

CİNSEL İSTİSMARA MARUZ KALDIĞI BİLDİRİLEN OLGULARIN RUHSAL DEĞERLENDİRME SONUÇLARI

Psychological evaluation results in patients confronted with sexual abuse

Işık KARAKAYA¹, Ayşen COŞKUN¹, Belma AĞAOĞLU¹, Şahika G ŞİŞMANLAR¹,
Özlem YILDIZ ÖÇ¹, Nursu ÇAKIN MEMİK¹, Ümit BİÇER²

Karakaya I, Coşkun A, Ağaoğlu B, Şişmanlar ŞG, Öç Yıldız Ö, Memik Çakın N, Biçer Ü. Cinsel istismara maruz kaldığı bildirilen olguların ruhsal değerlendirme sonuçları. Adli Tıp Bülteni, 2006;11(2): 53-58.

ÖZET

Çocuk ve ergenin cinsel istismarı çeşitli olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Cinsel istismarın olası sonuçları, cinsellik üzerine etkiler, depresif duygudurum, anksiyete, davranışsal etkiler ve kişilik değişiklikleridir. Bu yazıda cinsel istismar mağduru 21 çocuk ve ergenin ruhsal belirtileri DSM-IV'e dayalı olarak değerlendirilmiştir. 4-16 yaş arası 12 kız, 9 erkek çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Tüm olguların düşük sosyoekonomik düzeyden geldiği görülmüştür. En sık görülen ruhsal bozukluklar travma sonrası stres bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, major depresif bozukluk ve dışa atım bozuklukları olarak saptanmıştır. Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenler çok farklı psikiyatrik tablolar geliştirebilmektedir. Bu nedenle cinsel istismarın çocuk ve ergenler üzerindeki etkilerini bilmek değerlendirme, önleme ve tedavi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Çocuk, ergen, cinsel istismar, ruhsal etkiler

SUMMARY

Child and adolescent sexual abuse have lifelong consequences. Sexual development, emotional effects, depressed mood, anxiety, behavioral effects and alteration of personality are some possible consequences of sexual abuse. In this article we evaluated psychiatric symptoms according to DSM-IV diagnostic criteria in 21 sexually abused children and adolescents. Twelve girls and nine boys between 4 and 16 years of age were investigated. All the patients belonged to low socioeconomic strata. The most frequently diagnosed psychiatric disorders in these children were posttraumatic stress disorder, separation anxiety

disorder, major depressive disorder and elimination disorder. Sexually abused children and adolescents present various psychiatric symptoms. So, understanding the consequences of sexual abuse on children and adolescents is significant in assessment, prevention, and treatment.

Key words: Child, adolescent, sexual abuse, psychiatric effects

GİRİŞ

Yetişkinin doyumunu için çocuğun cinsel obje olarak kullanılması ve temas içermeyen cinsel dokunmadan tecavüze kadar geniş bir yelpazeyi tanımlayan eyleme cinsel istismar denmektedir. Cinsel istismar tüm çağlarda yaygın olarak görülse de 1990'lerden sonra toplumun ve profesyonellerin farkındalığının artması ve çocukları gözetmeye yönelik çalışmalara önem verilmesi konunun tartışılabilir olmasına olanak sağlamıştır (1). Bu da çocukluk dönemi cinsel istismarı ile ilgili klinik ve araştırma yazınında büyük bir artışla sonuçlanmıştır (2-5).

Çocukluk cinsel istismarının görülme sıklığı uluslararası yazında %0.6-3.2 olarak bildirilmiştir (6). Türkiye'deki sıklık çalışmaları ise olgu bildirimleri ve az sayıdaki toplum kaynaklı çalışma ile sınırlıdır (7-11).

