti başa çıkma becerilerinin düzeyi, aile ve sosyal çevrenin verdiği tepki ve/veya destek düzeyi yakından ilişkilidir.[200] Aile içi ÇCİ olgularının kendini daha fazla suçlama ve durumu daha az olumlu algılama eğilimlerinin yanında, güven sağlamada daha fazla zorluk çektikleri bilinmektedir. Tanıdık biri tarafından cinsel saldırıya uğramış olmak iyileşme sürecini etkileyebilir; daha fazla ruhsal sorunla ve özellikle TSSB ile sonuçlanma olasılığı artar.[201] Benzer olarak, TSSB tanısı aile üyelerinden biri tarafından istismar edilenlerde sıktır ve bu olguların ortalama tedavi süreleri, aile dışından biri tarafından kurban edilenlerden anlamlı biçimde uzun bulunmuştur. Tedavi sürelerindeki artış dolaylı olarak daha ağır ruhsal belirti ve daha uzun tedavi gereksinimini vurguluyor olabilir. Öte yandan, aile içi istismar olgularının çoğunun SHÇEK'e gönderilmiş olması, olguların geri dönmesi için uygun aile ortamının sağlanamaması sürenin uzamasında önemli rol alan ikincil etmenlerdir.

Kızların çoğunun (% 95.4) tedavisinde en az 1 ilaç uygulaması yer almıştır. En sık kullanılan ilaçlar % 81.4 oranı ile antipisikotikler iken, duygudurum düzenleyiciler % 51.7, antidepresanlar % 25.5 ve diğer ilaçlar % 15.2 oranında tercih edilmiştir. Bağlanma sorunları, sosyoekonomik düzeyin ve eğitim düzeyinin düşük olması, işlevsiz savunma düzenekleri gibi çocuk ve ergene ait bazı etmenler TSSB'nin gidiş ve sonlanışını etkileyebilmektedir. Ek olarak travmanın tipi, şiddeti, süresi gibi olaya özgü değişkenler de ruhsal belirtilerin şiddetini etkileyebilir.[202] İlaç tedavileri uygulanan kızların ortalama tedavi süreleri diğerlerinden anlamlı biçimde uzun bulunmuştur. Daha uzun tedavi gereksinimi ağır psikopatolojisi olanları işaret ediyor olabilir ki bu olgularda ilaç tedavilerine daha sık yer verilmesi beklenen bir durumdur.

TSSB olgularında ilaç tedavilerinden beklenti tam remisyondan çok belirtilerde azalma ve işlev düzeyini artırılmasından ibarettir. TSSB diğer anksiyete bozukluklarına göre tedaviye daha dirençlidir ve tedavi olanların % 40'ı yıllar sonra da bu tanı almaya devam etmektedir.[203] Tüm ilaç tedavileri bir arada değerlendirildiğinde yarar görenlerin oranı % 59 iken; plaseboya yanıt oranı % 39 olarak bildirilmiştir.[204] Antidepresanlar TSSB tedavisinde en sık kullanılan ilaç grubudur.[205] Bizim çalışmamızda, antidepresanlar genel grupta % 25.5; TSSB tanısı alanlarda ise % 31.9 oranında uygulanmıştır. TSSB tedavisinde FDA (Food and Drug Administration) tarafından onaylanmış olan iki ilaç; SSGİ grubu antidepresanlar arasında yer alan sertralin ve

paroksetindir. FDA onayı olmasa da diğer antidepresanların da benzer etkinliğe sahip olduğu genel kanıdır.[122] TSSB tedavisinde SSGİ'lerin temel kısıtlılıkları; olumlu etkilerine kısa sürede tolerans gelişmesi, duygudurum dalgalanmaları, irritabilite gibi istenmeyen etkilerinin TSSB'de diğer tanılardan daha sık görülmesi, tam düzelme oranlarının % 25-30'u geçmemesi, olguların % 40'ında rezidüel belirtiler ve kronikleşmenin görülmesi olarak özetlenebilir.[203,206] TSSB olgularında sertralin tedavisinin depresyon ve TSSB ana belirtilerinde azalma sağladığı bildirilmiştir.[207,208] Fluoksetin ile kaçınma gibi TSSB belirtileri ve depresif belirtilerde azalma görülmüştür.[209,210,211] TSSB'de ilk seçenek olmakla birlikte, SSGİ ilaçların anksiyete bozukluğu hastalarının yaklaşık % 50-60'ında etkili olduğunu bilinmektedir.[212]

TSSB olgularında oldukça sık görülen eştanılar tedavide seçilecek ilaçlar açısından en önemli belirleyicidir.[203,213] Antidepresanlar % 52.9 oranı ile en sık depresif bozukluk, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk olgularını içeren "TSSB dışında, Cİ ilişkili diğer bozukluklar" tanı grubunda tercih edilmiştir. Antidepresanların birincil kullanım alanları olan depresyon ve anksiyete bozukluğu olgularında sık kullanılmış olması, yukarda özetlenen literatür bilgileri ile uyumludur. Hafıza bozuklukları, hipomani, mani, ağır davranış sorunları ve psikoz durumlarında antidepresanların kullanımından kaçınılması gerekir. Bu özellikle çocuk ve ergen olgular için daha önemlidir.[214] Çalışmamızda MR/Psikoz, Yıkıcı Davranış Bozuklukları veya BB tanısı ile takip edilen hastalarda antidepresan ilaçların kullanımına diğer tanı gruplarından daha az yer verilmiş olması yazın bilgileri ile uyumludur.

Başta yıkıcı davranış bozukluklarının tedavileri olmak üzere, çocuk ve ergen yaş grubunda antipsikotik ilaç kullanımı dünya genelinde artmaktadır.[215,216] Bu bilgiyle uyumlu olarak, yıkıcı davranış bozukluğu olanların % 93.3'ünde ve SKB olanların % 94.1'inde antipsikotik ilaç tedavileri uygulanmıştır. Bu bulgu çocuk ve ergen yataklı tedavi uygulamaları sırasında antipisikotiklerin oldukça yaygın kullanıldığını bildiren çalışmaların bulgularıyla da uyumludur. Ülkemizdeki bir çocuk ve ergen ruh sağlığı yataklı servisinde en sık kullanılan ilaç tedavisinin atipik antipsikotikler olduğu ve olguların % 80.4'ünde kullanıldığı bildirilmiştir.[217] Bu çalışmada oldukça yüksek oranlarda antipsikotik uygulanmış olmasının en önemli nedenleri şunlardır; örneklemde İkinci Eksen Tanılarının yaygınlığı, antidepresanlara bağlı

duygudurum dalgalanmaların TSSB olgularında daha sık görülmesi, ciddi duygusal/davranışsal sorunları olan ergenlerin uzun tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde dışarıya kapalı sayılabilecek bir ortamı paylaşıyor olmaları, kendine veya çevreye zarar verme davranışlarının/girişimlerinin olgularımız arasında yaygın olması.

Travmaya bağlı gelişen ruhsal sorunlar pek çok farklı klinik tablo ile görülebileceğinden, uygulanan ilaç tedavileri de belirtiler göz önüne alınarak geniş bir yelpazede görülebilmektedir. Antipsikotiklerin TSSB'de etkinliği yeterince araştırılmamıştır ve bulguların çoğu açık izlem verilerine dayanmaktadır. Bununla birlikte, tekli ya da ekleme tedavi olarak yararlı olabileceklerine inanılmaktadır. Bu çalışmada TSSB tanısı alan kızların % 75'inde antipsikotik ilaç tedavileri uygulanmıştır. Atipik antipsikotiklerden olan risperidon özellikle psikotik belirtisi olan TSSB olgularında önerilmektedir.[218] Açık klinik çalışmalarda risperidonun TSSB belirtilerini önemli ölçüde azalttığı gösterilmiştir.[219,220] Diğer bir atipik ajan, olanzapin TSSB ana belirtilerinin yanında psikotik belirtilirler, uyku sorunları ve yıkıcı davranışlarda da faydalı bulunmuştur.[221,222] Olanzapinin yararlarını destekleyen az sayıda çalışmaya karşın, randomize plasebo kontrollü bir çalışmada TSSB belirtilerinde etkisiz bulunmuştur.[223] Diğer tedavilere dirençli TSSB hastalarında ketiyapin tedavisi ile yeniden yaşantılama belirtisinde azalma bildirilmiştir.[224] Aripiprazolun tekli ya da ekleme tedavi olarak hem TSSB ana belirtilerinde hem de anksiyete, depresyon ve psikotik belirti gibi eşlik eden diğer alanlarda yararlı olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır.[225,226,227]

Duygudurum düzenleyicilerin psikiyatride en sık kullanım alanı BB olgularının tedavisidir. TSSB olgularında sık görülen duygulanım dalgalanmalarına da BB'ye benzer yollarla fayda sağladıkları düşünülmektedir.[66,228] Antiepileptik olamayan duygudurum düzenleyici ajan lityumun TSSB tedavisinde yeri hakkında bildiler açık klinik çalışmalara dayanmaktadır.[229] Tedaviye dirençli TSSB hastalarında lityum uygulaması ile travmatik belirtiler, irritabilite, agresyon ve alkol tüketiminde azalma sağlandığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır.[230,231,232] Lityumun TSSB'de görülen duygudurum dalgalanmaları ve öfke patlamalarına etkili olabileceği düşünülmektedir.[232] Duygudurum düzenleyiciler % 85.7 oranı ile en sık BB tanısı alanlarda kullanılırken, TSSB olguların % 47.2'sinin tedavisinde yer almıştır.

TSSB etyolojisinde önemli rolü olan glutamat, CRH salınımı sağlayarak HPA aksını düzenlenmesinden sorumludur. HPA düzensizliğinin TSSB oluşumunda ana yapısal nedenlerden olduğu konusunda güçlü deliller vardır. CRH düzeyinde azalma lokus seruleusta aktivasyona yol açarak kortizol salınımını etkiler ve bu döngünün sonucunda kaçınma ve yeniden yaşantılama belirtilerinin oluştuğu sanılmaktadır. Antiepileptik ajan olan lamotrijin glutamaterjik sistem üzerinden etkinlik göstermektedir. Çocuklarda yeterli çalışılmamış olmakla birlikte, erişkinlerde duygudurum düzenleyici olarak sıkça kullanılmaktadır.[233] TSSB ana belirtilerinde faydalı olduğu bildirilen lamotrijinin; ilgili beynin bölgelerinde stres etkilerini azaltarak, nöron koruyucu etki sağlayabileceği düşünülmektedir.[234] Valproik asit psikiyatride duygudurum düzenleyici olarak sık kullanılan diğer bir antiepileptiktir. Valproik asitin çocuklarda antimanik etkinliğini gösteren çalışmalar vardır.[235,236] TSSB'de etkinliği yeterince araştırılmamış olsa da; kişilerarası sorunlar, öfke patlamaları, sinirlilik, irkilme ve kaçınma belirtilerinde düzelme sağlayabileceği bildirilmiştir.[229,237] Topiramat epilepsi tedavisi dışında duygudurum bozuklukları, yeme bozuklukları ve migren profilaksisinde de yaygın kullanılmaktadır.[238] Topiramatın TSSB hastaları tarafından iyi tolere edildiği ve ana belirtilerde azalma sağladığı bildirilmiştir.[239] Karbamazepinin çocuklarda davranış sorunları ve hiperaktivite belirtilerine yararlı olduğunu bildiren çalışmalar vardır.[240,241] TSSB tedavisi olarak yeniden yaşantılama ve gece kâbusları, depresyon belirtilerinde azaltma sağladığı, hırçınlık ve eşlik eden alkolizmi önlemede etkili olduğu bildirilmiştir.[242,243] Karbamazepinin ÇCİ kurbanı çocuklarda, depresyon ve davranış sorunlarına etkili olduğunu bildirilmiştir.[125] Bu ilacın SKB olgularında görülen davranışsal belirtilerde belirgin düzelme sağlandığı belirtilmiştir.[244] Duygudurum düzenleyiciler özellikle ağır belirti şiddeti ve çoklu tanıları olan travmatik olgularda daha yaygın tercih edilmektedir. Antipsikotik veya antidepresan ilaç tedavileri uygulanan ve uygulanmayan olguların ortalama tedavi sürelerinde anlamlı fark bulunmazken, duygudurum düzenleyici ilaç uygulananların ortalama tedavi süreleri uygulamayanlardan anlamlı biçimde uzundur, antipsikotik veya antidepresan tedavi grupları için benzer ilişkinin bulunmadığı gözlenmemiştir. Bu ilaçlar farklı eştanıları ya da ağır duygudurum dalgalanmaları olan, belirti şiddeti yüksek olgularda daha sık tercih edilmiştir. Yazın bilgileri ile uyumlu görülen bu bulgu, duygudurum düzenleyici

uygulananlarda daha ağı belirti düzeyi ve daha uzun tedavi gereksinimin yaygın olması beklenen bir durumdur.