Yazın gözden geçirildiğinde cinsel istismar için birçok risk etkeni bildirilmiştir. Çocuğa ait risk etmenleri; kız cinsiyette ve erken ergenlik döneminde olmak, çocuk ve gence ait fiziksel ve ruhsal bozuklukların varlığı, pasif,

¹ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Kocaeli

² Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD, Kocaeli

bağımlı, içe dönük, kaygılı, güçsüz, endişelerini dile getiremeyen, sorunlu davranışı tanımayan ve ifade edemeyen kişilik özelliklerinin bulunması olarak tanımlanmıştır (12,13). Aile ile ilişkili risk etmenleri gözden geçirildiğinde ebeveynlerden birinin ya da her ikisinin de kaybı, ebeveynlere ait fiziksel ve ruhsal bozukluklar, ciddi evlilik sorunları, sosyal izolasyon, evde üvey baba varlığı, anne-babanın düşük eğitim düzeyine sahip olması, kötü ebeveyn-çocuk ilişkisi gibi etkenler riski artıran nedenler olarak gösterilmiştir (12,14).

Cinsel istismarın çocuk ve gençlerde birçok ruhsal hastalığa zemin hazırladığı bilinmektedir. Cinsel istismarda intihar riskinde artış ve depresyon (15-18), travma sonrası stres bozukluğu (19-22), davranım bozukluğu (23), anksiyete bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (21,24) eş tanıları birçok çalışmada bildirilmiştir. Bunun yanı sıra düşük benlik saygısı (25), alkol ve diğer madde bağımlılıklarının da (18,26,27) cinsel istismar öyküsü ile ilişkili olabileceği saptanmıştır. İstismara uğrayanların ileride antisosyal davranışlar gösterebilecekleri, suç işlemeye ve istismara diğer bireylere oranla daha yatkın olacakları dile getirilmiştir (1,28). Çocuğun yaşı, istismarcının mağdura yakınlığı (23), cinsel istismarın tipi, süre ve sıklığı (1) gibi etkenlerinde istismar mağdurunda ortaya çıkan ruhsal belirtilerin şiddeti ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür.

Cinsel istismarın farklı biçimlerde gerçekleşmesi, yapılan muayenelerin standardize olmaması, muayene eden kişinin deneyimleri ve muayene zamanı gibi birçok etken fiziksel kanıtların ve istismarın saptanmasını güçleştirmektedir. Cinsel istismar olgularının çoğunda fiziksel bulgu olmadığını bildirilirken (29), Green cinsel istismar hasarının daha çok psikolojik olduğunu ileri sürmüştür (1). Yeni Türk Ceza Kanunu'nun 103-6'ncı maddesine göre cinsel istismar mağdurlarının beden veya ruh sağlığının bozulması suçu ağırlaştırıcı bir neden olarak belirtilmektedir (30). Bu nedenlerle bütüncül yaklaşımlarla değerlendirilmesi gereken bu olguların bildirilmesi yükümlülüğü kadar, cinsel istismarı değerlendiren hekimlerin ruhsal belirtileri göz ardı etmemeleri de önemli bir zorunluluktur. Aynı zamanda cinsel istismarın travmatik etkilerinin çokluğu nedeniyle doğru değerlendirme ve etkin tedavi için ortaya çıkabilecek olumsuz etkilerin bilinmesi gereklidir.

Bu çalışmada çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran ve cinsel istismara maruz kaldığı bildirilen

olguların demografik ve klinik özellikleri ışığında risk etkenleri, ortaya çıkan ruhsal bozukluklar ve ruhsal belirtilere zamanın etkisi değerlendirilmeye çalışılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine Ocak 2003- Aralık 2005 tarihleri arasında, cinsel istismara uğradığı iddiasıyla bireysel ya da adli konsültasyon yolu ile 43 olgu başvurmuştur. Bu olguların en az altı ay süre ile bölümümüzde düzenli aralıklarla takip edilen yirmi biri çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Bu tarihler arasında başvuran diğer 22 olgu ise bildirilen istismardan çok uzun süre sonra başvurma, bir kez ruhsal değerlendirme yapılabilmesi ve takibe gelmeme gibi çeşitli nedenlerle çalışma dışı bırakılmıştır. Cinsel istismar mağduru 21 olgu sorumlu uzman hekim tarafından değerlendirilmiş, aileden istismara yönelik ayrıntılı öykü alınmıştır. Sosyodemografik ve istismara yönelik tanımlayıcı bilgiler bölümümüz tarafından hazırlanan 15 soruluk bir bilgi formu ile sorgulanmıştır. Olgularda varolan ruhsal bozukluk tanıları çocuk ve ebeveynlerle DSM IV'e dayalı yarı yapılandırılmış klinik görüşme ile konmuştur. Olguların takip ve tedavisi 15 gün ila 30 gün aralıklarla sürdürülmüştür. Ek olarak mağdura ait adli dosyalar var ise incelenerek istismara yönelik bilgi elde edilmiştir.