Burada sunulan tedavi sisteminde olduğu gibi, rezidental tedavilerin en temel özelliği çoklu tedavi yaklaşımlarını bir arada içermeleridir. Çoklu girişimleri bir arada içeren tedavi sistemleri; ÇCİ kurbanlarının ruh sağlığını korumak, madde kullanımı ve cinsel davranış sorunlarını azaltmak açısından önemli avantajlar sağlayabilir. Bu uygulamaların erken yaşlarda başlaması, uzun sürdürülmesi, farklı hedefler üzerinden ve gereksinime göre çoklu girişimlerle yürütülmesi faydalanma düzeyini artırır.[245] Çalışmamızda yer alan olguların yaklaşık 2/3'ünün tedavisinde çoklu terapi girişimlerine yer verilmiş olması bu bilgilerle uyumludur.

TSSB olgularında en sık kullanılan terapi yöntemi BDT'dir.[113] Bireysel ya da grup ortamında uygulanabilmesinin yanında, çocuk ve ergenlerde de etkinliği gösterilmiştir.[246,247] Burada sunulan modelde de, bireysel ve grup ortamında uygulanan davranışçı yöntemler en sık kullanılan ilaç dışı girişimlerdir. Ayrıca davranışçı uygulamalar günlük rutin içine yerleştirmek amacıyla hazırlanan 3 basamaklı sistem tüm olgularda uygulanmıştır. Basamak sisteminde her basamak için gerekli süreyi tamamlayan ve sorumluluklarını yerine getiren olgular bir üst basamağa yükselmeye hak kazanırlar. Basamak yükseldikçe; merkez dışındaki etkinliklere katılma, oda arkadaşını seçebilme gibi ayrıcalıklar elde ederler. Kural çiğneyen, mola cezası alan ya da izinsiz kurumdan kaçan kızlar bir alt basamağa düşerler ve bunun gereklerini yeniden tamamladıktan sonra tekrar üst basamağa çıkabilirler. Bu uygulamada kolaylık sağlaması amacıyla, her basamak için ayrı bir kitapçık hazırlanmıştır. Bu kitapçıklarda merkezin kuralları, uyulması istenen günlük programlar ve ödül-ceza uygulamaları ile ilgili bilgilerin yanında, aşamalı olarak farkındalığı artırma ve öfke denetimi ile ilgili egzersizler ve ödevler bulunmaktadır. Üst basamağa çıkabilmek için bunların tamamlanması ve bireysel seanslarda terapistle gözden geçirilmesi koşuldur. Basamaklı sistemin en önemli avantajları, grup ortamında uygulanabilme kolaylığı, toplu yaşanan ortamlarda genel kuralları oturtmak için katkı sağlaması ve kitapçıklardaki ödevler sayesinde günlük yaşamda karşılaştıkları güçlükleri bireysel seanslara taşıma kolaylığıdır.

Grup terapiler erişkin TSSB olgularında oldukça sık uygulanmaktadır. Daha az araştırılmış olmakla birlikte, çocuk ve ergenlerde de faydalarını destekleyen çalışmalar

bulunmaktadır.[248,249] Ayrıca, ÇCİ mağduru çocuk ve ergenlerde bireysel terapi uygulamalarının yararı metaanaliz bulguları ile desteklenmiştir.[111] Bu çalışmada yer alan olguların çoğunun tedavi sürecinde terapi girişimlerinden en az birine yer verildiği görülmektedir. Bireysel terapiler olguların % 86.8'ine, grup terapi % 75.7'ine ve çoklu terapiler % 65.1'ine uygulanmıştır. Bireysel terapiler yukarda özetlenen davranışçı tekniklerin yanı sıra bireysel-destekleyici girişimleri içermektedir. Uygulanan grup terapiler etkileşim temelli olup, örneklemin ve ortak sorunları gereksinimlerinin de etkisi ile sıklıkla travmatik yaşantıya bağlı kaygı-stres belirtilerine ve bunlarla başa çıkma yolları araştırmaya odaklıdır.

İzlem bulguları genel olarak değerlendirildiğinde, merkeze ilk girişte uygulanan KGİ/Ş-İlk ortalaması en yüksek, taburcu ederken uygulanan KGİ/Ş-Son ortalaması en düşük iken taburcu olduktan 2 ay sonra uygulanan KGİ/Ş-İzlem ortalaması bu iki değerin arasında yer almıştır. KGİ/Ş-İlk ve KGİ/Ş-Son ortalamaları arasındaki belirgin fark, uygulanan tedavi sisteminin olumlu sonucu olarak değerlendirilebilir. KGİ/Ş-İzlem puanlarında KGİ/Ş-Son puanlarına kıyasla belirlenen artışın olası nedenlerle birkaç açıdan yorumlamak uygundur. Yoğun bir tedavi ve rehabilitasyon ortamından sonra ailelerinin yanına ya da bir kurum bakımına gönderilen olguların bulundukları ortamlara ait pek çok güçlükle karşılaşması beklenen bir durumdur. Yaşıtlarıyla aynı ortamı paylaşmaları, okula devam etmeleri ve sosyal gereksinimlerinin karşılanması gibi konulara özenli yaklaşma çabalarına karşın, sonuçta burada sunulan olgular uzun süre toplumdan ve alıştıkları yaşam ortamından ayrı kalmışlardır. Bu şartlarda, en iyi ortama dönmüş olsalar bile uyum sürecinin aylar alması beklenebilir.

Cİ öyküsünün rezidental tedavilerde kötü gidişin işareti olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır.[250] Cİ öyküsü olan kızların ortalama tedavi süresi diğerlerinden anlamlı biçimde uzun olması bu bilgiyle uyum gibi görünebilir. Ancak tedavi süresi olumsuz gidiş için tek gösterge olarak alınırsa yanıltıcı olacaktır. İlk başvuruda ve taburculuk sırasında yapılan ölçümler karşılaştırıldığında, tüm ölçek puanlarında belirgin azalma olduğu görülmüştür. Benzer analizler Cİ öyküsü olan ve olmayan gruplarda ayrı ayrı yapıldığında; Cİ olmayan grupta ÇDÖ hariç tüm ölçümlerin ilk/son test puanları arasında anlamlı azalma olduğu belirlenmiştir. Her iki grupta da KGİ/Ş-Son puanları KGİ-Ş-İlk puanlarından anlamlı biçimde küçüktür ve tedavinin sonunda başlangıca göre anlamlı düzelmeye işaret etmektedir. Yine her iki grupta

KGİ/Ş-Son ve KGİ/Ş-İzlem puanları arasından anlamlı artış olması, kısa dönem izlemde belirti şiddetinde artışla ilgilidir. Tüm bulgular birlikte yorumlandığında, Cİ öyküsü olanların rezidental tedavilerden yararlanma düzeyi bu öyküye sahip olmayanlardan faksız gibi görünmektedir. Öte yandan, daha uzun tedavilere gereksinim duyuyor olabilirler ki bu bulgu Cİ olgularında tedavi ile sağlanan yararların süregenliğini sağlamak açısından yakın izlem ve gerekli girişimlerin sürekli olmasının önemini vurgulamaktadır. Bununla birlikte, Cİ olgularının çoğunun aile içinde istismara uğramış olmaları, bu olgular arasında kurum bakımına gidenlerin ve istismarcıların yasal ceza alma olasılığına karşın aileden veya sosyal çevreden baskı görenlerin sık olması gibi ikincil etmenlerle de ilgili olabilir. Bu konuda açık bir yorum yapabilmek için daha ayrıntılı incelemeleri ve izlem verilerini içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Merkezimizde, taburcu etme kararında öncelikle aranan koşullar; olguda planlanan hedeflerin büyük ölçüde karşılanması ve alternatif bakım ya da daha az kısıtlayıcı tedavi ortamı sunan sistemlere uygun düzeyin sağlanmasıdır. Bu aşamada korunma gereksinimi ve can güvenliği ile ilgili kaygıların ortadan kalkması da önemli bir etmendir. Ancak her olguda beklenen iyilik halinin sağlanması olası değildir; merkezden sıkça kaçan ve/veya diğer kızları bu yönde etkileyen, yeterli süre ve uygun girişimlere karşın tedavi hedeflerine ilerleme kaydedemeyen kızların taburcu edilmesi söz konusu olmaktadır. İyilik hali sağlanmaksızın taburcu edilen kızlarda öncelikli olan tedaviden yararlanma düzeyinden çok; mevcut sistemin uygulanabilmesi, diğer hastaların tedavi süreçleri veya güvenlikleri açısından güçlüğe yol açan davranışlar göstermeleri ve eldeki olanaklar ile oluşan zararın engellenememesidir.

Farklı merkezlerden 105 ergenin incelendiği bir çalışmada; olguların % 74'ünün tedaviye devam ettiği, bunların % 6'sının tedaviyi başarılı şekilde tamamladığı, ancak % 20'sinin tedaviyi hedeflenen süreden daha erken bıraktığı bildirilmiştir.[132] Bu çalışmada yer alan kızların % 4.2'si kurumdan kaçmış ve yerleri belirlenememiştir. Bu olgular tedaviyi bırakan grup olarak ele alınırsa, bu oran rezidental tedavilerde beklenen tedaviyi bırakma oranlarından düşüktür. Ancak merkezimizin işleyiş biçimi göz önüne alındığında, kurumdan kaçanları tedaviyi bırakan grup olarak ele almak yanıltıcı olabilir. Burada sunulan merkezin kapalı kapı sistemiyle çalışması önemli bir etmendir. Çocuk şube müdürlüğü tarafından görevlendirilen polis memurları kurumunda 24 saat görev yapmaktadır ve kapının sürekli denetim altında olmasını sağlamaktadır. Bahçeye

yerleştirilen kameralar ile dış güvenlik sürekli kontrol edilmektedir. Ayrıca, tedavi olan kızların tamamı çocuk mahkemelerinin koruma kararı ile kuruma gelmektedir. Bu nedenlerle tüm olgularda tedaviye gönüllülükten söz etmek olası değildir. Tedaviyi bırakma oranlarını değerlendirirken, çıktıktan sonra takibe gelme oranları ve takip edilemeyen olguların ne kadarının kendi gönüllülükleri dışındaki şartlardan etkilendiği gibi etmenler göz önüne alarak analiz edilmelidir.