Olgu sayısının azlığı nedeniyle ayrıntılı nedensel ilişkileri ortaya koyan istatistiksel analizler yapılamamıştır. Bu nedenle daha çok olguların tanımlayıcı özellikleri üzerinde durulmuştur ve bu değerlendirmeler SPSS 13.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Cinsel istismara uğradığı bildirilen olguların 12'si (%57.14) kız, 9'u (%42.86) erkektir. Yaş ortalamaları 9.14 olarak saptanmıştır (yaş aralığı: 4-16). Olguların 10'u Adli Tıp Anabilim Dalı tarafından değerlendirilmek üzere bölümümüze yönlendirilmiş, 11'i ise ruhsal destek için bireysel başvuruda bulunmuştur. Mağdurların tümünün değerlendirme öncesinde adli başvuruları olduğu görülmüştür. Olguların on yedisinin 9 yaşından önce, ikisinin 10-11 yaşları arasında ve iki olgunun da 11 yaşından sonra istismara uğradığı saptanmıştır (Tablo 1). Dokuz olgunun tekrarlayan cinsel istismara maruz kaldığı öğrenilirken, 12 olgunun bir kez istismar edildiği bildirmiştir. İstismarların 11'inin aile bireyleri ya da akrabalar tarafın-

Tablo 1. Cinsel istismar mağdurlarının demografik özellikleri

Yaş ortalaması	9.14 ± 3.25	
İstismar yaşı	≤ 9	17 (%80.96)
	10-11 yaş	2 (%9.5)
	≥ 11 yaş	2(%9.5)
Cinsiyet	Kız	12(%57.14)
	Erkek	9(%42.86)
Sosyoekonomik düzey	Düşük	17(%80.96)
	Orta	4(%19.04)
	Yüksek	-
Yaşanan bölge	Kentsel	2 (%9.5)
	Yarıkentsel	17(%80.96)
	Kırsal	2(%9.5)

dan gerçekleştirildiği öğrenilmiştir. İstismara eşlik eden davranış en sık kandırma, zorlama ya da tehdit olarak olgular tarafından tanımlanmıştır. Sadece bir olguda fiziksel şiddet kullanıldığı öğrenilmiştir (Tablo 2).

Yirmi bir olgunun 17'sinin (%80.96) düşük sosyoekonomik düzeyden geldiği ve yarı kentsel alanda yaşadığı saptanmıştır (Tablo 1). Aile özelliklerine bakıldığında 7 olguda aile içi fiziksel şiddet, 8 olguda ihmal ve 2 olguda da ebeveynlerinde kronik ruhsal hastalık olduğu alınan anamneze dayalı olarak saptanmıştır.

İstismarcıların tümünün erkek olduğu, 11 istismarcının öyküsünde alkol-madde kullanımı bulunduğu ve önceden fiziksel-cinsel istismar suçu veya adi suçlar (hırsızlık, gasp vs) işlediği öğrenilmiştir. İstismarcı özellikleri ve olgulara yakınlığı Tablo 2'de gösterilmiştir.