Kızların taburcu olduktan sonra gittikleri yer ile izlem bulguları arasındaki ilişki incelendiğinde; aileye teslim edilen kızların KGİ/Ş-İlk ve -Son ortalamaları SHÇEK'e gönderilenlerden anlamlı biçimde düşük bulunmuştur. Son zamanlarda Rezidental Tedavi Merkezlerine fon sağlayan özel kuruluşlar ve devlet kurumları tarafından yatılı tedavinin yararlarını sorgulanmaya, biyolojik aileye yeniden vermek yatılı tedavide alternatif ve başarının ana göstergesi olarak öne çıkarılmaya başlanmıştır.[251] Bunun yanında, kurum bakımında kalanlara kıyasla, biyolojik ailelerine dönen gençlerin daha fazla duygusal ve davranışsal sorun gösterdiğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır.[252] Bu bulgular bazı yönleriyle biyolojik ailelerinden alınan çocuklarda yeniden birleşmenin temel hedeflerden biri olma gerekliliğini ve rezidental merkezlerde kaldıkları süre içerisinde hastaların aileleri ile bağlarının sürdürülmesinin önemini vurgulamaktadır. Ancak her çocuğun ailesiyle birlikte yaşamasının mümkün olmadığı da iyi bilinmektedir.[251] ÇCİ olguların büyük kısmının aile içinde istismar edildiği, ya da çoğunda en iyi olasılıkla ailenin ihmalinin bulunduğu genel bir kanıdır. Bunun yanı sıra, özellikle rezidental bakım gibi kapsamlı girişimlere gereksinimi olanlarda, istismar açığa çıktıktan sonra ailenin ikincil travmalara yol açması gibi olumsuzluklar da sıktı görülür. Tüm bu nedenlerle, rezidental tedavilerden yararlanan çocuk ve gençler arasında ailesinin yanına dönme şansı en düşük olan grup şüphesiz ÇCİ mağdurlardır. Yinede her koşulda ilk araştırılması gereken ailenin yanına dönme olasılığıdır, olumsuz yönleri bulunsa dahi içten çabası gözlenen aileler için gerekli girişimlere öncelik verilmelidir. Merkezimizde kalan kızlar için de benzer bir yol izlenmiştir. Gönderilecek uygun bir ailesi olmayan, ruhsal sorunlarının temeli aile içi olumsuz yaşantılara bağlanan, aile içi istismar veya sürekli ihmal gibi öykülere sahip olan kızlar için ikinci hedef; uygun bir akraba ya da koruyucu ailenin yanına yerleştirmek olmuştur. Bu olasılıkların hiç biri sağlanamadığında ise olgular SHÇEK'e yönlendirilmiştir. Her olgu için benzer aşamalar izlenmiş olmasına karşın, kızların % 50.7'sinin SHÇEK'e

yönlendirilmiş olması ve Cİ öyküsü olanlarda SHÇEK'e gidenlerin diğerlerinden anlamlı biçimde yüksek oranda bulunması, yukarıda özetlenmeye çalışılan aile ile ilgili fikirleri desteklemektedir.

Uygulanan tedavi sisteminin uzun dönem etkilerini sağlıklı değerlendirebilmek için daha uzun süreli izlem verilerine ulaşılması gerekmektedir. Bu ve benzeri merkezlerde uygulanan girişimler ne kadar iyi planlansa da uzun dönem yararlarının sürmesi için yapılması gerekenlerin önemini vurgulayan çalışmalar vardır.[252] Bunlar arasında, ruhsal açıdan izlem ve tedavilerin ayaktan sürdürülmesinin yanında; sosyal servisler, eğitim kurumları ve birinci basamak sağlık kuruluşları gibi diğer sistemlerin taburcu olduktan sonra da aktif işbirliği içinde olması gerekmektedir. Taşıdıkları riskler ve güçlükler göz önüne alındığında, etkin bir izlem ağı kurulmadıkça bu olguların çoğunda psikiyatrik tedavilerin ayaktan sürdürülemeyeceği açıktır. Bu beklentiyi doğrular biçimde, olgularımızın sadece % 46.1'i taburcu olduktan sonra ayaktan tedavileri sürdürülebilmiştir. İzlemin sağlıklı olabilmesi için, diğer kurumlarla işbirliği halinde gerekli önlemlerin alınması, riskli olgularda mahkemelerden sağlık tedbiri gibi önlemlerin alınmasına yönelik girişimler faydalı olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Bu çalışmada bazı bulgularına yer verilen Adana Oğuz Kağan Köksal Sosyal Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde, açıldığı 26 Nisan 2004 tarihinden bu güne kadar, 8-18 yaş arası cinsel, fiziksel, duyusal istismar ve ihmale uğramış veya ruhsal sorunları nedeniyle tedaviye gereksinim duyan 152 kıza hizmet vermiştir. Merkezdeki temel hizmet alanları; tedavi, rehabilitasyon, korunma, adli destek ve eğitimin sürdürülmesidir. Bu çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:
   - Tüm olguların yaş ortalaması 14.6 yıl; Cİ nedeni ile gelenlerin 14.7 yıl; diğer nedenlerle gelenlerin 14.3 yıl olarak belirlenmiştir.
   - Psikiyatrik tedavi dışında hastaların % 3'ü özkıyım öyküsü, % 33.6'sı korunma gereksinimi, % 33.6'sı ise riskli davranışlar nedeni ile merkeze kabul edilmişlerdir.
   - Merkeze kabul edilen kızların aldıkları psikiyatrik tanıların oranları şöyledir; % 49.3 TSSB, % 23.7 SKB, % 21.1 yıkıcı davranış bozuklukları % 19.7 MR/psikoz, % 9.2 BB.
   - Tüm hastaların ortalama tedavi süre 3.1 ay; Cİ nedeni ile gelenlerin 8.3 ay; diğerlerinin 5.7 ay olarak belirlenmiştir.
   - Hastaların % 95.4'ünde en az bir ilaç tedavisi kullanılmıştır. En sık kullanılan ilaçlar % 81.4 oranında antipsikotiklerdir. Ayrıca duygudurum düzenleyiciler % 51.7, antidepresanlar % 25.5 ve diğer ilaçlar % 15.2 oranında kullanılmıştır.
   - İlaç tedavisi alan 145 olgunun ortalama tedavi süresi 8.1 ay; almayanların 2.0 ay olarak belirlenmiştir.
   - Tedavinin başında ve sonunda uygulanan psikometrik ölçümlerin tamamında, ruhsal belirtilerde azalmaya işaret eden belirgin farklılık vardır. Ancak, merkezden çıkarken ve 2 ay sonraki izlem sırasında kaydedilen KGİ puanlarında anlamlı artış; yataklı tedaviyi izleyen ilk aylarda artan belirti şiddetine işaret etmektedir.

2. Merkez kuruluşunun ilk yıllarından bu yana multidisipliner çalışmanın getirdiği zorlukları yaşamaktadır. Sistemin oturması için protokolde imzası bulunan tüm kuruluşlar çaba harcamışlardır. Bu süreçte tedaviye alınan olguların sayısı sınırlı tutulmuş ve 6 yıllık sürede 152 kıza hizmet verilmiştir. Bu çalışma ile merkezde uygulanan sisteminin çocuklar üzerindeki etkileri ortaya konmuştur. Oluşan tecrübe ile sonraki dönemlerde daha fazla kıza yardımcı olmak amaçlanmaktadır.
3. Oğuz Kağan Köksal Sosyal Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde verilen hizmetler ülkemizde istismar grubu ile çalışan ilk tedavi kurumu olması nedeni ile yeni açılacak bu tür merkezlere örnek olma bakımından önemlidir. Tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinin ülke genelinde yaygınlaştırılması gerekmektedir.
4. Sağlanan yararların kalıcı olması için taburcu olduktan sonra da hastaların var olan sağlık, sosyal ve adli sistemlerden yararlanabilmelerinin sağlanması büyük önem taşır. Bu sistemlerin daha etkin biçimde kullanılması için girişimler bulunmakla birlikte, var olan kaynakların azlığı veya yokluğu nedeniyle sorun çözülemez gibi görünmektedir. Bu konuda farkındalığı artırmanın yanı sıra var olan sistemleri etkin biçimde kullanabilmek önemlidir.
5. Ailelerin istismara ilişkin kaygıları çocuklarını donanımsız sosyal temaslardan koruma yoluna gitmelerini sağlayabilir, ancak bu kaygılar kimi zaman cinsel eğitim vermemek gibi istismar riskini artıran sonuçlar da doğurabilmektedir. Cinsellik hakkında konuşma korkusu çocukların meraklarının sağlıklı biçimde giderilmesini önleyerek uygunsuz cinsel davranışları tetikleyebilir veya yanlış bilgi kaynakları aramaya itebilir. Aile içinde bireylerin cinsel soruları ve davranışları rahat biçimde konuşulduğunda cinsel gelişim desteklenir, çocuğun Cİ veya saldırı karşısında kendini nasıl koruması gerektiğini öğrenme şansı olur. Bu konuda toplumun geneline ulaşmayı hedefleyen ebeveyn eğitim programlarının hazırlanması önerilmektedir.
6. ÇCİ belirlendiğinde ilk uygulanması gerekenlerden biri tekrar yaşantıları önlemeye yönelik tedbirler almaktır. Pratik uygulamada öncelikli girişimler; ailenin sosyal incelemesinin yapılması, gerekirse sosyal destek sağlanmasıdır. Ancak aile içinde istismar edilmiş veya yeterince korunamamış olan çocuklar için durum daha acil ve farklıdır. Bu olguların aileden acil olarak uzaklaştırılması, gerekli tedbirlerle koruma altına alınması öncelikle sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. **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.

2. **Radbill SX.** Children in a World of Violence – a History of Child Abuse. In: Helfer RE, Kempe RS, Eds. *The Battered Child,* 4th Ed., Chicago: The University Chicago Press*,* **1987**: 3-41.

3. **Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smit 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 Psyc*hol **1989**; 44:188-199.

8. **Tannahill R.** *Sex in History*. London: Sphere Books (Abacus*)*, **1981.**

9. **Moll A**. *Sexual Life of the Child*. New York: MacMillan, **1973:** 137-197.

10. **Sarı N, Büyükünal SNC.** A study of the history of child abuse. *Pediatric Surgery* **1991**; 6:401-406.

11. **Hastings J.** *Encyclopedia of Religion and Ethics*. 4th Ed., New York: Charles Crisbner's, **1961:** 4-819.

12. **Aries P.** *Centuries of Childhood - Social History of Family Life*. New York: Vintage Books*,* **1962**: 23-27.

13. **Schetky DH, Green AH.** *Child Sexual Abuse.* New York: Brunner-Mazel, **1988**: 3-6.

14. **Topaloğlu B.** *İslamda Kadın*. 6. Baskı, İstanbul: Yağmur Yayınları, **1975**: 21.

15. **Newman A.** *The Illustrated Treasury of Medical Curiosa.* New York: Mc Graw-Hill, **1988:** 226-245.

16. **Aral N, Gürsoy F.** Çocuk Hakları Çerçevesinde Çocuk Ihmal ve Istismarı. *Milli Eğit Derg* **2001;** 15.

17. **Kepenkçi YK.** Hukuksal Açıdan Çocuk İstismarı ve İhmali. *Katkı Pediatr Derg* **2001;** 22:263-275.

18. **Felthous AR.** Psychosocial dynamics of child abuse. *J Forensic Sci* **1984;** 29:219-236.

19. **Garbarin J, Gilliam G.** *Understanding Abusive Families*. 1th Ed., Lexington: Lexington Books, **1980**.

20. **Hancı İH.** *Adli Tıp ve Adli Bilimler*. 1. Baskı, Ankara: Seçkin yayıncılık, **2002**: 263-284.

21. **Finkelhor D.** *Childhood Victimization: Violence, Crime, and Abuse in the Lives of Young People.* New York: Oxford University Press, **2008.**

22. **Bilgin NG, Toros F, Çamdeviren H, Şaşmaz T, Mert E**. Evde fiziksel ve sözel olarak cezalandırılan çocukların sosyodemografik özellikleri: prevelans çalışması. *Yeni Symp* **2004**; 42:131-139.

23. **World Health Organization.** Child abuse and neglect by parents and other caregivers. World Health Organization. Geneva, **2002:** 57-86.

24. **Polat O.** Çocuk istismarı. *Adli Tıp Der* **2000;** 290:207-231

25. **Tercier A.** Child Abuse. In: Maer JA, Eds. *Emergency Medicine,* 4th Ed., St. Louis: Mosby, **1998**: 1108-1118.

26. **Aksoy E, Çetin G, İnanıcı MA, Polat O, Sözen MFİ, Yavuz F.** Çocuk İstismarı ve İhmali. Erişim: (http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/icinde.html) 1999. Erişim tarihi: 18.11.2010

27. **Hobbs CJ, Hanks H, Wynne JM.** *Child Abuse and Neglect. A Clinician's Handbook*.1th Ed., Edinburg: Churchill Livingstone, **1993:** 119-137.

28. **Gorey KM, Leslie DR.** The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse Negl* **1997**; 21:391-398.

29. **Putnam F.W.** Ten-Year Research Update Review. Child Sexual Abuse, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2003**; 42:269-227.

30. **Ekşi, A.** *Ben Hasta Değilim*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, **1999**: 531-554.

31. **Bernet W.** Child Maltreatment. In: Sadock BJ, Sadock VA, Eds. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry,* 7th Ed., Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, **2000**: 2878–2889.

32. **Cyr M, Wright J, McDuff P, Perron A**. Intrafamilial sexual abuse: Brother–sister incest does not differ from father–daughter and stepfather–stepdaughter incest. *Child Abuse Negl* **2002**; 26:957–973.

33. **Saewyc EM, Pettingell S, Magee LL.** The prevalence of sexual abuse among adolescents in school. *J Sci Nurs* **2003**; 19:266–272.

34. **Roland J, Summit, MD.** The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome permission. *Child Abuse Negl* **1983**; 7:177-192.

35. **Green J.** Mothers in ''incest families'': a critique of blame and its destructive sequels. *Violence against Women* **1996**; 2:322–348.

36. **Russel DEH**. The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse Negl* **1983**; 7**:**133-146.

37. **Broden MS, Agresti AA.** Responding to therapists_ sexual abuse of adult incest survivors: ethical and legal considerations. *Psychotherap* **1998**; 35:96–104.

38. **Herman JL.** *Father–Daughter Incest*. Cambridge: Harvard University Press, **1981.**

39. **Keskin G, Çam O.** Çocuk cinsel istismarına psikodinamik hemşirelik yakla ımı. *Yeni Symp* **2005**; 43:118-125.

40. **Finkelhor D, Browne A.** The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *Am J Orthopsychiat* **1985**; 55:530-541.

41. **Fleming J.** Childhood sexual abuse: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol* **1998**; 10:383-386.

42. **Birmaher B, Heydl P.** Biological studies in depressed children and adolescents. *Int J Neuropsychopharmacol* **2001**; 4:149-157.

43. **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**; 59:1.

44. **Raison CL, Capuron L, Miller AH**. Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends Immunol* **2006**; 27:24-31.

45. **Birmaher B**. Longitudinal course of pediatric bipolar disorder. *Am J Psychiatry* **2007**; 164:537-539.

46. **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.

47. **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.

48. **Baldassano CF, Marangell LB, Gyulai L, Nassir GS, Joffe H, Kim DR, Sağduyu K, Truman CJ, Wisniewski SR, Sachs GS, Cohen LS.** Gender differences in bipolar disorder: retrospective data from the first 500 STEP-BD participants. *Bipolar Disord* **2005;** 7:465–470.

49. **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.

50. **Carballo JJ, Harkavy-Friedman J, Burke AK, Sher L, Baca-Garcia E, Sullivan GM, Grunebaum MF, Parsey RV, Mann JJ, Oquendo MA.** Family history of suicidal behavior and early traumatic experiences: additive effect on suicidality and course of bipolar illness? *J Affect Disorder* **2008;** 109:57–63.

51. **Avcı A, Tahiroğlu AY.** Cinsel İstismar. Aysev A, Taner YI, Eds. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, 1. Baskı, İstanbul: Golden Print, **2007**: 721-736.

52. **Sparato J, Mullen PE.** Impact of child sexual abuse on mental health. *B J Psych* **2004**; 184:416-421.

53. **Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M.** Borderline personality disorder. *Lancet* **2004**; 364:453–461.

54. **Fossati A, Madeddu F, Maffei C.** Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytic study. *J Pers Disord* **1999**; 13:268–280.

55. **Sansone RA, Sansone LA.** Borderline personality disorder: The enigma. *Prim Care Rep* **2000**; 6:219-226.

56. **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.

57. **Suer T.** Medikal Açıdan Stres ve Çareleri. *Sempozyum Dizisi* **2005**; 47:205-210.

58. **Çetin F.** *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*.1. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **2008.**

59. **American Psychiatric Association**. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).* 4th Ed., Washington: American Psychiatric Association, **1994**.

60. **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.

61. **Charney DS.** Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry* **2004**; 161:195-216.

62. **Finkelhor D.** Risk factors in the sexual victimization of children. *Child Abuse Negl* **1980**; 4:265 - 273.

63. **Shengold L.** Child abuse and deprivation. Soul murder. *JAPA* **1979**; 27:533-599.

64. **Bremner JD, Davis M, Southwick SM, Krystal JH, Charney D.** Neurobiology of Posttraumatic Stress Disorder. In: Oldham JM, Riba MB, Tasman A, Eds., *Review of Psychiatry*, Washington, DC: American Psychiatric Pres*,* **1993**: 183–205.

65. **Droste SK, Chandramohan Y, Hill LE, Linthorst AC, Reul JMHM.** Voluntary exercise impacts on the rat hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis mainly at the adrenal level. *Neuroendocrinology* **2007**; 86:26–37.

66. **Friedman MJ**. Biological approaches to the diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress* **1991**; 4:67-69

67. **Weis F**, **Kilger E**, **Roozendaal B**, **de Quervain DJ**, **Lamm P**, **Schmidt M**, **Schmölz M**, **Briegel J**, **Schelling G.** Stress doses of hydrocortisone reduce chronic stress symptoms and improve health-related quality of life in high-risk patients after cardiac surgery: a randomized study. *J Thorac Cardiovasc Surg* **2006**; 131:277–282.

68. **Schelling G**, **Kilger E**, **Roozendaal B**, **de Quervain DJ**, **Briegel J**, **Dagge A, Rothenhäusler HB**, **Krauseneck T**, **Nollert G**, **Kapfhammer HP.** Stress doses of hydrocortisone, traumatic memories, and symptoms of posttraumatic stress disorder in patients after cardiac surgery: a randomized study. *Biol Psychiatry* **2004**; 55:627–633.

69. **Bierer LM**, **Tischler L**, **Labinsky E**, **Cahill S**, **Foa E, Yehuda R**. Clinical correlates of 24-h cortisol and norepinephrine excretion among subjects seeking treatment following the world trade center attacks on 9/11. *Ann NY Acad Sci* **2006;** 1071:514–520.

70. **Cleare AJ, Heap E, Malhi GS, Wessely S, O'Keane V, Miell J.** Low-dose hydrocortisone in chronic fatigue syndrome: a randomized crossover trial. *Lancet* **1999**; 353:455–458.

71. **Karl A, Malta AS, Maercker A.** Meta-analytic review of event-related potential studies in post-traumatic stress disorder. *Biol Psychol* **2006**; 71:123–147.

72. **Burlina AP**, **Aureli T, Bracco F, Conti F, Battistin LV.** MR spectroscopy: a powerful tool for investigating brain function and neurological diseases. *Neurochem Res* **2000**; 25:1365–1372.

73. **Demougeot C, Garnier P, Mossiat C, Bertrand N, Giroud M, Beley A, Marie C.** N-Acetylaspartate, a marker of both cellular dysfunction and neuronal loss: its relevance to studies of acute brain injury. *J Neuroch*em **2001**; 77:408–415.

74. **Ross AJ, Sachdev PS**. Magnetic resonance spectroscopy in cognitive research. *Brain Res Brain Res Rev* **2004**; 44:83-102.

75. **Seedat S**, **Videen JS, Kennedy CM, Stein MB.** Single voxel proton magnetic resonance spectroscopy in women with and without intimate partner violence-related posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res* **2005;** 139:249–258.

76. **Gallinat J**, **Strohle A**, **Lang UE, Bajbouj M, Kalus P, Montag C, Seifert F, Wernicke C, Rommelspacher H, Rinneberg H, Schubert F**. Association of human hippocampal neurochemistry, serotonin transporter genetic variation, and anxiety. *Neuroimage* **2005;** 26:123–131.

77. **Lee HJ, Lee MS, Kang RH, Kim H, Kim SD, Kee BS, Kim YH, Kim YK, Kim JB, Yeon BK, Oh KS, Oh BH, Yoon JS, Lee C, Jung HY, Chee IS, Paik IH**. Influence of the serotonin transporter promoter gene polymorphism on susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety* **2005**; 21:135-139.

78. **Harvey JA.** Role of the serotonin 5-HT (2A) receptor in learning. *Learn Mem* **2003;** 10:355-362.

79. **Egan MF, Kojima M, Callicott JH, Goldberg TE, Kolachana BS, Bertolino A, Zaitsev E, Gold B, Goldman D, Dean M, Lu B, Weinberger D.** The BDNF val66met polymorphism affects activity-dependent secretion of BDNF and human memory and hippocampal function. *Cell* **2003;** 112:257–269.

80. **Rasmusson AM, Shi L, Duman R.** Down regulation of BDNF mRNA in the hippocampal dentate gyrus after re-exposure to cues previously associated with footshock. *Neuropsychopharmacol* **2002;** 27:133–142.

81. **De Bellis MD**, **Keshavan MS, Spencer S, Hall J.** N-Acetylaspartate concentration in the anterior cingulate of maltreated children and adolescents with PTSD. *Am J Psychiatry* **2000;** 157:1175–1177.

82. **Kusumakar V**, **MacMaster FP, Gates L, Sparkes SJ, Khan SC.** Left medial temporal cytosolic choline in early onset depression. *Can J Psychiatry* **2001;** 46:959–964.

83. **Yang RJ**, **Mozhui K, Karlsson RM, Cameron HA, Williams RW, Holmes A.** Variation in mouse basolateral amygdala volume is associated with differences in stress reactivity and fear learning. *Neuropsychopharmacol* **2008;** 33:2595-2604.

84. **Cozolino, L.** *The Neuroscience of Human Relationships*. New York: Norton, **2006**.

85. **Van der Kolk BA.** The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harv Rev Psychiatry* **1994**; 1:253–265.

86. **Van der Kolk BA.** Trauma and Memory. In: Van der Kolk BA, MacFarlane AC, Weisaeth L, Eds. *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society,* London: Guilford Press, **1996**: 279–302.

87. **Reul, JMHM, Chandramohan Y.** Epigenetic mechanisms in stress-related memory formation. *Psychoneuroendocrinology* **2007;** 32:21-25.

88. **Jonsson PV.** Complex trauma, impact on development and possible solutions on an adolescent intensive care unit. *Clin Child Psychol Psychiatry* **2009***;* 14:437-454.

89. **Damasio AR.** Towards a neurobiology of emotion and feeling: Operational concepts and hypotheses. *Neuroscientist* **1995;** 1:19-25.

90. **Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K**. Dissociation: An under-recognized feature of complex PTSD. *J Trauma Stress* **2005;** 18:413-424.

91. **Fredrickson R.** *Repressed Memories: A Journey to Recovery from Sexual Abuse.* New York: Simon and Schuster*,* **1992**.