İstismardan en az bir ay sonra yapılan DSM-IV'e dayalı yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi sonucunda yirmi bir olgunun 18'inde DSM-IV'e göre bir ya da birden fazla ruhsal bozukluk tanısı belirlenmiştir. En sık saptanan ruhsal bozukluklar sıklık sırasına göre ayrılık anksiyetesi bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, major depresif bozukluk ve dışa atım bozukluklarıdır. Ek olarak iki olgu dissosiyatif bozukluk, bir olgu obsesif kompulsif bozukluk tanısı alırken, üç olguda DSM-IV'e göre herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı saptanmamıştır. Olguların istismar öncesi ruhsal durumları geriye dönük sorgulandığında ve yapılan zeka testleri sonucunda yedi-

sinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve üçünde mental retardasyon (MR) olduğu anlaşılmıştır (Tablo 3).

TARTIŞMA

Örneklelimizi oluşturan 21 olgunun %57'si kızlardan oluşmuştur. Örneklem sayımızın azlığı nedeniyle istatistiksel analiz yapılamasa da yüzde olarak kız çocuklarının erkek çocuklara oranla daha fazla cinsel istismara maruz kaldıkları görülmektedir. Yazında da kız çocuklarının erkek çocuklara oranla daha yüksek düzeyde cinsel istismar riski taşıdıkları bildirilmiştir (1,28).

Küçük yaş grubundaki çocukların daha sık cinsel istismara uğradığı tanımlanmaktadır (12,31). Olguların yaş ortalaması 9.14 olarak saptanmıştır (yaş aralığı: 4-16). Bu açıdan da elde ettiğimiz veriler yazın bilgileri ile uyum göstermektedir.

Cinsel istismarın tüm sosyokültürel ve ekonomik düzeylerde görülebileceğini bildiren çalışmaların yanında (32), düşük sosyoekonomik düzeyin (SED) riski arttıran bir faktör olduğunu bildiren yayınlara da rastlanmaktadır (33). Olguların tümü orta ve düşük SED'e sahiptir ve birçoğu yarı kentsel bölgede yaşamaktadır. Yarı kentsel alanda yaşamak ve düşük sosyoekonomik düzeyde olmak çalışmamızın sonuçlarına göre önemli bir risk etkeni olarak karşımıza çıkmaktadır.

Olguların 10'unda istismar öncesi de var olan yordama ve değerlendirme yeteneklerini bozan ruhsal bozukluk öyküsü saptanmıştır. Bu durum kendini ifade etmede, sorunlu davranışı tanımada zorluk yaşamalarına ve cinsel istismara daha açık hale gelmelerine neden olmuş olabilir. DEHB'nda ve mental retardasyonda yargılama ve neden sonuç ilişkisi kurmada güçlüklerin yaşandığı bilinmektedir (34). Örneklemimizden 7 çocuğun DEHB olduğu düşünülecek olursa, bu ruhsal bozukluğun varlığı çocukların istismara uğrama ihtimalini artırmış olabilir. Engelli ya da gelişimsel olarak geriliği olan çocukların normal çocuklara göre daha fazla risk altında olduklarını bildiren çalışmalar da sonucu desteklemektedir (33,35).

Cinsel istismara maruz kalan çocuk ve ergenlerin aynı zamanda fiziksel istismar, ihmal ve özellikle duygusal istismara uğradığı bildirilmiştir Bu çalışmalarda kötü ebeveyn-çocuk ilişkisi, öfke kontrolünü yapamayan, antisosyal özellikleri olan ebeveynlerin varlığı cinsel istismar riskini arttıran faktörler olarak tanımlanmıştır (1,33). Örneklemimizin aile özellikleri alınan öyküye dayalı olarak