92. **Yakpo M.** Suggestibility and repressed memories of abuse: a survey of psychotherapist's beliefs. *AJCH* **1994**; 36:163-171.

93. **Femina D, Yeager C, Lewis D.** Child abuse: adolescent records vs. adult recall. *Child Abuse Negl* **1990;** 14:227-231.

94. **Enns CZ, McNeilly C, Corkery J, Gilbert M.** The debate about delayed memories of child sexual abuse a feminist perspective. *Couns Psychol* **1995**; 23:181-279.

95. **Lindsay S, Read D.** Psychotherapy and memories of childhood sexual abuse: a cognitive perspective. *Appl Cogn Psychol* **1994;** 8:281-338.

96. **Loftus E, Polonsky S, Fulilove M.** Memories of childhood sexual abuse: remembering and repressing. *Psychol Women Q* **1994;** 18:67-84.

97. **McCann J**. The appearance of acute, healing, and healed anogenital trauma. *Child Abuse Negl* **1998;** 22:605–615.

98. **Reinhart M. A.** Sexually abused boys. *Child Abuse Negl* **1987;** 11:229–235.

99. H**obbs CJ, Wynne JM.** Buggery in childhood-A common syndrome of child abuse. *Lancet* **1986**; 2:792–796.

100. **Taneli S, Albayrak EC, Sivrioğlu EY**. Küçük Çocuğun Cinsel Tacizi ve Tanı Zorlukları. In: Ekşi A, Eds. *Ben hasta değilim. Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü,* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **1999:** 531.

101. **Christian CW, Lavelle JM, De Jong AR, Loisell J, Brenner L, Joffe M.** Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics* **2000;** 106:100-104**.**

102. **US Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect**. Child maltreatment 1992. Reports from the states to the National Center on Child Abuse and Neglect. Washington DC: Department of Health and Human Services, **1994.**

103. **Oates RK, Jones DPH, Denson D, Sirotnak A, Gary N, Krugman RD.** erroneous concerns about child sexual abuse. *Child Abuse Negl* **2000;** 24:149–157.

104. **Jones DPH, McGraw JM.** Reliable and fictitious accounts of sexual abuse to children. *J Interpers Violence* **1987;** 2:27–45.

105. **Everson MD, Boat BW.** False allegations of sexual abuse by children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1989;** 28:230–240

106. **Benedek EP, Schetky DH.** Custody and visitation: Problems and perspectives. *Psychiatr Clin North Am* **1985;** 8:857-873.

107. **Yates A, Musty T.** Preschool children's erroneous allegations of sexual molestation. *Am J Psychiatry* **1988;** 145:989**–**992.

108. **King K, Bagley C.** *Child Sexual Abuse the Search for Healing*. London: Tavistock/Routtedge, **1991.**

109. **Pelkovitz D, Kaplan S, Gpldenberg B, Mandel F, Lehane J, Guarrera J.** Post-traumatic stres disorder in physically abused adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1994**; 33:305-12.

110. **Finkelhor D, Asdigian N, Leatherman JD** victimization prevention programs for Children: A Follow-Up. *Am J Public Health* **1995;** 85:1684-1689.

111. **Taylor JE, Harvey ST.** Effects of psychotherapy with people who have been sexually assaulted: A meta-analysis. *Aggress Violent Behav* **2009;** 14:273–285.

112. **Glaser D.** Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl* **2002**; 26:697-714.

113. **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.

114. **Shapiro F**. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. New York: The Guilford Pres, **1995:** 13-27.

115. **Shapiro F.** Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *J Anxiety Disord* **1999**; 13:35–67.

116. **Shapiro F.** *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures.* 2th Ed., New York: Guilford Press, **2001**: 4-12.

117. **Hogberg G, Pagani M, Sundin O, Soares J, Aberg-Wistedt A, Tärnell B, Hällström T.** On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic posttraumatic stress disorder in public transportation workers-a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry* **2007**; 61:54–56.

118. **Van der Kolk BA, Spinazzola J, Blaustein ME, Hopper JW, Hopper EK, Korn DL, Simpson WB.** A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *J Clin Psychiatry* **2007**; 68:37–34.

119. **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.

120. **Albucher RC, Liberzon I.** Psychopharmacological treatment in PTSD: a critical review. *Journal Psychiatry Res* **2002;** 36:355-367.

121. **Mitka M.** FDA alert on antidepressants for youth. *JAMA* **2003**; 290(19):25-34.

122. **Ravidran LN, Stein MB.** Pharmacotherapy of PTSD: Premises, principles, and priorities. *Brain Res* **2009;** 1293:24–39.

123. **Monnelly E, Ciraulo D, Knapp C, Keane T.** Low-dose risperidone as adjunctive therapy for irritable aggression in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychopharmacol* **2003;** 23:193-196.

124. **Harmon RJ, Riggs PD.** Clonidine for posttraumatic stress disorder in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1996;** 35:1247–1249.

125. **Looff D, Grimley P, Kuller F, Martin A, Shonfield L.** Carbamazepine for PTSD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1995**; 34:703-704.

126. **Davidson JRT, Stein DJ, Shalev AY, Yehuda R.** Posttraumatic Stress Disorder: Acquisition, Recognition, Course, and Treatment. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* **2004;** 16:135–147.

127. **Mathew SJ, Manji HK.** Novel drugs and therapeutic targets for severe mood disorders. *Neuropsychopharmacol* **2008**; 33:2080-2092.

128. **Kisiel CL, Lyons JS.** Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *Am J Psychiatry* **2001;** 158:1034-1039.

129. **Wilson D, Lyman R.** Residential treatment of emotionally disturbed children. In: Walker C, Roberts M, Eds. *Handbook of clinical Child Psychology*, New York: Wiley, **1983.**

130. **Zimmerman DP, Sanders J.** Trends in adolescent inpatient follow up studies. *Residential Treatment for Children & Youth* **1988**; 6:9-25.

131. **Stone L. A.** Residential treatment. In: Noshpitz JD, Eds. *Basic handbook of child psychiatry,* 2th Ed., New York: Basic Books, **1979**.

132. **Scholte EM, Van Der Ploeg JD.** Residential treatment of adolescents with severe behavioral problems. *J Adolesc* **2006;** 29:441-454.

133. **Curry JF**. Future directions in residential treatment outcome research. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* **2004;** 13:429-440.

134. **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. *Sexual Abuse* **2005;** 17:391-397.

135. **Kools S, Kennedy C.** Child sexual abuse treatment: misinterpretation and mismanagement of child sexual behavior. *Child: Care, Health & Development* **2002**; 28:211–218.

136. **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.

137. **Blackman M, Eustace J, Chowdhury T.** Adolescent residential treatment: a one to three year follow-up. *Can J Psychiatry* **1991;** 36:472-479.

138. **Weiner A, Kupermintz H.** Facing adulthood alone: The long-term impact of family break-up and infant institutions: A longitudinal study. *B Soc Work* **2001**; 31:213-234

139. **Brodie I**. Children's homes and school exclusion: Redefining the problem. *Support for Learning* **2000**; *15*:25–29.

140. **Shin SH.** Building evidence to promote educational competence of youth in foster care. *Child Welfare* **2003;** *82*:615–632.

141. **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.

142. **National Council for the Child.** *Children in Israel: Statistical abstract*. Jerusalem: Israel National Council for the Child (Hebrew), **2006.**

143. **Jackson S.** Educating children in residential and foster care. *Oxf Rev Educ* **1994;** *20*: 267–279.

144. **Zetlin AG, Weinberg LA, Kimm C.** Helping social workers address the educational needs of foster children. *Child Abuse Negl* **2005;** *29*:811–823.

145. **Jackson S, Martin PY.** Surviving the care system: Education and resilience. *J Adolesc* **1998;** 21:569–583.

146. **Hukkanen R, Sourander A, Bergroth L, Piha J.** Psychosocial factors and adequacy of services for children in children's homes. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **1999;** 8:268–275.

147. **Gilligan, R.** Adversity, resilience and young people: The protective value of positive school and spare time experiences. *Children & Society* **2000;** 14:37–47.

148. **Zito JM, Craig TJ, Wanderling J.** Pharmacoepidemiology of 330 child/adolescent psychiatric patients. *J Pharmacoepidemiology* **1994;** 3:47–62.

149. **Savaşır I, Şahin N.** Wechsler Çocuklar Için Zeka Ölçeği (WISC-R). Türk Psikologlar Derneği, **1995**: 1-65.

150. **Wechsler D.** *WISC-R Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised*. New York: Psychological Corporatio, **1974.**

151. **Kovacs M.** Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatr* **1981**; 46:305-315.

152. **Öy B.** Çocuklar için depresyon ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri* **1991**; 2:132-136.

153. **Erol N, Savaşır I.** Moudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Ankara-Türkiye, **1998:** 25.

154. **Sanavio E, Vidotto G**. Moudsley Obsessive Compulsive Questionnaire. *Behav Res Ther* **1985;** 26:659-662.

155. **Spielberg CD.** *Preliminary manual of State-Trait Anxiety Inventory for Children.* Palo Alto: Consulting Psychologists Press, **1973.**

156. **Özusta Ş.** Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanterinin uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji* **1995**; 10:32-44.

157. **Guy W.** ECDEU *Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services Publication (ADM), **1976:** 218–222.

158. Erişim: (http://www.medya73.com/adana-2-kent-sorunlari-forumu-haberi-535488.html) 2011. Erişim tarihi: 02.03.2011

159. **Spencer CS, Shelton D, Frank RG.** The market for residential and day schools for children with severe emotional disturbance. *J Ment Health Adm* **1997;** 24:72-81.

160. **Moggi F, Giovanoli A, Strik W, Moos BS, Moos RH**. Substance use disorder treatment programs in Switzerland and USA: program characteristics and one-year outcomes. *Drug Alcohol Depend* **2007**; 86:75-83.

161. **Britner PA, Reppucci DN.** Prevention of Child Maltreatment: Evaluation of a Parent Education program for Teen Mothers. *Journal of Child and Family Studies* **1997; 6(2)** *165-175*

162. **Priebe G, Svedin GC.** Prevalence, Characteristics and Associations of Sexual Abuse with Socio-demographics and Consensual Sex in a Population Based Sample of Swedish Adolescents. *J Child Sex Abuse* **2009;** 18:19-39.

163. **Dale N, Baker AJL, Anastasio E, Purcell J.** Characteristics of children in residential treatment in New York State. *Child Welfare* **2007**; 5-27.

164. **Weissman MM, Gammon GD, John K, Merikangas KR, Warner V, Prusoff BA, Sholomskas D.** Children of depressed parents: increased psychopathology and early onset of major depression. *Arch Gen Psychiatry* **1987**; 44:847-853.

165. **Grant BF, Stinson FS, Dawson DA,** Chou SP, Dufour MC, Compton W, Pickering RP, Kaplan K. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* **2004**; 61:807-816.

166. **Locke TF, Newcomb M.** Child maltreatment, parent alcohol and drug-related problems, poly drug problems, and parenting practices: a test of gender differences and four theoretical perspectives. *J Fam Psychol* **2004**;18:120-134

167. **Svedin CG, Back C, Soèderback S**. Family Relations, Family Climate and Sexual Abuse. *Nord J Psychiatry* **2002;** 56:355-362.

168. **Nair P, Schuler ME, Black MM, Kettinger L, Harrington D.** Cumulative environmental risk in substance abusing women: early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. *Child Abuse Negl* **2003**; 27:997-1017.

169. **Gold SN, Lucenko BA, Elhai JD, Swingle JM, Sellers AH.** A Comparison of Psychological/ Psychiatric Symptomatology of Women and Men Sexually Abused as Children. *Child Abuse Negl* **1999;** 23:683–692.

170. **McCrae JS, Chapman MV, Christ SL.** Profile of children investigated for sexual abuse: association with psychopathology symptoms and services. *Am J Orthopsychiatry* **2006**; 76:468-481.

171. **Özen NE, Şener Ş.** Çocuk ve ergende cinsel istismar. *Ege Psikiyatri Sürek Yayınları* **1997**; 2:473-491.

172. **Akbaş S, Turla A, Şenses A, Böke Ö, Karabekiroğlu K.** Adli makamlarca gönderilen cinsel istismara uğramış çocukların, istismar şekilleri, ruhsal ve fiziksel muayene özellikleri. *Adli Bilim Derg* **2009**; 8:24-32.

173. **Çengel KE, Çuhadaroğlu ÇF, Gökler B.** Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *Turk J Pediatr* **2007**; 49:256-262.

174. **De Jong AR, Hervada AR, Emmett GA.** Epidemiologic variations in childhood sexual abuse**.** *Child Abuse Negl* **1983;** 7:155-162.

175. **Edgardh K, Krogh GV, Ormstad K.** Adolescent girls investigated for sexual abuse history, physical findings and legal outcome. *Forensic Sci Int* **1999;** 104:1-15.

176. **Fergusson DM, Horwood LJ, Lynsky MT.** Childhood Sexual Abuse and Psychiatric Disorder in Young Adulthood: II. Psychiatric Outcomes of Childhood Sexual Abuse. *Child Abuse Negl* **2006**; 35(10):1365-1374.

177. **Boyer D, Fine D.** Sexual Abuse as a Factor in Adolescent Pregnancy and Child Maltreatment. *Fam Plann Perspect* **1992;** 24:4-11.

178. **Bal S, Van Oost P, Bourdeaudhuij ID.** Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child Abuse Negl* **2003;** 27:883-897.

179. **Taner Y. ve Bahar G.** Çocuk İstismarı ve İhmali, Psikiatrik Yönleri. *Hacettepe Tıp Derg* **2004;** 35:82-88.

180. **Elliot AJ, Peterson LW.** Maternal sexual abuse of male children: when to suspect and how to uncover it. *Postgrad Med* **1993;** 94:169-172.

181. **Stock JL, Bell MA, Boyer DK, Connell FA**. Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. *Fam Plann Perspect* **1997**; 29:200-203.

182. **Kessler RC, Sonnega A, Bromet A,** Hughes M, Nelson CB**.** Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arc Gen Psychiatry* **1995**; 52:1048-1060.

183. **Davidson JRT, Foa EB.** *Post-travmatik stress disorder: DSM-IV and Beyond.* Washington DC: American Psychiatry Press, **1993**.

184. **Chaffin M, Silovsky JF, Vaughn C**. Temporal concordance of anxiety disorders and child sexual abuse: implications for direct versus artifactual effects of sexual abuse. *J Clin Child Adolesc Psychol* **2005;** 34:210-222**.**

185. **Cado S, Greenvvald E**. Childhood Sexual Abuse Long-Term Effects on Psychological and Sexual Functioning in a Nonclinical and Nonstudent Sample of Adult Women. *Child Abuse Negl* **1990;** 14:503-513.

186. **Kaplan SJ**. Child and Adolescent Sexual Abuse. In: Lewis M, Eds. *Child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook*, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, **2002**: 1217-1222.

187. **Görker I, Aygölü F Demir N**. Çocuğa Zarar Verici Davranışta Bulunma 3 Olgu Sunumu. *Çocuk Forum Derg* **2000**; 3:32-33.

188. **Crosse SB, Kaye E, Ratnofsky AC**. *A Report on the Maltreatment of Children with Disabilities.* Washington DC: National Center on Child Abuse and Neglect DHHS, **1993.**

189. **Quint EH.** Gynecological health care for adolescents with developmental disabilities. *Adolesc Med* **1999;** 10:221-229.

190. **Suris JC, Resnick MD, Cassuto N, Blum RW**. Sexual behavior of adolescents with chronic disease and disability. *J Adolesc Health* **1996;** 19:124–131.

191. **Guidry Tyiska C.** Working with Victims of Crime with Disabilities. Washington DC: Office for Victims of Crime, Department of Justice. Erişim: (www.ojp.usdoj.gov/ovc/publications/ factshts/disable.htm) 2001. Erişim Tarihi: 23 Mart 2005

192. **Lumley VA, Miltenberger RG.** Sexual abuse prevention for persons with mental retardation. *Am J Ment Retard* **1997;** 101:459–472.

193. **Berman H, Harris D, Enright R, Gilpin M, Cathers T, Bukovy G.** Sexuality and the adolescent with a physical disability: understandings and misunderstandings. *Issues Compr Pediatr Nurs* **1999;** 22:183-196.

194. **Bebbington PE, Kuipers E.** Schizophrenia and psychosocial stresses. In: Hirsch SR, Weinberger D, Eds. *Schizophrenia,* 2th Ed., Oxford: Blackwell, **2003:** 611-634.

195. **Friedman S, Harrison G.** Sexual histories, attitudes and behavior of schizophrenia and 'normal' women. *Arch Sex Behav* **1984;** 13:555-567.

196. **Bebbington PE, Cooper C, Minot S, Brugha TS, Jenkins R, Meltzer H, Dennis M.** Suicide attempts, gender, and sexual abuse: data from the 2000 British psychiatric morbidity survey. *Am J Psychiatry* **2009;** 166:1135–1140**.**

197. **Goldney R, Wilson D, Dal Grande E, Fisher LJ, McFarlane AC**. Suicidal ideation in a random community sample: attributable risk due to depression and psychosocial and traumatic events. *Aust N Z J Psychiatry* **2000;** 34:98-106.

198. **Johnson CF.** Child sexual abuse. *Lancet* **2004;** 364:462–470.

199. **Anderson J, Martin J, Mullen P, Romans S, Herbisin P.** Prevalence of childhood sexual experiences in a community sample of women. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1993;** 32:911-919.

200. **Kilpatrick DG, Resnick HS**. Posttraumatic Stress Disorder Associated with Exposure to Criminal Victimization in Clinical and Community Populations. In: Davidson JRT, Foa EB, Eds. *Posttraumatic Stress Disorder: DSM IV and Beyond,* Washington DC: American Psychiatry Press, **1993.**

201. **Moscarello R.** Psychological management of victims of sexual assault. *Can J Psychiatry* **1990;** 35:25-30.

202. **Donnelly CL, March JS, Amay Jackson L.** Posttraumatic Stress Disorder. In: Dulcan M, Wiene J, Eds. *Essentials of child and Adolescent Psychiatry,* Washington DC: American Psychiatric Association, **2006**: 479-504.

203. **Shalev AY.** Posttraumatic Stress Disorder and Stress-Related Disorders. *Psychiatr Clin North Am* **2009;** 32:687–704.

204. **Mello MF, Yeh MSL, Neto JB, Braga JL, Fiks JP, Mendes DD, Moriyama TS, Valente NLM, Costa MCP, Mattos P, Bressan RA, Andreoli SB, Mari JJ**. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial to assess the efficacy of topiramate in the treatment of post-traumatic stress disorder. *BMC Psychiatry* **2009;** 9.28.

205. **Connor KM, Davidson JRT**. The role of serotonin in posttraumatic stress disorder: Neurobiology and pharmacotherapy. *CNS Spectr* **1998;** 3:43-51.

206. **Krystal J, Neumeister A.** Noradrenergic and serotonergic mechanisms in the neurobiology of posttraumatic stress disorder and resilience. *Brain Res* **2009;** 1293:13-23.

207. **Kline NA, Dow BM, Brown SA, Matloff JL.** Sertraline efficacy in depressed combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* **1994;** 151:621.

208. **Brady KT, Sonne SC, Roberts JM.** Sertraline treatment of comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence. *J Clin Psychiatry* **1995;** 56:502-505.

209. **Davidson JR, Roth S, Newman E.** Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* **1991;** 4:419-423.

210. **Shay J.** Fluoxetine reduces explosiveness and elevates mood of Vietnam combat veterans with PTSD. *J Trauma Stress* **1992;** 5:97-101.

211. **Nagy LM, Morgan CA, Southwick SM, Charney DS**. Open prospective trial of fluoxetine for posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychopharmacol* **1993;** 13:107-113.

212. **Mula M, Pini S, Cassano GB.** The role of anticonvulsant drugs in anxiety disorders: a critical review of the evidence. *J Clin Psychopharmacol* **2007;** 27:263-272.

213. **Schoenfeld FB, Marmar CR, Neylan TC.** Current concepts in pharmacotherapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatr Serv* **2004;** 55:519-532.

214. **Riddle MA, Walkup JT, Vitiello B.** Introduction: Issues and viewpoints in pediatric psychopharmacology. *Int Rev Psychiatry* **2008;** 20:119-120.

215. **Zito JM, Safer DJ, de Jong-van den Berg LT, Janhsen K, Fegert JM, Gardner JF, Glaeske G, Valluri SC.** A three-country comparison of psychotropic medication prevalence in youth. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* **2008;** 2:26.

216. **Masi G, Milone A, Canepa G, Millepiedi S, Mucci M, Muratori F**. Olanzapine treatment in adolescents with severe conduct disorder. *Eur Psychiatry* **2006;** 21:51-57.

217. **Taş F, Güvenir T, Miral S.** Bir çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda ilaç kullanımı. *Çocuk ve Genç Ruh Sağlık Derg***2007;** 14:139-150.

218. **Hamner MB, Faldowski RA, Ulmer HG, Frueh BC, Huber MG, Arana GW.** Adjunctive risperidone treatment in post-traumatic stress disorder: a preliminary controlled trial of effects on comorbid psychotic symptoms. *Int Clin Psychopharmacol* **2003;** 18:1-8.

219. **Bartzokis G, Lu PH, Turner J, Mintz J, Saunders CS.** Adjunctive risperidone in the treatment of chronic combat related posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* **2005;** 57:474-479.

220. **Kozaric-Kovacic D, Pivac N, Muck-Seler D, Rothbaum BO.** Risperidone in psychotic combat-related posttraumatic stres disorder: an open trial. *J Clin Psychiatry* **2005;** 66:922-927.

221. **Pivac N, Kozaric-Kovacic D, Muck-Seler D.** Olanzapine versus fluphenazine in an open trial in patients with psychotic combat related post-traumatic stress disorder. *Psychopharmacology (Berl)* **2004;** 175:451-456.

222. **Labbate LA, Douglas S.** Olanzapine for nightmares and sleep disturbance in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Can J Psychiatry* **2000;** 45:667-668.

223. **Butterfield MI, Becker ME, Connor KM, Sutherland S, Churchill LE, Davidson JR.** Olanzapine in the treatment of post-traumatic stress disorder: a pilot study. *Int Clin Psychopharmacol* **2001;** 16:197-203.

224. **Kozaric-Kovacic D, Pivac N.** Quetiapine treatment in an open trial in combat-related post-traumatic stress disorder with psychotic features. *Int J Neuropsychopharmacol* **2007;** 10:253-261.

225. **Lambert MT.** Aripiprazole in the management of post-traumatic stres disorder symptoms in returning Global War on Terrorism veterans. *Int Clin Psychopharmacol* **2006;** 21:185-187.

226. **Padala PR, List D, Petty F, Bhatia SC.** Adjunctive aripiprazole in combat-related posttraumatic stress disorder. *Ann Pharmacother* **2007;** 41:1744.

227. **Villarreal G, Calais LA, Cañive JM, Lundy SL, Pickard J, Toney G.** Prospective study to evaluate the efficacy of aripiprazole as a monotherapy in patients with severe chronic posttraumatic stres disorder: an open trial. *Psychopharmacol Bull* **2007;** 40:6-18.