Tablo 2. İstismara ait özellikler

İstismar şekli	
Genital organlar dışında cinsel dokunma	5 (%23.8)
Genital organlara dokunma	5 (%23.8)
Oral seks	1 (%4.8)
Vajinal/anal ilişki	9 (%42.9)
Bilinmiyor	1 (%4.8)
İstismarın sıklığı	
Bir kez	12 (%57.14)
Birden fazla	
< 6 ay	2 (%9.5)
> 6 ay	7 (%33.3)
İstismarcının mağdura yakınlığı	
Ebeveyn	
Anne	-
Baba	3 (%14.3)
Üvey ebeveyn	
Üvey anne	-
Üvey baba	1 (%4.8)
Kardeş	
Öz kardeş	1 (%4.8)
Üvey kardeş	2 (%9.5)
Akraba	4 (%19.0)
Tanıdık	3 (%14.3)
Yabancı	6 (%28.6)
Bilinmiyor	1 (%4.8)
Daha öncesinde istismar öyküsü	
Var	4 (%19.0)
Yok	17 (%80.9)
İstismara eşlik eden davranış	
Kandırma	10 (%47.6)
Zorlama- Tehdit	10 (%47.6)
Şiddet	1 (%4.8)
İstismarcının cinsiyeti	
Kadın	-
Erkek	21 (%100)
İstismarcı özellikleri	
Alkol-madde kullanım öyküsü	3 (%14.3)
Fiziksel-cinsel istismar suçlusu	9 (% 42.9)
Adi suç işlemiş olma	2 (% 9.5)
Bilinmiyor	10 (% 47.6)

gözden geçirildiğinde yazınla uyumlu şekilde aile içi şiddet ve ihmal en sık göze çarpan özellikler olmuştur.

İstismar edilen çocukların ruhsal bozukluklar açısından büyük risk taşıdığı bir gerçektir. Ancak cinsel istismara bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülen ruhsal belirtilerle istismar arasında basit bir sebep sonuç ilişkisi kurmak oldukça güçtür. İstismar sonrası mağdurlarda cinsel istismara özgü belirtiler görülebileceği gibi daha genel ruhsal belirtiler de ortaya çıkabilir. Olgularımız da DSM-IV'e göre değişik tanımlar almıştır. En sık görülen ruhsal bozukluklar ayrılık anksiyetesi bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, major depresif bozukluk ve dışa atım bozuklukları olarak saptanmıştır. Çalışmanın bulguları yazınla örtüşmektedir (15,19,23,25-27).

Çocuk ve ergenler genellikle aile içinden ve akrabalarından gelen cinsel istismarla karşı karşıya kalmaktadır. Keating ve arkadaşları cinsel saldırıların tümünün erkekler tarafından, %50'sinin ev içinde ve genellikle fiziksel şiddet kullanılarak gerçekleştirildiğinin ileri sürmüşlerdir (36). Bir başka çalışmada ise istismar suçlularının %77'sinin ebeveyn, %11'inin ise akrabalar olduğu saptanmıştır (37). İstismarcının mağdura yakınlığının istismarın sonuçlarının ciddiyeti için anahtar bir etken olduğu ve yakınlığın derecesi arttıkça olumsuz sonuçlarda da artış olduğu söylenmektedir (1). Cinsel istismarın tipi ve sıklığı da prognozu etkileyen önemli etkenlerdendir. İstismar sırasında şiddetin kullanılması, uzun süreden beridir olması ve sık aralıklarla olması çocuğun daha olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (1,25). Çalışmada yer alan on bir olgu aile bireyleri ya da akrabaları tarafından istismar edilmiştir ve bu olgulardan 9'u tekrarlayan şekilde istismara maruz kalmıştır. Olgulardan ev içinden ve tekrarlayan şekilde istismara uğrayanların birden fazla ruhsal bozukluk tanısı aldığı ve tedaviye daha dirençli belirtiler taşıdığı görülmüştür. Ancak istismar tipi ile ortaya çıkan ruhsal belirtiler arasındaki ilişki olgu sayısının azlığı nedeniyle sağlıklı bir şekilde ortaya konamamıştır. Cinsel istismara sıklıkla fiziksel şiddetin eşlik ettiği yazında bildirilmiştir (33). Ancak olgularımızda yazın bilgilerinin aksine kandırma, tehdit ya da zorlamanın eşlik ettiği öğrenilmiştir.

Öte yandan çalışmamızdaki 3 olguda olduğu gibi tüm cinsel istismar olgularında ruhsal bozukluk belirtileri ortaya çıkmamaktadır. Ancak ruhsal belirtisi olmayan çocukların %10-20'sinin olaydan 12-18 ay sonra kötüleşebildiği ve ruhsal bozukluklar ortaya çıkabildiği bildiril-

Tablo 3: Ruhsal tanılar ve tedaviye yanıt

	Kız	Erkek	Toplam
Premorbid ruhsal tanı			
DEHB	3	4	7
Mental retardasyon	1	2	3
Sağlıklı	8	3	11
İstismar sonrası ruhsal tanı			
Major depresif bozukluk	4	1	5
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	3	4	7
Davranım bozukluğu	1	3	4
TSSB	4	2	6
Dışa atım bozuklukları	3	2	5
Dissosiyatif bozukluk	2	-	2
OKB	1	-	1
Tanı yok	2	1	3
İzlem			
Tam iyileşme	4	4	8
Kısmi iyileşme	3	5	8
Yanıt yok	2	-	2
İzlemden çıktı	2	-	2

miştir (5). Bu nedenle cinsel istismara maruz kaldığı bildirilen tüm olguların izlenmesi ve ek risk etkenleri açısından değerlendirilmesine ihtiyaç vardır.

Cinsel istismar olgularının tedavi ile zaman içinde belirgin iyileşme gösterdiği bilinmektedir. Ancak bunun tedavinin etkisi mi yoksa zamana bağlı bir düzelme mi olduğu açık değildir (1,25). Olgularımızın 8'i izleme süreçlerinde tam iyileşme, 8'i kısmi iyileşme gösterirken, iki olgu tedaviye yanıt vermemiş, ruhsal belirti saptanmayan 3 olgudan ikisi ise altı aylık izleme süreci sonunda izlemden çıkmıştır.

Çocuk ve ergenlerde cinsel istismar farklı klinik görünümlerle karşımıza çıkabilmektedir. Mağdurun, istismarın ve istismarcının özellikleri ruhsal belirtilerin çeşitliliği ve iyileşme sürecinin yordayıcılarındandır. Cinsel istismarın çocuk ve ergenler üzerindeki etkilerini bilmek değerlendirme, önleme ve tedavi yaklaşımları açısından önem taşımaktadır.

Adli tıp uzmanları tarafından yapılan muayene ve incelemeler yardımıyla istismarın fiziksel belirtilerinin saptanması kadar, çocuk psikiyatrisi uzmanlarınca yapılacak olan muayene ve değerlendirmeler de istismarın psikiyatrik kanıtlarının elde edilmesini sağlayacaktır. Yeni

Türk Ceza Kanunu ile artık yargı psikiyatrik belirtileri de suçun cezalandırılmasında dikkate almaktadır. Bu nedenle istismar olgularına multidisipliner yaklaşım içinde çocuk psikiyatrisinde olması hem suçun ortaya çıkarılması hem de travmanın etkilerinin tedavisi için büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Green AH. Child sexual abuse and incest. In: Child and Adolescent Psychiatry. Lewis M (ed). Williams and Wilkins, Baltimore. 1996;1041-48.
2. Mc Call L. Risk factors and sexual assault prevention. J Interpers Violence 1993;8:277-282.
3. Everson MD, Boat BW. Sexualized doll play among young children: implications for the use of anatomical dolls in sexual abuse evaluations. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990;29:736-42.
4. Green AH. Child sexual abuse: Immediate and long term effects and interventions. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32:890-902.
5. Ferguson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:1355-64.
6. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse Negl 1994;17:67-70.
7. Alikashiöglü M, Ergingöz E, Ercan O ve ark. Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. Child Abuse Negl 2006;30:247-55.
8. Koten Y, Tuğlu C, Abay E. Üniversite öğrencileri arasında enstest bildirim. XXXII. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Gata, Ankara. 1996
9. Eskin M, Kaynak Demir H, Demir S. Same-sex orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behavior in university students in Turkey. Arch Sex Behav 2005;34(2):185-95.
10. Polat O. Çocuk ve şiddet. İstanbul:Der yayınları, 2001.
11. Biçer Ü, Çolak B, Gündoğmuş Ü N, Yıldız B. Bir çocuk istismarı olgusu. Çocuk Forumu Mart 1999;2(11):18-22.
12. Yılmaz B. Çocukta cinsel istismar risk etmenleri. Türk Psikoloji Bülteni 2002;8(24-25):74-76
13. Polat O. Çocukta cinsel istismar. Çocuk Forumu 1999;2:1-11.