228. **Friedman MJ, Schnurr PP.** The relationship between trauma, post-traumatic stress disorder, and physical health. In: Friedman MJ, Charney DS, Deutsch AY, Eds. *Neurobiological and clinical consequences,* Philadelphia (PA): Lippincott-Raven, **2000:** 507-524.

229. **Foa EB, Davidson JRT, Frances A**. Expert consensus treatment guidelines for posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* **1999;** 60(16):4-69.

230. **Kitchner I, Greenstein R.** Low dose lithium carbonate in the treatment of post traumatic stress disorder: brief communication. *Mil Med* **1985;** 150:378-381.

231. **Van der Kolk BA.** The drug treatment of post-traumatic stres disorder. *J Affect Disord* **1987;** 13:203-213.

232. **Forster PL, Schoenfeld FB, Marmar CR, Lang AJ.** Lithium for irritability in post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress* **1995;** 8:143-149.

233. **Calabrase JR, Fatemi SH, Woyshville MJ.** Antidepressant effects of lamotrigine in rapid cycling bipolar disorder. *Am J Psychiatry* **1996;** 153:1236.

234. **Nair JB, Ajit SS.** The role of the glutamatergic system in posttraumatic stress disorder. *CNS spectr* **2008;** 13:7.

235. **Kowatch RA**. Effect size of lithium, divalproex sodium, and carbamazepine in children adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2000;** 39:713-720.

236. **Wagner KD, Weller EB, Carlson GA, Sachs G, Biederman J, Frazier JA, Wozniak P, Tracy K, Weller RA, Bowden C**. An open-label trial of divalproex in children and adolescents with bipolar disorder**.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2002;** 41:1224-1230.

237. **Fesler FA.** Valproate in combat-related posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* **1991;** 52:361-364.

238. **Kaplan H J, Sadock BJ**. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry behavioral science clinical psychiatry,* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, **2003:** 1090.

239. **Akuchekian SH, Amanat S**. The Comparison of Topiramate and Placebo in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized, Double- Blind Study. *J Res Med Sci* **2004;** 5:240-244.

240. **Silva RR, Munoz DM, Alpert M**. Carbamazepine use in children and adolescents with features of attention-deficit hyperactivity disorder; a meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1996;** 35:352-358.

241. **Kafantaris V, Campbell M, Padron- Gayol MV, Small AM, Locascio JJ, Rosenberg CR.** Carbamazepine in hospitalized aggressive conduct disorder children: an open pilot study. *Psychopharmacol Bull* **1992;** 28:193-199.

242. **Lipper S, Davidson JR, Grady TA, Edinger JD, Hammett EB, Mahorney SL, Cavenar JO.** Preliminary study of carbamazepine in post-traumatic stress disorder. *Psychosomatics* **1986;** 27:849-854.

243. **Wolf ME, Alavi A, Mosnaim AD.** Posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans clinical and EEG findings; possible therapeutic effects of carbamazepine. *Biol Psychiatry* **1988;** 23:642-644.

244. **Marshall RD, Davidson JRT, Yehuda R**. Pharmacotherapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder and Other Trauma-Related Syndromes. In: Yehuda R, Eds. *Review of Psychiatry*, 17th Ed., Washington DC: American Psychiatric Press, **1998:** 133-178.

245. **Steiner H.** Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1997;** 36:122-139.

246. **Dorsey S, Briggs EC, Woods BA.** Cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* **2011;** 20:255-269.

247. **Cohen JA, Berliner L, Mannarino A**. Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. *Child Abuse Negl* **2010;** 34:215-224.

248. **Kessler HMR, White MB, Nelson BS.** Group treatments for women sexually abused as children: A review of the literature and recommendations for future outcome research. *Child Abuse Negl* **2003;** 27:641-661.

249. **Neimeyer RA, Harter Alexander P.** Group perceptions as predictors of outcome in the treatment of incest survivors. *Psychiatry Res* **1991;** 1:148-158.

250. **Connor DF, Miller KP, Cunningham JA, Melloni RH.** What does getting better mean? Child improvement and measure of outcome in residential treatment. *The Am J Orthopsychiatry* **2002;** 72:110–117.

251. **Bilchik S.** Residential treatment: Finding the appropriate level of care. *Residential Group Care Quarterly* **2005;** *6*.

252. **Taussig HN, Clyman RB, Landsverk J.** Children who return home from foster care: A 6-year prospective study of behavioral health outcomes in adolescence. *Pediatrics* **2001;** 108:1–7.

EKLER

Ek 1:

Sosyodemografik Bilgi Formu

Protokol no :
Adı Soyadı :

Başvuru Tarihi : …./……../……

Yaşı:
Cinsiyeti:

Gönderen:
1. kendileri
2. Eğitim Kuruluşu
3. Psikiyatrist
4. Doktor
5. Adli Makam
6. Konsültasyon

Kardeş Sayısı:

Eğitimi (Yıl-Kaçıncı Sınıfta):
1. Okula Hiç Gitmemiş
2. Anaokulu+Kreş
3. Özel Eğitim
4. Ana Sınıfı
5. Özel Alt Sınıf
6. İlkokul 1
7. İlkokul 2
8. İlkokul 3
9. İlkokul 4
10. İlkokul 5
11. İlkokulu Bitirmiş Okumuyor
12. Ortaokul 1
13. Ortaokul 2
14. Ortaokul 3
15. Lise1
16. Lise 2
17. Lise 3
18. Lise 4

Annenin Eğitimi:
1. Okuma Yazma Bilmeyen
2. Okur Yazar
3. İlk
4. Orta
5. Lise
6. Üniversite

Annenin Yaşı:

Annenin İşi:
1. Ev Hanımı
2. Düzensiz Evde
3. Düzensiz Dışarıda
4. İşçi
5. Memur
6. Serbest
7. Yönetici
8. Sağlık Mensubu
9. Emekli

Annede Ruhsal Hastalık:
1. Yok
2. Nöroz
3. Psikoz
4. Bağımlılık
5. Zeka Geriliği
6. Kişilik Bozukluğu
7. Diğer

Babanın Eğitimi:
1. Okuma Yazma Bilmeyen
2. Okur Yazar
3. İlk
4. Orta
5. Lise
6. Üniversite

Babanın Yaşı:

Babanın İşi:
1. İşsiz
2. Düzensiz Evde
3. Düzensiz Dışarıda
4. İşçi
5. Memur
6. Serbest
7. Yönetici
8. Sağlık Mensubu
9. Emekli
10. Asker

Babada Ruhsal Hastalık:
1. Yok
2. Nöroz
3. Psikoz
4. Bağımlılık
5. Zeka Geriliği
6. Kişilik Bozukluğu
7. Diğer

Babada Madde Bağımlılığı:

1. Yok
2. Alkol
3. Esrar
4. Diğer

Aile Durumu:
1. Anne Baba Birlikte
2. Boşanmış

Parçalanmış Aile
1. Anne Ölü
2. Baba Ölü

Anne Baba Arasında Akrabalık:
1. Yok
2. Var

Akrabalarda Ruhsal Hastalık:
1. Yok
2. Var

Aile Yapısı:
1. Çekirdek Aile
2. Geniş
3. Anne İle
4. Baba İle
5. Akraba İle
6. Koruyucu Aile İle
7. Evlat Edinilmiş
8. Kurumda

Ayrı Odası:
3. Yok
4. Var

Ayrı Yatağı:
5. Yok
6. Var

Annenin Çocuğu Doğurduğu Yaş:

Bakan Kişi:
1. Anne
2. Baba
3. Anneanne-Babaanne
4. Bakıcı
5. Akraba
6. Kurum

Ebeveynler Arası Şiddet/Dayak:
1. Hayır
2. Evet

Kim Tarafından:
1. Eşi
2. Baba
3. Anne
4. Diğer Aile Bireyleri
5. Diğer

İstismar Şekli:
1. Fiziksel
2. Duygusal
3. Cinsel

Fiziksel İstismar:
1. Yok
2. Var

Fiziksel İstismar Uygulayan:
1. Anne
2. Baba
3. Diğer Aile Bireyleri
4. Öğretmen
5. Arkadaş
6. Komşu
7. Diğer

Fiziksel İstismar Şekli:
1. Elle
2. Alet Kullanarak
3. Sarsarak
4. Bağlama
5. Hareketini Kısıtlama
6. Diğer
7. Sigara Söndürme

Ne Sıklıkla:
1. Hiç
2. Nadiren
3. Ara Sıra
4. Sık
5. Çok Sık
6. Sürekli

İhmal:
1. Yok
2. Var

İhmal Şekli:
1. Sağlık İhtiyaçları
2. Temizlik Bakım
3. Beslenme
4. Eğitim
5. Disiplin Ve Sosyal Gelişim
6. Diğer

Duygusal İstismar:
1. Yok
2. Var

Duygusal İstismar Şekli:
1. Utandırma
2. Korkutma
3. Aşırı Eleştiri, Küçük Düşürme
4. Terk Etmek İle Tehdit Etmek
5. Aşırı Sorumluluk Yükleme

6. Diğer

Duygusal İstismarı Uygulayan:
1. Anne
2. Baba
3. Diğer Aile Bireyleri
4. Öğretmen
5. Arkadaş
6. Komşu
7. Diğer

Cinsel İstismar:
1. Yok
2. Var

Cinsel İstismar Şekli:
1. Sürtünme
2. Genital Penetrasyon
3. Anal Penetrasyon
4. Oral Penetrasyon
5. Sözlü İstismar
6. Gösterimcilik
7. Çocuk Pornosu
8. Cinsel Amaçlı Satma
9. Öpmek
10. Ellemek

İlk Cinsel İstismar Yaşı:

Cinsel İstismarın Tekrarlaması:
1. Yok
2. Var

Genital Muayene Bulgusu:
1. Yok
2. Var

İstismarcı:
1. Baba
2. Abi
3. Bunun Dışında Akraba
4. Akraba Dışında Tanıdık
5. Yabancı Kimse
6. Üvey Baba
7. Eşi kabul ettiği kişi (Nikahsız)

İstismara Eşlik Eden Durumlar :
1. Alıkoyma
2. Zor Kullanma
3. Tehdit

Mağdurun Davranış Şekli:
1. Gizleme
2. Aileden Yardım İsteme
3. Eğitim Kuruluşundan Yardım İsteme
4. Arkadaşlarından Yardım İsteme
5. Emniyet Birimlerinden Yardım İsteme
6. Adli Kurumlardan Yardım İsteme

İstismarın Sosyal Sonucu:
1. Eğitimin Aksaması
2. Aileden Ayrılma
3. Çevre Baskısı

Ailenin İstismara Yaklaşımı:
1. Gizleme
2. Adli Yardım Arama
3. Tıbbi Yardım Arama
4. Hukuk Dışı Uygulamalar
5. Diğer

Ailenin Çocuğa Yaklaşımı:
1. Suçlayıcı
2. Baskılayıcı-Sınırlayıcı
3. Destekleyici-Koruyucu

Ek 2:

İsmi :
Yaş : Cinsiyeti : Meslek (kendi) :
Eğitimi : Baba Eğitimi : Anne Eğitimi :

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa "DOĞRU"yu değilse "YANLIŞ"ı daire içine alınız. Lütfen soruların hepsini cevaplandırınız.

1. Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım	DOĞRU	YANLIŞ
2. Sık sık hoşa gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.	DOĞRU	YANLIŞ
3. Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm	DOĞRU	YANLIŞ
4. İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım	DOĞRU	YANLIŞ
5. Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım	DOĞRU	YANLIŞ
6. Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.	DOĞRU	YANLIŞ
7. Değişmez kurallarım vardır	DOĞRU	YANLIŞ
8. Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen hemen hergün beni rahatsız eder.	DOĞRU	YANLIŞ
9. Kaza ile bir başkasına çarptığımda rahatsız olurum	DOĞRU	YANLIŞ
10. Hergün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam	DOĞRU	YANLIŞ
11. Çocukken annem de babam da beni fazla sıkmazlardı	DOĞRU	YANLIŞ
12. Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimden geri kaldığım oluyor	DOĞRU	YANLIŞ
13. Çok fazla sabun kullanırım	DOĞRU	YANLIŞ
14. Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur	DOĞRU	YANLIŞ
15. Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim	DOĞRU	YANLIŞ
16. Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım	DOĞRU	YANLIŞ

17. Temizliğe aşırı düşkünüm	DOĞRU	YANLIŞ
18. Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim	DOĞRU	YANLIŞ
19. Pis tuvaletlere giremem	DOĞRU	YANLIŞ
20. Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir	DOĞRU	YANLIŞ
21. Mikrop kapmak ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım	DOĞRU	YANLIŞ
22. Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim	DOĞRU	YANLIŞ
23. Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım	DOĞRU	YANLIŞ
24. Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissederim	DOĞRU	YANLIŞ
25. Aldığım bir işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım	DOĞRU	YANLIŞ
26. Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır	DOĞRU	YANLIŞ
27. Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım	DOĞRU	YANLIŞ
28. Hergün bazı şeyleri tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir	DOĞRU	YANLIŞ
29. Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır	DOĞRU	YANLIŞ
30. Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam	DOĞRU	YANLIŞ
31. Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar hatta aylarca hiçbirşeye el sürmediğim olur	DOĞRU	YANLIŞ
32. En büyük mücadelemi kendimle yaparım	DOĞRU	YANLIŞ
33. Çoğu zaman büyük bir hata yada kötülük yaptığım duygusuna kapılırım	DOĞRU	YANLIŞ
34. Sık sık kendime birşeyleri dert edinirim	DOĞRU	YANLIŞ
35. Önemsiz ufak tefek işlerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm	DOĞRU	YANLIŞ
36. Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır	DOĞRU	YANLIŞ
37. Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder	DOĞRU	YANLIŞ

Ek 3:

"NASIL HİSSEDİYORUM" ANKETİ

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi okuyun ve hangisinin sizin için en doğru olduğuna karar verin. "Hemen hemen hiç" mi "bazen"mi, yoksa sık sık mı? Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun, genellikle nasıl hissetiğinizi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

1. Yanlış yapacağım diye endişelenirim.	( ) hemen hemen hiç	( ) bazen	( ) sık sık
2. Ağlayacak gibi olurum.	( ) hemen hemen hiç	( ) bazen	( ) sık sık
3. Kendimi mutsuz hissederim.	( ) hemen hemen hiç	( ) bazen	( ) sık sık
4. Karar vermede güçlük çekerim	( ) hemen hemen hiç	( ) bazen	( ) sık sık
5. Sorunlarımla yüz yüze gelmek bana zor gelir.	( ) hemen hemen hiç	( ) bazen	( ) sık sık
6. Çok gazla endişelenirim.	( ) hemen hemen hiç	( ) bazen	( ) sık sık
7. Evde sinirlerim bozulur.	( ) hemen hemen hiç	( ) bazen	( ) sık sık
8. Utangacım.	( ) hemen hemen hiç	( ) bazen	( ) sık sık
9. Sıkıntılıyım.	( ) hemen hemen hiç	( ) bazen	( ) sık sık
10. Aklımda, engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder.	( ) hemen hemen hiç	( ) bazen	( ) sık sık
11. Okul beni endişelendirir.	( ) hemen hemen hiç	( ) bazen	( ) sık sık
12. Ne yapacağıma karar vermekte güçlük çekerim.	( ) hemen hemen hiç	( ) bazen	( ) sık sık
13. Kalbimin hızlı hızlı çarptığını farkederim.	( ) hemen hemen hiç	( ) bazen	( ) sık sık
14. Nedenini bilmediğim korkularım var.	( ) hemen hemen hiç	( ) bazen	( ) sık sık
15. Annem-babam için endişelenirim.	( ) hemen hemen hiç	( ) bazen	( ) sık sık
16. Ellerim terler.	( ) hemen hemen hiç	( ) bazen	( ) sık sık
17. Kötü birşeyler olacak diye endişelenirim.	( ) hemen hemen hiç	( ) bazen	( ) sık sık
18. Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim.	( ) hemen hemen hiç	( ) bazen	( ) sık sık
19. Karnımda bir rahatsızlık hissederim.	( ) hemen hemen hiç	( ) bazen	( ) sık sık
20. Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni rahatsız eder.	( ) hemen hemen hiç	( ) bazen	( ) sık sık

1. **Kendimi** ( ) çok sakin hissediyorum ( ) sakin hissediyorum ( ) sakin hissetmiyorum

2. **Kendimi** ( ) çok öfkeli hissediyorum ( ) öfkeli hissediyorum ( ) öfkeli hissetmiyorum

3. **Kendimi** ( ) çok huzurlu hissediyorum ( ) huzurlu hissediyorum ( ) huzurlu hissetmiyorum

4. **Kendimi** ( ) çok sinirli hissediyorum ( ) sinirli hissediyorum ( ) sinirli hissetmiyorum

5. **Kendimi** ( ) çok huzursuz hissediyorum ( ) huzursuz hissediyorum ( ) huzursuz hissetmiyorum

6. **Kendimi** ( ) çok dinlenmiş hissediyorum ( ) dinlenmiş hissediyorum ( ) dinlenmiş hissetmiyorum

7. **Kendimi** ( ) çok ürkmüş hissediyorum ( ) ürkmüş hissediyorum ( ) ürkmüş hissetmiyorum

8. **Kendimi** ( ) çok rahatlamış hissediyorum ( ) rahatlamış hissediyorum ( ) rahatlamış hissetmiyorum

9. **Kendimi** ( ) çok endişeli hissediyorum ( ) endişeli hissediyorum ( ) endişeli hissetmiyorum

10. **Kendimi** ( ) çok hoşnut hissediyorum ( ) hoşnut hissediyorum ( ) hoşnut hissetmiyorum

11. **Kendimi** ( ) çok korkmuş hissediyorum ( ) korkmuş hissediyorum ( ) korkmuş hissetmiyorum

12. **Kendimi** ( ) çok mutlu hissediyorum ( ) mutlu hissediyorum ( ) mutlu hissetmiyorum

13. **Kendimden** ( ) çok eminim ( ) eminim ( ) emin değilim

14. **Kendimi** ( ) çok iyi hissediyorum ( ) iyi hissediyorum ( ) iyi hissetmiyorum

15. **Kendimi** ( ) çok başım dertte hissediyorum ( ) başım dertte hissediyorum ( ) başım dertte hissetmiyorum

16. **Birşeylerin beni** ( ) çok rahatsız ettiğini hissediyorum ( ) rahatsız ettiğini hissediyorum ( ) rahatsız ettiğini hissetmiyorum

17. **Kendimi** ( ) çok keyifli hissediyorum ( ) keyifli hissediyorum ( ) keyifli hissetmiyorum

18. **Kendimi** ( ) çok dehşete kapılmış hissediyorum ( ) dehşete kapılmış hissediyorum ( ) dehşete kapılmış hissetmiyorum

19. **Kafamda** ( ) herşeyi çok karmakarışık hissediyorum ( ) herşeyi karmakarışık hissediyorum ( ) hiçbirşeyi karmakarışık hissetmiyorum

20. **Kendimi** ( ) çok neşeli hissediyorum ( ) neşeli hissediyorum ( ) neşeli hissetmiyorum

Ek 4:

Adı Soyadı	:	Tarih	:
Cinsiyeti	:	Okul	:
Doğum Tarihi	:	Sınıf	:

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlelerin yanındaki numarayı daire içine alınız.

0 A) 1. Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
1 2. Kendimi sık sık üzgün hissederim.
2 3. Kendimi her zaman üzgün hissederim.

2 B) 1. İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek
1 2. İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
0 3. İşlerim yolunda gidecek.

0 C) 1. İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
1 2. İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
2 3. Herşeyi yanlış yaparım.

0 D) 1. Birçok şeyden hoşlanırım.
1 2. Bazı şeylerden hoşlanırım.
2 3. Hiçbirşeyden hoşlanmam.

2 E) 1. Herzaman kötü bir çocuğum.
1 2. Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
0 3. Arada sırada kötü bir çocuğum.

0 F) 1. Arada sırada başıma kötü birşeylerin geleceğini düşünürüm.
1 2. Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
2 3. Başıma çok kötü şeyler geleceğinden eminim.

2 G) 1. Kendimden nefret ederim.
1 2. Kendimi beğenmem.
0 3. Kendimi beğenirim.

2 H) 1. Bütün kötü şeyler benim hatam.
1 2. Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
0 3. Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

0 I) 1. Kendimi öldürmeyi düşünmem.
1 2. Kendimi öldürmeyi düşünüm ama yapmam.
2 3. Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

2 İ) 1. Hergün içimden ağlamak gelir.
1 2. Birçok günler içimden ağlamak gelir.
0 3. Arada sırada içimden ağlamak gelir.

2 J) 1. Herşey hergün beni sıkar.
1 2. Herşey sık sık beni sıkar.
0 3. Herşey arada sırada beni sıkar.

0 K) 1. İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
1 2. Çoğu zaman insanlarla berabar olmaktan hoşlanmam.
2 3. Hiçbirzaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.

2 L) 1. Herhangi birşey hakkında karar veremem.
1 2. Herhangi birşey hakkında karar vermek zor gelir.
0 3. Herhangi birşey hakkında kolayca karar veririm.

0 M) 1. Güzel/yakışıklı sayılırım.
1 2. Güzel/yakışıklı olmayan yanlarım var.
2 3. Çirkinim.

2 N) 1. Okul ödevlerimi yapmak için herzaman kendimi zorlarım
1 2. Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlar
0 3. Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.

2 O) 1. Hergece uyumakta zorluk çekerim.
1 2. Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
0 3. Oldukça iyi uyurum.

0 Ö) 1. Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
1 2. Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
2 3. Herzaman kendimi yorgun hissederim.

2 P) 1. Hemen hergün canım yemek yemek istemez.
1 2. Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
0 3. İştahım oldukça iyi.

0 R) 1. Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
1 2. Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
2 3. Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

0 S) 1. Kendimi yalnız hissetmem.
1 2. Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
2 3. Herzaman kendimi yalnız hissederim.

2 Ş) 1. Okuldan hiç hoşlanmam.
1 2. Arada sırada okuldan hoşlanırım.
0 3. Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

0 T) 1. Birçok arkadaşım var.
1 2. Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
2 3. Hiç arkadaşım yok.

0 U) 1. Okul başarım iyi.
1 2. Okul başarım eskisi gibi iyi değil.
2 3. Eskiden iyi olduğum derslerde, çok başarısızım.

2 V) 1. Kimse beni sevmez.
1 2. Beni seven insanların
0 3. Beni seven insanların

0 Y) 1. Bana söyleneni genellikle yaparım
1 2. Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
2 3. Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

0 Z) 1. İnsanlarla iyi geeçinirim.
1 2. İnsanlarla sık sık kavga ederim.
2 3. İnsanlarla her zaman kavga ederim.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı	**:** Serhat NASIROĞLU
Doğum Tarih ve Yeri	**:** 18.09.1981 - Batman
Medeni Durumu	**:** Bekar
Adres	**:**
Telefon	: 0 (505) 568 10 72
E. posta	: serhatnasiroglu@gmail.com
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi	**:** Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi
Varsa Mezuniyet Derecesi	**: -**
Görev Yerleri	**: -**
Dernek Üyelikleri	**: -**
Alınan Burslar	**: -**
Yabancı Dil(ler)	**:** İngilizce
Diğer Hususlar	**: -**