14. Walsh C, Macmillan H, Jamieson E. The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse Negl* 2002;26:11-22.
15. Romans S. Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *Am J Psychiatry* 1995;152:1335-42.
16. Bergen HA, Martin G, Richardson AS ve ark. Sexual abuse and suicidal behavior: A model constructed from a large community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(11):1301-09.
17. Oates KR. Sexual abuse and suicidal behavior. *Child Abuse Negl* 2004;28:487-89.
18. Rew L, Taylor-Seehafer M, Fitzgerald ML. Sexual abuse, alcohol and other drug use and suicidal behaviors in homeless adolescents. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2001;24:225-40.
19. Brand EF, King Ca, Olson E ve ark. Depressed adolescents with a history of sexual abuse: diagnostic comorbidity and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:34-41.
20. Talbott JA. Look beyond classic symptoms to spot PTSD in affected kids. *Clin Psychiatry News* 2001;26:12.
21. Weinstein D, Staffelbach D, Biaggio M. Attention deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: Differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clin Psychol Rev* 2000;20:359-78.
22. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP ve ark. A multisite, randomized controlled trail for children with sexual abuse-related PTSD symptoms *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:393-402.
23. Ben-Amos B. Depression and conduct disorders in children and adolescents: A review of the literature. *Bull Menninger Clin* 1992;56:188-208.
24. Angold A, Costello EJ. Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical, and methodological issues. *Am J Psychiatry* 1993;150:1779-91.
25. Hooper PD. Psychological sequelae of sexual abuse in childhood. *Br J Gen Pract* 1990;40:29-31.
26. Galaif ER, Stein JA, Newcomb MD, Bernstein DP. Gender differences in the prediction of problem alcohol use in adulthood: Exploring the influence of family factors and childhood maltreatment. *Journal of Studies on Alcohol* 2001;62:486-93.
27. Marcenko MO, Kemp SP, Larson NC. Childhood experiences of abuse, later substance use, and parenting outcomes among low-income mothers. *Am J Orthopsychiatry* 2000;70(3):316-26.
28. Joshi PT, Salpeker JA, Daniolos PT. Physical and sexual abuse of children: Essential of child and adolescent psychiatry Dulcan M, Wiener JM(eds) 2006;27:595-618.
29. Giardino AP, Finkel MA. Evaluating child sexual abuse. *Pediatr Ann* 2005;34(5):382-394.
30. T.C. Anayasası TCK, CMK, CGTİK ve ilgili mevzuat. Yalvaç G, Adalet Yayınları, 9. baskı, 2006, Ankara.
31. Muram D. The medical evaluation in cases of child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2001;14:55-64.
32. Ferguson DM, Harwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood II: Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J AM Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;34:1365-74.
33. Putnam FW. Ten-Year research update review: Child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:269-78.
34. Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Mash EJ, Barkley RA, ed. *Child Psychopathology*. New York: Guilford Publications. 1996:63-112.
35. Tharinger D, Horton CB, Millea S. Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse Negl* 1990;14:371-83.
36. Keating SM, Higgs DF, Willott GM ve ark. Sexual assault patterns. *J Forensic Sci Soc* 1990;30:71-88.
37. İzmirli M, Sur H, Polat N Çocuğa karşı dayak olgusu ve çocuk istismarı. *Çocuk forumu, Ocak-Şubat-Mart* 2000;3(1):37-49.

İletişim:

Dr Işık KARAKAYA

E-posta: karakaya73@yahoo.com